

**DU « TECHNIQUES DU CORPS ET
MONDE DU SOIN »**

« Corps douloureux »

**La technique F.M. Alexander au service des soignants pour un
mieux être au travail**

Sous la direction de : Isabelle Ginot

Coordinatrice pédagogique du DU Technique du corps et monde du soin

Tuteur de stage : Mme Cheroutre

Directrice adjointe du centre hospitalier de Nogent Le Rotrou

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

Présenté et soutenu publiquement par Anne Zimmer

Septembre 2014

Remerciements

Je remercie Mme Cheroutre et Mr Pennanech qui m'ont ouvert la porte de leur établissement en toute confiance.

Je remercie tous les salariés du Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou et de l'EHPAD qui m'ont accompagnée dans cette aventure. Je remercie particulièrement ceux qui ont osé s'aventurer dans la rencontre de nos pratiques pour leur générosité.

Je remercie tous mes proches qui m'ont soutenue, encouragée même dans les moments difficiles. Tous ceux qui ont eu la patience de me relire et de m'écouter.

Je remercie mes partenaires du DU avec qui j'ai pu partager cette aventure pleine de rebondissements.

Je remercie tous les intervenants qui ont enrichi la formation de leur expérience.

Je remercie Isabelle Ginot, Michel Reppelin et Violetta Salvatera qui nous ont accompagnés patiemment tout au long de ces quinze mois.

Sommaire

Introduction	p 6
I- Naissance et évolution de la technique Alexander : une histoire de l'usage du corps.	
A/ La naissance de la technique F.M. Alexander	p 7
B/ La pédagogie chez F.M. Alexander	p 8
C/ Les principes de la technique	p 10
D/ La douleur chez F.M. Alexander	p 19
II- La douleur chez les soignants en milieu hospitalier, symptomatique d'un besoin de redéfinition du corps.	
A/ Contexte professionnel : Centre hospitalier de Nogent le Rotrou	
1- Description géographique	p 22
2- Sa mission : Projet d'établissement, ses priorités	p 23
3- Rencontre et perspective avec la direction	p 24
B/ L'observation	
Jour 1 : Accueil et visite des lieux	p 25
Jour 2 : Observation du SSR	p 27
Jour 3 : Observation de La Roseraie	p28
Jour 4 : Observation de La Charmille	p 31
C/ Analyse et orientation de la mise en place du projet	p 34
1- De l'individuel au collectif	p 35
2- De quel corps parle-t-on ?	p 36
3- Corps et douleurs dans l'organisation du travail	p 38
4- Tension entre gestes techniques et gestes relationnels	p 39

D/ Expressions de ces différentes tensions pendant les séances	p 40
E/ L'enjeu d'une formation de pratique corporelle	p 42

III- Pratique soignante et technique Alexander, une rencontre colorée par la douleur.

A/ La douleur, un cri dans le silence

1- Les ateliers corporels : un espace d'expression de la douleur	p 45
2- La douleur, une appropriation de l'empêchement	p 53

B/ Une étude du geste pour explorer le corps en relation dans

la pratique soignante	p 56
1- Un geste entre l'attention et l'intention	p 57
2- Le geste et l'espace-temps	p 62
3- Le sens du geste	p 65
4- Le choix du geste	p 69

C/ La conscience du corps et le contexte professionnel

1- La contextualisation du geste professionnel	p 72
2- Du geste à l'écrit, la technique Alexander par les soignants	p 74

Conclusion	p 78
Bibliographie	p 80
Annexes : Questionnaire de bilan	p 82

« La plainte, comme prolongement d'une souffrance à nulle autre semblable, requiert pour être entendue une mise en éveil généreuse de l'imaginaire du praticien et ce dans le respect de la cohérence et du sérieux médical. « L'écoute » ne peut s'épanouir qu'en dehors des sentiers battus, à l'écart de tout destin et de toute grille. En un mot elle doit être libre pour posséder quelque chance d'entendre l'autre et ne pas ajouter encore l'énigme à l'énigme. »

Claude BOCHURBERG *La relation inachevée. Une approche phénoménologique de la relation ostéopathique*

Introduction

En tant qu'artiste, je pratique la technique F.M. Alexander depuis plus de vingt ans. Cette technique m'a été transmise dans le milieu de la danse et du théâtre. Je l'enseigne depuis sept ans à des élèves très différents, qui bien souvent en ont eu connaissance par le biais d'une pratique artistique.

Il me tenait à cœur de rencontrer le monde du soin avec la technique F.M. Alexander. Je l'ai déjà croisé sur ma route avec le théâtre sur des questions d'éthiques et des questions sociales, ce fut à chaque fois d'une très grande richesse.

De plus en plus, les établissements de soins créent des partenariats avec les artistes. Laisser entrer une technique d'éducation somatique dans ses murs n'est, par contre, pas chose courante. C'est pourquoi je suis très touchée et heureuse d'avoir pu rencontrer le Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou. La confiance qui m'a été faite m'a encouragée dans mes recherches. Elle m'a permis de vivre un échange véritable avec les soignants de cette structure, qui m'a conduit à mettre en perspective ma pratique avec la pratique des soignants.

Ce qui m'a frappée lors des premières rencontres, c'est la façon dont un travail sur le corps appelle très vite l'expression des douleurs. J'ai donc choisi de retracer mon expérience à travers ce prisme. Les corps douloureux sont des signes et des symboles qui composent une toile représentant un certain monde du soin. Ici, il s'agit d'une expérience qui a touché les soignants de deux services, le SSR (service de rééducation et soins de suite) et l'EHPAD.

Je me suis sentie par moments impuissante, désappointée, face à toutes ces douleurs. Il s'agit pour moi d'évaluer si la Technique F.M. Alexander y répond d'une manière ou d'une autre et d'observer quel impact elle peut avoir dans un Centre Hospitalier.

I- Naissance et évolution de la technique Alexander : une histoire de l'usage du corps.

A/ La naissance de la technique F.M. Alexander

Frédéric Matthias Alexander (1869-1955) fait partie des empiristes. Il construit à partir de son cas particulier et de ses propres observations une technique psychocorporelle pour améliorer l'usage de soi, qu'il propose à ses contemporains. C'est en cherchant tout d'abord du côté de la médecine scientifique pour résoudre un problème fonctionnel concernant l'usage de sa voix qu'il bute contre les limites de celle-ci. La volonté de franchir ces limites le pousse dans des recherches et de très longues heures d'observation de son propre mouvement. Il fait des découvertes sur le fonctionnement humain et dégage des principes tels que « l'inhibition » et « le contrôle primaire ».

F. M. Alexander est comédien récitant, il aime le théâtre et le monde artistique. Il explique avec ses mots à lui ce qu'il expérimente. Il écrit quatre livres pour transmettre et partager ses découvertes: *L'héritage suprême de l'homme* (1910); *Vers un contrôle constructif conscient de l'individu* (1923); *L'usage de soi* (1932); *La constante universelle de l'art de vivre* (1942). Il ressent le besoin de légitimer ses découvertes et de les confronter au monde scientifique. Pour ce faire, il cherche l'appui des médecins, scientifiques, philosophes et artistes de son époque. Il publie dans chacun de ses ouvrages les lettres échangées avec ces personnages « reconnus ». Il cherche à construire une théorie à partir de sa pratique. N'étant pas théoricien, il fait appel au professeur J. Dewey, au médecin Peter Macdonald. Du côté de la physiologie et de l'anatomie il se lie avec G.E. Coghill, A. Murdoch, etc.

Dans ses ouvrages, F.M. Alexander fait une critique de l'usage de l'exercice physique pour soulager les différents maux qui touchent ses contemporains. Nous sommes au début du XX^{ème} siècle, l'industrialisation et les politiques hygiénistes se sont développés tout au long du XIX^{ème} siècle. F.M. Alexander observe une société qui se dérègle et traverse deux guerres mondiales. Ce qui le frappe, c'est l'incapacité de l'être humain à s'adapter aux nouvelles conditions. F.M. Alexander ne milite pas pour autant pour un retour à la nature, il regarde de façon très critique ses contemporains qui cherchent les solutions dans cette direction. Ce qu'il vise est de trouver un moyen qui permette à l'homme de s'adapter dans un monde qui change à grande vitesse.

B/ La pédagogie chez F.M. Alexander

Dans son ouvrage *L'héritage suprême de l'homme*, il prend l'exemple de M. Dupont pour déployer sa réflexion.

« Prenons par exemple le cas de Marcel Dupont. Son travail le confine entre quatre murs de neuf heures du matin à six heures du soir. Ce travail exerce une forte demande sur ses pouvoirs mentaux et nerveux. Alors qu'il approche des trente cinq ans, peut-être cinq ou dix ans plus tôt, Marcel Dupont souffre d'anémie, d'indigestion, de faiblesse nerveuse, de lassitude, d'insomnie, de faiblesse cardiaque et de dieu seul sait quel autre trouble. Ses fonctions corporelles sont irrégulières, son système musculaire est partiellement atrophié, ses nerfs sont irrités, et sa condition générale est « nerveuse »¹. »

A partir de cet exemple, F.M. Alexander élabore sa théorie, suivant laquelle la mauvaise utilisation du système musculaire perturbe l'appréciation sensorielle. Celle-ci devenant non fiable, M. Dupont ne peut raisonner de façon correcte car son raisonnement s'appuie sur une appréciation sensorielle erronée. De ce fait, celui-ci voyant sa santé s'affaiblir, fait de l'exercice physique comme les médecins le lui ont recommandé. Mais malgré l'amélioration ressentie les premiers temps en sortant du cours de gymnastique, la santé de M. Dupont continue de se détériorer.

F.M. Alexander propose à travers sa méthode une restauration d'un mouvement plus libre et efficace en rétablissant une appréciation sensorielle fiable.

Les moyens de sa technique relèvent d'une éducation ou rééducation. Il ne se positionne pas comme thérapeute mais pédagogue : *« ...je ne reçois pas ces cas comme patients, mais comme élèves, étant donné que je ne suis intéressé par la maladie ou les anomalies que dans la mesure où il existe une association entre celles-ci et les conditions nuisibles de l'usage et du fonctionnement. »²*

La personne à qui il s'adresse est active pendant les séances. Il transmet des principes. Cependant, il se positionne très clairement contre la notion d'exercice. Dans son livre *Vers un contrôle conscient de l'individu*, il explique en quoi l'éducation construite sur la notion d'exercice est selon lui une erreur.

« Le fait même qu'à une certaine période les « exercices physiques » furent considérés comme nécessaires prouve que les imperfections avaient dû se développer dans des considérations alarmantes. Comme je vais encore le répéter, la raison pour cela réside

¹ F.M. Alexander, *L'héritage suprême de l'homme*, Edition AMAL, Lyon, p33

² F.M. Alexander, *L'usage de soi*, Contredanse, 1996

dans l'échec graduel des systèmes d'enregistrement sensoriel à assurer un guidage satisfaisant des hommes dans leur usage d'eux-mêmes dans les activités de tous les jours, ce qui aura finalement induit un stade avancé de mal coordination dans l'organisme psychophysique humain. »³

Ce qui intéresse Alexander c'est la justesse de l'appréciation sensorielle afin de rétablir un mouvement harmonieux, une tension musculaire et « nerveuse » adaptée. Il insiste aussi dans ses ouvrages sur la respiration. Au début du XX^{ème} siècle, les questions de capacités respiratoires occupent fortement les esprits. Beaucoup d'exercices physiques sont conçus pour augmenter cette capacité. Des descriptions d'enfants pâles et malingres avec une mauvaise posture et un périmètre thoracique amoindri appuient les discours scientifiques et médicaux. La gymnastique et les exercices respiratoires ne sont plus recommandés qu'aux enfants déformés mais à tous les enfants chétifs. Georges Vigarello, écrit un ouvrage en 1979 qui s'intitule *Le corps redressé*. Il y décrit la façon dont le corps est modelé à travers la société occidentale au XIX^{ème} et XX^{ème} siècle. Il explique notamment le rôle de l'éducation physique dans la volonté de réduire les malformations ou faiblesses des enfants malingres. L'école devait faire en sorte de produire une main d'œuvre robuste.

« Les malingres que l'école cherche à classer, et qu'elle tente, d'une façon encore dispersée et occasionnelle, de rééduquer, sont le plus souvent ceux qui combineront une mauvaise tenue avec une mauvaise absorption de l'oxygène : « Ils sont les poids mort d'une nation ... » »⁴

Selon F.M. Alexander, la rééducation appropriée est d'abord une rééducation sensorielle : *« tout effort pour remédier à ces usages incorrects au moyen de tels processus que la « respiration profonde » ou « les leçons de respiration » n'est simplement qu'une tentative de corriger une condition psychomécanique générale défectueuse par un processus curatif spécifique. En d'autres termes, il s'agit d'une tentative pour corriger les usages imparfaits par l'exécution d'exercices, la gouverne et la direction dans de telles exécutions étant associées à la même appréciation sensorielle imparfaite qui était déjà établie avant que les leçons ne commencent... »⁵*

³ F.M. Alexander, *Vers un contrôle conscient de l'individu*, AMAL

⁴ Vigarello, *Le corps redressé*, Armand Colin, Liège 2001, p184 (Tissié, Les malingres)

⁵ F.M. Alexander, *Vers un contrôle constructif conscient de l'individu*, AMAL, 1923, p178

Il sort le mouvement de la vision mécaniste de son époque pour l'ouvrir vers des dimensions holistiques.

Là où les exercices correcteurs cherchent à construire des habitudes, Alexander invite au déconditionnement par des ordres de guidage de « non-faire ». Une méthode corporelle basée sur ce principe est assez nouvelle. Même si dans la pensée de l'époque on peut lire des défenseurs du lâcher prise dans le sens de lâcher le but pour s'occuper des moyens. Aldous Huxley par exemple, qui fut l'élève d'Alexander, écrit un texte intitulé *Moyens et fins*. Alexander met en pratique cette réflexion à travers une méthode qui n'est ni du côté de la gymnastique, ni du côté de la psychologie pure. Il insiste sur l'unité psycho-physique.

C/ Les principes de la Technique F.M. Alexander

Quels sont les principes de la technique Alexander :

L'usage de soi et l'attention

L'inhibition

Les directions

Le contrôle primaire

L'usage de soi et l'attention

Je présente l'usage de soi comme un principe d'observation car il détermine l'angle d'attaque de F.M. Alexander. Il utilise ce terme comme titre d'un ouvrage qui relate l'histoire de sa recherche. F.M. Alexander s'est basé sur son propre usage pour construire sa thèse et la définir. Le terme d'usage de soi est utilisé par F.M. Alexander pour décrire le fonctionnement de chacun dans la réponse à un stimulus.

Si l'on pose un regard sur notre respiration, celle-ci se transforme, si l'on pose un regard sur notre usage, celui-ci se transforme.

Je reçois par exemple Mme A. La leçon démarre dès son arrivée. Elle est debout et m'écoute. Je lui propose d'amener son attention sur l'usage qu'elle a d'elle-même lorsqu'elle m'écoute pour ce début de leçon. Que se passe-t-il dans son corps, comment se tient-elle debout, à quoi fait-elle attention ? C'est en lui posant ces questions que je redirige l'attention de Mme A. vers elle-même. Je lui propose d'observer son usage de la station debout en considérant le sol comme support de toute sa structure osseuse. Je lui propose aussi de considérer sa tête en haut de la colonne vertébrale portée par toute

la structure osseuse et donc par le sol. Puis je lui demande ce qu'elle ressent. Elle me dit qu'elle se sent plus légère.

Cet exemple nous montre à quel point l'attention joue un rôle considérable dans l'usage de soi. C'est en appréciant la possibilité d'être portée par le sol que Mme A. change son tonus musculaire pour gérer son équilibre. En posant un regard sur son usage cette élève le transforme déjà.

La reconnaissance de la force de l'habitude

Notre vie est pleine d'habitudes. Celles-ci nous permettent d'agir dans notre quotidien sans avoir une attention soutenue. Lorsque nous nouons nos lacets par exemple ou que nous nous habillons, nos gestes sont dits « machinaux », nous n'y prêtons pas forcément attention. L'habitude nous permet d'avoir des gestes sûrs et rapides, sans elle nous serions constamment en train de réapprendre nos gestes quotidiens. Elle fait donc partie du processus d'apprentissage des mouvements. C'est pourquoi elle est d'une grande force. Le dicton le dit très bien « Chassez votre habitude, elle revient au galop! ». Pour changer une habitude il faut une reconnaissance de celle-ci avant de pouvoir la changer. Et pour ce faire, une grande détermination. Mais dès que nous goûtons à la possibilité de sortir de cette habitude que nous avons repérée comme « néfaste », nous ouvrons alors un espace libre.

La notion de force de l'habitude en relation au mouvement peut faire écho aujourd'hui avec ce que Gallagher⁶ appelle le schéma corporel, c'est-à-dire la construction d'une automatisation du geste. Lorsque nous nous asseyons par exemple, nous ne sommes pas conscients de la distance qu'il y a entre nous et la chaise, nous ne nous demandons pas s'il faut plier les genoux et les hanches. L'action est automatique, c'est-à-dire non consciente. Ce schéma corporel est construit par l'apprentissage et la vie que nous menons. Alexander nous explique en quoi les représentations de nous-mêmes, les croyances, toutes nos connaissances sur nous-mêmes construisent un usage particulier à chacun qui s'inscrit dans nos habitudes.

Lorsque nous nous asseyons, nous nous organisons en fonction de nos croyances sur notre poids, notre équilibre, notre souplesse, etc... Celles-ci ont été construites au fil de notre vie par l'éducation, l'imitation, les accidents éventuels, tout ce qui a pu avoir une influence sur notre organisation en ce qui concerne cette action.

⁶ Cours d'Isabelle Ginot, DU Technique du corps et monde du soin, 2013

Par exemple :

Je reçois Mr. G., un élève passionné d'équitation. Il souhaite progresser dans sa manière de guider son cheval. Lorsqu'il donne des indications corporelles il n'obtient pas les réponses souhaitées, il s'énerve de n'être pas compris par sa jument et celle-ci se tend sous la colère du cavalier. Lors des premières leçons j'observe qu'il utilise son corps de façon parcellaire, c'est-à-dire que lorsqu'il utilise ses bras il bloque son bassin et sa colonne, lorsqu'il utilise ses jambes son bassin bascule et sa colonne est en tension. Il ne relie pas consciemment l'usage des membres à la colonne.

Un jour je lui demande de me montrer ce qu'il fait lorsqu'il veut que son cheval ralentisse. Il me dit qu'il donne une direction avec son dos en arrière. Mr. G. me montre le mouvement et j'observe qu'il penche les épaules en arrière et avance le bassin. Je le lui fais observer et lui demande quel type d'information peut recevoir le cheval lors de cette action. Il reconnaît qu'il donne des directions contradictoires.

Lorsque nous travaillons à rétablir une cohérence entre le haut du dos et le bas du dos par exemple dans l'action de s'asseoir il me dit que ce n'est pas possible pour lui car il manque de souplesse dans les hanches. Il avait déjà fait cette remarque plusieurs fois dans les précédentes leçons. Je profite de son métier (radiologue) pour mettre l'accent sur ses représentations anatomiques. Il sait comment est faite une hanche, je lui demande s'il a un problème particulier aux hanches, s'il a eu un accident, s'il a une déformation. Il me dit que non, que tout va bien. Je lui demande donc s'il y aurait une raison particulière pour qu'il manque de souplesse dans cette région. Il me répond que non. J'ai pu observer, au cours des leçons, que dès qu'il s'assoit, il fait un petit mouvement de bascule postérieure avec le bassin. Ce petit mouvement est plus accentué lorsqu'il s'assoit mais est présent aussi lorsqu'il se met en marche. Je suppose donc que sa croyance sur son manque de souplesse est alimentée par ce mouvement qui n'invite pas à l'ouverture des hanches.

Après toutes ces observations, Mr. G. accepte la possibilité qu'une souplesse puisse s'exprimer. Nous la sollicitons dans le mouvement de s'asseoir en donnant une direction vers l'arrière au bassin en cohérence avec le reste de la colonne.

Nous constatons tous les deux une légère amélioration mais toute cette zone n'est pas encore tout à fait libre.

Dans cette expérience nous constatons que cet élève a une image corporelle qui s'est construite au fil de sa vie et qui lui donne un certain usage de lui-même. Il est conscient

et persuadé sans raison apparente qu'il manque de souplesse au niveau de ses hanches. Il ne sollicite donc pas leur ouverture car c'est pour lui impossible ou difficile. C'est en revenant sur les représentations conscientes qu'il a de lui que nous avons amorcé le changement de son schéma corporel (non conscient). Le schéma corporel nous permet d'agir chaque jour sans avoir une conscience détaillée de toutes les actions de notre quotidien mais il se construit en relation à l'image corporelle que nous avons de nous. On peut dire que l'image corporelle et le schéma corporel sont ce qui nous met en mouvement chaque jour et ce que F.M. Alexander appelle l'usage de soi.

Comment transformer cet usage ? Comment permettre à cet élève de changer ce petit mouvement du bassin dont il n'est pas conscient ?

Une méthode d'éducation basée sur le non-faire : L'inhibition

Répondre non à un stimulus, ouvre l'attention sur l'organisation d'un mouvement nouveau. Dire NON, c'est se laisser la place en quelque sorte à des possibilités nouvelles d'orientation dans l'espace.

Reprenons l'exemple de Mr. G. Nous sommes debout, un tabouret est placé derrière lui. Je lui demande de s'asseoir et de se lever, sa réponse est systématiquement la même, le petit mouvement du bassin est présent même si je lui propose de ne pas le basculer. Je lui demande alors de ne pas se donner comme intention de s'asseoir. L'objectif de l'expérience est qu'il lâche le but (s'asseoir) pour s'occuper des moyens (laisser la colonne souple). Je pose une main au niveau de son cou et une autre au niveau de son thorax. Je m'occupe du mouvement et lui donne les ordres de guidages pour qu'il laisse sa colonne allongée. N'étant plus préoccupé à s'asseoir, Mr G. ne bascule plus son bassin. Le but ne déclenche plus l'habitude, Mr G. explore une nouvelle possibilité de s'asseoir.

F.M. Alexander constatait, au fil des ses observations sur lui-même et ses élèves, que l'inhibition était le facteur primordial⁷. Il mit dans un premier temps au centre de sa technique, le contrôle primaire. Mais ses échecs répétés avec ses élèves à faire comprendre la direction de la tête vers l'avant et le haut, l'amènèrent à positionner le

⁷ F.M. Alexander, *Vers un contrôle constructif conscient de l'individu* [1923], AMAL, , p 147

facteur de l'inhibition en première intention. Car comme nous allons le voir, le contrôle primaire est déjà là. La seule chose que nous puissions faire est de ne pas « faire » pour ne pas interférer avec son bon fonctionnement.

« Cela paraît si simple ! Mais croyez-moi pour parvenir à « être sans vouloir », cela demande une activité intense, l'air de rien. ⁸ »

Le contrôle primaire

Le contrôle primaire est un principe qu'Alexander découvre en se donnant la possibilité d'inhiber le mouvement de sa tête vers le bas et l'arrière. Il constate qu'en laissant sa tête se diriger vers l'avant et le haut par rapport au cou dans toute la durée du mouvement et notamment au commencement du mouvement, cela provoque un effet bénéfique sur toute la coordination générale. Il observe plus précisément que cette disponibilité allonge sa colonne vertébrale.

Ces observations se confirment, dans le temps, pour son propre usage et celui de ses élèves.

Poursuivons l'observation du cas de Mr. G. Je pose une main sur son cou, donnant une direction à la tête vers l'avant et le haut et une direction vers le bas, vers le reste de la colonne. Je préserve durant toute la durée du mouvement (s'asseoir ou se lever) ces multiples directions et cette relation tête-colonne. Ma main évite à Mr. G de tirer sa tête vers le bas et l'arrière comme le font beaucoup de gens. Cette tendance à rétrécir le cou et à fixer la tête au-dessus de la colonne lorsque nous nous levons, nous met en déséquilibre et augmente les tensions musculaires. Nous observons au contraire que lorsque nous laissons la tête bouger librement et donner une direction constructive nous obtenons un mouvement bien plus souple et dynamique.

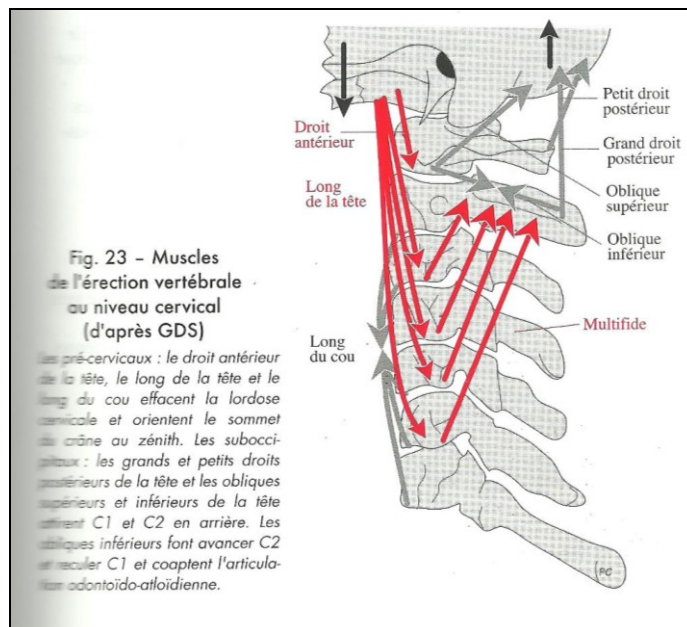
« Beaucoup d'élèves parlent comme si le Contrôle Primaire était quelque chose qui n'apparaissait qu'en apprenant la Technique Alexander. Il n'en est rien. Le contrôle primaire est un mécanisme présent chez tous à la naissance et pour toute notre vie, que nous apprenions à l'utiliser ou non. Notre contrôle primaire est toujours avec nous, qu'il soit bon, mauvais ou indifférent... ⁹ »

⁸ Charles Juliet, *Entretien avec Fabienne Verdier*, Albin Michel, 2007, p 34

⁹ Patrick J. Macdonald, *Conférence pour la société des enseignants de technique Alexander, donnée à la société médicale de Londres*, le 12 novembre 1963.

Patrick J. Mac Donald, insiste sur le fait que l'on ne peut fabriquer le contrôle primaire. Si nous lisons avec attention les écrits d'Alexander, il ne dit à aucun moment qu'il s'agit de fabriquer des directions ou de corriger notre posture. Il ne parle d'ailleurs à aucun moment de correction posturale et insiste vraiment sur la notion d'usage de soi. S'il travaille avec ses élèves sur les actes comme s'asseoir et se lever par exemple, c'est parce qu'il estime qu'il est plus facile de toucher les habitudes d'une personne dans des actions très quotidiennes plutôt que dans une action plus complexe. Il ne s'agit donc pas d'apprendre à l'élève dans une leçon à s'asseoir correctement, mais d'utiliser cette action simple comme un point de départ au changement de toute autre activité.

Philippe Campignon¹⁰, kinésithérapeute, explique de façon anatomique un mouvement d'érection de la colonne qui fait écho au contrôle primaire. Il explique et détaille l'organisation des muscles de l'érection vertébrale réflexe. Les pré-cervicaux orientent légèrement la tête vers le haut et l'avant par un mouvement anté-fléchissant. Il précise d'ailleurs que les praticiens de yoga cherchent cette position. Ce mouvement entraîne tout un enchaînement de réponse le long de la colonne au niveau des muscles courts inter épineux. L'impulsion se propage vers le bas. C'est une onde vibratoire qui parcourt en plusieurs phases la colonne vertébrale.



¹⁰ Philippe Campignon, *Respir-actions*, Clamecy, Frison-Roche, 2007

Philippe Campignon nous précise aussi que tout commence par la tête qui se dirige vers l'avant et le haut et parle de vigilance rachidienne¹¹.

Cette vigilance serait-elle semblable à notre contrôle primaire ?

Voici comment F.M. Alexander définit le contrôle primaire, c'est-à-dire cette relation dynamique de la tête avec le cou et le dos :

Laisser le cou libre

Pour laisser la tête aller vers l'avant et le haut

Pour laisser le dos s'allonger et s'élargir

Alexander utilise des directions d'orientation pour décrire le contrôle primaire. Nous reviendrons plus tard sur cette notion de direction. Ce que nous constatons c'est qu'il emploie le terme « *laisser* » pour chaque intention. La logique du non faire se retrouve aussi dans cette dynamique. Il confirme de cette manière que le contrôle primaire est déjà existant dans notre fonctionnement. Nous pouvons juste ne pas l'empêcher de fonctionner. Il constate que ce qui entrave le bon fonctionnement est souvent une contraction ou une action superflue.

Dans une leçon d'Alexander, nous pouvons expliquer à l'élève ce que représente cette notion de contrôle primaire et simplement, à travers l'expérience de la leçon, orienter l'attention de l'élève sur la perception de la relation tête-colonne. C'est en invitant l'élève à calmer ses réactions et sa volonté de faire que nous pourrions le guider à travers une dynamique qui s'opère entre sa tête, son cou et son dos. Dans les premières leçons, le professeur guide l'élève avec ses mains.

Si nous demandons à un élève de se lever, celui-ci laissera les mains du professeur stimuler la direction de la tête vers l'avant et le haut. Il percevra alors la réponse dans le dos. Cette réponse ouvre des possibilités de mouvement.

Souvent, lorsque l'élève perçoit cette impulsion, il se lève.

Cette dynamique peut faire penser à l'organisation du mouvement tel que le décrit Hubert Godard. Celui-ci décrit trois étapes :

- 1- Le moment idéatoire : j'imagine le mouvement, j'en ai l'intention
- 2- Le moment postural (pré-mouvement) : organisation
- 3- Le moment moteur : l'action

¹¹ Ibid., p 54

Nous pourrions établir une relation entre le pré-mouvement et le contrôle primaire. Dans le cas où nous travaillons avec l'élève l'acte de se lever d'une chaise, nous lui demandons de ne pas faire l'action et de ne pas se précipiter vers le but : être debout. Nous lui proposons de penser l'action sans la faire, tout en stimulant, avec les mains du professeur, la direction de la tête par rapport au cou et au dos. L'élève percevra un pré-mouvement qui lui permettra de se lever éventuellement.

Les directions

Ce que F.M. Alexander appelle *directions*, sont des pensées actives qui guident le mouvement.

Il propose comme directions primaires les trois petites phrases décrivant le contrôle primaire. Ce sont pour lui après l'inhibition, les premières intentions à se donner car elles organisent d'après lui la bonne marche de la suite de la coordination. Il invite ensuite à se donner des directions secondaires qui correspondent à chacun et qui varient en fonction du schéma corporel de chacun. Alexander décrit sa tendance à s'accrocher au sol qui induit des contractions dans la colonne. Il se donne comme direction secondaire la possibilité de laisser ses pieds se poser sur le sol.

Il propose dans sa technique de penser les directions les unes après les autres et toutes ensembles.

Nous parcourons dans une leçon l'observation d'un usage spécifique de l'élève par rapport à certaines parties du corps en relation à l'usage global. Nous l'observons chez Mr. G. qui rétrécit sa colonne en croyant qu'il manque de souplesse dans les hanches. Les directions ne sont donc pas uniquement des directions d'orientation dans l'espace. Il s'agit de pensées actives, donc de constructions imaginaires du mouvement.

Nous ne pouvons pas faire la direction vers le haut et l'avant avec la tête pour déclencher le pré-mouvement, nous pouvons par contre l'imaginer. Nous constatons qu'en projetant cette direction dans l'espace, nous avons la sensation immédiate d'être présent dans cet espace, de le percevoir. Nous constatons que d'énoncer une direction amène immédiatement une réponse sensorielle. Nous sommes alors dans une corporéité. Un corps dans un espace, se vivant comme phénomène.

« L'espace n'est pas le milieu (réel ou logique) dans lequel se disposent les choses, mais le moyen par lequel la position des choses devient possible.¹² »

Comme le dit si bien Merleau-Ponty dans *Phénoménologie de la perception*, s'orienter dans l'espace, c'est se donner des directions qui nous mettent en relation avec ce qui nous entoure. L'espace se construit par la position des choses, de moi-même.

« Mon appartement n'est pas pour moi une série d'images fortement associées, il ne demeure autour de moi comme domaine familier que si j'en ai encore « dans les mains » ou « dans les jambes » les distances et les directions principales et si de mon corps partent vers lui une multitude de fils intentionnels.¹³ »

Nous pourrions définir les directions dont parle F.M. Alexander comme des multiples intentionnalités en direction de ce qui nous entoure. La possibilité de pouvoir renouveler nos directions, de les penser l'une après l'autre et toutes ensemble, font de notre expérience du monde un phénomène en constant changement et en même temps continu. C'est dans cette expérience que nous nous percevons comme unité.

Poursuivons avec l'exemple de M. G. Il commence les leçons en me demandant si je peux lui apprendre une meilleure posture pour monter à cheval afin de mieux le diriger. Je lui propose au fil des leçons plusieurs activités comme celle que nous avons vue plus haut ou s'asseoir sur un ballon ou bien encore, me guider dans l'espace alors que j'ai les yeux fermés.

Dans chacune de ces activités, j'invite M. G. à ouvrir son attention sur les moyens par lesquels il peut atteindre son but.

Dans l'activité de me guider pour m'amener à marcher dans l'espace, sa première tentative est finaliste. Ses mains seules me tirent et je ne comprends pas les directions vers lesquelles il souhaite m'emmener. Je lui propose de lâcher le but et l'envie de bien me guider, tout en laissant ses mains en contact avec mon torse. Puis je l'invite uniquement à se donner l'intention de la direction dans laquelle il souhaite que je marche. Je peux alors avancer dans la direction désirée.

Nous faisons appel dans ces expériences à la structure coordinatrice du mouvement, à la perception et à la symbolique du mouvement. Lorsqu'il me guide, quel sens cela a pour lui ? Qu'est-ce qui est en jeu et de quelle manière construit-il sa relation à l'autre et à ce qui l'entoure ? M. G. a conscience et dit souvent qu'il se focalise sur les choses, sur ses idées. Il pratique parfois l'équitation en se focalisant sur les indications qu'il donne à

¹² Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception* [1976], Mesnil-sur-l'Estrée, Gallimard, p 281

¹³ Ibid., p151

son cheval et n'utilise alors que des parties spécifiques de lui pour s'orienter. Les autres parties du corps pouvant donner des directions contradictoires comme dans l'exemple du dos. Chacune de ces parties sont envisagées de façon isolée et non sous l'angle d'un rapport. Il n'y a donc pas de possibilité d'appréhension de l'unité.

Parfois, me dit-il, il se sent bien sur son cheval lorsqu'il ne fait plus rien et qu'il pense juste à être là. Il relie ces moments à la technique Alexander en disant que les leçons lui ont permis « d'être plus dans le moment présent ». Lorsqu'il dit cela il fait référence aux expériences vécues comme dans notre exemple ci-dessus. Il y construit un mouvement possible en relation à l'espace dans une intentionnalité dirigée. La place de l'imaginaire pour construire l'intention est importante. Nous imaginons ce qui nous entoure et ce qui nous entoure se glisse dans notre imaginaire. La direction que je pense se projette et se prolonge de moi à l'instant d'après et de moi à l'autre sans discontinuité.

D/ La douleur chez F.M. Alexander

Pour F.M. Alexander, la douleur est un signe de dégradation de l'état général. La plupart de ses élèves viennent vers lui pour faire taire des douleurs que la médecine ne sait pas traiter. Il décrit par exemple le cas de cette femme qui après une longue maladie grave reçoit l'ordre des médecins de se remettre à marcher. Après s'être remise debout avec l'aide d'une canne, une douleur aiguë se déclare dans les genoux et les chevilles. Cette condition ne fait qu'empirer jusqu'à ce qu'elle rencontre F.M. Alexander. Celui-ci déclare : « *Quand elle vint me voir, je constatais que son usage habituel était très mauvais, et que dans chaque chose qu'elle faisait elle s'utilisait d'une manière telle que cela provoquait des crispations très nuisibles. Les résultats obtenus en travaillant avec moi prouvèrent que tel était bien le cas, parce que lorsque je fus capable de provoquer une amélioration de la manière dont elle s'utilisait et de lui enseigner comment la diriger et la maintenir consciemment, ces crispations diminuèrent graduellement.* »¹⁴

On lit dans cet exemple que F.M. Alexander ne s'intéresse pas aux causes fonctionnelles de la douleur, il ne regarde pas s'il y a une lésion au niveau des genoux par exemple. Il s'intéresse à l'usage de la personne. Si la douleur s'estompe, ce sera le signe que l'usage est transformé et que les conditions satisfaisantes d'ordre psychophysiques sont restaurées.

¹⁴ F.M. Alexander, *L'usage de soi*, Bruxelles, Contredanse, 1996, p110

Il énonce que, la plupart du temps, la conscience du mauvais usage n'est pas présente. La douleur apparaît comme une expression de ce mauvais usage. « *Malheureusement, nous ne sommes pas du tout conscient d'une quelconque interférence dans notre bien-être en termes connectés avec notre usage, bien que cette interférence puisse abaisser le niveau de qualité du fonctionnement. Par contre, nous sommes conscients d'une interférence dans les termes « d'avoir de la température », « d'avoir des tensions nocives », d'avoir des douleurs internes, etc.*¹⁵ »

F.M. Alexander ne s'intéresse aux douleurs que dans la mesure où celles-ci témoignent d'un bon ou d'un mauvais usage.

Je reçois Mme P., une élève qui prend des leçons depuis quelques semaines. Je lui propose un « tour de table ». Dans la leçon d'Alexander, nous proposons parfois de travailler avec la personne allongée. Ce travail sur table offre à l'élève une possibilité de détente plus grande car la négociation avec la pesanteur est moins importante. La table offre un support sur toute la face arrière. C'est pour l'élève un bon moyen de comprendre l'inhibition car la peur de la chute et la volonté de faire quelque chose sont diminuées.

Mme P. est très sportive. Elle a pratiqué de la gymnastique rythmique dans son enfance. Depuis elle se plaint de douleurs dans les lombaires et bloque toute la zone du bas du dos dans chaque mouvement. Elle ne s'autorise plus à donner consciemment de la souplesse et du mouvement depuis le sacrum jusqu'aux premières dorsales. C'est comme si elle portait une large ceinture.

Je commence par relier son usage (son habitude) à quelques données anatomiques en lui nommant les muscles de l'articulation de la hanche et du bas du dos.

Je glisse ma main sous ses lombaires et lui propose de faire une flexion de la jambe sur le torse. Ses lombaires se décollent de ma main. Elle ne le sent pas. Je lui demande de diriger son attention sur le contact entre ma main et son dos et de refaire le mouvement. Cette fois elle le sent. Afin d'éviter cette contraction au niveau des lombaires, je lui propose maintenant de lever la jambe en inhibant la contraction des muscles de la face avant, c'est à dire de ne pas avoir l'intention de ramener le genou vers la poitrine pour construire son mouvement. L'objectif étant de produire un allongement et un élargissement de la face arrière. Elle se précipite comme à son habitude dans la réponse

¹⁵ F.M. Alexander, *La constante universelle de l'art de vivre*, Lyon, AMAL, p 46

à ma demande et rétrécit sa colonne. Nous rions. Je l'invite maintenant à ne pas répondre si vite au stimulus. Je lui propose de ne pas répondre à l'intention de lever la jambe mais de se laisser guider par mes mains pour que le pied s'éloigne du dos. Je la guide par le toucher pour diminuer sa volonté de faire le mouvement et constate que celui-ci est beaucoup plus ample et sollicite beaucoup moins les lombaires. Elle le remarque et me dit qu'elle n'a pas eu mal cette fois, et qu'elle est étonnée d'avoir accordé beaucoup plus d'attention à ses pieds.

Nous voyons dans cet exemple qu'il est difficile de donner l'ordre directement à un groupe de muscles de ne pas entrer en action mais que nous pouvons ne pas déclencher notre réaction habituelle musculaire en ne répondant pas directement aux stimuli. Mme P. croyant protéger ses lombaires en bloquant certains mouvements et en fixant son attention sur cette zone, renforce la lordose qu'elle redoute tant. Sa douleur alimente sa croyance et renforce son fonctionnement. Elle prend conscience dans cette expérience qu'une souplesse de la colonne ne veut pas dire comme elle le croyait, forcer sur les courbures mais ne pas empêcher le mouvement. Ce qui provoque des utilisations musculaires très différentes.

On constate à travers cet exemple que la douleur est interdépendante au fonctionnement. Elle conditionne un certain usage et est en même temps conséquence de cet usage. Dans une leçon de Technique Alexander, la douleur est souvent considérée comme un signal, un révélateur d'un usage défectueux.

II- La douleur en milieu hospitalier symptomatique d'un besoin de redéfinition du corps.

A/ Contexte professionnel : Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou

1- Description géographique

Le centre Hospitalier de Nogent le Rotrou est un hôpital de proximité. La ville de Nogent le Rotrou se trouve à la croisée de trois départements et de trois régions (Centre-Basse Normandie-Pays de la Loire). C'est une petite ville de douze mille habitants située au milieu des champs dans le joli parc du Perche. La population est essentiellement rurale et âgée. La présence de l'hôpital est importante à deux points de vue. Le premier est la possibilité pour la population de se faire soigner sans aller dans les grandes villes aux alentours comme le Mans ou Chartres et le second est économique car le centre hospitalier fait partie des plus gros employeurs de la ville.

Le CH de Nogent offre un service d'accueil d'Urgence, 7 places d'activité ambulatoire, 60 lits en médecine, 30 lits en SSR (Soins de suite et de Réadaptation et 160 lits d'EHPAD. Il comporte aussi un centre périnatal de proximité. Des travaux sont en cours avec un nouveau service des urgences et de chirurgie ambulatoire.

La Ville de Nogent le Rotrou est située sur une petite colline. L'hôpital est construit tout en haut de cette colline, à 2 km du centre ville. Il est réparti en plusieurs bâtiments. Un bâtiment central qui regroupe les services de médecine, urgences, SSR, ambulatoire et imagerie et un autre bâtiment qui s'appelle La Roseraie, qui regroupe une partie de l'EHPAD (82 lits) et les bureaux administratifs. Il existe un autre bâtiment d'EHPAD appelé La Charmille (78 lits) qui se situe au centre ville. Le service d'EHPAD est donc divisé en deux bâtiments séparés de deux kilomètres. La Roseraie a été construite en 1993 et La Charmille en 1970. Anciennement maisons de retraites, elles se sont transformées en EHPAD en 2008. La Charmille est un vieux bâtiment assez vétuste, construit en longueur sur 4 étages. Son déplacement sur le plateau est prévu avec la construction d'un nouveau bâtiment attenant à La Roseraie.

2- Sa mission : Projet d'établissement, ses priorités

Le Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou est une structure qui fait partie d'un réseau de soin. Il met en place des partenariats avec les établissements de Chartres, Le Mans, Châteaudun, Dreux et diverses associations du territoire.

Les priorités de l'établissement sont tout d'abord de rester viable financièrement. Ce n'est pas facile pour ces petits établissements qui peuvent paraître moins attractifs pour la population. Lors des vœux 2014, les discours du maire et du directeur allaient dans le même sens. La mise en place du service de chirurgie ambulatoire a permis d'équilibrer le budget et de financer les travaux en cours. L'expansion de la télémédecine est prévue. Il s'agit pour ce centre hospitalier de rester dynamique, attractif et de répondre aux besoins de la population. Malgré cet élan, la difficulté de l'établissement et plus généralement du Perche, est d'attirer les médecins. La désertification médicale est difficile à combattre en zone rurale. On compte 7 médecins pour 10 000 habitants. Des projets se développent tels que les maisons de santé médicales pluridisciplinaires. Le centre hospitalier a donc une part importante à jouer dans l'accompagnement de la population âgée.

Les priorités de l'EHPAD : ce qui ressort du projet d'établissement et qui corrobore les récits des soignants avec lesquels j'ai travaillé, c'est le vieillissement de la population. Les personnes entrent de plus en plus tard dans les EHPAD, de 82 à 88 ans. L'âge moyen des résidents est de 86 ans.

L'espérance de vie en France est de 78 ans pour les hommes et de 85 ans pour les femmes selon l'INSEE 2014.

D'après le projet d'établissement, on constate une évolution importante de la dépendance des personnes âgées. Celle-ci est évaluée à partir d'une grille appelée AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources) qui a été élaborée par des médecins de la sécurité sociale, de la société Française de Gérontologie et des informaticiens. Elle permet d'évaluer l'autonomie de la personne et de regrouper les malades en six groupes iso-Ressources (GIR). La moyenne des GIR est appelée GMP (GIR moyen pondéré). On constate donc dans cet EHPAD, une augmentation du GMP de 24% en 3 ans.

On note aussi entre 2010 et 2012 une très grande augmentation des affections neuropsychiatriques. Celles-ci sont classées en six groupes : les troubles chroniques du comportement, les états dépressifs, les états anxieux, les psychoses, délires et

hallucinations et les syndromes démentiels. L'évolution la plus forte se situe sur les syndromes démentiels.

Ce constat conduit à des actions pour adapter les moyens tels que l'environnement physique, les compétences et stratégies thérapeutiques et la prise en charge.

Les chantiers à venir pour l'EHPAD sont la reconstruction de La Charmille, la création d'un accueil de jour et la création d'une unité Alzheimer.

La question du bien-être au travail est inscrite dans le projet d'établissement. Des démarches dans ce sens sont en cours.

Du fait de l'évolution des prises en charge, on constate une large augmentation de la charge de travail des soignants avec un risque de mal-être au travail, un absentéisme accru et un risque de maltraitance pour les résidents. Le taux de dépendance de plus en plus élevé, les pathologies évolutives et les durées de séjour plus courtes conduisent à une prise en charge de fin de vie. Un groupe de parole et d'analyse de pratiques doit être mis en place très prochainement.

3- Rencontre et perspective avec la direction

J'envoie tout d'abord un courrier au Centre Hospitalier de Nogent le Rotrou, proposant une intervention avec un travail corporel pour les usagers de l'établissement ou pour les soignants. Je reçois alors un appel de la directrice adjointe qui m'exprime son intérêt et souhaite me rencontrer. Les 400 km qui nous séparent compliquent un peu les choses. Nous convenons au téléphone d'un rendez-vous, essayons de le faire coïncider avec une rencontre possible des cadres, mais c'est trop compliqué. Nous nous rencontrons donc toutes les deux. Le travail avec les soignants l'a interpellée. Elle m'explique que des douleurs au travail se manifestent, surtout pour l'EHPAD, et qu'il y a quelque chose à faire. Elle en a déjà parlé à la cadre du SSR qui est très emballée. Je lui explique mon parcours et comment je travaille avec la technique Alexander. Elle m'écoute avec beaucoup d'attention et nous élaborons les grandes lignes du projet qu'elle soumet aux cadres quelques semaines plus tard. Nous convenons de monter le projet avec d'une part un travail concernant les soignants du SSR et de l'EPHAD, et d'autre part un travail avec les résidents de l'EHPAD. Je souhaite une co-construction avec les équipes. La distance et le manque de temps conditionnent un peu la construction qui s'effectue surtout par échange de mails et appels téléphoniques. Sur les grandes lignes, le projet prévoit des ateliers collectifs pour les soignants, des séances individuelles pour les

résidents et un travail avec un membre de la famille et un résident. Nous souhaitons, avec la directrice adjointe, ouvrir un maximum de possibilités pour mettre à l'épreuve les questions du corps à travers ma pratique dans l'institution. Il s'agit de questionner aussi bien ma pratique que la pratique des soignants et le fonctionnement de l'institution. Je sens de la part de la direction une grande curiosité et une forte envie de nouveauté. Cette ouverture d'esprit est un grand soutien pour moi car elle m'ouvre les portes. Afin de savoir ce qu'il y a derrière ces portes je propose et souhaite mettre en place quatre jours d'observation en amont de l'action pour rencontrer les soignants et m'imprégner de l'ambiance. Cela me semble primordial pour ne pas commettre d'impair et adapter mon travail aux besoins.

Enfin le premier jour d'observation arrive. J'ai hâte de commencer.

B/ L'observation

Jour 1 : Accueil et visite des lieux

J'ai rendez-vous dans le bureau de la cadre du SSR, qui se trouve, comme je l'ai expliqué plus haut, dans le bâtiment central de l'hôpital avec la médecine.

Je suis accueillie chaleureusement par la cadre du service, Mme T. Le cadre supérieur de l'EHPAD (Mr. R.) nous rejoindra très vite. En attendant, Mme T. très heureuse de m'accueillir, me donne immédiatement, avec un grand sourire, la liste des personnes inscrites à l'atelier collectif prévu. Il y a quatorze personnes. Je suis très étonnée de l'engouement pour le projet. Je n'ai encore fait aucune présentation, en général le travail corporel fait un peu peur, il faut toujours un peu de temps pour que des groupes se mettent en place. Avoir déjà quatorze inscrits à peine arrivée me met en joie mais je reste tout de même vigilante car je suis aguerrie et sais que tout projet peut se renverser à n'importe quel moment.

Mme T. me dit qu'elle est très heureuse de pouvoir proposer ce projet à son équipe. Elle a fait en sorte que les heures dégagées pour l'atelier soient récupérées par les salariés. Elle est ravie que les soignants découvrent une nouvelle technique.

Mr. R. arrive. Il n'a pas de liste d'inscrits. Il explique qu'il n'en a pas encore parlé. Il semble moins enthousiaste à l'égard du projet. Il me guidera néanmoins tout le reste de la journée pour la visite des lieux de façon très sympathique.

Je leur demande s'il y a eu d'autres initiatives de ce type au centre hospitalier.

Il y a eu des formations à la sophrologie, au toucher massage et un des aides soignants propose des formations et se forme lui-même régulièrement aux gestes et postures.

Puis, je demande de quelle manière s'exprime les besoins d'un travail sur le corps.

Les soignants se plaignent de maux de dos et développent aussi des TMS (troubles musculo-squelettiques). Les cadres observent des épaules serrées et relevées, des difficultés de rotation du cou, des respirations inadaptées. Ils observent aussi des difficultés dans la gestion du temps et des priorités.

Nous convenons que les ateliers collectifs pour les soignants soient accessibles aux deux services (SSR-EHPAD). Il y aura un atelier le matin et un l'après midi pour permettre la rotation des équipes. La salle sera la salle d'animation de la Charmille. C'est une salle isolée et calme. Nous prévoyons les présentations du projet aux équipes pendant les transmissions. Je ferai ma première présentation dans l'après-midi au service du SSR.

Après la réunion avec les cadres, Mr. R. me fait visiter les lieux.

La Roseraie : Bâtiment en étoile sur deux étages. Les salles de restauration sont au centre. Le cadre est agréable.

Je profite de cette visite pour m'imprégner de l'ambiance et discuter avec Mr. R. Il est très intéressé par les techniques alternatives, en psychologie surtout. Il a fait de la PNL. Il me raconte ses expériences personnelles. Je retiendrais de notre conversation sa volonté de faire baisser la médicalisation sur l'EHPAD.

La Charmille : C'est un très vieux bâtiment qui date des années 1970, sur 4 étages, du type longs couloirs et chambres empilées les unes sur les autres. Il n'y a qu'une salle de bain pour deux étages. Nous rentrons dans un grand hall où sont assis des résidents en ligne. Personne ne se parle. La première impression est assez marquante.

Les résidents qui habitent la Charmille sont moins dépendants qu'à la Roseraie. Nous traversons les couloirs.

L'ambiance est assez pesante. Il n'y a pas de bruits familiers comme à la Roseraie, ni de musique, ni de conversations dans les coins.

Nous n'y restons pas longtemps, je ferai mon observation dans cet établissement la semaine suivante.

Toute la journée se déroule sur un ton festif et positif. Le directeur me prévient que c'est exceptionnel. Nous sommes en Janvier, c'est le jour des vœux du maire et de la galette.

A midi nous sommes conviés aux vœux du Maire et du directeur. Nous écoutons une heure de discours debout. C'est long et pénible pour le dos mais intéressant pour comprendre les enjeux politiques et économiques de la structure sur la région. J'entends que le directeur actuel met en chantier des projets d'ouverture de nouveaux services.

Puis un repas festif pour l'ensemble du personnel est organisé dans la grande salle d'animation. Cela me permet de rencontrer d'autres personnes.

Après le repas je retourne au SSR pour une galette des rois et à nouveau champagne et cidre régional. C'est l'occasion d'entendre un médecin présenter le projet de service de gériatrie courte durée. Il expose de façon très succincte ce que peut être la relation soignant soigné dans ce nouveau service.

Jour 2 : Observation du SSR

Je suis accueillie par les quatre aides soignantes du service SSR. Nous convenons que je les suive dans leur travail.

En chambre : Deux aides soignantes font la toilette de deux messieurs. Je demande aux personnes bien sûr si je peux assister aux toilettes sans déranger.

Les AS sont très attentives. Leurs gestes sont doux et sûrs en même temps. L'un des malades respire mal, l'infirmière est tout de suite appelée pour régler le dosage d'oxygène. Les AS prennent le temps d'échanger quelques mots avec les malades, l'ambiance est détendue. Je remarque tout de même que leur gestuelle est rapide et qu'elles enchaînent des gestes habituels et maîtrisés.

En salle de bain : J'assiste au bain d'une personne qui s'apprête à sortir le midi. Une AS m'explique qu'un bain est donné aux personnes qui sortent du service. J'observe la manipulation technique du fauteuil qui descend dans la baignoire. Malgré la technologie évoluée des machines je constate que l'AS qui lave le patient fait énormément de flexion. Elle a d'ailleurs des problèmes de genoux et de dos. J'entends ses genoux craquer à chaque flexion. Cependant elle prend le temps de faire chaque geste avec douceur. Mais le patient est mal assis et a mal aux fesses. Elle se presse donc pour limiter le temps de douleur. Elle aurait pu le replacer mais sans doute a-t-elle des raisons pour poursuivre le bain et le terminer assez vite. Nous profitons de ce temps pour parler. Elle est ancienne sur l'hôpital. Elle a travaillé à la Charmille et à la Roseraie avant de venir au SSR. Elle trouve que c'est plus tranquille ici. Il y a moins de lits à faire et le temps à consacrer aux personnes est plus grand. Elle peut donc les

« cocooner » un peu plus. Avec les années, elle préfère être dans ce service. Elle précise que le travail à l'EHPAD est vraiment difficile.

Je comprends que dans l'organisation du travail, les stagiaires appelés « aides » sont compris dans l'effectif.

Dans la présentation du service gériatrique faite la veille par le gérontologue, les aides soignants doivent appliquer la méthode X qui consiste à établir une relation privilégiée à chaque toilette et qu'en même temps il précise qu'ils auront dix lits à leur charge, sur le coup je constate juste que cela ne réjouit personne. Je comprends pendant cette observation que l'équation est difficile.

A 14h00, je vais à la transmission pour expliquer mon projet et me présenter. J'explique le contexte du DU, la Technique Alexander et résume mon parcours de metteur en scène.

Je leur propose dix ateliers collectifs au cours desquels nous aborderons les principes de la Technique F.M. Alexander dans l'objectif de pouvoir se poser, prendre conscience de la notion de support, de notre rapport à l'espace et au temps. A travers le mouvement nous développerons une conscience de notre usage, de la tension musculaire que nous mettons en jeu par exemple. Nous prendrons aussi des temps allongés sur des tapis pour une approche plus fine de la conscience du corps et explorer ce que peut être la relaxation. Des jeux collectifs nous permettront de mettre en jeu la dynamique collective et le support que cela dégage. Je leur explique que la notion de détente sera abordée par des voies détournées car la détente sur commande est une chose difficile.

Je perçois un peu d'appréhension chez les soignants qui contraste avec l'enthousiasme de Mme T., la cadre du service. Je lis dans leurs yeux de l'étonnement. Ils n'arrivent pas vraiment à cerner l'enjeu principal pour eux car ils sont face à l'inconnu.

Jour 3 : La Roseraie

Aujourd'hui je suis en observation à l'EHPAD la Roseraie. Le bâtiment est sur le plateau, c'est-à-dire sur le site du centre hospitalier.

Je suis accueillie par la cadre de santé, Mme G. Elle est au courant de mon projet et me demande de quelle manière je souhaite procéder pour cette journée. Elle me prévient qu'ils sont en pleine épidémie de gastro qui touche aussi bien les soignants que les résidents.

Les soignants ne sont pas prévenus de ma visite et beaucoup sont absents. Il va falloir faire avec. Ayant assisté à des gestes techniques, type toilette la semaine dernière, je lui exprime le souhait de pouvoir déambuler dans le bâtiment afin de rencontrer aussi bien les résidents que les soignants.

Elle me confie à une aide soignante, Mme Mahonia¹⁶, qui est en poste aménagé car elle s'est fait opérer du dos et a eu un arrêt de travail d'un an. Elle ne fait pas de toilettes mais circule pour aider l'équipe et prend un peu de temps avec les résidents. Ce sera pour moi une mine d'informations car elle travaille à la Roseraie depuis 14 ans. Au cours de ma déambulation à la Roseraie avec Mme Mahonia, nous croisons plusieurs de ses collègues avec qui elle échange des petites blagues. Elle m'explique qu'il y a une individualisation qui s'est installée depuis quelques années. Les AS doivent faire dix lits chacune chaque matin dans chaque aile. Elles sont isolées et travaillent seules. Pour elle, chacun se met des œillères. Les soignantes que je croise me parlent de leur pathologies, mal de dos (hernie discales, douleur aux épaules, douleurs aux genoux ...). Mme Mahonia me dit qu'elle essaie de partager son expérience avec les autres, et de faire un peu de prévention mais ce n'est pas facile. Elle me regarde, me dit que mon projet est super mais que ce n'est pas gagné !

Elle me raconte le fameux soir où son dos a lâché. Elle ressentait déjà depuis plusieurs mois une douleur assez forte dans le dos. Elle accumulait de la fatigue et faisait avec. Elle travaillait à l'époque avec un collègue qu'elle aimait bien. Un soir, en se baissant pour porter un résident, elle entend un grand « crac » et ressent une douleur très vive, elle sent son dos lâcher. Elle exprime cela en disant mon dos s'est cassé. Elle se fait opérer à la clinique du dos au Mans. Elle reste un an en arrêt de travail.

Depuis, elle est en horaires aménagés. Elle ne s'occupe plus des toilettes et ne porte plus de résidents. Elle aide à la gestion du linge et autres tâches. Elle connaît très bien le service. Elle est très communicante avec tout le monde. J'observe tout de même qu'elle se baisse très régulièrement, qu'elle porte des piles de serviettes, bref, même si les tâches sont moins lourdes elles restent tout de même assez physiques.

Elle m'explique que le travail a beaucoup changé depuis quatorze ans. Du fait de l'aide à domicile, les personnes arrivent de plus en plus tard c'est-à-dire qu'elles sont de plus en plus âgées. Avant, la Roseraie accueillait des personnes valides qui restaient pour un long séjour. Aujourd'hui, la plupart arrivent lorsqu'elles ne peuvent plus se débrouiller

¹⁶ Tous les soignants ayant participé au projet sont renommés.

seules à domicile même avec une aide. Les pathologies sont donc multiples. A la Roseraie il y a essentiellement des personnes en grande difficultés motrices, des personnes « grabataires ». Les résidents sont mélangés, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de catégorisation par aile de bâtiment en fonction des pathologies. Ils sont libres de circuler. La salle de restauration par contre est coupée en deux par une paroi afin d'isoler les personnes très grabataires des autres qui peuvent à peu près manger seuls. Le temps du repas est important et le mélange des pathologies n'est pas toujours aidant. Mme Mahonia prend le temps de parler avec les résidents. Elle a un contact assez familial avec eux. Elle est très sensible. Nous passons à côté d'une dame qui pleure car elle est paniquée de ne pas savoir où se trouve la salle du repas. Nous nous arrêtons, elle la rassure par le toucher et la parole et prend le temps de l'asseoir à côté de la salle de restauration. Puis elle me dit qu'elle a de plus en plus de « difficulté à faire » avec cette détresse. Elle est très affectée de l'état des résidents. Elle est aussi en colère car elle a vu l'augmentation de la médication. Elle dénonce les piluliers remplis et dit « ce n'était pas comme ça avant ». Je suis interpellée par sa sensibilité. Elle exprime une grande attention pour les résidents. Elle prend le temps de s'arrêter et de répondre à chacune de leur demande. Je la sens très touchée et dans une grande empathie. Lorsqu'elle me dit qu'elle a de plus en plus de difficulté à supporter la souffrance des résidents, je vois, devant la dame égarée en larme, qu'elle se sent atteinte, comme démunie face à tant de détresse, même si elle sait très bien de quoi il est question.

J'explique, dès que c'est possible, mon projet aux personnes que l'on croise et en profite pour leur demander si elles seraient intéressées par un travail collectif ou individuel. Je me rends compte que beaucoup sont en demande d'un travail individuel. Etant donné les difficultés qui s'expriment, je propose de conserver les ateliers collectifs afin qu'elles puissent y trouver un échange avec leurs collègues dans un autre contexte. Je parle avec les aides soignantes d'une éventualité pour moi de travailler avec les résidents. Je leur demande ce qu'elles en pensent, comment elles imaginent la chose. L'une d'entre elle me dit que proposer un massage des mains face aux personnes serait approprié. Cela me parle et j'imagine un travail sur le toucher à partir des mains et conjointement un travail sur l'échange verbal.

Après le déjeuner je retourne dans le service pour la transmission afin de me présenter à tout le monde et d'expliquer plus en détail le projet.

Une personne me demande en quoi consistent exactement les séances individuelles. Pour que cela soit plus parlant je demande au médecin à côté de moi de faire le « cobaye ». Je pose mes mains sur le haut de son torse (cou tête et côtes supérieures). J'explique tout en écoutant son axe vertical que nous travaillons avec les notions de directions de la tête par rapport au cou et qu'à travers des mouvements très simples du quotidien nous explorons consciemment ces directions et l'usage tonique de la personne. Tout le monde a l'air satisfait des explications, je monte au premier étage pour redonner la présentation du projet.

Les équipes sont attentives. Il y a, bien sûr, un peu d'appréhension par rapport au projet car la Technique Alexander est inconnue. Mais je lis de la curiosité sur les visages.

Jour 4 : La Charmille

Je suis accueillie par l'infirmière dans la salle de soins. Elle ne sait pas bien quoi me dire, je pense qu'elle ne comprend pas très bien ce que je fais ici. Elle me laisse donc libre d'aller où je le souhaite. Elle m'explique que deux aides soignantes sont occupées à donner des douches dans les deux salles de bain de l'établissement. Il y a quatre étages et en plus des deux AS qui s'occupent des douches, une AS par étage s'occupe des résidents.

La configuration de l'établissement est très différente de la Roseraie. Comme je l'ai expliqué plus haut, les étages sont superposés dans la longueur. Des longs couloirs étroits relient les chambres avec des escaliers en bout de couloir.

Les personnes qui vivent à la Charmille sont moins dépendantes qu'à la Roseraie. Elles sont plus valides dans le sens où la majorité des résidents peuvent marcher et se déplacer de façon autonome. Certains même sortent de l'établissement pour se promener en ville. Mais ce n'est pas aussi tranché que cela, j'ai vu aussi à la Roseraie des personnes valides et à la Charmille des personnes très dépendantes. Il n'y a pas vraiment de sectorisation. La psychologue me dit qu'à la Charmille, certaines personnes ont des troubles psychologiques mais chaque personne est différente. On ne peut pas vraiment spécifier les pathologies ou les troubles dans les deux établissements.

Je décide de monter dans les étages. Je marche le long des couloirs, je croise très peu de monde car les aides soignants sont dans les chambres et je ne souhaite pas frapper aux portes pour demander si je peux entrer et observer.

Je redescends dans le hall du bas et m'assieds sur une chaise installée de façon centrale qui me permet d'être complètement immergée dans l'ambiance de l'établissement.

A ma gauche se trouve l'ergothérapeute que je peux entendre travailler avec les résidents. Elle reçoit une personne et lui fait faire du collage : découper les branches d'une couronne de galette des rois et les coller sur un bout de carton en suivant des lignes. Pendant l'activité, l'ergothérapeute parle avec la personne. Celle-ci lui raconte sa jeunesse, elle a vendu des glaces sur la plage, elle parle de ses parents, elle se plonge dans ses souvenirs. J'ai l'impression que cela lui fait du bien de pouvoir évoquer son passé. L'activité se termine, l'ergothérapeute va chercher une autre résidente. Lors de nos échanges verbaux elle m'explique qu'elle travaille en séance individuelle et en collectif (six personnes).

A ma droite se trouve l'animatrice qui distribue des aiguilles à tricoter à qui veut. Elle est debout près d'un buffet, fait du tri dans les pelotes de laine. Les résidents viennent s'ils ont envie. Il y a du va et vient. Le mouvement est assez libre. Il n'y a qu'une dame qui tricote. Cela dure à peu près une heure. Puis l'animatrice s'installe sur une table derrière moi et fait du collage. Elle fabrique des cartes pour les portes des résidents. Elle feuillette un catalogue de jardinage et cherche des fleurs à découper. Cela attire quelques résidents qui viennent converser un peu.

Devant moi se trouve le grand hall. Je l'observe de façon plus détaillée que le premier jour. Il est organisé en plusieurs coins, comme des coins salons. Le plus grand coin est celui de la télé. Il y a devant la télé plusieurs rangées de chaises. Dans les autres coins, les chaises ou fauteuils sont aussi alignés, parfois en vis-à-vis, parfois en rang.

Beaucoup de résidents sont installés dans ce hall. Ils descendent au fur et à mesure de leur chambre. Ils se parlent assez peu. C'est comme s'ils attendaient. J'y reste à peu près deux heures, jusqu'à l'heure du repas, comme les résidents. Une AS me demande à un moment si je ne m'ennuie pas. Je ne m'ennuie, en fait, absolument pas. Il y a énormément de choses à observer, je me laisse imprégner par les bruits environnants des gens qui passent, des familles qui entrent et sortent, des résidents qui changent de place ou qui cherchent une place, du repas qui se prépare. Je me laisse imprégner de la vie du lieu et je me dis que les résidents font peut être comme moi, ils observent, ils s'imprègnent de la vie, du mouvement de ce hall. Peut-être ne seraient-ils pas aussi nombreux à être en bas s'il n'y avait pas ce mouvement ? Mon regard sur ce lieu a donc complètement changé entre la première observation et la deuxième.

Je prends le temps de réfléchir à l'éventualité de travailler avec les résidents et leur famille. J'observe un fils qui rend visite à sa mère. Ils sont assis face à face avec le déambulateur entre eux. Ils ne se touchent pas. La mère répète plusieurs « Pourquoi t'es jamais là ? » et le fils répond plusieurs fois « ben si je viens, aujourd'hui je suis là ! ». Je comprends à ses réponses qu'il vit à 100 km et qu'il vient toutes les semaines. Il regarde plusieurs fois sa montre. Il s'occupe de l'appareil auditif de sa mère. Il la regarde intensément et cherche ses mots. Il lui demande ce qui lui ferait plaisir. Elle lui demande d'amener son autre fils la prochaine fois. Il reste 45 mn et s'en va.

En les observant, je ne m'imagine pas m'insérer dans leur relation. Ce travail demande du temps. Je prends la décision de reporter le travail avec les résidents pour me laisser du temps dans la prise de contact.

Comme je suis là, assise, les gens viennent me parler. La psychologue s'assied à mes côtés le temps de sa pose café. J'échange quelques mots avec l'ergothérapeute, avec l'animatrice, et des résidents me sourient, intrigués.

Un résident entre dans le hall et constate que sa place habituelle est prise. L'ergothérapeute lui présente une autre place avec une table et une toile cirée jaune. C'est visiblement son autre place habituelle, la chaise est dirigée vers le mur et non vers le hall. Il s'y assoie mais n'y reste pas, il revient vers l'autre chaise qui se trouve plus près du centre de la pièce mais une dame est assise dessus. Il demande à récupérer sa place mais personne ne lui répond. Il s'approche de la dame qui est assise sur sa chaise et lui dit de s'en aller en la poussant, la dame lui répond de la laisser tranquille. Après plusieurs tentatives il abandonne.

Les AS descendent au fur et à mesure les résidents qui ont fini leur toilette. L'une d'entre elles attache l'une des résidentes avec un drap sur une chaise. Je lâche du regard cette dame et quelques minutes après je vois le drap défait et la chaise vide, la femme a changé de place. Vers 11h il y a une distribution de verres d'eau. Vers 11h45 on place les personnes en chaise roulante les unes derrière les autres devant l'ascenseur de la salle de restaurant. Cela crée une file au milieu du hall. Les AS manipulent les fauteuils d'un geste rapide et sûr.

A 14h00 je fais mon discours de présentation dans la salle de transmission comme je l'avais fait la veille. Quelques minutes avant, deux femmes se dirigent vers moi d'un pas très décidé. L'une d'entre elles me dit « Nous avons des questions à vous poser, nous sommes déléguées du personnel ! ». Elle commence à m'expliquer toutes sortes de

choses problématiques qui pourraient se présenter dans mon projet et je comprends qu'elle me prend pour une psychologue. Elle n'a pas vraiment pris le temps de se renseigner avant de venir me voir. Je l'invite à patienter quelques minutes car je vais bientôt tout expliquer à l'équipe. Pendant ma présentation elle me coupe la parole en me disant que mon intervention ne sera pas possible à telle heure ou dans tel espace, etc. Elle est assez autoritaire, les soignants présents n'osent pas me poser de question. L'ambiance est assez froide. Je suis peut être un peu tendue, je conclus rapidement en rappelant qu'il n'y a aucun caractère obligatoire dans le travail que je propose et je m'en vais. Son intervention me rappelle que mon projet est soutenu par la direction et peut donc être mal reçu par les salariés.

Je sais que ce ne sera pas facile. Que les enjeux des uns ne correspondent pas aux enjeux des autres. J'ai assez d'éléments pour démarrer prudemment et réajuster au fur et à mesure.

C/ Analyse et orientation de la mise en place du projet

Au cours de cette observation je garde une attention très large. Mon intention est de m'immerger complètement dans la vie du lieu. Comme le résume très bien la psychologue avec qui j'ai échangé quelques mots, mon envie n'est pas de remplir mes ateliers ou de réussir quelque chose mais plutôt d'interroger ma pratique dans cette institution. Je ne sais pas à l'avance ce qui va interpeller dans le travail corporel que je propose, ni ce qui sera pertinent car c'est la première fois que j'interviens dans un centre hospitalier. Je profite de mon statut de stagiaire pour laisser des ouvertures même si quelques objectifs sont tout de même fixés au départ pour structurer la rencontre.

De ce temps d'observation je dégage plusieurs tensions qui vont m'aider à construire mon projet.

1- De l'individuel au collectif :

A la Roseraie, Mme Mahonia témoigne de l'individualisation qui s'intensifie dans le service. Les salariés que je croise semblent être plutôt favorables à des séances individuelles. Leur travail est souvent solitaire mais plusieurs personnes travaillent sur le service et le rapport aux collègues est malgré tout important. La transmission des informations sur les résidents est indispensable et face à la difficulté du travail, un rapport aux autres devrait être un soutien. Je me demande comment la parole circule dans les services. Je demande si des groupes de paroles avec une psychologue sont mis en place. Face à cet isolement qu'exprime Mme Mahonia, je me dis qu'il y a peut-être à construire un espace de parole.

Dans son livre sur la vie en EHPAD, Claudine Badey-Rodriguez, psychologue, place au centre de sa réflexion sur la souffrance du personnel en gérontologie, la nécessité des groupes de parole. C'est pour elle une possibilité de repérer de l'intérieur ce qui relève par exemple d'une « causalité circulaire ». Elle précise que ce sont moins les individus qui sont perturbés que leur mode d'interaction. Dans ces groupes de paroles les soignants y parlent de leur vécu personnel et professionnel. Ce sont des lieux de questionnement de l'institution. Ce qui est en jeu n'est pas thérapeutique mais éclaire ce que chacun met dans son travail. Il s'agit plus de groupes de « soutien ». Ces groupes de soutien sont l'occasion de parler de sa relation avec la personne âgée et d'y réintroduire des valeurs humaines. Pour permettre un changement de relations entre les membres du personnel ou entre le personnel et les résidents, il est nécessaire de créer un espace où la souffrance et l'angoisse peuvent s'exprimer. Travailler en gérontologie confronte au vieillissement et à la mort. *« Vivre des moments de saturation, sont des sentiments normaux pour des soignants en gérontologie. Soumis à des pressions émotionnelles répétées, le personnel doit arriver à trouver la bonne distance, l'attitude juste entre le retrait, l'indifférence et un engagement trop important. »*¹⁷

On constate dans le récit d'observation ci-dessus, que Mme Mahonia s'arrête à chaque sollicitation des personnes que l'on croise. Chacune est dans une demande, l'une demande un café et un peu de conversation, un autre l'heure qu'il est ou bien encore cette dame qui pleure parce qu'elle est perdue. La soignante prend le temps de répondre avec beaucoup d'attention. J'observe qu'elle remplit chaque échange de beaucoup de douceur et d'empathie. Mais j'observe aussi un désarroi. Il n'est pas facile de trouver la

¹⁷ Claudine Badey-Rodriguez, *Les personnes âgées en institution - Vie ou survie*, Seli Arslan, Paris, 1997.

bonne distance avec « l'autre » et de gérer toutes ces émotions qui s'entrecroisent dans ces rencontres. Lorsqu'elle me regarde, les yeux expressifs, en me disant sa saturation face à tant de souffrance, je me sens aussi démunie et partage son sentiment d'impuissance. Nous sommes deux, nous partageons, Mme Mahonia pose des mots sur ce qu'elle ressent. J'observe qu'elle partage beaucoup avec ses collègues et transforme ses émotions en plaisantant et en mettant un peu de légèreté dans ce quotidien. Le partage de parole et la notion de collectif se créent de façon informelle dans le service, par nécessité.

2- De quel corps parle-t-on ?

La plupart des soignants que je croise dans cette institution ressentent des grandes douleurs, au dos notamment, et de la fatigue. Mais tout le monde continue, la douleur fait partie du travail, elle devient un partenaire, elle accompagne les soignants dans leur quotidien professionnel, qu'il s'agisse du médecin, de la cadre ou du personnel soignant. Il me semble qu'il est difficile d'y échapper. Cette douleur va-t-elle me prendre aussi ?

Lorsque je déambule dans les services et que l'on m'identifie comme travaillant sur le corps, les personnes me parlent en tout premier lieu de leur douleur. C'est comme si le mot « corps » et le mot « douleur » étaient synonymes. Les personnes se présentent, présentent leur corps à travers leurs douleurs. En serait-il de même dans une autre situation, dans un autre contexte ? Cette façon de présenter le corps est-elle liée au contexte professionnel ? On peut supposer en effet que dans une autre situation ces personnes parleraient de leur corps différemment en fonction de la situation, par exemple chez une esthéticienne ou bien dans une intimité en famille ou bien encore dans une activité de loisir. Il y aurait alors plusieurs corps, ou plutôt plusieurs manières de se donner un corps, de donner à l'autre son corps dans la relation qui s'ouvre. On peut donc parler de corps « vécu » en situation. Le corps n'est pas une entité existante enfermé dans une définition. Nous sommes des corps, nous sommes, nous existons à travers un corps en relation. C'est pourquoi lorsque je propose un travail sur le corps, l'interaction de la relation à l'environnement entre dans la représentation ou la définition qu'on lui donne. Celle-ci est multiple car elle évolue au fil de la vie. Dans un contexte de soin, la notion de corps est souvent objectivée. Le corps du soigné est l'objet du soin et soumis aux gestes techniques qui sont attribués à la situation. Mais

que devient alors le corps du soignant dans cette relation ? Est-il soumis à la même objectivation par le fait de produire des gestes techniques ?

On voit bien qu'il est difficile de réduire à une seule définition la notion de corps. A chaque époque le regard sur le corps change qu'il soit scientifique ou qu'il serve une économie ou qu'il entre dans le champ de la psychologie. Le corps peut être séparé de l'esprit comme dans la philosophie de Descartes, ou considéré comme partie intégrante d'une chaîne d'êtres vivants comme dans d'autres cultures que la nôtre. Aujourd'hui le regard de notre société sur le corps bouge un peu avec l'évolution des neurosciences.

Il y a d'ailleurs plusieurs définitions de l'image du corps. Comme le dit Pierre Ancet¹⁸, le corps ne se réduit pas à une image devant la glace. Pour Françoise Dolto par exemple le schéma corporel se définit comme une réalité de fait commune à tous les êtres humains, un instantané de notre corps organique tel que nous le vivons grâce aux sensations musculaires, osseuses, viscérales, circulatoires, etc. Il est conscient, s'élabore avec l'apprentissage et est indépendant des relations affectives. Sa définition de l'image du corps par contre est une image inconsciente, propre à chacun et se construit au sein de la relation « désirante, langagière et affective avec autrui »¹⁹. Pour Shaun Gallagher, le schéma corporel est inconscient et serait inné, implanté dans le cerveau du nouveau-né²⁰, par contre l'image corporelle est consciente et productrice de mouvement volontaire.

Des scientifiques localisent les notions de schéma corporel et image du corps dans le cerveau comme Stamenov cité par Isabelle Joly dans son ouvrage²¹. « Le SC et l'IC sont localisés distinctement dans le cerveau, le SC serait localisé dans le cortex somatosensoriel primaire et l'IC serait localisée dans le cortex occipitotemporal latéral droit. »

F. Varela dans son livre *l'inscription corporelle de l'esprit* utilise le terme d'énaction pour étudier le vécu à travers la connaissance émergente. « *Selon le paradigme de l'énaction, toute connaissance est incarnée dans le corps externe, elle n'est pas inscrite dans l'esprit sous la forme de symboles ou du corps interne.* »²²

¹⁸ Ancet Pierre, *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod, 2010.

¹⁹ Nasio J.D., *Mon corps et ses images*, Paris, Payot, 2007, p 204.

²⁰ Joly Isabelle, *Le corps sans représentation. De Jean Paul Sartre à Shaun Gallagher*, Paris, L'Harmattan, 2011, p 79.

²¹ Ibid, p18.

²² Ibid, p74.

On voit bien à travers ces exemples de définition de corps en mouvement et d'images du corps que rien n'est figé et que chaque chercheur nourrit sa définition de son propre vécu.

3- Corps et douleurs dans l'organisation du travail

Serait-il possible de mettre en lien cette réflexion avec l'expression de la douleur des soignants lorsque j'évoque leurs corps ? Qu'est-ce qui s'exprime à travers une douleur aux cervicales, aux bras et comment les écouter ? Faut-il attendre la lésion tissulaire pour la rendre existante et lui donner un sens et une place ?

De même qu'un corps n'est pas réductible à un ensemble d'organes, une douleur n'est pas uniquement une réponse à un stimuli dû à une maladie ou une lésion.

Pourtant la définition de la douleur de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est la suivante : "La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes".

Y-a-t-il atteinte potentielle des tissus dans les douleurs des soignants ?

L'absentéisme au travail n'est pas une manifestation récente de la souffrance au travail. Elle date du XIX^{ème} siècle avec la mise en place d'une organisation temporelle et spatiale du travail. On observe dans l'organisation du travail d'une institution médicale une organisation temporelle et spatiale assez stricte. Prenons l'exemple de la Charmille décrite plus haut, une aide soignante par étage et une aide soignante par salle de bain. Chacune a un nombre précis de toilettes à faire dans sa journée. Chaque minute est comptée dans la répartition des tâches. Le geste est contraint dans un timing et un espace. La douleur pourrait être provoquée par cette contrainte. Il est possible qu'un « corps qui vit » ne soit pas adapté pour subir une contrainte spatiale et temporelle chaque jour qui suit à travers des gestes répétitifs. Il y aurait alors une tension opposée qui naîtrait dans les tissus, une forme de résistance, comme un désaccord qui pourrait créer des nœuds. Le « je n'ai pas le choix » qui contraint le « corps vécu » pourrait entraîner une contrainte musculaire imprimée dans la gestuelle professionnelle comme nous le dit Vigarello. C'est ce que l'on appelle les TMS, ces troubles musculo-squelettiques qui apparaissent depuis le XIX^{ème} siècle dans tous les secteurs d'activité ou l'employé doit respecter l'organisation de l'entreprise et rester en « flux tendu ». Si l'entreprise ou l'institution est gérée en « flux tendu » il y a de fortes chances pour que les corps qui font vivre l'organisation soient en « flux tendu » aussi. Or un corps vivant est complexe et traversé par des rythmes différents. Il y a tension grâce au relâchement,

le cœur bat et le rythme se crée avec ces deux mouvements antagonistes. Si nous maintenons le tissu en tension, il y a de fortes chances pour qu'il s'use et au pire qu'il lâche. Le « je n'ai pas le choix » enferme bien souvent le mouvement à l'intérieur de ces contraintes. « *Pouvoir faire des choix c'est reprendre du pouvoir sur son travail et se réapproprier la responsabilité de son bien-être* »²³.

4- Tension entre gestes techniques et gestes relationnels :

Claudine B. Rodriguez raconte dans son livre de quelle manière elle est amenée à prendre un peu de distance dans son rapport aux personnes âgées. Lorsqu'elle commence à travailler, à chaque fois qu'elle entre dans la maison, elle dit bonjour à toutes les personnes qu'elle croise. Traverser le hall puis les couloirs lui prend une demi-heure car elle répond à chacun. Petit à petit cette attention particulière donnée à chacun prend de plus en plus d'ampleur, elle se trouve très vite débordée et se rend compte qu'elle est partout et nulle part à la fois. Elle apprend donc à traverser le hall avec un bonjour général. Globaliser momentanément les personnes âgées est pour elle le prix à payer pour pouvoir avoir une présence pleine et entière à d'autres moments.

Comme j'ai pu l'observer avec Mme Mahonia, le travail en gérontologie expose tous les jours à une demande relationnelle quantitative et qualitative. Il est impossible d'y répondre complètement. Il y a un écart entre ce qu'il est possible de donner et ce qui serait nécessaire de donner. Cet écart est générateur de stress notamment pour le personnel soignant. Chacun se confronte à ses limites plus qu'à ses ressources. C'est ce que Mme Mahonia et moi avons ressenti devant « la dame qui pleure ».

La tension qui existe entre le geste technique et le geste relationnel est difficile à gérer. Les cadres des services dans lesquels j'interviens observent que les soignants ont du mal à gérer les priorités et le temps.

Le travail est pourtant répétitif et les objectifs sont centrés sur les actes. David Le Breton²⁴ décrit le travail d'une aide soignante dans son ouvrage : « *Tout son travail, tel du moins qu'elle en parle, semble se réduire à une somme contraignante de gestes d'entretien sur des corps anonymes (...) Traquée par le temps et la somme de ce qu'elle doit faire, elle donne l'impression de courir sans cesse.* ».

²³ Badey-Rodriguez Claudine, op. cit.: p159

²⁴ Le Breton David, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, 1990, dans Ibid : p143

C. B-Rodriguez²⁵ met en cause l'institution qui entraîne avec son système hiérarchique, du contrôle et une stéréotypie des tâches, un enchaînement de gestes techniques qui accentuent la routine. Elle précise que le personnel est pris dans des contradictions et met en place un système de défense. Les soignants que je rencontre dans les services de l'Hôpital de Nogent Le Rotrou sont impliqués dans leur travail, leurs gestes sont rapides et maîtrisés. Mais ils expriment tout de même de l'insatisfaction quant au temps qu'ils passent avec les résidents. Les aides soignantes qui ont d'abord travaillé dans l'EHPAD puis qui sont passés au SSR, témoignent de la différence de rythme. Comme Mme Althéa qui m'explique qu'au SSR elle a plus de temps pour « cocooner les patients. » Il y a donc un désir de la part des soignants d'avoir plus de temps pour les gestes relationnels.

Il s'agit alors d'inverser la tendance, de sortir de ce cercle néfaste, de sortir du « je n'ai pas le choix » et d'inventer à l'intérieur de la relation.

D/ La mise en jeu de ces différentes tensions pendant les séances :

Toutes ces données vont être mises en exergue pendant mes ateliers et pendant les séances individuelles. Le corps du soignant est indissociable de la douleur car celle-ci est intrinsèque à l'institution. Un corps vivant dans un EHPAD ou un centre Hospitalier est traversé par toutes les questions qui sont mises en œuvre dans ces institutions. Il s'agit pour moi de prendre en compte dans mes séances les différents niveaux d'entrées où le corps est mis en jeu dans la pratique soignante.

La difficulté de gérer les différentes contraintes spatio-temporelles et relationnelles avec les collègues s'exprime pendant une séance individuelle. Il s'agit ici d'une mise en évidence de cette difficulté à travers l'expression d'une douleur.

Mme Rose arrive pour sa quatrième séance. Elle allait plutôt bien lors de la dernière séance et se sentait presque privilégiée par rapport aux autres collègues de n'avoir pas trop de douleurs, juste quelques-unes de temps en temps aux épaules et au dos. Je la vois cette fois avec un visage fatigué. Je m'en inquiète, elle me dit qu'elle a travaillé ce week-end, qu'elle a eu de très grandes douleurs qui sont apparues d'abord dans les

²⁵ Ibid, p 142

épaules. Puis ces douleurs n'ont cessé de se promener, d'aller dans le milieu du dos puis dans le bas du dos puis revenir dans les épaules. Elle me dit que c'était comme un cercle. Je lui demande alors si elle se rappelle du moment où ces douleurs se sont déclenchées. Elle me dit oui, c'est au moment où elle s'est agacée contre le jeune qui travaillait avec elle. Ce jour là, elle était chargée de former un jeune qui débutait et qui visiblement s'en sortait difficilement. Les aides soignants ne sont pas toujours formés en amont. Ils sont parfois embauchés et formés sur place. C'est le cas de ce jeune homme. La charge de la formation incombe alors à l'aide soignante qui travaille sur le même créneau horaire. Mais celle-ci a déjà sa charge de travail. La plupart des soignants que j'ai rencontrés dans cette structure sont très impliqués dans leur travail et y mettent beaucoup d'application. C'est le cas de Mme Rose qui m'explique qu'elle était obligée de passer derrière ce jeune pour tout vérifier. Elle est plutôt de nature ouverte et aime la relation avec ses collègues mais ce jeune homme ne lui semble pas très motivé. Devant le travail insatisfaisant, elle se sent obligée de lui dire ce qu'il faut faire mais elle m'explique qu'elle déteste « commander ». Elle constate qu'avec le stress, la peur que le travail ne soit pas fait, l'obligation de diriger ce jeune, des douleurs très vives dans le dos se déclenchent. Ces douleurs sont provoquées par ce que l'on appelle un stress. Une douleur itinérante est-elle due à une lésion précise ?

Ce qui interpelle dans cette histoire ou dans le témoignage de Mme Mahonia, c'est d'observer que la douleur, qu'elle soit provoquée par de la fatigue, de la contrainte ou par un stress dû aux conditions de travail, est présente dans le quotidien des personnes que j'ai rencontrées dans cet hôpital. Elle entraîne parfois des arrêts de travail, et revient souvent lorsqu'on ne s'y attend pas.

C'est le cas de Mme Paulownia. Elle n'a pas pris rendez-vous ce jour là mais quand elle voit que je suis présente, elle se précipite pour me demander de la prendre entre deux ateliers. Elle me dit qu'elle s'est fait mal ce week-end, « c'est la cata ! ». Je lui dis de venir avant l'atelier collectif. Elle me raconte alors : « J'allais très bien depuis quelques temps, ce week-end on a fait venir un chanteur accordéoniste. On a voulu danser pour entraîner les résidents. Et là je me suis fait très mal à la hanche et j'ai senti une décharge dans la fesse et le dos coincé. » Sa déception et sa tristesse se lisent sur son visage. Mme Paulownia vient prendre régulièrement des séances individuelles car elle a des douleurs « terribles » dans les hanches, les genoux et le dos. Celles-ci commençaient à

se faire moins bruyantes et Mme Paulownia retrouvait le sourire. Sa joie l'a sans doute portée dans un mouvement qui dépassait ses limites.

Ces douleurs se promènent, apparaissent et disparaissent comme dans un jeu de cache-cache. Elles deviennent les compagnes du langage pour exprimer une lassitude, une usure, un conflit, une contrariété ou une blessure. Elles sont comme l'écho d'un séisme parfois silencieux et invisible.

E/ L'enjeu d'une formation de pratique corporelle :

Pendant les ateliers collectifs j'ai à plusieurs reprises proposé un travail sur le toucher. Par exemple lors de la 4^{ème} séance, je propose :

Description :

- Par deux. A est allongé sur le dos. B est assis à côté des jambes. Il pose ses mains sur un pied. Poser ses mains sur le pied et toucher la périphérie (j'explique que ce toucher donne l'information du contour, d'une limite à la personne), puis toucher un peu plus profond dans les tissus comme si on massait une balle en mousse puis encore un peu plus en profondeur jusqu'aux tissus osseux. J'explique que la structure osseuse donne une autre information à la personne, peut être une notion de centre solide, de support interne. Nous pouvons faire résonner le mouvement à partir du pied jusqu'à la tête.
- Puis mettre le genou de A sur le genou de B. La hanche de A est ouverte et le poids de la jambe se dépose complètement. Le pied est libre et B peut le masser tranquillement.
- Puis porter la jambe de A de manière à faire rouler l'articulation de la hanche et faire des changements de poids de la jambe (vers le dos ou vers le pied). Ensuite B se lève et étire la jambe de A en donnant son poids.
- Même chose pour l'autre jambe.

Durant l'activité, j'invite les binômes à se parler. Je questionne moi-même les personnes avec qui je montre l'exercice pour qu'elles verbalisent ce qu'elles ressentent. J'invite chaque B à questionner les A.

Pour A il s'agit de se laisser faire, se laisser porter et de prendre conscience de ses

mouvements involontaires. Pour B il s'agit d'adapter sa position par rapport au poids à porter. Comprendre, lorsqu'on porte une jambe, comment le poids se distribue et comment le poids varie en fonction de notre éloignement. Comprendre que plus on approche notre centre de gravité du poids à porter, plus le poids est réparti et tombe dans le sol. D'autre part, le travail sur le toucher révèle que notre attention et notre intention doivent être claires. Ce que je prends en compte dans ma pensée au moment où je touche va modifier la qualité du toucher. Je leur demande d'en faire l'expérience.

Pendant l'activité je demande s'ils ont déjà fait ça dans leur formation au toucher massage. Certains me répondent que oui. Nous échangeons sur leur métier. Je leur exprime que suite à mes observations, je trouve qu'ils sont souvent très proches du corps des gens. Nous échangeons sur le fait que ce n'est pas toujours évident d'être en contact proche, d'avoir un échange émotionnel avec les gens et de devoir garder aussi ses distances. C'est un métier très prenant. Je trouve dans cet échange verbal qu'il y a des résonances avec mon métier de professeur de Technique Alexander car je suis aussi en contact physique avec les gens, en donnant du support et dans une relation proche et parfois intime qu'il faut gérer. Je suis confrontée moi aussi à cette impuissance face à la douleur de mes élèves. Il me faut trouver à chaque leçon une distance possible pour la rencontre. Elle change à chaque séance, cette distance n'est jamais fixe, jamais connue à l'avance. Je dois constamment m'adapter à l'état du jour, à l'humeur qui flotte dans la pièce, à mes propres manquements et élans comme à ce que l'élève me donne dans la rencontre. Je n'y arrive pas toujours, parfois les notes sonnent un peu faux, je n'arrive pas tout à fait à m'accorder à l'autre. Je reviens alors à moi et cherche ce qui bloque la relation.

Je leur demande, pendant cette séance, s'ils se servent de ce qu'ils ont appris dans ces formations, ils me répondent que malheureusement, ils ont peu de temps pour appliquer ce qu'ils apprennent. Il y a donc un écart entre la formation et la pratique professionnelle.

C. B-Rodriguez fait la distinction entre « avoir un projet » qui pourrait déboucher sur un programme de formation et « être en projet » qui est une démarche permanente de questionnement du sens des actions que l'on mène. L'enjeu d'une formation sur le corps ne serait-il pas justement d'intégrer toutes ces connaissances comme faisant partie prenante du sens d'une pratique soignante afin d'éviter l'écueil du problème temporel ?

Cependant, la routine permet aussi de ne pas se poser de question et de maîtriser l'angoisse. Lorsque le soignant est dans une saturation devant la souffrance à laquelle il ne peut répondre, il peut se réfugier dans le geste technique. Partager son quotidien avec des personnes très âgées n'est pas un quotidien banal. Cela met chaque personne devant sa propre vieillesse, devant sa propre mort. Cela provoque évidemment des ressentis très divers et des émotions fortes. Le regard sur le vieillissement peut générer du stress. C. B-Rodriguez nous livre des petites phrases du personnel qu'elle a côtoyé et qui font écho à ce que j'ai pu entendre: « Je ne veux pas finir comme ça », « je veux mourir avant ». La valeur négative de notre société sur la vieillesse conduit à une médicalisation de celle-ci et pourrait avoir tendance à transformer les établissements en hôpitaux dans l'objectif de sauver, de guérir. En gériatrie la population se renouvelle très vite. Lorsqu'il y a un décès, un autre résident fait vite son entrée. Les relations en gériatrie sont éprouvantes et peu reconnues socialement. Le système social privilégie les valeurs de vitesse et d'efficacité. Les activités en gériatrie sont moins gratifiantes et moins prestigieuses que celle de la réanimation ou de la chirurgie. Un manque de reconnaissance s'exprime fortement pendant les ateliers de la part des soignants. Lorsqu'ils ont appris qu'il y avait un projet de travail corporel qui leur était destiné, ils étaient ravis et étonnés : « C'est rien que pour nous ? »

Il est difficile de se confronter à la fin de vie sans avoir aucun recours. Il arrive donc parfois de savoir se protéger et de mettre à distance son ressenti comme le fait C. B-Rodriguez lorsqu'elle entre dans la Maison de retraite en donnant un bonjour général.

Mais la mise à distance se fait au prix de la réification de la personne âgée devenant objet de soin. Ce qui a tendance à favoriser la régression et la dépendance. C'est un système en boucle qui s'installe, un « phénomène systémique mortifère. »²⁶ Celui-ci conduit souvent au burn out (syndrome d'épuisement physique et émotionnel).

L'enjeu d'une pratique corporelle dans un établissement de soin est complexe. Il conduit à redéfinir aussi bien la notion de corps en relation que la pratique soignante. Nous allons voir dans le concret des ateliers et des séances individuelles comment revisiter ces notions à travers le prisme de la douleur.

²⁶ Ibid, p 175

III- Pratique soignante et technique Alexander, une rencontre colorée par la douleur.

A- La douleur, un cri dans le silence

1- Les ateliers corporels : un espace d'expression de la douleur

Les ateliers collectifs sont prévus tous les jeudis et vendredis pendant dix semaines. Des affichettes sont installées dans les salles de pauses, le travail est nommé « Ateliers corporels ». Sur cette affiche, les objectifs du travail proposé sont énoncés et mon numéro de téléphone est inscrit pour les personnes qui souhaitent des séances individuelles.

C'est avec les séances collectives que je débute mon travail et ce sont elles qui permettent la rencontre.

Lors de la première séance collective, il y a 10 personnes présentes, venant du SSR et de l'EHPAD. Les douleurs sont annoncées et énoncées dès les premières minutes. Les participants arrivent au compte-gouttes. Avec la première personne arrivée nous avons le temps d'échanger quelques mots. Elle n'a pas assisté à mes présentations. Elle est curieuse de voir en quoi consiste ce qui est proposé. Elle me dit qu'elle est fatiguée, qu'elle a mal au dos, qu'elle voudrait bien faire des activités pour se détendre mais ne le fait pas. Je lui réponds que pour cela il est bon de se donner du temps. Elle me répond qu'alors ce sera à la retraite ! Nous rions.

Comme plusieurs personnes n'étaient pas aux premières rencontres, je fais une rapide présentation de mon parcours et du contexte de l'atelier. Je perçois une certaine fixité dans les corps, comme une mise en attente, je décide de ne pas prolonger le temps d'échange de parole et de passer à l'action. Je précise juste que dans tout ce que l'on fera, il ne faut jamais aller jusqu'à la douleur, il faut toujours s'arrêter avant, et qu'à tout moment chacun peut s'arrêter et s'asseoir. Je leur demande leurs prénoms et s'il y a des mouvements impossibles pour certains. Beaucoup ont des douleurs au dos, quatre personnes ne peuvent s'allonger au sol à cause de ces douleurs. Je suis déjà en train de me dire que la dernière partie de mon atelier ne pourra pas se faire.

Pour cette première séance je propose des exercices qui vont permettre la rencontre, j'ai besoin de savoir quelle relation ces personnes entretiennent avec leur corps. Plus

exactement, quelle perception ils ont d'eux-mêmes à travers leur corps et quelle conscience est mise en œuvre dans leur pratique de soin. Je sais que certains ont eu une formation en sophrologie, je m'en sers d'appui pour proposer un travail les yeux fermés, assis sur une chaise mettant en jeu l'imaginaire, la conscience de l'orientation du corps et l'écoute de son propre mouvement.

Voici ce que je leur propose :

Description : S'asseoir sur des chaises, fermer les yeux, suivre les indications verbales :

- Dessiner mentalement les directions du corps (les pieds, horizontaux ou verticaux, les mollets, les cuisses etc... jusqu'à la tête. Tracer un dessin de ces orientations. Visualiser le dessin global.
- Amener l'attention sur les mouvements que provoque la respiration. Qu'est-ce qui bouge ? Est-ce que ce sont des parties sphériques ? Est-ce qu'elles gonflent ou se rétrécissent ? Est-ce qu'elles changent de forme ? Est-ce qu'il y a des parties plates ou longues ? Est-ce qu'elles se tordent ou se balancent ? Puis je précise les parties, colonne, tête, épaules, bras etc ... Est-ce qu'il y a des parties qui ne bougent pas ? Est-ce qu'il y a des petits mouvements et des grands mouvements ?
- Augmenter le mouvement perçu en lui donnant de l'ampleur, l'agrandir en bougeant dans l'espace et s'arrêter avant le déséquilibre.
- Camer le mouvement, ouvrir les yeux et laisser le regard se poser devant soi. Percevoir le mouvement les yeux ouverts, comparer, est-ce plus difficile les yeux ouverts ?

Au début je ferme les yeux avec eux et fais l'exercice puis je les ouvre lors de la proposition d'agrandir le mouvement. Je vois alors que personne n'agrandit le mouvement. Soit ils l'agrandissent mentalement, soit ils l'agrandissent de façon très discrète. Je m'interroge sur ce manque d'ampleur du mouvement. Est-ce que cela vient de mes indications verbales ? Est-ce que cela vient d'une timidité ou d'une réelle fixité dans les corps ?

Une fois les yeux ouverts je leur demande si tout va bien. Est-ce qu'ils ont perçu le mouvement provoqué par la respiration et dans quelles parties du corps ? La majorité me répond « dans la cage thoracique ». Je demande si certains ont perçu leur colonne bouger, une seule personne me répond par l'affirmative. Est-ce que certains ont perçu

des mouvements au niveau de la tête ? Non. Une personne dit qu'elle entendait les battements du cœur dans son crâne, que cela pouvait être comme un mouvement. Une personne a perçu des mouvements dans les épaules.

Je poursuis avec les yeux ouverts, un travail sur la conscience de différentes tensions musculaires et conscience des appuis.

- Trouver différentes manières de s'avachir sur la chaise, vers l'arrière, l'avant ou le côté, avec une partie du corps ou plusieurs. Soupirer à chaque avachissement. Faire attention à ce que l'on fait quand on se redresse. Quels sont nos appuis ?
- S'avachir des paupières, puis de la mâchoire, puis de chaque oreille, de la tête, du haut du dos, du bas du dos.

Je leur montre les consignes en leur expliquant. Ils rient. Je leur propose de se lancer, ils hésitent, n'osent peut-être pas. Je sens une grande retenue. Ils ne se connaissent pas tous et semblent méfiants par rapport au groupe. Après quelques échanges, ils me suivent. Globalement les mouvements sont assez petits. Certains ne bougent pratiquement pas. Je comprends que c'est à cause de la douleur. Je leur propose de s'avachir « tout petit ». Peut-être font-ils cela pendant les transmissions ? Ils me répondent par l'affirmative. Comme je perçois de la difficulté pour tout le monde d'explorer ces mouvements, je décide de les guider un peu plus.

Je poursuis ensuite l'atelier avec des jeux debout, plus dynamiques et ludiques. Pendant ce premier atelier mon attention est ouverte sur le groupe et l'interaction qu'il y a entre les participants. Je perçois une interrelation timide et une difficulté à se toucher. Le manque de confiance dans le groupe est exprimé par l'un d'entre eux pendant un exercice. J'observe une certaine rigidité dans les corps avec un tonus musculaire très développé et pas toujours ajusté à la situation.

Lors du deuxième atelier il y a quinze personnes dont dix nouvelles, ce sera la même chose pour le troisième, vingt personnes dont dix nouvelles à peu près. Ces trois premières séances sont des prises de contact pour les soignants comme pour moi. Je poursuis les exercices qui me permettent d'observer leur conscience du corps, leurs tensions, leurs douleurs, leurs limites, intérêt et curiosité.

Ce qui se passe pendant le deuxième atelier est intéressant. Je décide de rentrer un peu dans le vif du sujet et leur expose les principes de la Technique Alexander sur un

tableau. J'amène aussi un squelette pour faire correspondre la perception du mouvement avec une image interne de la structure osseuse. Je souhaite introduire la notion de contrôle primaire²⁷, le squelette pour cela est bien utile car il permet de visualiser l'articulation de la tête avec les cervicales. Avant de démarrer l'exercice, je leur demande de donner une définition de ce que veut dire pour eux « se recentrer ». Le groupe est conséquent, je sens que certains n'oseront pas s'exprimer à cause du nombre. Cinq réponses sortent: se retourner sur soi-même, se remettre en question, se préserver, se re-concentrer, prise de conscience.

Nous commençons. Je reprends un exercice les yeux fermés car je me dis que cela permet de se couper du quotidien et que cela peut faciliter la perception de soi. Pourtant la particularité de la Technique Alexander est de travailler les yeux ouverts. Il s'agit de stimuler et affiner notre appréciation sensorielle tout en l'intégrant à notre mouvement quotidien, donc les yeux ouverts, car nous ne pouvons vivre les yeux fermés. Mais pour aborder l'attention à soi de façon douce par rapport au groupe, je propose de fermer les yeux. Je verbalise les indications au fur et à mesure.

Je leur propose un travail sur la perception. Merleau Ponty propose la notion de Chiasme dans son livre « Le visible et l'invisible ». Il propose à travers la vision et le toucher un rapprochement des sens. Plus qu'un croisement, il conjugue ces sens dans un même espace, dans un même tissu.

« C'est une merveille trop peu remarquée que tout mouvement de mes yeux-bien plus - tout déplacement de mon corps- a sa place dans le même univers visible que par eux je détaille et j'explore, comme, inversement, toute vision a lieu quelque part dans l'espace tactile. Il y a relèvement double et croisé du visible dans le tangible et du tangible dans le visible, les deux cartes sont complètes, et pourtant elles ne se confondent pas. Les deux parties sont parties totales et pourtant ne sont pas superposables. »²⁸

Aborder le travail corporel à partir de la perception permet de sortir tout de suite d'un travail formel sur le mouvement. Cela nous positionne en tant que « corps sentant » dans un espace donné, et en relation. Proposer un mouvement à partir d'une perception rejoint le mouvement quotidien non dans sa forme, c'est-à-dire - Je veux attraper un livre, je lève mon bras vers l'étagère qui est à 50 cm de moi, j'utilise tel muscle du bras

²⁷ Voir la description des principes de la Technique Alexander, p 9

²⁸ Maurice Merleau Ponty, *Le visible et l'invisible*, Saint-Amand, Gallimard, 1964, p 175

pour faire ce mouvement -, mais dans son contenu - Je vois ce livre qui m'intéresse, je me tends vers lui pour l'attraper. - Mon intention conduit le mouvement, celle-ci s'invente avec la perception, je vois ce livre, il est tangible et palpable, j'en devine déjà le contenu. Il m'appelle autant que je l'appelle.

Pour aborder le travail sur la perception, j'utilise la notion d'attention. Avant de déplacer notre corps dans l'espace, nous déplaçons notre attention vers des espaces de nous-mêmes.

Voici mes indications :

- Fermer les yeux: promener son attention sur les parties du corps qui touchent un support, le dos, les fesses, les cuisses, les pieds.
- Amener l'attention vers le centre des différentes parties du corps (pieds, mollet cuisses, bassin, cage thoracique, cou, tête. Quelle matière, forme, mouvement, sensation etc..
- Ouvrir les yeux, continuer à percevoir le centre du torse. Bouger à partir du centre et laisser les yeux se poser où le mouvement les emmène puis bouger le torse à partir du regard qui dirige le mouvement.

Pendant cet exercice tout le monde ferme les yeux et semble attentif. A l'ouverture des yeux, personne ne bouge et ne répond à mes indications verbales. Les visages restent assez impassibles. Un peu comme la semaine dernière sur l'exercice de la respiration. Comme je suis moins surprise et que je m'y attendais un peu, je leur demande cette fois:

-Est-ce que ce travail les yeux fermés et sur l'attention à soi est difficile?

Réponse: Oui

-Est-ce que cela vous est totalement étranger, est-ce que vous avez l'impression que je parle une autre langue ?

Réponse: Oui

Etc.

Une jeune fille semble très étonnée par le travail que je propose et ouvre des grands yeux tout en rigolant de l'étrangeté de mes propositions.

Plus tard, en leçons individuelles, une soignante me confie qu'au début elle trouvait ce travail bizarre, « Au début on comprend rien, mais petit à petit on rentre dedans et ça va ! ».

Pour rendre mes propositions plus concrètes, je prends le squelette miniature que j'ai amené et invite leur regard vers l'organisation de la colonne, le bassin avec ses ischions, le haut avec les cervicales et l'articulation du crâne.

Je les invite à bouger le torse en roulant sur les ischions. Tout le monde essaie. Je sens de la retenue dans le mouvement. Puis je les invite à basculer le torse à partir de la tête. Je leur parle de la musculature tonique qui permet l'érection de la colonne et leur propose d'explorer l'endroit où ils sentent un certain confort en basculant tout doucement sur les ischions. Je vois que certains perçoivent de quoi il s'agit mais pour la plupart je vois plutôt des visages circonspects. La jeune fille qui riait, s'effondre sur sa colonne, nous rions à nouveau, cela lui semble impossible de maintenir sa colonne à la verticale sans support c'est-à-dire sans le dossier de la chaise.

J'observe que maintenir une intention verticale au niveau de la colonne n'est pas forcément confortable pour eux.

S'il n'est pas facile pour ces soignants de comprendre mes propositions, c'est parce que ces notions de verticalités, de perception de l'équilibre, de perception de son corps, sont des notions qui ne sont jamais abordées. Et pour cause, dans notre quotidien, si tout va bien et que notre santé est bonne, nous ne pensons jamais à notre corps. Celui-ci est silencieux, on l'oublie et notre attention se dirige vers ce que l'on a à faire.

« Je conçois mon corps, en l'absence de toute douleur, comme étant l'immédiateté médiatrice de mon être dans la situation. Je ne dispose pas de ma main qui écrit comme d'un instrument. Je suis, à travers ma main, celui qui assiste au devenir de ma pensée qui s'affirme en signe d'écriture. »²⁹

Je vois qu'avec les exercices, beaucoup de questions émergent chez les participants. Quel intérêt peut-on avoir à être attentif aux perceptions de son corps plutôt qu'à l'apprentissage du mouvement comme en gymnastique par exemple ?

Je poursuis mon atelier en dirigeant l'attention sur la qualité du geste. Celle-ci est appréciée par la perception tactile et visuelle que nous avons stimulée en début de séance.

²⁹ Maria Michela Marzano Parisoli, *Penser le corps*, Vendôme, Puf, 2002, p 60

Description :

- Par deux, mains contre mains, lâcher le poids vers l'autre et revenir sur ses pieds. Puis marcher sans pousser l'autre en initiant le mouvement depuis le torse toujours mains contre mains.

J'essaie l'exercice avec plusieurs d'entre eux et constate des difficultés. Ils me disent qu'ils comprennent, mais lorsque je me mets face à eux, je perçois par le toucher énormément de contraction dans les bras, soit parce qu'ils retiennent le poids du corps, soit parce qu'ils veulent exécuter le mouvement à partir des bras et poussent l'autre sans bouger le torse.

Je propose, pour explorer cette indication, un jeu d'aveugle qui permet de se demander : Qu'est-ce que je touche ? Comment je touche ?, Comment je m'oriente dans l'espace et qu'est-ce que j'écoute ?

- Jeu d'aveugle la main dans le dos : une personne ferme les yeux, l'autre la guide en posant une main dans le dos. Ne pas diriger avec la main mais avec le dos, de colonne à colonne.

Beaucoup ont des difficultés à guider (donner des indications) à partir du centre du torse. Certains ne comprennent pas comment on peut indiquer le mouvement à partir du torse sans bouger la main sur le dos de la personne. La question est bonne : D'où vient mon intention ? D'où je la transmets et comment ? Pendant l'exercice, beaucoup de rires et d'échanges verbaux ont lieu. En fonction de ce que je vois ou touche chez les participants je donne des petites indications (respirer, laisser tomber le poids dans les pieds, chercher la douceur ...)

Puis pour réunir le groupe autour de cette notion de perception de soi dans l'espace en relation,

- Je pose une main sur l'épaule de la personne qui est à côté de moi et lui demande de faire la même chose avec son voisin et ainsi de suite. Nous sommes en arc de cercle. Je leur demande de ne pas pousser le bras mais juste d'écouter l'information qui arrive. Je fais un pas, le mouvement résonne dans la chaîne.

C'est très beau, nous sommes contents.

Pour terminer je leur propose de se mettre par petits groupes pour échanger sur la séance. Je n'entendrais que des bribes de conversation (je n'ai jamais écouté mon centre, je ne m'écoute jamais sauf quand j'ai mal quelque part, qu'est-ce qui est le plus facile, les codes ou le toucher ?, ça me fait penser à la sophrologie...)

Je reprends la parole pour clore la séance et leur demande s'il y a des questions. C'est alors que la question des douleurs refait surface.

-Comment faire pour supprimer la douleur aux épaules ?

Je conclus en disant que lors de cette séance, j'ai observé la forte sollicitation des bras. Les aides soignants doivent sûrement s'en servir beaucoup dans leur travail quotidien. Ils acquiescent.

On constate à partir de cette séance que le mouvement des soignants dans la relation à l'autre s'organise en grande partie à partir des bras. Mais bien souvent, la force utilisée est supérieure à la nécessité de la situation. Les mouvements tels que « porter » demandent un grand engagement musculaire. La répétition des gestes entraîne une mécanisation qui construit le mouvement à partir de l'action musculaire. L'aspect intentionnel du geste est mis de côté et avec elle l'attention sur la qualité du geste. On entre, de ce fait, dans des gestes techniques et quantitatifs, au détriment de la relation et de la qualité. Je suppose que leur douleur aux épaules émerge de ces mouvements contraints dans le temps. Leur corps qui garde le silence et ne fait qu'un avec eux-mêmes d'ordinaire, se manifeste dans les tensions. Lorsque j'ai mal, la partie douloureuse se détache et se pose en face de moi. Elle s'impose et crie de manière à ce que je l'observe et ne l'oublie pas. Je peux être en lutte avec elle, ou totalement soumis. La douleur prend le pas sur mes activités, me contraint à chercher un confort, un apaisement, un silence afin que je retrouve mon corps, c'est-à-dire que je puisse enfin l'oublier.

La fin de la séance n'a pas fait taire la douleur, elle l'a faite sortir. Elle s'est exprimée et est sortie de son silence. Même si la plupart des participants se retrouvent dans cette douleur aux épaules, je pense que chacun la vit différemment.

Je propose des séances individuelles pour ceux qui le souhaitent. Plusieurs viennent s'inscrire, notamment Mme Paulownia pour qui les ateliers collectifs sont un peu

difficiles. Ses douleurs sont si fortes qu'elle doit s'asseoir à plusieurs reprises pendant la séance. Elle souhaite vraiment poursuivre ce travail et pense que les séances individuelles sont plus appropriées.

Puis je leur demande d'écrire un mot sur mon cahier pour ceux qui le souhaite:

Détente, Sensation, Confiance, Rigolade, Déstresser, Le toucher, Perception, Centre.

2- La douleur, une appropriation de l'empêchement

Les douleurs s'expriment à tout moment des rencontres avec les soignants de cet hôpital. Parfois, au début des ateliers, les personnes entrent dans la salle, prennent leur place sur des chaises ou sur des tapis et j'entends des « ouille » ou des soupirs et autres sons émetteurs de douleurs. Une fois, j'entends tant de petits râles que je leur dis spontanément : « J'ai l'impression que je vais démarrer un atelier avec des blessés de guerre ! ». Mais de quelle guerre s'agit-il ? Est-ce la lutte contre la mort qui les blesse à ce point ? Est-ce la guerre contre la souffrance qu'ils côtoient chaque jour ?

Ce qui est curieux, c'est que ces moments d'échanges des douleurs dans le groupe ne sont pas tragiques. Chacun y va de sa plainte et les sourires reçoivent ces sons sourds et contenus. Les rendez-vous des séances deviennent des temps privilégiés, comme dans un sas entre la vie professionnelle et la vie privée. D'ailleurs la salle s'y prête bien. On peut y entrer d'un côté de l'intérieur de l'EHPAD et en sortir par une porte qui donne sur l'extérieur. Elle est au bout du couloir, comme un espace d'entre deux. Petit à petit le groupe se forme. Les participants se retrouvent régulièrement, tous les jeudis et font connaissance d'une autre manière que dans les services. A travers le toucher, à travers le regard, à travers les soupirs et l'attention à l'autre, les liens se tissent entre les personnes. De l'échange des douleurs émerge un échange sur leur pratique soignante et le sens qu'ils lui donnent. Souvent, en fin de séance, des discussions informelles fleurissent aux coins de la salle. Certaines ayant travaillé dans un même service quelques années auparavant se racontent l'évolution du travail, la difficulté de gérer le vieillissement de la population et le manque de temps pour l'aspect relationnel. J'entends souvent dans ces conversations une petite phrase qui revient, comme un leitmotiv : « C'est plus comme avant, beaucoup de choses ont changées ! ». Ce qui s'exprime derrière cette phrase est la difficulté de s'adapter à ces nouvelles conditions

de travail. S'il y a difficulté à s'adapter, c'est qu'il manque un chaînon qui permette la transformation. C'est en nommant la problématique que les soignants tentent de comprendre et de donner du sens à leur métier. Si leurs actes ne correspondent pas à leurs intentions, il peut y avoir des tensions en eux. C'est en rétablissant un sens qui leur est propre que ces soignants se réapproprient leurs gestes.

Parfois les douleurs s'expriment pendant les exercices. C'est souvent lorsque nous travaillons allongés sur des tapis. Rester allongé sur le sol, même avec une petite épaisseur, est difficile pour toutes les personnes qui ont mal au dos. Le travail allongé provoque une écoute de soi différente car le rapport à la gravité est différent ainsi que le rapport à la quotidienneté. Cela ouvre un regard sur soi qui peut être vécu de façon agréable, comme un temps de pause et de détente, un moment privilégié, mais cela peut aussi être vécu comme un moment de contrainte. Il n'est pas toujours agréable de ne pas pouvoir bouger comme on l'entend et surtout d'être obligé d'être là, avec soi-même et tout le bruit que cela fait. Mme Solanum lors d'une séance individuelle m'explique que depuis que nous avons commencé les séances collectives, elle dort mieux. Elle refait avant de se coucher le travail au sol qu'on a fait lors d'une séance. J'en suis très étonnée car je me souviens très bien de cette séance et de sa difficulté de rester allongée. Je n'aurais jamais imaginé qu'elle puisse reprendre cette séance chez elle.

Au fil des ateliers, les participants gèrent leur douleur en s'arrêtant quand il le faut et en reprenant quand ils le veulent.

Ce qui est curieux à la fin des ateliers, lorsque je leur demande ce qui a été difficile dans les exercices, c'est qu'ils ne parlent pas de leur difficulté de compréhension ou de perception mais souvent leur difficulté s'exprime en douleurs. Lors d'un atelier, je conclus donc avec cette question et une première réponse arrive : « J'ai eu mal à la nuque », puis une autre « J'ai eu mal aux bras » et encore « Moi c'est à la hanche que j'ai eu mal à un moment » ou alors « Etre allongée m'a donné des vertiges ». Une seule dira « C'est allé un peu trop vite ! »

La douleur dans ces cas là prend la place de l'empêchement, exprime le blocage, l'inaccessibilité au mouvement ou à la perception. Douleur veut dire ici pas de mouvement possible, pas de lieu de passage. Ce blocage résonne avec la difficulté de vivre ce qu'il y a à vivre dans le moment présent. Comme un empêchement de laisser couler la vie dans le jour, ou dans la nuit pour les douleurs nocturnes. Les douleurs

donnent forme aux difficultés que ces soignants rencontrent dans leur vie professionnelle. Elles sont dues à des contraintes temporelles et spatiales qui enserrant le geste dans sa technicité, des relations entre collègues qui distordent la possibilité de bien faire son travail et provoquent des entorses au contentement de soi, des limites dues à la fatigue et à l'usure du temps qui passe et encore à la détresse et l'impuissance qui nous submergent face à la mort.

« Lorsque la douleur s'installe, elle épingle chaque instant de l'existence. Elle colore tout rapport au monde et s'interpose comme écran tenant les choses à l'écart. »³⁰

La douleur s'interpose entre nous et ce que nous croyons de nous. Elle nous rappelle que nous sommes notre douleur alors que nous ne souhaitons que la fuir et la faire taire.

« L'objet même de la douleur est la douleur, l'individu souffrant étant un sujet qui vit la douleur dans et avec son corps. »³¹ C'est pourquoi il n'y a que lui qui peut en parler.

Nous sommes pris dans cet enchevêtrement de désirs, entre cette envie de faire taire cette sirène qui retentit en nous et l'impossibilité de nous en détourner, soumis à cette force d'attraction qui appelle toute notre attention et notre existence du moment.

« Nous entourons de linges une nudité sonore extrêmement blessée, infantile, qui reste sans expression au fond de nous. Ces linges sont de trois sortes : les cantates, les sonates, les poèmes.

Ce qui chante, ce qui sonne, ce qui parle. A l'aide de ces linges, de même que nous cherchons à soustraire à l'oreille d'autrui la plupart des bruits de notre corps, nous soustrayons à notre propre oreille quelques sons et quelques gémissements plus anciens. »

« Les linges sont ce qui panse une plaie qui s'épanche, ce qui dissimule une nudité qui fait honte, ce qui enveloppe l'enfant quand il sort de la nuit maternelle et découvre sa voix, émettant son premier hurlement, déclencheur du rythme propre à la pulmonation « animale » qui sera sienne jusqu'à la mort. »³²

³⁰ David Le Breton, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 2012, p 31

³¹ M. Michela marzano, Ibid, p63

³² Pascal Quignard, *La haine de la musique*, Paris, Gallimard, 1996, p 13-17

B/ Une étude du geste pour explorer le corps en relation dans la pratique soignante

La Technique Alexander est une technique d'éducation somatique qui peut paraître difficile car elle nous place face à l'inconnu, austère car l'activité est basée sur les actes du quotidien, inconfortable car changer d'habitudes dérange.

Mais alors pourquoi l'élève revient-il ?

Au delà des principes qui construisent cette technique, au-delà du sentiment « bizarre » que l'élève peut ressentir à la fin de la leçon, l'élève perçoit souvent, dans ce moment vécu, une légèreté, une libération de lui-même, un sentiment d'unité qui l'apaise.

On ne comprend pas immédiatement ce qui se passe lorsque tout à coup le mouvement devient facile, on sait juste que c'est facile. Les effets de la technique Alexander sont multiples et singuliers.

Pour tous les élèves et pour le professeur les effets d'une leçon seront de rendre tangible et dynamique ce qui nous relie.

La relation est un fond qui soutient toutes les leçons de Technique Alexander.

Nous mettons en relation des parties anatomiques du corps (tête, cou, dos), nous mettons en relation des idées, des mots, des sensations, des directions, des inventions.

Nous mettons en relation le temps passé, présent et futur.

« Mon corps prend possession du temps, il fait exister un passé et un avenir pour un présent, il n'est pas une chose, il fait le temps au lieu de le subir.³³ »

Ce qui est commun à tous les élèves ou presque, c'est ce sentiment de ne plus subir mais d'être là plus simplement. La perception du monde est développée dans chaque leçon, et les possibilités de découverte sont accrues.

Voici ce que dit F.M. Alexander de la relation.

« C'est l'acte de relier ce que nous connaissons avec ce qui nous advient tous les jours, sous la forme de nouvelles idées et de nouvelles expériences, qui représente de la valeur.³⁴ »

Chaque leçon nous invite à ne pas faire ce qui a déjà été fait, mais à laisser la mémoire rencontrer le présent pour qu'un nouveau geste nous surprenne.

³³ Merlau-Ponty, *op.cit.*: p277.

³⁴ F.M. Alexander, *Vers un contrôle constructif conscient de l'individu*, Lyon, AMAL, p 119

L'austérité apparente des leçons laisse la place à l'expression de chacun dans ce qu'il dessine de sa propre vie.

1- Un geste entre l'attention et l'intention

Il a fallu un temps pour que la confiance s'installe entre les soignants et moi, entre les soignants et le travail corporel. La majorité des participants des premières séances sont très déconcertés par mes propositions et ma façon d'aborder le travail du corps. Certains évoquent les formations sur les gestes et postures dans une comparaison qui n'est pas facilement verbalisable. Ils font bien un lien mais quelque chose dans la représentation du geste diffère. Mme Rose me dit lors d'une séance individuelle que c'est très différent. « Ils s'entraînent entre eux aussi dans ces formations mais ne se touchent pas de la même façon, le travail des bras notamment est très différent. » Je devine entre ses mots qu'elle fait une différence du geste au point de vue relationnel et intentionnel.

L'incompréhension du langage perceptif et intentionnel du geste lors des premières séances collectives cède peu à peu à la curiosité et l'envie d'approfondir la recherche. C'est en début ou fin de séance que, petit à petit, les soignants viennent timidement prendre rendez-vous pour des séances individuelles. La première à se lancer est celle qui exprime le plus fort ses douleurs. Celles-ci l'empêchent de suivre la dynamique collective et la pousse à tenter l'aventure individuelle. Mme Paulownia est animatrice, elle a une relation un peu différente avec les résidents, elle ne fait pas de toilettes, elle partage le quotidien des personnes et propose des activités.

Notre première rencontre commence par un état des lieux de ses douleurs qui l'empêchent de travailler sereinement. Elle s'est fait opérer de la hanche gauche et a maintenant une prothèse. Mme Paulownia souffre aujourd'hui de la hanche droite. La deuxième opération est envisagée dans quelques mois. Elle souffre également du dos, au niveau des premières lombaires auxquelles on a posés des plaques. Il y a quelques années elle est allée à la clinique du dos, au Mans, où on lui a appris quelques étirements, mais depuis un an elle ne les fait plus. Lorsqu'elle est debout, elle souffre également des genoux.

Comme ses douleurs sont très fortes et que le mouvement est difficile pour elle, je lui propose un tour de table³⁵. Mme Paulownia a amené un coussin pour soulager ses lombaires, elle s'allonge sur la table de massage, sur le dos.

Description de la séance :

Je prends contact tout d'abord avec la tête, je sens une retenue, comme si elle portait sa tête, et une tension dans les muscles du cou. Je ne dis rien mais invite la tête dans la direction vers l'avant et le haut pour stimuler son contrôle primaire. Les muscles se relâchent un peu mais pas complètement.

Je pose ensuite mes mains sur ses pieds. Ils sont posés à plat sur la table, les genoux dirigés vers le plafond. Je prends la jambe gauche dans mes mains en lui donnant le support nécessaire pour qu'elle n'ait pas à tirer sur les muscles du dos. Je perçois là encore beaucoup de retenue. Cela se traduit par une activité musculaire supérieure à la nécessité de la situation. Je le lui fais remarquer. Afin d'aller vers l'inhibition de ce travail musculaire superflu je lui demande s'il lui paraît envisageable de laisser faire le mouvement. Elle prend conscience qu'elle a beaucoup de difficulté à « relâcher » ses tensions. Pour aller vers une détente de manière indirecte, je lui demande si elle veut bien s'autoriser à se poser sur la table en amenant son attention vers les parties du corps qui sont en contact avec elle (dos, tête, pieds). Elle rebondit sur le terme « s'autoriser » et me dit que justement elle ne s'autorise pas. Je la rassure quant à la situation, solidité de la table, pas d'objectif de réussite, pas de pression d'aucune sorte, je porte sa jambe de façon à ce qu'elle se sente enveloppée et amène son attention vers son dos. Elle relâche sa jambe et laisse le mouvement se faire. Le dos se relâche aussi et la respiration devient plus ample.

Je passe à la jambe droite. Je constate qu'il n'y a aucune mobilité en rotation interne. Je commence par proposer le même travail qu'à gauche pour défaire des tensions. Puis je verbalise, pour qu'elle l'entende, sa difficulté de rotation interne. Je lui propose d'utiliser la notion de poids, de penser qu'elle peut laisser tomber le poids à l'intérieur de la jambe. J'utilise l'image de l'eau. Peut-elle s'imaginer que de l'eau s'écoule le long de la face interne de la jambe. Je l'invite à laisser ses genoux se rejoindre. Je lui propose de laisser tomber ses jambes aussi bien vers l'extérieur que vers l'intérieur. Après toutes ses stimulations qui sont des pensées actives, c'est-à-dire des directions³⁶ en Technique FM. Alexander, nous percevons un peu plus de mobilité dans la hanche droite.

³⁵ Voir description des principes : p 15

³⁶ Voir description des principes: p12

Lorsque je stimule un mouvement au niveau des jambes, je perçois une forte contraction en haut de la cuisse et une tension dans le bas du dos. Je suppose que Mme Paulownia utilise un peu trop fortement les muscles psoas iliaques. Je lui explique où s'attachent ses muscles. Nous allons nous servir de l'imaginaire pour les atteindre de façon indirecte. Je pose mes mains au niveau des attaches et lui propose de dessiner mentalement une diagonale. Puis je lui propose d'éloigner les deux points d'attaches. Je perçois dans mes mains cet éloignement.

Puis je repose mes mains sous la tête et lui propose d'inhiber³⁷ le port de tête pour prendre en compte la relation de la tête avec la colonne vertébrale globale et centrale. Elle relâche le cou.

Pour se relever je lui demande comment elle s'y prend habituellement, et lui propose simplement d'initier cette habitude sans aller dans le mouvement. J'observe le schéma corporel qui est en place dans l'action de se lever. Tout de suite, elle a mal à la hanche. Je lui propose maintenant pour se lever, d'inhiber l'utilisation des muscles de la hanche et des cuisses, et de donner une direction au niveau des pieds. Je m'occupe avec l'aide de mes mains de la direction de sa tête, elle n'a qu'à éloigner les pieds de sa tête. Elle se relève ainsi sans douleur et observe la différence. Le mouvement est plus long et plus global. Elle se sent bien, la colonne légère.

Cette description renvoie aux explications que F.M. Alexander donne à propos de l'usage de soi. Les douleurs de Mme Paulownia peuvent être décrites dans cette séance à partir d'un usage défectueux du contrôle primaire entraînant un rétrécissement de la colonne vertébrale et un usage des muscles des hanches trop important.

Mais est-ce suffisant pour expliquer ses douleurs ?

Elle sort de la leçon beaucoup plus reposée et détendue. Nous sommes satisfaites l'une et l'autre. Mme Paulownia reprend rendez-vous. Les deux séances qui suivent sont moins concluantes. Certes, sa douleur à la nuque a disparu, mais je sens dans les séances qui suivent quelque chose qui m'échappe.

Pour la quatrième séance, je souhaite reprendre avec Mme Paulownia un travail allongé en conscience, c'est-à-dire un travail qui relie la parole et le mouvement. Elle arrive épuisée. Elle m'explique qu'elle se pose des cataplasmes de morphine pour réduire les

³⁷ Voir description des principes: p 8

douleurs. Elle fait des insomnies et attend avec impatience ses vacances.

Lorsque je lui propose de travailler allongée, elle m'explique que maintenant, elle vient régulièrement faire la sieste dans la salle, sur les tapis.

Description de la séance :

Je commence en donnant une direction d'allongement de la colonne à partir de la tête. Tout en travaillant par le toucher, je lui demande si elle repère les moments où les douleurs se manifestent. Je lui demande aussi à quoi elle pense quand ça lui arrive ou ce qu'elle est en train de faire quand elle ressent ces douleurs. Elle m'explique que lors de son travail, quand elle fait le loto avec les résidents par exemple, rester assise trop longtemps lui est très pénible, ou bien quand il y a un spectacle, rester debout tout le spectacle lui est pénible. Je lui demande s'il lui semble possible de mélanger les positions, de s'asseoir de temps en temps pendant le spectacle et vice versa. Elle me dit alors que lorsqu'elle s'assied, elle est parfois dans une mauvaise position mais ne le sent pas. C'est l'ergothérapeute qui le lui dit. Je poursuis mon travail du tour de table, et continue la conversation. Je dirige son attention sur la notion de support. Je lui propose des exemples comme lorsque l'on est debout, ce support est le sol, un meuble sur lequel on s'appuie, etc... Ici, dans la leçon, il s'agit de laisser la jambe se déposer dans mes mains. Puis j'amène son attention au niveau de sa structure osseuse. Je l'invite à laisser la gravité couler le long du tibia vers le pied et le long du fémur vers le dos. Comme ses hanches sont bloquées j'utilise une image et lui propose d'ouvrir « les portes » des hanches. Enfin, je réveille le bord interne du pied droit et les faces internes des jambes pour laisser circuler le poids, traverser la hanche et trouver la relation au centre du torse. J'utilise la notion de support interne pour qu'elle laisse sa structure osseuse s'orienter et se déposer sur un support externe avec lequel elle se met en relation. C'est en utilisant cette notion que je lui demande s'il lui semble possible, dans son travail, de prendre support sur un meuble, par exemple, et je lui propose aussi le support des collègues afin de ne pas réduire la notion de support au rapport aux objets. Elle me répond qu'elle ne prend pas le temps de cela. Elle fait toujours quelque chose. Elle n'arrive pas à se « concentrer » sur elle quand elle travaille. Je lui propose la notion d'attention à soi qui est plus ouverte et n'a pas la même direction que la notion de concentration. L'attention établit une relation à l'environnement. Je lui propose concrètement cette mise en relation avec moi et lui demande si elle pense que ce type de relation est possible à établir dans son activité. Et-ce qu'elle a le temps par exemple parfois de s'asseoir et de parler tranquillement avec un résident. Elle me dit oui. Je lui dis que cela pourrait être

un bon moment pour elle de se poser dans ses propres supports et en même temps d'être en relation avec l'autre. Il s'agit ici d'ouvrir son attention à l'autre tout en étant attentif à soi-même. C'est une difficulté pour Mme Paulownia. Elle a tendance à s'oublier lorsqu'elle travaille. Elle enferme son attention dans les activités en passant d'une chose à l'autre sans prendre le temps de s'y situer.

Pendant tout le tour de table je vois ses yeux se fermer régulièrement et la tentation de s'endormir est très forte. Je lui propose plusieurs fois de se poser et de rester éveillée en même temps. Je sens comme une petite lutte pour ne pas tomber dans le sommeil. Mme Paulownia est active mais dès qu'elle se pose, elle dort.

Elle m'explique qu'elle n'arrive plus à lire car elle ne peut plus se « concentrer », sauf si c'est vraiment un livre qui l'emporte. Je saisis l'opportunité pour amener la notion de plaisir. Je lui explique qu'il est souvent plus facile de garder son attention ouverte quand on fait quelque chose qu'on aime. Je lui demande si elle pense pouvoir aller vers ce cheminement-là, d'aller vers des activités qu'elle aime et poursuis pour savoir si elle a une certaine autonomie dans le choix de son emploi du temps avec les résidents. Elle m'explique que le planning est fait avec la direction et qu'elle doit le suivre. Elle pense que ce serait bien si les résidents proposaient plus souvent des activités de leur choix. Nous parlons de la perte de motivation des résidents lors de leur entrée dans la maison. Je me demande alors si cette perte de motivation pourrait avoir une incidence sur la sienne. Je sens bien qu'elle aime son travail mais une tension se loge quelque part et la fatigue.

Je termine le tour de table et la remets debout sur son axe, le poids du corps lâché dans les talons et le dos détendu ouvert et allongé. Puis plusieurs fois, je lui propose par des indications tactiles de s'asseoir et de se lever. Je stimule l'inhibition de se tirer vers le haut avec les épaules en rétrécissant le cou et les lombaires, mais favorise le lâcher de poids du corps dans les pieds. Elle se pose dans le sol et trouve une démarche tranquille.

Je mets en relation, dans cette leçon, la notion de tension et d'attention. En effet, Mme Paulownia met sans doute beaucoup de tension à être « concentrée » ou « attentive » à ce qu'elle fait, et relâche complètement ses tensions pouvant aller jusqu'au sommeil lorsqu'elle relâche son attention. Il s'agit pour elle de comprendre que l'on peut réguler cette relation. Une attention peut rester ouverte dans le repos et les tensions peuvent se réguler par l'attention lors d'une activité. Cette régulation restaure un mouvement plus tranquille et surtout respectueux de notre état du jour.

C'est cette attention liée à une intention qui nous met en mouvement et nous conduit dans nos tâches quotidiennes. Le mouvement se construit dans ce duo attention/intention.

2- Le geste et l'espace-temps

On pourrait penser qu'être attentif à soi demande un effort. Comme l'exprime Mme Paulownia, sa fatigue l'empêche de se concentrer. « Se porter attention » peut être interprété dans le sens d'un effort à faire qui n'est pas naturel. Il y a dans la croyance des gens la fausse idée qu'il faut « se tenir droit » ou mettre son bassin dans la bonne position. Par exemple de nombreuses personnes pensent qu'elles sont trop cambrées ou bien pensent qu'il faut tirer ses épaules en arrière pour se remettre droit etc... Ces croyances sont alimentées depuis le XIX^{ème} siècle à travers la gymnastique et la vision d'un corps en différentes parties reliées entre elles. Il y a dans l'imaginaire du corps de notre société occidentale une croyance qui construit une volonté de se corriger pour changer sa façon de bouger et trouver une meilleure posture du corps. Dans cet imaginaire, la posture du corps n'est pas liée à la posture entière de la personne, c'est-à-dire une posture de soi dans une situation donnée tenant compte des émotions, de l'environnement, de l'état du jour, etc... Il n'y a de la place que pour l'effort du redressement et la recherche du mouvement correct. Peut-on avoir un autre regard sur le corps en changeant le rapport à l'attention et à l'intention ? Peut-on aller vers un corps vécu, une posture vivante en évitant l'écueil du « meilleur mouvement » ou « mouvement correct » ?

Mme Fittonia est infirmière, elle prend rendez-vous pour une seconde leçon en me livrant qu'elle apprécie beaucoup ce travail du corps imaginaire. Elle aime travailler le rapport à l'espace. Je lui partage ma passion et lui livre mon intérêt pour le livre de Maurice Merleau Ponty qui a beaucoup écrit sur le corps et sa relation à l'espace et à la perception. Cela me donne une porte d'entrée pour démarrer la leçon. Durant la leçon nous parlons énormément. Je lui donne avec la parole et le toucher les indications que je suis en train de me donner moi-même. Je lui rappelle aussi régulièrement où nous sommes, la salle, la lumière, la chaleur, les bâtiments de l'Hôpital etc. En même temps je la questionne sur son travail, sa semaine de vacances qui arrive, etc.

Nous commençons le travail sur la table puis dans la position debout. Une fois relevée,

elle me dit que c'est la première fois qu'elle sent son dos si plein. D'habitude elle est « creuse », dit-elle. Je lui propose de conserver debout la largeur du dos. Pour cela nous nous référons à l'espace dans lequel nous sommes. J'ai stimulé plusieurs fois pendant le travail allongé sa conscience d'elle-même dans l'espace et la salle. Je lui propose d'amener son attention sur l'espace qu'il y a entre le haut de sa tête et le plafond. Puis sur l'espace qu'il y a entre sa face arrière et le mur de derrière, le contact des pieds avec le sol. Dès que son attention se dirige vers ces directions son axe gravitaire change. Je lui demande si elle le perçoit, elle me répond que oui. Elle est ravie d'avoir le dos si plein.

Dans cette leçon, je stimule l'attention de Mme Fittonia dans plusieurs directions. Elle reçoit autant de stimulations tactiles que verbales sans que ces stimulations n'entrent en conflit. Bien au contraire, ces différentes stimulations augmentent sa capacité à recevoir des informations sans provoquer de stress, en laissant les relations se faire dans le moment présent. Son attention s'ouvre sur l'espace et celui-ci entre dans la construction de son mouvement. Lorsque Mme Fittonia se lève en construisant ces relations, elle se situe dans un espace comme champ d'action possible. C'est pour cela que son axe de gravité change et que ses muscles s'expandent au lieu de se resserrer. Elle prend sa place en toute confiance. Elle construit elle-même sa relation au monde en dessinant l'espace qui l'entoure avec un haut, un bas, un arrière et un avant. Le fait de lui demander de créer ces relations lui permet de dessiner avec son imaginaire son existence en ce lieu, une existence dynamique et intentionnelle. Cette disposition permet à Mme Fittonia d'avoir prise sur le monde. M. Merleau Ponty l'explique dans la description du dessin d'un triangle : « *La construction est un geste, c'est-à-dire que le tracé effectif exprime au dehors une intention. Mais qu'est-ce encore que cette intention ? Je « considère » le triangle, il est pour moi un système de lignes orientées, et si des mots comme « angle » ou « direction » ont pour moi un sens, c'est en tant que je me situe en un point et de là tends vers un autre point, en tant que le système des positions spatiales est pour moi un champ de mouvements possibles.* »³⁸.

En projetant des directions dans l'espace autour d'elle, Mme Fittonia est en mouvement. Son corps est un corps en mouvement qui perçoit le monde dans une intentionnalité. Cette construction de soi dans un « *mouvement générateur d'espace* », comme le dit

³⁸ Merleau-Ponty, op. cit. : p442

Merleau-Ponty citant Kant, a un impact sur le tonus musculaire. Mme Fittonia desserre les muscles du dos et des épaules, expand ses tissus en donnant des directions intentionnelles.

Lors de la troisième séance avec Mme Fittonia, j'approfondis ce travail. Je lui demande tout d'abord ce qu'elle a envie d'explorer aujourd'hui. Elle me dit que ce qu'elle aime bien c'est le rapport aux habitudes et au mouvement.

Description :

Elle est debout, je pose mes mains de chaque côté de son torse et je commence par lui proposer d'amener son attention dans le contact des pieds avec le sol en se disant « Je suis située là où je touche ». La phrase lui plaît. Je remarque que Mme Fittonia apprécie certaines phrases ou idées qui l'interpellent. La dernière fois elle avait bien intégré la relation à l'espace créée avec l'imaginaire. Je repense à Merleau Ponty et lui propose une série de question. Quelle relation je tisse avec mon environnement ? Quelles sont les relations intentionnelles qui se créent avec les objets de mon quotidien, avec l'environnement extérieur, avec le paysage ? Est-il possible d'inventer ma relation aux objets qui m'entourent dans mon quotidien pour créer des espaces libres en moi, dans mon mouvement ?

Elle aime bien s'imaginer cela. Je continue sur l'invention de la relation. Je lui propose d'entrer en relation avec moi, c'est-à-dire de me toucher pour m'emmener dans un mouvement, de me conduire vers une chaise et de m'aider à m'asseoir.

Elle se précipite sur ma proposition. Très rapidement elle m'emmène près de la chaise pour m'asseoir et perd l'équilibre. Je lui parle de la notion de temps. Peut-elle ne pas se précipiter et prendre son temps ? Il s'agit ici d'inhiber la volonté de faire, c'est-à-dire d'inhiber la volonté de se projeter dans un espace connu. Peut-elle sortir du faire pour écouter tout d'abord et entrer en relation avec moi et l'espace (moi étant partie intégrante de cet espace) avant d'entrer en action ? Peut-elle se permettre d'écouter pour que se crée notre relation dans une intentionnalité originale ? Je lui demande comment elle entre en relation dans son activité professionnelle. Elle me montre comment elle établit un contact sans la parole, avec des signes. Je lui propose de créer le contact en gardant ses intentions, en les pensant activement puis de me toucher. Ensuite je lui demande de laisser faire le mouvement pour qu'il s'invente.

Nous parlons de la notion de temps. Même si ce n'est pas facile pour elle de prendre le temps, elle reste d'accord sur le fait que changer sa façon de faire ne prendrait pas plus

de temps dans son activité de soignante. Je lui demande si le passage à la tarification à l'acte et le fait de devoir cocher chaque action a pris sur leur temps de relation avec les malades. Elle me répond que non, en tous cas pour elle dans sa fonction, car elle trouve normal de laisser une trace. La notion de temps se joue ailleurs, dans l'acte. Nous convenons que c'est plus la notion d'habitude qui est à changer.

Nous continuons l'échange du mouvement et du toucher jusqu'à ce qu'elle lâche la notion de « faire » pour laisser le mouvement s'exprimer. Je m'aperçois qu'elle lâche « le faire » dès que je lui rappelle ses directions et la petite phrase du début (je suis située là où je touche). Dans ces moments là, je perçois une baisse de l'activité musculaire des bras et des épaules, je la sens moins directive dans son toucher. Elle prend aussi du recul car son dos s'ouvre et s'allonge. Nous avons chacune notre espace vivant autour de nous tout en étant en relation. Je peux gérer mon équilibre tout en étant soutenue en cas de besoin. Ce qui est très différent de ce qu'elle faisait précédemment dans un mouvement contrôlé qui ne me laissait aucun espace d'autonomie pour mon propre mouvement.

Nous arrivons à la fin de la séance, je lui demande ce qu'elle va en garder. Elle me dit avec un grand sourire « De ne pas oublier de garder les pieds sur terre ».

Cette leçon nous démontre que le fait d'être situé et orienté dans l'espace organise notre mouvement quotidien et permet une relation à l'autre qui s'invente et se découvre à chaque instant. Nous sortons de la bonne posture et du redressement pour entrer dans une dynamique relationnelle.

3- Le sens du geste

« La liberté est l'intervention responsable de l'homme dans sa propre histoire pour y introduire du sens, elle est le pouvoir d'interrompre la chaîne de la causalité pour introduire du neuf dans le réel. »³⁹

Avec Mme Lys, nous construisons un espace imaginaire encore différent. Mme Lys est aide soignante. Elle travaille à l'EHPAD depuis de nombreuses années. Elle a ressenti au cours de sa carrière de grandes douleurs assez diverses, elle a maintenant des douleurs aux genoux à cause des escaliers. Mme Lys est une jeune femme dynamique.

³⁹ M.A. Ouaknin, *Lire aux éclats, éloge de la caresse*, Lieu commun, dans C. Bochnerberg, *Une approche phénoménologique de la relation ostéopathique*, Paris, L'harmattan, 1990, p 73

Elle est venue tout d'abord aux séances collectives, un peu sceptique sur l'intérêt d'un travail sur le corps. Elle a tenté auparavant plusieurs techniques de relaxation qui ne l'ont jamais aidé à se détendre. Sa curiosité, après avoir entendu ses collègues parler des séances individuelles, la pousse à prendre rendez-vous pour une première séance. Elle m'annonce dès le début de la leçon qu'elle ne sait pas se détendre. Elle me dit qu'elle est très active, elle ne s'arrête jamais, elle n'a pas de loisir, elle est en action entre le boulot et les enfants et sinon elle dort. Je la prends au mot et lui lance le défi d'aller vers une détente.

Description :

Je lui propose un tour de table et travaille conjointement avec la parole et le toucher pour stimuler l'inhibition des contractions musculaires superflues. La détente s'opère, je la perçois dans mes mains. Lorsqu'elle se remet debout, les tensions reviennent. Je pose ma main sur son cou et j'observe une rigidité du dos et du cou qui bloque la rotation de la tête. Je lui propose d'inhiber ces tensions en lui donnant comme pensée active de ne pas porter la tête avec son cou. Je suis là, je la soutiens, je la rassure en lui disant qu'elle ne peut tomber. Je la maintiens fermement pour qu'elle se sente en sécurité. Elle lâche alors tout son poids d'un coup dans le sol. Je la maintiens fermement pour qu'elle ne s'effondre pas. Je lui donne les directions primaires (cou libre, tête vers l'avant et le haut, dos qui s'allonge et s'élargit) et lui demande si elle tombe. Elle me dit « non ». Je lui fais verbaliser afin qu'elle nomme la conscience d'être debout tout en étant très relâchée. Il est important qu'elle le vive comme une chose possible. Nous nous mettons en marche avec les mêmes intentions puis je la lâche pour qu'elle fasse l'expérience seule. Elle dit : « Ca va tout seul ! C'est comme si c'était « normal », c'est très bizarre ! » Elle se sent détendue. Elle a l'air surprise et contente. Elle reprend rendez-vous, « Pour une fois que je peux me détendre ! » dit-elle. On peut entendre dans sa remarque, que ce qu'elle vit en fin de leçon, c'est-à-dire marcher dans la salle en étant détendue et consciente lui semble « naturel » mais inhabituel.

Description :

Lors de la deuxième leçon, j'explore un peu plus profondément son rapport à l'espace. Nous commençons la leçon par un tour de table. Elle est plus détendue que la dernière fois et se laisse guider sans trop de contraintes. Je perçois de la confiance. J'avais observé la dernière fois qu'elle prenait régulièrement de grandes inspirations. Comme si elle manquait d'air régulièrement. Elle en prend un peu moins cette fois là mais ce manque d'air est tout de même visible. C'est comme si elle se sentait oppressée.

Lorsque j'arrive au niveau des bras pour solliciter un allongement des tissus en relation au dos, je lui parle de kinésphère. La notion de kinésphère est utilisée par Laban. Elle définit les mouvements possibles d'une personne sans déplacement dans l'espace. C'est une sphère qui définit les contours d'une personne en mouvement à partir de son centre. J'utilise cette notion avec Mme Lys pour qu'elle construise une sphère de mouvement possible autour d'elle de façon imaginaire. Je perçois que Mme Lys est contrainte dans sa respiration, elle me confie qu'elle n'aime pas le toucher en dehors de son travail et de sa vie privée. Je souhaite lui proposer un espace vital plus large en agrandissant la perception de ses limites, de sa présence. Je lui propose d'imaginer dans un premier temps une kinésphère à distance des bras. Puis à distance des murs de la salle puis une troisième taille de sphère allant au-delà des murs de l'Hôpital.

J'observe différents changements chez elle en fonction des différentes kinésphères (regards, détente musculaire, espace imaginaire qui s'ouvre et que je perçois à travers mon toucher et mon regard. Puis je lui dis que c'est un peu comme les bulles que l'on utilise tous les jours comme quand on prend le métro ou que l'on se met au travail. Là, elle me demande comment les gens à Paris font pour ne pas faire de crises d'angoisse. Elle ne pourrait pas vivre comme les Parisiens. Elle ne supporte pas d'aller dans un lieu fermé. Aller au supermarché et faire la queue à la caisse l'angoissent terriblement car elle se sent coincée. Je lui demande alors si elle a la sensation dans ces moments-là d'étouffer. Elle me dit oui. Je lui explique alors ce que j'ai observé à propos de sa respiration. Son diaphragme est bloqué, elle essaie d'envoyer l'air vers le haut des poumons mais le mouvement est bloqué aussi au niveau des clavicules. Je lui propose de se remettre debout pour travailler cela. Nous reprenons les directions que nous avons explorées lors de la dernière leçon. Je perçois que l'effondrement est moins important quand elle lâche le poids et que la confiance dans sa structure osseuse est plus grande. Elle est moins déséquilibrée. Je lui propose de reprendre l'expérience des kinésphères, de garder consciemment la grande pour se mettre en marche. Elle se déplace, sans tensions nocives, très tranquillement. Mais lorsque je lui propose de s'asseoir, les tensions dans le cou reviennent et la colonne rétrécit. Nous prenons un temps pour donner une direction vers le bas à la respiration en inhibant l'envie de se tirer vers le haut pour se remplir d'air. Le mouvement des clavicules ne doit être qu'une résultante de l'air qui remplit les poumons. Nous n'insistons pas trop longtemps car le travail de la respiration est très fatigant. Nous reprenons le mouvement de se lever de la chaise. J'observe une désynchronisation des côtes par rapport au bassin. Celui-ci est bloqué. Je

lui propose de prendre en compte le bassin dans la conception de son torse et de rétablir une unité. Elle constate qu'en prenant conscience de son bassin dans un mouvement, sa respiration peut descendre et est plus ample. Je lui propose de faire cette expérience de temps en temps, d'ici la prochaine leçon, à la maison et au travail.

Mme Lys prend plusieurs leçons individuelles. Elle n'a plus mal aux genoux lorsqu'elle monte les escaliers. Elle apprécie de pouvoir se détendre après avoir fait sa journée sur son lieu de travail. Pendant ces leçons, nous avons très peu évoqué les douleurs. L'exemple du travail sur la respiration montre à quel point le corps dans l'espace n'est pas juste un corps mécanique faisant des gestes, mais bien une personne dans un espace vécu. Lorsque Mme Lys étouffe à la queue du supermarché, ses émotions, sa pensée, son histoire, sa respiration, ses muscles construisent un mouvement qui s'inscrit dans cet espace précis. Les notions de haut et de bas ne sont pas uniquement des repères dans l'espace. Elles entrent dans notre mouvement vécu. Ces directions sont en lien avec notre affectivité, nous pouvons sentir une dépression dans la cage thoracique ou une affaissement vers le bas après un traumatisme, de même que nous nous redressons pour faire face ou bien encore nous nous sentons tirés vers le haut quand nous progressons, etc.

Merleau Ponty explique : « *Entre nos émotions, nos désirs et nos attitudes corporelles, il n'y a pas seulement une connexion contingente ou même une relation d'analogie : si je dis que dans la déception je tombe de mon haut, ce n'est pas seulement parce qu'elle s'accompagne de gestes de prostration en vertu des lois de la mécanique nerveuse, ou parce que je découvre entre l'objet de mon désir et mon désir lui-même le même rapport qu'entre un objet haut placé et mon geste vers lui ; le mouvement vers le haut comme direction dans l'espace physique et celui du désir vers son but sont symboliques l'un de l'autre, parce qu'ils expriment tous les deux la même structure essentielle de notre être comme être situé en rapport avec un milieu, dont nous avons déjà vu qu'elle donne seule sens aux directions du haut et du bas dans le monde physique.* »⁴⁰.

Pendant une leçon de technique Alexander, j'utilise un grand nombre de fois les directions de haut et de bas pour inviter au mouvement. Il s'agit d'une invitation au

⁴⁰ Op. cit. : p 329

mouvement dans une relation entre deux personnes, dans un espace précis, ici celui de l'Hôpital. La notion de direction en Technique F.M. Alexander, comme nous l'avons vue dans la description de pratique plus haut, n'est pas qu'une notion de prise d'espace. Les directions sont des pensées actives. Elles nous orientent dans notre vie. Le haut et le bas, la respiration qui se bloque dans un supermarché, une tension dans un bras que je lève pour porter quelqu'un, un sourire de réconfort, se lever d'une chaise pour dire bonjour à son enfant, sont autant de directions que nous prenons dans la vie. La vie n'est pas qu'une suite de signes ou de gestes, il faut donc pour travailler le geste ou observer le geste au travail, dépasser le sens de ce que l'on voit.

« Les fantasmes du rêve, ceux du mythe, les images favorites de chaque homme ou enfin l'image poétique ne sont pas liés à leur sens par un rapport de signe à signification comme celui qui existe entre un numéro de téléphone et le nom de l'abonné ; ils renferment vraiment leur sens, qui n'est pas un sens notionnel, mais une direction de notre existence. »⁴¹

4- Le choix du geste

Pour sortir du cercle « mortifère » à propos de la souffrance des soignants, C. B. Rodriguez nous dit qu'il faut sortir du « je n'ai pas le choix ». Pourtant, chaque jour, nous prenons notre voiture pour aller travailler, nous remettons rarement en question ce choix d'aller travailler. Il est assez facile dans la répétition du quotidien de glisser dans une répétition du geste qui petit à petit perd de son sens. Nous abordons dans une leçon d'Alexander la question des directions et du choix.

Prenons l'exemple de Mme Bromelia. Elle vient régulièrement aux séances collectives et prolonge le travail par des séances individuelles. Lors de la deuxième séance elle me dit qu'elle va beaucoup mieux depuis que nous avons commencé ce travail sur le corps, qu'elle a beaucoup moins mal au dos et aux genoux et qu'elle est très contente. Elle a pris conscience que s'occuper d'elle n'est pas dans ses habitudes. Elle se met toujours en second, après son travail et ce qu'elle a à faire à la maison. La priorité, pour elle,

⁴¹ Op. cit. : p 329

réside dans ce qu'elle a à faire. Cette phrase m'éclaire sur son rapport au mouvement. Je lui dis qu'étant donné sa particularité d'être dans un mouvement très volontaire et d'être très tendue, je vais démarrer par un travail allongé très court. La position constructive de repos est un tremplin pour aller vers un mouvement plus souple et global.

Description :

Je lui donne un tour de table en un quart d'heure, elle ferme tout de même les yeux, je sens que ça l'aide mais je lui rappelle de temps en temps qu'elle peut les rouvrir. Je perçois au toucher qu'elle est beaucoup plus détendue qu'à la dernière séance. Sa qualité de mouvement a vraiment changé. Elle accepte beaucoup plus facilement l'accompagnement du mouvement et l'écoute. Je lui demande si elle s'en rend compte, elle me dit oui avec un sourire. Elle est en train de changer et elle en prend conscience.

Je termine le tour de table et la ramène dans le mouvement. Nous faisons quelques pas ensemble. Lorsque je lui donne les directions primaires elle trouve un laisser-faire dans la marche qui lui permet de laisser les jambes se balancer. Je perçois tout de même une tension dans le bassin qui rigidifie sa marche. Je lui propose de garder en priorité le contrôle primaire et d'inhiber le mouvement du bassin. Ces directions sont très constructives et Mme Bromelia comprend bien de quoi il s'agit. Je décide d'inverser les rôles et lui propose qu'elle m'emmène dans un mouvement en posant ses mains où elle veut. Sa première réaction est très volontaire. Lorsqu'elle veut me faire asseoir, elle me pousse vers le bas, je perds l'équilibre. Je lui fais observer, elle comprend. Je lui redonne ses directions primaires, elle revient sur elle et je lui demande juste de penser à son action, c'est-à-dire de penser clairement à son intention. L'initiation du mouvement suffit à me lever sans qu'elle ait d'effort à faire. Elle le constate.

Nous discutons du mouvement des résidents et nous parlons d'ajustement à établir en fonction des personnes et de leur rapport au mouvement. L'écoute est primordiale pour prendre en compte les possibilités de la personne. Nous refaisons l'expérience plusieurs fois. Dès que le mouvement se répète, elle retombe dans l'habitude et le mouvement volontaire. Afin de sortir de l'habitude, je lui demande si elle peut chercher un moyen de me lever qui soit nouveau. J'inhibe par le toucher ses premières réactions habituelles et volontaires, elle me donne alors une direction dans la main qui parcourt mon bras et ma colonne et qui m'amène à me lever. C'est très nouveau et j'en suis agréablement surprise. Je le lui dis. Elle a senti ce qui se passe dans cette nouvelle intention de mouvement. Elle comprend comment sortir de la répétition d'un geste comme « se lever » qui semble si familier. Nous reprenons plusieurs fois cette activité jusqu'à ce

qu'elle intègre ce nouveau toucher.

Curieusement, à la fin de la leçon, elle me confie que ce matin elle a fait quelque chose qu'elle n'avait jamais fait auparavant. Elle était chargée des douches pour six résidents. Sur les six, elle propose à cinq personnes de leur mettre du savon dans leurs mains pour qu'ils se frottent le torse et leur demande si cela leur fait du bien. Elle me dit que cela peut peut-être leur apporter du bien-être de se toucher, de se savonner. Mme Bromelia a saisi dans le travail corporel une occasion pour sortir du geste technique et inventer une relation nouvelle avec les résidents.

Ce qui est intéressant dans cet exemple est la transformation du geste. Nous constatons dans le livre de C. B. Rodriguez par exemple qu'un regard critique sur les gestes techniques conduit à vouloir donner plus d'importance à la relation soignant-soigné. Cette tension met en opposition les deux aspects. Le soignant se trouve coincé entre le choix : est-ce que je fais un geste technique ou un geste relationnel ? On retrouve ce même dilemme dans l'exemple cité auparavant lors du travail collectif sur le toucher et la difficulté à mettre en application les connaissances du toucher massage. Le toucher-massage exclut-il le geste technique, nécessaire pourtant, et vice versa ? Mme Bromelia trouve une alternative en s'autorisant à sortir de l'habitude et de l'apprentissage formel. Elle invente et intègre la notion de bien-être dans son geste technique, elle ne sépare pas la question de la relation de son travail technique. Elle intègre la personne dans l'évolution de sa pratique en inventant avec elle. Dans cet exemple, elle sort du conflit relation-geste technique, elle résout la problématique du choix en se réappropriant son geste.

C/ La conscience du corps et le contexte professionnel

1- La contextualisation du geste professionnel

Les ateliers corporels collectifs et les leçons individuelles proposés aux soignants de l'Hôpital de Nogent le Rotrou sont des opportunités de rencontre avec soi-même et avec les autres. Du fait même qu'ils se déroulent dans l'Hôpital, ils invitent à contextualiser la réflexion sur le geste. On aurait pu penser ces ateliers en dehors d'un contexte professionnel. Ils seraient devenus des activités extra-professionnelles, comme en pratiquent déjà certains soignants (gymnastique aquatique, yoga, zumba, pilate etc...

Proposer un travail de ce type dans l'institution, comme faisant partie prenante du travail, invite les soignants à une autre réflexion. La relation pratique corporelle/pratique soignante s'établit de fait, sans que j'ai besoin de la mettre en exergue même si elle est naturellement nommée au cours des séances.

Lors de la huitième séance collective, je comprends que le travail fait son effet et que les soignants se l'approprient. J'ai un petit groupe ce jour-là, cela favorise sûrement la liberté de parole qui émerge. Après avoir proposé un travail allongé sur la conscience du corps et les directions comme support de relation au mouvement, je poursuis avec une proposition de mouvement dynamique qui inclut la notion de toucher, d'inter-corporité et les notions de poids et de directions.

- Marcher dans l'espace, A allonge B en posant ses mains de manière à recevoir le poids puis C remonte B etc...
- Poser la main sur un endroit du corps et donner une direction.

En plein milieu de l'exercice Mme Mauve, qui a participé à peu près à toutes les séances, s'arrête pour dire : « Tu sais, je me sers de ça avec les résidents ! ». Tout à coup une discussion imprévue s'installe dans le groupe. Mme Mauve exprime que de donner une direction permet de faire beaucoup moins d'effort musculaire et donne plus d'autonomie au mouvement des résidents : « Ça marche avec certains résidents mais pas tous. Cela demande une attention sur nous, donc de prendre le temps d'être attentifs à nous. Parfois cela se passe très bien. » Mme Nandina dit : « Cela ne marche pas avec les

personnes désorientées ». La discussion va bon train. Tout le monde échange son point de vue. En entendant les termes utilisés tels que « ça marche », je me dis qu'il y a peut-être encore quelques confusions sur la question des directions. La conception des directions est peut-être encore un peu trop reliée à une conception de faire quelque chose. Si je « fais » la direction, je retombe dans le mouvement volontaire. La dimension de l'écoute perd alors du terrain et le mouvement de l'autre ne s'invente plus au fur et à mesure.

Je relance l'exercice et leur demande de se mettre par deux pour explorer l'exercice du toucher qui donne une direction. Les premières tentatives confirment ma réflexion. Je les laisse explorer un peu puis je fais l'exercice avec chacune d'entre elle.

Mme Nigelle me donne une direction vers le bas, assez énergique qui me fait aller au sol. Elle sourit et me dit : « Non, je n'ai pas fait ça ! ». Je lui réponds que l'impulsion donnée dans cette direction m'amène au sol. Je me rends compte qu'elle n'a pas conscience de l'information qu'elle donne à travers son bras, autant au niveau de l'intensité que de l'orientation. La dimension de l'écoute de son propre mouvement et du mouvement de l'autre est à approfondir.

Nous reprenons l'exercice pour éclaircir cette relation émission/réception et intensité/direction. Intégrer la dimension créative du mouvement dans la relation à l'autre demande de lâcher la représentation que l'on a de la notion de « faire quelque chose ». Lorsque par exemple nous portons une personne pour l'asseoir dans son lit ou sur une chaise, nous sommes très vite dans le geste connu. C'est la situation et le contexte qui me permettent de sortir du connu pour m'autoriser à réinventer ou re-goûter le moment présent et mon intention. Dans cet exercice, je donne une direction à travers le toucher en ouvrant mon attention vers des possibilités de mouvement qui se construisent avec l'autre. L'attention me permet d'être consciente que le mouvement s'effectue, comme dans la leçon ci-dessus avec Mme Bromelia.

L'attention consciente que l'on mobilise dans la Technique Alexander est un médium par lequel le professeur réinvente sa relation à l'élève. Le professeur de Technique Alexander ne transmet pas un savoir pré-établi. Il révèle la situation et la possibilité d'être en mouvement, participant du moment présent, non dans un rôle pré-défini mais dans une redécouverte de soi et de l'autre. Les exercices que je propose pendant ces ateliers collectifs sont autant générateurs de mouvements que de pensées. C'est sans doute ce qui a déstabilisé les soignants lors des premières séances. Les séparations du corps et de la conscience, du travail et du bien-être sont génératrices d'une définition du

corps qui rejoint celle du XIX^{ème} siècle. Il s'agit de sortir de cette définition en offrant des opportunités d'expériences.

2- Du geste à l'écrit

Dans les questionnaires de fin de formation, à la question « Est-ce que le travail qu'on a fait ensemble vous a fait penser à quelque chose que vous connaissez ? », une réponse sur deux est « Non ». Les personnes qui ont répondu « Oui », précisent le lien qu'elles font avec la sophrologie ou la gestion du stress ou le toucher-massage. Deux personnes précisent qu'elles relèvent le caractère nouveau et font la distinction avec d'autres techniques.

A la question : « Quelle serait votre définition de la pratique et comment en parleriez-vous à quelqu'un qui ne connaît pas la Technique Alexander ? », une personne répond : *« C'est une pratique qui prend son corps dans la globalité mais en partant de l'intérieur, c'est-à-dire du squelette et son articulation à tous niveaux et qui se répercute donc vers l'extérieur, comme les muscles et leurs tensions, puis vers le mental. Les autres techniques corporelles partent de l'extérieur vers l'intérieur. »*

On peut interpréter cette réponse en se référant à ce que Merleau Ponty explique de l'intentionnalité et de la prise sur le monde. Cette personne exprime qu'elle a fait l'expérience de son corps, d'elle-même située dans un espace. Elle n'a pas appris un geste imposé par une certaine mécanique ou savoir-faire mais elle a traversé une expérience d'elle vers le monde.

« Le mouvement du corps ne peut jouer un rôle dans la perception du monde que s'il est lui-même une intentionnalité originale, une manière de se rapporter à l'objet distincte de la connaissance. Il faut que le monde soit autour de nous, non pas comme un système d'objets dont nous faisons la synthèse, mais comme un ensemble ouvert de choses vers lesquelles nous nous projetons. »⁴²

Une autre personne répond aussi : *« Pratique relaxante qui détend, qui aide à prendre conscience du corps et aide à établir un contact. »*. Dans la majorité des réponses, nous retrouvons la notion de prise de conscience du corps. Les réponses expriment non pas

⁴² Op. cit. : p 444

un apprentissage de nouveaux mouvements mais une découverte de son propre corps, de nouveaux muscles par exemple : « *Technique qui permet de prendre conscience de son corps à travers des exercices simples* » ou « *Pratique qui permet d'écouter et de mieux connaître son corps, mais aussi de découvrir des muscles que l'on a pas l'habitude d'utiliser afin de maintenir une bonne posture et d'éviter les gestes qui font mal.* » ou encore « *Apprendre à connaître et écouter son corps. Ne pas aller au-delà de ce que peut faire son corps* ».

On observe à travers ces réponses que le degré d'appropriation du corps comme corps « vécu » est différent pour chaque personne. Il faut du temps pour lâcher ses habitudes comme il faut du temps pour lâcher ses représentations liées à l'apprentissage. Il n'est pas facile de parler de cette expérience. Même si le vécu est différent pendant les séances, il est difficile de poser des mots qui décrivent cette expérience. Ces mots renvoient souvent à des références antérieures. Une personne exprime cette difficulté. « *Je n'arrive pas toujours à en comprendre le vrai sens, le but de la technique. Il faudrait arriver d'après les exercices donnés à les mettre en collaboration avec une situation de travail pour créer du lien entre Alexander et le monde du soignant. Difficile pendant le moment de relaxation de relier l'esprit avec le corps surtout après le travail.* »

Globalement, dans ces tentatives de donner une définition à cette pratique corporelle les soignants décrivent une détente, un apaisement. « *Ça détend toutes les parties du corps, comme le bas du dos. Etre vraiment étalé. Ça relâche tous les muscles du corps sans aucun risque.* » ou « *Ne pas faire d'efforts inutiles, économiser son énergie. Solliciter des muscles que l'on ne sollicite pas habituellement. Réflexion sur la manière de faire les choses autrement* » Cette détente est aussi l'expression des bénéfices que les soignants ont ressentis avec ce travail corporel.

La question : « Repensez-vous à ce qu'on a fait ensemble pendant votre travail ? A quel moment ? En quelle circonstance ? », permet d'évaluer si le lien s'établit. Quelques personnes répondent : « *Quand une douleur apparaît* ». Les circonstances qui amènent à repenser à la Technique Alexander sont plus éclairantes : « *Remonter un patient dans un lit* », « *Au travail au moment de la manutention des résidents, surtout pour le lever et la marche* », « *Pour me lever ou lorsque je mobilise les résidents. Si je dois rester un moment debout immobile dans une file d'attente par exemple.* ». Les circonstances font aussi partie de la vie courante, par exemple : « *Vie personnelle, en cas de douleur*

surtout... », « *Lors d'une fatigue psychique ou physique quand une tension nerveuse se fait ressentir.* ».

On constate que les occasions de repenser à cette technique sont très diverses. En fonction de l'expérience de chacun pendant les séances, le travail agit en relation aux douleurs ou aux mouvements.

A la question : « Y-a-t-il des similitudes entre les deux pratiques ? (pratique soignante et pratique corporelle), les réponses sont majoritairement positives. « *Oui, l'une aide l'autre.* » ou « *Oui, un échange entre soigné-soignant positif. Le bien-être du soignant se répercute sur le soigné, l'agressivité (s'il y a) du soigné tombe. Le soignant accompagne le soigné et ne lui impose pas le mouvement.* » ou encore « *Oui, travailler avec son corps et celui du résident tout en évitant de se faire mal à soi et à autrui et en apprenant à économiser ses efforts.* ». Une personne répond: « *Non, qui s'occupe de nous ? Ca fait du bien d'être égoïste un peu. Mais c'est un avantage pour les résidents quand on est plus zen.* »

La question de la transformation des relations est posée à la suite : « Est-ce que cette formation a changé quelque chose dans votre relation aux collègues, aux résidents, à vous même ? » Quelques personnes répondent non, surtout pour la relation entre collègues. Mais la majorité répond oui :

- aux collègues : « *oui, nous faisons face tous aux mêmes difficultés de façon différente* » ou « *Essayer de faire plus confiance* ».
- Aux résidents : « *Leur apprendre à bouger différemment.* » ou « *Sûrement plus d'empathie.* » .
- A vous-même : « *Meilleure gestion du stress grâce au réajustement et repositionnement de notre perception du corps dans l'espace.* » ou « *Etre plus à l'écoute de moi-même.* ».

On constate grâce à ce questionnaire que le travail corporel est propre à chacun et non un apprentissage de mouvement commun à tous. Chaque personne évolue avec ce qu'elle est, à travers ce voyage de découverte de soi dans le mouvement. Le rythme de chacun dans cette découverte et la compréhension de l'enjeu d'une telle technique sont différents et doivent être respectés. Le rapport à son propre corps, au corps de l'autre, au toucher, au mouvement est imbriqué dans une histoire individuelle et collective, sociale et culturelle. Cette diversité est aussi riche que la diversité des malades ou résidents qui entrent dans cette institution hospitalière. Il est aussi intéressant de prendre en compte le

vécu des soignants comme celui des résidents. Un atelier corporel de ce type permet l'expression de la diversité. Les conversations qui encadrent les séances entre les soignants sont multiples. Elles permettent l'expression d'un ressenti propre du métier sans qu'il y ait de jugement. Elles se font et se défont naturellement.

IV- Conclusion

Cette expérience au sein du Centre Hospitalier de Nogent Le Rotrou m'a enrichie à tous niveaux. J'y ai rencontré des personnes qui aiment leur métier et qui l'interrogent régulièrement. La confrontation de ma pratique, de mon langage sur le corps, au langage du soin et de la douleur a approfondi la dimension à donner à mon métier. Bien au-delà des soignants et d'un contexte professionnel, la douleur est une notion qui habite chacune de mes leçons. Elle colore le corps et laisse entrevoir les zones ombragées qui se cachent derrière chaque personne.

La douleur peut être définie différemment suivant qu'on la regarde à travers une culture, une époque, qu'on lui donne un sens à travers un contexte professionnel, personnel ou social. Elle est un prisme qui nous permet d'aborder le corps dans un champ complexe qui combine plusieurs données. Elle donne au corps une dimension symbolique qui décolle le geste de son objectivation.

Laisser la place à l'expression de la douleur dans un contexte professionnel et notamment dans le monde du soin est à mon avis indispensable. Mais il faut penser pour cela à un espace qui n'enferme pas et qui puisse changer de forme. Donner un sens aux douleurs ne veut pas dire classer les douleurs dans un espace circonscrit. On a vu qu'elles apparaissent et disparaissent dans un temps non maîtrisé, elles sont plus ou moins bruyantes suivant les jours ou suivant les gestes. L'échange d'expression de la douleur entre différents soignants se fait souvent de façon informelle, entre deux portes, au détour d'un couloir ou en s'asseyant sur une chaise.

Un atelier de pratique corporelle peut être un espace d'expression de la douleur dans la mesure où la parole y est libre de circuler.

La Technique F.M. Alexander est une pratique qui permet d'envisager son corps, non comme une chose que l'on emmène partout et que l'on subit, mais comme un corps incarné et intentionnel. Notre corps et ses douleurs sont ce que nous sommes, c'est à partir de ce que nous sommes que nous pouvons construire des relations et les renouveler autant que nous le souhaitons.

Oser la rencontre entre la pratique soignante et une pratique corporelle soulève des questions, notamment en termes de temporalité. Nous l'avons vu, offrir des formations aux soignants pour enrichir leur savoir-faire dans la relation aux soignés est une bonne

chose. Mais comment intégrer ces nouvelles connaissances et comment offrir un espace-temps pour que ces formations ne restent pas qu'un bon souvenir ? La question de la temporalité est à intégrer dans la réflexion d'une formation sur le geste soignant. Cette rencontre met aussi en lumière des ambivalences. Par exemple la difficulté de toucher le corps de l'autre et le plaisir qu'on éprouve à faire les exercices mettant en jeu le toucher. Ou bien l'ambivalence du geste technique et du geste relationnel qui rejoint l'ambivalence que nous vivons quand nous touchons quelqu'un et qu'en même temps nous sommes touchés, nous donnons et recevons dans le même temps. Au niveau du contexte professionnel il y a l'ambivalence de présenter le travail corporel comme un moment pour prendre soin de soi, un moment de détente et en même temps l'envie des soignants d'apprendre à améliorer leur relation aux malades. Et enfin celle de la difficulté de la confiance en l'autre et le besoin nécessaire de partager son expérience. Toutes ces ambivalences sont une invitation à poursuivre nos questionnements sur ce que nous sommes et sur le sens de nos pratiques.

De la procédure à la poésie, il n'y a qu'un pas.

« ne marche
nulle part ailleurs
que sur terre
et ne te refuse
jamais
au quotidien

tu sais maintenant
que dedans et dehors
n'avaient pas à s'exclure⁴³ »

⁴³ Charles Juliet, *Ce pays du silence* précédé de *Trop ardente* et *L'inexorable*, Paris, P.O.L., 1992, p34

Bibliographie

- ALEXANDER Frédéric Matthias, *L'héritage suprême de l'homme* [1918], Lyon, A.M.A.L.
- ALEXANDER Frédéric Matthias, *Vers un contrôle constructif conscient de l'individu* [1924], Lyon, A.M.A.L.
- ALEXANDER Frédéric Matthias, *L'usage de soi* [1932], Lyon, A.M.A.L.
- ALEXANDER Frédéric Matthias, *La constante universelle de l'art de vivre* [1942], Lyon, A.M.A.L.
- ALEXANDER Frédéric Matthias, *L'usage de soi* [1932], Bruxelles, Contredanse, 1996

- ANCET Pierre *Le corps vécu chez la personne âgée et la personne handicapée*, Paris, Dunod, 2010.
- BADEY-RODRIGUEZ Claudine, *Les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique de changement*, Paris, Seli Arslan, 1997.
- BOCHURBERG Claude, *La relation inachevée. Une approche phénoménologique de la relation ostéopathique*, Paris, L'harmattan, 1991.
- CAMPIGNION Philippe, *Respir-actions*, Clamecy, Frison-Roche, 2007.
- JOLY Isabelle, *Le corps sans représentation. De Jean Paul Sartre à Shaun Gallagher*, Paris, L'Harmattan, 2011.
- JULIET Charles, *Ce pays du silence précédé de Trop ardente et L'inexorable*, Paris, P.O.L., 1992.
- JULIET Charles, *Entretien avec Fabienne Verdier*, Paris, Albin Michel, 2007
- LE BRETON, David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié « Traversées », 2012
- LE BRETON, David, *Anthropologie du corps et modernité*, PUF, 1990
- Macdonald Patrick J., *Conférence pour la société des enseignants de technique Alexander, donnée à la société médicale de Londres, le 12 novembre 1963.*
- MARZANO PARISOLI Maria Michela, *Penser le corps*, Paris, Puf "Question d'éthique", 2002
- MERLEAU-PONTY Maurice, *Phénoménologie de la perception* [1945], Mesnil-sur-l'Estrée, Gallimard, 2002

- MERLEAU PONTY Maurice, *Le visible et l'invisible* [1964], Saint Amand, Gallimard, 2004

- MASIO J.D., *Mon corps et ses images*, Paris, Payot, 2007
- OUAKNIN M.A., *Lire aux éclats, éloge de la caresse*, Lieu commun,
- QUIGNARD Pascal, *La haine de la musique* [1996], Paris, Gallimard, 2010
- VIGARELLO Georges, *Le corps redressé* [1978], Liège, Armand Colin, 2001

Annexes

Questionnaire pour le bilan Formation travail corporel avec la technique Alexander

1-Est-ce que le travail qu'on a fait ensemble vous a fait penser à quelque chose que vous connaissez ?

2-Avez-vous trouvé du plaisir pendant les séances ?
Après les séances ?

3-Quelle serait votre définition de la pratique et comment en parleriez-vous à quelqu'un qui ne connaît pas la technique Alexander ?

4-Quels effets physiques avez-vous ressentis ou perçus ?

➤ Quels bénéfices pendant, après ? (ponctuels et durables)

➤ Quels effets négatifs ?

5- Quel est l'intérêt de pratiquer la technique Alexander d'après vous ?

6- Repensez-vous à ce qu'on a fait ensemble pendant votre travail ?

- A quel moment ?
- En quelles circonstances ?

7-Y-a-t-il des similitudes entre les deux pratiques (pratique soignante et pratique corporelle) ?

8- Quelles traces pensez-vous garder de ce travail ?

9- Est-ce que cette formation a changé quelque chose dans votre relation

- Aux collègues ?
- Aux résidents ?
- A vous-même ?

10- Pensez-vous avoir des outils aujourd'hui pour gérer différemment

- Le temps ?
- Le stress ?
- Les tensions musculaires ?
- Votre posture ?

11- S'il y avait une suite à ce travail comment l'imaginiez-vous ?

- En individuel ?
- En collectif ?
- Les deux ?
- Sur le court terme ?
- Sur le long terme ?

Commentaires :