Ecouter le toucher

Isabelle Ginot

► To cite this version:

Isabelle Ginot. Ecouter le toucher. Chimères, Revue de schizoanalyses, 2012, 10.3917/chime.078.0087 . hal-02495615

HAL Id: hal-02495615

<https://hal.science/hal-02495615>

Submitted on 12 Apr 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ÉCOUTER LE TOUCHER

Isabelle Ginot

ERES | « Chimères »

2012/3 N° 78 | pages 87 à 100

ISSN 0986-6035

ISBN 9782749234649

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-chimeres-2012-3-page-87.htm>

Pour citer cet article :

Isabelle Ginot, « Écouter le toucher », *Chimères* 2012/3 (N° 78), p. 87-100.
DOI 10.3917/chime.078.0087

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Écouter le toucher

« Avec l'angoisse de la maladie, la lutte pour survivre, puis les premiers traitements et leurs effets pénibles, on n'a vraiment pas eu le temps de s'occuper de notre corps ».

Xavier.

Le texte qui suit est le compte-rendu d'une expérience singulière, conduite à Paris auprès de personnes touchées par les virus VIH et VHC dans le cadre d'un projet interassociatif. La méthode Feldenkrais est une pratique corporelle dite « somatique », ses praticiens la définissent comme éducative et non thérapeutique ; elle vise à l'amélioration de la posture et des coordinations dans le mouvement. Il s'agissait ainsi d'inviter des personnes dites « malades », à expérimenter une approche non thérapeutique... afin d'améliorer leur qualité de vie et observer si cette pratique pouvait réduire les effets des pathologies comme des traitements. Autour de ce projet se sont rassemblés, au sein de l'association qui en avait pris l'initiative, un petit groupe de praticiens somatiques, chercheurs et patients experts¹, et c'est collectivement que nous avons décidé d'un certain

• Praticienne Feldenkrais enseignante au département Danse à l'université Paris 8.
Une première version de cet article a été publiée dans la revue en ligne *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 25 mars 2011.

1. Le terme de « méthodes somatiques » a été proposé par Thomas Hanna, dans les années 1970, pour désigner un ensemble de pratiques corporelles développées depuis la fin du XIX^e siècle et qui ont en commun l'importance centrale donnée à la perception,

nombre d'orientations. Pour rendre compte des enjeux tant pratiques que conceptuels de cette expérience, je m'appuie ici sur une perspective singulière, celle de *l'écoute réciproque* engagée dans ce travail corporel. Je souhaite montrer comment les territoires institutionnels du « médical » peuvent figer l'expérience du sujet en expérience de « patient », et comment, à l'inverse, la mise en œuvre d'une écoute centrée sur l'intersubjectivité peut contribuer à rendre au sujet *l'autorité* sur ses propres sensations.

La question de l'écoute est au cœur de toutes les pratiques corporelles qui engagent un travail sur la conscience du corps et du mouvement, et elle comporte toujours une double face : il s'agit à la fois de l'écoute de soi-même, et de l'écoute de l'autre – au moins pour celui qui anime les séances, quand la séance engage un travail relationnel passant ou non par le toucher. Paradoxalement, pourtant, cette question est fort peu théorisée, et la nature de l'écoute ne fait guère l'objet d'une réflexion. Le terme d'écoute lui-même est porteur d'ambiguïtés : lorsque l'on parle « du corps » (particulièrement celui qui souffre), c'est le plus souvent pour désigner une expérience non verbale, alors que la notion d'écoute est fortement attachée à l'échange verbal : en général, on écoute ce que l'autre dit, et éventuellement ce qu'il ne dit pas et qu'il lui faudrait pouvoir dire. Par là l'écoute est connotée d'une dimension interprétative. Dans le contexte du soin, le corps est un objet privilégié de l'interprétation : s'il est réputé ne pas parler, il est aussi connu comme le producteur de signaux qu'il s'agit de déchiffrer. Le symptôme, c'est un langage chiffré émis par le corps et qui demande à être décrypté et verbalisé, soit par le médecin, *en vue* du traitement, pour la médecine somatique, soit par l'analysant lui-même, *en guise* de traitement, pour la psychanalyse.

La réflexion qui suit porte sur une toute autre modalité de l'écoute : les danseurs contemporains emploient ce terme pour désigner une activité perceptive au sens large, et tous les amateurs de danses de couple pratiquent cette écoute sans forcément la nommer : « être à l'écoute », en danse, c'est le plus souvent pouvoir danser avec l'autre,

et particulièrement la proprioception et à l'expérience subjective. Initié par l'association AIME, ce projet rassemblait Carla Bottiglieri (voir son article dans ce numéro), Isabelle Ginot, Violeta Salvatierra, doctorante et danseuse, Michel Repellin, chargé des projets.

être profondément avec lui, tant dans une relation tactile que dans des relations chorégraphiques à travers l'espace. Il s'agit donc d'une ouverture perceptive où domine le mode kinesthésique et proprioceptif (sens de son propre mouvement et de son propre équilibre). Dans une pratique du mouvement qui fait de la « prise de conscience » sa proposition centrale, l'écoute est celle qui se porte de soi à soi-même, d'une part, et d'autre part celle qui va de soi à un autre à travers une relation passant par le toucher, et visant précisément à lui faciliter cette écoute de soi que le contexte lui a rendue difficile. Dans cette écoute, le mode tactile est dominant, et surtout, elle ne vise aucune interprétation : il ne s'agit pas d'interpréter les gestes de l'autre (ou de les lui faire comprendre), mais de les lui rendre accessibles. Cette réappropriation est souvent appelée « prise de conscience » (*awareness* en anglais). Une telle écoute est donc attachée non pas à une herméneutique, mais à une présence et une expérience, elle se situe sur le registre phénoménologique et vise une transformation de l'expérience – ici celle de la souffrance.

Les ateliers Astrakan

En janvier 2008, une association formée de danseurs et praticiens somatiques², basée à Paris, s'engageait dans un projet intitulé « Pratiques somatiques, pratiques de soin, gestes dansants » en direction de personnes touchées par les virus VIH et VHC. Il s'agissait d'initier à une pratique corporelle douce, la méthode Feldenkrais, ces personnes dont la qualité de vie se trouvait affectée par les effets de la pathologie et des traitements. Des ateliers collectifs hebdomadaires, ainsi que des séances individuelles, étaient ouverts aux membres de diverses associations de patients, salariés, bénévoles, usagers, soignants, ainsi qu'aux conjoints qui le souhaitaient. Il s'agissait de poser les premiers éléments d'une réflexion sur les besoins des séropositifs et l'efficacité de pratiques « douces » du mouvement dans l'amélioration de leur qualité de vie. Aussi, nous nous sommes d'abord tournés vers les acteurs associatifs avec une proposition d'échange : nous leur offrions cette pratique, et en retour,

2. AIME, fondée en 2007 par Julie Nioche, Michel Repellin, Gabrielle Mallet, Stéphanie Gressin, Isabelle Ginot, est un projet interdisciplinaire portant des projets chorégraphiques, associatifs, et mettant en dialogue les processus de la création et ceux du monde du soin.

ils nous offraient leur témoignage, leur expérience de la méthode et leur réflexion sur son usage possible pour répondre à des besoins qu'ils connaissaient bien mieux que nous. La réflexion qui suit s'appuie sur les six premiers mois de ces séances collectives et individuelles, sur les carnets de bord tenus par les participants durant l'atelier lui-même, et sur les entretiens qui ont été conduits avec une douzaine de participants à l'issue de cette première période de pratique³.

Du point de vue du profane, la méthode Feldenkrais est une parmi d'autres « gymnastiques douces ». Les séances collectives se passent selon quelques principes de base : le praticien décrit verbalement, sans les montrer, des mouvements doux, petits, répétitifs, le plus souvent allongé au sol. Chaque séance suit un fil qui vise d'abord à prendre conscience du mouvement tel qu'on le réalise, jusqu'à améliorer la qualité de ce mouvement en assurant une meilleure distribution de l'effort à travers un plus grand nombre d'articulations. Une grande part des indications guide l'attention vers soi-même et vers la façon dont on réalise le mouvement proposé. On peut attendre de ce travail une meilleure conscience et une meilleure compréhension des habitudes posturales et motrices, clés pour une amélioration de la posture et du confort du mouvement quotidien. Fluidité du mouvement et réduction de l'effort en sont les objectifs les plus immédiats. En général, les participants témoignent d'amélioration des douleurs chroniques (dos, nuque, etc.), d'un meilleur confort postural ; dans notre petit groupe, l'amélioration du sommeil et de la fatigue a aussi été rapportée. Si cette méthode se montre souvent efficace pour des troubles sévères, notamment des atteintes neuromotrices innées ou acquises, elle est surtout largement pratiquée par des personnes sans pathologies lourdes, dans le cadre d'une recherche de « bien-être ».

Le VIH n'est pas une pathologie du mouvement ou de la posture. Cependant, dès la première séance il est apparu que ce groupe d'adultes de 35 à 50 ans, actifs, souvent engagés dans les associations, souffrait beaucoup plus que la population générale de douleurs chroniques. Cet « excès douloureux » bénéficie d'une reconnaissance du milieu médical et d'une série d'explications également

3. Enquête réalisée par Carla Bottiglieri pour AIME auprès de dix participants, juin-juillet 2008, inédit.

médicales : effets conjoints des traitements et du virus sur le métabolisme, le fonctionnement musculaire, et le système nerveux, d'une part. Anxiété et troubles du sommeil d'autre part (et cette « série explicative » souffre déjà d'une connotation moins sérieuse, une sorte de zone de transition entre le « vraiment médical » et le « sans doute psychologique »). D'autres causes semblent s'y associer : une sédentarité extrême, dont le corps médical a pris récemment conscience ; et surtout, ce qui sera dès les premières séances mon intuition centrale, une construction distordue de la perception de la douleur : la sensation douloureuse, comme tout ce qui vient du corps, est a priori suspectée d'être un effet du VIH ou des traitements. Elle acquiert ainsi une lourde charge d'inquiétude, parfois démesurée. Cependant, cette sorte de « préinterprétation » par la séropositivité désamorce aussi toute autre interprétation, tout lien avec d'autres registres de soi, du corps et du geste. Comprendre que ce qu'ils ressentent peut être assigné à autre chose que le virus sera le premier apprentissage de certains participants.

Du sentir dans un monde de symptômes

Tout d'abord, l'intensité de l'inquiétude : les gens qui entrent dans ce studio sont pour la plupart des militants associatifs. Tout rompus qu'ils soient aux bras de fer avec le pouvoir médical, aux prises de parole musclées dans des congrès houleux, ils investissent l'espace d'une fragilité tangible. Je capte cette fragilité, je la sens me gagner, ne sais pas où la situer. Je prends conscience soudainement d'un enjeu et d'une gravité qui me dépassent. Puis, la densité des « inconforts » et surtout, la difficulté à savoir inventer ou construire son propre confort. Il faudra apprendre à organiser le confort de l'autre pour que le sien propre devienne, progressivement, accessible. Enfin, une sorte d'analphabétisme sensoriel très saisissant, qui fait obstacle à l'accueil de sensations nouvelles. Les douleurs sont stridentes, mais on les fait taire ; et les sensations nouvelles sont inquiétantes, car on ne sait pas les interpréter.

Le VIH est souvent considéré aujourd'hui comme une « maladie chronique évolutive » : les personnes séropositives ne vivent plus avec le risque d'une échéance mortelle à court terme, mais leur avenir est suspendu, sous le joug à la fois des événements pathologiques (remontée virale, intolérance à un traitement...) et d'un suivi médical de plus en plus complexe et prenant. Ces personnes vivent

souvent dans l'inquiétude des prochaines analyses, d'un déséquilibre dans les traitements croisés, d'une évolution du virus et/ou des réactions aux traitements. Leur temps est scandé par les rendez-vous médicaux et tendu par l'attente des résultats... il y a toujours quelque chose qui diffère la projection dans un temps plus long. De plus, la logique du virus et des traitements est d'une complexité qui dépasse la plupart des patients, ou exige d'eux un effort de compréhension gigantesque.

Dans un tel contexte, les sensations nouvelles sont *a priori* inquiétantes. Livrés au médecin pour interprétation, ces signes sont parfois ignorés ou au contraire traités comme des alertes, déclenchant une nouvelle série d'examen... Les douleurs articulaires et musculaires, parfois très invalidantes, peuvent être négligées par le médecin car elles ne signalent pas un risque vital. Cependant, le même patient dont les plaintes quant à ces douleurs ne sont pas prises en charge pourra se voir « prescrire » une activité physique régulière pour réduire les risques cardio-vasculaires associés aux traitements. « Je leur dis d'acheter un chien, comme ça ils sont obligés de le sortir tous les jours », a pu déclarer dans un colloque un médecin hospitalier. Une responsable d'association de femmes africaines séropositives lui répond : « C'est impossible, nous avons trop mal, et vous ne l'entendez pas ».

La personne séropositive est prise dans une double contrainte : d'une part, être à l'écoute de son corps, écouter les signaux inquiétants susceptibles d'indiquer une déstabilisation de l'équilibre virus/traitement. D'autre part, « trop s'écouter » peut conduire à se noyer dans un sentir inépuisablement douloureux et anxiogène. Dans cet arc entre deux menaces, s'absente le corps global, en qui s'incarne l'ensemble de nos expériences. S'absente parfois tout corps qui n'est pas assigné à la pathologie. Le corps séropositif s'énonce en résultats d'analyse, réponses aux traitements, charge virale, hausses et baisses des taux de CD4, etc. Il est produit, au fil des traitements, comme une sorte d'usine de traitements biochimiques dont il faut surveiller les entrées et sorties, vérifier le fonctionnement de certaines pièces, pondérer les dysfonctionnements. Si leurs sensations subjectives semblent confuses, incertaines, trouvant inégalement leur place dans les dispositifs complexes de régulation médicale, les analyses biologiques, les bilans semblent produire, au contraire, des savoirs positifs ne faisant pas l'objet de possibles négociations.

La notion de « qualité de vie », fortement défendue par les associations de patients et trouvant aujourd'hui un certain écho médical, introduit cependant dans ce contexte des paramètres moins mesurables : qu'est-ce qui est perçu comme « acceptable » par un patient ? à quelles conditions un effet secondaire (lipodystrophies, neuropathies...) peut-il être évalué comme « mineur », ou mettant en danger le désir de « vivre ainsi » pour le patient ? Et comment faire entrer ces aspects subjectifs dans l'évaluation médicale, qui cherche avant tout à mesurer la « viabilité » biologique d'un équilibre donné ? Une pratique corporelle douce peut être un outil pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes séropositives comme pour la population générale, et cette activité est souvent plus accessible à des personnes souffrant de douleurs aiguës et/ou de fatigue extrême⁴. De plus, ces pratiques corporelles faisant appel à la conscience de soi invitent à l'élaboration d'un vocabulaire sensoriel et perceptif. Cette « alphabétisation sensorielle » peut devenir un atout dans la capacité du sujet à être partie prenante des choix médicaux qui le concernent, et un espace intermédiaire important entre l'expérience subjective « innommable » d'un sentir menaçant, et les savoirs médicaux objectifs, et trop souvent objectivants, avec lesquels il doit composer.

Les leçons de Xavier

Xavier souffre d'une douleur sacro-iliaque vive, qui le tient éveillé la nuit depuis des mois, et qui l'amène aux séances individuelles proposées par AIME. Tous les examens sont négatifs : pas de neuropathie déclarée, pas d'arthrose, pas de lésion de quelque ordre. Le symptôme n'évoque rien qui soit lié au VIH. Par contre les traitements contre le VIH lui interdisent la prise d'anti-douleurs. « À votre âge, c'est bien normal d'avoir quelques douleurs », disent les médecins. Au début et à la fin de chaque séance, comme un mantra, il m'interroge : « penses-tu que c'est une arthrose ? et si ce n'est pas une arthrose, qu'est-ce que c'est ? ». Dans le cadre de notre projet j'accueille en principe chaque personne pour cinq séances individuelles maximum. Nous en ferons plus de dix, car la douleur de

4. Ces méthodes douces ne peuvent en aucun cas se substituer à la fameuse « activité physique » préconisée par les médecins. Elles peuvent par contre créer les conditions d'une pratique sportive tenable ; et faire de celle-ci un plaisir, plutôt qu'une prescription.

Xavier résiste. Xavier est aussi engagé dans une association de lutte contre le VIH, et c'est à ce titre, autant que pour sa douleur, qu'il vient à ces séances. Son expérience et ses savoirs dans ce domaine sont immenses ; si en Feldenkrais nous parlons de « leçons » car notre travail relève d'une éducation au mouvement et non d'une pratique thérapeutique, j'ai senti très vite que Xavier avait beaucoup à m'apprendre.

À chaque séance, il me fait le compte rendu de ses nouveaux examens – liés à cette douleur, ou au suivi régulier du VIH, actuellement bien stabilisé. Diagnostics, molécules, termes médicaux s'accumulent. Mon attention se laisse happer par ces savoirs nouveaux que je n'ai pas et qu'il m'importe d'acquérir, et je fais un effort pour ne pas écouter le flux du vocabulaire médical et pharmaceutique. Je traque dans sa parole les traces de mouvements, de gestes, de désirs, d'action, voire d'expériences de plaisir. Mais le corps de Xavier est un corps de molécules chimiques et de traces virales ; fait de lésions potentielles (si les examens n'en révèlent aucune, la quête demeure), d'organes en souffrance (reflux gastriques) ; de graisses mal métabolisées qui migrent des tissus musculaires (où elles manquent désormais) aux tissus organiques, dont elles gênent le bon fonctionnement ; un corps digestif, dont il a appris à contrôler les troubles ; un corps nerveux, aussi, où les neuropathies sont tenues à distance. Un autre corps de Xavier est un corps collectif : s'il ne souffre pas de tous ces symptômes, ou si certains sont peu gênants pour lui, il est engagé dans la lutte contre le VIH, et il souffre aussi des symptômes des autres. C'est pour cela qu'il est là : pour soutenir le travail de l'association dont je fais partie, et pour comprendre ce que ce travail peut apporter aux autres séropositifs. Je ne suis pas sûre qu'il serait venu à ces séances individuelles gratuites s'il n'avait été motivé que par son propre confort.

Pour Xavier, une douleur est un phénomène en attente de nomination (un diagnostic, une cause objective, c'est-à-dire une lésion) ; la nomination est la condition à un traitement. Cette attente se heurte à mon propre point de vue (favorisé avec lui par la garantie que, en effet, il n'y a pas de lésion), qui propose une lecture globale de son mode d'action qui ne s'arrête pas sur sa douleur locale, et une hypothèse qui peut sembler assez floue : s'il transforme sa façon globale de bouger, quelque chose pourra changer au niveau de la zone dou-

loureuse. Le corps qu'il connaît est presque « en premier lieu » le corps des chiffres et des examens médicaux. C'est un corps « prouvable », vérifiable, qui appartient au monde médical. Il n'aurait finalement rien à voir avec l'expérience vitale de Xavier, s'il ne venait, plus souvent qu'à son tour, y faire obstacle. Le corps du sentir et de l'expérience n'a pas de nom, pas de mesures. Chaque fois qu'une expérience sensible nouvelle, fût-elle minuscule, émerge durant nos séances, Xavier tente de la nommer médicalement. Incessantes sont ses invitations, toujours récusées, à me considérer comme une soignante.

Xavier est allongé sur la table, sur le côté, soutenu par divers supports pour qu'il puisse en toute sécurité relâcher l'activité antigravitaire – un relâchement que nous sommes loin d'avoir trouvé pour l'instant. Je suggère un mouvement à son épaule, mouvement qui pourrait se prolonger en une rotation du buste vers l'arrière. J'écoute la réponse des tissus, qui s'opposent à mon mouvement dès le début. Résistance serrée. Je répète plusieurs fois ce même début de mouvement en changeant légèrement la direction. Pour la première fois, un changement se produit : une petite impulsion vers l'épaule se transmet largement jusqu'au bassin ; les côtes s'ouvrent, le dos amorce une courbe extensive, la respiration se réorganise. Pour moi, le changement s'exprime ainsi : Xavier a laissé se produire un mouvement qu'auparavant il rendait impossible, sans le savoir. Xavier vient de « cesser d'arrêter » le mouvement. Quelque chose est en train de changer. J'attends, Xavier ne parle pas. Peut-être dort-il ?

« C'est très bizarre, ça me fait comme une anesthésie, dit-il ». Je m'inquiète silencieusement – aurais-je mis au jour quelque chose comme une neuropathie ? Je lui demande prudemment de préciser. « Je ne sens plus rien, de là à là – et il montre une vaste part de lui-même, de la jambe à l'épaule ». « C'est agréable, ou désagréable ? » « c'est difficile à dire, je ne sens plus rien... » Il faudra plusieurs reformulations pour que je sois certaine qu'il éprouve bien un soulagement de la douleur et non pas d'un symptôme neurologique nouveau.

Les praticiens Feldenkrais considèrent souvent la séance individuelle comme une « conversation tactile ». Je fais bouger de quelques millimètres une partie du corps, je suggère une partie infime d'un mouvement global qui pourrait, poussé à bout, traverser tout le squelette. Je ne produis jamais un mouvement qui n'est pas rendu

possible par la personne. L'observateur extérieur peut avoir l'impression que je « fais bouger » telle ou telle partie du corps, comme dans une séance de massage ou d'ostéopathie. Pourtant, je me contente de rendre sensible le mouvement de l'autre. J'écoute son mouvement, et j'attends que d'autres mouvements émergent du dialogue avec mon propre geste. Le corps de Xavier que j'écoute, celui que je mets en mouvement et avec lequel mon propre corps dialogue, n'est pas le corps qu'il a coconstruit, bon an mal an, avec les médecins qui l'entourent. Nous entretiendrons longtemps une sorte de dialogue de sourds. J'écoute un corps de Xavier qui ne parle pas, si ce n'est par la stridence de sa douleur, et Xavier n'entend que le bruit d'un corps moléculaire et chimique que je ne veux pas écouter. Son activité associative l'a rendu conscient d'être le sujet et l'acteur des choix médicaux qui le concernent. Pourtant, lorsque je décris un moment de la séance avec une formule telle que « tu as permis le mouvement », il est interloqué et réaffirme en quelque sorte son innocence : « ah mais moi je n'ai rien fait, c'est toi qui as tout fait... »

Il faudra encore plusieurs séances pour que Xavier reconnaisse que ces sensations « étranges » que le discours médical ne peut nommer (« la santé, c'est la vie dans le silence des organes⁵ ») ont une existence. Il faudra plusieurs semaines pour qu'il « pense » à me signaler qu'il ne prend plus de somnifères. Il les a remplacés par quelques pratiques respiratoires et des étirements qu'il a repérés comme bienfaisants, dans nos séances et dans celles qu'il suit chez un kinésithérapeute ayant aussi des pratiques « douces ». Le corps du discours médical a un vocabulaire, il a un nom, des mots qui lui donnent une existence. Il n'y a pas eu de diagnostic, pas de traitement ; comment nommer, dès lors, l'expérience qui émerge, et qui n'apparaît pas encore tout à fait comme un soulagement ? L'intercesseur entre ces deux modes de présence sera l'acteur associatif, engagé pour lui-même et pour les autres : Xavier possède une grande connaissance du mouvement des patients, de son histoire collective et de la force qu'il a donnée aux individus qui y ont participé, et il a une conscience remarquable des imbrications de cette histoire collective avec son expérience singulière. Il ne tarde pas à sentir finement les parallèles entre ce registre de son expérience et celui qu'invoquent nos leçons, et il sera le premier à me les faire comprendre.

5. Georges Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, PUF, 1966, p. 72.

Image du corps et séropositivité

Les termes d'image du corps et schéma corporel traversent, depuis quasiment le début du ^{xx}e siècle, l'histoire de la compréhension du corps et du geste⁶. Le schéma corporel réunit l'ensemble des fonctions qui permettent le maintien de la posture et l'ensemble des gestes que nous sommes capables d'effectuer sans avoir à y penser ; d'une part, toute l'activité antigravitaire qui, par exemple, nous permet d'assurer notre équilibre vertical alors même que nous saisissons des objets, déplaçons notre regard, etc. D'autre part, toutes les coordinations (ou automatismes acquis) qui nous permettent de marcher, nous déplacer, saisir, etc., sans jamais avoir besoin de penser à ce que nous faisons. Cette activité dite « prénoétique » (qui produit les conditions de notre conscience, alors même qu'elle n'y apparaît pas) a besoin d'être non-consciente : elle libère notre attention pour d'autres objets que nous-mêmes.

« L'image du corps⁷ » concerne un autre registre de notre expérience, distinct, quoiqu'interdépendant du schéma corporel : il s'agit de l'ensemble des registres ou fonctions où notre attention est intentionnellement tournée vers notre propre corps. On distinguera trois niveaux de l'image du corps : les concepts (savoirs, mythologies, croyances, quant à notre propre corps) ; les percepts, soit les perceptions intentionnelles de notre propre corps) et les affects (ce que nous ressentons quant à notre corps).

La méthode Feldenkrais vise une réorganisation du schéma corporel, et tout particulièrement des adaptations gravitaires en situation statique (allongé) ou semi-statique (assis, debout), et en situation de mouvement. Elle s'appuie sur l'hypothèse que ce sont ces automatismes acquis, ou (mauvaises) habitudes de mouvement, non conscientes, qui sont à l'origine de nombreux troubles. Pour accomplir cette réorganisation, elle utilise l'image du corps, principalement dans ses aspects perceptuel et conceptuel : l'élève en

6. Je présente ces deux catégories selon le point de vue de Shaun Gallagher, in *How the body shapes the mind* (Oxford Univ. Press, New York, 2005).

7. Cette expression est en français imprégnée de connotations psychanalytiques, héritées du travail de Françoise Dolto (F. Dolto, *L'image inconsciente du corps*, Seuil, 1984). Le sens que lui donne Gallagher est totalement indépendant de celui de la psychanalyste française... voire même, exclusif de toute dimension inconsciente.

Feldenkrais est conduit à faire des distinctions de plus en plus fines dans la perception de son mouvement et de sa posture. Cette « alphabétisation perceptive » s'accompagne toujours, plus ou moins, d'informations anatomiques, bio-mécaniques, ainsi que d'informations sur les modes privilégiés d'apprentissage du mouvement. Ainsi sont construits de nouveaux savoirs reliés à un nouveau sentir. Lorsque je me suis interrogée sur la spécificité du travail et de l'écoute Feldenkrais avec les personnes séropositives, j'en suis venue à observer que, si les séropositifs que j'ai rencontrés semblent souffrir d'un niveau élevé de douleur, rien ne semble les particulariser du point de vue du schéma corporel. La détérioration qualitative du métabolisme liée aux virus et aux traitements apparaît comme un facteur aggravant, mais non déclenchant, de difficultés de mouvement communes à toute population adulte sédentaire. Par contre – et les entretiens que nous avons menés le confirment – l'image du corps est profondément affectée. L'image affective cristallise tous les registres de la stigmatisation sociale et morale, souvent commentés dans la littérature sur le VIH, redoublée par les changements visibles de la morphologie. De plus la médicalisation massive nécessitée par le VIH développe chez les séropositifs une culture du corps tout à fait particulière. Le corps pathologique et médical fait obstacle à l'accès à un autre corps, un corps sensible, et même un corps agréablement sensible. Dans les entretiens, quasiment tous les participants ont insisté sur la dimension cognitive des ateliers : une nouvelle compréhension de leur propre corps permettait de vivre différemment même la douleur. Moshe Feldenkrais, s'appuyant sur les connaissances scientifiques de son époque, faisait l'hypothèse que la seule prise de conscience pouvait suffire à transformer la posture et le geste, puisque la perception est un geste. Cette hypothèse est désormais soutenue par nombre de travaux contemporains en neurosciences et sciences cognitives⁸.

Mais les percepts ne sont pas autonomes : avec les premiers ateliers Astrakan, j'ai appris que je ne pouvais pas « simplement » suggérer une attention intense et continue à soi-même, alors que les sensations de soi-même étaient primordialement sources d'anxiété. Avec Xavier, j'ai encore appris que les savoirs médicaux pouvaient en

8. voir par exemple les travaux de Varela sur la notion de perception énaïve : Varela, F., Thompson, E., Rosch, E. *L'inscription corporelle de l'esprit*, 1993.

quelque sorte faire dévier l'expérience, aiguillant invariablement la perception de soi vers une interprétation médicale, dénaturant la sensation et jusqu'à rendre le sujet comme sourd à son propre sentir.

De l'image à l'écoute

On peut donc avancer que les nombreux troubles douloureux de la posture et de l'action qui accompagnent la séropositivité sont dus non seulement à des causes chimiques, mais aussi aux atteintes de l'image du corps. Durant la pratique conduite avec ce groupe et avec les personnes ayant choisi les séances individuelles, il m'est apparu que le principal outil pour traiter ces atteintes était celui de l'écoute.

Dans une leçon individuelle de Feldenkrais, l'écoute tactile prend une place prépondérante ; mais elle ne se laisse séparer ni d'une écoute visuelle (notamment d'une observation de la posture) ni de l'écoute du discours. Il s'agit d'écouter globalement tout ce qui présente quelque chose du geste et du sentir de la personne. Cependant, cette écoute est aussi strictement sélective : j'écoute les gestes déjà présents et je les rends perceptibles à leur auteur ; j'invite ceux qui ne sont pas encore présents mais tout prêts à apparaître. Je perds de vue ceux qui sont évidents, pour qu'ils cessent d'en masquer d'autres, qui se dessinent comme un horizon encore lointain. Et je dialogue avec des gestes absents⁹, parfois criants (ils opposent une résistance serrée à mes suggestions de mise en mouvement), parfois parfaitement silencieux (ils produisent mon propre oubli, ainsi certains plans de l'espace que je travaille avec la plupart de mes élèves, et qui « échappe » à toutes les séances que je fais avec l'un d'entre eux). Enfin, cette écoute est aussi (d'abord ?) projective. Ces gestes de l'autre ne me parviennent jamais qu'entrelacés à mon propre geste et mon propre sentir. En formulant une écoute « tendue » vers le geste de l'autre, j'invente ce geste autant que je le perçois. Les premières leçons de Xavier ont été consacrées essentiellement à inventer pour lui ses propres gestes qu'il n'était pas à même d'entendre. Ce travail passant par le toucher, souvent décrit dans les textes professionnels sur un mode technique, ne saurait se

9. Voir H. Godard, « Le geste manquant », *IO, États de corps*, n° 5, Toulouse, érès, 1994, et « Des trous noirs », in *Nouvelles de Danse*, « Scientifiquement danse », Contredanse, Bruxelles, 2006.

comprendre en dehors d'une pensée de l'intersubjectivité qui est ici une intercorporéité, une interpondéralité, une cospatialité, une musicalité commune. Comme dans les arts martiaux, la séance Feldenkrais à deux peut s'observer, ou se décrire, comme un mouvement unique réalisé à deux ; nos techniques « biomécaniques » nous incitent par exemple à penser la transmission de la force (si légère soit-elle), les déplacements des appuis et les transferts de poids, non pas séparément, entre le praticien et l'élève, mais globalement, comme s'il s'agissait des transferts à travers un seul corps. Telle est d'ailleurs, diront beaucoup d'entre nous, toute la beauté de ce travail. Dès lors, la notion d'écoute ne peut être pensée que comme chiasmatique et réversible : tandis que mon écoute du geste de l'autre est doublée et mêlée à l'écoute de mon propre geste, celle-ci se pose en intermédiaire vers l'écoute de l'autre vers lui-même. Et ces mouvements d'attention ne sauraient se définir comme simples « réceptions » du geste de l'autre ou de soi, ils sont à la fois écoute et énonciation des gestes de soi et de l'autre¹⁰. C'est pourquoi aussi nos pratiques se laissent difficilement saisir par les systèmes d'évaluations visant à « mesurer » leurs effets. La nature de leur efficience est précisément liée à la subjectivité de l'écoute qui constitue le cadre de la relation.

10. Michel Bernard a insisté sur les liens entre perception et énonciation. Voir notamment « Sens et fiction ou les effets étranges de trois chiasmes sensoriels », *De la création chorégraphique*, Centre national de la danse, Pantin, 2001, p. 95.