

# L'OSTÉOPATHE

N°41 • JUILLET / AOÛT / SEPTEMBRE 2019

MAGAZINE



## GYMNASTIQUE SENSORIELLE

Une thérapie tissulaire  
dans une dynamique corporelle

# OSTÉOPATHES D.O

## DÉVELOPPEZ VOTRE POTENTIEL

### PRATIQUEZ

### DEVENEZ



RENTÉE  
20 SEP  
2019

## L'EXAMEN CLINIQUE ÉCHO-ASSISTÉ



École d'Ostéopathie

[www.facebook.com/echo.isosteo](http://www.facebook.com/echo.isosteo)

FORMATION EN 1 AN : 45 HEURES



RENTÉE  
2 SEP  
2019

## OSTÉOPATHE ANIMALIER

INSCRIT AUPRÈS DE L'ORDRE DES VÉTÉRINAIRES



[animale.isosteo.fr](http://animale.isosteo.fr)

FORMATION EN 1 AN : 900 HEURES

*Se former  
c'est s'élever*

Citoyenne et responsable, ISOstéo Lyon offre :



un enseignement  
de qualité



des formations  
tout au long de la vie



École d'Ostéopathie

04 78 64 34 71



## OURS

### Rédacteur en chef :

Reza Redjem-Chibane

### Ont contribué à ce numéro :

Isabelle Bertrand, Danis Bois,  
Laurent Marc, Gitte Møller,  
Frédéric Pancaldi  
et Reza Redjem-Chibane

### Directrice artistique :

Agnès Bizeul

### Graphisme :

Anne-Elvire Buciuil

### Publicité & partenariats :

Sacha Magnani

### Photo édito :

© Joëlle Dollé

### Couverture :

Ariel Lapidus

### Photo couverture :

© Reza Redjem-Chibane

## CONTACTS

### L'ostéopathe magazine

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 06.65.64.13.57

### Renseignements :

info@osteomag.fr

Rédaction : redaction@osteomag.fr

Abonnements : abo@osteomag.fr

Publicité : info@osteomag.fr

## MENTIONS LÉGALES

### Directeur de la publication :

Reza Redjem-Chibane

### L'ostéopathe magazine

est édité par RCR Éditions

176, rue Saint-Maur

75011 Paris

Tél : 06.65.64.13.57

www.osteomag.fr

### Numéro de commission

paritaire : 0120 T 90344

ISSN 2108-2642,

dépôt légal à parution

## ABONNEMENTS

### Formule PRO

1 an soit 4 numéros + accès web

12 mois : - 20%

France et étranger 120 € TTC

(dont TVA 2,10 %)

### Formule PRO / MOIS

1 magazine tous les 3 mois

Accès total à tous les articles web

France et étranger 10 € TTC / mois

(dont TVA 2,10 %)

Durée libre d'abonnement (5 mois

minimum et je m'arrête

quand je veux)

## PRIX AU NUMÉRO

25 € TTC (dont TVA 2,10 %)

## Copyright

### L'ostéopathe magazine

La reproduction même partielle  
des articles parus dans *L'ostéopathe  
magazine* est strictement interdite.

# édito

## PANTOPIE

« Alors que l'utopie n'est nulle part, la pantopie est partout », nous dit le philosophe Michel Serres<sup>(1)</sup>. En ce sens « Le philosophe n'a pas de spécialité. Il est partout chez lui »<sup>(2)</sup> rajoute-t-il avant de comparer le philosophe au médecin généraliste qu'il tient en grande estime. La pantopie peut également être associée au concept holistique originel de l'ostéopathie dont on peut questionner sa mise en pratique contemporaine.

Être holistique ce n'est pas regarder uniquement le corps dans sa globalité. Ce n'est pas seulement observer les corps physique, psychique voire énergétique. C'est observer la personne dans son environnement social et culturel, dans son histoire présente et dans l'héritage de son passé. Le modèle biopsychosocial synthétise cette vision. Il est abordé en profondeur dans ce numéro.

Il est envisageable d'agrandir encore cet espace thérapeutique avec une attention toute particulière au mouvement interne. Ce mouvement fin que révèle la main du thérapeute peut être prolongé dans le macro-mouvement du patient pour lui permettre de s'approprier la puissance d'autoguérison du vivant. Il pourra alors s'émanciper à travers son corps dans d'autres espaces de sa vie. Cette promesse ambitieuse, c'est le projet de la gymnastique sensorielle que nous vous dévoilons dans ce numéro.

Comment explorer les dimensions d'une sensorialité dynamique avec vos patients ? Nous vous invitons à sortir de l'espace limité de vos mains et de votre unique perception pour accompagner vos patients dans le ressenti de leur mouvement interne. Déceler les blocages pour les lever. Réconcilier le corps et les émotions.

Voilà présentées les deux thématiques de ce numéro #41 de *L'ostéopathe magazine* qui forment un ensemble dynamique. Car la transmission d'informations est le mouvement interne d'un corps éditorial où l'écriture s'équilibre par la lecture. Le mouvement... c'est la vie !

(1) Michel Serres, à la recherche du contemporain, *Les chemins de la philosophie*, émission radio diffusée sur France culture le 21 septembre 2018

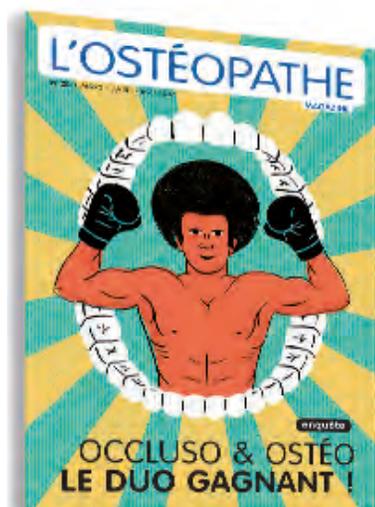
(2) *Pantopie* : de Hermès à Petite Poucette (2014) de Michel Serres



**Reza Redjem-Chibane**  
Rédacteur en chef

pour tout savoir sur l'ostéopathie  
et l'actualité de la santé

**FORMULE  
PRO**



**NOUVELLES  
OFFRES  
D'ABONNEMENT**  
PAPIER + WEB  
+ SMARTPHONE  
+ TABLETTE

**120 € / AN**

- \* 4 magazines FRAIS DE PORT INCLUS
- \* Accès web 12 mois à tous les articles
- \* Les numéros déjà parus à tarif préférentiel :  
14,90 € au lieu de 25 €
- \* Accès illimité aux archives
- \* Accès aux tarifs Abonnés PRO pour les dossiers téléchargeables :  
9 € au lieu de 15 €
- \* Accès aux avantages du club Abonnés :  
Réductions négociées & invitations : matériel, formations, congrès, etc.



**je m'abonne et commande**  
mes numéros sur notre boutique en ligne

➔ [www.osteomag.fr/boutique](http://www.osteomag.fr/boutique)



# SOMMAIRE

## REPORTAGE

inf'ostéo

## REMÉDIER AUX DOULEURS CHRONIQUES

12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL OSTEOPATIQUE DE NANTES

- 7 Syndrome d'Ehlers-Danlos :**  
la qualité d'écoute thérapeutique est primordiale
- 9 Syndrome douloureux régional complexe et disruption de la matrice corporelle**
- 12 L'objectif thérapeutique est important.**  
L'accord du patient encore plus
- 13 Modèle de peur-évitement et lombalgie chronique :**  
ne pas sous-estimer la régulation des émotions
- 14 Potentialiser un traitement ostéopathique**  
par la pleine conscience
- 16 De l'expérience collective et à l'histoire personnelle,**  
comment appréhender la perception douloureuse de chaque patient ?
- 17 Douleurs de la zone pelvienne :**  
de la difficulté d'analyser les discordances anatomiques
- 20 Le modèle bio-psycho-social :**  
un des principes fondateurs de l'ostéopathie
- 22 Origines des douleurs neurales :**  
des modèles aux métamodèles, comment utiliser ces outils en pratique clinique ?
- 26 Une alliance thérapeutique du patient avec le soignant**  
pour reconceptualiser la douleur
- 28 Trier et orienter les patients dans le parcours de soins :**  
une spécialité ostéopathe ?
- 30 Personnes âgées :**  
évaluer la santé et prévenir la décompensation fonctionnelle

## DOSSIER

### LA GYMNASTIQUE SENSORIELLE

## MÉTIER

enquête

interview

reportage

rencontres

- 34 Gymnastique sensorielle**  
Une thérapie tissulaire dans une dynamique corporelle
- 42 Interview de Danis Bois**  
Rendre visible ce qui est invisible
- 52 De la prévention à la thérapie,**  
une éducation en mouvement
- 62 Interview d'Isabelle Bertrand**  
La qualité de mouvement, sensoriel et subjectif
- 66 Spatialité et mouvement**  
Vivez l'expérience de la sensorialité augmentée
- 72 Interview de Gitte Møller et Frédéric Pancaldi**  
Il existe trois espaces corporels plus ou moins habités
- 80 Verbatim par Danis Bois**  
Rencontres d'été à Chamblay :  
« Comment devenir plus présent à soi-même, à autrui et au monde ? »
- 86 À la recherche du temps advenu**  
L'advenir c'est du futur sans anticipation

REPORTAGE

INF'OSTÉO

12<sup>e</sup> SYMPOSIUM  
INTERNATIONAL  
OSTÉOPATHIQUE  
DE NANTES

## REMÉDIER AUX DOULEURS CHRONIQUES

### Le patient, meilleur allié thérapeutique

Le 12<sup>e</sup> symposium international ostéopathique de Nantes s'est déroulé les 15 et 16 mars 2019. La thématique très actuelle des douleurs chroniques y a été abordée. Dans une bonne ambiance, chacune des interventions a permis de découvrir différentes approches possibles de cette problématique, mais aussi de mieux comprendre le rôle de chacun dans une prise en charge pluridisciplinaire.

*Un reportage réalisé par Laurent Marc, ostéopathe DO et titulaire du DU Expertise de la performance sportive, et coordonné par Reza Redjem-Chibane.*

**P**armi les disciplines concernées par la prise en charge de la douleur chronique, l'ostéopathie n'est pas en reste et bien des possibilités s'offrent à elle : formation au triage des patients, prise en compte des facteurs psychosociaux, éducation aux neurosciences de la douleur, thérapie de pleine conscience, thérapie de l'acceptation et de l'engagement. Le patient, comme toujours, doit occuper la place centrale de la prise en charge. Mais pas seulement puisque l'ensemble du contexte et de son environnement vient s'immiscer dans la consultation. Sans parler de l'aspect holistique, terme aujourd'hui tellement dévoyé. Il s'agit de prendre conscience que le travail débuté lors d'une consultation doit se poursuivre avec le concours du patient au-delà du temps du traitement. La passivité n'a pas sa place et il s'agit de former une équipe avec le patient.

### Former une équipe avec le patient

Nous l'avons souligné dans un précédent reportage : il est souvent rapporté que les études et publications sont trop éloignées de la pratique clinique. Un des intervenants, Olivier Thomson, a présenté de manière concrète la façon d'utiliser la littérature scientifique pour améliorer la prise en charge des patients.

Jerry Drapper-Rodi et Laurent Fabre, tous deux ostéopathes DO, ont quant à eux décrit une méthodologie pour catégoriser le type de douleur que présente le patient et comment prendre en compte l'ensemble des facteurs à l'œuvre dans la douleur. Bien

identifier l'ensemble de ces facteurs et des mécanismes mis en jeu conditionne les chances de réussite du traitement. Pour autant, la douleur est une perception très riche mettant en jeu toute la complexité du cerveau. Marco Gabutti et Valeria Bellan ont dévoilé des aspects surprenants du fonctionnement cérébral. Ainsi, le cerveau se trompe et peut être trompé. Cependant, dans toutes les situations, il cherche à respecter une certaine cohérence. C'est parfois cette dernière qui induit un biais dans la perception.

L'ostéopathe, par sa place de thérapeute de première intention, pourrait se positionner dans le parcours de soin des lombalgiques au niveau du triage des patients. C'est une des pistes soulevées par Steven Vogel. Il nous rappelle au passage les dernières guidelines, synthèse de la littérature existante et auxquelles les ostéopathes ont participé.

### Place des thérapies cognitivo-comportementales

Le professeur Abdel Boudoukha et le docteur Margaux Le Borgne auront eu la délicate tâche de nous présenter rapidement les thérapies cognitivo-comportementales. Ces dernières ont une place importante dans le traitement de la douleur chronique en agissant sur de nombreuses composantes, sur le conditionnement et la kinésiophobie. Deux autres thérapies nous ont également été présentées : la thérapie cognitive fonctionnelle par Kjartan Vibe-Fersum. Ce dernier a participé à son évaluation dans la prise en charge de la lombalgie au travers

d'une étude clinique. Hillary Abbey est quant à elle revenue plus en détail sur son étude OsteoMAP qui allie ostéopathie et thérapie de pleine conscience/thérapie de l'acceptation et de l'engagement. Deux leviers intéressants pour aider les patients à éviter des comportements mal adaptés face à la douleur.

Pour compléter ces exposés, des cas particuliers de douleurs ou de situations ont été décrits. Yannick Huard a ainsi développé les spécificités de la douleur chez la personne âgée et son évaluation. Amélie Levesque s'est arrêtée sur la douleur périnéale et sur les subtilités de son diagnostic. Enfin, Gilles Mazaltarine a traité de la question du syndrome Elher-Danlos, où l'hyperlaxité le dispute à la chronicité de la douleur.

### L'Europe des ostéopathes

Cette 12<sup>e</sup> édition du symposium international ostéopathique de Nantes a aussi permis de prendre le pouls des recherches actuelles grâce aux posters exposés et aux communications courtes proposées. L'Europe des ostéopathes fourmille de bonnes volontés pour produire un savoir et des études cliniques. Le témoignage de Léa Gouaux précédemment interviewée par L'ostéopathe magazine (voir l'interview publié dans le numéro # 32) et dont l'étude venait de recevoir son premier patient une semaine avant le symposium, met en lumière la difficulté pour notre profession à mettre sur pied une étude de qualité en France. Ce symposium aura été riche, dense et encourageant pour le futur de l'ostéopathie.

## 12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL OSTÉOPATHIQUE DE NANTES

# Toutes les conférences

- 7 Syndrome d'Ehlers-Danlos :**  
la qualité d'écoute thérapeutique est primordiale  
*Gilles Malzatarine pratique la médecine physique et de réadaptation à la clinique Brétéché à Nantes.*
- 9 Syndrome douloureux régional complexe et disruption de la matrice corporelle**  
*Valeria Bellan est docteur en psychologie à l'Université de South Australia et membre du NOI Group.*
- 12 L'objectif thérapeutique est important, l'accord du patient encore plus !**  
*Kjartan Vibe-Fersum est physiothérapeute et professeure associée à l'université de Bergen.*
- 13 Modèle de peur-évitement et lombalgie chronique :**  
ne pas sous-estimer la régulation des émotions  
*Pr Abdel H Boudoukha & Dr Margaux Le Borgne respectivement professeur des Universités, enseignant-chercheur, psychologue clinique et pathologique, et maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, faculté de psychologie de Nantes.*
- 14 Potentialiser un traitement ostéopathique par la pleine conscience**  
*Hilary Abbey, ostéopathe et professeure associée à l'UCO, Londres.*
- 16 De l'expérience collective et à l'histoire personnelle, comment appréhender la perception douloureuse de chaque patient ?**  
*Marco Gabutti est ostéopathe et reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine).*
- 17 Douleurs de la zone pelvienne :**  
de la difficulté d'analyser les discordances anatomiques  
*Amélie Levesque est urologue au service d'urologie du CHU Nantes. Elle est également chargée d'enseignement à l'Université de Nantes et membre de l'IASP et de la SFETD.*
- 20 Le modèle bio-psycho-social :**  
un des principes fondateurs de l'ostéopathie  
*Oliver Thomson, est ostéopathe et docteur à l'University College of Osteopathy à Londres. Il est également reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine).*
- 22 Origines des douleurs neurales :**  
des modèles aux métamodèles, comment utiliser ces outils en pratique clinique ?  
*Laurent Fabre est ostéopathe et associé à un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) au sein de l'hôpital Cochin (Paris). Il est également reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine) et enseignant aux CFPCO et CSO.*
- 26 Une alliance thérapeutique du patient avec le soignant pour reconceptualiser la douleur**  
*Jerry Draper-Rodi, ostéopathe, titulaire d'un doctorat en ostéopathie à l'University College of Osteopathy (Londres) et reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine).*
- 28 Trier et orienter les patients dans le parcours de soins : une spécialité ostéopathique ?**  
*Steven Vogel est ostéopathe et docteur à l'University College of Osteopathy à Londres. Il est également reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine).*
- 30 Personnes âgées :**  
évaluer la santé et prévenir la décompensation fonctionnelle  
*Yannick Huard, ostéopathe et docteur en biomécanique à l'école d'ostéopathie IdHEO Nantes.*

# SYNDROME D'EHLERS-DANLOS

## LA QUALITÉ D'ÉCOUTE THÉRAPEUTIQUE EST PRIMORDIALE

Le docteur Gilles Malzatarine s'est intéressé à la douleur chronique chez des patients présentant ce syndrome si particulier qu'est le syndrome d'Ehlers-Danlos. Il s'agit d'anomalie constitutionnelle du collagène d'origine génétique. Il faut retenir qu'il existe 13 formes de syndrome d'Ehlers-Danlos (SED). Quelle est la spécificité de chacune de ces formes ?

Chacune a sa modalité de transmission, une prévalence propre, et des manifestations cliniques différentes. Ces dernières sont multiples étant donné que le collagène est présent partout dans le corps. Le diagnostic est très souvent très retardé du fait de symptômes très hétérogènes (15 à 20 ans dans les formes hypermobiles). Les formes les plus sévères sont les formes vasculaires du fait du risque de rupture artérielle ou de perforation digestive.

### Le SED classique concerne 1 personne pour 30 000

Le SED classique est autosomique dominant. Il touche 1 personne pour 30 000 et présente une hyperextensibilité de la peau, des cicatrices atrophiques et une mobilité articulaire généralisée. Nous pourrions trouver également des ecchymoses fréquentes, une peau douce et pâteuse, une fragilité de la peau, des pseudotumeurs molluscoïdes, des sphéroïdes sous-cutanés, hernies, plis épicanthiques, complications de l'hypermobilité articulaire et des antécédents familiaux de SED au 1<sup>er</sup> degré. Il faut en général un critère majeur au minimum plus un autre critère majeur ou trois critères mineurs. Le test moléculaire de confirmation est obligatoire pour parvenir à un diagnostic final.

### Le SED vasculaire : une prévalence de 1 pour 100 000 à 250 000

Le SED vasculaire est autosomique dominant, avec une prévalence de 1 pour 100 000 à 250 000. En critère majeur, on retrouve souvent des antécédents familiaux de SED vasculaire avec variante documentée dans COL3A1, une rupture artérielle à un âge jeune, une perforation spontanée du côlon sigmoïde en l'absence de maladie diverticulaire connue ou autre pathologie intestinale, une rupture utérine durant le troisième trimestre en l'absence de sévère lésion périnéale antérieure et/ou d'une césarienne, ou bien la formation d'une fistule du sinus caverneux en l'absence de traumatisme. En revanche, dans les critères mineurs, on retrouvera des ecchymoses sans trauma ou des sites inhabituels (joue, dos), une peau translucide, fine avec une visibilité veineuse augmentée, l'apparition de caractéristiques faciales, un pneumothorax spontané, une acrogérie, un *talipes equinovarus*, une dislocation de la hanche congénitale, une hypermobilité des petites articulations, une rupture des tendons et des muscles, un kératocône, une récession gingivale et une fragilité gingivale, ou enfin des varices à début précoce (avant 30 ans et nullipare s'il s'agit d'une femme). Là

titre de la conférence  
[DOULEUR CHRONIQUE ET  
SYNDROME D'EHLERS-DANLOS ]

le conférencier  
GILLES MALZATARINE  
pratique la médecine physique  
et de réadaptation à la clinique  
Brétéché à Nantes.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL  
OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

encore, le minimum est de retrouver les antécédents familiaux de rupture ou de dissection artérielle chez des personnes de moins de 40 ans, pneumothorax ou rup-

*« Dans toutes douleurs chroniques, les facteurs de renforcement négatifs interviennent de manière majeure. Les comportements d'évitement renforcent les troubles posturaux, les contractures liées à des « contrôles parasites », un déconditionnement à l'effort, le catastrophisme, la perte de confiance dans son propre corps, voire un rejet. Il n'est pas rare de rencontrer une désinsertion professionnelle et sociale »*

ture du colon. Un test de dépistage est à considérer, et surtout l'identification d'une variante causale dans un allèle de COL3A1.

**Le SED hypermobile : un diagnostic clinique uniquement**

Enfin, il y a le SED hypermobile qui est autosomique dominant, mais dont le variant génétique n'est pas connu et dont la prévalence est aussi inconnue. Le diagnostic repose sur la clinique uniquement en l'absence de test génétique. La présentation peut varier selon l'âge et le sexe. Il existe en fait tout un spectre de l'hypermobilité allant du non-syndromique avec manifestation secondaire, au SED hypermobile. Le diagnostic devrait être réservé uniquement à ceux qui rassemblent les critères décrits pour réduire l'hétérogénéité et faciliter la recherche des causes. Cela demande pour l'instant une certaine expertise clinique.

Le premier critère est l'hypermobilité articulaire généralisée déterminée par le score de Beighton. Il est positif si le score est supérieur ou égal à 5/9. Cependant, l'amplitude variant avec l'âge, il y a un risque de surdiagnostic chez l'enfant et de sous-diagnostic chez l'adulte. Des adaptations de ce dernier sont à envisager. Des suggestions ont été faites par le consortium international sur les syndromes d'Ehlers-Danlos, le score des enfants doit être supérieur ou égal à 6 pour être positif. Pour les hommes et femmes pubères avant 50 ans, il doit être supérieur ou égal à 5. Enfin pour les adultes au-delà de 50 ans, il doit être supérieur ou égal à 4. Il est possible d'inclure des données de l'historique à l'aide questionnaire 5PQ. Cas particulier : les patients ayant des limitations articulaires acquises (chirurgicalement, fauteuil roulant, amputation), il est possible d'adapter les critères (score de Beighton inférieur d'un point au seuil et au moins 2 points positifs au 5PQ).

Le second critère est le fait de présenter deux ou plus des caractéristiques A, B et C suivantes :

A. Manifestation systémique d'un trouble du tissu conjonctif (5 minimum doivent être présents) : peau inhabituellement douce ou veloutée, hyper extensibilité

cutanée légère, stries inexpliquées sans antécédents de variation importante de poids, papules piézo-géniques bilatérales du talon, hernie abdominale récurrente ou multiple, cicatrisation atrophique sur au moins deux sites, prolapsus du plancher pelvien, chevauchement dentaire et palais élevé ou étroit, une arachnodactylie, une envergure bras-hauteur supérieure ou égale à 1,05, Prolapsus de la valve mitrale, une dilatation de la racine aortique avec Z-score > +2.

B. Antécédents familiaux positifs avec un ou plusieurs parents de premier degré satisfaisant indépendamment les critères diagnostiques actuels pour les SEDh.

C. Complication musculosquelettiques (1 au minimum) : douleurs musculosquelettiques dans deux membres ou plus, quotidiennement pendant trois mois, douleur chronique et généralisée pendant plus de 3 mois, dislocations articulaires récidivantes ou instabilité franche des articulations en dehors de traumatisme (3 dislocations ou plus dans la même articulation ou 2 dislocations ou plus sur 2 articulations différentes à des moments différents, ou bien confirmation médicales d'instabilité articulaire sur 2 sites ou plus).

Enfin, le dernier critère est un critère dont toutes les conditions suivantes doivent être présentes (absence de fragilité cutanée qui pourrait être due à un autre type de SED, exclusion d'autres troubles du tissu conjonctif héréditaire et acquis y compris les maladies auto-immunes rhumatologiques, exclusion de diagnostics alternatifs qui peuvent inclure l'hypermobilité articulaire par hypotonie et/ou laxité conjonctive).

**Le SED et la douleur chronique**

Les douleurs sont extrêmement fréquentes chez ces patients. Elles sont très anciennes, remontant jusqu'à l'enfance (en raison de ce diagnostic toujours posé très tardivement). Elles sont souvent mal comprises par les proches, voire par les médecins, car complexes et multiples. De fait, elles sont souvent rattachées à des manifestations conversives du fait de leur association à d'autres manifestations

parfois atypiques (troubles proprioceptifs, dystonie, syndrome dysautonomique, etc.) et de la présence d'authentiques problèmes psychodynamiques aisément induits par la non-prise en compte de ces troubles depuis l'enfance.

La douleur est souvent difficile à décrire, car multiple et diffuse, tout en étant étroitement associée à une sensation de fatigue quasi constante. Pour les classer, on peut de manière schématique les regrouper en trois composantes :

- composante mécanique (articulaire, liée aux luxations et subluxations, aux troubles posturaux, et aux phénomènes d'étirement),
- composante neuropathique (mécanisme incertain, avec allodynie, systématisée, souvent fluctuante, sensibilisation centrale ?),
- composante musculaire (facilement associée à des dystonies, douleurs des masses musculaires, difficile à cataloguer, car ressemblant à des fibromyalgies, myofasciite).

**Des facteurs de renforcement négatifs majeurs**

Comme dans toutes les douleurs chroniques, les facteurs de renforcement négatifs interviennent de manière majeure. On retrouve les comportements d'évitement renforçant les troubles posturaux, les contractures liées à des « contrôles parasites », un déconditionnement à l'effort, le catastrophisme, une perte de confiance dans son propre corps, voire même un rejet et une maltraitance. Enfin, il n'est pas rare de rencontrer une désinsertion professionnelle et sociale.

L'écoute du patient est en soi thérapeutique, car ils ont du mal à se faire entendre pendant des années. Il faut donc se donner du temps. Il faut aussi toujours se référer aux mécanismes de base des douleurs (excès de nociception, neuropathique, etc.), et bien comprendre que les médicaments (AINS, opioïde, antiépileptiques, antidépresseur, Kétamine, lidocaïne, etc.) seuls ne suffiront pas. Les traitements non médicamenteux sont indispensables (TENS, contentions élastiques, orthèses, hot/cold pack, rTMS, TDCS, cryothérapie, rééducation, ostéopathie, hypnose, sophrologie, relaxation, prise en charge psychologique).

# SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE ET DISRUPTION DE LA MATRICE CORPORELLE

La contribution de la chercheuse Valeria Bellan dans ce congrès concernait les cas de neuroalgodystrophie. À travers les mécanismes de représentation corporelle, elle nous ouvre des pistes d'approche thérapeutique.

Elle a introduit quelques notions pour mieux saisir la fonction cérébrale de cette problématique. « Tout d'abord, comprenons bien que les réseaux neuronaux fonctionnent selon le concept Hebbian selon lequel ce qui s'active ensemble, se connecte ensemble », explique Valeria Bellan. En somme, deux neurones qui se déclenchent de manière synchrone et répétée finissent par se connecter. Ainsi plus un réseau neuronal est employé, plus il se renforce. Nous pouvons penser à l'existence de neurosignatures comme des graffitis. On les nomme d'ailleurs « neurotag ». Cette notion est importante dans la douleur car plus un signal douleur et/ou nociception s'allume au cours d'un mouvement, plus celui-ci peut devenir lié.

## Le coping : une stratégie d'adaptation

Petite précision : le coping (présenté dans le schéma page 11 comme un « coping » efférent) est défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu ».

On pourrait parler de stratégie d'adaptation. Celle-ci peut être bonne ou mauvaise. Tout dépend de la situation.

Face à un danger ou une menace, le patient pourra réagir différemment en fonction de ces neurotags comme illustré plus haut. En fonction des entrées et des réseaux neuronaux, un patient pourra avoir peur de bouger ou non. Ceci nous introduit une nouvelle notion : celle de DIM (Danger In Me) ou de SIM (Safety In Me). Imaginons que le corps possède une jauge interne sur sa propre situation en temps réel (au plus haut, très grand danger, et au plus bas, faible danger). Si chaque stimulus, événement ou indice peut faire varier le niveau de jauge, il est important de comprendre la valeur que revêt un événement pour le patient.

## La notion de matrice corporelle corticale

Autre notion importante à comprendre : celle de matrice corporelle corticale (cortical body matrix). Celle-ci recoupe le fameux homunculus et va comprendre d'autres aires corticales (impliquées dans l'homéostasie). Elles se combinent avec les entrées posturales classiques. Il faut comprendre que le corps à une représentation centrée

titre de la conférence  
[COMPLEX REGIONAL PAIN SYNDROME AND THE CONCEPT OF « CORTICAL BODY MATRIX »]

la conférencière  
VALERIA BELLAN  
est docteur en psychologie à l'Université de South Australia et membre du NOI Group.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

sur lui-même, plus que par partie de lui-même. Celle-ci va comprendre la division droite-gauche dans son fonctionnement (cela sera important par la suite). De plus, elle est une représentation neurale dynamique. Elle intègre des données de l'espace péri-personnel. Finalement, il est possible de voir une disruption de la matrice corporelle comme possible explication de problèmes

*« Plus un réseau neuronal est employé, plus il se renforce. Il existerait des neurosignatures appelées neurotags. Cette notion est importante dans la douleur, car plus un signal douleur et/ou nociception s'allume au cours d'un mouvement, plus celui-ci peut devenir lié »*



© Robina Wernmeijer

rencontrés chez les douloureux chroniques (flux sanguin, perception, dysfonction motrice ou sensorielle).

**Le syndrome douloureux régional complexe (CRPS)**

La complexité de ce syndrome s'exprime à travers trois principaux paramètres :

- ❶ des mécanismes d'inflammation aberrants,

*« L'intensité de la douleur post-traumatique durant les deux premières semaines qui suivent la blessure est un bon indicateur du risque de développer une forme aiguë de CRPS. Cependant, l'impossibilité de récupération reposerait sur l'acquisition ou une prédisposition à un déséquilibre de la latéralité ou une combinaison des deux »*

- ❷ une dysfonction de la vasomotricité,
  - ❸ et une neuroplasticité mal adaptative.
- Il est possible que le mécanisme physiopathologique soit une diminution ou une perte de la représentation de la main affectée dans le cerveau. Cette notion se rapproche un peu du « floutage » cortical présent lors de la lombalgie. Il y a peu de travaux pour confirmer cette perte de représentation de la main atteinte. En revanche, il semble que la main saine soit surreprésentée au niveau cortical plus que l'inverse suggéré précédemment.

Or, comme nous l'avions dit précédemment, le corps à une vision de lui-même centrée sur lui-même. Ce qui signifie qu'un changement de cette représentation aura des conséquences sur la manière du corps de se gérer. Par exemple, lorsque la main atteinte, généralement plus froide que la main non atteinte, croise la ligne médiane pour se placer du côté sain, elle se réchauffe en même temps que la douleur associée diminue. Inversement, si la main saine croise la ligne médiane pour se placer du côté atteint, elle refroidit. Il s'agirait peut-être d'une négligence somato-spatiale, car si l'on demande une tâche motrice au patient avec sa main saine et atteinte (dessiner un cercle sans lever la mine de la feuille) du côté de la main atteinte, alors le taux d'erreur augmente quelle que soit la main employée. Cette piste nécessite encore des études pour être complètement confirmée.

*« Le sens visuel prend le pas dans la manière qu'a le corps de se percevoir. La proprioception ne permet pas au patient de percevoir l'initiation du mouvement sauf si le membre controlatéral bouge »*

L'intensité de la douleur post-traumatique durant les deux premières semaines qui suivent la blessure est un bon indicateur du risque de développer une forme aiguë de CRPS. Cependant, l'impossibilité de récupération reposerait sur l'acquisition ou une prédisposition à un déséquilibre de la latéralité ou une combinaison des deux.

**L'emploi des mirages en recherche**

Lorsque par l'emploi d'un système de caméra et d'écran on fait disparaître une main du champ visuel tout en demandant au patient de rester concentré sur la main récente, il se produit un phénomène intéressant. La peau de la main cachée voit sa conductance diminuée, comme si la main ne lui appartenait plus. Pour que le corps perçoive un danger pour lui-même encore faut-il que celui-ci sache que la partie de lui-même menacée lui appartient toujours. Globalement dans cette problématique, le sens visuel prend le pas dans la manière qu'a le corps de se percevoir. La proprioception ne permet pas au patient de percevoir l'initiation du mouvement sauf si le membre controlatéral bouge.

En conclusion, tous ces travaux montrent une implication très large du cerveau dans le CRPS et que de nombreux travaux montrent les mécanismes à l'œuvre sous un jour nouveau.

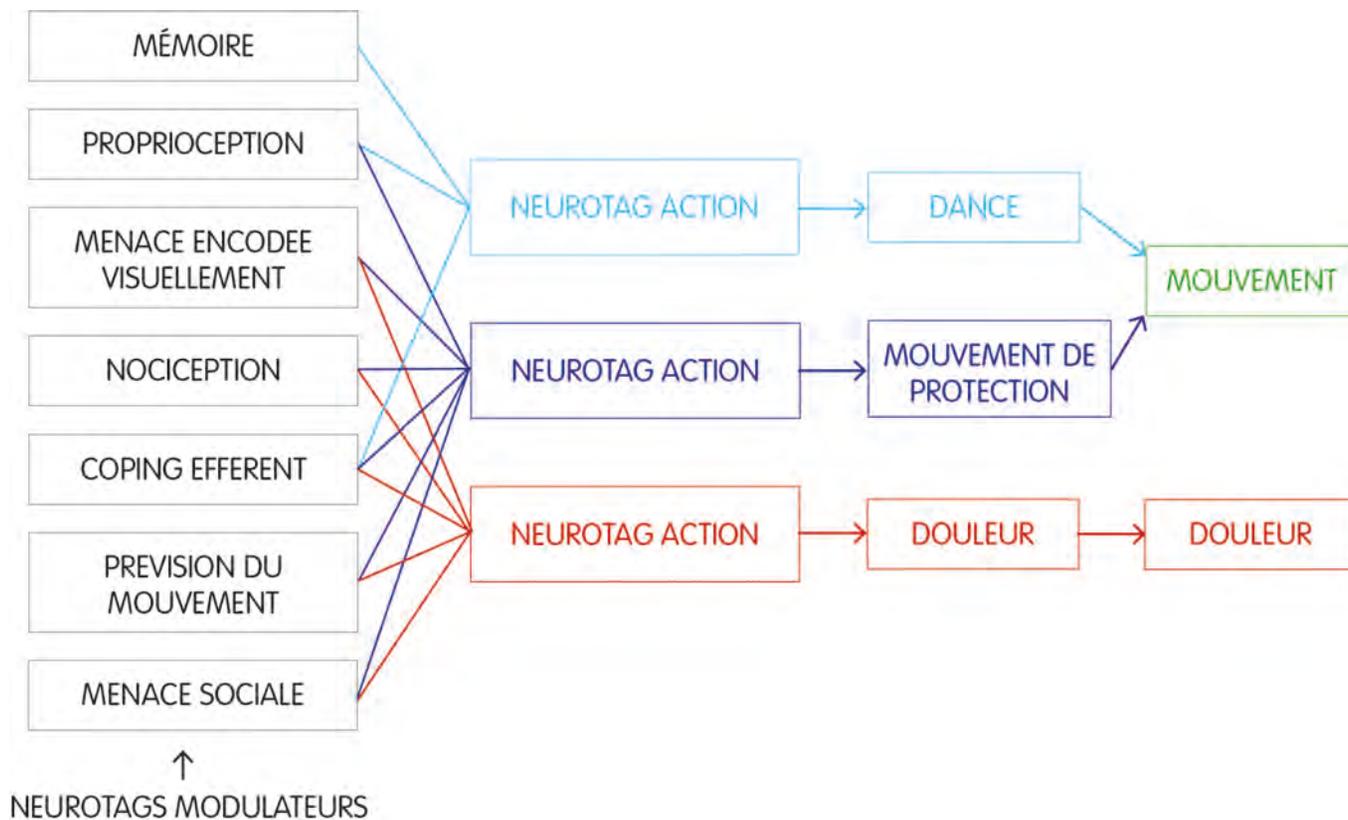


Figure 1 : Illustration de l'application d'un réseau neuronal à l'apparition d'une douleur au mouvement.

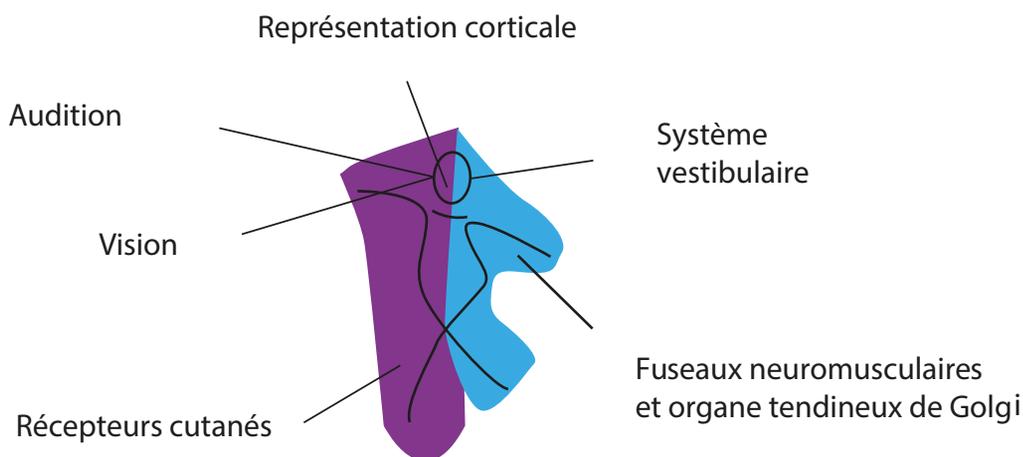


Figure 2 : Mise en évidence de l'ensemble des entrées influençant la matrice corporelle corticale.

# L'OBJECTIF THÉRAPEUTIQUE EST IMPORTANT L'ACCORD DU PATIENT ENCORE PLUS

La thérapie cognitivo-fonctionnelle est une approche mise au point pour la gestion de la lombalgie. C'est une démarche comportementaliste flexible pour individualiser la gestion de la lombalgie. Quelle est son originalité ?

**A**u cours de son exposé, Kjartan Vibe-Fersum reprend certaines notions abordées ailleurs dans ce reportage et que nous ne répéterons pas ici (notamment les mécanismes de conditionnements et les facteurs psychosociaux). La physiothérapeute souligne néanmoins le fait que l'on insiste depuis des années sur l'idée que la colonne est faible tout en échouant à comprendre les interactions entre les multiples facteurs qui contribuent à la douleur et le handicap. Même si certaines approches catégorisent les patients en sous-groupe, elles restent unidimensionnelles et réductionnistes. Il faut garder en tête que tout thérapeute vous ayant précédé auprès du patient est un potentiel drapeau jaune par son choix de techniques et les messages qu'il a véhiculés auprès du patient.

## En pratique, comment gérer la partie cognitive ?

Pour gérer la partie cognitive, il est important d'employer le questionnaire Orebrö et le Start Back Tool. Il est tout aussi important d'expliquer le cercle vicieux de la douleur et de mettre en place des objectifs qui aideront le patient à résoudre les problèmes de son quotidien. L'ensemble doit se faire dans un processus collaboratif avec pour but de modifier les croyances du patient. Ensuite, il s'agit de proposer un entraînement spécifique au mouvement afin de normaliser des patterns erronés du mouvement (comme

un gainage excessif lors de la flexion du tronc). Il faut développer des séquences et améliorer la prise de conscience du corps. Il est important de cibler des tâches fonctionnelles qui provoquent la douleur tout en restant lié au but du patient. De même, il faut apporter un changement de style de vie qui devra être initié par le patient et adapté au canevas issu du raisonnement clinique et aux capacités du patient. Encore une fois, la mise en place d'objectifs est importante. Les exercices doivent être quotidiens et d'une durée d'une heure, mais il est possible de rester sur un minimum de 4 fois 30 minutes par semaine.

titre de la conférence  
[LA THÉRAPIE COGNITIVO-FONCTIONNELLE : DONNER DU SENS AUX DOULEURS DE DOS ?]

la conférencière  
KJARTAN VIBE-FERSUM  
est physiothérapeute  
et professeure associée  
à l'université de Bergen.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL  
OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

Pour estimer et mesurer l'évolution, il est possible d'utiliser les métamodèles abordés précédemment.

## Une méthode individualisée qui reprend l'ensemble des facteurs biopsychosociaux

Cette méthode se fonde dans tous les éléments précédemment abordés. Elle est individualisée et prend en compte l'ensemble des facteurs biopsychosociaux. Elle s'appuie beaucoup sur des outils centrés sur le patient (prise de conscience des sensations du corps, questionnaire centré sur le vécu du patient).

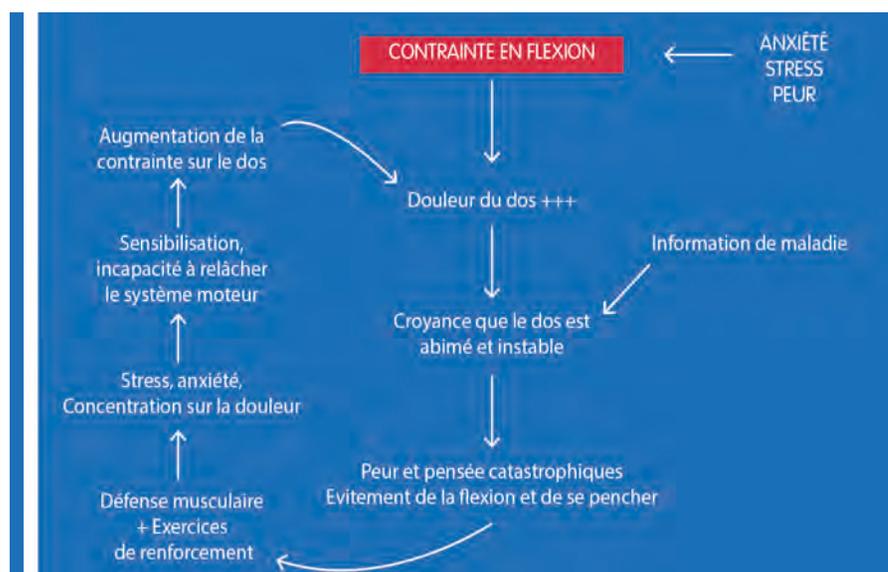


Figure 1 : Mise en évidence de la maladaptation face à la douleur.

# MODÈLE DE PEUR-ÉVITEMENT ET LOMBALGIE CHRONIQUE

## NE PAS SOUS-ESTIMER LA RÉGULATION DES ÉMOTIONS

Quelle prise en charge psychologique de la douleur chronique proposer ? Le professeur Abdel H Boudoukha et la docteure Margaux Le Borgne se sont intéressés à la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Quels intérêts et comment mettre en place une collaboration pluridisciplinaire ?

Après avoir rapidement passé en revue les mécanismes générateurs, les composantes de la douleur, et les mécanismes modulateurs, les deux chercheurs ont abordé le modèle de peur-évitement. Si nous faisons abstraction du fait que ce modèle ne colle pas totalement aux don-



Figure 1 : Modèle de peur-évitement (Vlaeyen et coll., 1995)

nées actuelles issues des neurosciences, car il ne distingue ni l'aspect nociception ni l'influence descendante du cerveau, il permet néanmoins de lever une partie du mystère de l'interaction des différents facteurs entre eux. Ces croyances se mettent en place chez le patient par le conditionnement classique et opérant. La situation initiale perçue comme menaçante et/ou douloureuse va activer à la fois l'activation sympathique (peur, anxiété, etc.), et le comportement d'évitement. Si ce comportement évite la douleur et/ou réduit la peur et l'anxiété, il se produira un renforcement

de cette solution. Mais il existe un autre modèle, celui d'Örebro. Ce modèle inclut la composante émotionnelle qui permet de sortir du schéma du conditionnement de la peur-évitement. Notons que la famille des facteurs psychologiques est divisée en trois groupes : cognitions, comportement et émotions.

### Les TCC... C'est quoi exactement ?

Les TCC reposent sur trois principes : alliance thérapeutique, méthodologie scientifique, agir et modifier les comportements et cognitions. Lors de son application pour les lombalgies chroniques, il y a trois phases :

- 1 La phase psycho-éducative
- 2 La phase d'entraînement/apprentissage des différentes compétences
- 3 La phase d'application de ces compétences pour gérer la douleur au quotidien.

La mise en place des TCC peut se faire de manière individuelle ou en groupe. Lors

titre de la conférence  
[THÉRAPIES  
COGNITIVO-COMPORTEMENTALES  
ET LOMBALGIE CHRONIQUE]

les conférenciers  
PR ABDEL H BOUDOUKHA &  
DR MARGAUX LE BORGNE,  
respectivement professeur des  
Universités, enseignant-  
chercheur, psychologue cli-  
nique et pathologique, et maître  
de conférences en psychologie  
clinique et psychopathologie,  
faculté de psychologie de Nantes.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL  
OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

d'une étude sur l'évaluation de la mise en place de TCC pour des patients souffrant de lombalgies chroniques liées au travail, les séances se sont organisées de la manière suivante. La première séance identifiait les pensées, émotions et comportement avant, pendant et après les épisodes douloureux. Le but était de comprendre le cercle vicieux de la douleur afin de le défaire. Lors de la seconde séance, il s'agissait plus de comprendre le lien entre stress et douleur et d'identifier les croyances. Enfin, après avoir étudié l'ensemble de ces facteurs, la troisième séance mettait en place des réponses alternatives plus réalistes. Enfin, lors de la quatrième séance, il a été abordé la régulation des émotions comme la colère par exemple.

Cette composante psychologique est aussi importante que la partie physique et il apparaît important de travailler en multi-disciplinarité. Pour cela, mieux vaut connaître le travail du psychologue clinicien.

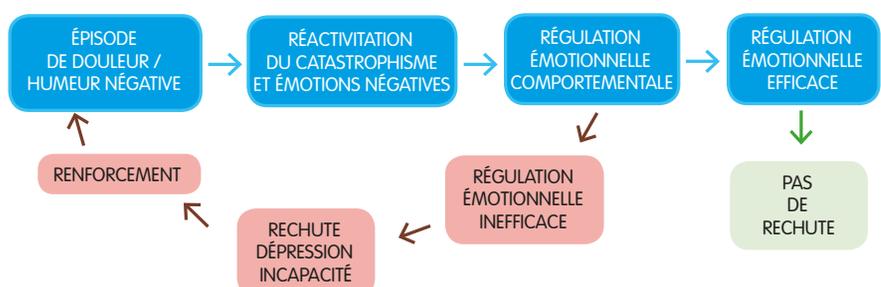


Figure 2 : Modèle d'Örebro.

# POTENTIALISER UN TRAITEMENT OSTÉOPATHIQUE PAR LA PLEINE CONSCIENCE

Comment utiliser la pleine conscience dans le cadre d'une consultation en ostéopathie ? Hillary Abbey nous a présenté l'étude OstéoMAP dont l'objectif est de proposer un usage raisonné de cette approche dans la prise en charge de la douleur chronique. Mais tout d'abord, qu'est-ce que la pleine conscience ?

Il s'agit d'une manière de vivre et non pas d'un ensemble d'outils pour patients difficiles. L'approche employée par Hilary Abbey est l'Acceptance and Commitment Therapy (ACT) qui signifie thérapie d'acceptation et d'engagement. La pleine conscience et l'ACT démarrent toutes les deux par une pratique personnelle et une posture thérapeutique collaborative. Ce qui a l'avantage de sortir le patient d'une attitude passive dans le soin.

La pleine conscience consiste à simplement prêter attention à l'expérience du moment présent, de l'action, sans jugement. D'origine bouddhiste, ce principe est intégré dans la médecine occidentale. Cette capacité peut être intégrée dans la vie quotidienne par des exercices pratiques ou des méditations. Cela fait partie prenante de l'ACT. Le but est de développer :

- 1 La concentration sur un objet précis (la respiration par exemple) et bien que l'esprit reprenne le dessus, prendre conscience de ce qui se passe avec curiosité et compassion, puis retourner tranquillement à l'objet de méditation.
- 2 La perception en se concentrant sur une expérience (comme la douleur). Il faut alors prendre conscience des réactions automatiques pour éviter l'inconfort, mais aussi prendre conscience de la résis-

tante (comme les pensées, les tensions) puis tranquillement faire de la place pour ce qui est présent maintenant.

Dans le soin, différentes possibilités s'offrent à nous : la pratique personnelle, des interventions mindfulness-informed (en utilisant les expériences personnelles, concept et méthodes pour guider la pratique), l'enseignement basé sur la pleine conscience.

## Des bénéfices pour le patient et le praticien

L'ostéopathe, grâce à la pleine conscience, diminue son stress et le risque de burn-out, augmente son attention, son empathie et sa compassion. Le patient augmentera son interoception, sa conscience corporelle. Il régulera l'anxiété et la souffrance corporelle. La perception de douleur chronique sera influencée et la conscience de soi sera favorisée. Des changements neurophysiologiques se produiront également.

Le programme OsteoMAP (Osteopathy, Mindfulness and Acceptance Programme) combine le traitement et l'autogestion de la douleur. Le but est d'employer les compétences de l'ostéopathe pour faire prendre conscience au patient de son corps et de sa capacité d'autogestion. Les interventions psychologiques proposées sont basées sur

titre de la conférence  
[THEORIES, EVIDENCE AND OUTCOMES FROM INTEGRATING MINDFULNESS-BASED APPROACHES INTO OSTEOPATHIC CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC PAIN]

la conférencière  
HILARY ABBEY,  
ostéopathe et professeure associée à l'UCO, Londres.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

l'ACT. Deux des six principes de l'ACT sont à proposer en étant pleinement conscients. Ainsi le traitement ostéopathe va améliorer la fonction physique et la flexibilité, dans le but de permettre au patient de faire plus de choses avec moins de douleur. L'ACT et la pleine conscience auront pour but d'améliorer la conscience de soi et la flexibilité psychologique pour permettre au patient de faire plus de choses avec la même douleur.

## Potentialiser le traitement ostéopathe

L'étude a été menée pendant trois ans sur 256 patients présentant des douleurs de plus de 6 mois. Le tout a été étudié avec des questionnaires de qualité de vie, sur les comportements d'adaptation, l'acceptation de la douleur et sur la pleine conscience. Il s'agit d'une étude avant/après. À six mois, la qualité de vie est augmentée, la pleine conscience aussi, l'acceptation est améliorée et l'adaptation à la douleur aussi. L'ensemble est statistiquement significatif ( $p < 0,001$ ). Les interviews (données qualitatives) montrent une prise de conscience des comportements mal adaptatifs et comment y remédier. Ainsi la combinaison des deux approches semble plutôt prometteuse pour potentialiser le traitement ostéopathe.

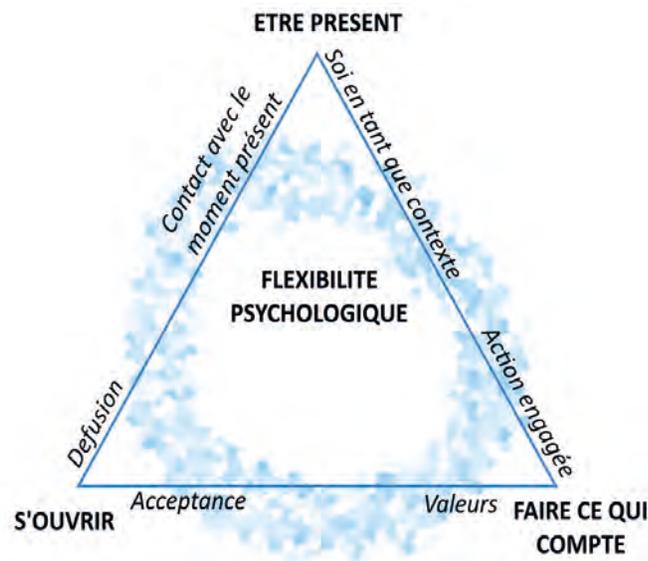


Figure 1 : Principe de l'ACT.

« Le traitement ostéopathe améliorera la fonction physique et la flexibilité pour permettre au patient de faire plus de choses avec moins de douleur. L'ACT et la pleine conscience auront pour but d'améliorer la conscience de soi et la flexibilité psychologique pour lui permettre de faire plus de choses avec la même douleur »

# DE L'EXPÉRIENCE COLLECTIVE ET À L'HISTOIRE PERSONNELLE, COMMENT APPRÉHENDER LA PERCEPTION DOULOUREUSE DE CHAQUE PATIENT ?

Sur quoi repose l'expérience douloureuse ? À quels impératifs répond-elle ? Que se passe-t-il quand les informations peuvent sembler contradictoires ? Pour y répondre, Marco Gabutti, ostéopathe, introduit le concept de multistabilité.

La perception est dite multistable lorsque, face à une stimulation ambiguë, la dynamique issue du système perceptif oscille entre plusieurs états appelés percepts. Ces états stables peuvent être propres à chacun. Ils peuvent être représentés à la manière du schéma ci-contre. Ainsi, pour un stimulus d'entrée, il est possible de retrouver plusieurs états stables que nous nommerons perceptions subjectives 1, 2 et 3. Le patient peut, à partir d'un même point d'entrée, fluctuer d'une perception subjective à une autre. Une fluctuation rendue plus facile lorsque ces perceptions entrent en rivalité. Celui-ci oscillera alors de la perception 1 à la perception 2 par exemple et dans un autre cas, de la perception 3 à la perception 1. Ce concept permet d'explorer la conscience et la manière dont les attributs des objets avec lesquels nous interagissons sont associés au sein du système perceptif afin d'offrir une interprétation cohérente du monde qui nous entoure.

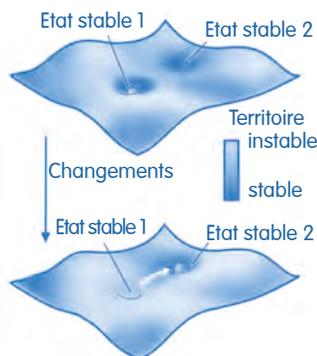


Figure 1 : Illustration du concept de multistabilité.

Les exemples les plus simples à comprendre sont ceux touchant à l'aspect visuel. Une illustration notoire de cette notion est la série des images ambiguës ou réversibles. Dans la première image, certains verront des visages tandis que d'autres verront un vase. Un lapin ou un canard dans la deuxième image et une jeune femme ou une dame âgée dans la troisième image. Il existe toute une panoplie de possibilités pour faire émerger ces situations d'ambiguïté. En imposant une image pour chaque œil, en jouant avec l'effet d'un filtre de couleur sur chaque œil face à une image qui est un mélange des deux images, etc.

## Qu'est-ce que la cohérence ?

La cohérence est la notion la plus importante. Une perception répond à un impératif de cohérence. Cette cohérence est individuelle et répond à des règles propres à chaque patient tout en respectant des règles communes à l'ensemble des êtres humains. Cela explique pourquoi des illusions sont communes tandis que d'autres sont propres à certains.

Et la douleur, thématique principale de ce symposium dans tout ça ? La douleur, en tant que perception, n'échappe pas à ce concept de perception multistable et à ces règles de cohérence. Les résultats d'expériences de rivalité sensorielle peuvent apporter un éclairage nouveau sur la manière dont nous concevons actuellement l'émergence d'une expérience douloureuse en recontextualisant les rôles respectifs des informations nociceptives, personnelles et environnementales.

titre de la conférence  
[LIAGE SENSORIEL ET APPARITION D'UNE EXPÉRIENCE DOULOUREUSE : UNE HISTOIRE DE COHÉRENCE]

le conférencier  
**MARCO GABUTTI**  
est ostéopathe et reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine).

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

Afin d'apporter de nouvelles informations pour modifier cette cohérence, il est possible d'employer l'entretien motivationnel et la communication avec le patient.



Figure 2 : Exemple d'images ambiguës illustrant le besoin de cohérence individuelle.

*« Une perception répond à un impératif de cohérence. Cette cohérence est individuelle et répond à des règles propres au patient et à d'autres communes à l'ensemble des êtres humains. Cela explique qu'un certain nombre d'illusions soit commun tandis que d'autres sont propres à certains individus »*

# DOULEURS DE LA ZONE PELVIENNE, DE LA DIFFICULTÉ D'ANALYSER LES DISCORDANCES ANATOMIQUES

Les origines des douleurs de la zone pelvienne sont couramment associées à des maladies d'organes. Mais bien souvent, on constate plutôt une discordance anatomo-clinique. Comment dès lors identifier clairement l'origine de ces douleurs ?

La docteure Amélie Levesque est spécialiste des douleurs pelvi-périnéales. Elle nous rappelle d'abord l'ensemble des sources possibles de nociception dans la région pelvienne et périnéale. Il est question de maladies d'organe (infectieuses, inflammatoires, néoplasiques, allergiques) qui amènent la plupart du temps à consulter le spécialiste. Le plus souvent, il n'y a simplement pas de preuve infectieuse ni inflammatoire. Et l'inefficacité des antibiotiques et anti-inflammatoires pour ces douleurs est prouvée et une discordance anatomo-clinique est observée.

D'autres structures peuvent être responsables de l'apparition de ces douleurs : les os, les muscles et les nerfs, sans oublier la sensibilisation. Les diagnostics doivent reposer sur des critères stricts. Ce ne sont pas des diagnostics par défaut.

## Coccygodynies : distinguer les deux grandes familles

Il faut distinguer deux grandes familles de coccygodynies. La première est la « vraie » coccygodynie. Elle survient lors des changements de position et s'accompagne d'une gêne continue majorée par la position assise. La cause supposée serait les mouvements anormaux du coccyx qu'il faut mettre en évidence sur des clichés dynamiques. On la retrouve en post-accouchement et

post-traumatique. Des traitements par des séances d'ostéopathie, des infiltrations voire une coccygectomie sont possibles.

La seconde famille regroupe les coccygodynies d'allure neuropathiques plus constantes et diffuses, mais aussi les douleurs projetées lombosacrées (par le nerf de Trolard). Il est possible de prendre en charge les premières par un traitement antalgique, des médicaments pour les douleurs neuropathiques, des mesures environnementales et l'hypnose.

## Les douleurs projetées d'origine thoraco-lombaires et les syndromes myofasciaux

Dans cette catégorie, nous retrouverons plusieurs douleurs possibles selon le nerf servant de support à celles-ci (génito-fémorales, ilio-inguinales, ilio-hypogastriques). Les douleurs testiculaires sont souvent présentes, avec une présentation neuropathique et des irradiations dans les territoires cités. Trois étiologies sont possibles : atteinte organique, atteinte post-opératoire et syndrome de Maigne.

En cas de doute, le meilleur test reste de réaliser un bloc de conduction au niveau du cordon pour la douleur testiculaire et d'évaluer la douleur avant/après. Il est cette fois-ci question de muscle et notamment des muscles piriformes et de l'obturateur

titre de la conférence  
[DOULEURS PELVI-PÉRINÉALES  
CHRONIQUES, DÉMEMBREMENT  
ET CONCEPT DE SENSIBILISATION]

la conférencière  
AMÉLIE LEVESQUE  
est urologue au service d'urologie du CHU Nantes. Elle est également chargée d'enseignement à l'Université de Nantes et membre de l'IASP et de la SFETD.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL  
OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

interne pour les douleurs fessières, et de l'obturateur interne et des releveurs de l'anus pour les douleurs endo-vaginales et endo-rectales. Il est important de chercher les zones gâchettes.

Il est parfois possible de trouver des syndromes plus larges comme le syndrome *dos-fesse-périnée*. Dans ce cas-là, il est toujours difficile d'identifier la cause ou la conséquence dans ces douleurs.

Les modalités thérapeutiques sont de proposer une kinésithérapie et une ostéopathie

*« D'autres structures peuvent être responsables de l'apparition de ces douleurs : les os, les muscles et les nerfs, sans oublier la sensibilisation. Les diagnostics doivent reposer sur des critères stricts. Ce ne sont pas des diagnostics par défaut »*

de relaxation des muscles du périnée. Il faut éviter la « pressothérapie ». Nous retrouvons ici une notion abordée par Kjartan Vibe-Fersum (voir page 12) : la notion de défense musculaire excessive qu'il faut éviter de renforcer. Un bilan postural peut être envisagé en cas de récurrence entre les séances de médecine manuelle.

### Les névralgies périnéales

Celles-ci peuvent toucher le territoire pudendal (anus, scrotum, vulve, verge jusqu'au gland, clitoris). Il peut s'agir d'un conflit avec le muscle piriforme, entre les ligaments sacro-tubéraux et sacro-épineux, dans le canal d'Alcock, dans le canal sous-pubien. Cinq critères sont indispensables pour poser le diagnostic d'une névralgie périnéale (les critères de Nantes) :

- ❶ Douleur dans le territoire du nerf pudendal (anus à la verge/clitoris, avec

sensation de corps étrangers intra-cavitaires)

- ❷ Aggravé en position assise
- ❸ Sans réveil nocturne
- ❹ Sans déficit objectif
- ❺ Ayant un bloc diagnostique du nerf pudendal positif

Il y a les signes liés au contexte comme les antécédents médicaux (penser au risque de métastases), le post-opératoire et le type de chirurgie utilisé. Il y a aussi les éléments mis en évidence à l'anamnèse comme les douleurs paroxystiques, le caractère nocturne, la diminution sensitive. Enfin, il reste les éléments mis en évidence à l'examen clinique comme une hypoesthésie objective, la palpation d'une masse au toucher pelvien (interdit pour les ostéopathes), la coexistence d'une dysurie, de troubles ano-rectaux, de troubles sexuels.

L'EMG (électromyogramme) est peu spécifique et augmente le risque de faux positifs, mais aussi de faux négatifs. Il n'est pas rare que l'EMG amène au diagnostic des neuropathies d'étirement post-accouchement tout à fait physiologiques. Les études sur cadavres mettent aussi en évidence l'existence de nombreuses compressions asymptomatiques (environ 20 à 30 %) du vivant des patients. L'EMG n'explorant pas toutes les fibres, il peut passer à côté de certaines atteintes. De plus, il ne s'agit pas d'un examen dynamique et il peut manquer certaines situations de conflit.

Les scanners et IRM sont systématiques, mais peuvent poser plus de questions que de réponses. Au niveau du traitement, la neurostimulation TENS (neurostimulation électrique transcutanée), la chirurgie, la kinésithérapie sont envisageables.

### Autres douleurs du nerf pudendal et douleurs du nerf cutané postérieur de la cuisse et le rameau clunéal inférieur

Il y a des atteintes tronculaires, soit post-traumatiques, suite à la traction sur la table orthopédique, soit post-

chirurgicales, suite à un traumatisme par spinofixation, soit les tumeurs nerveuses, soit les compressions tumorales. Il y a également des atteintes radiculaires ou plexiques qui peuvent être la conséquence d'une chirurgie pelvienne, d'une compression par hernie discale, d'une tumeur du sacrum et enfin d'une compression de la queue de cheval. Enfin, terminons par les atteintes centrales suite à des atteintes médullaires ou à une SEP.

Dernière catégorie : les douleurs du nerf cutané postérieur de la cuisse et le rameau clunéal inférieur. Nous retrouvons souvent la notion de conflit au niveau du canal sous-piriforme (avec irradiations de la face postérieure de cuisse, latéropérinéale et en regard de l'ischion). Il y a une hypersensibilité distale à la pression. Il est question d'un conflit au niveau de la région ischiatique au niveau de contact au niveau de chaises dures, avec douleur latéropérinéale sans irradiation dans la verge ou du clitoris avec un bloc ischiatique positif. Pour finir, il peut y avoir un conflit au niveau de l'arcade fibreuse sus-ischiatique.

### Un outil d'évaluation : le score total de sensibilisation pelvienne

Amélie Levesque aborde brièvement les notions de sensibilisation, mais aussi de terrain. À ce propos, elle propose un outil intéressant le score total de sensibilisation pelvienne (voir tableau ci-contre).

Facile d'application, ce dernier outil peut être mis en place rapidement au cours de l'anamnèse puisqu'il recoupe les questions normalement posées. Il servira aussi de moyen de comparaison entre les séances. La médecine urologue conclut avec trois idées à retenir :

- ❶ Toute douleur périnéale en position assise n'est pas une névralgie pudendale
- ❷ Cas complexes, diffus, discordants : penser à la sensibilisation
- ❸ Une prise en charge pluridisciplinaire est le plus souvent nécessaire

*« Les modalités thérapeutiques sont de proposer une kinésithérapie et une ostéopathie de relaxation des muscles du périnée. Il faut éviter la « pressothérapie ». Nous retrouvons ici une notion déjà abordée par Kjartan Vibe-Fersum : éviter de renforcer une défense musculaire excessive. Un bilan postural peut être envisagé en cas de récurrence entre les séances de médecine manuelle »*

## TROIS IDÉES À RETENIR

- ➔ Toute douleur périnéale en position assise n'est pas une névralgie pudendale
- ➔ Cas complexes, diffus, discordants : penser à la sensibilisation
- ➔ Une prise en charge pluridisciplinaire est le plus souvent nécessaire

© Sharon McCrecheon

	Sphère urinaire basse	Sphère digestive basse	Sphère génito-sexuelle	Sphère cutanéomuqueuse	Sphère musculaire	scores
Abaissement de seuils	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de la distension et/ou la vidange rectale (matières, gaz)	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle	<input type="checkbox"/> Allodynie pelvi-périnéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au port des sous-vêtements serrés)	<input type="checkbox"/> Présences de points gâchette pelviens (piriforme, obturateurs internes, élévateurs de l'anus)	/5
Diffusion temporelle	<input type="checkbox"/> Douleurs post-mictionnelles	<input type="checkbox"/> Douleurs post-défécatoires	<input type="checkbox"/> Douleurs persistantes après l'activité sexuelle			/3
Variabilité des symptômes	<input type="checkbox"/> Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse					/1
syndromes associés	<input type="checkbox"/> Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou SADAM et/ou intolérances multiples aux produits chimiques					/1
<b>Score total de sensibilisation pelvienne</b>						<b>/10</b>

Figure 1 : Score de sensibilisation pelvienne.

# LE MODÈLE BIO-PSYCHO-SOCIAL UN DES PRINCIPES FONDATEURS DE L'OSTÉOPATHIE

Comme le rappelle Oliver Thomson, l'Evidence Based Practice (EBP) est l'intégration des meilleures données issues de la recherche avec l'expertise clinique et les attentes/croyances du patient. Il insiste sur la première partie en se questionnant ainsi : quelle est la meilleure preuve scientifique ?

La réponse est de démarrer la réflexion à partir du patient et en transformant cette question : « Quelle la meilleure manière d'agir pour CE patient, dans CES circonstances, à CE moment avec SON motif de consultation ? » Il faut donc chercher des preuves spécifiques au patient, à sa plainte et à son contexte. Il est donc nécessaire de dégager les composantes essentielles de ce patient pour ensuite trouver la réponse la plus adaptée en fonction des données actuellement disponibles et déterminer sous quelle forme délivrer ce message.

Pour illustrer ce raisonnement, Oliver Thomson propose d'étudier un cas clinique : John, un homme de 56 ans présentant des douleurs du dos depuis 15 ans. Il a réalisé de nombreuses IRM qui ont révélé une dégénérescence de son disque. Il est inquiet pour son futur et s'attend au pire. Il essaye ainsi de laisser son dos au repos (pas de flexion et de port de charge). Il a vu de nombreux praticiens qui lui ont dit qu'il avait « des dysfonctions de son dos », « un bassin vrillé » ce qui rendait son dos « vulnérable ». Il vient pour VOUS. Quel est l'impact de la douleur chronique sur la qualité de vie de John ?

**Que nous dit la littérature scientifique ?**

Nous trouvons tout d'abord une étude française portant sur un échantillon d'environ 17 000 patients. Cette dernière nous informe que des associations significatives entre les indicateurs de santé mentale et physique avec la présence de douleur chronique au dos ont été mises en évidence. Ces patients douloureux chroniques ont des scores SF-36 plus bas que les patients non douloureux chroniques pour toutes ses composantes. Les facteurs de co-variance sociodémographiques, les co-morbidités, les douleurs chroniques, l'âge, le statut marital, le niveau d'éducation et un certain nombre d'autres facteurs peuvent permettre de prédire les scores de qualité de vie. Avoir un emploi est plus associé à la santé mentale que la santé physique.

La difficulté est alors de positionner John parmi toutes ces données pour être en mesure d'exploiter ces informations dans le cadre de sa consultation.

**La littérature scientifique nous dit-elle autre chose ?**

Nous trouvons cette fois une étude qualitative avec des interviewees menées auprès de 20 patients douloureux chroniques du dos. Il en ressort une image plus précise de John (voir figure 1 ci-contre).

titre de la conférence  
[MORE THAN A NUMBER – THE VALUE OF QUALITATIVE RESEARCH IN OSTEOPATHIC MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN]

le conférencier  
OLIVER THOMSON  
est ostéopathe et docteur à l'University College of Osteopathy à Londres. Il est également reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine).

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

Est-il possible d'avoir une image plus vivante de la situation qui intégrerait des données issues d'une population dont les individus auraient des expériences riches ? La réponse est oui et la bonne méthode consisterait à adopter une démarche mixte entre l'approche qualitative et quantitative.

**Que nous dit alors la littérature scientifique sur cette piste de réflexion ?**

*« La vraie EBP ressemblerait plus à un résultat issu de quatre ensembles : les valeurs et les préférences du patient, les données scientifiques, le jugement clinique et l'expérience du praticien. Le quatrième ensemble est à l'intersection des trois précédents pour former l'expertise clinique »*

Nous trouvons une étude réalisée auprès de 77 patients (dont 68,3 % sont des personnes lombalgiques chroniques) qui ont rempli le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie SF-36. Dix-sept d'entre eux ont également répondu à des interviews semi-structurées. Les résultats sont profondément multidimensionnels. La partie quantitative montre des pertes significatives de la fonction physique, de la fonction sociale, de la vitalité, du rôle émotionnel, de la santé mentale. La partie qualitative précise chacun de ces résultats. En réalité, chacun des aspects se complète et permet d'avoir une vue d'ensemble. La recherche quantitative permet d'expliquer les phénomènes. Elle nous offre des données numériques pour tester des hypothèses, vérifier des variables et mesurer et identifier des relations causales pour, *in fine*, généraliser. La recherche qualitative est axée sur la compréhension et la description des expériences humaines, de leur sens et des processus sociaux. Les données sont tex-

tuelles. Des questions ouvertes sont posées permettant d'embrasser la variabilité et le contexte. Les données sont transférables.

### La réelle EBP se situe au carrefour de quatre ensembles

La vraie EBP ressemblerait plus à un résultat issu de quatre ensembles : les valeurs et les préférences du patient, les données scientifiques, le jugement clinique et l'expérience du praticien. Le quatrième ensemble se situe à l'intersection des trois précédents pour former l'expertise clinique. Les ensembles liés aux praticiens et aux patients sont le cœur de cible des recherches qualitatives. Oliver Thomson à son tour nous parle du modèle bio-psycho-social (BPS) et des limites du modèle biomédical qui se concentre sur une entité patho-anatomico-biomécanico-biologique qui est la cause primaire de la douleur/maladie. Le rôle premier du praticien est de trouver la cause dans ce dernier. L'exemple type est la lombalgie non spécifique pour laquelle les causes

*« Les germes du modèle BPS sont présents dans les principes fondateurs de l'ostéopathie bien que dans la pratique les ostéopathes sont bien plus biomédicaux que BPS. Mais il y a de l'espoir : les dernières études laissent transparaître une acceptation du modèle BPS chez les ostéopathes »*

recherchées sont multiples sans qu'aucune soit vraiment démontrée. Le modèle BPS explique les choses de manière multifactorielle sans tout expliquer par une seule cause unique. Comme Oliver Thomson le souligne, les germes du modèle BPS sont présents dans les principes fondateurs de l'ostéopathie bien que dans la pratique les ostéopathes sont bien plus biomédicaux que BPS. Mais il y a de l'espoir : les dernières études sur le sujet laissent transparaître une acceptation du modèle BPS chez les ostéopathes.

*Vous êtes bloqué chez vous, vous devenez un prisonnier dans votre propre foyer. Votre vie qui est la douleur est votre prison.*

*Je me suis réellement détesté en tant que personne à cause de ce que la douleur et le reste ont fait de moi.*



*Je ne peux plus faire les choses que je veux physiquement, cela me restreint et cela va de pire en pire et encore pire.*

*Cela a ruiné ma carrière. Je n'ai pu faire mon travail que j'ai fait pendant 22 ans, et subitement comme ça, c'est parti.*

*Ma femme m'a tourné le dos. Elle est venue dans la chambre un matin pour me trouver aplati au sol, incapable de bouger, et elle a pensé que je mentais. Depuis ce moment j'ai vécu seul.*

Figure 1 : Mise en évidence de l'expérience du patient à partir des études qualitatives.

# ORIGINES DES DOULEURS NEURALES

## DES MODÈLES AUX MÉTAMODÈLES, COMMENT UTILISER CES OUTILS EN PRATIQUE CLINIQUE ?

Laurent Fabre nous expose la problématique de la compréhension de la douleur à travers un cas clinique. Celui d'une jeune femme, la vingtaine souffrant d'un trouble alimentaire (anorexie) et présentant une talalgie gauche à la suite de sauts répétés utilisés pour se détendre (conseil préconisé par une application smartphone).

Le père de cette jeune femme est médecin. Il a diagnostiqué une tendinite et prescrit des AINS pendant cinq jours ainsi que du repos parce qu'elle est fragile. Une recherche de la jeune femme auprès du Dr Google ancre dans son esprit l'idée que son corps est « pourri » et qu'il « la lâche ». Bref, rien de bien engageant. Dix jours après l'apparition de la talalgie gauche, la symptomatologie évolue. Elle devient bilatérale, diffuse et remonte sur les faces postérieures des jambes tout en irradiant sous les voûtes plantaires. À ces symptômes s'ajoutent une sensation de brûlure, des décharges électriques dans le pied à chaque pas et un engourdissement dans les deux pieds. En conséquence, la patiente marche avec des béquilles pour se soulager. Malheureusement, l'emploi des béquilles a favorisé l'apparition d'une douleur lombaire en barre.

### Quel scénario imaginer ?

On peut tout d'abord penser à une allodynie (NDLR : l'allodynie est une douleur déclenchée par un stimulus qui est normalement indolore. Par exemple, un léger effleurement de la peau ou une faible sensation de chaud ou froid peuvent être

douloureux), syndrome mis en évidence par la pression et l'effleurement des tendons achilléens ainsi que par la pression des mollets et de l'aponévrose plantaire. Les tests de provocation et de la fonction nerveuse sont normaux. La patiente ne peut pas poser les talons, car la douleur est atroce. En fait, les questions à se poser sont les suivantes : quel est l'état du tendon, déchiré, abimé, inflammé, indemne ? Les nerfs sont-ils inflammés ? La patiente invente-t-elle ces symptômes ?

La mise en charge est indolore en statique (en se mettant sur la pointe des pieds), en dynamique concentrique et en excentrique. Ces constats réfutent donc l'hypothèse d'une allodynie mécanique.

### Hypothèse réfutée : back to basics !

Pour aller plus loin dans la compréhension de ce cas clinique, il faut revenir sur la notion de sensibilisation du système nerveux. La douleur nociceptive est une douleur qui provient d'une atteinte réelle ou d'une menace d'atteinte d'un tissu non neural due à l'activation des nocicepteurs (peau, muscle, ligaments, os, viscères). Elle repose principalement sur la sensibilisation

titre de la conférence

[AÏË, J'AI MAL ! P\*\*\*N, QU'EST-CE QUI SE PASSE ? RECONNAITRE LES MÉCANISMES AU SEIN D'UN CADRE DE COMPRÉHENSION CLINIQUE MULTIDIMENSIONNEL]

le conférencier

LAURENT FABRE est ostéopathe et associé à un PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) au sein de l'hôpital Cochin (Paris). Il est également reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine) et enseignant aux CFPCO et CSO.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM INTERNATIONAL OSTÉOPATHIQUE DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,

ostéopathe DO et titulaire du DU

Expertise de la performance sportive

périphérique. En général, c'est une douleur localisée plus ou moins référée. On retrouve une relation cohérente stimulus/réponse du système et des facteurs calmants/aggravants liés à la mise en charge ou la stimulation d'une structure anatomique. De même, il y a une hyperalgésie et/ou une allodynie primaire mécanique et/ou thermique. On ne retrouve pas de dysesthésie, de sensation

*« Les questions à se poser : quel est l'état du tendon, déchiré, abimé, inflammé, indemne ? Les nerfs sont-ils inflammés ? La patiente invente-t-elle ses symptômes ? La mise en charge est indolore en statique, en dynamique concentrique et excentrique. Ces constats réfutent donc l'hypothèse d'une allodynie mécanique »*

de brûlure, de décharge électrique, de caractère nocturne, ou de posture antalgique. Considérons ensuite la douleur nociplastique dont la définition est plus récente. Il s'agit d'une douleur résultant d'une altération de la nociception (plasticité nociceptive) sans être forcément capable de démontrer l'origine des nocicepteurs activés par des dommages tissulaires réels ou potentiels ou par une maladie ou lésion du système somatosensoriel provoquant la douleur. Elle repose sur la plasticité nociceptive, la sensibilisation centrale, la réorganisation corticale, et sa modulation. Dans ce cas-là, l'expérience de la douleur est disproportionnée par rapport à la nature du traumatisme, non mécanique, imprévisible. La douleur est diffuse et/ou en miroir et/ou se déplace et/ou est généralisée. On retrouve aussi des facteurs psychosociaux inadaptés et une allodynie ou hyperalgésie secondaire (c'est-à-dire que l'effleurement par un pinceau déclenche une douleur de brûlure, par exemple).

**Comment distinguer les différentes origines neurales d'une douleur ?**

Heureusement, il existe pour s'en sortir un algorithme proposé par Nijs et son équipe en 2014. Ce cheminement logique est représenté dans la figure 1 ci-contre. Enfin, parlons rapidement de la douleur neuropathique. Cette dernière est une douleur due à une lésion ou une maladie du système nerveux périphérique somatosensoriel. On retrouve aussi des sensations de brûlure, électrique, d'allodynie, d'hyperalgésie, des paresthésies, de la dysesthésie, des démangeaisons. La douleur est continue et/ou spontanée, provoquée et paroxystique. Elle suit le trajet d'un dermatome. On retrouve des antécédents d'atteinte nerveuse et la douleur répond aux tests de provocation neurodynamique. Pour l'évaluer, il existe de nombreux outils comme le DN4, le PDQ, ou le LANSS par exemple (NLDR : Retrouvez notre série de fiches pratiques sur les questionnaires

en usage clinique sur [www.osteomag.fr](http://www.osteomag.fr)). Si l'on ajoute la douleur neuropathique à l'équation, alors nous pouvons compléter l'algorithme de décision à travers le schéma ci-dessous (figure 2). Il faut néanmoins admettre que malgré la validation scientifique de ces algorithmes, les douleurs ont un spectre très large et un patient peut avoir un mélange de ces trois douleurs avec des proportions variables. Comme l'explique Marco Gabutti page 16 (*Liage sensoriel et apparition d'une expérience douloureuse : une*

*histoire de cohérence*), le cerveau bayésien fait émerger la perception la plus cohérente qui invite à modifier notre comportement et notre contexte physiologique.

**Vers des métamodèles**

Ces douleurs répondent donc au modèle biopsychosocial et varient selon le contexte environnemental, social, émotionnel et/ou cognitif. On utilise dès lors des métamodèles, c'est-à-dire une modélisation des facteurs et/ou

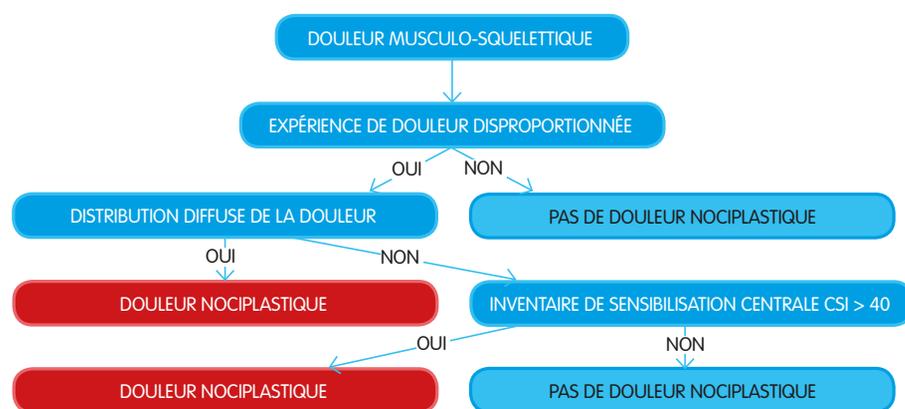


Figure 1 : Algorithme de décision face à une douleur musculo-squelettique (d'après Nijs et coll, 2014).

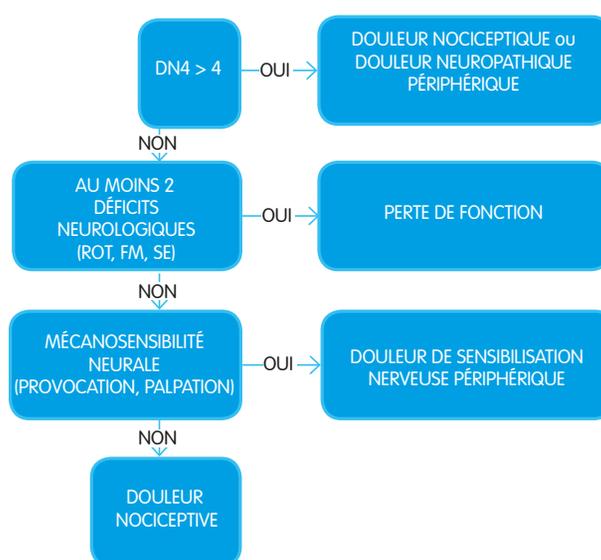


Figure 2 : Algorithme de décision avec le DN4 (d'après Laurent Fabre)

composantes influençant la douleur. Le but étant de mesurer l'influence ou le poids de chaque composante dans la douleur. Le modèle le plus complet est celui de Tousignant-Laflamme, mais celui-ci est tellement riche en questionnaires et donc tellement chronophage qu'il est impossible de l'appliquer en dehors du domaine de la recherche. Il est possible d'employer le métamodèle d'O'Sullivan et celui de Chemini, mais Laurent Fabre conseille plutôt celui de Walton (voir figure 3 ci-contre). Le choix du métamodèle est à l'appréciation du praticien sans perdre de vue que le but est de montrer au patient l'évolution des facteurs lors de la prise en charge de la douleur. Le centre de couleur bleu veut dire « très bas », puis chaque échelon augmente l'importance : « bas » ; « modéré » ; « haut » ; « très haut ».

### Quelle application pour le cas clinique de la jeune femme ?

Laurent Fabre, nous montre alors le métamodèle obtenu chez cette jeune patiente :

→ Le tracé blanc correspond à la représentation des facteurs au début de consultation.

→ Le tracé bleu représente ces mêmes facteurs en fin de consultation.

Celle-ci déclare en fin de consultation avoir « compris que [son] état émotionnel avait provoqué cette douleur », qu'elle avait « mis une intensité et une contrainte trop élevée dans [ses] mouvements par énervement ». Elle a fait des exercices de montée sur pointes ainsi que des exercices de respiration explosive. Les « exercices de montées sur pointes ont permis » de mettre en charge le tendon, et « la respiration explosive [...] permet d'anesthésier la douleur en quelque sorte. Grâce à cette forme de respiration [elle a] réussi à progressivement retrouver une démarche normale en quelques pas lors de la consultation », explique l'ostéopathe. Laurent Fabre conclut que la reconnaissance des mécanismes de la douleur permet une meilleure prise en charge. Il ne faut pas en faire une classification stricte, car les présentations peuvent être mixtes. Les stratégies de traitement doivent être adaptées aux mécanismes mis en jeu et il faut apprendre à utiliser les outils cliniques existants.

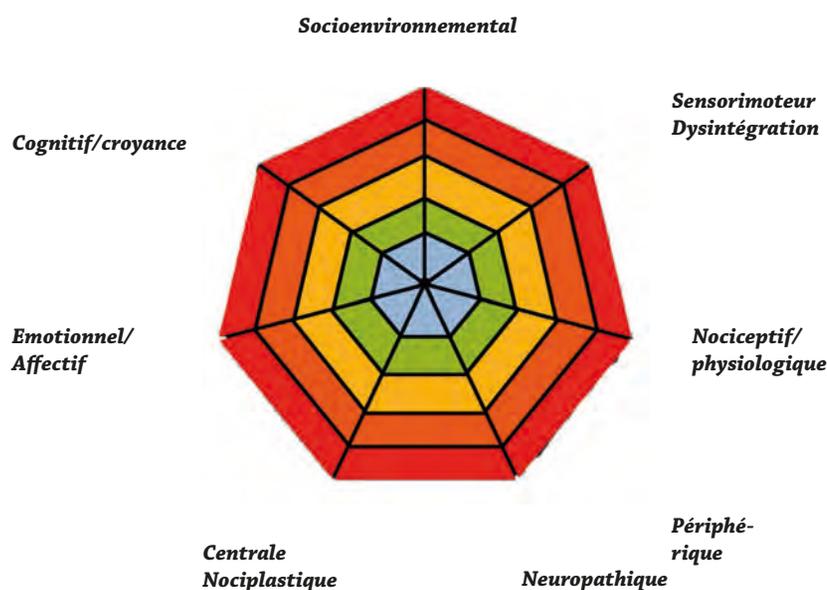


Figure 3 : Métamodèle de Walton.

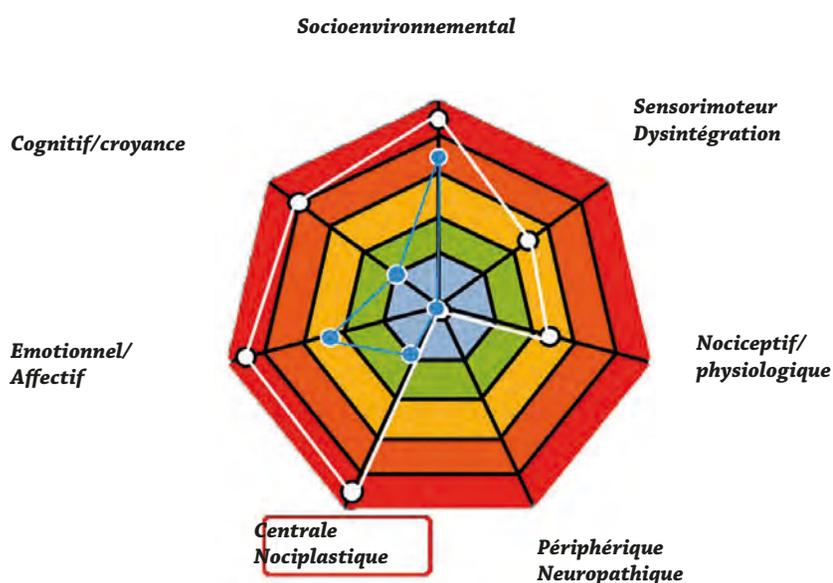


Figure 4 : Application du métamodèle à la patiente.

# PATRICK JOUHAUD

Docteur en Médecine - Diplômé en Ostéopathie

## Formations en biodynamie



### EMBRYOLOGIE ET OSTÉOPATHIE DVO1

Retrouver le rythme et les équilibres de l'embryon dans les tissus d'aujourd'hui et utiliser ce nouvel outil thérapeutique

### LE NEUTRE ET L'ATTENTION DVO2

Optimiser son placement et gagner en puissance thérapeutique

### LES RYTHMES LENTS ET L'INTENTION DVO3

Utiliser la dimension du temps et considérer la notion de croissance

### L'OBSERVATEUR DVO4

Un guide vers les états d'équilibre de santé

**La dynamique  
du vivant**

Les formations ont lieu à Bordeaux sous forme de séminaires de deux jours, quatre fois par an. Retrouver toutes les informations pratiques sur notre site

[www.patrickjouhaud.fr](http://www.patrickjouhaud.fr)

## LA FASCIAPRAXIE

*cycle de formation post-graduée  
en ostéopathie tissulaire*

### 2019

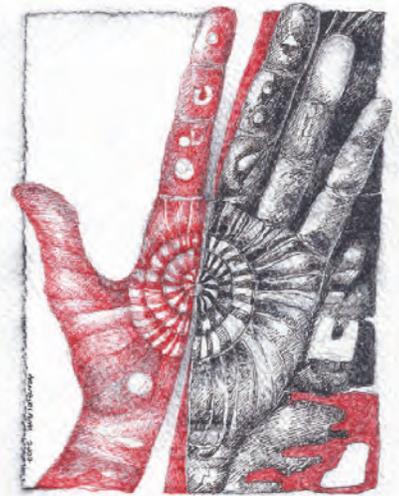
11 & 12 octobre  
08 & 09 novembre  
06 & 07 décembre

### 2020

17 & 18 janvier

*retrouvez des vidéos,  
des informations sur les techniques,  
le détail des programmes  
et comment vous inscrire sur*

[www.fasciapraxie.com](http://www.fasciapraxie.com)



renseignements - [laval.yves@orange.fr](mailto:laval.yves@orange.fr)

tarifs - 500 €/stage

- 15 % jeunes diplômés

PRISE EN CHARGE FIFPL / DATADOCK

## FROP

### SAISON 10

FORMATION PÉRINATALE  
ET PÉDIATRIQUE

**6 modules**  
1 année

MASTERCLASS  
FRANCO CANADIENNE

**6 modules**  
1 année

OSTÉOPATHIE AQUATIQUE & INTÉGRATION  
ÉMOTIONNELLE EN OSTÉOPATHIE

CONTACT

[frop.contact@gmail.com](mailto:frop.contact@gmail.com)

Formation Recherche  
Ostéopathie Prévention  
[www.frop.fr](http://www.frop.fr)



# ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE PATIENT/SOIGNANT RECONCEPTUALISER LA DOULEUR

**Lorsque la douleur persiste dans le temps du fait de comorbidités, le patient glisse de la douleur d'origine nociceptive à une douleur nociplastique. Quelles réponses peut apporter l'ostéopathie face à ce type de douleur ?**

Jerry Draper-Rodi commence par rappeler ce qu'est la sensibilisation centrale : il s'agit d'un état normal que l'on retrouve chez la plupart des patients lombalgiques. Cependant, lorsque celle-ci persiste dans le temps du fait de comorbidités, le patient glisse de la douleur d'origine nociceptive vers la douleur nociplastique. Dans cette dernière, les drapeaux jaunes, bleus et noirs prennent toute leur importance. La définition « officielle » de la douleur nociplastique par l'*International Association for the Study of Pain (IASP)* est : « douleur résultant de l'altération de la nociception, malgré le manque de preuve des dommages tissulaires réels ou potentiels qui engendreraient l'activation des nocicepteurs périphériques, ou de preuves de maladie ou de lésion du système somatosensoriel provoquant la douleur ».

## Comment identifier la douleur nociplastique ?

Les syndromes nociplastiques sont nombreux :

- Migraine
- Céphalée de tension
- Syndrome de douleur myofasciale
- Fibromyalgie
- Syndrome du côlon irritable
- Syndrome de l'ATM (SADAM)
- Stress post-traumatique
- Syndrome des jambes sans repos
- Syndrome de fatigue chronique

- Cystite interstitielle
- Algoneurodystrophie
- Hypersensibilité chimique multiple

Il existe des signes à forte précision diagnostique comme le fait que la douleur soit disproportionnée, non-mécanique et imprévisible face à des facteurs aggravants ou améliorants multiples et non spécifiques. De même, il se peut que la douleur soit disproportionnée à la nature du traumatisme ou maladie, ou qu'il soit possible de noter une association importante avec des facteurs psychosociaux (émotions négatives, faible auto-efficacité, comportements et croyances mal adaptés). Enfin, un dernier de ces signes est le fait que la douleur/sensibilité est diffuse, non anatomique à la palpation. Mais alors concernant l'ostéopathie, « sommes-nous efficaces sur ce type de douleur ? » questionne Jerry Draper-Rodi. Il semble d'après les publications sur le sujet que notre action soit faible, mais nous ne sommes pas inefficaces et tout dépend du contexte d'application.

## Ne pas utiliser uniquement l'empathie comme stratégie

Seulement, ce n'est pas aussi simple nous explique l'ostéopathe en citant Diarmaid Ferguson : « la prise en charge biopsychosociale, c'est comme les rapports sexuels chez les ados : tout le monde en parle, personne ne sait vraiment comment ça marche, et

titre de la conférence  
[PRISE EN CHARGE DES  
PATIENTS AVEC SENSIBILISATION  
CENTRALE : DÉVELOPPER UNE  
APPROCHE MULTIMODALE]

le conférencier  
JERRY DRAPER-RODI,  
ostéopathe, titulaire d'un  
doctorat en ostéopathie à l'Uni-  
versity College of Osteopathy  
(Londres) et reviewer pour l'IJOM  
(International Journal of  
Osteopathic Medicine).

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM OSTÉOPATHIQUE  
INTERNATIONAL DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

comme tout le monde croit que les autres le font, tout le monde prétend le faire ». Ce qui est à éviter en priorité est de fournir des informations sans demande ou consentement du patient, d'expliquer leurs symptômes avec des modèles biomécaniques, et de n'utiliser que l'empathie comme stratégie. Il faut dans un premier temps jouer sur les facteurs contextuels qui participent pour environ 66 % à l'effet des thérapies manuelles chez les douloureux chroniques et 81 % pour les douleurs aiguës de la colonne vertébrale. Il faut donc apporter une valeur ajoutée à ce que l'on fait déjà bien en jouant sur l'alliance thérapeutique, la

*« L'ostéopathie est-elle efficace sur les douleurs nociceptives ? D'après les publications sur le sujet, notre action semble être faible, mais nous ne sommes pas inefficaces. Tout dépend du contexte d'application »*

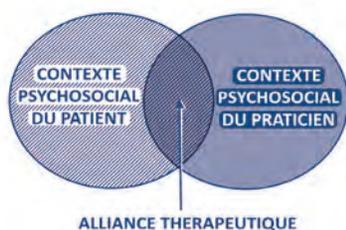


Figure 1 : Illustration de l'alliance thérapeutique

réassurance du patient, l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psychosocial et l'activité physique.

### Combiner traitement actif, passif et alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique est influencée par les caractéristiques du praticien (compétences et communication interpersonnelles, compétences pratiques du praticien, expertise et niveau de formation, traitement individualisé et centré sur le patient). Il s'agit donc pour ce dernier de se former à la communication (transmettre les messages de soutien et respect), sur la confiance, et sur le fait d'avoir une attitude collaborative (comprendre et aider).

Si nous nous penchons sur les études, on voit qu'un traitement actif sans alliance thérapeutique ne fait guère mieux qu'un traitement passif avec alliance thérapeutique. Ainsi en combinant les trois (actif, passif et alliance thérapeutique), il est possible d'avoir un effet intéressant.

Concernant la réassurance du patient, il s'agit d'« enlever les peurs ou doutes liés à la douleur ou maladie. Il faut reconforter. Cette réassurance s'installe dans l'interaction dynamique du thérapeute qui a l'intention de diminuer l'inquiétude et le patient qui est inquiet. En fin de compte, la réassurance a fonctionné si le patient change son comportement, sa compréhension et/ou ses pensées » développe Jerry Draper-Rodi. Faut-il donc viser l'affectif ou le cognitif ? La réassurance affective, où il est question de développer la relation et montrer de l'empathie, peut améliorer la satisfaction du patient. Mais elle peut aussi empirer le résultat. La réassurance cognitive, c'est-à-dire offrir des explications

et une éducation, va donner de meilleurs résultats, juste après la consultation et lors des suivis. En général, cela va de pair avec moins de rendez-vous médicaux.

### Reconceptualiser la douleur chez vos patients

Ainsi, pour l'éducation, il s'agit de reconceptualiser la douleur, expliquer que tout est géré et généré par le cerveau (perception) sans forcément de lien avec un dommage tissulaire, et que cette hypersensibilité du système nerveux central peut être la cause. La PNE (Pain Neuroscience Education) aide les patients à comprendre la controverse concernant leur douleur et l'absence d'élément en imagerie ou en examen biologique. Elle améliore la sensibilité à la pression (Pain Pressure Threshold), le score au questionnaire CSI, les fonctions physique et cognitive, diminue le catastrophisme, la kinésiophobie et l'hypervigilance. Elle n'agit pas en revanche sur la douleur ou l'incapacité.

L'accompagnement psychosocial a pour but de jouer sur l'auto-efficacité du patient (croyance d'un individu sur sa capacité à adopter des comportements relatifs à une activité spécifique). Une faible auto-efficacité est liée à une mauvaise observance aux exercices, un mauvais pronostic pour les lombalgiques à six mois et même à cinq ans ! Et enfin, un mauvais pronostic en rééducation.

Pour aider les patients au mieux, il est préférable d'employer des activités basées sur les valeurs du patient (activités, buts, etc.). Elles peuvent être mises en évidence par des questions comme « pensez-vous

pouvoir surmonter ce qui vous empêche de faire l'exercice physique ? ». Le but étant d'offrir du renforcement positif sur les succès précédents et atouts, être optimiste et offrir du soutien, donner des attentes réalistes et planifier des objectifs clairs, et enfin, planifier la gestion de nouveaux épisodes douloureux.

### Les facteurs psychosociaux : meilleurs prédicteurs de risque et d'amélioration du pronostic

Il faut comprendre que les facteurs psychosociaux sont les meilleurs prédicteurs de risque de chronicité et qu'agir dessus améliore le pronostic. Il est important de discuter de l'impact des émotions/facteurs sociaux sur la douleur et la récupération, du mode de vie (et surtout du sommeil !), des comorbidités et du fonctionnement de la douleur.

Enfin, le retour à l'activité physique en commençant par faire jouer le patient avec ses mouvements thoraciques, du bassin, de respiration ou des hanches, de visualiser avec lui des situations concrètes ou l'emploi de miroir pour mieux visualiser ses mouvements est un premier point (voir notre enquête spéciale sur la gymnastique sensorielle page 34). L'emploi d'exercices écrits/filmés est un autre levier d'action. Surtout si ces exercices sont basés sur les activités de la vie quotidienne. La régularité est la règle numéro un !

Voici donc de nombreuses clés de compréhension de la douleur. Reste à découvrir les attentes de vos patients pour adapter au mieux son accompagnement dans la douleur chronique.

## COMMENT DÉFINIR LA DOULEUR ?

La définition « officielle » de la douleur nociplastique proposée par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) est : « douleur résultant de l'altération de la nociception, malgré le manque de preuve des dommages tissulaires réels ou potentiels qui engendreraient l'activation des nocicepteurs périphériques, ou de preuves de maladie ou de lésion du système somatosensoriel provoquant la douleur ».

# TRIER ET ORIENTER LES PATIENTS DANS LE PARCOURS DE SOINS UNE SPÉCIALITÉ OSTÉOPATHIQUE ?

**Concrètement, tout le monde a mal au dos ! Un tiers de la population aura mal au dos pendant 80 % de sa vie. Globalement, cela va de mal en pis avec 50 % d'augmentation en 25 ans. Un constant d'autant plus marqué dans les pays avec un haut niveau de revenu. Que faire ?**

Steven Vogel se concentre sur la question de la lombalgie, des guides de bonnes pratiques actuels qui lui sont consacrés, de la discussion des approches actuelles et de leurs améliorations possibles. Si nous avons réussi à faire reculer la carence en fer dans les causes d'incapacité, le reste du tableau reste inchangé avec la lombalgie en tête. L'expérience de la douleur est multicausale et multifactorielle comme nous l'avons vu précédemment, avec les facteurs biophysiques, génétiques, sociaux, psychologiques, et les comorbidités (voir la conférence d'Oliver Thomson page 20). Et les personnes impliquées dans la prise en charge de la lombalgie sont nombreuses. Elles peuvent être regroupées en trois groupes : les médicaux, les alliés médicaux et les thérapeutes complémentaires et alternatifs. Comme le souligne Steven Vogel, si les ostéopathes sont classés dans les médicaux au Royaume-Uni, en France, ils sont associés aux thérapeutes complémentaires ou alternatifs.

## Rechercher les drapeaux rouges pour effectuer un triage selon le risque estimé

Steven Vogel présente alors la guideline NICE 2 (de 2016) pour laquelle il a contribué à son élaboration. L'algorithme de décision clinique pour les lombalgies plus ou moins irradiantes de cette guideline invite à rechercher les drapeaux rouges afin d'effectuer le triage en fonction de la prise en charge possible et de l'estimation du risque. Voir notre reportage *Service hospitalier des douleurs lombaires : l'ostéopathie a les reins solides* publié dans *L'ostéopathe magazine* #26 sur la mise en place d'une prise en charge pluridisciplinaire des lombalgies coordonnées par un ostéopathe. Si les patients sont en dehors du schéma, il faut envisager des investigations complémentaires pour comprendre ce qui se passe. Dans tous les cas, il est nécessaire d'informer, de soutenir et de conseiller le patient. Les traitements conseillés sont les exercices suivants : thérapie manuelle avec des exercices, psychothérapie avec des

titre de la conférence  
[MANAGING AND TREATING  
PERSISTENT BACK PAIN – THE BIG  
PICTURE]

le conférencier  
STEVEN VOGEL  
est ostéopathe et docteur à l'University College of Osteopathy à Londres. Il est également reviewer pour l'IJOM (International Journal of Osteopathic Medicine).

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM OSTÉOPATHIQUE  
INTERNATIONAL DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

*« Le patient doit rester actif et continuer à travailler. Mais les médecins conseillent le repos et prescrivent des arrêts de travail. L'imagerie doit être employée pour des suspicions de pathologie qui nécessitent une prise en charge différente qui représentent moins de 1 % des patients. Mais dans les pays à forts revenus, les taux d'imagerie sont hauts ! »*

# « Le lombalgique aiguë doit recevoir des traitements non médicamenteux. La prise en charge de la lombalgie chronique est essentiellement non pharmaceutique, avec des exercices, de la rééducation et des manipulations »

exercices, traitements pharmaceutiques, programmes mixtes physiques et psychologiques. Pour les cas compliqués et les traitements chirurgicaux, les infiltrations sont envisageables. La dénervation peut également être considérée.

D'une manière générale, le lombalgique aigu doit recevoir des traitements non médicamenteux (chaleur, massage, acupuncture, manipulation vertébrale). La prise en charge de la lombalgie chronique est essentiellement non pharmaceutique, avec des exercices, de la rééducation et des manipulations.

Au contraire, l'imagerie est déconseillée en dehors d'une chirurgie, ou d'une très forte suspicion d'une pathologie sérieuse qui nécessiterait une prise en charge différente.

## **Une prise en charge ambulatoire chez le généraliste est recommandée**

Steven Vogel pointe l'asymétrie entre les recommandations de la guideline et les pratiques. Si la guideline insiste sur une prise en charge ambulatoire chez le généraliste, les patients engorgent les services d'urgences et les cabinets de spécialistes. Si l'éducation thérapeutique consistant à donner des conseils est recommandée c'est rarement appliqué. Le patient doit rester actif et continuer à travailler, mais les médecins conseillent le repos et prescrivent des arrêts de travail. L'imagerie doit être employée pour des suspicions de pathologie qui nécessite une prise en charge différente. Mais alors que ces causes représentent moins de 1 % des patients, les

taux d'imagerie sont hauts dans les pays à forts revenus !

Enfin, le premier choix devrait être non médicamenteux. C'est également rarement appliqué. Les appareils électriques et physiques devraient être abandonnés, mais ils sont toujours largement employés. Les opioïdes sont déconseillés, mais ils sont très largement prescrits. Les injections et la chirurgie devraient être exceptionnelles, mais sont largement pratiquées. Les exercices sont un des fondamentaux de la prise en charge, mais ils sont prescrits et pratiqués en fonction des médecins/thérapeutes. Le modèle BPS (Bio-Psycho-Social) doit être le canevas du traitement, mais il est peu employé pour construire la prise en charge.

## **Un spécialiste de l'orientation des malades**

Au Royaume-Uni, il existe un poste de spécialiste du triage des patients. Il doit avoir une compréhension bio-psycho-sociale de la douleur du dos, avec l'usage de questionnaires, de l'anamnèse et de l'examen clinique dans ce but. Il demande des diagnostics comme des imageries, de bloc de racines ou de nerfs, des scanners et des examens biologiques. Il interprète les résultats d'examen avec les comptes-rendus de spécialistes. Il communique le diagnostic et le pronostic, discute les risques et les bénéfices des options de traitements les plus appropriées et facilite le choix du patient à travers une prise de décision partagée. Il gère la complexité des attentes des patients et il est consulté sur les bénéfices de la reprise du travail, présente les cas lors de réunion et réfère aux bons services lors du parcours du soin.

Cette place de choix montre tout le chemin à parcourir par les ostéopathes au sein de ce parcours de soin.

titre de la conférence  
[SPÉCIFICITÉ DE LA DOULEUR  
CHRONIQUE CHEZ LA  
PERSONNE ÂGÉE]

le conférencier  
**YANNICK HUARD**,  
ostéopathe et docteur en biomé-  
canique à l'école d'ostéopathie  
IdHEO Nantes.

[12<sup>e</sup> SYMPOSIUM OSTÉOPATHIQUE  
INTERNATIONAL DE NANTES]

[auteur] Laurent Marc,  
ostéopathe DO et titulaire du DU  
Expertise de la performance sportive

# PERSONNES ÂGÉES ÉVALUER LA SANTÉ ET PRÉVENIR LA DÉCOMPENSATION FONCTIONNELLE

**Si la douleur chronique est prévalente chez la personne âgée, force est de constater que les fonctions d'alerte liées à cette douleur sont altérées. Dès lors, comment assurer une prise en charge efficace de cette population très exposée à de nombreux risques ?**

**L**a littérature épidémiologique révèle une augmentation marquée de la prévalence de la douleur liée à l'âge. Paradoxalement, des études neurophysiologiques et psychodynamiques suggèrent une altération des fonctions d'alerte précoce de la douleur liées à l'âge. Ainsi, l'augmentation du seuil de douleur perçue expose à la fois au risque accru de traumatisme et à la non-prise en charge des maladies. Cela complique la gestion de la douleur chez les personnes âgées.

La prise en charge devrait débiter par une évaluation gériatologique standardisée (EGS) fondée sur l'analyse de la personne âgée dans son ensemble, et la recherche de la réduction de la morbidité, de la mortalité et de l'institutionnalisation à court, moyen et long terme.

## Qu'est-ce qu'une population fragile ?

Ce qui fonde la notion de population fragile repose sur la présence d'un ou plusieurs troubles comme : les douleurs, les troubles de l'équilibre avec chutes répétées, les troubles nutritionnels, les troubles cognitifs, les troubles de comportement, les troubles sensoriels, la dépression, la perte d'autonomie fonctionnelle, l'hygiène déficiente, l'isolement social, la précarité économique et la polymédication.

Plus précisément, la fréquence de la douleur du sénior est très importante, grave si négligée, difficile à évaluer, traitée prudemment (à cause de la polymédication), à surveiller de près de manière régulière, aux conséquences importantes (syndrome du glissement : détérioration rapide de

*« La décompensation fonctionnelle décrit l'altération de l'état général de la personne âgée du fait de l'installation de maladie chronique et/ou aiguë chez un sujet plus ou moins affaibli par le vieillissement. Le risque étant de voir une décompensation en cascade de plusieurs fonctions »*

« La notion de population fragile repose sur la présence d'un ou plusieurs troubles comme : les douleurs, les troubles de l'équilibre avec chutes répétées, les troubles nutritionnels, les troubles cognitifs, les troubles de comportement, les troubles sensoriels, la dépression, la perte d'autonomie fonctionnelle, l'hygiène défectueuse, l'isolement social, la précarité économique, la polymédication »

l'état général au décours d'une maladie). Elle s'évalue au sein de l'EGS de manière systématique et répétée, et doit s'appuyer sur l'auto-évaluation (avec possibilité d'hétéroévaluation en cas d'échec). Il faut également évaluer l'impact sur les autres aspects de la vie (sommeil, appétit, gestes quotidiens, moral, qualité de vie).

#### **Échelle d'évaluation et autres éléments de diagnostic**

Pour l'auto-évaluation, il est possible d'utiliser l'échelle numérique, l'échelle verbale simple, l'échelle visuelle analogique. Pour l'hétéroévaluation, il existe l'algoplus et la doloplus 2.

Au vu des difficultés d'évaluation parfois rencontrées, d'autres éléments seront importants comme le regard et l'expression

du visage (détendu, anxieux, effrayé), la position spontanément prise au repos (antalgiques ? Agitée, etc.), la mobilité (mouvement habituel, difficulté à la mobilité), et enfin les relations avec les autres. Durant le soin, il faut prêter attention à la relation pour prévenir les comportements d'évitement et de dépendance (régression, recherche de maternage, refuge dans la maladie). Il faut prévenir la perte d'autonomie, et cas de dépendance installée, il faut envisager des propositions d'aide sociale en concertation avec la famille.

#### **La décompensation fonctionnelle**

À noter que l'on parle maintenant de décompensation fonctionnelle pour décrire l'altération de l'état général de la personne âgée. Celle-ci est le fait de l'installation de

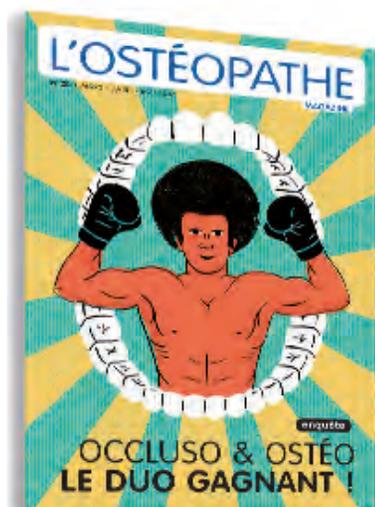
maladie chronique et/ou aigüe chez un sujet plus ou moins affaibli par le vieillissement. Le risque étant de voir une décompensation en cascade de plusieurs fonctions.

Dans la pratique, il faut privilégier les interventions qui apportent une amélioration réelle du patient, de son état de santé et de sa qualité de vie (prothèse totale de hanche, pacemaker, opération cataracte, appareillage auditif, etc.).

Il apparaît dans plusieurs travaux, un impact intéressant de l'ostéopathie sur la santé de la personne âgée. L'ostéopathie peut très bien se fondre dans cette prise en charge globale, et de part de son action sur les tissus de soutien, permettre une complémentarité avec d'autres soins.

pour tout savoir sur l'ostéopathie  
et l'actualité de la santé

**FORMULE  
PRO**



**NOUVELLES  
OFFRES  
D'ABONNEMENT**  
PAPIER + WEB  
+ SMARTPHONE  
+ TABLETTE

**120 € / AN**

- \* 4 magazines FRAIS DE PORT INCLUS
- \* Accès web 12 mois à tous les articles
- \* Les numéros déjà parus à tarif préférentiel :  
14,90 € au lieu de 25 €
- \* Accès illimité aux archives
- \* Accès aux tarifs Abonnés PRO pour les dossiers téléchargeables :  
9 € au lieu de 15 €
- \* Accès aux avantages du club Abonnés :  
Réductions négociées & invitations : matériel, formations, congrès, etc.



**je m'abonne et commande**  
mes numéros sur notre boutique en ligne

➔ [www.osteomag.fr/boutique](http://www.osteomag.fr/boutique)





# TMG Fascia Concept

**LE FASCIA, RÉVOLUTION ANATOMIQUE**

**ET CHAINON MANQUANT DE LA THÉRAPIE**

**Développez votre approche ostéopathique du fascia  
en vous formant à la fasciathérapie et à la gymnastique sensorielle**

## FORMATIONS 2019 / 2020

*Paris, Clermont-Ferrand,  
La Réunion, La Guadeloupe, La Martinique*

### Thérapie manuelle des fascias Fasciathérapie

- Cycle pour tous les professionnels de la santé conventionnelle et non conventionnelle
- Cycle court de 3 stages spécialement conçu pour les ostéopathes !



### Gymnastique sensorielle

**NOUVEAUTÉ**

- Une formation inédite pour enrichir la pratique ostéopathique par une approche gestuelle du fascia



**Responsable pédagogique : Christian Courraud**

07-50-44-56-69 - [info.tmgconcept@gmail.com](mailto:info.tmgconcept@gmail.com) - [www.tmgconcept.info](http://www.tmgconcept.info)

MÉTIER

ENQUÊTE



# GYMNASTIQUE SENSORIELLE

UNE THÉRAPIE  
TISSULAIRE DANS  
UNE DYNAMIQUE  
CORPORELLE

## POURQUOI ACCORDER UNE GRANDE PLACE À LA GYMNASTIQUE SENSORIELLE DANS UN MAGAZINE DÉDIÉ À L'OSTÉOPATHIE ET LA THÉRAPIE MANUELLE ? PARCE QU'ON PEUT INTERROGER LA DIMENSION DYNAMIQUE ET ACTIVE DES THÉRAPIES MANUELLES AU SENS LARGE. N'EST-IL PAS PERTINENT DE PROPOSER UNE PRISE EN CHARGE COMPLÈTE QUI DONNERAIT AU PATIENT UNE PART ACTIVE DANS SA GUÉRISON ?

Une enquête réalisée par Reza Redjem-Chibane

### La gymnastique sensorielle pour tous

Les informations de ce reportage sont issues de l'ouvrage La gymnastique sensorielle écrit par d'Isabelle Eschaliér

*Isabelle Eschaliér est kinésithérapeute, fasciathérapeute et praticienne et pédagogie perceptive. Elle pratique la méditation pleine présence depuis 30 ans. Elle est spécialisée dans la gestion du stress, le développement de soi et l'éducation à la santé.*



Les praticiens de la gymnastique sensorielle (GS) parlent de physiologie sensorielle pour décrire un mouvement indifférencié qui est présent partout et dont l'origine se situe dans la matière humaine. Cette force autonome appelée mouvement sensoriel est décrite comme un mouvement invisible, involontaire, d'une lenteur constante et dont le rythme est de deux cycles par minute (NDLR : ce rythme est expliqué dans notre entretien par Danis Bois page 42). Elle est dite sensorielle parce qu'il est possible d'entrer en relation de perception avec le mouvement. La GS se présente également avec des objectifs d'accompagnement thérapeutique. Mais quels sont ces objectifs ? Avant de répondre à cette question et de décrire la GS, il est indispensable de s'intéresser au créateur de la GS. Il s'agit d'un thérapeute, masseur-kinésithérapeute devenu ostéopathe avant de s'intéresser aux fascias pour donner naissance à une méthode : la fasciathérapie qui porte actuellement son nom. Il s'agit de Danis Bois dont vous pouvez retrouver son interview sur la fasciathérapie méthode Danis Bois dans *L'ostéopathe magazine* #09 ainsi que son témoignage sur la GS page 42. Passionné du mouvement fin et de la lenteur, il n'a eu de cesse d'explorer les différentes composantes tissulaires, dynamiques et somato-émotionnelles du corps humain.

#### SE SITUER, S'ADAPTER, SE METTRE EN ACTION ET SE RENOUVELER

Pour analyser les principes sur lesquels s'appuie la GS, il faut commencer par comprendre l'importance du mouvement à tous les âges de sa vie. À la naissance, le mouvement permet au bébé de construire son schéma corporel et d'entrer en connexion avec son environnement à travers tous ses sens. À l'âge adulte, que devient cette force constructive et évolutive ? Pour Danis Bois, « ce qui a marché pour me construire marchera pour me reconstruire »(1). Cette force de croissance pourra être disponible pour un objectif thérapeutique et c'est cette force que sollicite la GS pour transformer le rapport à soi et au monde. Les quatre enjeux majeurs de la GS sont donc les suivants : se situer, s'adapter, se mettre en action et se renouveler.

(1) Isabelle Eschaliér, *La gymnastique sensorielle pour tous*, éditions Guy Tredaniel, page 31

« Cette force de croissance pourra être disponible pour un objectif thérapeutique et c'est cette force que sollicite la GS pour transformer le rapport à soi et au monde. Les quatre enjeux majeurs de la GS sont donc les suivants : se situer, s'adapter, se mettre en action et se renouveler »

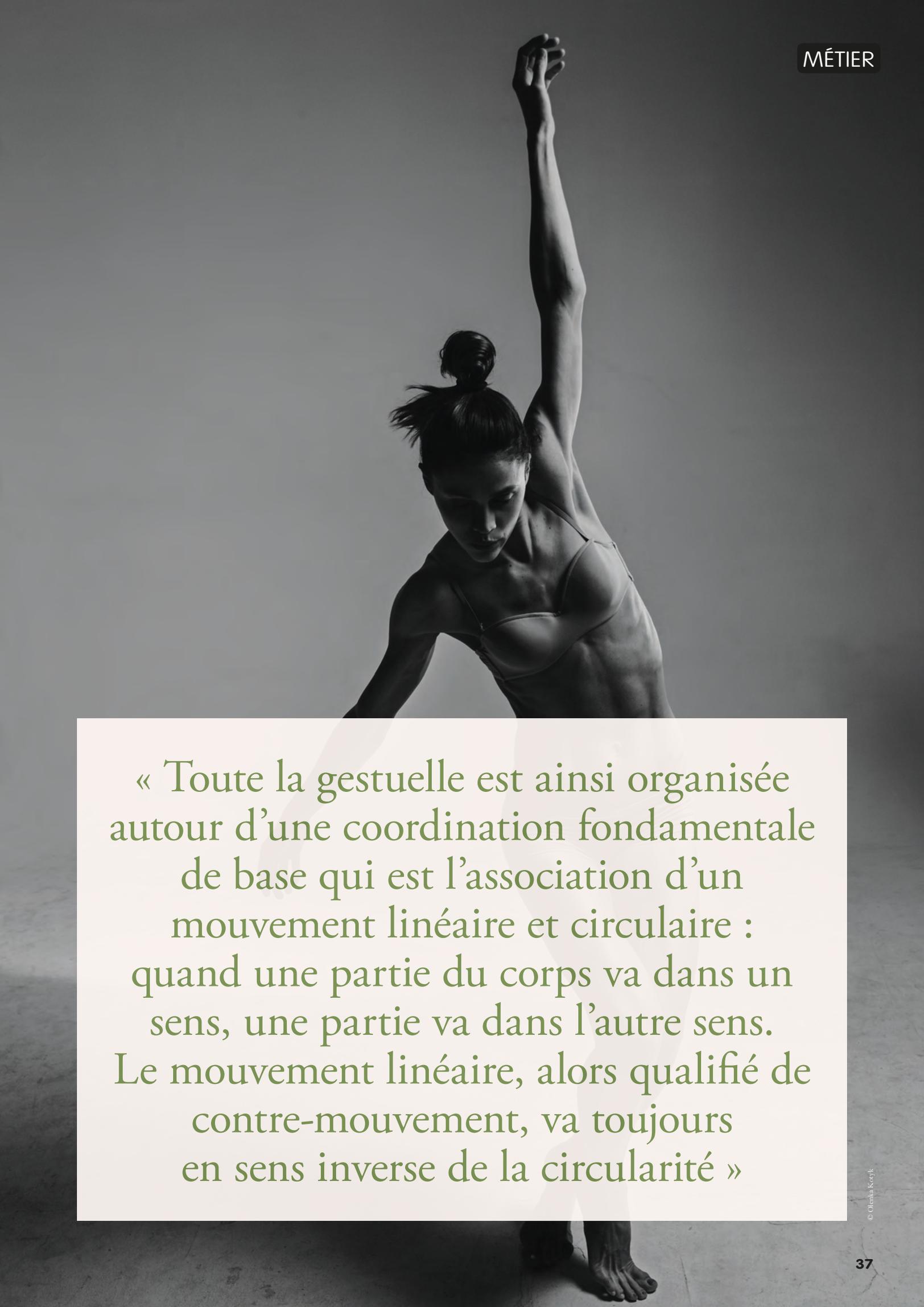
Cette force de croissance évoquée plus tôt est constituée d'une force linéaire qui se déploie d'après Hélène Courraud-Bourhis (2) « selon trois orientations fondamentales de l'espace qui correspondent aux axes de la croissance embryonnaire : haut/bas, avant/arrière, droite/gauche. Ces trois orientations linéaires sont la trace, dans le corps humain, de la première organisation spatiale de la forme corporelle. Cette composante linéaire est aussi appelée mouvement de base. Elle est un élément constitutif du geste en complémentarité avec le mouvement circulaire qui s'effectue autour de l'axe » (voir l'interview de Danis Bois page 42).

### COORDONNER LE MOUVEMENT AVEC LA LOGIQUE SENSORIELLE

Toute la gestuelle est ainsi organisée autour d'une coordination fondamentale de base qui est l'association d'un mouvement linéaire et circulaire : quand une partie du corps va dans un sens, une partie va dans l'autre sens. Ainsi le mouvement linéaire, qualifié alors de contre-mouvement, va toujours en sens inverse de la circularité. C'est un principe d'équilibre. Par exemple, une inclinaison à droite du cou réalise un mouvement circulaire vers la droite associé à un mouvement linéaire vers la gauche. Si une ou plusieurs vertèbres cervicales n'étaient plus animées de ce mouvement linéaire vers la gauche, on parlerait d'immobilité ou de blocage qu'il serait nécessaire de lever. C'est l'objectif des exercices en GS : coordonner harmonieusement les formes linéaires et circulaires sur cette logique sensorielle. Chaque forme ayant sa spécificité : motrice pour le mouvement circulaire, sensoriel pour le mouvement linéaire. La cohérence sensorielle rétablie permet une action profonde sur les tissus, sur la personne elle-même et donne au corps une fibre sensible qui modifie le rapport à soi et au monde.

Par ailleurs, on peut associer les mouvements de base à des intentions directionnelles qui sont autant d'attitudes fondamentales. Par exemple : s'engager, aller de l'avant correspond à un mouvement linéaire antérieur. Prendre du recul, aller vers soi correspond à un mouvement linéaire postérieur. Ainsi les mouvements de base constituent un répertoire des attitudes disponibles pour gérer un événement. *In fine*, l'entraînement en GS aura pour objet de réhabiliter la composante linéaire du mouvement au sein de la circularité afin de réinstaller une cohérence sensorielle essentielle pour le développement de sa propre identité.

(2) Hélène Courraud-Bourhis, *Biomécanique sensorielle et biorythmie : modélisation et protocole d'évaluation (les cahiers de la MDB)*, Point d'Appui, 2005.



« Toute la gestuelle est ainsi organisée autour d'une coordination fondamentale de base qui est l'association d'un mouvement linéaire et circulaire : quand une partie du corps va dans un sens, une partie va dans l'autre sens. Le mouvement linéaire, alors qualifié de contre-mouvement, va toujours en sens inverse de la circularité »

### LES SCHÈMES ASSOCIATIFS : PRÉPARER ET ORGANISER LE MOUVEMENT

Tout mouvement global du corps s'organise autour de schèmes associatifs. Un schème associatif de mouvements est une combinaison particulière de mouvements circulaires et de mouvements linéaires. C'est un ensemble de mouvements élémentaires qui ont un fonctionnement optimal lorsqu'ils sont ensemble. Le corps possède naturellement plusieurs schèmes qui préparent et organisent le mouvement pour le rendre économe en énergie et l'installer dans un équilibre général. En GS, on décrit ainsi six chaînes de mouvement.

La GS considère que le mouvement n'est pas neutre. Il déclenche une résonance et concerne la personne en profondeur. Chaque mouvement correspond à une attitude de vie et une mise en action d'une partie de son identité. Se plier en avant par exemple aura une signification différente en fonction du moment et du pratiquant : accueillir, se protéger ou s'ouvrir vers l'intérieur et la profondeur.

Cette faculté d'entrer en résonance de sens avec le corps, en relation de conscience avec un processus dynamique vivant est la particularité de la sensorialité. Une sensorialité qui peut devenir active à travers le statut que nous accordons au corps. Il existe d'infinies possibilités d'entrer consciemment avec son corps que l'on peut regrouper en trois postures bien distinctes : le corps objet, le corps sujet et le corps sensible. Chacune de ces postures apporte une sensation d'exister particulière, offre une relation au monde différent et crée un nouveau mode de vie.

### DU CORPS OBJET AU CORPS SENSIBLE

Le corps objet est un corps organique, mécanique, quasiment assimilé à une machine. Le corps sujet apparaît lorsqu'une relation perceptive au corps s'installe à travers des états comme la douleur, le plaisir, le relâchement, etc. Il n'y a pas de dualité, mais une unité entre le corps et l'esprit. Enfin, le corps sensible se caractérise par le fait que la personne a conscience d'une relation avec le corps, conscience des effets produits par la relation et que ces effets modifient sa conscience. C'est la qualité de l'attention portée au corps qui crée cette relation à soi.

Les outils de la GS permettent de faire évoluer le corps objet vers le corps sujet puis vers le corps sensible. Pourquoi est-il intéressant d'accéder à ce corps sensible ? Dès que le statut de corps sensible apparaît, un rapport qualitatif au corps et à la vie s'instaure : notre personnalité essentiellement pensante devient aussi sentante, de nouvelles sensations se dévoilent, notre présence se

révèle et l'on a la sensation de se retrouver, de rentrer chez soi. Le sensible est une voie d'accès à la personnalité et à travers lui, on va pouvoir reformuler son rapport au monde. Il ne s'agit pas seulement d'être conscient de ce qui se passe, mais d'être présent à ce qui se passe. On est dans le domaine de la relation de réciprocité. Ainsi le statut de corps sensible est empreint d'un rapport de proximité et de simultanéité avec son corps, avec soi. Passer du corps objet au corps sensible est un processus de transformation qui s'appuie sur la qualité de la relation entre le sujet et son corps. Ce phénomène évolutif met le pratiquant en présence de deux forces : l'une de préservation l'autre de renouvellement. Cette dernière confronte l'individu de façon inévitable à ses inerties, ses immobilités dont la résistance est proportionnelle à ses croyances, à ses préjugés et à ses schémas de pensée.

### LA LECTURE DU CORPS EN GS : DE LA PHYSIOLOGIE SENSORIELLE À L'EXPANSION INDIVIDUELLE

La GS s'intéresse à l'expression du mouvement dans les tissus et dans la gestuelle. Si l'organisation du mouvement telle qu'elle est décrite dans la physiologie sensorielle est un principe invariable, son expression individuelle peut être perturbée. Tout choc et toute contrainte, physiques ou psychologiques, ont des répercussions dans la matière. Si la physiologie sensorielle est synonyme de mouvement, de sensibilité et de conscience, à l'inverse, l'accumulation de contraintes suite à un choc ou à des élans étouffés, rendra la matière immobile, insensible et inconsciente. Une immobilité qui se caractérise par l'arrêt du mouvement interne dans certains endroits du corps et mise en évidence par la main d'un thérapeute manuel ainsi que par le geste qui n'est plus en relation avec la sensorialité. Les zones du corps qui ne sont plus animées par le mouvement sensoriel perdent alors leur sensibilité et sortent de la conscience. L'individu ne perçoit plus certaines parties de son identité qui deviennent absentes et non pourvoyeuses d'informations.

Dans un premier temps, la pratique de la GS permet de rencontrer de nombreuses immobilités dans notre corps. Elles sont initialement là pour diminuer la souffrance, éviter de voir ce qu'on ne veut pas voir, nous empêcher de faire ce que nous ne sommes pas prêts à faire. Selon le regard que l'on porte sur ces immobilités, elles peuvent être une aide ou une calamité. Dans tous les cas, elles sont une qualité en devenir.

Dans un second temps, la GS permettra de rendre sensible ce qui est insensible, conscient ce qui est inconscient et mobile ce qui est immobile.

# COMMENT ACCÉDER À LA PROFONDEUR ET À LA FLUIDITÉ DU MOUVEMENT

## QUELQUES ASTUCES

**Toute la complexité de la GS réside dans l'accès à la profondeur, à l'intériorité (c'est-à-dire ce mouvement très lent qui anime la matière) et à l'expression de cette réalité dans un mouvement physique.**

Plus le geste sera volontaire, plus cela entraînera une déperdition de présence à soi. Pour qu'il y ait la sensation de fluidité, il faut que la composante linéaire ne soit pas sous l'effet de l'intention motrice. Voici quelques astuces qui permettent d'entrer en contact avec l'intériorité, mais aussi de la mettre en action : le détournement de l'intention motrice, l'utilisation de la gravité, la globalité et le respect de l'évolutivité.

### 1/ Le détournement de l'intention motrice

Le mouvement est toujours sous-tendu par la présence de trois composantes. Par exemple, dans une extension de la colonne vertébrale, il y a une association de deux composantes linéaires – verticalité haute et antériorité - et d'une composante circulaire (le dos se creuse). Si mon intention est : " je fais une flexion ", les trois composantes sont soumises à la volonté donc à une activité musculaire importante. Afin de gagner en fluidité, l'idée est de poser son intention sur une seule composante pour libérer, conscientiser et sensorialiser les deux autres. Moins de muscles seront sollicités, le tonus sera plus faible et cela permettra d'accéder plus facilement à des sensations.

### 2/ L'utilisation de la gravité

Avec comme consigne « laissez le poids de votre tête emmener votre mouvement » pour engager l'action de faire une inclinaison de la colonne vertébrale, la pesanteur deviendra la force motrice du mouvement pour laisser exprimer la part sensorielle du mouvement.

### 3/ La globalité

La globalité permet de répartir l'effort musculaire dans l'ensemble du corps afin de rendre l'effort minimal et mieux entendre le mouvement interne.

### 4/ Le respect de l'évolutivité

Dans un mouvement d'élévation des bras, proposer une élévation plus haute à chaque fois et dans l'amplitude subjective les bras iront plus loin, voire dépasseront l'amplitude réelle. On entre dans l'extracorporel. L'amplitude devient si grande que l'on sort de la coordination physique objective de tempo, de cadence, de rythme.

En conclusion, la fluidité est donnée uniquement par le mouvement qui n'est pas sous la direction de la force motrice, mais par la globalité du corps et par l'amplitude subjective. C'est dans cette fluidité que se trouvera la saveur du mouvement.

« Si l'organisation du mouvement décrite dans la physiologie sensorielle est un principe invariable, son expression individuelle peut être perturbée. Une immobilité se caractérisera par l'arrêt du mouvement interne dans certains endroits du corps révélée par la main d'un thérapeute ainsi que par le geste qui n'est plus en relation avec la sensorialité »

### LES PERTURBATIONS DU TONUS : UNE SYMPTOMATOLOGIE DE LA GS

Mais quelles sont ces perturbations gestuelles symptomatiques que se propose de corriger la GS ? Il y a d'abord les perturbations du tonus. Le tonus est une activité involontaire et permanente qui ne s'accompagne pas forcément d'un mouvement. Il en existe quatre types différents : le tonus de base ou de repos, le tonus postural, le tonus d'anticipation ou proactif (qui se met en action quand il y a intention de mouvement, d'action et d'expression) et enfin le tonus d'accommodation ou rétroactif (celui qui s'adapte à l'action). Toute intention, pensée ou émotion a un impact sur le tonus. Une pensée parasite, un état de colère ou de peur ou une angoisse augmentent le tonus qui demeurera élevé tant que durera la pensée ou l'émotion. Dans le cas de contraintes physiques ou psychiques régulières, la conséquence est similaire : le tonus s'élève et progressivement ne revient plus à son état normal. L'individu perd son adaptabilité, devient irritable, susceptible et il a des difficultés à se poser.

### PSYCHOTONUS ET CAPACITÉ D'ADAPTATION

S'il est classiquement admis que des modifications toniques touchent la structure musculaire, rien n'est précisé pour les autres structures corporelles. Or le tonus ne se limite pas au muscle. Il s'applique à toutes les manifestations internes de la matière du corps : sous l'effet de stress physique ou psychologique, les fascias se crispent et créent des cuirasses, les os se densifient, et les vaisseaux se maintiennent dans un état de vasoconstriction. C'est la raison pour laquelle, à force d'accumulation de contraintes réelles (rythme de vie, travail, etc.) ou imaginaires (projection par rapport au futur, etc.), le tonus et le psychotonus augmentent, la matière se densifie et notre capacité d'adaptation, de ressort ou d'absorption diminue. Enfin, tout choc ou état de stress a une répercussion sur les rythmes du corps et particulièrement sur le biorythme sensoriel. La GS permet d'entretenir ou de retrouver un tonus de base physiologique et de restaurer la cohérence du biorythme sensoriel.

### LES HABITUS PERCEPTIFS ET MOTEURS

Chacun a un rapport à lui-même, au monde et à la vie conditionné par ses habitus perceptifs, moteurs et mentaux. Ces habitudes de percevoir, d'agir ou de penser nous sécurisent, mais limitent également l'accès aux informations ou aux actions nouvelles.

L'habitus perceptif est l'obstacle numéro un. La métaphore avec un lampadaire éclairant la nuit décrit parfaitement cet habitus. La lumière projetée éclaire une zone fixe et limitée. Au-delà de cette zone, tout est noir. Pour notre conscience, la zone éclairée correspond à la zone dans laquelle évoluent nos habitus perceptifs pour capter des informations. La zone non éclairée correspond à tout ce qui se passe en dehors de notre champ de conscience ou de perception. Ce sont nos imperçus.

Les habitus moteurs sont des intentions systématiques à partir desquelles on gère notre posture, nos mouvements et notre action. Ils limitent notre capacité à changer notre mode d'action, notre comportement ou nos stratégies d'adaptation.

Les habitus mentaux sont des habitudes de pensée systématiques qui ferment l'individu à de nouveaux points de vue. A priori, préjugés, mode de pensée binaire, idées fixes sont caractéristiques des habitus mentaux, indissociables des habitus perceptifs et moteurs. La GS agira en priorité sur la perception, puis sur les habitus moteurs et enfin mentaux. L'expérimentation simultanée du mouvement et de l'immobilité, du dedans et du dehors, de la pensée et du ressenti, sera une invitation à sortir du système binaire (qui installe la personne dans un extrême) à travers son chiasme, c'est-à-dire le lieu de convergence entre les opposés. On découvre alors une pensée nouvelle, sans prédominance, sans extrême, beaucoup plus paisible, ouverte et adaptable.

## DE LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ À L'EXPRESSION ARTISTIQUE

Ce mode d'action de la GS permet d'envisager un champ d'application très large. De la simple demande de mieux-être à de graves situations de déséquilibre, en passant par tous les degrés possibles de difficultés physiques ou psychologiques, passagères ou chroniques. En développant la sensibilité aux messages non verbaux, la GS intéresse tous les acteurs du secteur de la communication et de la relation. La GS optimise la gestion de la pratique sportive, à l'entraînement, en compétition et pendant les phases de récupération. Les effets stabilisateurs de l'attention que procure la GS facilitent les apprentissages moteurs et intellectuels. Ainsi le secteur éducatif peut s'approprier la GS, de l'éducation spécialisée à la rééducation des troubles comportementaux. La GS contribue à développer l'expression créatrice et améliore la qualité de présence corporelle et la relation au public.

Enfin, la GS trouve sa place dans la prévention de la maladie, le vieillissement, l'accompagnement de la grossesse, la rééducation, etc. Sa dimension thérapeutique sera complémentaire de l'ostéopathie et de la thérapie manuelle au sens large.

*« In fine, l'entraînement en GS aura pour objet de réhabiliter la composante linéaire du mouvement au sein de la circularité afin de réinstaller une cohérence sensorielle essentielle pour le développement de sa propre identité »*



interview



© Nathalie Salvetti

Danis Bois

*Masseur-kinésithérapeute, ostéopathe, au début de sa carrière, puis créateur de la fasciathérapie et de la gymnastique sensorielle, Danis Bois est professeur à l'université Fernando Pessoa à Porto, docteur en sciences de l'éducation et agrégé en sciences sociales spécialisation en psychopédagogie de la perception. Dans le prolongement de la fasciathérapie il a développé le concept de somatopsychopédagogie auquel est rattachée la gymnastique sensorielle. Il a également été directeur-fondateur du CERAP, centre d'étude et de recherche appliquée en psychopédagogie perceptive.*

PROPOS RECUEILLIS PAR REZA REDJEM-CHIBANE

## « L'objectif de la gymnastique sensorielle : rendre visible ce qui est invisible »

### **Pourquoi avoir appelé cette méthode la Gymnastique Sensorielle (GS) ?**

Dans tout geste, il y a une composante motrice et une composante sensorielle. Si la composante motrice du mouvement a été très étudiée, ce n'est pas le cas de la sensorialité. Mon intention a donc été de mettre en avant la composante sensorielle du mouvement. La pratique de la gymnastique sensorielle (GS) sollicite une perception optimale et active pour obtenir l'attention soutenue du sujet et entretenir une présence au geste. Ce dernier mobilise

alors une activité perceptivo-cognitive. La GS, c'est donc une gymnastique perçue à travers un geste conscientisé. J'aurais d'ailleurs pu l'appeler gymnastique intériorisée.

### **Comment obtenir cette conscientisation de la gestuelle ?**

Pour y parvenir, il faut considérablement solliciter la proprioception qui a la réputation d'être inconsciente. Je considère que dans des conditions particulières, il est possible d'entrer en relation de présence avec sa

gestuelle à travers la proprioception.

### **Le pendant de la première question est : pourquoi cette approche conscientisée du mouvement peut-elle être qualifiée de gymnastique ?**

Cette méthode est aussi une gymnastique parce qu'il y a une dynamique gestuelle avec des déplacements extérieurs dont l'objectif est d'entretenir et de prévenir toute la gestuelle. C'est un mouvement codifié, une chorégraphie qui produit des formes et des déplace-

ments qui solliciteront toutes les orientations potentielles d'une articulation. Dans cette gestuelle chorégraphiée sont compris des gestes que nous ne faisons pratiquement jamais, mais qui sont présents dans la configuration articulaire.

### **Quel est l'intérêt d'explorer des orientations articulaires qui ne sont pas sollicitées dans la vie ordinaire ?**

S'il est important de travailler sur les mouvements habituels, il est tout aussi important de solliciter la gestuelle dans des orientations

potentiellement utilisables, mais peu utilisées par les personnes pour enrichir la musique de toute la gestualité. Car ce n'est qu'à travers l'utilisation d'une gestuelle complète et globale que l'on pourra avoir une action sur une problématique locale. Par ailleurs, en étudiant toutes les potentialités de la physiologie du geste, j'ai réalisé qu'il y avait une orientation peu prise en compte dans la gestuelle : l'association d'un mouvement circulaire sur un axe avec un mouvement linéaire. Tous les mouvements se font de manière circulaire et sur un axe, mais la composante linéaire que j'observais n'avait jamais été prise en considération dans aucune étude s'intéressant à la biomécanique.

### Y a-t-il d'autres spécificités propres à la GS ?

Si l'on devait définir les spécificités de la GS, on pourrait évoquer :

1. la sollicitation optimale de la perception active,
2. la sollicitation de la proprioception que l'on va développer en conscience,
3. la découverte d'une composante linéaire qui est cachée à la conscience de la personne, mais présente dans tout geste.

### Pouvez-vous décrire cette composante linéaire du mouvement qui semble être au cœur du concept de la GS ?

Prenons un exemple. Lorsque je fais une flexion de mon tronc, je réalise une flexion circulaire en avant. L'axe du mouvement sera sagittal, d'avant en arrière. Mais pour maintenir l'équilibre de la dynamique gestuelle, il faut rajouter une composante linéaire qui globalise le geste. Dans notre exemple de flexion du tronc, la composante linéaire s'exprimera à travers le mouvement naturel de mon bassin en arrière. C'est le contre-mouvement. Autre exemple. Au cours d'une extension de mon tronc, mon mouvement ne se limite pas à l'extension. Mon corps fait un voyage vers le haut et une partie de mon tronc va vers l'avant. Le mouvement qui va vers le haut et l'avant, je l'appelle mouvement linéaire.

### Cette notion de contre-mouvement avait-elle déjà été décrite ?

Le contre-mouvement a été mis en évidence par Babinski, neurologue français. Il intervient partout et son blocage génère des blocages articulaires. C'est alors toute l'adaptivité fonctionnelle du geste qui sera perturbée. En

« Au départ, comme j'étais ostéopathe et que je pratiquais la fasciathérapie, c'était le toucher qui me préoccupait principalement. PJ Still, le fondateur de l'ostéopathie, déclarait « le mouvement c'est la vie ». Progressivement, j'ai fait évoluer ce propos pour aboutir à l'idée que la vie, c'est le mouvement »

GS, on s'adresse en priorité au contre-mouvement que l'on fait apparaître en conscience chez le sujet. Rajoutons enfin que le mouvement linéaire va anticiper le geste. Tout mouvement a une orientation et le premier geste qui apparaît c'est le mouvement linéaire pour donner l'orientation du geste. Tout ça, évidemment, c'est de la sensorialité.

**Quelle était votre vision de la GS tout au tout début de sa conceptualisation ? Pensiez-vous à créer une gymnastique avec les spécificités que nous venons de décrire ?**

Au départ, comme j'étais ostéopathe et que je prati-

quais la fasciathérapie, c'était le toucher qui me préoccupait principalement. AT Still, le fondateur de l'ostéopathie, déclarait : « le mouvement c'est la vie ». Progressivement, j'ai fait évoluer ce propos pour aboutir à l'idée que « la vie, c'est le mouvement ». L'ostéopathie fonctionnelle m'avait appris à percevoir les micro-mouvements et à travailler sur la motilité inhérente du tissu selon la méthode de WG Sutherland. J'étais donc concentré sur cette notion de mouvement interne et, petit à petit, je me suis intéressé à la vitesse de propagation de ce mouvement interne.

**Comment cette notion de vitesse de propagation du**

**mouvement interne est-elle décrite en ostéopathie ?**

En ostéopathie fonctionnelle, on s'adresse à l'amplitude et l'orientation des micro-mouvements en se basant sur le principe qu'un micro-mouvement perturbé aura une influence négative sur le macro-mouvement et le geste majeur. J'ai travaillé sur ce phénomène, mais je me suis dit qu'on utilisait beaucoup l'orientation, l'amplitude et le rythme physiologique (un rythme de 8 à 14 fois/mi-nute) pour tester et pour traiter. Mais à aucun moment, du moins dans les écrits, le phénomène de vitesse n'est considéré. Je me suis alors intéressé au paramètre de vitesse pour m'apercevoir

que le mouvement était lent. Et plus il était lent, plus en subjectivité il produisait de l'amplitude.

**Qu'avez-vous découvert en étudiant le paramètre vitesse de ce mouvement interne ?**

Ce mouvement interne est autonome, animé d'un rythme et d'une orientation. J'ai considéré que le principe de force du mouvement interne n'était pas l'orientation, ni la cadence, mais la vitesse. En pénétrant dans la vitesse, j'ai découvert un monde nouveau. J'ai étudié cette lenteur et je me suis aperçu que cette lenteur était primordiale. Par la suite, je me suis



« En étudiant toutes les potentialités de la physiologie du geste, j'ai réalisé qu'il y avait une orientation peu prise en compte dans la gestuelle : l'association d'un mouvement circulaire sur un axe avec un mouvement linéaire. Tous les mouvements se font de manière circulaire et sur un axe, mais la composante linéaire que j'observais n'avait jamais été étudiée en biomécanique »

demandé ce que j'obtiendrais si l'on reproduisait la vitesse de ce mouvement interne sur une gestuelle majeure.

**Quel lien avez-vous obtenu entre la vitesse de ce mouvement interne et une gestuelle majeure ?**

Pour mettre en évidence cette relation, je me suis d'abord entraîné à faire une gestuelle qui reproduisait ce que je ressentais sous la main. Je m'imposais des exercices d'intériorisation et de méditation pour ressentir le mouvement interne dans mon propre corps. C'est pour enri-

chir ma perception que j'ai commencé à méditer (NDLR - Danis Bois anime également des méditations guidées qui s'appuient sur cette expérience et qu'il appelle méditation pleine présence). Il y a une différence entre percevoir le mouvement interne dans le corps d'un patient et dans son propre corps. Pour percevoir cette animation que je percevais sous la main, je devais adopter une posture de méditation immobile. Ma main était devenue ma propre conscience sur l'animation de mon propre corps. Quand j'ai senti l'animation

dans mon propre corps, je me suis servi de ce que je percevais pour le prolonger dans le geste. Le déroulé dans le geste majeur correspondait à ce que ma main déroulait dans le tissu. C'est ainsi qu'est né le mouvement libre, première étape de la gymnastique sensorielle.

**Vous souvenez-vous de ce premier mouvement d'expression libre du mouvement interne ?**

C'est un mouvement qui a démarré à travers mes mains et mes bras qui progressivement a engagé l'ensemble

du tronc et puis le bassin et enfin mes pieds. Je découvrais une nouvelle gestuelle. J'apercevais en moi le mouvement interne qui m'indiquait l'orientation que je devais prendre à l'extérieur. Ce que je n'avais pas prévu, et c'est la deuxième phase évolutive, c'est que la lenteur dans le geste m'a permis de développer de nouvelles potentialités perceptives. Au lieu de simplement effectuer un mouvement, je percevais et je sentais la subjectivité de mon mouvement. Je sentais un état de bien être, de liberté, de fluidité. Le mouve-

ment n'était pas seulement porté par ma volonté, mais par l'intelligence du corps. J'ai donc enseigné à mes étudiants pendant des années la gestuelle libre. L'objectif : entraîner ces derniers à percevoir l'intériorité du corps et optimiser le geste thérapeutique manuel. C'était une forme de discipline de la perception qui permettait aux praticiens de percevoir le mouvement en eux et de l'amplifier avec une incidence directe sur la performance de la thérapie manuelle.

### **Pendant combien de temps, ce travail de gestuelle libre est-il resté sous cette forme ?**

Jusque dans les années 92 et ma rencontre avec la danseuse professionnelle Maria Leao qui préparait une thèse de doctorat sur mes travaux sur la gestuelle. Elle s'était aperçu que le mouvement de la danse était totalement anti-physiologique et source de beaucoup de blessures. Elle a donc cherché à comprendre comment la thérapie manuelle et la gestuelle libre que je proposais pouvaient avoir une incidence sur la qualité et la performance de la danse et plus largement sur la prévention et le traitement des blessures. Nous avons donc travaillé de concert pour trouver une gymnastique qui reproduisait

la physiologie du geste. Car dans la danse contemporaine, tous les mouvements sont anti-physiologiques.

### **Comment s'est organisée cette exploration du geste physiologique ?**

Dans un premier temps, nous avons associé la lenteur et la perception du mouvement interne pour l'extérioriser dans une forme chorégraphiée. Comme je l'ai fait pour l'ostéopathie, j'ai alors focalisé mon travail sur la présence de ce mouvement linéaire au sein de la gestuelle physiologique. Nous faisons des séries de flexions du tronc en position assise. À l'aide de la lenteur qui amplifiait la perception du mouvement interne, se révélaient à nous des composantes linéaires dans le geste. Par exemple, on observait qu'une flexion du tronc s'accompagnait du recul des dorsales et d'un abaissement de l'ensemble de la colonne vertébrale. Il y avait trois mouvements au sein d'un seul geste. Nous avons ensuite reproduit l'expérience au niveau de l'inclinaison latérale. Nous nous sommes aperçus qu'une inclinaison gauche n'était possible que parce qu'il y avait un glissement transversal de la colonne vertébrale qui allait vers la

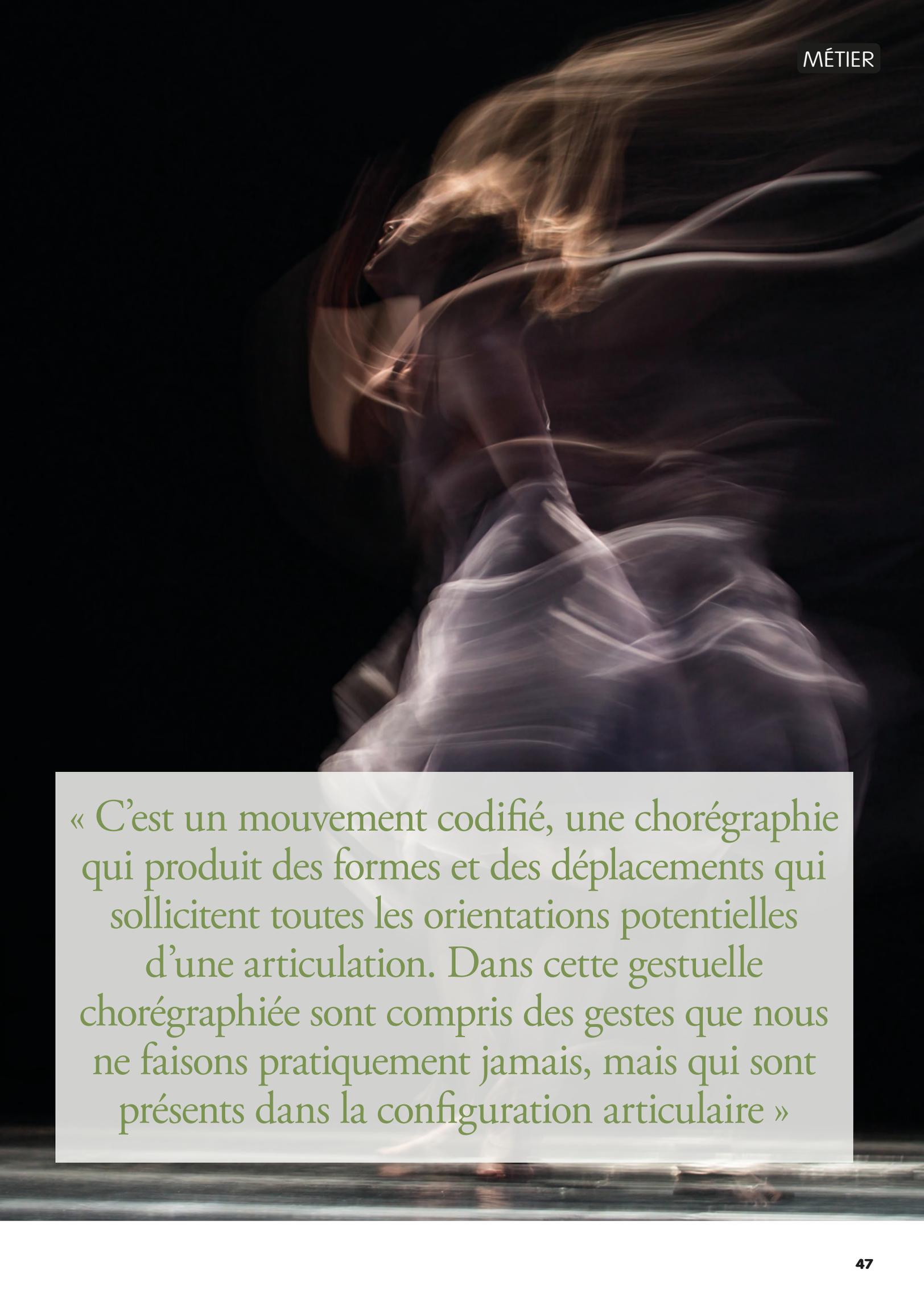
droite. Avec ces exercices qui privilégiaient la conscience sur le mouvement linéaire, Maria Leao a retrouvé sa fonctionnalité et les symptômes dus à des années de pratique professionnelle de la danse contemporaine ont disparu.

### **Comment expliquer cet effet thérapeutique de ces mouvements conscientisés ?**

Nous avons commencé par la colonne vertébrale. Puis, pendant que la colonne vertébrale faisait une extension progressive, nous nous sommes demandé ce que nous faisons naturellement les bras. On s'est aperçu que le mouvement physiologique qui accompagnait le mouvement d'extension de la colonne vertébrale était un mouvement de rotation externe de l'humérus et d'une supination des deux os de l'avant-bras. En associant cette architecture dynamique et en mettant des points d'appui, nous obtenions une normalisation.

### **Quels sont ces mouvements non-physiologiques présents dans notre quotidien et dont nous n'avons pas conscience qu'ils le sont ?**

Dans le yoga par exemple, il y a de nombreuses positions non-physiologiques. Les flexions du tronc sont le plus



« C'est un mouvement codifié, une chorégraphie qui produit des formes et des déplacements qui sollicitent toutes les orientations potentielles d'une articulation. Dans cette gestuelle chorégraphiée sont compris des gestes que nous ne faisons pratiquement jamais, mais qui sont présents dans la configuration articulaire »

souvent réalisées en accentuant le mouvement d'extension de la colonne vertébrale. Or dans un mouvement de flexion du tronc, logiquement, le bassin recule.

**Comment avez-vous transformé cette expérience empirique en une méthodologie bien cadrée ?**

Nous avons mis en évidence huit schèmes associatifs qui reproduisent toutes les potentialités de la gestuelle physiologique. C'est à travers une chorégraphie qui reprendrait de la façon la plus précise cette physiologie à travers ces huit schèmes associatifs que cette expérimentation s'est transformée en méthode appelée gymnastique sensorielle.

**Pouvez-vous décrire ces schèmes associatifs ?**

Ces huit schèmes associatifs sont regroupés en deux composantes : les schèmes divergents et les schèmes convergents. Les schèmes divergents correspondent à l'ouverture et l'inspiration. Un schème divergent s'accompagnera automatiquement d'une extension de la colonne vertébrale, d'un mouvement qui va vers le haut, d'un mouvement qui va vers l'avant, d'une rotation externe des membres supérieurs avec supination et d'une rotation externe des membres inférieurs. Pour les schèmes convergents, ce sera l'inverse. Mais ça part toujours de l'axe médian : la colonne vertébrale. En GS, les schèmes divergents et convergents sont

exécutés alternativement avec une durée de 15 secondes chacun. Cette durée a été déterminée de manière empirique et expérimentée pour chaque mouvement articulaire, quelle que soit la partie du corps concernée. La vitesse idéale pour obtenir la lenteur est toujours de 15 secondes.

**Il y a donc un commun dans cette vitesse lente...**

Oui. J'ai construit la GS sur la lenteur pour respecter le mouvement interne et optimiser la perception. J'ai pris en considération le mouvement linéaire que j'ai organisé sous la forme de schèmes associatifs de convergence et de divergence et j'ai associé un tempo de 15 secondes aller et 15 secondes retour. J'ai créé une chorégraphie

qui respectait la gestuelle physiologique. C'est comme ça qu'est né le mouvement codifié de la GS.

En même temps, je me suis toujours arrangé pour que le mouvement codifié sollicite toutes les orientations potentielles. Par exemple, je peux faire avec mes bras des mouvements qui sont dans le champ visuel. En haut, en bas, en avant... Mais dès que mes mains se trouvent en arrière de mon tronc, mes bras ne sont plus dans mon champ visuel. Pourtant je perçois le mouvement. Très vite, nous allons solliciter une gestuelle globale jamais réalisée par la personne. Ce qui contribuera à développer sa perception.

**Il y a aujourd'hui des propositions de gymnas-**

**tique corporelle basée sur les mouvements naturels comme la reptation, s'asseoir au sol et se relever avec les jambes uniquement, des roulades, etc. Pourquoi ces mouvements ne sont-ils pas présents dans la GS ?**

C'est une bonne question. J'ai introduit le mouvement codifié pour la grande majorité des personnes qui n'arrivaient pas à sentir le mouvement à l'intérieur de leur corps. Seuls ceux qui étaient performants au niveau de la perception pouvaient réaliser ma gestuelle. Parmi eux, 70 % de mes étudiants, ne percevant pas l'animation dans leur corps et ne pouvait donc pas reproduire à l'extérieur l'invisible du monde intérieur. C'est-à-dire, rendre visible ce qui est invisible, mon ambition de départ. Je me suis alors dit qu'il fallait une

pédagogie. D'ailleurs, avant d'utiliser l'appellation GS je parlais de pédagogie du mouvement ou mouvement pédagogique perceptif. L'objectif : créer une chorégraphie permettant au plus grand nombre d'accéder au mouvement interne. Avec la lenteur et cette chorégraphie codifiée, les gens pouvaient entendre ce que leur corps pouvait faire. Mais le mouvement codifié n'était qu'une étape pour revenir au mouvement libre dans lequel reptations et roulades sont possibles.

**Est-ce que le mouvement libre peut nous amener à faire des mouvements anti-physiologiques ?**

L'élan interne ne vous fera jamais faire de mouvements anti-physiologiques.

*« Le contre-mouvement a été mis en évidence par Babinski, neurologue français. Il intervient partout et son blocage génère des blocages articulaires. C'est alors toute l'adaptivité fonctionnelle du geste qui sera perturbée. En GS, on s'adresse en priorité au contre-mouvement que l'on fait apparaître en conscience chez le sujet »*

« Le yoga donne plus d'importance à la posture alors que j'accorde plus d'intérêt à comment l'atteindre et comment entrer en relation avec elle. Lorsque je faisais prendre conscience des gestes que réalisait leur corps pour atteindre la posture de yoga, il y avait une prise de conscience. Or le joyau du yoga, ce n'est pas la posture, mais la façon d'atteindre la posture »

**La reptation, c'est physiologique ou anti-physiologique ?**

Je l'ai beaucoup utilisée au début. Le problème avec la reptation c'est qu'elle déstructure et déstabilise psychiquement les gens qui entrent presque en situation de transe. Ça modifie la conscience, mais dans le mauvais sens du terme selon moi. J'ai cessé de faire des reptations, car ce qui m'importait c'était de développer la conscience de la personne. Comment être conscient à travers son geste et comment le geste peut développer la conscience de la personne. Une fois que la personne est consciente de ses élans internes alors son mouvement va devenir libre, rapide. Le mouvement codifié sert à construire le psychisme de la personne.

**Qu'entendez-vous par « construire le psychisme » ?**

**S'agit-il de la sensation de mieux habiter son corps ?**  
Cela se traduit concrètement par prendre des décisions, avoir confiance, etc. Mon enseignement était trop axé sur le libre, le laisser agir, mais la fonction de « agir, je m'engage, je suis persévérante », etc. manquait.

**Comment positionnez-vous la GS par rapport aux autres propositions d'accompagnement comme la sophrologie qui pose des points d'ancrage pour relier le corps et l'esprit ?**

La sophrologie n'utilise pas beaucoup le mouvement. Ce qui fait le plus écho à notre pratique est le tai-chi ou la méthode Fedelkrais.

**Quelles complémentarités peut-on trouver avec d'autres pratiques s'intéressant à la prise de conscience corporelle ?**

J'ai animé des méditations guidées au cours d'un séminaire de yoga. J'ai pratiqué le mouvement codifié pour permettre à ces personnes d'être plus gratifiées par la posture qu'elles prenaient au yoga. Le yoga donne plus d'importance à la posture alors que j'accorde plus d'intérêt à comment atteindre une posture et comment entrer en relation avec la posture. Lorsque je leur faisais prendre conscience des gestes que réalisait leur corps pour atteindre la posture ils en prenaient conscience. Or le joyau du yoga, ce n'est pas la posture, mais la façon d'atteindre la posture.

**L'objectif est in fine d'avoir une conscience corporelle**

Oui. Et pour être conscient, il faut percevoir. La GS développe cette perception. Je tiens en très haute estime le yoga comme le tai-chi, mais en tant que spécialiste du mouvement, ils doivent faire des progrès dans l'habitation du geste.

**Et du côté de la GS, quelles seraient les évolutions envisageables ?**

Les Européens sont attirés par la spiritualité asiatique que j'ai explorée. En Europe, à côté de la religion, il n'y a pas vraiment d'équivalent de la spiritualité asiatique qui se serait émancipé de la culture indienne. Je pensais qu'on pouvait avoir une spiritualité occidentale basée à la fois sur notre mentalité et sur la science. Une spiritualité dans

laquelle la GS occuperait une place de choix. Une sorte de yoga occidental avec toutes les preuves scientifiques que nous avons produites sur cette pratique corporelle à travers les recherches sur la psychopédagogie perceptive.

**Et en ce qui concerne le temps des 15 secondes, avons-nous une validation scientifique du choix de cette durée ?**

C'est le seul endroit que je ne peux expliquer qu'empiriquement. Si je bouge à cette vitesse, ma perception est maximum. Mon critère d'évaluation pour la lenteur était de respecter le mouvement interne. Comme les gens ne le percevaient pas, il a fallu faire quelque chose et déterminer la vitesse la plus performante dans le geste pour une perception

maximum. Cette lenteur est justifiée, car c'est une vitesse qui permet de changer en permanence l'orientation de mon geste. Ce qui n'est pas le cas dans la lenteur du tai-chi par exemple.

Trouver cette lenteur était important aussi pour la pratique du mouvement libre qui nécessite la capacité de changer à tout moment d'orientation pour être dans une réelle écoute corporelle.

*« J'ai donc enseigné à mes étudiants pendant des années la gestuelle libre. L'objectif : entraîner ces derniers à percevoir l'intériorité du corps et optimiser le geste thérapeutique manuel. C'était une forme de discipline de la perception qui permettait aux praticiens de percevoir le mouvement en eux et de l'amplifier avec une incidence directe sur la performance de la thérapie manuelle »*

MÉTIER

REPORTAGE

# LA GYMNASTIQUE SENSORIELLE

DE LA PRÉVENTION  
À LA THÉRAPIE,  
UNE ÉDUCATION  
EN MOUVEMENT

LA GYMNASTIQUE SENSORIELLE (GS) S'INSCRIT DANS LA PRÉVENTION À TRAVERS LA DÉFINITION DE L'OMS DE 1976 QUI DÉFINIT TROIS NATURES DE PRÉVENTION : PRIMAIRE, SECONDAIRE ET TERTIAIRE. À TRAVERS LA NOTION DE SANTÉ PERCEPTUELLE, LA GS PROPOSE UNE ÉDUCATION PERCEPTIVE CAR « LA PERCEPTION EST ÉDUCABLE ». QUELLES SONT CES BASES ÉDUCATIVES PROPOSÉES PAR LA GS QUI PERMETTENT DE TRANSFORMER LE MOUVEMENT EN ACTION PRÉVENTIVE ET THÉRAPEUTIQUE ?

Un reportage réalisé par Reza Redjem-Chibane lors d'une formation organisée par TMG concept pour former des animateurs en GS à Clermont-Ferrand.

La GS est un des outils pratiques de la psychopédagogie perceptive issue des travaux sur la thérapie des fascias menés par Danis Bois (lire son interview page 42) dans les années 80. C'est une discipline corporelle éducative et thérapeutique. Son objectif est d'accompagner une personne dans un processus de changement pendant une période difficile de sa vie (pathologie, événement, traumatisme, etc.) à partir de l'enrichissement de sa vie perceptivo-cognitivo-comportementale et du mouvement « vécu ». La GS se caractérise par une lenteur qui permet au corps une écoute fine. Elle est sensorielle car elle permet d'enrichir des perceptions et de permettre une mise en relation avec l'univers intérieur sensible et plus particulièrement le mouvement sensoriel. In fine, elle permet également de développer de nouvelles capacités gestuelles, sensorielles et expressives.

### RÈGLE DES 3 i : UNE SÉQUENCE POST-TRAUMATIQUE

Il faut d'abord comprendre pourquoi le mouvement est une alternative à des moments de vie difficiles dont l'origine est corporelle,

psychique ou les deux. La GS s'appuie sur la loi des 3 « i » qui décrit une séquence de réactions du corps suite à un choc. Cette réaction du corps installe un état qui sera plus ou moins durable. Cette séquence est la suivante :

- ❶ Immobilité : elle apparaît dans les conditions extra-quotidiennes de la gestuelle. Le geste habituel est une adaptation autour des immobilités.
- ❷ Insensibilité : protection et intelligence d'adaptation, donne la sensation du mouvement.
- ❸ Inconscience : en lien avec la conscience corporelle.

Toute immobilité est à la fois un système de protection et un réservoir de sensorialité et de vitalité. Pour se réapproprier son corps, éliminer les tensions accumulées et d'entretenir sa vitalité, la GS propose d'apprendre à bouger sans contraintes et avec plaisir. Progressivement, un état de solidité et d'adaptabilité psychologique s'installera permettant de se percevoir (ancrage identitaire organique), d'apprendre de soi et de se mettre en action. Danis Bois exprime ainsi cet objectif : « Ressentir l'impulsion du geste dans sa totalité et la restituer sans voile, sans masque, sans filtre



« La GS s'intéressera à modifier les habitus gestuels (perceptifs, moteurs et tonico-posturaux) par des techniques de détournement de la gestuelle usuelle afin de retourner à une gestuelle physiologique, économique et non contraignante. La prise de conscience des angles morts de la gestuelle (imperçus) et l'enrichissement du rapport au corps : schéma, image et perception du corps permettront dans un même temps de découvrir de nouvelles capacités personnelles »



© Reza Rejman-Chibane

« Vous devez avoir à l'esprit, qu'en plus de manipuler des muscles moteurs, vous manipulez également des informations sensorielles, de la perception, de la conscience et de l'intelligence.  
Tout mouvement est perception  
et toute perception est mouvement »

entre le sentiment intérieur vivant et un visible qui ne restitue pas l'intensité du sentiment ».

Pour y parvenir, la GS s'intéressera à modifier les habitus gestuels (perceptifs, moteurs et tonico-posturaux) par des techniques de détournement de la gestuelle usuelle afin de retourner à une gestuelle physiologique, économique et non contraignante. La prise de conscience des angles morts de la gestuelle (imperçus) et l'enrichissement du rapport au corps : schéma, image et perception du corps permettront dans un même temps de découvrir de nouvelles capacités personnelles. La démarche pédagogique s'appuie sur le modèle de la biomécanique sensorielle et ses mises en situation spécifique.

### LE MOUVEMENT DANS L'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Être sensible au « sens » du mouvement - sensation, sensibilité, signification, orientation, expression – est à la base de l'éducation somatique qui considère le mouvement comme l'expression d'un corps vivant, ressentant et agissant. Il s'agit de favoriser le mouvement « conscient » et les « prises de conscience » de soi et de ses comportements à travers le mouvement pour *in fine* agir sur la plasticité du geste et enrichir les stratégies et les comportements de santé.

Ainsi la GS trouve ses spécificités dans une approche perceptivo-cognitive du mouvement et une rééducation qualitative et subjective du mouvement. En sollicitant la potentialité et l'éducabilité perceptive, elle contribue à enrichir la motricité à travers des sollicitations extra-quotidiennes (plasticité cérébrale).

C'est pourquoi on trouve de nombreux points communs entre la pédagogie somato-sensorielle d'où la GS tire sa source et l'éducation somatique. Les deux approches éduquent la conscience du corps et pas le corps pour améliorer la qualité du vécu du corps et la qualité de vie. Elles permettent de devenir plus conscients de sa santé. En 1997, Yvan Joly, psychologue et praticien-formateur en éducation somatique/méthode Feldenkrais, explique que « pour la santé, les méthodes d'éducation somatique offrent un autre choix : celui de devenir nous-mêmes plus compétents dans la gestion de nos sensations et de nos mouvements ». Ce sont deux approches globales et unifiantes et Yvan Joly décrit cette pédagogie basée sur la réalité corporelle ainsi : « L'art et la science des Éducateurs somatiques ne résident pas dans la pathologie et la symptomatique qu'elles soient physiques ou psychologiques, mais bien dans le processus d'apprentissage du corps capable de

## GYMNASTIQUE SENSORIELLE ET SANTÉ UNE PRATIQUE PRÉVENTIVE

La GS s'inscrit dans la prévention à travers la définition de l'OMS de 1976 qui définit 3 natures de prévention :

**1/ Prévention primaire :** éducation +++ , éviter l'accumulation de comportements à risque

**2/ Prévention secondaire :** retarder l'apparition de la maladie

**3/ Prévention tertiaire :** retarder l'apparition des conséquences de la maladie

À travers la notion de santé perceptuelle, la GS propose une éducation perceptive car « la perception est éducable »

se ressentir et de s'organiser. L'attention est portée non pas sur l'étude des problèmes et des causes des difficultés, mais bien sur le développement du potentiel et des ressources, sur les possibilités inexploitées au plan du mouvement et la découverte dans le mouvement de meilleures options stratégiques » (Joly, 2002)

La sensibilité corporelle est un langage signifiant et le vécu corporel un mode d'expression non verbale de notre existence. Le patient se place tout naturellement au centre du projet dans l'éducation somatique.

### LA PERCEPTION ET LE MOUVEMENT

Le sens du mouvement se base essentiellement sur la proprioception qui englobe posture et mouvement, ancrage identitaire organique et proprioception consciente (JP Roll et illusions de mouvement). JP Roll, professeur au CNRS de Marseille décrit ainsi la relation entre perception et mouvement : « Vous devez avoir à l'esprit, qu'en plus de manipuler des muscles moteurs, vous manipulez également des informations sensorielles, de la perception, de la conscience et de l'intelligence ». Tout mouvement est perception et toute perception est mouvement.

Mais pour décrypter et exploiter au mieux le potentiel thérapeutique du mouvement, il est nécessaire de comprendre le phénomène perceptif que l'analyse classique décompose en trois temps. Premièrement, la sensation à travers les capteurs sensoriels permettant de recevoir des signaux. Deuxièmement, la perception. La construction du percept est plurimodale et intermodale. La perception est perception de quelque chose. C'est un phénomène inconscient. Troisième temps : la conscience perceptiv. C'est la prise de conscience de ce qui est perçu. Danis Bois

propose d'ajouter à cette analyse classique l'imperçu ou inconscient perceptif, c'est-à-dire l'absence d'attention à son propre corps dont le contenu est potentiellement disponible (quand le sujet réactive sa faculté humaine à s'apercevoir).

### THÉORIE PÉRIPHÉRALISTE ET CENTRALISTE

Si l'on comprend bien aujourd'hui les mécanismes mis en place dans la perception, la description de l'origine de la sensation-perception du mouvement est sujette à deux théories. La théorie périphéraliste d'abord. Elle décrit une sensation du mouvement qui vient du corps et des capteurs sensoriels, notamment proprioceptifs (cf. travaux du Pr Roll et travaux d'illusion de mouvement par vibration des tendons). Le corps possède également une mémoire des gestes vécus. La seconde théorie est la théorie centraliste : l'intention motrice est le point de départ de l'action. Cette théorie implique la perception des processus corticaux associés à la genèse du mouvement et le sentiment d'innervation qui avertit le corps quand il y a un mouvement imminent. Imaginer un geste déclenche une activité neuromusculaire au niveau des muscles impliqués dans le geste : c'est l'image kinesthésique du geste.

Ces travaux et leur application donnent ainsi naissance à de nombreux enjeux de la perception du mouvement. Explorer le mouvement, c'est explorer son expérience corporelle, ce n'est pas seulement faire un geste moteur, mais l'éprouver. Pour Francisco Varela, neurobiologiste et philosophe, « la capacité d'un sujet d'explorer son expérience n'est pas donnée, n'est pas spontanée. C'est un véritable métier qui demande un entraînement, un apprentissage ».

## COMMENT ACCÉDER À LA GLOBALITÉ ?

LA GYMNASTIQUE SENSORIELLE EST BASÉE SUR UNE PÉDAGOGIE QUI S'APPUIE SUR TROIS CONCEPTS CLEFS : MÉTHODE ADDITIONNELLE, TECHNIQUES DE DÉTOURNEMENT ET APPRENTISSAGE EN 3 TEMPS.

### 1/ C'est à travers les détails que j'accède à la globalité

- Lenteur sensorielle
- Biomécanique sensorielle
- Biorythmie sensorielle
- Mouvement subjectif
- Cohérence du mouvement / physiologie
- Coordination fondamentale de base
- Angles morts de la gestuelle

### 2/ On n'enlève rien, on enrichit

La GS applique la technique du Boléro de Ravel, méthode additionnelle qui consiste à ne rien enlever au fur et à mesure de l'apprentissage, mais à ajouter : « on n'enlève rien, on enrichit »

- Du plus simple au plus élaboré
- Du plus superficiel au plus profond
- Du plus objectif au plus subjectif
- D'une gestuelle codifiée à une gestuelle libre
- Basée sur le déploiement des potentialités perceptives, attentionnelles et motrices

### 3/ Techniques de détournement

- Intentionnel : une intention déclenche une action (intracorporelle, péricorporelle, et extracorporelle), intention directionnelle du geste
- L'intentionnalité : la personne choisit de poser son attention sur tel ou tel mouvement
- Attentionnel et musculature de l'attention
- Attentionnalité : attitude d'attention présente à l'acte perceptif, non dirigée ; laisser venir à soi une présence réceptive, une écoute et observation ouvertes

### 4/ Apprendre en 3 temps

1<sup>er</sup> temps - Découverte du nouveau potentiel : c'est l'expérience

2<sup>e</sup> temps - Répétition pour l'intégration

3<sup>e</sup> temps - Compréhension pour l'apprentissage et donner du sens au vécu : c'est la mémorisation

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°1 • MARS / AVRIL 2010

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE À L'HÔPITAL À MI-CHEMIN DE LA RECONNAISSANCE**

Collectif d'ostéopates  
Enquête clinique sur  
l'impact de la prise en  
charge ostéopathe  
dans un hôpital  
Témoignage  
d'un ostéopathe  
travaillant en hôpital

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°2 • MAI / JUIN 2010

**enquête**  
**L'OSTÉOPATHIE ET L'EUROPE L'EXCEPTION FRANÇAISE**

Parce que l'Europe  
Libre n'est pas un  
simple territoire  
L'Europe est un  
territoire de  
liberté  
Une démarche  
nécessaire

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°3 • JUILLET / AOÛT 2010

**enquête**  
**TMS QUEL RÔLE POUR LES OSTÉOPATHES ?**

Prévalence élevée et prise en charge  
dans les entreprises  
La révolution des  
traitements  
Les conséquences  
pour l'ostéopathe

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°4 • SEPTEMBRE / OCTOBRE 2010

**enquête**  
**FORMATIONS LA RENTRÉE POUR LES OSTÉOPATHES**

Favoriser la  
diffusion  
Avec un  
niveau  
de  
formation  
Des  
champs  
différents  
Des  
acteurs  
différents

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°5 • SEPTEMBRE / OCTOBRE 2011

**enquête**  
**LES FASCIAS UNE APPROCHE GLOBALE PARTAGÉE**

Évaluation des  
pratiques  
professionnelles  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°6 • NOVEMBRE / DÉCEMBRE 2011

**enquête**  
**CÉPHALÉES UNE PRISE DE TÊTE POUR L'OSTÉOPATHE**

Symptôme  
d'ostéopathe  
de  
la  
tête  
à  
la  
nuque  
Essai  
clinique  
sur  
les  
céphalées  
chroniques  
L'impact  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°7 • AVRIL / MAI 2012

**enquête**  
**LA CONTINUITÉ TISSULAIRE UNE ÉVIDENCE OBSERVABLE**

Prévalence  
et  
douleur  
du  
mouvement  
de  
la  
colonne  
L'impact  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe  
Régulation  
du  
système  
nerveux  
central  
et  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°8 • MAI / JUIN 2012

**enquête**  
**DYSFONCTION SOMATIQUE VERTÉBRALE QUELLE EST SA VRAIE NATURE ?**

European  
Journal  
of  
Osteopathy  
and  
Clinical  
Research  
Une  
nouvelle  
approche  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe  
Douleur  
du  
patient  
L'impact  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°9 • JUILLET / AOÛT 2012

**enquête**  
**LA NEURODYNAMIQUE APPLIQUÉE À L'OSTÉOPATHIE**

Évaluation  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe  
dans  
un  
hôpital  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°10 • SEPTEMBRE / OCTOBRE 2012

**enquête**  
**DIS-MOI QUEL EST TON STRESS, JE TE DIRAI COMMENT LE CHASSER !**

Le  
stress  
est  
un  
facteur  
de  
risque  
pour  
la  
santé  
ostéopathe  
L'impact  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°11 • NOVEMBRE / DÉCEMBRE 2012

**enquête**  
**PHYSIOLOGIE DE LA COLONNE CERVICALE: FRYETTE, HORS-LA-LOI ?**

Prévalence  
et  
douleur  
du  
mouvement  
de  
la  
colonne  
L'impact  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe  
Régulation  
du  
système  
nerveux  
central  
et  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°12 • NOVEMBRE / DÉCEMBRE 2012

**enquête**  
**LA PLAGIOCÉPHALIE MISE À PLAT COMPRENDRE, DIAGNOSTIQUER, ÉVALUER**

European  
Journal  
of  
Osteopathy  
and  
Clinical  
Research  
Une  
nouvelle  
approche  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe  
Douleur  
du  
patient  
L'impact  
de  
la  
prise  
en  
charge  
ostéopathe

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°13 • MARS / AVRIL 2013

**enquête**  
**POSTUROLOGIE UNE HISTOIRE QUI TIEN DEBOUT !**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°14 • SEPTEMBRE / OCTOBRE / NOVEMBRE 2013

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE SOLIDAIRE ET HUMANITAIRE LE MONDE À PORTÉE DE MAINS**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°15 • JUILLET / AOÛT 2013

**enquête**  
**RECHERCHE FONDAMENTALE ET APPLICATIONS CLINIQUES QUE LES FASCIAS SOIENT AVEC VOUS !**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°16 • JUILLET / AOÛT 2013

**enquête**  
**OCCLUSO & OSTÉO LE DUO GAGNANT !**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°17 • MARS / AVRIL 2014

**enquête**  
**AUTISME QUAND L'OSTÉOPATHE PREND LA MAIN**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°18 • SEPTEMBRE / OCTOBRE / NOVEMBRE 2014

**enquête**  
**FERTILITÉ FÉMININE PROCRÉATION OSTÉOPATHIQUEMENT ASSISTÉE**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°19 • SEPTEMBRE / OCTOBRE / NOVEMBRE 2014

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE AQUATIQUE TOUT BAIGNE ?**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE** MAGAZINE  
N°20 • MARS / AVRIL 2015

**enquête**  
**TECHNIQUES HARMONIQUES L'OSTÉOPATHIE AU DIAPASON**

Le  
syndrome  
de  
douleur  
posturale  
Témoignage  
d'ostéopathe  
Hélène  
traumatisme, ostéopathe  
DO  
Chaque  
détail  
de  
la  
prise  
en  
charge  
du  
patient

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°18 • NOVEMBRE • DÉCEMBRE 2011

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE ET OCCLUSODONTIE**  
UNE PRISE EN CHARGE PARTAGÉE

**Actualités du SYSD**  
La prise en charge de l'occlusal  
Bernard Goussier - coordinateur  
de l'unité de soins orthodontiques  
de l'Université de Bourgogne  
Les chèvres musquées et  
implantées par la méthode LDC

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°19 • JANVIER • FÉVRIER 2012

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE VISCÉRALE**  
CES VISCÈRES QUI PENSENT

**Étude Osseoline**  
Un vers de terre peut-être venant  
d'un ostéopathe venant

**Compas AOC**  
L'histoire de l'ostéopathe  
du territoire et de la grande science

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°20 • MARS • AVRIL 2012

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE PÉRINATALE**  
ET PÉDIATRIQUE  
UNE PRISE EN CHARGE  
ÉVIDENTE ET DES  
COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES

**LIÉCO**  
ministère de la santé,  
le docteur s'inspire  
Raf 30 ans d'âge  
Ostéopathe,  
commentaire  
vos patients ?

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°21 • MARS 2012 • MAI • JUIN 2012

**enquête**  
**LOMBALGIE**  
ET **OSTÉOPATHIE**  
UN ENJEU DE SANTÉ  
PUBLIQUE

**Philippe et Gérard Courvillat**  
à propos 11  
1<sup>er</sup> jour de l'ostéopathe  
**Thomas Riard**  
ostéopathe, commentaire  
de l'histoire de la prise en charge

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°22 • JUIN 2012

**enquête**  
**OSTÉOPATHES ANIMALIERS**  
MAIS QUELLE BÊTE  
LES A PIQUÉS ?

**Cécilie**  
un diagnostic  
à l'origine d'un diagnostic  
de l'ostéopathe  
et de l'ostéopathe  
de la bête

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°23 • OCTOBRE • NOVEMBRE 2012

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE DU SPORT**  
UN TRAITEMENT  
TOP CHRONO !

**Les recommandations de l'AFH pour  
encadrer les médecines complémentaires**  
Vers un modèle cohérent  
du diagnostic ostéopathique  
Qu'il s'agit de la grande  
patronne et ostéopathe

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°24 • DÉCEMBRE 2012 • JANVIER 2013

**enquête**  
**REPENSER  
L'OSTÉOPATHIE**  
SYMPOSIUM OSTÉOPATHIQUE  
INTERNATIONAL DE NANTES 2012

**L'ostéopathe**  
un critique de l'interlocution ?  
Paris, capitale de l'ostéopathe  
Engager la recherche  
et la pratique d'un  
une question d'équilibre

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°25 • FÉVRIER • MARS 2013

**enquête**  
**FASCIAS :**  
LA RÉVOLUTION  
ANATOMIQUE  
EST EN MARCHÉ

**Quand la fasciologie  
touche l'ostéopathe ?**  
Quelle est la durée  
entre deux traitements ?  
Méthodes et modes  
d'ostéopathe, que penser ?

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°26 • FÉVRIER • MARS 2013

**enquête**  
**LA PLAGIOCÉPHALIE**  
MISE À PLAT  
2<sup>ème</sup> PARTIE : DU TRAITEMENT... À LA CAUSE

**Plagiocéphalie, le tout  
complet des solutions**  
**Cochage des bébés**  
infirmité pour  
être bébé

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°27 • MAI • JUIN 2013

**enquête**  
**DOULEURS**  
CHRONIQUES ET DIFFUSES  
UNE AUTRE LECTURE DU  
CORPS HUMAIN

**Quand un médecin  
prend forme  
en la personne  
d'une femme**  
**Travaux de la recherche  
du nourrisson  
un travail d'équipe**  
**Modes d'usage de la  
Kikaku, garde  
l'ostéopathe en tête**

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°28 • OCTOBRE 2012 • NOVEMBRE 2012

**enquête**  
**GROSSESSE**  
NEUF MOIS FERMÉS  
POUR L'OSTÉOPATHE

**Le massage  
MURF, recherche  
des problèmes  
de la femme  
et de la femme  
et de la femme**  
**La mise à disposition  
et l'usage de la  
de l'ostéopathe**  
**Le massage  
et de la femme**

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°29 • DÉCEMBRE 2012 • JANVIER 2013

**enquête**  
**COURSE À PIED**  
RIEN NE SERT DE COURIR,  
IL FAUT TRAITER À POINT !

**Le massage  
de la course  
à pied après la fatigue**  
**Courir ou ne pas courir  
elle n'est pas la question**  
**Alimentation, cholestérol  
dilatatoire, l'usage de la  
de la femme**

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°30 • OCTOBRE 2012

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE VISCÉRALE**  
Douleurs pelvi-périnéales masculines  
**L'OSTÉOPATHIE FORTISSIMO !**

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°31 • MARS • AVRIL 2013

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE STRUCTURELLE**  
THRUST ME IF YOU CAN !

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°32 • OCTOBRE 2012 • NOVEMBRE 2012

**enquête**  
**OTITE  
DE L'ENFANT**  
SE COMPRENDRE  
POUR BIEN  
S'ENTENDRE

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°33 • MARS • AVRIL 2013

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE & CANCER**  
QUELLE PRISE EN CHARGE PROPOSER ?

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°37 • JUIN • JUILLET • AOÛT 2013

**enquête**  
**OSTÉOPATHIE**  
ET **ENDOCRINOLOGIE**  
MAIN MISE SUR LES HORMONES

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°38 • OCTOBRE 2012 • NOVEMBRE 2012

**enquête**  
**nutrition & métabolisme**  
L'ostéopathe dirige ses concepts

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°39 • OCTOBRE 2012 • NOVEMBRE 2012

**enquête**  
**COMPRENDRE  
LE SCHEMA CORPOREL**  
POUR ANALYSER LA FORME GLOBALE

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°40 • MARS • AVRIL 2013

**enquête**  
**PÉRINATALITÉ**  
L'instinct des femmes  
est l'avenir de l'homme

**numéro double**

**L'OSTÉOPATHE**  
MAGAZINE  
N°41 • MARS • AVRIL 2013

**FASCIA**  
N°1 de la recherche moderne  
sur l'ostéopathe et le massage



## interview

Isabelle Bertrand

*Kinésithérapeute, fasciathérapeute et docteure en sciences sociales, formatrice et chercheuse en thérapie des fascias et pédagogie perceptive. Isabelle Bertrand est également présidente de TMG Concept, organisme de formation professionnelle pour les professionnels de la santé.*

PROPOS RECUEILLIS PAR REZA REDJEM-CHIBANE

« Dans notre approche, nous parlons plus d'une qualité de mouvement que de mouvement. Et l'on va parler d'un mouvement sensoriel, subjectif, vécu plus que d'un mouvement gestuel à visée de performance »

**La gymnastique sensorielle (GS) est une méthode récente puisqu'elle existe depuis 1995.**

**Environ mille personnes ont été formées. Pouvez-vous nous donner une définition du mouvement, notion au cœur de la GS ?**

Dans notre approche, nous parlons plus d'une qualité de mouvement que de mouvement. Et l'on va parler d'un mouvement sensoriel, subjectif, vécu plus que d'un mouvement gestuel à visée de performance.

On va travailler sur une intériorisation du mouvement que nous utilisons comme outil pour développer un rapport au mouvement à

soi qui donne accès à un mouvement vécu plutôt qu'un mouvement automatique et purement moteur.

**À partir de cette notion de mouvement a été créée la GS. Quels sont les concepts sur lesquels s'appuie la GS pour proposer cette approche du mouvement ?**

La GS est au départ issue des travaux du professeur Danis Bois qui est à l'origine de la fasciathérapie, thérapie manuelle qui a comme projet d'écouter les tissus du corps et notamment les mouvements des fascias. Au cours de cette formation et dans l'expérience de ce mouvement interne et

tissulaire, le professeur Danis Bois s'est rendu compte que ce mouvement pouvait se prolonger dans un geste. À partir de là, il a élaboré une technique de gymnastique, voire même une pédagogie, pour aider les personnes à entrer en relation avec leur propre mouvement tissulaire prolongé dans un mouvement gestuel.

**TMG concept enseigne la GS à des professionnels de la santé, des kinésithérapeutes, fasciathérapeutes, des ostéopathes, etc.**

**Comment cette approche du mouvement est-elle intégrée dans leurs stratégies thérapeutiques ?**

Cette approche est thérapeutique dans le sens où l'on ne cherche pas seulement à intérioriser le mouvement. On va également s'attacher à retrouver des mouvements dits physiologiques à partir notamment de cette exploration du mouvement comme une biomécanique vécue plus qu'une biomécanique observée de l'intérieur. À partir de cette biomécanique vécue, on s'est aperçu que des mouvements fonctionnaient bien ensemble, d'autres non. Ainsi est née la notion de chaînes d'affinité de mouvements.

**Pouvez-vous nous donner un exemple de ces mouve-**



© Reza Rejlem-Chibane

### ments qui fonctionnent bien ensemble ?

Lorsque je fais une rotation externe d'épaule, j'ai un mouvement d'ouverture de mon avant-bras et de ma main. Si je fais une rotation externe d'épaule et que je veux faire en même temps une pronation de mon avant-bras, je vais contrarier cet ensemble anatomique et c'est ce que nous appelons un mouvement anti-physiologique. Mettre une personne dans sa physiologie, c'est donc curatif puisqu'on enlève des zones de tension, des points d'ancrage, de fixité. Et quand le corps est mis dans son unité et sa globalité, le fonctionnement physiolo-

gique fera « disparaître » d'elles-mêmes un certain nombre de pathologies.

### Je participe à cette formation depuis trois jours et j'ai appris qu'il y avait près de 300 mouvements codifiés. Pourquoi autant et quels sont leur spécificité ? Sont-ils liés à une partie du corps, ou un schème en particulier décliné sur plusieurs parties du corps ?

Il y a un grand nombre de mouvements car l'idée est de permettre à une personne d'explorer tous les mouvements que son corps lui permet de faire. Ces mouvements codifiés ont été créés et répertoriés car la

proposition initiale de la GS était le mouvement libre. Un mouvement qui *in fine* n'était pas si libre que ça et qui s'appuyait toujours sur des automatismes de mouvements. L'idée était de sortir de ces automatismes pour avoir un mouvement réellement libre. Nous avons étudié et créé tous les mouvements possibles du plus simple au plus complexe, travaillé sur des coordinations entre membres supérieurs et inférieurs, créé des séquences dans lesquelles les mouvements s'enrichissaient progressivement avec le projet que la personne réalise des mouvements à la fois devant elle, sur le côté, en dehors du

champ visuel, autant vers le haut que vers le bas.

### Comment ne pas tomber dans une normalisation des mouvements en codifiant ce travail alors que l'idée est d'accéder à une libre expression corporelle à travers le mouvement ?

Lorsque l'on observe quelqu'un bouger, on réalise qu'il a toujours une préférence. Plutôt vers l'avant, le côté, très en haut et très peu en encrage. L'idée n'est pas de normaliser tout le monde, mais plutôt de libérer des mouvements pour donner la possibilité à la personne de descendre quand c'est important de s'ancrer dans

« Lorsque l'on observe quelqu'un bouger, on réalise qu'il a toujours une préférence. Plutôt vers l'avant, le côté, très en haut et très peu en encrage. L'idée n'est pas de normaliser tout le monde, mais plutôt de libérer des mouvements pour donner la possibilité à la personne de descendre quand c'est important de s'ancrer dans le sol, de pouvoir aller à droite quand c'est important de pouvoir se déplacer, ou d'avoir un temps de recul pour pouvoir se ressourcer, etc. L'idée c'est de déployer tous les mouvements possibles pour offrir plus de choix »

le sol, de pouvoir aller à droite quand c'est important de pouvoir se déplacer, ou d'avoir un temps de recul pour pouvoir se ressourcer, etc. L'idée c'est de déployer tous les mouvements possibles pour offrir plus de choix.

**Ce mouvement que chacun pourra s'approprier est présenté comme thérapeutique. Chacun pourra ainsi être le propre acteur de sa guérison, comme l'énonce un des principes de l'ostéopathie qui est l'autogénération du corps. Comment les kinésithérapeutes et les ostéopathes peuvent-ils associer cette pratique de GS à leur proposition thérapeutique ?**

C'est facile à s'approprier dans le sens où l'on peut concevoir cette pratique gestuelle comme la continuité du traitement manuel. Lorsque l'on pratique un soin manuel, on libère le tissu, l'articulation, une zone voire tout le corps. Mais le patient est immobile. Lorsqu'il intégrera sa gestuelle quotidienne,

ce qui a été libéré dans le corps ne passera pas dans son geste. La complémentarité est possible quand la libération tissulaire est introduite dans le geste avec un guidage manuel au début, puis progressivement avec un guidage verbal avant que le patient le fasse tout seul. Par exemple, après un traitement visant à libérer les lombaires, un guidage de son tronc vers l'avant et vers l'arrière lui permettra de ressentir que son mouvement s'est libéré. Cette prise de conscience sera un élément clé de sa guérison.

**Après avoir testé la GS, j'ai trouvé intéressante la notion de plaisir à faire ces mouvements. Notamment à travers un paramètre omniprésent en GS : la lenteur. La lenteur associée à des mouvements très simples nous reconnecte à une intériorité et à des sensations qui sont très agréables. Est-ce l'effet recherché ?**

La GS est une « rééducation » perceptive, cognitive et motrice. On ne rééduque pas

uniquement le geste, mais, par le biais de la lenteur avec parfois les yeux fermés, la GS permet de développer des perceptions internes. En demandant à la personne de percevoir en temps réel son geste et ce qui se passe dans son mouvement, elle pourra mieux se l'approprier. La GS est donc motrice puisqu'on bouge, perceptive puisqu'on développe cette perception corporelle et cognitive dans le sens où on demande à la personne d'être attentionnée à ce qu'elle fait.

On niveau de la cognition, on va également proposer des attentions différentes par rapport aux intentions habituelles. On sollicite également la mémoire et d'autres notions qui sont partie intégrante de la cognition.

**Est-ce qu'il y a des preuves ou des recherches pour démontrer tous les intérêts apportés par la GS que vous venez de nous présenter ?**

Dans notre laboratoire (NDLR: il s'agit du CERAP, Centre d'Étude et de Recherche

Appliquée en Pédagogie perceptive), nous avons pour l'instant des résultats sur l'efficacité de la fasciathérapie. Le second temps de notre projet de recherche et d'explorer les effets de la GS. Nous avons quelques études qui n'ont pas été publiées. Notamment, un master sur la GS et d'autres études réalisées sur quelques patients. La recherche est en cours. Mais notre réalité clinique est en avance et montre cette efficacité de la GS.

MÉTIER

REPORTAGE

# SPATIALITÉ ET MOUVEMENT

VIVEZ L'EXPÉRIENCE DE LA  
SENSORIALITÉ AUGMENTÉE

## IL EXISTE UNE GRAMMAIRE DU GESTE QUI PERMET DE CONJUGUER NOTRE MOUVEMENT DANS L'ESPACE ET DANS LE TEMPS. NOS GESTES PEUVENT DÉCRIRE UNE SPATIALITÉ RÉELLE ET SUBJECTIVE. COMMENT LA GYMNASTIQUE SENSORIELLE (GS) EXPLOITE-T-ELLE CE RAPPORT À L'ESPACE ?

Un reportage réalisé par Reza Redjem-Chibane lors d'une formation ouverte à tout public et organisée par L'école du mouvement PRO à Paris.

Les mots de cette grammaire sont : orientation, amplitude, rythme, vitesse, etc. Ils permettent de décliner le geste dans de nombreux paramètres. L'orientation renvoie au choix alors que l'amplitude dessine les contours de notre espace de liberté. La cadence et le rythme incarnent nos élans et nos envies profondes alors que la vitesse illustre notre degré de lâcher-prise. Enfin, la résonance en nous du geste caractérise l'implication et l'expression authentique. La spatialité et le rapport à l'espace sont des éléments capitaux de la GS. Ces notions s'expriment dans trois domaines :

- ❶ Géographique. Carrefour entre le corps et le psychisme, ce domaine est le lieu d'expérience du corps et d'une représentation construite à l'aide de repères topologiques pour se situer dans un environnement. Cela fait appel à la mémoire spatiale (trajet, cartographie, repères).
- ❷ Spatial. La spatialité peut être vécue et subjective. C'est la place que j'occupe et qui me différencie de l'autre et de l'extérieur. C'est également ma place sociale : celle que je prends ou qu'on me donne (hiérarchies, devant, derrière, au-dessus, en dessous, à côté, etc.). C'est enfin l'espace vécu, que j'habite et dont je

me sens faire partie (ou ressenti comme tel), qui définit des réseaux d'appartenance et des zones d'exclusion.

- ❸ Physiologique. La spatialité est bien évidemment physiologique car elle mobilise le sens visuel, l'oreille interne et le système proprioceptif.

Parmi les paramètres du mouvement, l'orientation et l'amplitude sont très étudiés en GS car ils apportent beaucoup d'informations sur la psychologie de la personne.

### ORIENTATION : 2 GRANDES TYPOLOGIES

Il existe deux grands types de mouvements porteurs d'enjeux spécifiques :

1. Les mouvements circulaires : ils permettent d'ajuster le corps à l'action ou à la situation présente. Ils épousent la forme de l'évènement : ce sont des mouvements d'adaptation.
2. Les mouvements linéaires : ils sont porteurs de sensorialité. Leur axe construit des repères et donne accès à une structuration en profondeur.



À ces deux mouvements, on associe deux grands profils d'orientation :

**1. Profil linéaire** : structuré et situé, il indique une tendance à être organisé dans le mouvement et la posture. Certaines orientations peuvent être prédominantes.

**2. Profil circulaire** : adaptabilité et modulations, il s'exprime par une exploration du mouvement par les ondulations et des trajets indirects.

Travailler sur l'orientation permettra de dépasser deux grandes problématiques. Premièrement : lorsque la personne se sent désorientée et perdue. L'objectif sera alors de lui permettre de s'ouvrir à différents points de vue, de retrouver des possibilités de choix et un axe. On utilisera les outils de la GS pour se situer, construire des repères intra/péri/extra, dans des directions données par les mouvements linéaires avec une coordination linéaire/circulaire.

Deuxièmement : lorsque la personne tourne en rond, se sent en errance, a du mal à faire un choix et s'y investir pleinement. Avec les outils de la GS qui permettent d'engager toute la communauté articulaire dans un axe sans dévissage et au sein d'une séquence, le projet sera de retrouver un appui interne, une motivation imminente pour oser s'engager dans une direction et faire un choix en étant en relation avec soi-même.

## QUE RÉVÈLE L'ANALYSE DE L'AMPLITUDE

L'analyse de l'amplitude permet de révéler deux grandes problématiques. La première est la difficulté à aller jusqu'au bout de ses projets, actions, pensées, etc. La personne s'arrête en chemin ou se sent vite épuisée ou retenue. En développant l'attention au déroulement du trajet en lien avec le micro-jeu articulaire, la GS permet à la personne de saisir la résonance du geste en temps réel de l'action et de retrouver le gout de son mouvement. Résultat : cette dernière retrouve la confiance et la motivation pour aller dans la nouveauté.

Seconde problématique : le sentiment de se sentir enfermé dans ses contours, dans sa vie. Difficulté à aller au-delà de son amplitude usuelle. Par l'exploration de l'évolutivité de l'amplitude objective et subjective et l'utilisation des déliés sortants et rentrants, des débridages rythmiques et avec un travail de la relation, la GS libère le contrôle du geste pour oser occuper et exprimer tout son espace. Résultat : un geste plus libre et une continuité entre le dedans et le dehors. Des gains d'amplitude sont ressentis dans la gestuelle, les déplacements, les relations et la pensée.

L'orientation est une composante individuelle. Les orientations exprimées dans les gestes seront existantes, retenues et absentes. En GS, le geste est dit « extra-quotidien », c'est-à-dire libéré des aspects usuels et conditionnés. À travers le geste, la personne se dit, se découvre, se révèle...

## RELATIONS ENTRE ORIENTATION ET PSYCHOLOGIE

Il est possible de créer des liens entre les orientations de la gestuelle et des déterminants psychologiques. Voici une lecture de certains mouvements :

→ **Mouvement de base d'antériorité** : mise en action, prise de décision, s'engager, aller vers l'autre et dans le monde, se dévoiler, oser se montrer, curiosité, extériorité

→ **Mouvement de base de postériorité** : absorption, prise de recul, retour à soi, ouverture vers soi, se ressourcer, temps de réflexion, d'intégration, préparation à l'action, mouvement vers l'intériorité

→ **Mouvement de base de verticalité haute** : légèreté, créativité, imaginaire, se redresser, accéder à une dimension plus grande que soi, spiritualité, aspiration, élévation

→ **Mouvement de base de verticalité basse** : ancrage, solidité, incarnation, appui pour prendre un élan, rebond, impulsion, enracinement, réalité concrète, matérielle

→ **Mouvement de base de transversalité** : exploration de différents points de vue, capacité à changer de point de vue, accès à la nuance, capacité à cheminer ensemble.



© Reza Rejfen-Chibane

## L'AMPLITUDE

L'AMPLITUDE EST UNE COMPOSANTE INDIVIDUELLE, MATÉRIELLE, OBJECTIVE, DÉLIMITÉE OU VÉCUE, SUBJECTIVE, INFINIE. OBSERVER L'AMPLITUDE EN GS FOURNIT DE NOMBREUSES INFORMATIONS.

L'observation attentive de l'amplitude permet d'analyser la capacité à explorer, habiter toute l'étendue de sa liberté d'être, à associer les amplitudes objectives et subjectives, à équilibrer les amplitudes sortantes et rentrantes (lenteur et présence aux micro-jeux articulaires) et enfin à oser se dévoiler à soi-même et dans le monde. L'amplitude s'explore à travers :

- des micro-jeux articulaires,
- l'exploration des espaces intra, péri et extracorporels,
- les mouvements de base, véritables amplificateurs de subjectivité,
- la capacité d'engagement et l'endurance/persévérance.

On observe trois modalités d'expression de l'amplitude :

- 1/ L'amplitude spontanée faible ou dilatée
- 2/ L'amplitude retenue ou habitée, assumée
- 3/ L'amplitude externe et/ou interne

Et enfin, il existe trois différentes formes d'amplitudes :

- ① L'amplitude objective : celle du geste physique, jusqu'à l'extrémité des membres. Elle engage tous les segments en lenteur dès les premiers degrés du mouvement.
- ② L'amplitude intermédiaire : en lien avec les micro-jeux articulaires (max 2 cm). Elle permet l'exploration des différents plans et axes. C'est un starter objectif et l'éveil d'un ressenti subjectif : 1 cm objectif restitue une sensation subjective. On habite son envergure.
- ③ L'amplitude subjective : c'est un rapport qualitatif au geste avec le support de la lenteur. Un équilibre entre amplitude sortante et rentrante s'installe avec un ressenti toujours en lien avec les données objectives. La saisie du pré-mouvement génère de l'espace dans la matière. Nous ne sommes pas hors du corps, mais le corps se dilate.

« Plus on parcourt un minimum de distance en un maximum de temps, plus on produit de l'amplitude »... L'amplitude permet d'accéder au « ni dedans, ni dehors » et d'habiter un espace infini.

« Travailler sur l'orientation permettra de s'ouvrir à différents points de vue pour retrouver des possibilités de choix et un axe lorsque la personne se sent désorientée et perdue. Lorsqu'elle tourne en rond, erre et a du mal à faire un choix et s'y investir pleinement, la GS permettra d'engager toute la communauté articulaire dans un axe au sein d'une séquence pour retrouver un appui interne et faire un choix en relation avec soi-même »



## interview



© Reza Rezaei-Chibane

### Gitte Møller (GM)

*Gitte Møller est psychopédagogue, enseignante en Pédagogie Perceptive, spécialisée en Gymnastique Sensorielle et en Expressivité Gestuelle du Sensible. Son parcours est né de l'entrelacement entre la danse contemporaine - l'expressionnisme allemand à l'école de Pina Bausch et en France avec la danseuse, pédagogue et chorégraphe Isabelle Abelé-Dubouloz -, la pratique de l'aïkido et l'enseignement du tai-chi, pour se prolonger depuis 20 ans dans la Psychopédagogie Perceptive à laquelle elle a été formée par Danis Bois et son équipe. Elle est titulaire d'un DESS Somato-psychopédagogie et Art Thérapie performative et d'un DESS Somato-psychopédagogie à l'Université Moderne de Lisbonne (Portugal).*

### Frédéric Pancaldi (FP)

*Psychopédagogue, enseignant en Pédagogie Perceptive spécialisé en mouvement et expressivité. Frédéric Pancaldi est praticien et enseignant en Psychopédagogie Perceptive formé par Danis Bois et ses collaborateurs depuis 20 ans. Il est passionné par le corps dans toutes ses dimensions : anatomie, organisation du geste, physiologie du mouvement dans sa part objective, mais aussi dans sa part vécue, intime et subjective. Il est également titulaire des DESS l'Université Moderne (UML) Lisbonne suivants : Art et Thérapie du Mouvement, Somato-psychopédagogie et Art Thérapie performative, Somato-psychopédagogie. Et du DESS de l'université Fernando Pessoa, (UFP) Porto : Mouvement Art et Expressivité et du DU Psychopédagogie Perceptive.*

PROPOS RECUEILLIS PAR REZA REDJEM-CHIBANE

**J'ai assisté à un séminaire de formation sur la gymnastique sensorielle que vous animiez au sein de l'école du mouvement PRO. Pouvez-vous nous présenter cette structure ?**

**GM :** L'école de du mouvement PRO a été créée pour partager nos connaissances acquises en gymnastique sensorielle (GS) car cette pratique recèle des trésors à transmettre pour de nombreuses applications. Ça fait à peu près un an que nous avons ouvert l'école.

**Qu'est pour vous la GS que l'on associe à la pédagogie perceptive ?**

**FP :** La pédagogie perceptive regroupe un certain nombre de compétences d'accompagnement de la personne avec différents outils utilisés en fonction des besoins du moment. La GS est un de ces outils. Elle représente la partie gestuelle et de mise en action de la personne

en complément de la partie thérapie manuelle qui est quelque chose que l'on reçoit « plus facilement ».

**Un mot était omniprésent au cours de ce séminaire : le mouvement. C'est une notion assez vaste. Pouvez-vous préciser les notions de ce terme que vous rattachez à la GS ?**

**FP :** Le mouvement, c'est le cœur de la méthode. Dans notre société, le corps est soit mis en mouvement sur un mode extrêmement gymnique et sportif, soit il est le parent pauvre et c'est la tête qui domine. Comment trouver un équilibre entre un corps qui est un organe permettant de faire des choses dans le monde, mais aussi un corps qu'on peut réapprendre à habiter ? Comment vivre avec son corps et depuis son corps, et non pas uniquement transporter son corps d'un endroit à un autre ? C'est l'un des aspects du mouve-

ment que l'on explore en GS. Ensuite, il y a un autre type de mouvement plus discret. Un mouvement qui serait de l'ordre d'une animation interne que l'on nomme le mouvement interne. C'est le ressenti profond d'un déplacement, d'un mouvement à l'intérieur du corps et qui donne accès à une forme de ressenti de soi, de reconnexion avec soi. Il permet de retrouver un ancrage, plus de stabilité et de bien-être profond.

**Vous faites en effet fréquemment référence à cette idée de faire retrouver une forme de plaisir aux personnes qui participent à un cours de GS à travers le mouvement. Mais une phrase m'a interpellé au cours de cette formation : « la perception est un acte cognitif ». Cette phrase implique beaucoup de choses. Pouvez-vous la commenter ?**

**FP :** Dans sa formulation, cette phrase incarne un paradoxe de notre monde qui sépare le monde perceptif du corps et le monde cognitif de la pensée. Notre intention est de rapprocher ces deux mondes. Cette séparation n'est pas une fatalité et les neurosciences révèlent jour après jour que l'interaction entre le corps et la pensée est faite de flux permanents. On peut donc être autant présent à son corps qu'à sa pensée. Autant en lien avec sa pensée et les effets sur le corps qu'avec son corps et les effets sur la pensée. Comment les états du corps viennent-ils influencer les états de pensée ? Et réciproquement. La GS s'inscrit dans cette dynamique pour recréer des ponts entre le monde de la perception et la pensée/réflexion. Sur un deuxième plan, la perception en tant que telle est un acte cognitif. La perception implique le cerveau dans sa

globalité. S'il existe des aires du cerveau spécialisées dans l'analyse des informations sensorielles, la mémoire, l'anticipation et le vécu très global de la personne sont également impliqués dans la perception.

**Pour illustrer cette dynamique entre le corps et la pensée, la GS s'approprié la notion d'espace pour nous faire dessiner avec le geste des mouvements qui permettent de prendre conscience de l'espace réel et subjectif. Pouvez-vous nous en dire plus sur cet espace que l'on crée soi-même ?**

**GM** : Il existe trois espaces corporels plus ou moins habités. Il y a un espace interne du corps en lien avec les organes, la proprioception et les sens. Un espace péri-corporel, entre nous et nous

qui est souvent le lieu de la communication. Et enfin un espace extra-corporel, c'est-à-dire perçu dans une amplitude subjective. L'amplitude de cet espace peut s'étendre sans déplacement. On peut également se déplacer pour aller dans cette amplitude extra-corporelle. À travers les consignes que nous donnons au cours d'une séance de GS, nous amenons les personnes à habiter ces différents espaces corporels. Et à un moment donné, il n'y aura plus de différences entre les trois.

**Comment aider les personnes à habiter ces trois espaces ?**

Les personnes ont souvent plus d'affinité avec l'un de ces trois espaces, mais il se crée alors une absence de présence à soi-même dans les espaces où l'on n'est

pas. Il est possible d'ancrer ces espaces à travers des protocoles qui aident à entrer en lien avec des schèmes qui se complètent dans le mouvement et qui amènent tout doucement la personne à habiter ses espaces interne, péri-corporel et extra-corporel.

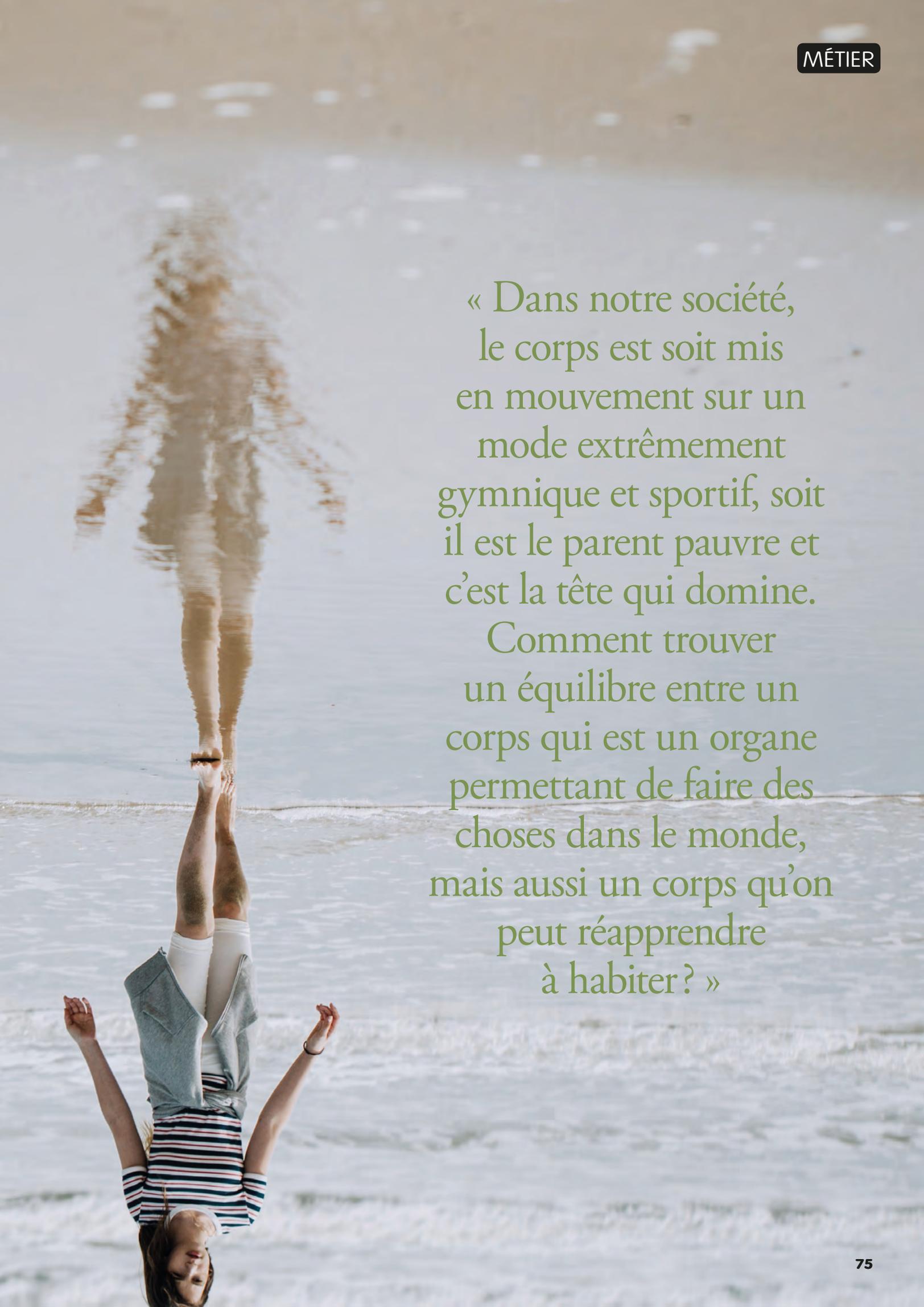
**Au cours de ce séminaire, un petit rappel anatomique a été proposé aux participants. Quelles sont les connaissances anatomiques nécessaires à la compréhension de la GS ? Est-ce plus une anatomie fonctionnelle qu'analytique ?**

**FP** : Dans la formation, nous n'entrons pas dans des détails anatomiques très précis. En revanche, la connaissance anatomique est essentielle pour le ressenti du corps et pour avoir des repères. Le corps tel qu'on l'envisage

n'est pas un corps flou, indifférencié et il est bon de connaître la localisation des muscles, des os, des fascias, etc.

Ce n'est pas seulement la connaissance pour la connaissance, mais on s'intéresse plutôt à comment la connaissance vient nourrir la perception et la conscience de soi. Notamment la conscience corporelle qui commence à être bien identifiée. On parle de schéma corporel et de perception du mouvement dans les méthodes d'éducation somatique.

**Pour initier certaines séquences de mouvements guidés, vous indiquez de commencer avec une flexion de cheville. Ce même mouvement sera ensuite initié par un tibia qui avance et recule. Ensuite ce sera**

A woman is performing a handstand on a sandy beach. She is wearing a striped t-shirt, a grey vest, and white socks. Her reflection is clearly visible in the shallow water on the sand. The background shows the ocean waves and a clear sky.

« Dans notre société, le corps est soit mis en mouvement sur un mode extrêmement gymnique et sportif, soit il est le parent pauvre et c'est la tête qui domine. Comment trouver un équilibre entre un corps qui est un organe permettant de faire des choses dans le monde, mais aussi un corps qu'on peut réapprendre à habiter? »

**au tour du genou, puis du bassin qui se déplacera lui en latéralité. Est-ce un bon exemple de cette connaissance anatomique appliquée à la GS ?**

**FP** : On peut en effet avoir des guidages précis sur des détails anatomiques et des guidages qui emmènent la communauté articulaire de façon plus globale dans des mouvements. On alterne le local avec des composantes plus globales voire la totalité du corps.

**Pour prolonger cette utilisation de l'anatomie dans la pédagogie perceptive, il y a eu un temps de palpation et de mobilisation des fascias pendant le séminaire. Comment organise-t-on cette connexion entre un atelier de GS axé sur le mouvement et une**

**approche palpatoire thérapeutique ?**

**GM** : Tout d'abord, toucher est une communication. Ensuite, ça crée un éveil. L'existence de ces schèmes d'affinité du mouvement permet d'installer une cohérence du corps chez la personne allongée et passive. Ensuite, quand cette perception de mouvement est plus présente et que les tissus sont plus déliés et glissent mieux les uns sur les autres, on gagne de l'espace en soi. Un travail en position assise consistant à bouger dans les mêmes lenteurs que l'on a ressenti dans les tissus permet de se mettre en mouvement à partir de cette information tissulaire interne. On a alors relié le monde interne avec le geste qui nous relie au monde.

**Il y a donc une forme de protocole en GS qui commence par une première étape passive où l'on fait prendre conscience à la personne de cette mobilité tissulaire, très souvent oubliée dans le quotidien. Ensuite, le travail se poursuit en position assise pour se terminer en position debout dans un mouvement plus global. C'est bien ça ?**

**FP** : Ce lien entre toucher et gestuelle est à double sens. On peut partir du toucher pour aller vers la gestuelle et partir de la gestuelle pour aller vers le toucher. On propose une gestuelle guidée au début qui permet d'observer les limitations la gestuelle : blocages, manques de conscience de certaines parties du corps, etc. On peut alors proposer un toucher au service de ce manque ou de cette absence. Puis refaire

de la gestuelle pour évaluer la conscience ou la mobilité corporelle.

**Pour avoir cette conscience du mouvement interne, le maître mot c'est la lenteur. D'abord découvrir le déclencheur du mouvement puis l'accompagner avec une lenteur juste. Lorsque l'on observe les exercices des mouvements codifiés en GS, on a l'impression de voir du tai-chi. Quelle différence faites-vous entre ces deux approches de la lenteur dans le mouvement ?**

**GM** : GS et tai-chi ont comme point commun de bouger lentement. Comme le tai-chi est très connu, la comparaison est fréquente. Le travail de la GS est une étude du corps humain en mouvement qui cherche à savoir comment le corps s'articule avec cette infor-



« Il existe trois espaces corporels plus ou moins habités. Il y a un espace interne du corps en lien avec les organes, la proprioception et les sens. Un espace péri-corporel, entre nous et nous qui est souvent le lieu de la communication. Et enfin un espace extra-corporel, c'est-à-dire perçu dans une amplitude subjective. L'amplitude de cet espace peut s'étendre sans déplacement »

mation interne tissulaire et comment ça s'exprime dans les articulations. Le tai-chi est un art martial oriental qui propose des postures qui représentent des animaux. C'est plus une imitation d'un état animal et des mouvements de la nature (comme des arbres qui bougent). C'est aussi un travail en lien avec les énergies, une forme méditative et de nombreuses autres connaissances. La GS concerne plus l'être humain en mouvement avec sa résonance. Comment peut-on être touché par soi en mouvement et apprendre de soi ?

**Vous proposez des ateliers réguliers de GS. Comment les participants de ces cours ont-ils eu connaissance de cette pratique ?**

**GM :** La GS a été créée par Danis Bois qui a égale-

ment élaboré une méthode thérapeutique basée sur les fascias. À part des personnes initiées à cette méthode, la GS est peu connue du grand public ainsi qu'après des professionnels de santé. Dans mon cabinet, les clients ont eu connaissance de la GS par le bouche-à-oreille. Quelques médecins peuvent nous envoyer des personnes. Mais souvent, ce sont des personnes en recherche d'un mieux-être corporel et psychique. Ils sont arrivés au bout de leur fonctionnement et n'arrivent pas à trouver une solution.

Certains de nos collègues travaillent dans des institutions, d'autres dans des EHPADs avec des personnes âgées, etc. J'ai l'impression que cette connaissance de ce que la GS peut apporter dans des domaines variés commence à se propager.

**Il faut également noter que cette discipline est particulièrement récente.**

**FP :** La GS a une vingtaine d'années. Un de ses défis est de faire un pont entre la pratique du corps à proprement parler qui nous ancre beaucoup dans les pratiques d'éducation somatique et de nombreuses méthodes qui sont centrées sur l'écoute du corps et sa mise en mouvement douce. La GS est également une pratique réflexive. Nous ne nous limitons pas à une expérience du corps, mais nous essayons de réfléchir à partir de l'expérience du corps. Trouver une légitimité met du temps dans des accompagnements qui traditionnellement séparent le corps de la réflexion sur la pensée et le psychisme. Les deux sont rarement regroupés même si je trouve que

ces dernières années les ponts sont de plus en plus fréquents.

La GS est jeune et elle mettra plusieurs dizaines d'années pour être plus présente auprès du public. Prévoir sa diffusion parmi des offres de pratique corporelle de plus en plus grande reste cependant impossible..

**Une notion n'a pas été abordée dans ce séminaire, mais qui fait partie de la formation, c'est l'expressivité. Pouvez-vous nous en dire un mot ?**

**GM :** Cette notion d'expressivité est reliée à la notion d'authenticité. Lorsqu'une information prend naissance dans les tissus, comment prend-elle forme et comment la laisse-t-on émerger ? Il s'agit de capter l'information dans l'instant et la trans-

mettre immédiatement.

Capter le passage de son intériorité intime qui commence à apparaître vers l'extérieur. Il y a une circulation d'information qui prend forme. En tant que danseuse, c'est cette dimension d'instantanéité qui m'a amené à la méthode. C'est comme si je voulais l'information qui était vraiment juste pour moi. Une expression qui vient de quelque chose d'organique dans mon corps. J'ai ensuite réalisé que le mental aussi pouvait se relâcher pour me laisser explorer de nouvelles choses provenant d'un lieu unifié en moi.

**Enfin, la GS, branche de la pédagogie perceptive, contribue à aider les personnes à se trouver elles-mêmes et à trouver une indépendance, une**

**autonomie en ayant une expression cohérente avec elles-mêmes...**

**FP :** C'est même inhérent au processus d'accompagnement. Depuis la posture allongée en thérapie manuelle, progressivement la mise en mouvement allongé, assis et debout et puis l'autonomisation progressive de la sphère perceptive. Le sujet n'a plus besoin du support de l'autre pour accéder à l'information qui existe en lui. C'est un apprentissage, ce qui explique le nom de pédagogie perceptive.

A woman with long blonde hair is shown from the waist up, wearing a dark, textured garment. She is holding a white bucket and pouring water. The background is a dark, textured, blue-green wall. The lighting is dramatic, highlighting the woman and the water being poured.

*« Comment devenir plus présent  
à soi-même, à autrui et au monde ?  
Comment mobiliser ce qu'il y a de plus  
grand dans l'homme pour expérimenter  
ce qu'il y a de plus grand que l'homme ? »*

## RENCONTRES D'ÉTÉ avec Danis Bois

À Chamblay, du 19 au 24 août 2019

Chaque année, depuis 1991, a lieu dans le château de Clairvans à Chamblay (39), un séminaire d'approfondissement des techniques du Sensible que j'anime assisté par mon équipe. Situé en pleine nature jurassienne, entouré d'arbres centenaires, ce stage est propice à la méditation, à la réflexion philosophique riche en sensations et en prises de conscience. Le groupe, à chaque fois très important en nombre, est constitué de personnes venues de toute la France mais aussi de nombreux pays étrangers. Que les personnes soient jeunes ou âgées, débutantes ou expertes dans les pratiques du Sensible (la méditation, la gymnastique sensorielle, la somato-psychopédagogie ou la fasciathérapie), elles ont en commun de s'accorder un grand moment de ressourcement, de bien-être et de réflexion profonde.

Chamblay est toujours un moment particulier où je peux partager mes dernières découvertes. Cette année, j'ai mis l'accent sur la pensée de Spinoza, le concept de la pédagogie du Sensible et la méditation ciblée sur la respiration.

### SPINOZA ET LA NATURE

Durant toute ma carrière universitaire, j'ai enseigné la philosophie et notamment celle de Maine de Biran, Rousseau, Bergson, Merleau-Ponty et Spinoza. Je trouvais dans leur philosophie des propos qui donnaient sens aux différents vécus rencontrés dans l'expérience de l'intériorité vivante du corps et de son lien avec la grande globalité. Chez ces auteurs, il y avait un questionnement qui faisait écho à mes recherches, mes observations et mes constats. Je n'adhère pas de façon globale à l'idée de Dieu de Spinoza pour qui Dieu se révèle principalement par la raison. J'ai donc évacué

« Le groupe a exploré la respiration sous un jour nouveau selon un protocole simple à réaliser qui intègre le geste à la respiration, l'importance de l'apnée de confort dans la dynamique respiratoire et l'importance du couple inspiration active et expiration passive »

assez rapidement la question de Dieu pour m'attarder sur la Nature, thème cher à Spinoza et qui m'est cher également. J'ai développé le concept de la nature en trois points :

- ❶ La nature comme ce qui n'a ni commencement, ni fin et qui n'a pas été créé par autre chose qu'elle-même (en philosophie, on parlera d'un en soi) ;
- ❷ La nature en tant qu'elle ne provient pas de la main de l'homme au plus proche de son état naturel. C'est ce qui reste quand on a enlevé les a priori, les croyances, les opinions qui se sont forgées au contact de l'extérieur et que Spinoza appelle les affects s'opposant à la puissance d'agir de la nature (ou conatus qui participe au maintien d'un équilibre harmonieux) ;
- ❸ Et enfin la nature en tant que singularité invitant à aller, grâce à la raison, vers la reconnaissance de sa propre nature et de ses points forts et points faibles afin d'agir en conséquence. Cette voie de libération repose sur l'observation minutieuse de soi-même, de ses passions, de ses émotions, de ses désirs et de sa constitution physique.

#### LE MOUVEMENT INTERNE : L'EXPRESSION DE LA NATURE QUI SE DONNE À L'HOMME

Dans cette dynamique d'ensemble, j'ai repris la notion de « puissance d'agir » de la Nature qui se donne sous la forme d'un mouvement interne chez les personnes qui témoignent de leur expérience de la méditation et de la gymnastique sensorielle.

La méditation fait partie de notre paysage quotidien. L'étymologie du terme « méditer » nous renvoie à une double racine, l'une latine (meditation) évoquant la réflexion, l'autre sanscrite (medha), la sagesse. Aujourd'hui, l'expérience spirituelle désigne un ensemble de vécus intérieurs qui vont dans le sens de l'élévation de la personne et d'un éprouvé positif. La vision moderne de la méditation se revendique de la laïcité et s'appuie sur la science. J'ai proposé dans cette perspective une revue de la littérature scientifique et mis l'accent sur l'impact positif sur la santé physique et psychique de la méditation.

Depuis plus de trente ans, je propose des pratiques de méditation qui révèlent tout un univers de chaleur intérieure et de mouvement interne qui réchauffent le cœur et se diffusent à l'ensemble du corps stimulant les qualités de la chaleur humaine avec en sous teinte la question suivante : comment devenir plus présent à soi-même, à autrui et au monde ? Comment mobiliser ce qu'il y a de plus grand dans l'homme pour expérimenter ce qu'il y a de plus grand que l'homme ?

## PLUS DE 700 MILLIONS : LE NOMBRE DE RESPIRATIONS AU COURS D'UNE VIE

À l'heure actuelle, la méditation moderne s'appuie sur la respiration. Elle s'avère pertinente pour apaiser l'esprit, calmer l'activité rythmique du cœur, et soulager les états de stress et d'anxiété. Pour ces raisons, durant cette rencontre, j'ai mis l'accent sur l'importance de la respiration dans la méditation pleine présence. Au repos nous respirons 12 à 18 fois par minute, soit 25 920 fois par jour et plus encore. Ce chiffre devient vertigineux rapporté à la durée d'une vie : plus de 700 millions de fois. La majeure partie du temps, cette activité se produit de façon plus ou moins consciente et se ralentit ou s'accélère en fonction de nos activités, de nos états émotionnels, affectifs ou de stress.

Les techniques utilisées habituellement s'avèrent efficaces dans l'apport d'oxygène, le rejet des déchets de l'organisme et dans le maintien des paramètres sanguins, mais elles sont surtout utilisées en tant qu'exercice de relaxation et de contrôle de soi. Parmi les différentes techniques, nous trouvons la respiration abdominale, la cohérence cardiaque (6 inspirations et 6 expirations par minute pendant 3 à 5 minutes).

La méditation pleine présence prend en compte ces différentes formes de respiration mais elle élargit le concept en l'enrichissant d'un ensemble d'exercices inédits et qui s'inspirent de la gymnastique sensorielle. Ainsi, le groupe a été amené à explorer la respiration sous un jour nouveau selon un protocole simple à réaliser qui intègre le geste à la respiration, l'importance de l'apnée de confort dans la dynamique respiratoire et l'importance du couple inspiration active et expiration passive.

## INTÉGRER LE GESTE À LA RESPIRATION : DES EXPÉRIENCES VARIÉES

Une participante témoigne ainsi :

« J'ai fait une découverte vraiment extraordinaire pendant ce stage. Ce travail sur la respiration est d'une complexité et d'un intérêt vital ; il a permis à la chaleur qui jusqu'alors restait terrée au fond de moi de venir imprégner les couches plus superficielles de mon corps. »

Dans cette technique, la respiration devient très vite une expérience corporelle mais aussi et surtout un désir de vivre comme le précise ce participant :

« Nous étions en train d'associer la respiration, le geste et le mouvement. J'ai senti et pensé dans la même seconde : inspirer

c'est vivre, vivre c'est avancer. Dans l'immédiateté, un sens avait émergé de l'expérience corporelle. J'ai aussi senti l'intensité de mon désir de vivre à laquelle s'est vite associée la nécessité d'avancer ». Il est clair que la méditation sensorielle orientée vers la perception de la respiration agit sur les attitudes de vie. C'est ce qu'évoque cette autre participante :

« La respiration, quelle aventure ! Pour ma part, je laissais la respiration de côté, elle ne me gênait pas donc je ne m'en occupais pas. Rien qu'en y devenant plus présente, j'ai tout d'abord eu le sentiment d'être une insuffisante respiratoire qui s'ignorait. L'ampleur de l'insuffisance m'a tout d'abord impressionnée, puis énervée, puis poussée à persévérer. Le travail fut d'abord essentiellement physique : tous les tissus me semblaient tout d'abord collés dans mon thorax... Je bidouillais sans arrêt avec ma respiration pour l'ajuster avec le mouvement... Heureusement, j'ai eu quelques moments de grâce... Je commence à ressentir comment je vais respirer le monde autrement et à quel point cela changera tout pour moi »

## DE LA RESPIRATION MÉDITATIVE À LA GYMNASTIQUE SENSORIELLE : LE MOUVEMENT CODIFIÉ DE LA RESPIRATION

La gymnastique sensorielle est un hymne à la respiration pleine et globale. Tous les exercices proposés dans la dynamique codifiée visent à favoriser le lien entre la grande respiration appelée par certains la « respiration cosmique » et la respiration organique. Chaque organisme s'efforce de progresser, de grandir, de parvenir à une plus grande perfection. Il y a une manière de respirer différente. On peut respirer à pleins poumons, à plein cœur en y mettant toute son âme, toute sa sensibilité et à pleine vie à travers le désir de vivre, l'envie d'être soi, finalement, la joie d'être.

La structure du mouvement codifié est conçue pour respirer à plein corps et transcender nos propres limites. Tous les mouvements divergents représentent une inspiration gestuelle à travers des mouvements vers le haut, vers l'avant et vers le dehors, tandis que les mouvements convergents représentent l'expiration, à travers des mouvements vers le bas, vers l'arrière et vers le dedans du corps selon une rythmicité qui associe la respiration classique, ou la respiration qui touche la dynamique de la nature naturante (1), un moment d'éternité dénommé ainsi par Spinoza pour définir un instant hors du temps qui n'a ni commencement, ni fin, selon des lois déterminées de la nature.

## LE CORPS ENGLOBE LES DIMENSIONS PHYSIQUE, SENSORIELLE, ÉMOTIONNELLE ET AFFECTIVE

Spinoza ne considère pas le corps uniquement sous son aspect physique, mais sous celui de la corporéité qui englobe les dimensions physique, sensorielle, émotionnelle et affective. Mais de plus, pour Spinoza, nous pensons à partir de notre corps. La perception que nous avons du monde est liée à la manière dont le corps est affecté par le monde extérieur, d'où découle notre tendance à l'optimisme ou au pessimisme. Le conatus est pour lui une loi universelle de la vie. Comme lui, je crois à cette force du vivant qui tend vers la perfection, vers la joie et la sagesse prise dans le sens de Misrahi « l'itinéraire de la sagesse ne sera pas une ascension vers le ciel, ou l'au-delà indicible, mais à l'approfondissement de l'existence elle-même dans notre monde unique. » (2)

Les rencontres de Chambay sont le plus souvent un moment déterminant pour les personnes présentes. Il s'y joue des coups de cœur qui font un effet miroir, qui interpellent en amenant sur des pistes réflexives qui n'avaient pas encore été explorées jusqu'alors. Un moment de résonance qui fait écho à sa propre vie, à son existence et enfin, un moment apaisant grâce à l'atmosphère silencieuse habitée par la présence profonde de chacun.

### POSER UN REGARD RATIONNEL SUR DES CHOSES IRRATIONNELLES

Respirer et bouger depuis la lenteur de la profondeur ont amené les participants à poser un regard rationnel sur toutes ces choses irrationnelles. En les invitant à diminuer la tristesse qui assombrit leur existence et les étouffe dans une petite respiration, ils ont découvert une respiration qui les invitait à se déployer dans leurs gestes comme dans leur vie.

(1) Spinoza distingue deux types de nature, la nature naturante, essence divine éternelle et infinie, activité autonome et productrice et la nature naturée désignant le réel de la nature. Pour Spinoza, la nature ne désigne pas la faune ou la flore ou les montagnes, mais le cosmos ou la nature qui existe de toute éternité.

(2) Misrahi R. Spinoza, *Entrelacs*, 2005, p. 54.

## À PROPOS DE DANIS BOIS

Masseur-kinésithérapeute, ostéopathe, au début de sa carrière, puis créateur de la fasciathérapie et de la gymnastique sensorielle, Danis Bois est professeur à l'université Fernando Pessoa à Porto, docteur en sciences de l'éducation et agrégé en sciences sociales spécialisation en psychopédagogie de la perception. Dans le prolongement de la fasciathérapie il a développé le concept de somato-psychopédagogie auquel est rattachée la gymnastique sensorielle. Il a également été directeur-fondateur du CERAP, centre d'étude et de recherche appliquée en psychopédagogie perceptive.

*« La gymnastique sensorielle est un hymne à la respiration pleine et globale. Tous les exercices proposés dans la dynamique codifiée visent à favoriser le lien entre la grande respiration appelée par certains la "respiration cosmique" et la respiration organique »*



MÉTIER

# RENCONTRES



## À LA RECHERCHE du temps advenu

DU 19 AU 24 AOÛT 2019 SE DÉROULAIENT À CHAMBLAY DANS LE JURA LES RENCONTRES D'ÉTÉ AVEC DANIS BOIS. CE QU'IL FAUT BIEN COMPRENDRE, AVEC LES DIFFÉRENTES MÉTHODES ÉLABORÉES PAR DANIS BOIS, C'EST QUE C'EST AVANT TOUT... DE LA PÉDAGOGIE PERCEPTIVE. UNE PÉDAGOGIE AU SERVICE D'UN APPRENTISSAGE DU RESSENTI DE NOTRE INTÉRIORITÉ. MAIS PAS UNIQUEMENT...

Un reportage réalisé par Reza Redjem-Chibane lors des Rencontres d'été avec Danis Bois organisées à Chamblay (39) du 19 au 24 août 2019.

**O**n connaît la méthode Danis Bois en fasciathérapie (voir L'ostéopathe magazine #9). Et nous vous présentons longuement dans ce numéro la gymnastique sensorielle. Ce sont deux outils au service de la pédagogie perceptive qui peut également utiliser deux autres voies que sont l'entretien verbal et l'écriture sensorielle.

Pour créer une unité entre ces outils et proposer une méthode globale, le parcours de Bois est empreint d'une quête spirituelle associant philosophie et phénoménologie. Son objectif : sentir et ressentir le mouvement interne pour s'en approcher au plus près, car c'est l'élément d'expression de la seule force qu'il reconnaît : la Nature. Être en phase avec ce mouvement interne, c'est se reconnecter avec ses émotions, accéder à une immédiateté de conscience source de sincérité et de vérité. Avec cette perception, l'Homme nourrit une adaptativité parfaite et l'environnement passe de contrainte à information constructive. Une perception qui permet une époque (Épochè est un mot grec (ἐποχή) qui signifie « arrêt, interruption, cessation ». En philosophie, ce terme désigne la suspension du jugement.). Cette adaptation permet d'être dans la joie et l'amour. Une joie sincère et non un plaisir éphémère.

**LA NATURE EST SYNONYME D'ABSOLU**

Et pour rencontrer notre propre nature, il faut enlever nos éprouvés. C'est ce que propose de faire Spinoza à travers le raisonnement, la volonté et le contrôle. Danis Bois adhère à cette définition de la nature comme puissance d'agir. Mais comment faire joindre personnel et universel se demande-t-il ? Comment atteindre l'intérieur malgré les perturbations extérieures ? Comment s'émanciper du monde extérieur qui va nous affecter et nous éloigner de nous-mêmes ?

Spinoza parle de servitude pour définir la dépendance qu'ont les gens du monde extérieur. Ainsi pour obtenir la joie, il faut une motivation propre à soi. Car la joie générée par une cause extérieure est éphémère et annonce une tristesse. La joie générée par soi-même est durable et résiste aux causes extérieures. L'atteindre passe par le biais de la connaissance et non du ressenti. « Faites ce que vous voulez, mais soignez vos motivations », nous dit Danis Bois. Et de citer Spinoza « c'est bon parce que je l'ai décidé, et non l'inverse ».

Pour Danis Bois, la connaissance, c'est la connaissance du sensible et « le sensible c'est être interpellé, être en résonance et être influencé » précise-t-il. On peut se demander alors quelle est la place du libre arbitre : « ce qui est important c'est ce que nous faisons de ce qui nous arrive... pas ce qui nous arrive »,

« Cette approche respiratoire a également été l'occasion de mettre en application la méthodologie de la pédagogie perceptive chère à Danis Bois pour qui *le sensible est une stratégie qui permet à une personne de distinguer les nuances grâce à la connaissance par contraste* »

nous dit Danis Bois avant de présenter ce qu'il appelle la loi de non-prédominance. Une doctrine dans laquelle le oui doit être à l'égal du non, la réflexion égale à la contemplation et l'accueil de la contrainte proportionnelle au souci de la liberté. « C'est plus que la loi du milieu de Bouddha, car c'est plus dynamique » rajoute Danis Bois.

#### QUAND LE SILENCE EST HABITÉ, IL Y A UNE QUALITÉ DE PRÉSENCE

Si la gymnastique sensorielle s'exprime à travers la lenteur dans le mouvement, la méditation pleine présence s'appuie sur l'immobilité. Il s'agit de mettre en mouvement des idées dans l'immobilité pour ne pas être perturbé par l'environnement et la pensée. Au cours de ces méditations, il s'agit également d'installer un silence intérieur, car le silence a un effet miroir. Et quand le silence est habité, il y a une qualité de présence.

Autre temps fort de ces rencontres avec Danis Bois : l'exploration de notre respiration. Son objectif : permettre aux participants de réunir respiration et mouvement interne. Danis Bois s'approprie les moments respiratoires pour faciliter la connexion avec le mouvement interne : « pendant la respiration, il y a un temps actif et un temps passif. Contrairement au yoga, l'expiration est un temps passif alors que l'inspiration est active et contrôlée. On obtient alors un équilibre entre actif et passif, car le geste doit s'adapter à la respiration... Et non pas l'inverse » expose Danis Bois.

#### L'IMPORTANCE DE L'APNÉE DANS LA RESPIRATION

Chose fondamentale dans la respiration souligne ce dernier : « l'apnée fait partie de la respiration et elle est tout aussi importante. Elle ne doit pas être considérée comme un arrêt de la respiration et sa durée doit être confortable ». Finalement, l'expérimentation permet de comprendre que la gestion de l'apnée prime sur la gestion de la respiration. Une apnée longue entraînera une respiration et expiration longue. L'apnée est en fait un point d'appui. Son relâchement indique le retour et sa longueur permet de gagner en amplitude.

Intégrer cette approche respiratoire a également été l'occasion de mettre en application la méthodologie de la pédagogie perceptive chère à Danis Bois pour qui : « le sensible est une stratégie qui permet à une personne de distinguer les nuances grâce à la connaissance par contraste ».

Après avoir abordé le mouvement, l'immobilité et les deux dans la respiration, il manquait un paramètre : le temps.

### L'ADVENIR : UNE DYNAMIQUE POUR CONJUGUER LE FUTUR AU PRÉSENT

Passé, présent et futur : comment articuler ces trois temporalités pour trouver le juste tempo dans notre vie? Danis Bois introduit alors la notion d'advenir. L'advenir c'est du futur sans anticipation. Un avenir qui se laisse venir et qui n'est pas nourri par des anticipations qui seront toujours fausses par définition. Il s'agit de conjuguer le passé au présent pour apprécier l'advenir. Le présent doit rester un lieu où l'on apprend de l'expérience alors que le rapport avec l'évènement passé doit être changé. « C'est le dynamisme de la vie ! » s'exclame Danis Bois. Le présent est ainsi une dynamique qui accueille ce qui advient... « La flamme va vers le parchemin qui n'a pas brûlé... pas vers les cendres » rajoute Danis Bois pour illustrer son idée. L'information nouvelle doit venir négocier avec l'information ancienne. « Quelle est ma capacité à apprendre de l'information présente? Est-il possible d'apprendre davantage de l'immédiat ? » interroge Danis Bois. « Nous sommes une psychopédagogie de l'immédiat. Nous ne nous situons pas à la bordure du passé mais du futur » affirme ce dernier avant de conclure : « je ne suis pas ce que j'ai vécu, je suis ce que je suis devenu ».

### UN PRISME POUR VOIR LE SENSIBLE

Ces six journées de rencontres avec Danis Bois ont été l'occasion de mieux connaître le parcours de cet homme qui insiste aujourd'hui sur la transmission de ses concepts. Avec la volonté de léguer l'essentiel d'une pensée toujours en mouvement et alimentée par des réflexions philosophiques et phénoménologiques.

Si Danis Bois avait choisi comme thème de ces rencontres Les états d'âme... Il a beaucoup été question d'explorer ceux d'un chercheur dont on a l'impression qu'il ne souhaite pas léguer un concept, mais plus une pensée en mouvement. Car le mouvement est le fil conducteur de son travail. Il se définit d'ailleurs parfois comme un spécialiste du mouvement. Que ce soit dans le mouvement lent pour la gymnastique sensorielle jusqu'à l'immobilité dans la médiation, tout est bon pour entrer dans une connexion intérieure juste et puissante. Avec le support de la pédagogie perceptive qui se dévoile comme n'étant pas qu'un outil d'apprentissage, mais un prisme sensible pour aborder l'ensemble de nos expériences vécues en toute sincérité.

## Quelques idées à retenir

→ L'advenir c'est du futur sans anticipation. Un avenir qui se laisse venir et qui n'est pas nourri par des anticipations qui seront toujours fausses par définition. Il s'agit de conjuguer le passé au présent pour apprécier l'advenir.

→ La loi de non-prédominance est une doctrine dans laquelle le oui doit être à l'égal du non, la réflexion égale à la contemplation et l'accueil de la contrainte proportionnelle au souci de la liberté.

→ Contrairement au yoga, l'expiration est un temps passif alors que l'inspiration est active et contrôlée. On obtient alors un équilibre entre actif et passif, car le geste doit s'adapter à la respiration... Et non pas l'inverse

→ Que ce soit dans le mouvement lent pour la gymnastique sensorielle jusqu'à l'immobilité dans la médiation, tout est bon pour entrer dans une connexion intérieure juste et puissante.

## OBJECTIFS

Fédérer et rassembler les professionnels de la psychopédagogie de la perception autour d'un ensemble de savoir-faire et de valeurs communes, dans les différents domaines d'application :

- ↘ Spécialisés dans les métiers de la santé (paramédical): les somato-psychopédagogues
- ↘ Spécialisés dans le domaine de la pédagogie perceptive® : domaine de l'éducation, de la formation, du management et de l'accompagnement de la personne.
- ↘ Spécialisés dans le domaine des arts et de l'expressivité

## SPÉCIALISATIONS

Les différentes spécialisations de la psychopédagogie perceptive relèvent toutes du champ de l'accompagnement et suivant les spécialités, des champs de la santé perceptuelle, de la formation, de l'éducation à la santé et de l'art performatif. Elles ne se situent pas dans l'acte de soin au sens médical du terme, mais dans le prendre soin de la personne au sens spécifique de la formation, de l'accompagnement et de l'éducation à la santé. Elles s'inscrivent dans une complémentarité de pratique avec les professions de la santé, de la psychologie, du secteur socio-éducatif ou des professions artistiques.

## MISSIONS

- ↘ Garantir le respect de l'éthique propre à l'exercice professionnel de la Psychopédagogie de la perception®.
- ↘ Être, pour chaque membre actif, un label de qualité et un support professionnel.
- ↘ Promouvoir les apports et favoriser la diffusion de ces disciplines dans leurs différents domaines d'application.
- ↘ Proposer une aide et un accompagnement aux membres pour répondre à des questions d'ordre professionnel (installation, développement des activités, droit, fiscalité...).
- ↘ Offrir aux adhérents une information actualisée sur l'évolution du contenu des pratiques de la Pédagogie Perceptive®, ainsi que sur les conditions légales d'exer
- ↘ Être un organisme de centralisation et de diffusion des informations sur une profession en constante évolution et recherche.

## INFORMATIONS

- La FÉPAPP est une association sans but lucratif régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, créée depuis juillet 1998.
- ↘ Présidente : Valérie Bouchet, psychopédagogue de la perception depuis plus de 20 ans, Dr en Sciences humaines et sociales, professeure invitée à l'Université Fernando Pessoa. Domaine de recherche : la psychopédagogie de la perception et la motivation, la ppp et l'estime de soi. Maîtrise STAPS (sciences et techniques des activités physiques et sportive spécialisée dans le champ du handicap)
  - ↘ Secrétaire : Pascale Sauvage
  - ↘ Trésorier : Frédéric Pancaldi

Pour compléter ces reportages,  
nous vous conseillons :



### #09 LES FASCIAS : une approche globale partagée

Découvrez le sommaire complet de ce numéro avec notre enquête spéciale sur les fascias. Longtemps négligés, ils intéressent de plus en plus les scientifiques. S'ils sont intégrés dans la pratique des ostéopathes, ils sont également au centre d'autres thérapeutiques. La fasciathérapie Méthode Danis Bois propose une pratique exclusivement axée sur des potentialités très peu connues des fascias. De la fasciathérapie à la fasciapraxie, qui fait quoi ?



### #16 FASCIAS : la révolution anatomique est en marche

Découvrez le sommaire complet de ce numéro avec notre enquête spéciale sur les fascias. Alors que le modèle de tenségrité s'est imposé comme modèle de référence, l'anatomie est devenue fonctionnelle pour décrire l'architecture des tissus.

Quelles sont les dernières découvertes scientifiques physiologiques, biomécaniques et anatomiques des fascias ? Quelles conséquences sur notre compréhension du corps humain ?

Et bien d'autres reportages encore, en cliquant ci-dessous.



### #24 RECHERCHE FONDAMENTALE ET APPLICATIONS CLINIQUES : que les fascias soient avec vous !

Les fascias, vous les manipulez tous les jours. Vous connaissez leur intérêt clinique car ils sont partout. On les décrit parfois avec précision. D'autres fois on préfère leurs contours indéfinis pour illustrer une continuité tissulaire et justifier un intérêt clinique. C'est un univers à part entière qui révèle des secrets que scientifiques et thérapeutes tentent de mettre à jour. Et ils sont nombreux scientifiques, anatomistes, thérapeutes, etc. à étudier en profondeur ce tissu longtemps considéré comme superficiel et de remplissage. Qu'ont-ils découvert ?

De la sensibilité à la douleur, de l'interoception à la proprioception, les fascias s'expriment à travers la voix de ces chercheurs du monde entier. Et ils ont beaucoup de choses à vous dire. À bons entendeurs !

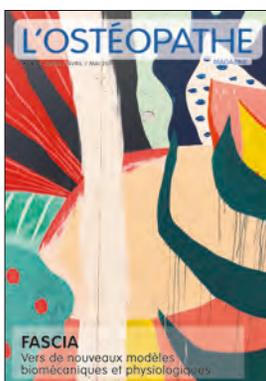
### #40 DOUBLE NUMÉRO : PÉRINATALITÉ & FASCIAS

**Face A** : PÉRINATALITÉ, L'INSTINCT DES FEMMES  
EST L'AVENIR DE L'HOMME

La période de transition femme/mère nécessite une meilleure compréhension de l'ensemble des facteurs qui constitue la périnatalité. Cela passe par la déconstruction de très nombreuses idées préconçues. Quelles sont ces idées à revisiter et quelles nouvelles approches adopter ?

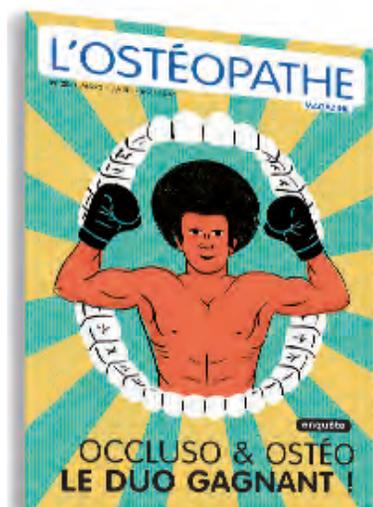
**Face B** : FASCIA, VERS DE NOUVEAUX MODÈLES  
BIOMÉCANIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

En septembre 2015 à Washington, lors de la précédente édition du Fascia Research Congress (FRC), les organisateurs s'étaient attachés à dresser un état des lieux de la définition du fascia à travers l'embryologie, l'histologie et la nociception. Pour l'édition 2018, quels ont été les thèmes d'exploration du fascia retenus ?



pour tout savoir sur l'ostéopathie  
et l'actualité de la santé

**FORMULE  
PRO**



**NOUVELLES  
OFFRES  
D'ABONNEMENT**  
PAPIER + WEB  
+ SMARTPHONE  
+ TABLETTE

**120 € / AN**

- \* 4 magazines FRAIS DE PORT INCLUS
- \* Accès web 12 mois à tous les articles
- \* Les numéros déjà parus à tarif préférentiel :  
14,90 € au lieu de 25 €
- \* Accès illimité aux archives
- \* Accès aux tarifs Abonnés PRO pour les dossiers téléchargeables :  
9 € au lieu de 15 €
- \* Accès aux avantages du club Abonnés :  
Réductions négociées & invitations : matériel, formations, congrès, etc.



**je m'abonne et commande**  
mes numéros sur notre boutique en ligne

➔ [www.osteomag.fr/boutique](http://www.osteomag.fr/boutique)



# Connaissez-vous l'ANGAK ?

Association Nationale de Gestion Agréée de Professions de Santé

**33 000 Adhérents**



- **Sa Cotisation à 195 € ttc**
- **Cotisation minorée : 89 €**  
la 1ère année de votre activité libérale



- **Et si vous êtes éligible au Micro BNC\* : 40 €**

## Avantages de l'adhésion à l'Angak pour le Micro BNC :

A votre service une aide comptable, juridique et fiscale  
Des formations gratuites d'initiation à la comptabilité  
Une information juridique et fiscale par l'Infomail et l'Eco gestion  
Un logiciel de comptabilité gratuit Compta Expert  
Un guide de Comptabilité et fiscalité  
La disponibilité de toute une équipe à votre service

## Aide Technique à la Gestion

Etude personnalisée de vos demandes : [juridique@angak.com](mailto:juridique@angak.com)

**Renseignez-vous au : 05 61 99 52 10**  
**ou sur [www.angak.com](http://www.angak.com)**



\* Conditions d'éligibilité au régime Micro BNC sur notre site



Envie de renouveler  
votre matériel médical ?

**NOUS FINANÇONS  
VOTRE PROJET !**



**CMV Médiforce** accompagne et finance depuis plus de 40 ans les professionnels libéraux de santé.

- > Matériel médical
- > Travaux
- > Installation libérale
- > Véhicule professionnel
- > Trésorerie
- > Regroupement

[www.cmvmédiforce.com](http://www.cmvmédiforce.com)

**Pour nous contacter**

**0 800 131 284**

Service & appel  
gratuits

