



Les défis de sentir son corps

Sylvie Fortin
Danièle Chouinard
Mai 2013



Expériences de femmes souffrant de
troubles de comportement alimentaire et
de dépression.

Comité d'encadrement

Sylvie Fortin, professeure-chercheure au Département de danse de la faculté des arts de l'UQAM, responsable de la recherche

Danièle Chouinard, étudiante à la maîtrise au Département de danse de la faculté des arts de l'UQAM

Pauline Lacroix, directrice générale de Hébergement L'Entre-Deux

Marie-Josée Roy, membre du conseil d'administration de Hébergement L'Entre-Deux

Claire Vanier, agente de développement, Service aux collectivités (SAC) de l'UQAM

Rédaction

Sylvie Fortin, professeure-chercheure au Département de danse de la faculté des arts de l'UQAM

Prestation des ateliers de gymnastique holiste, collecte et compilation des données, collaboration à la rédaction

Danièle Chouinard, étudiante à la maîtrise au Département de danse de la faculté des arts de l'UQAM

Révision et coordination de la production

Claire Vanier, Service aux collectivités de l'UQAM

Soutiens financiers

Programme d'aide financière à la recherche et à la création, UQAM - recherche dans le cadre des services aux collectivités, Volet 2.

Service aux collectivités (SAC) de l'Université du Québec à Montréal

Case postale 8888, Succ. Centre-Ville,
Montréal (Qc) H3C 3P8

Téléphone : (514) 987-3177

Télécopieur : (514) 987-6845

www.sac.uqam.ca/accueil.aspx

Hébergement L'Entre-Deux

1625 rue Bourassa
Longueuil (Qc) J4J 3A5

(450) 651-0715

(450) 651-0716

www.cooptel.qc.ca/~entre2/index.html

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
REMERCIEMENTS.....	vi
1. INTRODUCTION.....	1
1.1. BUT DE LA RECHERCHE.....	1
1.2. PRÉSENTATION DE L'ENTRE-DEUX.....	1
2. CONTEXTE THÉORIQUE.....	3
2.1. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN TANT QUE MALADIES MENTALES.....	3
2.2. L'ÉDUCATION SOMATIQUE COMME EXPÉRIENCE CORPORELLE.....	7
2.3. L'ÉCRITURE COMME STRATÉGIE DE RECHERCHE-ACTION.....	9
3. PROCÉDURES MÉTHODOLOGIQUES.....	11
3.1. COMITÉ D'ENCADREMENT.....	11
3.2. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES.....	12
3.3. DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE.....	13
3.4. COLLECTE DE DONNÉES.....	19
3.5. ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES.....	20
4. RÉSULTATS.....	23
4.1. HISTOIRE DE LIÈVRE.....	27
4.2. HISTOIRE DE MARGUERITE.....	35
4.3. HISTOIRE DE MARIE-LOU.....	43
4.4. HISTOIRE DE GIROFLÉE.....	51
4.5. HISTOIRE DE CLÉMENTINE.....	59
4.6. HISTOIRE D'EMMA.....	69
4.7. HISTOIRE DE FLEUR.....	77
5. SYNTHÈSE ET DISCUSSION.....	85
5.1. DES ÉTATS D'AMNÉSIE-SENSORI-MOTRICE.....	85
5.2. DES DISTORSIONS DE LA PERCEPTION DE SOI.....	86
5.3. LE PASSAGE DE L'AMNÉSIE SENSORI-MOTRICE À LA CAPACITÉ DE « SE SENTIR ».....	88
5.4. LA RÉAPPROPRIATION DE SOI.....	90
5.5. DE LA CAPACITÉ DE SENTIR À LA CAPACITÉ DE DIRE.....	93
5.6. DE LA PRISE DE CONSCIENCE À L'AGIR.....	95
5.7. VERS L'AUTONOMISATION.....	97
6. CONCLUSION.....	99
RÉFÉRENCES.....	102
ANNEXES.....	105
ANNEXE A – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT # 1.....	107
ANNEXE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT # 2.....	109

ANNEXE C – INVITATION À PARTICIPER À LA RECHERCHE	111
ANNEXE D – INFORMATIONS, CONSIGNES DE PARTICIPATION ET CALENDRIER DE LA SESSION.....	113
ANNEXE E – LISTE DES ABRÉVIATIONS	117
ANNEXE F – DOSSIER INDIVIDUEL - BILAN DE SANTÉ.....	121
ANNEXE G – DOSSIER DE GROUPE	125
ANNEXE H – GRILLE D’AUTO-ÉVALUATION	129
ANNEXE I – PROFILS DE GROUPE	131

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les 16 Séances de GH	14
Tableau 2 : Séances des autoportraits	18
Tableau 3 : Synthèse du profil du groupe	24
Tableau 4 : Lièvre-profil individuel	27
Tableau 5 : Lièvre-synthèse individuelle	33
Tableau 6 : Marguerite-profil individuel	35
Tableau 7 : Marguerite-synthèse individuelle.....	41
Tableau 8 : Marie-Lou-profil individuel	43
Tableau 9 : Marie-Lou-synthèse individuelle	50
Tableau 10 : Giroflée-profil individuel.....	51
Tableau 11 : Giroflée-synthèse individuelle.....	58
Tableau 12 : Clémentine-profil individuel	59
Tableau 13 : Clémentine-synthèse individuelle	67
Tableau 14 : Emma-profil individuel	69
Tableau 15 : Emma-synthèse individuelle.....	76
Tableau 16 : Fleur-profil individuel.....	77
Tableau 17 : Fleur-synthèse individuelle.....	84
Tableau 18 : Synthèse du groupe	91

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Lièvre-autoportrait-début	27
Figure 2 : Lièvre-dessin de pied	30
Figure 3 : Lièvre-autoportrait-fin	31
Figure 4 : Marguerite-autoportrait-début	35
Figure 5 : Marguerite-dessin de pied	38
Figure 6 : Marguerite-dessin de main	39
Figure 7 : Marguerite-autoportrait-fin	41
Figure 8 : Marie-Lou-autoportrait-début	43
Figure 9 : Marie-Lou-dessin de pied	46
Figure 10 : Marie-Lou-dessins des mains	48
Figure 11 : Marie-Lou-autoportrait-fin	49
Figure 12 : Giroflée-autoportrait-début	51
Figure 13 : Giroflée-dessin de pied	54
Figure 14 : Giroflée-dessin de main	55
Figure 15 : Giroflée-autoportrait-fin	57
Figure 16 : Clémentine-autoportrait-début	59
Figure 17 : Clémentine-autoportrait-fin	67
Figure 18 : Emma-autoportrait-début	69
Figure 19 : Emma-dessin de pied	72
Figure 20 : Emma-dessins des mains	74
Figure 21 : Emma-autoportrait-fin	76
Figure 22 : Fleur-autoportrait-début	77
Figure 23 : Fleur-dessins-pied et arbre	80
Figure 24 : Fleur-dessins des mains	81
Figure 25 : Fleur-autoportrait-fin	83

REMERCIEMENTS

Cette recherche-action n'aurait pu se réaliser sans le soutien et l'engagement de toutes. Nous désirons en premier lieu remercier les femmes qui se sont engagées dans la recherche, celles qui l'ont débutée avec nous, celles qui l'ont poursuivie jusqu'à la fin. La richesse des témoignages, des questionnements apportés en partage ont nourri la réflexion des auteures du présent rapport. Nous désirons aussi remercier Hébergement L'Entre-Deux, qui a offert un soutien logistique et réflexif sur la démarche et, notamment Marie-Josée Roy, ancienne résidente de L'Entre-Deux et aujourd'hui membre de son conseil d'administration.

Nos remerciements vont aussi au Service aux collectivités de l'UQAM, dont le soutien financier et en ressource humaine a grandement favorisé la réalisation du projet. Nous tenions également à souligner le soutien financier du Programme d'aide financière à la recherche et à la création (PAFARC, volet 2) et celui du Programme conjoint études-travail, de l'UQAM et du Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec.

1. INTRODUCTION

1.1. BUT DE LA RECHERCHE

La présente recherche-action consistait à proposer à des personnes souffrant de dépression et de troubles de comportement alimentaire (TCA) des ateliers d'éducation somatique selon la méthode de Gymnastique Holistique du Dr Ehrenfried, alliés à un processus d'écriture réflexive. Les objectifs étaient de favoriser chez les participantes un meilleur rapport au corps et de cerner l'impact possible de l'éducation somatique sur leur santé mentale et plus spécifiquement sur les TCA. La recherche a été réalisée avec L'Entre-Deux, un organisme qui possède une bonne expertise en santé mentale auprès des femmes.

1.2. PRÉSENTATION DE L'ENTRE-DEUX

Hébergement L'Entre-Deux est une corporation sans but lucratif créée en 1983, une ressource alternative en santé mentale subventionnée par l'Agence de la Santé et des Services sociaux de la Montérégie. Son conseil d'administration est composé de sept membres dont des anciennes résidentes et des membres de la communauté.

L'Entre-Deux offre un programme d'intervention thérapeutique en hébergement pour les femmes souffrant de dépression, de troubles de la personnalité et des états concomitants reliés. La démarche thérapeutique vise essentiellement une reprise de pouvoir sur leur vie, par un travail sur soi, dans un contexte relationnel. L'approche, féministe et humaniste de L'Entre-Deux, utilise diverses voies d'exploration de soi : le senti, la parole, le rapport au corps, la création.

L'organisme a une capacité d'accueil de 12 places et offre prioritairement ses services à la population de la sous-région de Longueuil et de la Montérégie. La durée du séjour est de 15 semaines mais il est possible de se prévaloir d'un quatrième mois en externe ainsi que d'un suivi individuel en externe d'une durée maximale de huit mois à la fin du séjour. Les intervenantes de L'Entre-Deux côtoient chaque année une centaine de femmes en dépression et de plus en plus de femmes présentant des troubles de la personnalité.

Il y a 20 ans, Hébergement L'Entre-Deux recevait des femmes qui se voyaient confinées dans des rôles et des limites fixés par les valeurs normatives de la société. À cette époque, on parlait d'aliénation et de refoulement. Il s'agissait donc d'aider les femmes à écouter et à légitimer leurs besoins pour mieux se déployer dans leurs vies.

Mais depuis la révolution tranquille des années '60, les valeurs changent et la société québécoise, au fil des ans, est devenue une société de tous les possibles. Chaque personne est libre de trouver ses propres repères et de se réaliser : elle devient responsable de son bonheur. La performance est devenue une valeur dominante et la recherche de sens et de bonheur devient une pression lourde à porter.

Ces changements sociaux ont modifié les problématiques rencontrées en santé mentale. Aujourd'hui, plusieurs des femmes de L'Entre-Deux ont des diagnostics de troubles de la personnalité. Elles souffrent d'un sentiment d'abandon. Leur comportement exprime ce qu'elles ne peuvent vraiment ressentir et exprimer en mots parce que souvent trop douloureux. Les limites venant de l'extérieur sont vécues comme un rejet et leurs vulnérabilités comme une faiblesse.

Le travail des intervenantes de L'Entre-Deux auprès de ces femmes consiste donc à les aider à être dans un rapport d'intériorité avec elles-mêmes. Si elles se regardent de l'intérieur, elles peuvent comprendre leur vie; mais si elles posent sur elle-même un regard extérieur, un regard comparaison, elles ont tendance à se rejeter.

À L'Entre-Deux les femmes sont accueillies avec leur souffrance et elles apprennent à tolérer leur senti et à nommer ce qu'elles vivent. La connaissance de leurs forces et de leurs faiblesses les aide à s'aimer, à établir des relations saines et à se construire au lieu de se détruire.

Les femmes de L'Entre-Deux ont un rapport difficile à leurs corps, d'où la pertinence d'ateliers de conscience corporelle offerts depuis plusieurs années dans le programme de L'Entre-Deux. L'intérêt pour la présente recherche-action s'inscrit donc dans cette continuité. L'Entre-Deux ne cesse de chercher des moyens pour aider les femmes à améliorer leur rapport au corps. Ceci est d'autant plus pertinent que, parmi les résidentes de L'Entre-Deux, se retrouvent de plus en plus de femmes aux prises avec des TCA.

2. CONTEXTE THÉORIQUE

Les TCA font partie des « nouvelles morbidités », c'est-à-dire des problématiques complexes qui affectent la santé physique, psychologique et sociale de sous-groupes populationnels. Également identifiés comme « maladies sociétales », les troubles alimentaires sont en nette augmentation et posent par leur ampleur des problèmes de santé inédits, qui invitent des solutions tout autant inédites. Bien que de nombreuses études neurobiologiques ou psychosociologiques soient menées pour comprendre les causes et améliorer les traitements des TCA, peu d'études ont porté sur la dimension corporelle de l'expérience vécue par des personnes souffrant de TCA.

2.1. TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE EN TANT QUE MALADIES MENTALES

Les TCA sont des modèles inadaptés de conduites alimentaires, identifiés selon des critères précis. Le manuel des Diagnostics en santé mentale (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (APA) en donne trois principales catégories : l'anorexie (anorexia nervosa), la boulimie (bulimia nervosa) et les troubles des conduites alimentaires non spécifiés, c'est-à-dire les troubles autres que l'anorexie et la boulimie. Dans le DSM-IV-TR (2000), les diagnostics sont établis à partir des critères suivants¹:

Anorexie mentale (Anorexia nervosa)

¹ Parmi les changements à venir dans le prochain DSM-V, l'hyperphagie sera répertoriée comme un TCA et l'aménorrhée sera retirée des critères de l'anorexie.

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimale normal pour l'âge ou la taille (par exemple : perte de poids qui conduit à maintenir son poids à moins de 85% du poids attendu ; incapacité à prendre du poids pendant la période de croissance, ce qui conduit à un poids inférieur à 85% du poids attendu).
- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est déjà inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception de son poids ou de la forme de son propre corps ; influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi ; déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes postpubères, *aménorrhée*, c'est-à-dire absence de menstruations durant au moins 3 mois consécutifs (une femme est considérée comme aménorrhéique si les règles ne surviennent qu'après administration d'hormones, par exemple œstrogènes).

Boulimie (Bulimia nervosa)

- A. Survenue récurrente de crises de boulimie (« *binge eating* »). Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes :
 - (1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de 2 heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances.
 - (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise (par exemple, sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter de manger ou de ne pas pouvoir contrôler ce que l'on mange ou la quantité que l'on mange).
- B. Comportements compensatoires inappropriés et récurrents visant à prévenir la prise de poids, tels que : vomissements provoqués; emploi abusif de laxatifs, de diurétiques, de lavements ou autres médicaments; jeûne; exercice physique excessif.
- C. Les crises de boulimie et les comportements compensatoires surviennent en moyenne au moins 2 fois par semaine pendant 3 mois.
- D. L'estime de soi est influencée de manière excessive par le poids et la forme corporelle.
- E. La boulimie ne survient pas seulement en période d'anorexie.

Troubles des conduites alimentaires non spécifiés

Les troubles des conduites alimentaires non spécifiés sont une catégorie de troubles qui ne remplissent pas les critères précisés plus haut, pour les troubles de conduite alimentaire spécifiques (c'est-à-dire l'anorexie et la boulimie). En voici quelques exemples :

1. Chez une femme, tous les critères de l'anorexie sont présents sauf qu'elle a des règles régulières.
2. Tous les critères de l'anorexie sont remplis excepté que, malgré une perte de poids significative, le poids de la personne reste dans les limites de la normale.
3. Tous les critères de la boulimie sont présents sauf que les crises de boulimie ou les moyens compensatoires inappropriés surviennent à une fréquence moindre que 2 fois par semaine, ou pendant une période de moins de 3 mois.
4. L'utilisation régulière de méthodes compensatoires inappropriées fait suite à l'absorption de petites quantités de nourriture chez une personne qui a un poids normal (par exemple : vomissement provoqué après absorption de 2 petits gâteaux).
5. La personne mâche et recrache, sans les avaler, de grande quantité de nourriture.
6. Hyperphagie boulimique : épisodes récurrents de crises de boulimie en l'absence de recours régulier aux comportements compensatoires inappropriés caractéristiques de la boulimie (par exemple, manger excessivement sans provoquer de vomissement ou sans utiliser de laxatifs).

Ces critères nous amènent à percevoir l'étendue et la complexité des différents TCA. Au niveau psychologique, l'anorexie se distingue par une distorsion de l'image corporelle où, malgré la minceur évidente, la personne se voit ou se sent en surcharge pondérale. À ceci s'ajoutent une rigueur excessive, le souci du détail et de l'ordre, le perfectionnisme et un besoin de limites circonscrites. Pour sa part, la boulimie se caractérise par une pauvre image de soi, ainsi qu'une humeur fluctuante en lien avec le contrôle de la diète qui s'exprime par des excès alimentaires et sa contrepartie, des excès de purgation. Postel (2003), dans l'ouvrage *Dictionnaire de la Psychiatrie*, décrit une forme hybride d'aller-retour d'épisodes de boulimie et d'anorexie qu'il appelle « boulimiarexia » (p.76).

Les causes des TCA sont multifactorielles et de l'ordre du biologique, du psychologique, du développemental et du social. *L'Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* (2006) rapporte que les TCA sont des affections complexes étroitement associées à d'autres maladies mentales comme les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux. Selon Israël (2012), chez les personnes vulnérables, l'élément déclencheur des TCA serait le régime. Ainsi, sur la base d'études récentes, cette dernière rapporte que la déficience de certains éléments biochimiques (ex. : dopamine, sérotonine, l'œstrogène, leptine) pourrait créer des problèmes métaboliques, qui influenceraient la capacité d'adaptation de l'individu et le déclenchement des désordres alimentaires. Le fait de suivre une diète, même légère, pourrait perturber l'activité métabolique des récepteurs de sérotonine (Cowen et al, 1996). Les diètes prédisposeraient donc les personnes ayant une fragilité sérotonénergique.

Quant à Sansone et al (2005), ils soutiennent l'existence de liens significatifs entre les troubles de la personnalité et les TCA. Ils rapportent que la personnalité obsessionnelle compulsive se retrouve chez 22 % des individus souffrant d'anorexie, alors que dans la population en général cette proportion est de 8 %. Pour ce qui est des troubles de personnalité limite (TPL : *borderline*), la proportion dans la population en général est de 6 % mais elle grimpe à 25 % dans la population atteinte d'anorexie et à 28 % dans la population souffrant de boulimie. Pour ces chercheurs, il existerait donc un lien entre les troubles de la personnalité et les pathologies alimentaires. Les personnalités compulsives obsessionnelles auraient tendance à se restreindre, alors que les TPL se caractériseraient par une impulsivité alimentaire.

Les traitements des troubles de l'alimentation comprennent habituellement la stabilisation nutritionnelle, la psychothérapie de longue durée et le recours à des médicaments. Cependant, aucun traitement n'a été démontré comme supérieur (Israël, 2012). À ce jour, ce qui semble donner les meilleurs résultats serait la combinaison d'approches multidisciplinaires selon le degré d'avancement de l'anorexie ou de la boulimie, pour ne

retenir que ces deux grandes catégories. On s'entend pour reconnaître que le rétablissement est moins probable avec le temps chez les personnes anorexiques et, au contraire, plus probable avec le temps chez les personnes boulimiques. Il est évidemment essentiel de traiter le TCA avec les troubles concomitants, comme la dépression, les troubles de la personnalité, l'anxiété, l'alcoolisme ou la dépendance à d'autres substances.

2.2. L'ÉDUCATION SOMATIQUE COMME EXPÉRIENCE CORPORELLE

Quelques études ont démontré l'apport d'approches corporelles pour aider des gens souffrant de troubles alimentaires notamment, par le yoga (Boudette, 2006; Daubenmier, 2005; Mitchell et al, 2007), la danse thérapie (Krantz, 1999; Monney, 2008) et l'activité physique non performative (Duesund et Skarderud, 2003). Mentionnons particulièrement, l'étude de Laumer (2004) et celle de Fortin et Vanasse (2011) qui, en offrant des ateliers de la méthode Feldenkrais d'éducation somatique à des gens souffrant de TCA, ont conclu à des améliorations dans le rapport à soi des participants-es. Au nombre des bénéfices également identifiés par ces études signalons l'amélioration de la connaissance et le respect de soi, la conscience et l'écoute de ses sensations, une plus grande capacité d'autorégulation et un sentiment « d'empowerment ».

Thomas Hanna (1989) définit le champ de la somatique (Somatics) comme : « L'art et la science des processus d'interaction synergétique entre la conscience, le fonctionnement biologique et l'environnement » (p.1). L'éducation somatique, un sous-champ de la somatique, repose sur le concept de « soma », c'est-à-dire le corps vivant, le corps au « je », le corps vécu de l'intérieur en tant qu'entité corps-esprit indissociable et unifiée. Yvan Joly (2006) définit l'éducation somatique comme : « Le champ disciplinaire d'un ensemble de méthodes qui ont comme objet l'apprentissage de la conscience du corps « soma » en mouvement dans l'environnement » (p.7).

Fondée en 1933 par le Dr Lili Ehrenfried, médecin et kinésithérapeute, la Gymnastique Holistique (GH) fait partie du champ disciplinaire de l'éducation somatique. Au Québec,

l'Association de Gymnastique Holistique (AEDEPGH-Q) est membre du Regroupement pour l'Éducation Somatique (RES) et se conforme à son code de déontologie (<http://education-somatique.ca/wp/wp-content/uploads/2011/12/4-code-de-deontologie.pdf>). La GH propose un travail physique concret qui vise l'harmonie du corps et de l'esprit par l'apprentissage du mouvement, l'éveil sensoriel et la prise de conscience corporelle.

Ehrenfried (1953) affirme que le fonctionnement déficient d'un organisme humain part des habitudes de vie conduisant au déséquilibre, décelable par une « attitude psychique sous-jacente » (p.18). Elle souligne que la rééducation de la respiration et des mécanismes sensori-moteurs peut « rétablir l'équilibre compromis et permettre une transformation qui perdure dans le temps et qui peut être, ressentie comme un soulagement » (p.20). Toutefois, elle précise, en reprenant les paroles de sa professeure, l'éducatrice physique Elsa Gindler, que pour changer quelque chose, il faut d'abord en être conscient:

Je parle de cette conscience qui est au centre, qui réagit à l'environnement, qui est capable de penser et de sentir. Je renonce sciemment à définir cette conscience comme âme, psyché, esprit, sentiment, individualité, subconscient, voire âme du corps. À mon sens, le petit mot 'je' résume tout cela (Gindler, 1926).

La GH respecte un protocole de travail corporel successif et précis qui balise les séances : détente, assouplissement, mobilisation, étirement, placement et structuration. Ces étapes favorisent la souplesse et l'harmonie du système musculosquelettique sollicité aux différentes étapes de l'exploration par le mouvement. Le travail se fait selon quatre axes : le comportement, l'équilibre, la respiration et la tonicité. La porte d'entrée est le comportement qui module la présence à soi à travers la prise de conscience corporelle et qui sert de médium d'expression du vécu. Le comportement demeure sous-jacent aux trois autres axes. La respiration, qui signe autant l'état psychoaffectif que l'équilibre physique global, occupe une place centrale dans l'expérimentation des mouvements. La personne qui anime les séances, l'éducatrice somatique, guide la participante vers une prise de conscience de son mode respiratoire et des contraintes ou des blocages à ce niveau. L'apprentissage des temps respiratoires prépare et réduit l'effort demandé au moment de l'exécution du mouvement. Les axes d'équilibre et de tonicité sont initiés à travers des mouvements faits

dans la lenteur. La lenteur permet au corps d'appivoiser le mouvement et de peaufiner l'équilibre et la tonicité des groupes musculaires agonistes et antagonistes.

La GH vise l'économie du geste au quotidien, par l'intégration continue des moyens appris lors des séances aux habitudes de vie des participantes. De tradition orale, les suites de mouvements proposés sont guidées uniquement par la parole de l'éducatrice somatique, ce qui favorise l'investissement dans la sensation corporelle et l'acquisition de notions de base en anatomie fonctionnelle. L'exploration du mouvement se fait en privilégiant la latéralité par un travail comparatif gauche et droite, aiguisant ainsi la conscience de soi tout en développant la proprioception (ressenti du corps). L'utilisation d'accessoires tels que des balles, baguettes, rouleaux et coussins de sarrasin sert à éveiller davantage la proprioception par une stimulation accrue et permet la mobilisation de petites articulations. L'éveil sensoriel et l'acuité proprioceptive sont favorisés, dans les séances, par l'aller-retour des commentaires des participantes et des consignes, des reformulations venant de l'éducatrice somatique, pour permettre à chacune de raffiner son expérience corporelle dans le temps et de bâtir la confiance nécessaire à l'exécution de mouvements harmonieux.

2.3. L'ÉCRITURE COMME STRATÉGIE DE RECHERCHE-ACTION

L'écriture est utilisée dans le cadre de la RA comme moyen d'apprentissage pour les participantes et comme moyen de recherche pour l'équipe d'encadrement. Dans le domaine de l'éducation, la présence de ce qu'on appelle le mouvement biographique (Pineau, 1983) a engendré de nombreuses déclinaisons pour, d'une part, aider les personnes à réfléchir sur leur vie, et d'autre part, pour donner aux chercheurs l'accès aux points de vue des personnes concernées, et ainsi mieux les comprendre à partir de leur posture au « je ». En endossant une démarche exploratoire, plutôt que normative ou prescriptive, les méthodes narratives permettent d'étudier la construction de sens qu'accomplissent les personnes lorsqu'elles se racontent.

C'est dans cette optique que la tenue d'un journal de bord par les participantes devient incontournable pour, d'une part, générer des prises de conscience sur les expériences vécues

par les participantes et, d'autre part, permettre aux chercheurs d'identifier ce qui est présent dans l'écrit (valeurs, croyances, stratégies, enjeux, etc.) et proposer de nouvelles façons de faire si la situation exprimée constitue une impasse pour la personne. Le journal de bord remplit les fonctions connues d'un journal de recherche (Barbier, 1996), mais compte tenu des objectifs de la RA, l'écriture représente un défi d'écriture.

En effet, il ne s'agit pas d'écrire sur un objet extérieur à soi, mais bien d'écrire sur soi. Ceci demande une implication autant à l'intérieur qu'à l'extérieur des séances. Celles-ci visent le développement d'une conscience aiguë de soi, de son anatomie, de son fonctionnement interne, de ses sensations, de ses émotions et de ses pensées. Les séances sont, d'une certaine façon, l'occasion d'un entraînement perceptif aux phénomènes sensibles qui se révèlent aux participants en situation d'exploration du mouvement. Comme l'expliquent Bergé et Paillé (2011), dans un contexte de pratique somatique, le rapport au corps nécessite un engagement et, une dimension d'incarnation inhabituelle. « Cette dimension était (est) d'autant plus prégnante que le rapport au corps sur le mode du Sensible constitue un univers ' extraordinaire ', au sens propre du terme : c'est une expérience en dehors ou au-delà de l'ordinaire, du vécu du corps tel qu'il se donne sans pratique spécifique au jour le jour, de l'usage banal que nous en faisons quotidiennement » (p. 71).

Le défi entre les séances est justement pour les participantes de s'extraire d'un rapport machinal à soi-même, à son corps, pour saisir le sens des expériences vécues dans l'ensemble de leur vie. Ceci ouvre sur des thèmes plus existentiels comme la peur, l'envie de vivre, de mourir, etc. L'accompagnement soutenu est alors nécessaire pour aider la personne à s'exprimer, mais surtout pour l'encourager à faire des liens entre le vécu dans les séances et hors de celles-ci. Pour faciliter la prise de parole, de brefs moments de discussions ont débuté et terminé les séances. Ceux-ci s'avéraient une occasion d'apprentissage car ressentir est une chose, mais nommer et écrire ce ressenti pour soi et, par surcroît, le nommer et l'écrire pour d'autres participantes est toute autre chose.

L'écriture demande également une vigilance tout particulière pour la professeure et l'étudiante-éducatrice somatique qui, à partir du journal de bord de chaque participante, reconstruisent son récit dans une forme synthèse qui a pris dans la présente RA, la forme de sept histoires individuelles. Cette reconstruction ne va pas de soi et soulève des enjeux épistémologiques qui sont abordés à la section sur l'analyse des données (Section 3.5).

3. PROCÉDURES MÉTHODOLOGIQUES

3.1. COMITÉ D'ENCADREMENT

La recherche-action a profité d'une subvention du Comité des services aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal, ainsi que du soutien du Service aux collectivités (SAC) de l'UQAM, qui assure aussi la coordination d'un comité d'encadrement associé à chaque projet. Dans le présent projet, le comité d'encadrement était composé de Pauline Lacroix et Marie-Josée Roy, respectivement directrice générale et membre du conseil d'administration de L'Entre-Deux, de Sylvie Fortin et Danièle Chouinard, respectivement professeure et étudiante au Département de danse de l'UQAM, et de Claire Vanier, agente de développement au SAC. Un protocole d'entente délimitant le cadre de partenariat a été signé entre le SAC et L'Entre-Deux. Le comité d'encadrement a participé à la définition de l'orientation générale du projet, de ses objectifs et de la méthodologie ainsi qu'à la stratégie de diffusion des résultats.

Plus précisément, la directrice de recherche a supervisé la démarche, participé à l'analyse des données, interprété les résultats et rédigé le rapport de recherche en collaboration avec l'étudiante. Celle-ci a développé les contenus d'enseignement, les outils de cueillette de données, dispensé les séances de GH et rédigé les histoires individuelles en collaboration avec la directrice de recherche. L'agente de développement du SAC a animé les rencontres du comité, a vu au déroulement du projet selon les besoins spécifiques des partenaires et vu au respect des objectifs et des échéanciers. L'Entre-Deux a vu au recrutement des participantes, à l'encadrement, à la logistique du projet et a participé à la validation du rapport de recherche dans l'optique de le diffuser selon ses besoins dans ses réseaux.

Les différents types de données ont donné lieu, au sein du comité d'encadrement, à plusieurs échanges portant sur la censure ou non de certains écrits des participantes,. D'un côté, certains propos pouvaient être jugés trop intimes ou bouleversants. De l'autre côté, l'omission de certain propos présentait le risque de ne pas bien communiquer le cheminement des participantes. Le comité d'encadrement a finalement opté pour peu de censure mais une démarche rigoureuse d'approbation des histoires individuelles par les participantes.

Conformément au code d'éthique de recherche avec des êtres humains, deux documents de consentement ont donc été signés par les participantes. Le premier (annexe a), obtenu au début du processus de recherche, comportait une description de l'étude, le consentement à la participation à la recherche et à l'enregistrement des séances, ainsi que les aspects d'anonymat, de protection et de confidentialité des propos et des écrits. Le deuxième formulaire de consentement (annexe b) a été signé à la fin du projet, pour obtenir l'accord final à la diffusion des histoires individuelles, après que les participantes aient pris connaissance du texte les concernant spécifiquement.

3.2. RECRUTEMENT DES PARTICIPANTES

Le recrutement a eu lieu à l'été 2010 et se limitait aux femmes de 18 ans et plus, déjà admises aux programmes de L'Entre-Deux et vivant avec un TCA, avec ou sans diagnostic. L'invitation à participer contenait une courte description du projet et conviait les femmes à une rencontre d'information en août 2010 (annexe c). Les invitations ont circulé dans les services thérapeutiques de l'organisme par l'entremise des intervenantes de L'Entre-Deux. Nous avons accueilli 12 femmes à la rencontre d'information. Le processus a été clairement expliqué ainsi que les étapes de la recherche-action (RA) et les particularités de la GH. Chaque participante a reçu, en début de parcours, un document contenant le calendrier des séances et les informations et consignes de participation (annexe d). Chaque participante a signé un formulaire de consentement à la recherche en se donnant un pseudonyme. Elle

s'engageait à participer à deux rencontres individuelles, aux 16 séances de GH et aux bilans de groupe. Elle acceptait de faire l'exercice d'écriture au « je » en tenant un journal de bord. Elle s'engageait aussi à compléter des grilles d'auto-évaluation lors des séances.

3.3. DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE

La démarche échelonnée sur cinq mois, soit de septembre 2010 à janvier 2011, était répartie en 16 séances de GH de 90 minutes, qui se tenaient dans la salle communautaire de L'Entre-Deux où des accessoires d'appoint étaient disponibles. À l'arrivée, chaque participante recevait une grille d'auto-évaluation et pouvait prendre connaissance d'une, question de réflexion hebdomadaire (ces outils de collecte de données sont décrits à la section 6). Un court échange ouvrait les séances, pour informer l'éducatrice somatique du niveau de stress, de fatigabilité, de concentration et des inconforts physiques du moment, chez les participantes. Ceci pouvait conduire à des modifications du contenu des séances ultérieures. Les séances étaient enregistrées sur bandes sonores.

Durant les séances, une attention particulière était portée, en groupe, aux éléments suivants : séquelles de fractures, de chirurgies et de chutes, entorses, problèmes neurologiques, tremblements, troubles articulaires, fatigabilité, fragilité psychologique, émotive et respiratoire, surdité partielle, etc. D'une séance à l'autre, des ajustements étaient apportés, comme la place occupée dans la pièce (4 participantes souffraient d'une capacité auditive restreinte) ou l'utilisation de coussins et d'accessoires d'appoint. La plupart avaient un problème de thermorégulation, ce qui exigeait des couvertures, une température ambiante régulée et une circulation d'air pour éviter les troubles respiratoires. Des consignes de lenteur et de douceur dans l'exécution des mouvements, de respect de ses limites et de son rythme, visaient à ce que les participantes puissent trouver leur zone de confort et optimiser leur expérience corporelle et proprioceptive.

À chaque semaine, les séances s'inscrivaient dans une progression des pieds vers la tête. Les participantes étaient encouragées à découvrir leur corps par le regard, la palpation et l'expérimentation fonctionnelle des articulations et des muscles, suivant un apprentissage

anatomique et fonctionnel du corps humain. Le tableau ci-dessous (Tableau 1) présente les séances de manière succincte : date, thème, question cible et objectif exploratoire de chaque séance de GH (liste des abréviations à l'annexe e).

Tableau 1 : Les 16 Séances de GH

Séance	Thème (s)	Question - réflexion hebdomadaire / JdeB	Explorations
#1 : 17 - 09 - 2010	1 ^{er} Contact avec la GH et le groupe Respiratoire en D/A	1 ^{er} regard sur l'expérience corporelle en mvts : écriture des premières impressions	Apprivoisement au groupe, à la GH, aux outils : grille d'auto-évaluation et JdeB
#2 : 24 - 09 - 2010	Verticalité – DBT diaphragme + appuis	Comment je me « vis » debout ? Et ma respiration ?	DBT /verticalité et respiration à la verticale
#3 : 01 - 10 - 2010	Placement-position de base/ départ d'un mvt GH & accessoires	Comment je me « vis » en mouvements ?	Globalité/espace, temps, rythme en liens avec respiration, gestuel, posture
#4 : 08 - 10 - 2010	Autoportrait & Courte séance de D/A	Mes impressions sur « mon » schéma corporel (autoportrait)	Fabrication du schéma corporel/autoportrait : exploration tactile avec pâte à modeler
#5 : 15 - 10 - 2010	Pieds comme socles/globalité - verticalité	Quels sont les rôles et fonctions de mes pieds dans la globalité de ma personne ? À quoi sont-ils reliés ?	« Ses » pieds dans la globalité du corps ; de l'être que je suis.
#6 : 22 - 10 - 2010	Faces et multiples dimensions/lignes verticales et horizontales + les contours de mon corps/ PdeC	Choisir un (ou les 2) pied et le tracer + l'orner, le qualifier et décrire la place qu'il occupe pour « moi » dans la vie	Bouger en lien à la respiration et la manière dont je me « tiens » sur mes pieds et que je déplace
#7 : 29 - 10 - 2010	Membres inférieurs comme colonnes articulées + expression verbale de l'expérience	Que se passe-t-il (mécanique, sensitif affectif) quand je marche ? Et ma respiration ?	Marche consciente en lien avec : respiration, pieds, jambes, yeux, oreilles et autres sens ; le regard de l'autre + je verbalise
#8 : 05 - 11 - 2010	Cage thoracique (Cth) / région musculosquelettique + lien mécanique -	Qu'elle place occupe ta Cth dans ta vie quotidienne ? Et le lien que tu fais entre ta Cth et ta respiration ?	Découvrir, toucher : prendre conscience de sa Cth et de sa mobilité et ses ramifications

	respiratoire		(gardienne de viscères, des poumons et du cœur - repère affectif)
#9 : 12 – 11 - 2010	Équilibre statique et dynamique	Je regarde cette semaine mon ÉQUILIBRE corps-esprit, soit mon être global. Je fais le lien entre mes pieds et mon équilibre. Qu'est-ce qui provoque mon déséquilibre ?	Équilibre /verticalité statique et dynamique ; repères visibles et invisibles pour rester ou « être » en ÉQUILIBRE
#10 : 19 – 11 - 2010	Chaîne musculaire postérieure + lien respiratoire dans l'assouplissement (CMP/R) et la présence du diaphragme pelvien	Qu'est-ce que je fais de « mes » jambes qui s'articulent et me « supporte (nt)» et me « soutienne (nt)» à tous les jours ? Quel est le lien entre mes jambes et ma respiration avant-arrière-côtés ? Je l'observe dans sa globalité en lien avec l'usage de mes jambes	Équilibre par les liens respiration-jambes + découverte des ischions ; les pieds du tronc et les effets sur le placement des jambes. PdeC du diaphragme pelvien
#11 : 26 – 11 - 2010	Ceinture scapulaire (CS) et Cth/liens X avec les membres supérieurs (MS)	J'ai des bras avec des extrémités : épaules, mains, doigts. Je place mes bras et leurs extrémités (mains, doigts) dans le centre de mon quotidien cette semaine. Quand mes bras-extrémités bougent : Comment est ma respiration ? Comment « est » le reste de moi ? Voilà l'attention particulière à porter sur MOI	Le rapport entre la main comme outil relationnel et de découverte + l'expérience dont elle est empreinte et dans ses attachent au corps
#12 : 03 - 12 - 2010	Cth, CS et MS dans leurs interrelations et en lien avec la respiration	Mes mains qui explorent, agrippent, socialisent, respirent, vivent (sont vivantes) seront au centre de ma vie cette semaine. Dans mon JdeB, je trace une main placée sur la paume et l'autre sur le dos : j'observe, je nomme, je décris cette (ces) main(s) avec les doigts qui s'y rattachent. Comment je me sers de « mes » mains et doigts ? Et le lien entre leur usage et ma respiration ?	Bouger la partie supérieure et inférieure du corps et observer l'utilisation des mains dans les mvts et déplacements + incidence/ diaphragmes-respiration
#13 : 10 - 12 - 2010	Région crânio-faciale (CF)/respiration/ liens CS, Cth, ceinture pelvienne (CP)	Où est ma tête? place de ma tête dans mon quotidien Comment se tient-elle? Sur mon cou, sur mes épaules? Et ma respiration peut-elle avoir un impact, un lien avec mon « port de tête » avec la façon dont je tiens ma tête? et selon la position dans laquelle je me place?	Bouger, toucher, vivre avec « sa » tête/reliations respiratoire, cognitive, affective + liens avec placement corporel dans 'transport' de la tête

#14 : 17 - 12 - 2010	Circuit CF–pieds /respiration diaphragmatique distribution-> masse et volume corporel	JdeB /temps des fêtes : De ma tête à mes pieds en passant par tous mes circuits musculaire, osseux, nerveux et respiratoire. Pendant le temps des fêtes, je garde tout ça au centre de mon quotidien. J’explore... je regarde où et comment ça se passe...	Travail de pieds- tête/équilibre statique et dynamique et usage de la respiration des diaphragmes dans la répartition des masses et des volumes selon les régions
#15 : 07 - 01 - 2011	Cth-CP-CS/ accent CF/port-de-tête- yeux/Respiration diaphragmatique	Où en suis-je? Je place au quotidien, mon être global de la tête aux pieds et inversement en passant par mon diaphragme pelvien et mon regard qui se pose sur : Comment je respire là-dedans ?	Travail par les appendices avec un accent sur PdeC mvts de pulsations /respiration des diaphragmes
#16 : 14 – 01 - 2011	Autoportrait & Courte séance ‘bilan’– lignes, courbes et pourtours du corps + bilan final	En guise de préparation à l’entrevue finale : Qu’en est-il de ma conscience corporelle à travers ma démarche d’expérimentation, d’exploration en GH, dans mon corps vécu? Cette question sera reprise en rencontre finale le vendredi 21 janvier 2011	Fabrication du schéma corporel/autoportrait : 2 ^e exploration tactile avec pâte à modeler Regard et bilan/schéma- image corporelle maintenant selon l’autoportrait et les traces des 16 séances/ discussion de groupe et impressions individuelles

La mise en mouvement se faisait lentement, en tenant compte de la capacité d’absorption des participantes. La détente, qui amorçait et terminait chaque séance, permettait aux femmes de prendre contact avec leur respiration et leur état de stress et d’énergie. En début de séance, un échange verbal en groupe servait à identifier les préoccupations des unes et des autres et à réajuster le contenu de la séance. En clôture de séance, une discussion de groupe servait à faire le bilan des expériences vécues, un moment était consacré à compléter la cueillette de données (grilles d’auto-évaluation) et était abordée la question de réflexion de la semaine, pour le travail d’écriture dans le journal de bord. Durant la semaine, les participantes devaient y traduire leur cheminement en mots ou en dessins. La question de réflexion visait à aider les participantes à développer leur capacité à faire des liens entre les mouvements expérimentés et leur corps « ressenti », par leurs sens du toucher, de l’ouïe, de l’odorat et de la vue. Elles étaient invitées à trouver des mots pour écrire les émotions qui les

traversaient dans l'expérience vécue et la vie quotidienne. L'écriture au « je » permettait à chacune de s'approprier le vécu de manière subjective et engagée.

Les séances étaient planifiées au fil des semaines selon les commentaires des participantes. Quelquefois, une séance prenait une tournure de création spontanée afin de répondre à un besoin exprimé. Par exemple, si en début de séance plusieurs femmes mentionnaient une raideur à la nuque, alors des mouvements qui en tenaient compte étaient insérés dans la séance.

Des moyens concrets et diversifiés étaient proposés lors des séances pour favoriser et, éventuellement, soutenir l'émergence des mots pour parler de leur apprentissage. Par exemple, aux séances #4 et 16, elles étaient invitées à fabriquer leur autoportrait en utilisant de la pâte à modeler. Il est important de préciser que, dans le cadre de la présente recherche-action, cette activité était utilisée strictement comme un moyen pédagogique pour éveiller la conscience corporelle et, d'aucune façon les représentations corporelles n'ont servi à dresser un portrait psychologique de la personne. Le modelage servait uniquement de point de repère postural (visuel) aux participantes. Le Tableau 2 (page suivante) présente un aperçu de ces 2 séances.

Tableau 2 : Séances des autoportraits

Séances # 4 et # 16	Consignes	Effets ciblés
<p>Autoportrait (Schéma corporel)</p>	<p><u>Durée : 45 minutes</u> <u>Matériel : 200g de pâte à modeler*</u>, bandeau, feuille de papier, crayon, chronomètre et cure-dents.</p> <p>1. L'éducatrice somatique invite les participantes à s'asseoir autour d'une grande table pour recevoir les consignes de l'activité et le matériel à utiliser.</p> <p>3. L'éducatrice couvre les yeux de chacune avec un bandeau ; elle dépose la pâte à modeler devant la participante (près de ses mains) et, tout de suite après, les cure-dents, la feuille de papier et le crayon, au centre de la table, devant chaque participante.</p> <p>4. L'éducatrice donne le départ. En gardant le silence, les participantes doivent prendre la pâte à modeler et fabriquer la représentation d'elle-même, telle que visualisée 'au moment présent', pendant 20 minutes (chronométrés).</p> <p>5. À la fin, l'éducatrice leur demande de retirer leur bandeau et, tout en restant dans le silence, les invite pendant les 5 minutes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à écrire sur la feuille devant elle, la (les) première (s) impression (s) qui émergent spontanément ; - puis à piquer les cure-dents sur les régions de leur modelage qui correspondent aux mouvements sentis de leur respiration. <p>6. L'éducatrice leur demande d'observer pendant 5 minutes leur modelage : formes, creux, bosses, expressions, volume.</p> <p>7. L'éducatrice guide, pendant 10 minutes, un partage en groupe des premières impressions des participantes</p>	<p>- Prise de conscience par la visualisation, de sa propre représentation/perception corporelle de soi</p> <p>- Prise de conscience de son mouvement respiratoire.</p>
<p>*Les participantes ont reçu, de façon aléatoire une pâte à modeler de couleur. Il serait préférable d'utiliser une pâte à modeler de couleur neutre car la couleur s'est avérée, à notre insu, un repère d'auto-évaluation pour les participantes.</p>		

3.4. COLLECTE DE DONNÉES

La collecte de données comportait : 1) les bilans de santé incluant une fiche personnelle d'information et des lectures corporelles pré et post RA, 2) l'enregistrement sur bande audio des échanges sur les expériences vécues lors des séances, 3) les grilles d'auto-évaluation remplies au début et à la fin des séances, et 4) le journal de bord complété à la maison.

3.4.1. Bilan de santé et fiche personnelle

Au début et à la fin du processus de la RA, une rencontre individuelle servait à faire le bilan de santé (annexe f) et à recueillir, auprès de chaque participante, de l'information sur son rapport à la nourriture et à son corps. Sur une fiche personnelle étaient consignées les perceptions de la participante de son état général, ses habitudes de vie, auxquels s'ajoutait un moment d'échange sur ses attentes et ses besoins. Les informations consignées dans cette fiche seront parfois reprises dans le portrait des participantes. La lecture corporelle servait à recueillir des indices posturaux à partir d'un « test maison » adapté aux capacités physiques de chaque participante et à partir du test de Schober, qui porte sur l'état des lordoses cervicale et lombaire. Les tests permettaient d'obtenir une référence posturale pour comparaison après les 16 séances.

3.4.2. Enregistrement sur bande audio des expériences vécues en séances

Des échanges verbaux entre les participantes et l'éducatrice somatique avaient lieu au début et à la fin des séances. Ces échanges portaient sur les expériences vécues lors des séances ainsi que sur les liens que faisaient les participantes entre leur vécu en séance et leur vécu entre les séances. Une transcription sélective des enregistrements de ces échanges a été faite, pour fins d'analyse. L'éducatrice somatique planifiait chacune des séances en se basant sur la séance précédente (annexe g).

3.4.3. Grilles d'auto-évaluation durant les séances

Au début et à la fin des séances, les participantes prenaient un temps de retrait, seule, pour compléter une grille d'auto-évaluation (annexe h). La grille leur servait de repère individuel

pour évaluer leur expérience et y mettre tout de suite des mots et des impressions qui pouvaient être repris par la suite dans leur journal de bord.

3.4.4. Journal de bord

Dans le journal de bord, les participantes étaient invitées à répondre à une question de réflexion hebdomadaire, en plus de faire spontanément des liens à leur vie en général et, plus spécifiquement, aux TCA. L'écriture se faisait au rythme de chaque participante, au moment à leur convenance mais en dehors des séances de GH. L'écriture au « je » ne constituait pas uniquement une forme de collecte de « données » : elle faisait partie intégrante des stratégies de la recherche-action.

3.5. ANALYSE DES DONNÉES QUALITATIVES

L'analyse des données qualitatives a été réalisée en deux étapes distinctes. Une première étape a consisté à sélectionner les informations les plus pertinentes pour chacune des participantes. À cette étape, nous avons eu recours à la triangulation, c'est-à-dire à la corroboration des informations à partir des différentes sources de données (verbatim obtenus lors des séances, journal de bord, auto-évaluation écrite au début et à la fin des séances). Cette première étape de description sélective retrace le parcours de chacune des participantes. Il nous importait de saisir la dynamique particulière de chaque participante, en essayant le plus possible de ne pas séparer l'objet d'étude (rapport au corps et TCA) du contexte de vie passé et actuel de chacune des participantes. C'est pourquoi le comité d'encadrement a choisi de présenter ces informations sous forme d'histoires individuelles plutôt que sous forme thématique. À cette étape, il a été décidé d'adopter une posture restitutive (Demazière et Dubar, 1997), c'est-à-dire que le rôle de l'éducatrice somatique et de la professeure consistait à ne pas introduire de discours interprétatif ou théorisant qui viendraient s'interposer entre les chercheurs et les participantes. Il a été décidé de ne pas censurer la parole des participantes afin de ne pas en perdre l'effet communicationnel. Ce rôle de porte-voix comporte, il va sans dire, une certaine transformation de la parole des femmes par l'éducatrice somatique et la professeure qui deviennent un filtre de l'expérience

des femmes. Autrement dit, la construction des histoires individuelles n'est pas neutre. Elle est soumise aux structures de sélectivité de l'éducatrice somatique et de la directrice de recherche, qui ont bénéficié du comité d'encadrement pour trouver « le ton juste » et enrichir les premières versions. Les histoires individuelles sont donc nourries d'une connaissance intime de chacune des participantes par l'éducatrice somatique, qui a fait le recrutement, dispensé les séances, manipulé toutes les données un nombre incalculable de fois et participé aux rencontres du comité d'encadrement. La professeure a fait de nombreuses lectures des journaux de bord, et a rencontré l'étudiante de nombreuses fois afin de faire émerger le contenu significatif pour chacune des participantes et donner une même structure aux sept histoires individuelles. Chacune de ces histoires se termine par une synthèse des informations essentielles pour l'étape suivante de l'analyse transversale.

L'analyse transversale, en seconde étape, est d'un niveau d'abstraction supérieur restitutive et d'une posture analytique dans la visée de coproduire un rapport de recherche qui concilie autant les préoccupations des chercheurs universitaires que des besoins de L'Entre-Deux. L'étape restitutive visait davantage les participantes de la recherche pour qui les histoires individuelles pouvaient probablement résonner fortement dans leurs expériences présentes et futures, de façon plus évocatrice que ne le feraient des écrits analytiques. Par contre, pour les chercheurs universitaires, apparaissait souhaitable une démarche analytique afin de dévoiler le sens ou la théorie sous-jacente des témoignages d'expérience qui pouvaient ne pas apparaître suffisamment mis en valeur par une simple lecture de l'histoire racontée. Dans la posture analytique, les chercheurs considèrent qu'il y a un intérêt à proposer une interprétation de la parole initiale (Demazière et Dubar, 1997). Ceci dit, il y a peu de formules toutes faites pour guider le chercheur en recherche-action. Paillé (2004) stipule que la recherche-action « donne lieu à un compte-rendu et à une analyse de l'action plutôt qu'à un exposé des résultats » (p. 225). Chaque chercheur développe ses propres procédures en fonction des nécessités de ses objectifs de recherche. Dans notre cas, en lien à la question de recherche, les synthèses des histoires individuelles nous guidaient vers une analyse transversale structurée en deux grandes catégories: les rapports au corps et les impacts des

séances de GH sur les comportements alimentaires. Toutefois, après maintes tentatives en ce sens, nous en sommes plutôt venues à une organisation reflétant davantage l'expérience globale des femmes, du début à la fin de la recherche-action. Nous avons essayé de montrer la transversalité des actions au sein du parcours singulier de chaque femme.

4. RÉSULTATS

Cette section présente les résultats les plus significatifs pour chacune des participantes qui ont complété la RA, soit sept femmes. Constituée à partir de l'ensemble du corpus, la description de leur vécu se présente comme sept histoires individuelles. Celles-ci contiennent des représentations visuelles (schéma corporel, dessins de pieds et de mains) qui s'intégraient à la démarche de réflexion et d'intériorisation demandée durant la démarche. Les histoires reprennent les moments forts des expériences corporelles individuelles lors des séances, auxquels se rajoutent des extraits de leurs écrits dans leur journal de bord. Les journaux de bord pouvaient contenir entre 10 et 50 pages, soit une moyenne de 30 pages. Quant au taux de participation aux séances, il a varié entre 9 et 15, avec une moyenne de participation à 12 séances. Cette participation nous satisfait grandement, compte tenu des fluctuations possibles des états dépressifs, lesquels peuvent entraîner de l'absentéisme, peu importe le type d'activités concerné.

Chaque histoire s'ouvre sur la première représentation faite par la participante de son schéma corporel, suivie d'un tableau résumant son profil : âge, diagnostic, revenu, etc., et des objectifs personnels qu'elle s'est donnés. Riche de ce contexte, chaque histoire individuelle se poursuit par la description des moments forts de ses expériences corporelles, organisés selon la progression des séances. Les histoires individuelles se terminent par une section présentant l'appropriation du vécu de la participante et par un tableau synthèse récapitulant les résultats, en termes de rapport au corps, de TCA, de santé mentale et d'impacts divers sur leur vie.

Le Tableau 3 regroupe certaines des informations récoltées, pour offrir une synthèse du profil de l'ensemble des participantes (page suivante).

Tableau 3 : Synthèse du profil du groupe

Pseudonymes : Marie-Lou, Emma, Lièvre, Giroflée, Clémentine, Marguerite et Fleur

Âge moyen : 46 ans (entre 25 et 61 ans) / **Genre** : féminin / **Statut** : 2 en couple, 4 séparées ou divorcées, 1 célibataire

Conditions d'existence : 7 en précarité financière et isolement social

Habitation : 4 en occupation simple, 3 en occupation double

Revenu : 1 rente d'invalidité, 1 chômage, 5 prestations d'aide sociale + contrainte sévère à l'emploi

Bénévolat : 2

Troubles du comportement alimentaire ^(*) : 1 hypo-hyperphagie, 2 compulsions alimentaires, 3 anorexie-boulimie, 1 anorexie nerveuse

^(*) *Autodiagnostic de leur état sauf celle de l'anorexie nerveuse.*

Diagnostiques ^(*) : 1 trouble obsessionnel-compulsif (TOC), 7 dépression, 1 trouble de l'humeur, 1 troubles de la personnalité limite (TPL), 1 bipolaire, 3 troubles de glande thyroïde, 2 diabète type II, 2 arthrose, 1 emphysème, 1 spina bifida, 1 ulcère de l'œsophage, 2 douleurs chroniques au dos (radiculopathie, discopathie)

^(*) *Toutes cumulaient au moins deux problèmes de santé*

Services thérapeutiques : 7 L'Entre-Deux, 1 Institut Victoria (spécialisé dans les TPL), 3 clinique externe de psychiatrie, 1 CLSC, 1 psychologue, 1 thérapeute en relation d'aide

Caractéristiques physiques : 2 lordose, 1 hypolordose, 1 cyphose, 1 bosse de bison, 2 attitude scoliotique, 2 problème/port-de-tête, 5 inclinaison du bassin, 5 épaules enroulées, surélevées, omoplates ouvertes, 1 épaules tombantes, 2 vrille/torsion du tronc, 2 raccourcissement de chaîne musculaire postérieure, 1 hyperextension des genoux

Limitations physiques : 4 surpoids, 4 surdité partielle, 1 douleurs lombaires chroniques, 1 douleurs sacro-iliaque (orthèse), 2 faiblesses aux genoux, 1 état cardiaque fébrile

Objectif personnel ^(*) : 1 prendre sa place, 1 briser l'isolement social et mettre de l'ordre dans sa vie, 2 comprendre ses TCA / manger ses émotions, 1 aimer son corps tel qu'il est, 1 vivre autre chose que de la peur et se sentir forte et fière de soi, 1 guérir.

^(*) *Toutes, lors des séances de GH, ont mentionné vouloir améliorer leur santé physique et psychique, baisser leur niveau de stress, être normale et capable de s'activer de manière autonome.*

Au moment de la collecte de données, la plupart des participantes habitent seules et sont isolées de leur communauté et de leurs proches. Elles sont sans emploi et vivent dans la précarité financière. On remarque que, avant la maladie, elles occupaient toutes des sphères d'activités privilégiant un volet de relations d'aide (parent, préposée aux bénéficiaires, aidante de proximité). Sur le plan de la santé, leurs diagnostics se superposent, entraînant

des situations individuelles multi-problématiques. Toutes les participantes présentent un TCA et ont reçu un diagnostic de dépression, souvent cumulé à d'autres problèmes. Ainsi, une participante peut présenter un TCA, avec un trouble bipolaire, un état dépressif et de l'emphysème. À cela s'ajoutent les enjeux personnels liés à leurs conditions d'existence, qui se répercutent sur leur capacité à faire face à leurs problèmes de santé. Difficilement capables de contrôler le stress et de venir à bout des défis de la vie quotidienne, elles développent des mécanismes de survie mésadaptés, certaines ayant fait des tentatives de suicide. Les participantes réfèrent surtout aux antécédents familiaux et sociaux comme source première de leur mal-être. Victimes de violence, de rejet, de viol, d'inceste, de gavage et de moqueries, elles présentent une pauvre image d'elle-même, peu ou pas d'estime de soi et sont aux prises quotidiennement avec des TCA.

Comme objectif de participation à la RA, elles formulent à l'unisson le souhait de vivre autrement, de « mettre de l'ordre dans leur vie ». Elles veulent comprendre leur situation personnelle en relation avec leurs TCA. Autrement dit, elles désirent cheminer vers un mieux-être, que ce soit de prendre du pouvoir sur leur vie ou de développer des moyens pour se guérir de leurs « maladies ».

4.1. HISTOIRE DE LIÈVRE

Figure 1 : Lièvre-autoportrait-début

*Schéma corporel/automne 2010*²



« Je ne réussis pas à faire le vide, ma tête n'arrête jamais »
(JdeB, p.10).

Tableau 4 : Lièvre-profil individuel

Pseudonyme : Lièvre

Âge : 46 ans **Genre** : féminin **Statut** : divorcée ; mère de 2 enfants adultes

Conditions d'existence : précarité financière et isolement social

Habitation : occupation simple/logement inadéquat

Revenu : prestations d'aide sociale/contrainte sévère à l'emploi

TCA : anorexie-boulimie

Diagnostics : TPL ; dépression majeure ; radiculopathie et discopathie (région sacro-lombaire)

Services thérapeutiques : L'Entre-Deux ; Institut Victoria; clinique externe de psychiatrie du CHLC

Caractéristiques physiques : lordoses, bosse de bison, raccourcissement de la musculature postérieure, épaules enroulées et tombantes, inclinaison gauche du bassin

Limitations physiques : douleurs lombaires chroniques, surpoids

Son profil

Lièvre se sent rejetée et menacée par ses parents, ses enfants et par son entourage. Elle perçoit son existence et ses expériences de vie à travers les revers relationnels et les

² Schéma corporel façonné à l'aveugle par les participantes, au début du projet. Elles ne choisissaient pas la couleur de leur pâte à modeler.

contraintes des diagnostics de dépression majeure et de TPL. Elle est insécure, méfiante; elle manque de confiance en elle et vit dans la peur de ce qu'elle pourrait faire aux autres autour d'elle. Cette "peur d'avoir mal ou de faire du mal" est accompagnée de prises excessives de médicaments, d'automutilations et d'épisodes d'excès ou de refus de nourriture. Les troubles alimentaires la "hantent" et lui font vivre de la colère. Elle fait des diètes et de l'exercice mais rien ne fonctionne. Lièvre parle d'une grande difficulté de concentration car elle ne réussit pas à faire le vide dans sa tête. Elle est toujours prête à fuir au moindre risque de danger. Toutefois, elle souffre d'un mal de dos chronique qui réduit sa capacité de déambuler: « *J'ai mal de la tête aux pieds et cela me cause de la peine (...) je ne l'accepte pas* » (JdeB, p.6).

Les objectifs de sa démarche

Lièvre se joint au projet de recherche avec le souhait de « *retrouver de l'ordre dans sa vie* » et de briser son isolement social qui perdure depuis trois ans. Les expériences de prise de conscience corporelle vécues dans le cadre du projet sont tirées des séances hebdomadaires auxquelles elle a participé et de son journal de bord. Le vécu qu'elle décrit oralement et par l'écrit est parfois très différent. Les manifestations de ces dissemblances sont observables dès la première séance. Lièvre, qui se dit angoissée, veut comprendre les exigences de la RA avant de s'engager. En fin de séance, elle dit au groupe que les mouvements axés sur la détente respiratoire et musculaire lui ont apporté du calme. Elle confirme sa participation au projet, sachant maintenant que les mouvements se font en douceur. Toutefois, dans son journal de bord, elle écrit : « *J'ai peu relaxé, pour l'instant, dû au mal de dos chronique* » (JdeB, p.1). Elle ajoute: « *J'ai beaucoup de masques, je ne voulais pas que les autres me repoussent* » (JdeB, p.2). Chez elle, seule dans ses retranchements, la maladie et les affects négatifs de sa vie semblent prendre de l'emprise et donner lieu à une écriture réfractaire empreinte de souvenirs, alors qu'en groupe elle parle d'expérimentations révélatrices et libératrices.

Il arrive toutefois que les expériences vécues avec le groupe et les écrits qui en découlent se ressemblent. Ainsi, dans son journal de bord, se retrouvent à certains moments des traces fragmentées d'expériences signifiantes, notamment en regard de sa cage thoracique et de ses pieds. À l'occasion, elle apprécie certaines parties de son corps mais généralement elle tient un discours négatif pour les régions corporelles plus grosses ou douloureuses. L'Entre autres, elle confie à son journal : « *Moi, mes mains, je les ai fait beaucoup souffrir et jamais je ne vais pouvoir l'oublier car les cicatrices sont là. J'ai voulu les couper et maintenant je dois me pardonner et pardonner aux autres. C'est moi qui contrôle mes mains, mais des fois, on va trop loin et le mal est fait* » (JdeB, p.21).

Son expérience corporelle

Les expériences vécues par Lièvre et présentées ici sont extraites de son journal de bord de 50 pages et des 15 séances hebdomadaires auxquelles elle a participé. Dans cette section, les citations proviennent du verbatim des séances hebdomadaires. Sinon, leur provenance est spécifiée.

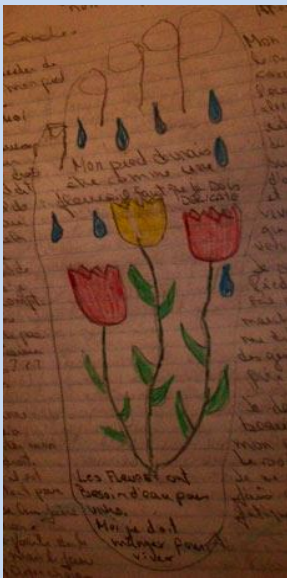
Lièvre, grouillante et nerveuse, se sert des premières séances pour apprivoiser l'éducatrice somatique, le groupe et à GH. Elle résiste à toute forme d'aide : ni question, ni commentaire, ni demande de sa part. Elle cherche la performance, ce qui exacerbe probablement les douleurs qu'elle décrit sur les grilles d'auto-évaluation que les participantes remplissent en fin de séance. Ceci étant nommé, elle est invitée à se reposer quand bon lui semble, à respecter ses limites par le choix des mouvements à exécuter et à poser des questions en tout temps. Capable d'intégrer ces moyens au fur et à mesure des séances, elle réussit à rester concentrée sur les expériences proposées. Avec le temps, elle se laisse guider et réduit l'effort dans l'exécution de la gestuelle demandée. L'effet perçu devient un « ressenti » agréable dans les muscles et les articulations plutôt que de la douleur. Éventuellement, elle confie au groupe : « *Je peux réussir à me faire du bien* » (Verbatim, séance #3).

Les prochains paragraphes présentent quelques moments qui illustrent comment son cheminement dans la RA lui permet de créer une brèche dans son périmètre de sécurité et d'introduire des notions de « caring » d'elle-même.

Séance #6 : *Mouvements d'équilibre statique et dynamique.* Lièvre apprend à travailler avec ses limitations physiques pour trouver et maintenir son équilibre dans les différents mouvements exécutés debout. Elle cherche les meilleures stratégies et prend conscience que « *son pied droit est plus croche que le gauche* » et elle en voit l'impact sur le reste de son corps « *croche* ». À son journal de bord, elle présente son pied gauche « *qui lui permet de marcher* » en le traçant sur une page et l'orne de fleurs.

Figure 2 : Lièvre-dessin de pied

Pied gauche



*« Mon pied devrait être comme une fleur;
il faut que je sois délicate ».*

Elle termine sa pensée en faisant un lien avec ses TCA :


*« Les fleurs ont besoin d'eau pour vivre, moi je dois manger
pour vivre »*
(JdeB, p.6)

Séance #8 : *Mouvements dans la région thoracique.* Lièvre parle de l'impact respiratoire sur l'ensemble de son être. Elle fait des liens entre les respirations et les nausées, les essoufflements et les idées de peur qu'elle ressent. Elle prend conscience de sa cage thoracique au sol, pour s'installer avec moins d'effort et trouver du confort: « *Je me suis couchée (...) et j'ai mis mes pieds au mur WOW !* » (JdeB, p.33). Son corps « *croche* » est ressenti plus droit par l'alignement de son tronc et de sa tête, et par la conscience de ses

pieds. Son mouvement fétiche “l’armoire normande”, où elle se couche sur le dos, les genoux pliés et les pieds au mur avec les mains sur sa cage thoracique, l’aide à se souvenir de la place qu’elle peut occuper dans le monde. Cet apprentissage sur le plan corporel n’est probablement pas étranger à une grande satisfaction ressentie sur le plan social. Son schéma corporel de la dernière séance montre une cage thoracique proéminente.

Figure 3 : Lièvre-autoportrait-fin

Schéma corporel/hiver 2011



« Ma cage thoracique me démontre comment je vis, comment je me sens, ma respiration ; oublier de respirer ; respiration saccadée ; dans ma cage thoracique il y a mon cœur qui bat trop vite ou pas assez. La peur qui nous donne mal au cœur. Je devrais écouter les symptômes. Je crois que notre tête ou cerveau sont compatibles : mon cerveau envoie ce que je vis et automatiquement descend dans ma cage thoracique ce qui m’amène à avoir des émotions ...

J’ai beaucoup de colère en-dedans de ma cage thoracique »
(JdB, p.9-10).

Vers la fin de la RA, elle arrive à mieux contrôler ses pulsions: « Je redeviens vivante ; mon alimentation change ; je sens moins le besoin de me punir en me gavant » (Verbatim, séance #13). Son cheminement avec le groupe de femmes lui permet d’aborder, en toute sécurité, plusieurs aspects enfouis en elle depuis longtemps. La 13^e séance propose une série de mouvements ciblant la région de la ceinture pelvienne. Elle découvre avec étonnement, la corrélation entre les diaphragmes thoracique et pelvien.

Le rapprochement au groupe de femmes et à sa propre féminité s’intensifie avec le temps et les échanges en séance. Dans son journal de bord, en parlant d’une autre femme du groupe, elle écrit: « C’est une partie de ma vie qu’elle exprimait, combien on peut se ressembler dans le partage » (JdB, p.12). Lièvre arrive à parler ouvertement de son expérience et de son mieux-être au sein du groupe : « Je me sens respectée » (Grille d’auto-évaluation, p,1). Ce sentiment, accompagné d’une place pour bouger et s’exprimer sans jugement, devient

évident pour elle. L'isolement du début de session fait place au partage avec les autres femmes qui lui ressemble.

L'appropriation de son vécu

Son assiduité aux séances lui permet de vivre plusieurs formes exploratoires porteuses d'expérience de soi. Elle souligne: « *Nous regarder de la tête aux pieds n'est pas évident, tellement de choses se passent en dedans de nous* » (JdeB, p.41). Malgré qu'elle s'investisse pleinement dans un processus de changement, elle écrit à la fin de la cinquième séance : « *J'aimerais être l'autre moi qui gardait tout en dedans, c'était plus facile avec des murs et des masques* » (Fiche, séance #5).

Tout au long de parcours, le journal de bord aura été un grand défi d'ouverture et d'introspection pour Lièvre. Les liens entre ses expériences en séances et ses écrits dans son journal apparaissent souvent conflictuels. Toutefois, suivie à l'Institut Victoria, spécialisé dans les TPL, et soutenue par la thérapeute de L'Entre-Deux, elle a pu mener l'expérience du projet de recherche jusqu'à la fin et faire part de son vécu dans son journal de bord. Elle qualifie éventuellement le travail d'écriture comme étant libérateur et, après la fin de la RA, elle le poursuit avec sa thérapeute de L'Entre-Deux. Pour l'aider à mieux vivre son quotidien, elle écrit dans son journal de bord qu'elle utilise à la maison des mouvements de GH. Comme elle l'a appris dans les séances, elle cherche à développer une respiration optimale par le nez, afin de diminuer ses tensions et son angoisse. Tout en continuant d'éprouver des difficultés dans l'exécution de certains mouvements, elle écrit : « *mais je l'ai fait quand même et je suis fière de ça, car ça fait trois ans que je ne fais plus rien en groupe et ça fait 15 semaines avec vous et rien n'est arrivé! Et ça bien été* » (JdeB, p.50).

Tableau 5 : Lièvre-synthèse individuelle

Schéma corporel : Asymétrie inversée du premier au deuxième schéma; d'un tronc plein sans définition, on passe à une cage avec un contour de cage thoracique bien affirmé.

Caractéristiques physiques post RA : Persistance de douleurs à la jambe droite qui limitent la mise en charge sur les trois premiers orteils du pied droit; épaules plus ouvertes.

Rapport au corps : D'un corps stressé, souffrant, bafoué, avide de normalité et volontaire, elle progresse vers une capacité à s'accepter, respecter son rythme, doser son effort et ainsi éprouver des sensations agréables. Se centrer sur soi physiquement diminue le cercle continu des ruminations mentales négatives.

Santé mentale : Freinée par une grande peur d'avoir mal ou de faire mal aux autres, Lièvre apprend à se faire confiance, à ne plus craindre le regard des autres, ce qui l'aide à briser son isolement. Belle complémentarité entre les expériences de RA et les différents moyens de support thérapeutique.

TCA : Diminution des compulsions et punitions alimentaires, ainsi que des comportements de scarification pendant la RA.

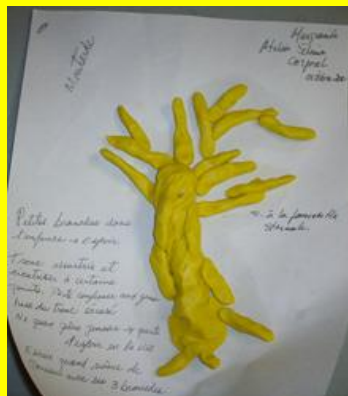
Objectif personnel : Retrouver de l'ordre dans sa vie et briser son isolement social.

Impact de la RA : Le groupe respectueux a été déterminant dans sa capacité à s'ouvrir, à s'exprimer aux autres et à partager sa féminité qui a trouvé écho chez les autres.

4.2. HISTOIRE DE MARGUERITE

Figure 4 : Marguerite-autoportrait-début

Schéma corporel/automne 2010



« Un arbre ! Ça ne ressemble pas à un arbre avec des branches. De couleur jaune, ça fait moutarde. Il y a plusieurs cicatrices sur le tronc et le bas est tout écrasé, pas de feuilles. Des branches d'espérance pour quand j'étais jeune. Un tronc a grandi avec de grosses cicatrices recouvertes et les plus profondes ne sont pas cicatrisées. Le bas écrasé, je ne marche pas, je vais nulle part et des branches veulent quand même sortir.

Le schéma est fait de morceaux collés ensemble pas un morceau fort, des réparations partout » (JdB, p. 6).

Tableau 6 : Marguerite-profil individuel

Pseudonyme : Marguerite

Âge : 53 ans **Genre** : féminin **Statut** : divorcée, mère de 1 enfant

Conditions d'existence : isolement social

Habitation : occupation double / logement partagé avec un conjoint

Diagnostics : diabète de type II, ulcères de l'œsophage, Spina bifida, maladie de Hashimoto (ref : hypothyroïdie) / états dépressifs

Revenu : rente d'invalidité

TCA: anorexie-boulimie

Service thérapeutique : L'Entre-Deux

Caractéristiques physiques : protraction tête, épaules enroulées, inclinaison bassin (gauche)

Limitations physiques : étourdissements; raideurs et compressions à la gorge; états cardiaques fébriles, tympan artificiels : surdité partielle (oreille gauche), surpoids

Son profil

Marguerite habite un logement en colocation. Le partage de l'espace résidentiel lui offre la sécurité d'une présence sans pour autant briser son isolement. Tous les jours, elle mène un combat entre le désir de vivre et celui de mourir, ce qui régule sa conduite alimentaire: « Manger pour moi est une question de vie ou de mort. Lorsque je me bats pour vivre, je mange et quand je veux mourir, je ne mange plus » (JdB, p.2). Elle se sent coupable de

manger : « *Je ne sais pas trop comment régler ce conflit. Je me sens prise entre le danger de ne plus exister ou d'exister* » (JdeB, p3). Marguerite soutient que depuis la petite enfance, elle porte l'étiquette de « l'enfant-non-désiré-de-la-famille ». Depuis l'âge de trois ans, marquée par le dénigrement, l'abus et les molestations, elle apprend à craindre les siens et à vivre dans la peur et la soumission. À l'âge adulte, elle entreprend un cheminement thérapeutique qui lui permet de commencer à comprendre les implications de son passé sur sa vie et ses relations actuelles: « *Je n'accepte pas les conséquences à long terme de ce qui m'est arrivé, ni les cicatrices mentales qui sont liées à mon physique. Il y a toujours ce souci de mettre ce corps en sécurité puisqu'il n'a pas su me protéger* » (JdeB, p.6). Elle souligne que les difficultés vécues l'ont rendu sensible à la réalité des autres. Ainsi, Marguerite a dédiée ses années de travail comme préposée aux bénéficiaires, à rendre service aux personnes souffrantes.

Les objectifs de sa démarche

Marguerite s'est jointe au groupe de RA en disant : « *Je veux vivre autre chose que la peur et me sentir forte et fière de moi* ». Elle veut explorer les effets de son « anxiété incontrôlable » sur sa conduite alimentaire. Depuis un bon moment, elle soupçonne que les TCA lui servent d'échappatoire pour éviter, ou contrôler, les émotions trop difficiles à gérer: « *Quand l'anxiété est trop forte et que les émotions sont trop grandes, me gaver de nourriture devient le seul moyen de me raccrocher à la vie et de ressentir mon corps : d'exister. La nourriture sucrée sert aussi à me reconforter* » (Grille d'auto-évaluation, p.1). Inversement, quand la peur s'installe, Marguerite craint même la nourriture et jeûne pendant plusieurs jours pour se punir. Elle mentionne que son désir de vaincre la peur et de contrôler son anxiété motive sa présence et sa participation au sein du groupe à chaque semaine : « *J'apprends à m'aimer en venant ici. Je viens chercher des outils pour me réconcilier avec moi-même et avec mon corps* » (JdeB, p.7). Tout au long du projet de recherche, Marguerite reste avec l'objectif d'unir son corps et son esprit : « *Les exercices en douceur m'apprennent à me connecter par l'extérieur vers l'intérieur, relié par mon mental. Auparavant, quand je me sentais vide et non-existante, je mangeais jusqu'à ce que mon estomac soit lourd et me fasse presque mal pour*

sentir l'union du mental et du physique et ça me sécurisait mais j'étais misérable et honteuse de ne pas trouver mieux » (JdeB, p.8).

Son expérience corporelle

L'expérience corporelle de Marguerite présentée ici provient des 9 séances hebdomadaires auxquelles elle a participé et de son journal de bord de 20 pages. Dans cette section, les citations proviennent du verbatim des séances hebdomadaires. Sinon, leur provenance est spécifiée.

La plupart du temps, Marguerite arrive enthousiaste aux séances. Elle apprécie autant les moments d'écriture et que ceux réservés aux mouvements et aux échanges verbaux entre les participantes. Elle dit ressentir : « *Qu'il y a une dimension physique et un appui psychologique en faisant des mouvements de Gymnastique Holistique et c'est très important dans ma vie »* (Verbatim, séance #12). Les prochains paragraphes mettent l'accent sur quelques temps forts de son expérience corporelle.

Séance #6 : *Mouvements d'équilibre statique et dynamique.* La séance axée sur l'équilibre est particulièrement difficile pour Marguerite qui tanguer dans tous les sens pour rester debout. Elle utilise le mur comme appui et se fatigue vite. Elle remarque que son rythme respiratoire s'intensifie à l'effort. Elle se sent étourdie et anxieuse. Elle s'arrête et s'assoit, épuisée : « *J'ai la tête pesante. Je n'ai aucun plaisir à faire ces expériences, ça me stress »*. Elle continue son bilan de séance dans son journal: « *Durant le cours, j'étais concentrée, émotive. Lorsque le cours s'est terminé, tout ce que je ressentais s'était envolé.*» (JdeB, p.5). Elle écrit quelques jours plus tard dans son journal: « *Avec les exercices de la semaine passée, j'ai compris que je peux habiter mon corps »* (JdeB, p.6). Devenue curieuse et attentive à son centre d'équilibre, qui se bâtit par les pieds, et aux effets globaux qui lui font ressentir tout son corps, elle rapporte dans son journal :

Figure 5 : Marguerite-dessin de pied

Pied gauche : tracé à main levée par Marguerite suite à la séance #6.



« Pour garder l'équilibre, le pied gauche utilise l'extérieur du pied et du talon.

Lorsque je suis debout, les talons, les coussinets et les chevilles sont utilisés en priorité.

J'aime me balancer vers l'avant et l'arrière cela m'aide à trouver un certain équilibre au niveau du corps entier » (JdeB, p.9).

Séance #8 : *Mouvements dans la région thoracique.* La séance cible la découverte de la région thoracique en focalisant sur la respiration et la lenteur d'exécution des mouvements. Marguerite explore la région thoracique et perçoit l'importance de sa cage thoracique qui abrite et protège les organes vitaux. Elle découvre sa mécanique respiratoire et expérimente les différentes formes de respiration. Elle poursuit son exploration à la maison et livre à son journal: *« La respiration m'indique si je suis en contact avec mon corps ou non. La respiration me dit si quelque chose me tracasse ; si je suis angoissée. Je commence à unir mon corps et mon esprit durant ces exercices. J'ai encore beaucoup à faire » (JdeB, p.7).*

Séance #12: *Cage thoracique, ceinture scapulaire et membres supérieurs.* La séance fait appel aux mouvements qui mobilisent l'ensemble du corps en tenant compte de l'apport des mains dans l'exécution des mouvements. Les participantes sont invitées à ressentir bouger leur cage thoracique, leur diaphragme et à observer leur respiration. Les consignes de mouvements visent à dissocier les muscles et les articulations afin d'apprendre à minimiser les efforts. Marguerite est perplexe et craintive : *« Je n'arrive pas à me représenter mon corps dans ma tête et tout me semble étrange. Je suis habitée par la noirceur lorsque j'essaie de me représenter les yeux fermés. Il n'y a pas d'harmonie entre l'esprit et le corps sauf lorsque j'ai les yeux ouverts » (JdeB, p.10).* Elle met de côté son inconfort et explore les yeux ouverts.

Dans l'exécution des mouvements explorés, elle prend conscience des dimensions physiques et psychologiques qu'elle active en elle. Elle est surprise de bouger consciemment par segments corporeux et d'en constater l'efficacité. Au bilan de la séance, elle rapporte : « *Je suis calme. J'ai ressenti le travail musculaire et mes muscles sont détendus. Je me sens entière. Je prends conscience de moi* ». À son journal, elle continue sa réflexion : « *J'ai l'impression que je reviens chez moi ; une place où j'apprends à me découvrir sans le sentiment d'insécurité, de danger, de rejet. J'apprends à vivre avec moi-même, à exister pour moi* » (JdeB, p.12).

Invitée aussi à observer l'apport des mains durant la séance, Marguerite reprend cet aspect dans son journal :

Figure 6 : Marguerite-dessin de main

« Mes mains vieillissent comme moi et en les regardant, je me souviens de toutes ces années passées ensemble, Elles m'ont beaucoup servies et me servent encore. Elles m'aident à mon indépendance dans plusieurs sphères de ma vie : communiquer, manger, me laver, m'amuser » (JdeB, p.12)



Main droite



Main gauche

Avec le temps, Marguerite témoigne son attachement et son ouverture aux autres participantes. Par exemple, à la 13^e séance, elle arrive triste en disant au groupe qu'elle se sent impuissante. Elle annonce au groupe qu'elle vient de rompre avec son conjoint et que ce dernier, pour se venger, l'a menacée ce matin de faire euthanasier sa chienne. Elle admet avoir mangé une grande quantité de nourriture pour réussir à sortir de chez elle et venir à la séance d'aujourd'hui : « *Certes, mon alimentation a changé car j'ai pris des protéines plutôt que du sucre mais toujours en excès pour me sentir! C'est tellement difficile de ne pas me sentir* » (Verbatim, séance #13). Les participantes compatissent avec sa situation et certaines

rendent compte de leurs expériences d'impuissance. Elle se sent apaisée par le groupe et par les mouvements exécutés durant la séance. En fin de séance, elle mentionne : « *Pour la première, je sens qu'une 'thérapie' me fait du bien aux niveaux physique et psychique et je veux continuer au-delà de la recherche-action, sans changement. Les liens pour moi, sont trop difficiles à tisser, trop énergivore pour recommencer* » (Verbatim, séance #13).

Appropriation de son vécu

Durant tout le processus de la RA, Marguerite vit chaque séance avec une sensation de découverte et un besoin d'être en contact avec elle-même: « *J'ai l'impression d'être en terrain de découvertes : le terrain c'est moi et les découvertes sont reliées à mon corps. Les exercices favorisent le contact physique/esprit* » (JdeB, p.8). Marguerite accorde beaucoup d'importance à la connaissance des régions de son corps, afin de les visualiser en mouvement: « *Imaginer ce que je ne vois pas, c'est très difficile pour moi* » (JdeB, p.11). Elle souligne: « *Ma conscience corporelle s'est beaucoup développée. Les exercices, à travers les cours, m'ont aidée à pratiquer ma conscience sur chacun de mes membres, des parties de mon corps* » (JdeB, p.20). Elle sent que d'avoir appris à « ressentir » son corps lui permet de comprendre les signaux que celui-ci lui envoie et de mieux localiser les inconforts afin d'y remédier. Elle fait l'analogie suivante : « *Je compare la session de séances de Gymnastique Holistique à une colonne vertébrale où viennent se rattacher tous les événements de ma vie maintenant, car je ressens ce cheminement comme la formation d'un tronc, d'un pilier sur lequel peut venir s'appuyer tout mon quotidien cognitif, émotif et physique* » (Verbatim, séance #13).

Au bilan de la dernière séance, Marguerite révèle au groupe une partie de son cheminement et de la lutte intérieure qui l'a suivie durant tout le processus: « *Je veux faire à ma tête, être capricieuse. J'ai livré le combat entre le bébé et le côté plus mature en moi, pendant toute la session. J'ai de la misère à mettre des mots sur mes émotions ça fait une boule* » (Verbatim, séance #16). Elle confie à son journal : « *Je suis consciente que c'est le début d'une longue démarche vers la liberté* » (JdeB, p.17).

Figure 7 : Marguerite-autoportrait-fin

Schéma corporel/hiver 2011



« Je suis contente de mon schéma corporel. Mon bonhomme, je l'aime. Mon premier schéma c'était une grosse tache de moutarde et maintenant au moins j'ai un corps, j'ai mes parties voyantes et j'aime la couleur rose ça m'a inspirée un espèce de calme, de joie aussi, et je réalise l'importance de la couleur pour moi. J'ai été bien surprise car j'ai marqué même le vrai mot pour le qualifier, soit « satisfaite » de mon schéma »
(Verbatim, séance #16).

Tableau 7 : Marguerite-synthèse individuelle

Schéma corporel : d'un premier schéma éclaté sans forme humaine : « une tache jaune », elle façonne à la fin de la RA, un schéma plus concentrique et « humain » avec toutes les parties de son corps maintenant présentes.

Caractéristiques physiques post RA : inclinaison du bassin (gauche) atténuée au niveau des épaules et du bas-ventre avec la persistance d'une mise en charge plus importante à gauche; peu d'amélioration dans la chaîne musculaire postérieure (tête en protraction).

Rapport au corps : du déni de l'existence de son corps vers le désir de le connaître; du sentiment d'un corps fragmenté, bafoué, abusé, elle apprend à le mentaliser, à le faire bouger volontairement et à le ressentir sans peur et sans douleur.

Santé mentale : d'une image mentale fragmentée et d'un sentiment profond de trahison d'un corps porteur de souffrance, elle risque l'accueil du ressenti physique et psychique; dans son journal on note une baisse de l'anxiété incontrôlable et la présence d'un processus de prise de pouvoir sur soi.

TCA : de sa lutte de manger pour vivre et pour se ressentir, à jeûner pour mourir, elle apprend à vivre dans son corps autrement; elle saisie mieux les effets physiques et psychiques négatifs des conduites alimentaires destructrices et veut essayer d'autres moyens, dont certains déjà mis de l'avant et décrits dans son journal.

Objectif personnel : « Je veux vivre autre chose que la peur et me sentir forte et fière de moi »; elle peut ressentir son anxiété sans paniquer et arrive parfois à développer des moyens de contrôle autonomes.

Impact de la RA : d'un sentiment de danger permanent, elle accepte de baisser sa garde et de se joindre aux participantes pour tenter d'être avec elles en sécurité; la RA lui a permis de trouver le moyen de penser et de vivre dans « son corps » unifié, en utilisant sa respiration de façon consciente.

4.3. HISTOIRE DE MARIE-LOU

Figure 8 : Marie-Lou-autoportrait-début

Schéma corporel/automne 2010



En ouvrant les yeux, Marie-Lou découvre le schéma corporel qu'elle vient de façonner, à l'aveugle:

« Je suis triste. Je me vois toute croche »
(Verbatim, séance #4).

Tableau 8 : Marie-Lou-profil individuel

Pseudonyme : Marie-Lou

Âge : 51 ans / **Genre** : féminin / **Statut** : monoparentale; 2 enfants (1/syndrome de la Tourette)

Conditions d'existence : précarité financière ; isolement social

Habitation : occupation double ; logement avec son fils

Revenu : prestations d'aide sociale + contrainte sévère à l'emploi

TCA : anorexie-boulimie

Diagnostics : Bipolaire avec états dépressifs ; emphysème ; arthrose

Services thérapeutiques : L'Entre-Deux ; clinique externe – CLSC de son quartier

Caractéristiques physiques : rotation du tronc, épaules surélevées et la gauche enroulée, raccourcissement de la chaîne musculaire postérieure, mise en charge inégale.

Limitations physiques : chirurgie/genou (gauche); surdité partielle (droite), surpoids

Son profil

Marie-Lou est mère de deux enfants qui sont maintenant rendus à l'âge adulte. Elle partage un logement avec le plus jeune des deux. Actuellement femme au foyer, son univers gravite autour des conflits avec le propriétaire de l'immeuble où elle habite, de sa précarité financière, de ses problèmes de santé et d'éducation parentale. Son fils, atteint du syndrome

de la Tourette, est en pleine crise d'identité. De plus, il souffre de toxicomanie non-traitée. Marie-Lou s'inquiète pour lui et craint son agressivité. Confinée dans un petit logement, son fils 'dépendant' occupe ses pensées et son temps.

Les premières manifestations de TCA apparaissent à l'âge de 12 ans, suite à des agressions : « *Le viol et le rejet ont entraîné l'anorexie* » (Fiche personnelle, p.1). Pendant de longues années, elle souffre en silence et vit dans le rejet. Elle raconte qu'entre 16 et 20 ans, elle refuse de se nourrir et souffre d'insomnie. Elle devient très émotive, pleure beaucoup, se fait vomir, saigne du nez et s'évanouit fréquemment. Par la suite, une période de gavage lui fait prendre beaucoup de poids. Elle se voit grosse et fuit le reflet de son corps projeté par le miroir. Elle devient irritable et se met à trembler sans raison apparente. Elle développe des troubles de basse pression, d'hypoglycémie et de mémoire. Marie-Lou, envahie par la maladie et le rejet, enfouit ses sentiments et se referme sur elle-même : « *J'exprime à peine mes sentiments de vive voix car j'ai été 49 ans dans le silence total. Je n'écrivais même pas pour qu'on ne découvre pas ce qui me rongait à l'intérieur de moi et qui m'a donné deux fois le cancer du col de l'utérus* » (JdeB, p.5). En rémission, Marie-Lou, bénéficie d'un suivi psychothérapeutique pour l'aider à surmonter les traumatismes vécus.

Les objectifs de sa démarche

Marie-Lou est référée par une intervenante de L'Entre-Deux. Elle participe au projet en formulant les souhaits suivants: « *Je n'ai jamais eu de place. Je veux prendre ma place. Je veux améliorer ma santé* » (Fiche personnelle, p.1). Les problèmes de santé l'empêchent d'assister à plusieurs séances. Elle doit s'absenter pour des rencontres chez des spécialistes et soigner des crises d'emphysème, des troubles digestifs et autres.

Appelée à tenir un journal de bord, elle est rapidement confrontée à un défi de taille : « *Je n'ai pas écrit grand chose dans mon journal. Je suis trop habituée à garder mes pensées dans ma tête. Je n'ai jamais pris la peine de les écrire car, je n'avais pas confiance. Peur qu'on les découvre et qu'on me trahisse pour qu'ensuite, on me punisse ou qu'on se moque de moi* »

(JdeB, p.1). Les grilles d'auto-évaluation du début et de la fin de chaque séance posent problème dans les premières semaines. Elle trouve difficile d'écrire et de parler de son expérience : « *J'ai un blocage quand je viens pour écrire dans le journal de bord* » (Verbatim, séance #6). Elle persévère et finit par trouver les mots pour s'exprimer. Elle fait vérifier le contenu écrit, après chaque séance, afin de se rassurer. Un autre élément vient s'ajouter, pour elle, en cours de route : « *J'ai failli ne plus revenir à cause de deux jeunes qui m'ont attaquée, la semaine dernière après le cours (séance). Ils ont voulu me voler mon sac. J'ai eu très peur. Heureusement, Lièvre a accepté de venir me chercher et de me reconduire. Sinon, je n'aurais pas continué* » (JdeB, p. 8).

Son expérience corporelle

L'expérience corporelle de Marie-Lou présentée ici est extraite de son journal de bord de 10 pages et de sa participation à 9 séances hebdomadaires. Dans cette section, les citations sont tirées du verbatim des séances hebdomadaires et, sinon, leur provenance est spécifiée.

Marie-Lou connaît les lieux et se sent en sécurité à L'Entre-Deux. Elle s'intègre rapidement au groupe de femmes. Elle aide à placer le matériel pour les séances et accueille souvent les participantes à leur arrivée : « *Il faut que je me rappelle des prénoms de chaque participante. Il y a Lili, Majesté, Lièvre ...* » (JdeB, p.1). Elle est mise au défi pendant les séances, entre son oreille droite qui « entend mal » et ses manques d'équilibre causés par une faiblesse à la jambe droite. Malgré l'endroit et le groupe, elle demeure sensible aux « moqueries » et veut bien paraître en faisant les mouvements correctement. Elle choisit une place pour bien entendre les consignes et pour avoir accès à un appui mural.

Séance #6 : Équilibre statique et dynamique. La séance vise l'exploration de l'équilibre en position fixe et à la marche. Les participantes observent leurs pieds dans tous les mouvements. Marie-Lou découvre le jeu des orteils et des chevilles dans le travail d'équilibre. Elle doit se tenir les yeux ouverts pour trouver son équilibre, toujours précaire, même à la marche. Le mouvement des pieds, en équilibre sur des petits rondins de bois

placés sur le sens de la longueur, raffine sa prise de conscience. Elle constate la fragilité de sa jambe droite et de son pied gauche: « *Quand il faut que je me tienne en équilibre sur ma jambe droite, je trouve ça pénible. Nous avons mis un bâton sous les pieds et l'avons fait rouler. Le pied gauche, ça n'allait pas mais, le pied droit, ça allait. C'est ça ! Dès que je dois me mettre en équilibre sur ma jambe droite, ça ne va pas* » (JdeB, p.2). Suite à la séance, les participantes continuent leur réflexion en dessinant et ornant le pied de leur choix.

Figure 9 : Marie-Lou-dessin de pied

Pied droit



Marie-Lou dessine, décore, nomme et donne des qualités à son pied. Elle énumère chaque orteil :

« 1^e Victoria, la victorieuse : je ne perds pas l'équilibre ; 2^e Pierrette, équilibrée, soutient Victoria ; 3^e Milène, centrée, rassemble le milieu ; 4^e Grâce, jolie ; 5^e Coquine. Ensemble : Force, Moi, Fragilité » (JdeB, p.3)

Séance #8 : Mouvements dans la région thoracique. La séance cible la découverte de la cage thoracique. Invitées à palper toutes les surfaces de leur cage thoracique avec les doigts, les participantes touchent les tissus mous, l'ossature et perçoivent le mouvement respiratoire. Marie-Lou trouve ça difficile ; ses seins « *sont dans le chemin* ». Ceci dit, elle relâche ses appréhensions en entendant d'autres femmes du groupe s'en plaindre aussi et découvre l'étendue de sa cage thoracique qui se retrouve même dans le dos.

Séance #9 : Lignes verticales et horizontales et les contours de mon corps. La séance approfondie la notion de verticalité du corps, en équilibre statique et en mouvement. Les participantes observent leurs points d'équilibre et visitent leurs repères pour « être » en équilibre. Elles exécutent des mouvements dans de multiples positions afin de voir ce qui provoque leurs moments de déséquilibre (peut-être la position du corps, l'attention portée au mouvement, la pensée, l'idée de la performance). Un autre mouvement vient s'ajouter

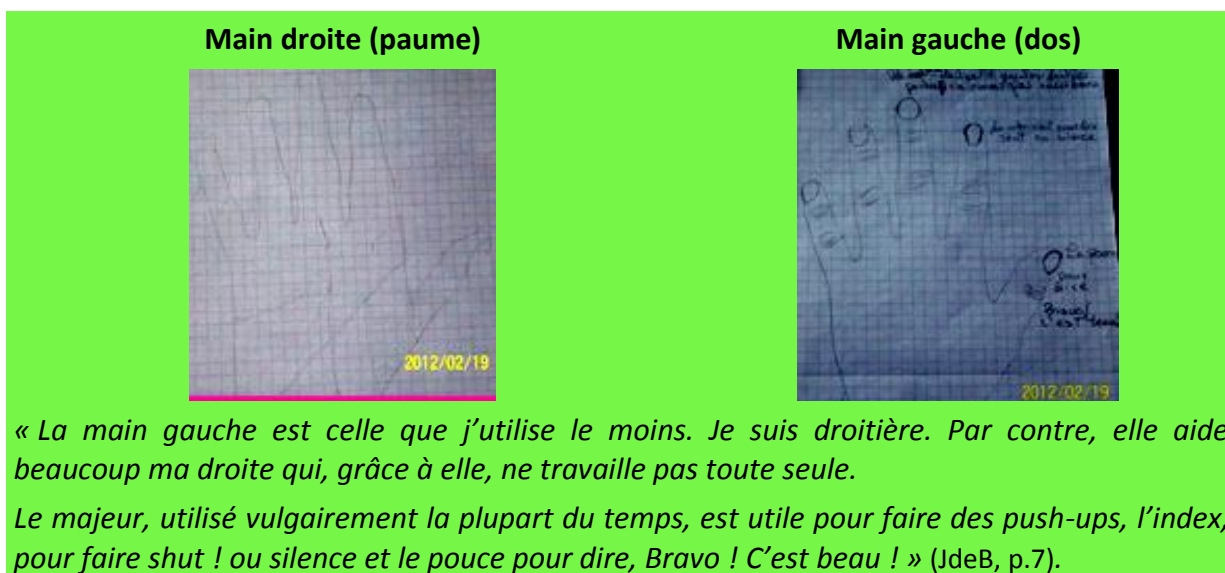
aux mouvements préférés de Marie-Lou (qui constituent sa collection de mouvement à faire à la maison), soit le « Massage du creux poplité » qui se fait couché sur le dos, avec une balle entre le sol et le creux du genou : « *Ma jambe gauche a besoin de ce mouvement. En faisant les deux jambes, je les sens moins croches. J'ai le sacrum et les fesses en appui au sol et mes pieds n'ont plus d'engourdissement !* ». Plus tard, Marie-Lou, assise sur une brique de bois, est fascinée de découvrir l'ossature du bassin. Elle se joint aux autres participantes qui réussissent, tour à tour, à repérer les os (ischions) qui servent à l'équilibre du tronc en position assise. Marie-Lou s'exclame : « *Trouvé ! Je sens qu'ils ne sont pas égaux des deux côtés et qu'en ajoutant dans le même mouvement les ronds d'épaules, mes épaules aussi sont différentes car, c'est plus difficile à droite qu'à gauche* ». Au bilan, Marie-Lou est émue par la proximité des liens qu'elle ressent entre les participantes. Elle se laisse aller, pleure et confie au groupe : « *J'ai beaucoup de difficultés avec mon propriétaire et je me venge sur moi-même, en mangeant du chocolat* ». Clémentine lui répond qu'elle fait la même chose et Lièvre sympathise en racontant, elle aussi, son histoire avec son propriétaire. Le groupe se resserre.

Séance #10 : *Chaîne musculaire postérieure ; diaphragmes et liens respiratoires.* La séance explore l'utilisation de la musculature arrière du corps et la respiration diaphragmatique. Marie-Lou découvre que le mouvement du « Chauffe-moteur » lui fait du bien. Ce mouvement, exécuté couché sur le dos, jambes et bras allongés, fait bouger les mains et les pieds en flexions des chevilles et des poignets : « *Globalement, le chauffe-moteur amène mon pied droit croche ! Et ça ne craque pas ! C'est la première fois que je n'ai pas mal nulle part* ». Toutefois, elle vit l'émergence d'un souvenir très amer avec le mouvement de « Respiration la tête en bas » qui se fait debout en fléchissant le tronc vers l'avant, en tendant les mains vers le sol. Dans l'expérimentation des stratégies respiratoires et posturales possibles, Marie-Lou tente une séquence la bouche ouverte, en expirant mais elle doit s'arrêter et se réfugier sur son tapis de sol. Elle reste silencieuse. À son journal, elle écrit par la suite : « *Je ne me suis pas sentie à l'aise à l'exercice de la bouche ouverte car cela me rappelait mon viol. Il m'obligeait à mettre son pénis dans ma bouche et il me retenait la tête. Tu (Danièle) es venue*

me toucher la tête (m'assister) quand j'étais penchée. Je n'étais plus capable de me concentrer pour faire l'exercice. Ce n'est pas de ta faute. C'est mon problème. Je fais de la thérapie pour ça » (JdeB, p.6).

Séance #12: *Cage thoracique, ceinture scapulaire et membres supérieurs.* Dans la séance, les participantes doivent observer leurs mains dans tous les mouvements exécutés. Marie-Lou arrive très émotive à la séance. Elle a de la difficulté à se concentrer: *« J'ai de la misère à rester concentrée et je me sens égarée quand j'oublie de me parler pour rester active dans le mouvement ».* Malgré tout, elle reste active et découvre deux autres mouvements pour sa collection et les commente successivement. *« L'étirement au mur »* est un mouvement qui se fait debout, en appui latéral au mur : *« Mon côté droit est long et du côté gauche c'est différent ; ça réchauffe mes muscles et je sens le bout de mes doigts ! ».* L'autre mouvement, la « Balles aux basses côtes » s'exécute couché sur le dos, avec des balles placées sous les basses côtes : *« Au début ma respiration était courte et après, elle s'est ouverte. J'ai « ressenti » mes bronches s'ouvrir ! ».* Elle quitte la séance en disant qu'aujourd'hui : *« J'ai pris conscience de mon problème de concentration ».* Marie-Lou reprend la consigne de la semaine dans son journal et cible ses mains :

Figure 10 : Marie-Lou-dessins des mains



Appropriation de son vécu expérientiel

Marie-Lou termine sa démarche au sein de la RA en faisant des liens fonctionnels entre les différentes régions de son corps : *« J'ai réalisé que depuis que je prends des cours de Gymnastique Holistique, les douleurs que j'ai aux dos, aux jambes et aux pieds sont probablement dues à mes pieds qui sont crochets depuis ma naissance. J'ai réalisé que mes épaules ne sont pas égales quand je me regarde dans le 'miroir'. Je constate que je suis toute croche. Faut dire que mon corps a été hypothéqué par des coups. Cela n'a pas aidé. Aussi, les sports extrêmes et les accidents, entre autres, ont entraîné l'arthrose »* (JdeB, p.10).

Marie-Lou possède une série de mouvements qu'elle peut faire à la maison : le massage du creux poplité pour allonger sa colonne vertébrale, ses jambes et dégourdir ses pieds ; le chauffe-moteur pour ses chevilles et ses poignets ; l'étirement au mur pour allonger son tronc et ressentir ses doigts jusqu'aux extrémités ; la balle aux basses côtes pour sentir une respiration ouverte. Elle pense les utiliser quotidiennement pour tenter de se faire du bien.

Figure 11 : Marie-Lou-autoportrait-fin

Schéma corporel/hiver 2011



Drôle !

« J'ai un gros cou. Je suis toute croche. J'ai une bedaine et les seins sur la bedaine.

On dirait que j'ai une jambe (droite) dans le plâtre »
(Verbatim, séance #16).

Tableau 9 : Marie-Lou-synthèse individuelle

Schéma corporel : un premier schéma rempli avec des bosses et des creux non-identifiés, asymétrique et sans cou; à la fin de la RA, un schéma plein, plus symétrique, avec des membres et un tronc plus allongés, un cou, des seins et un ventre.

Caractéristiques physiques post RA : épaules moins surélevées avec l'épaule gauche moins enroulée; rotation du tronc diminuée; mise en charge plus équilibrée sur les deux pieds; flexion antérieure légèrement améliorée.

Rapport au corps : a appris à porter attention à son corps, à le regarder et à s'arrêter pour comprendre son fonctionnement et ses signaux; a fait des liens entre son « corps croche », ses étourdissements, ses épisodes de déséquilibre; a pu dédramatiser, seule, plusieurs moments de déséquilibre en développant ses propres stratégies respiratoires et de mouvements.

Santé mentale : malgré ses inhibitions, elle accepte de se dévoiler au groupe et de dépasser ses peurs; a appris à faire confiance à ses propres capacités et à son jugement; a développé son sens de l'autodétermination; a appris à faire ses choix.

TCA : a réalisé ce qui déclenchait ses TCA; a appris à les nommer au groupe sans avoir peur des moqueries; elle en comprend mieux les impacts.

Objectif personnel : « *Je n'ai jamais eu de place. Je veux prendre ma place et améliorer ma santé* »; a appris à s'affirmer en groupe; en risquant de partager ses expériences; a appris à moduler sa respiration avec des incidences positives sur sa santé.

Impact de la RA : a appris à mettre des mots pour exprimer son ressenti; a surmonté les difficultés d'écriture en allant chercher de l'aide de ses pairs; a appris à créer des liens signifiants avec les participantes plutôt que de fuir par peur d'être rejetée.

4.4. HISTOIRE DE GIROFLÉE

Figure 12 : Giroflée-autoportrait-début

Schéma corporel/automne 2010



« Je me disais ce matin : tu es ce que les autres ont voulu que tu sois (...) ici, j'ai peur de me rencontrer MOI et c'est peut-être pour ça que j'ai mal partout ; la peur de l'inconnu ! J'ai envie de fuir et je suis curieuse en même temps ; la dualité constante »

(Verbatim, séance #4)

Tableau 10 : Giroflée-profil individuel

Pseudonyme : Giroflée

Âge : 61 ans **Genre** : féminin **Statut** : divorcée ; mère de 2 enfants adultes

Conditions d'existence : précarité financière et isolement social

Habitation : occupation simple ; logement

Revenu : prestations d'aide sociale/contraintes sévères à l'emploi

Bénévolat : Aide-bibliothécaire ; contes pour enfants

TCA : hypo-hyperphagie

Diagnostics : Dépression majeure chronique ; arthrose ; glande thyroïde

Services thérapeutiques : L'Entre-Deux

Caractéristiques physiques pré RA : épaules enroulées, surélevées et en vrille vers la droite, inclinaison bassin gauche (vrille)

Limitations physiques : surdité partielle (prothèse), faiblesse/genou gauche (prothèse)

Son profil

Giroflée, affligée d'une surdité partielle, dit que son corps est diminué, brisé et marqué par ses proches depuis la tendre enfance. Victime de gavages par des membres de sa famille et de moqueries dues à sa surdité non diagnostiquée, elle développe un dégoût pour la nourriture et pour son image corporelle. Encore aujourd'hui, elle refuse de se regarder dans

le miroir. Le vague à l'âme et les douleurs physiques l'accompagne jour et nuit. Elle vit dans le repli et subit son sort avec la certitude d'être responsable de tous les maux qui lui « tombent dessus », de les mériter et même de les provoquer. Malgré le fait qu'elle vive seule et dans la précarité, Giroflée continue à être au service de son ex-conjoint et de ses enfants adultes: « *Je ne sais pas dire non quand j'aimerais dire non et là, les douleurs apparaissent*» (JdeB, p.2). Chez elle, l'angoisse d'une visite de son ex-conjoint et de ses assauts familiaux lui coupe le souffle et toutes sensations corporelles. Alors, elle mange ses émotions : « *Je mange n'importe quoi, sucré, salé, comme dans le temps de ma jeunesse quand je n'avais que la peur qui m'habitait*» (JdeB, p.2).

Les objectifs de sa démarche

Giroflée s'engage dans le projet de recherche avec l'objectif d'agir sur son état dépressif : « *Toujours en dépression ; je veux guérir* » (Fiche personnelle, p.1). Elle veut aussi trouver le moyen de diminuer son angoisse et de dissiper les émotions qui s'y rattachent et la drainent constamment de toutes ses forces. Son parcours témoigne de son désir de trouver des moyens d'autorégulation pour mieux répondre à ses besoins. Giroflée compose avec un défi d'ouverture, selon la disponibilité physique et émotionnelle qu'elle exprime à son arrivée à chaque séance. Lors d'une séance, elle raconte : « *Je me punie quand les émotions surgissent ici (en séance), en me vengeant sur la nourriture*» (Verbatim, séance #8). Pourtant, à la séance suivante, elle va bien. Elle parle de sensations de soulagement corporel et émotif à la suite de mouvements pour les mains, exécutés avec des balles. Elle souhaite apporter les balles à la maison pour répéter l'expérience.

Son expérience corporelle

L'expérience corporelle de Giroflée présentée ici provient des 12 séances hebdomadaires auxquelles elle a participé et de son journal de bord de 31 pages. Dans cette section, les citations proviennent du verbatim des séances hebdomadaires et, sinon, leur provenance est spécifiée.

Lors des séances, Giroflée se place de façon stratégique dans la pièce pour bien entendre les consignes. Malgré tout, la crainte de manquer une consigne lui crée de l'angoisse qui reste latente pendant toute la durée de la RA. Avec le temps, elle nomme son inconfort au début des séances et les accommodations possibles s'orchestrent: coussins d'appoint, repos fréquents et respect de son silence lors du bilan verbal de fin de séance. Selon son état émotif qui distrait ses pensées, elle travaille fort pour rester dans le moment présent afin de bien comprendre les mouvements à exécuter, de respecter ses limites et d'éviter la douleur. En cours de route, elle choisit de relever un défi inattendu, et porteur pour elle de beaucoup de souffrance, soit celui d'apprendre à se toucher. L'aliénation de son corps d'enfant, de jeune et d'adulte a provoqué chez elle une répulsion au toucher et à la manipulation de son propre corps. Une sensation de strangulation apparaît aussitôt qu'elle se touche. Par exemple, à la séance #5, elle tremble et pleure au contact de ses mains à ses mollets³. Ensuite, debout, elle cherche une position de confort mais elle ne trouve pas l'équilibre en position fixe. Le déséquilibre vécu fait monter l'émotion qui devient trop intense et lui noue la gorge. Elle cherche son souffle. Elle arrête le travail exploratoire et se couche repliée sur son matelas jusqu'à la fin de la séance. Au bilan, elle parle de sa respiration qui s'est bloquée, de l'angoisse provoquée par sa recherche d'équilibre: « *M'approprier ça fait mal* » (Verbatim, séance #5). « *Je préfère m'occuper de quelqu'un d'autre que de moi ; quelqu'un qui souffre pour l'aider* ».

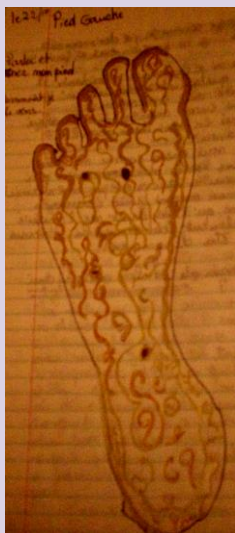
Toutefois, elle persévère et apprend, avec le temps et l'expérimentation, à utiliser des accessoires comme une balle placée entre sa main et son mollet pour arriver à se toucher sans paniquer. Elle apprend aussi à accueillir et à verbaliser les émotions qui jaillissent quand elle « ressent » son corps et qu'elle « perd » son souffle. Le groupe l'aide à s'apaiser en lui offrant du soutien et de l'encouragement par le partage du vécu expérientiel. Les prochains paragraphes mettent en lumière les temps forts de l'expérimentation de Giroflée soient l'appropriation de son corps, la reconnaissance de ses émotions et les liens qu'elle crée avec le groupe de femmes qui l'entoure.

³ Giroflée a confié que certains jours, elle n'arrive ni à se laver, ni à s'habiller par peur de déclencher une crise de panique par un contact 'peau à peau' avec son corps.

Séance #6 : *Mouvements d'équilibre statique et dynamique.* Lors de la séance, Giroflée expérimente l'automassage des pieds et des jambes, par une stratégie typique de la GH, soit l'intermédiaire d'un petit rondin de bois qu'on fait rouler sur la peau de la partie du corps ciblée. Malgré qu'à la séance précédente, le toucher ait été éprouvant pour Giroflée, à la séance #6, l'exploration lui fait découvrir de nouvelles sensations corporelles : *« Je ressens des petites choses qui bougent en vagues sous mon pied gauche ; ça fait transpirer et je me sens désangoissée! »*

À son journal de bord, elle mentionne le besoin de ses deux pieds pour marcher et soutenir tout le poids de son corps. Particulièrement, elle prend conscience de l'apport de son pied gauche : *« C'est bizarre comme si j'osais mieux mettre mes pieds et surtout mon pied gauche au sol, je sens mon pied, je n'ai plus peur de tomber »* (JdeB, p.10).

Figure 13 : Giroflée-dessin de pied



« Je ne connais pas ce pied gauche »
(Verbatim, séance #6).

À côté de son pied gauche, dans son journal, elle écrit :

« Pas plus grand que la feuille de papier ; je lui trouve une très jolie forme alors je vais le soigner ainsi que le pied droit, l'un ne va pas sans l'autre. »
(JdeB, p.14)

Séance #8 : *Mouvements dans la région thoracique.* L'exploration de la région thoracique revêt un caractère particulier pour Giroflée. Elle prend conscience que la cage thoracique fait partie de son squelette et que cette cage osseuse abrite des viscères comme l'estomac, le foie, les poumons et le cœur. L'expérience l'émeut : *« Je suis fatiguée et émue, les douleurs sont dénouées et ma respiration est plus libre ; mon stress est à plat »*. Elle note ensuite à son

journal : « *Il faut vraiment faire ces exercices pour se rendre compte que je suis un être vivant, ma cage thoracique contient mes poumons et sans eux je ne pourrais pas vivre, je n'existerais pas* » Et d'ajouter: « *Sans la chance de faire la Gymnastique Holistique, je ne pourrais pas prendre conscience de mon squelette !* » (JdeB, p14).

Séance #12: *Cage thoracique, ceinture scapulaire et membres supérieurs.* Giroflée prend conscience de la manière dont elle utilise ses mains et son corps en entier : « *Je ressens mes pieds quand je marche et ma colonne vertébrale et ma cage thoracique sont plus droites sauf que je dois faire tellement d'effort pour me concentrer sinon je perds tout, ça m'angoisse* ». D'emblée, cette fois, elle parle de l'apport de la concentration pour réussir à exécuter les mouvements. Elle explique l'effet global ressenti dans tout son corps, en pointant ou en touchant volontairement les différentes régions avec ses mains. En se rappelant la séance #12, elle confie à son journal: « *J'ai pris conscience de mes mains. Le toucher est extraordinaire, par les mains le contact se transmet au corps tout entier*» (JdeB, p.21). Mais aussi: « *Elles (les mains) peuvent malheureusement être l'objet pour faire beaucoup de mal, de douleur et de violence. La main que le créateur nous a donné pour compléter notre corps si bien fait, à mon avis est là pour compléter l'aspect du corps, un corps mutilé est incomplet et une grande souffrance* » (JdeB, p.22).

Figure 14 : Giroflée-dessin de main



Après avoir dessiné sa main droite avec la paume vers elle, Giroflée écrit dans son journal :

« *La main ouverte pour moi est un exercice difficile, j'en suis encore à bien les fermer, les verrouiller* ».

Elle ajoute que 'petit à petit' avec la confiance :

« *Je parviens à les ouvrir quand je me sens en sécurité, elles s'élèvent vers le ciel* »

(JdeB, p.24)

Giroflée se sent de plus en plus en sécurité même si elle arrive encore aux séances inquiète et émotive, avec la peur de décevoir le groupe. L'accueil des participantes la rassure, elle

baisse sa garde et la peur se dissipe. Les participantes lui parlent des changements observés chez elle, depuis le début de la RA. Entre autres, au bilan de la séance #13, Lièvre reflète à Giroflée un changement énorme d'ouverture, qu'elle a remarqué depuis le début des séances. Giroflée reprend en disant au groupe : « *Je commence à sentir mon corps, mes poumons et mon squelette : la conscience de mon squelette m'apaise et libère mon souffle* ». La conscience corporelle exprimée par Giroflée s'accroît à la 15^e séance.

Séance # 15 : *Les trois ceintures : pelvienne, scapulaire, crânio-faciale et la respiration diaphragmatique.* Giroflée vit beaucoup d'émotions en exécutant les mouvements de la bouche, du tronc et de la ceinture pelvienne. Elle dit que sa grosseur corporelle l'empêche de ressentir les effets de l'exploration des régions ciblées: « *J'ai l'impression de prendre encore du poids et de la poitrine. Je n'ai pas autant de poitrine* » (JdeB, p.10). Particulièrement, les mouvements de la séance #15 font remonter des histoires d'abus : « *Certains mouvements m'ont perturbée, 'toujours reliés à mon passé', se pencher et ouvrir la bouche : là j'aurais pu défoncer les murs* » (JdeB, p.27). Les membres du groupe la soutiennent, ce qui contribue à consolider leurs liens. La plupart d'entre elles parlent de l'émergence de souvenirs d'enfance difficiles et d'expériences douloureuses, expériences de femme en lien à certaines régions corporelles. Ce type d'échange, ainsi que les consignes répétées lors du déroulement des mouvements, amène Giroflée à laisser libre cours à son souffle. Elle peut alors explorer la respiration diaphragmatique avec son mouvement dans la cavité de la ceinture pelvienne. La trajectoire proposée commence au nez et descend jusqu'au pubis. À la fin de la séance, elle exprime son étonnement en lien avec les mouvements: « *Je ressens ma féminité dans mon bas ventre et je n'ai pas peur, je me sens libérée et allongée* ». Elle se sent plus attentive à elle-même et ressent « *bizarrement* » son corps: « *C'est tout vivant, toutes les parties; y'a beaucoup de morceaux de corps et au quotidien on amène notre corps inconsciemment et il subit ce qu'on lui fait* ». Elle continue en parlant toujours de la séance #15: « *J'ai vécu des sensations agréables mais pas quand on est allé 'là' (gorge pointée); dans mon sac diaphragmatique, je sentais mes organes et mon ventre et pour la première fois je n'ai pas paniqué et je n'ai pas cherché à avoir du contrôle et ça c'est un peu rassurant* ».

Appropriation de son vécu

Giroflée parle d'une connexion avec elle-même, de sensations « ressenties » de la tête aux pieds. Elle écrit: « *Je suis en train de vouloir savoir qui je suis* » (JdeB, p.12). À la dernière séance, elle partage ses impressions et décrit son autoportrait:

Figure 15 : Giroflée-autoportrait-fin

Schéma corporel/hiver 2011



« Biscornue, je suis en dehors de la feuille à moitié : rappel de mon accident de voiture ; j'étais à moitié en dehors de la voiture; comme le corps brisé en deux. Je regarde mon schéma corporel et je me vois comme morte; je sens que ce n'est qu'un croquis; sur le vif du sujet, je ne ressens pas tout. Aujourd'hui c'était agréable, comme si j'avais réussi à mettre le passé en arrière, à vivre le moment présent. Peut-être vais-je vivre autre chose ? Je savais que la pâte à modeler était de cette couleur »

(Verbatim, séance #16).

Giroflée se considère chanceuse d'avoir pu participer à la RA. Toutefois, elle confie à son journal : « *Personne ne peut imaginer en faisant de la Gymnastique Holistique que cela peut ramener à des horreurs du passé et même en ramener certains que je ne pouvais pas me rappeler et là, c'est le choc, la colère, l'envie de suicide. Mis à part ça, pour moi, la Gymnastique Holistique, est relaxante et bénéfique pour sentir son corps et le connaître !* » (JdeB, p.27). La présence du groupe lui a permis de vivre ses expériences corporelles dans un espace sécuritaire et valorisant : « *En venant ici, je suis tellement contente d'être avec vous, je n'ai jamais été aussi près de ma vie de l'être féminin; j'ai toujours été coupé de ça. Je ne veux pas vous perdre. Je voudrais continuer en sécurité ; je me sens une femme et avec l'exercice du plancher pelvien au début, j'avais peur de revivre les mêmes douleurs et aujourd'hui, c'est tellement agréable des mouvements de massage pour moi : la confiance peut nous faire ressentir autre chose que la douleur*». Giroflée veut obtenir les mouvements des séances manquées pour les faire à la maison : « *Je vais pouvoir l'appliquer ; c'est un bienfait* ». Giroflée rapporte entre autres, chez elle, le « PPTL »⁴, un mouvement qui lui rappelle le flot d'une vague et lui offre un moment de confort et de bien-être. Ce

⁴ PPTL : pieds, périnée, transverse, langue : en mouvement pulsé et fluide

mouvement se fait lentement, couché sur le dos, et implique l'action de l'ensemble des diaphragmes par l'appui des pieds et la bascule du bassin. À la fin de son journal, elle écrit : « *Sentir que notre corps vit, que tout notre corps, par les mouvements, réagit, réveille des sensations : le sang circule, les reins fonctionnent, les poumons sont là et l'on s'oxygène mieux et que sans la participation à la Gymnastique Holistique, je continuerais à être un robot* » (JdeB, p.31).

Tableau 11 : Giroflée-synthèse individuelle

Schéma corporel : d'un corps incomplet, détaché, éclaté, on passe à un corps plus concentrique formé avec des pieds, mains, seins et un cou.

Caractéristiques physiques post RA: vrille vers la droite de la ceinture scapulaire s'est atténuée, épaules plus basses et thorax plus ouvert.

Rapport au corps : incapable de se toucher, n'aimant pas son corps souffrant, elle a pris le risque de le toucher et de le sentir; d'une négation de son corps, on constate une appropriation (sensation de la solidité squelettique); associe la prise de conscience de son corps à un effet d'apaisement émotif qui a permis de libérer son souffle souvent bloqué par l'angoisse; à partir du ressenti de son corps, elle a envie de savoir qui elle est.

Santé mentale : d'une femme recroquevillée et en larmes, constamment envahie par ses émotions, elle apprend à mouvoir son corps à son rythme et sans peur du jugement, développe sa confiance en elle-même et en ses pairs; se permet de verbaliser ses émotions quand elle ressent son corps.

TCA : réussit à ralentir les frénésies alimentaires qui servaient à anesthésier ses angoisses et ses peurs; le journal comporte moins d'écrits à ce sujet, vers la fin du projet.

Objectif personnel : « *Toujours en dépression, je veux guérir* » ; a commencé à prendre du contrôle sur sa vie et sur les symptômes de sa maladie.

Impact de la RA : sentir son corps facilite la verbalisation de ses émotions, ce qui réduit son angoisse et a pour effet de diminuer les frénésies alimentaires (punition qu'elle se donne); découvre qu'à travers le regard et les paroles des femmes du groupe, il est possible pour de ressentir de l'encouragement et de la compassion plutôt que du dégoût et de la honte.

4.5. HISTOIRE DE CLÉMENTINE

Figure 16 : Clémentine-autoportrait-début

Schéma corporel/automne 2010



« J'ai travaillé fort pour le courber vers la gauche, puis été déçue de le découvrir en banane de l'autre côté. Si je me couche sur ma feuille, ma gauche est à droite lorsque je travaille assise devant. Spécial ! Fort !!

Et la couleur rose, ma préférée, comme pâte à modeler. Hasard ?! Je crois que mon schéma corporel commence à peine à prendre sa place et sa vie. J'accordais peu d'importance aux réels besoins de mon corps » (JdeB, p.21-22).

Tableau 12 : Clémentine-profil individuel

Pseudonyme : Clémentine

Âge : 46 ans / **Genre** : féminin / **Statut** : célibataire

Conditions d'existence : en couple, conjoint (invalidité temporaire)

Habitation : occupation double, logement

Diagnostics : dépression majeure, chronique

Revenu : prestations de la sécurité du revenu/contrainte sévère à l'emploi

Bénévolat : gestion communautaire

TCA: compulsions alimentaires

Service thérapeutique : L'Entre-Deux, thérapeute en relation d'aide, psychologue

Caractéristiques physiques pré RA: attitude scoliotique, épaules enroulées et surélevées, peu de flexibilité du tronc, inclinaison de la tête vers la droite.

Limitations physiques : aucune

Son profil

Clémentine partage un logement avec son conjoint. Actuellement, le quotidien gravite autour de la condition de santé de ce dernier. Victime d'un AVC, il nécessite des soins et de l'accompagnement pour tous ses déplacements. Clémentine lui dédie du temps et de l'énergie au détriment de son propre équilibre physique et mental : « J'angoisse et me sens de plus en plus fatiguée. La job de chauffeur me demande beaucoup de disponibilité. Toutes

mes difficultés à m'organiser, à être à l'heure, à prendre soin de moi, c'est déjà trop. Je stresse déjà à m'occuper de moi et de mes engagements. Là, mon chum dépend de moi et il est toujours à l'heure ! De la pression, beaucoup de pression » (JdeB, p.7). Essoufflée et inquiète, elle traverse cette période de sa vie avec l'appui des thérapies et de son réseau de soutien à L'Entre-Deux. Toutefois, les thérapies la confrontent à sa réalité émotionnelle et elle remarque les effets sur son corps. Notamment, elle écrit que les sessions de massothérapie lui révèlent un corps: *« Plein de spasmes, coups de tête et de pieds, les bras qui revolent ! Des sensations d'inconfort dans les jambes, une brique au plexus, la gorge serrée, difficulté à avaler et beaucoup de pleurs et de peurs. Puis finalement, ça revient toujours à mon droit, à mes droits et aux interdictions dans toutes mes peurs. Mon émotif est convaincu que je n'ai droit à rien et que je dois avoir la permission pour tout »* (JdeB, p.13-14). Les traces d'oppression dans son enfance demeurent latentes: *« Comment me convaincre de ma valeur ? Comment récupérer mes droits et briser mes peurs ? Rester avec ma culpabilité (sans fondement) et affronter mes peurs, les démystifier »* (JdeB, p.14).

Clémentine cherche à se valoriser et prend des mandats de travail bénévole qui lui tiennent à cœur. Cependant, elle manque de temps pour les réaliser selon ses exigences car elle veut tout faire à la perfection : *« Je peaufine, réorganise, corrige. Je m'ambitionne et me stress énormément ! »* (JdeB, p.13). Elle se retrouve toujours confrontée aux limites de ses capacités et aux conditions imprévisibles liées à la situation de son conjoint. Elle « fuit » dans le travail à faire, néglige son corps et oublie de se nourrir : *« Laisser être mon corps, ça me fait peur. Son besoin de manger passe très, très souvent après l'urgence et l'importance des tâches à accomplir. Ses besoins d'être lavé et de se reposer, subissent le même sort. Mes difficultés et mes peurs de laisser exister mon corps sont probablement la plus grande source d'influence sur ma difficulté à manger »* (JdeB, p.21-22).

Clémentine raconte qu'elle était une enfant anémique, *« minable et insignifiante »*, comme le disait sa mère. Elle était la cadette, au service de ses sœurs. Elle devait suivre des cours de violon et de ballet classique afin de répondre aux exigences parentales. Les moments de

« fugues autorisées » par sa mère, chez sa tante et son oncle qui étaient des voisins, lui servaient de planche de salut : « *Ils m'ont permis de survivre et de passer à travers mon enfance. De véritables fugues, dès l'âge de quatre ans. Là-bas, c'était calme. Tout le monde était gentil et j'entendais des commentaires positifs à mon sujet. Mon oncle était fin. Mon père était nerveux, colérique, agressif et alcoolique. Mon oncle, à l'opposé de mon père, bien reposant* » (JdeB, p.5). Elle entend encore son père « juger et dénigrer sa mère 'très ronde' ». Clémentine se souvient que les gens disaient qu'elle ressemblait à sa mère, ce qui lui faisait peur : « *On me reconnaissait comme la fille de L., sans même me nommer et on me disait aussi : 'Quand tu vas être grande, tu vas être pareille comme ta mère'. Ma première réaction : 'Non ! Je ne veux pas être grosse ! J'ai porté un surplus de gras. Je n'appréciais pas mon apparence, mon image corporelle. Mais le souvenir le plus fort de cet "ère de gras", c'est l'inconfort physique, la lourdeur de mes jambes, pis une bedaine quand on se plie, c'est dans le chemin et ça coupe la respiration. Je sens l'inconfort de ma mère avec son trop gros corps. Elle n'a jamais fait d'activité physique, ce qui nous met dans deux catégories différentes mais j'ai ses gênes physiques* » (JdeB, p.20). Vers l'âge de 9 ans, les états dépressifs émergent, puis s'amplifient à l'adolescence. Elle commence à souffrir de crises d'anxiété et d'hyperventilation. Elle s'apaise et se calme en mangeant de grandes quantités de nourriture et, par conséquent, développe des troubles digestifs. Clémentine transporte ce bagage dans sa vie d'adulte : « *Mes millions de peurs qui me paralysent et me gardent dans le fonctionnement tordu familial. Ce mouton de peurs qui m'habite, me remplit le ventre, dirige mes humeurs et mes comportements. Je perçois et en sens, de plus en plus, l'ampleur. La peur de voir, de sentir... c'est une bonne raison pour fuir, pour dormir. Je me sens dans la pente glissante de la dépression. J'ai peur de retomber* » (JdeB, p.24).

Les objectifs de sa démarche

Clémentine participe à la RA en formulant le souhait suivant : « *Améliorer ma santé globale* » (Fiche personnelle, p.1). Elle avoue « *manger ses émotions* ». Elle rapporte que son alimentation est un gros défi lié à sa dépression et à son environnement « *familial tordu* », où

les jugements et les commentaires négatifs ont laissé des traces et des peurs : « *Hier comme aujourd'hui, le surpoids de ma mère me fait peur. Je ne veux pas être grosse !* » (JdeB, p.20).

Son expérience corporelle

L'expérience corporelle de Clémentine présentée ici est extraite de son journal de bord de 29 pages et des 14 séances hebdomadaires auxquelles elle a participé. Dans cette section, les citations proviennent du verbatim des séances hebdomadaires et, sinon, leur provenance est spécifiée.

La participation de Clémentine s'inscrit dans une démarche qui ressemble à une course contre la montre. Elle essaie de tout concilier, d'être à l'heure et de répondre à toutes les consignes du projet. Durant son parcours, elle s'excuse au groupe pour ses retards, ses humeurs changeantes et ses moments de colère et d'impatience dirigés, pour la plupart, vers elle-même. L'expérience corporelle de Clémentine est teintée par tout cela et par les défis de son quotidien d'aidante de proximité et de chauffeuse attitrée de son conjoint. Le manque de temps et d'énergie la pousse à escamoter plusieurs moments de réflexion individuelle demandés dans le contexte du projet. Elle est animée par un sentiment d'urgence et de stress. À la séance #9, Clémentine arrive en coup de vent, pendant la séance, et dérange le groupe. Au bilan de la séance, elle décide de partager avec les participantes son défi organisationnel et ses inquiétudes. Ses retards lui font vivre beaucoup de frustrations personnelles et représentent des échecs répétés à son défi de ponctualité. Le groupe comprend et lui fait grâce de ses retards présents et à venir. Clémentine est soulagée, les participantes accueillent ses propos en reconnaissant aussi sa présence et sa générosité.

Séance #6 : *Mouvements d'équilibre statique et dynamique.* Clémentine arrive à la séance, triste, nerveuse et essoufflée. Malgré tout, elle se met en action. Elle exécute des mouvements qui l'amènent à découvrir ses capacités d'équilibre. Le mouvement des pieds, placés dans l'axe (2^e orteil-milieu du talon) sur des rondins de bois, lui offre une perspective nouvelle. Elle a l'impression « d'enrober, par la pensée, les rondins » sous ses pieds. Elle est

particulièrement fascinée par la performance de son pied droit qui semble plus confiant et d'aplomb au sol. Le pied gauche devient vite douloureux. À la fin de la séance, elle ressent les côtés de son corps dissociés: « *J'ai de la douleur du côté gauche, en même temps, je le sens ramassé et compact et, à droite, mon corps est long, épais et sans douleur avec un pied droit énorme* ». Elle quitte avec le sourire aux lèvres en remarquant que sa respiration est devenue plus ample et détendue. Cependant, quelques semaines plus tard, Clémentine confie au groupe qu'elle est maintenant consciente que ses pieds sont occultés de son corps et que c'est dû à l'apprentissage imposé de la danse. Elle raconte qu'à la séance #6, ses dents se serraient de plus en plus, à chaque mouvement qui ramenait ses pieds à sa conscience. Impossible, pour elle, de tracer un pied et de l'orner pour l'instant.

Séance #11 : *Cage thoracique, ceinture scapulaire : liens multiples aux membres supérieurs.*

La séance place au centre de l'exploration la cage thoracique dans ses liens avec les épaules, les bras et les mains. Les participantes expérimentent divers mouvements qui mobilisent surtout la partie supérieure du corps. Elles portent une attention particulière sur les changements pouvant s'opérer dans la mécanique respiratoire pendant l'action et, par la suite, au repos. Clémentine commence à bouger et visite les points d'attaches des épaules, des bras et des mains dans un premier mouvement couché sur le dos. Elle est surprise et confuse par ses réactions. Elle réalise qu'en se couchant sur le dos, les bras en croix, le contact des paumes de ses mains avec le sol est inconfortable. Le fait de bouger ses mains et de les suivre du regard de part et d'autre, en tournant la tête, accentue le niveau d'inconfort. Elle se sent étouffée, les mâchoires serrées et doit s'arrêter pour changer de position et reprendre son souffle. Elle verbalise au groupe: « *L'exploration du champ visuel demandée dans ce premier mouvement des mains m'apporte une prise de conscience particulière, soit l'impression de quelque chose qui ne se passe pas encore dans mes yeux* ». Par la suite, le mouvement de massage des doigts provoque chez elle de vives réactions : elle étouffe. Invitée à se reposer en se centrant sur son mouvement respiratoire, elle récupère. Au bilan de la séance, elle confie au groupe : « *Le mouvement de massage des doigts avec la petite balle m'a agressée!* ». Elle raconte au groupe que les souvenirs de la contrainte de 10 années

d'études et de pratiques de violon, ainsi que les leçons de ballet classique de son enfance, viennent de faire surface. Elle vit de la colère.

Séance #12: *Cage thoracique, ceinture scapulaire et membres supérieurs.* Dans cette séance, les participantes doivent observer les gestes faits par leurs mains dans l'exécution de mouvements impliquant l'ensemble du corps. Clémentine verbalise son inconfort. Elle raconte qu'à la dernière séance, l'exploration des mains avec la petite balle l'avait rendue agressive. Toutefois, elle se rappelle de ce qui l'avait apaisée à ce moment-là. Ainsi, elle tourne son attention vers le mouvement respiratoire, qui lui permet de se détendre. Elle se sensibilise aux mouvements possibles dans sa région thoracique : « *Selon ma massothérapeute, c'est un endroit de mon corps où il y a, où il se passe des choses importantes* » (JdeB, p.4). Tous les mouvements, assistés d'une respiration consciente, permettent à Clémentine d'explorer lentement son tronc, sa cage thoracique et, finalement, l'ensemble de son corps, sans s'attarder aux mains. Elle remarque, en se couchant sur son tapis, que ses épaules et ses omoplates se dégagent et s'installent au sol. Elle découvre qu'une ouverture de la cage thoracique libère sa respiration diaphragmatique. Au terme de la séance, les participantes sont invitées à tracer et orner leurs mains dans leur journal et à poursuivre leur démarche exploratoire. Clémentine évite de tracer ses mains dans son journal de bord. Toutefois, elle écrit : « *Mes spasmes et multiples sensations me surprennent, m'impressionnent et m'intimident. Difficiles de les cacher ou de les ignorer ! La relaxation me fait craindre d'être physiquement trop disponible, que mon corps s'exprime trop, à mon goût, trop pour la résistance que j'exerce parce que j'ai peur, j'ai très peur, j'ai tellement peur !* » (JdeB, p.3).

Séance #14 : *Circuit de la tête aux pieds par la respiration diaphragmatique.* La séance sert de bilan avant l'arrêt du temps des fêtes. Les participantes font appel à leurs propres stratégies, pour utiliser sciemment les différentes coordinations apprises afin d'explorer leur centre d'équilibre, des pieds vers la tête. Clémentine trouve difficilement l'équilibre. Elle est dérangée par de nouvelles sensations qui émergent et qui lui font peur. La peur de l'inconnu,

l'envahit: « *Je me sens différente et je sens tout et, toutes les parties de moi, et ça me fait peur* ».

Séance #15 : *Port-de-tête, yeux et respiration diaphragmatique.* Dans cette séance, les participantes expérimentent les rythmes respiratoires en lien aux mouvements diaphragmatiques. Elles observent aussi leur façon de placer leur tête et de positionner leurs yeux, assise, debout, couchée et à la marche. Clémentine ressent pour la première fois sa cage thoracique, qu'elle appelle son « anneau thoracique », bouger au rythme du mouvement PPTL⁵, exécuté cette fois dans toutes les positions possibles. Elle ressent, à la marche, l'activité des diaphragmes et l'impact respiratoire correspondant. Elle entend les participantes qui expriment, sans paniquer, des sensations similaires aux siennes et ajoute : « *Activer, tour à tour, les diaphragmes, ça bloque la respiration! Je prends conscience de mon anneau diaphragmatique. C'est l'endroit où j'ai toujours mal et où c'est coincé! Le mouvement de l'armoire normande ça fait du bien et aussi le PPT au mur. J'ai l'impression d'en avoir profité et de ne pas avoir résisté* ».

Appropriation de son vécu

Durant tout le processus, Clémentine vit toutes sortes de peurs. Elle veut que tout soit parfait. Être à l'heure et bien paraître : relaxée, souriante. Que les femmes soient bien et l'endroit accueillant. Elle souhaite aider à placer le matériel avant les séances. Elle veut tout contrôler: ses réactions, ses sensations, ses paroles, ses écrits en sachant pourtant qu'à chaque séance, le défi de l'inconnu est au rendez-vous. La peur des pulsions de son corps rejoint les appréhensions des autres participantes qui ont, elles aussi, de la haine, du dégoût et des craintes face à leurs propres réactions : « *Lièvre haït son corps et moi, j'ai peur du mien* » dit-elle en séance. « *Marie-Lou se venge sur elle-même, en mangeant du chocolat et, moi aussi, je fais la même chose* ». À la séance #9, les participantes discutent du placement des mains sur la cage thoracique dans les petits mouvements lents. Elles se sentent toutes très inconfortables et constatent que leurs émotions montent en flèche. L'échange permet à

⁵ PPTL : pieds, périnée, transverse et langue : en mouvement pulsé et fluide

Clémentine de se sentir entourée de femmes qui vivent des expériences similaires à elle, ce qui la rassure et la rapproche davantage du groupe.

Elle termine le processus de RA en confiant à son journal : « *Au début de la démarche, je me croyais bien loin des TCA. J'ai dû m'inclure dans ce type de difficultés. Je ne fais plus bande à part avec les autres participantes de la recherche. J'ai cette prise de conscience maintenant qui me pousse à en connaître plus, à comprendre mieux ma situation et les éléments caractéristiques des TCA. Avec toutes mes peurs et mes résistances, j'espère cheminer vers une meilleure acceptation de cette nouvelle constatation. Et peut-être en venir, un jour, par considérer que je mérite de bien m'alimenter !* » (JdeB, p.29). Au bilan de la dernière séance, elle raconte: « *Je suis contente d'être arrivée à l'heure et d'en avoir profité dès le début, calmement et en relaxant. Je suis surprise de n'avoir aucune émotion, ni de drôle de sensation dans le corps. Pourtant, la séance était physique et hyper concentrée. J'ai eu peur du chauffe-moteur⁶ qui demande de bouger consciemment les pieds et les mains. Peur de la colère et de la tristesse que ça m'avait provoquées l'autre fois mais, rien n'est arrivé cette fois-ci ! Ça m'intrigue, le côté émotif n'est pas du tout là, c'est une des rares fois où je n'ai aucune émotion. Suis-je déconnectée? »*

Malgré son questionnement et ses peurs, Clémentine parle d'une conscience corporelle accrue, grâce aux explorations successives pendant la session. Elle termine la RA avec des outils en poche : « *J'ai confirmé que j'ai beaucoup de travail à faire, côté respiration. Ma mâchoire s'est déplacée et maintenant, je peux l'ouvrir bien grande, dans un beau mouvement droit. J'ai encore des tensions, mais je crois que mes mâchoires sont bien enlignées. Je me savais nerveuse, anxieuse et inquiète. Le nombre de fois, où j'ai écrit ces mots, m'a frappé. Ça m'oblige à reconnaître que c'est latent, presque constant. Logique, étant donné toutes mes peurs. Belle équation : Peurs-> Inquiétude-> Tensions-> Mauvaise respiration-> Mauvaise alimentation* » (JdeB, p.28). Elle rapporte comme exercice à faire à la maison, « l'armoire normande et le PPT au mur », qui soulagent les tensions dans le bas de

⁶ Chauffe-moteur : mouvement de flexion des pieds et des mains, couché sur le dos, jambes allongées.

son dos et la mettent en contact avec la respiration diaphragmatique, source de sa nouvelle prise de conscience vers le mieux-être.

Figure 17 : Clémentine-autoportrait-fin

Schéma corporel/hiver 2011



« Ah bien! Pas pire !

J'aurais aimé le faire les yeux ouverts. L'importance que j'ai donné à ma création aujourd'hui, c'est plus de détails, plus de définitions dans chaque partie du corps. J'ai vraiment séparé mon morceau de pâte à modeler, un bout pour la tête, un bout pour la cage thoracique que j'ai découvert y'a pas longtemps et le bassin. Je les faisais séparément et je les rabouttais. J'avais l'impression que les proportions n'étaient pas bonnes et, en ouvrant les yeux, c'était pas si pire mais, en revenant à la lumière, la feuille et la pâte à modeler sont de la même couleur : unité !»

(Verbatim, séance #16).

Tableau 13 : Clémentine-synthèse individuelle

Schéma corporel : passe d'une représentation incomplète à une représentation avec des articulations et une précision musculaire.

Caractéristiques physiques post RA: épaules légèrement enroulées et élevées, tête un peu redressée, plus de souplesse dans la flexion antérieure du tronc.

Rapport au corps : passe d'une attitude à s'oublier pour les autres à un début de prise de soin de soi (caring).

Santé mentale : va de la peur et de l'absence de sensation à de vives réactions émotives face à de nouvelles sensations, qu'elle apprivoise vers la fin de la RA.

TCA : de « manger ses émotions », elle a cheminé vers une reconnaissance des liens qui unissent ses émotions et ses conduites alimentaires.

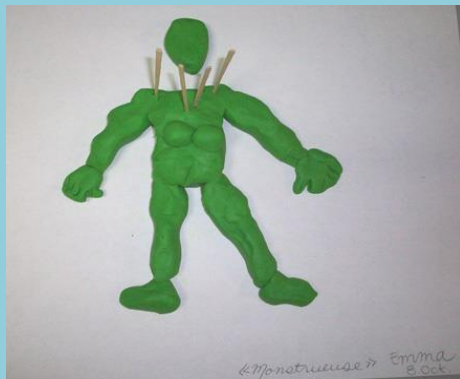
Objectif personnel : voulait améliorer sa santé globale; à la fin de la RA, sa capacité à mentaliser s'accompagne d'une capacité à se ressentir.

Impact de la RA : perçoit mieux son TCA en écho à l'expérience des autres.

4.6. HISTOIRE D'EMMA

Figure 18 : Emma-autoportrait-début

Schéma corporel/automne 2010



Monstrueuse !

« Avant de retirer mon bandeau, je me disais, ça ne sera pas une chef d'œuvre mais, j'étais curieuse. Quelle surprise... Troublant ! Devant moi, sur la table, une représentation EXACTE de la façon dont j'imagine mon corps mentalement. La forme ne me plaisait pas, la pâte à modeler a mis en lumière toutes les difficultés que je peux éprouver vis-à-vis mon corps. Je n'ai pas de cou. Je vis une grande déconnexion entre ma tête et mon corps, comme si ma tête était la tour de contrôle

qui prenait toutes les décisions. Elle est le dictateur de mon corps qui répond en esclave. Mes bras et mes doigts démesurément gros. Un torse en rectangle, pas de courbe, quelque chose d'imposant, de très masculin et sans aucune identité pour le visage » (Verbatim, séance #4).

Tableau 14 : Emma-profil individuel

Pseudonyme : Emma

Âge : 25 ans / **Genre** : féminin / **Statut** : célibataire

Conditions d'existence : précarité financière ; isolement social

Habitation : occupation simple, logement social

Revenu : prestations d'aide sociale, contrainte sévère à l'emploi

TCA : anorexie nerveuse

Diagnostics : dépression majeure, troubles obsessionnels/compulsifs

Services thérapeutiques : L'Entre-Deux, Clinique externe de psychiatrie CHLC

Caractéristiques physiques : attitude scoliotique, bassin versé vers l'avant, genoux en hyperextension

Limitations physiques : douleurs sacro-iliaques (orthèse)

Son profil

Emma est suivie en thérapie depuis 10 ans. Toujours entourée et soutenue par sa famille, elle habite seule dans un logement social. Son but est de réussir à cheminer vers une vie « normale » de façon autonome. Elle veut mettre derrière elle toute l'histoire de ses TCA et prendre du pouvoir sur sa vie. Tous les jours, elle s'efforce de trouver l'énergie et la

motivation qui lui permettent d'accomplir les tâches quotidiennes sans être hantée par son rapport à la nourriture et à son corps. Malgré tous ses efforts, les TCA restent présents: « Depuis mon hospitalisation à Douglas et depuis la reprise de poids, je sens que j'ai perdu tout semblant de féminité. Et je trouve cela très éprouvant. Il est pénible pour moi de choisir mes vêtements le matin car j'ai l'impression que peu importe ce que je choisis, j'ai l'air d'un garçon, et dodu en plus » (JdeB, p.6). Seule dans son appartement, elle lutte contre les soubresauts d'une conduite alimentaire restrictive: « Je resserre ma structure alimentaire pour éviter toute rechute. Je ne veux plus jamais retourner là » (JdeB, p.8). Victime de multiples accidents durant sa formation d'interprète en danse et sa courte carrière, elle doit porter une orthèse dans la région des sacro-iliaques et composer avec des céphalées migraineuses à répétition. Les douleurs réduisent son potentiel d'action et nourrissent la dépression. Quand elle se sent fragile, Emma ressent un « sentiment de grande détresse » et la « perte de ses moyens ». Ceci est difficile pour quelqu'un qui vise la perfection en tout. Le contact avec l'extérieur, et notamment avec le regard de l'autre, est pénible : « Je laisse le regard des autres me mettre dans une minuscule boîte où seule la quête perpétuelle de la perfection peut justifier mon existence. Je déteste cela mais c'est tout ce que je connais pour l'instant » (JdeB, p.4). Ainsi, elle profite des journées d'accalmie pour s'adonner, seule chez elle, à la pratique du yoga et de la méditation, utilisée comme moyen pour résorber les douleurs physiques et lui offrir un regain d'énergie, cette énergie lui étant nécessaire pour se construire éventuellement un réseau social et artistique et, revivre.

Les objectifs de sa démarche

Emma participe à la RA en formulant le souhait suivant : « Développer la capacité d'aimer mon corps pour ce qu'il est » (Fiche personnelle, p.1). Elle veut réduire les « fausses perceptions » qui affectent ses comportements: « Le fait de vivre avec un TCA modifie considérablement ma posture et ma façon d'aborder le mouvement » (JdeB, p.3). Elle bouge de manière rigide et force son corps à adopter des postures obligatoires qui la rendent malade: « Je n'en peux plus de rentrer constamment mon ventre. Avant, je n'avais ce comportement qu'en public, mais maintenant, ça me suit aussi en privé. C'est intense au point

où mon transverse⁷ est si contracté que j'en suis ballonnée et constipée » (JdeB, p.7). Emma ne sait plus à quoi ressemble son corps dans une posture décontractée et naturelle. Pour l'instant, elle trouve son réconfort dans le contrôle qu'elle exerce sur son corps : *« J'essaie de lâcher prise et de me dire que ce n'est pas parce que je détends mes viscères que je suis forcément grosse »*. Ainsi, la démarche qu'elle poursuit est d'aller à la découverte de : *« Ce corps que je détestais et que j'insensibilisais à coups de jeûnes et de purges. Pour ne plus sentir, pour disparaître »* (JdeB, p. 26).

Son expérience corporelle

L'expérience corporelle d'Emma présentée ici est tirée des 12 séances hebdomadaires auxquelles elle a participé et de son journal de bord de 29 pages. Dans cette section, les citations proviennent du verbatim des séances hebdomadaires et, sinon, leur provenance est spécifiée.

Emma arrive aux séances avec le capuchon sur la tête, les yeux à demi-couverts. Elle fuit les regards et s'installe rapidement sur un tapis de sol. La présence, les commentaires et les questions des autres membres du groupe l'impatiente et elle le verbalise avec éclat. Par exemple, à la séance #9, Emma, incapable de supporter la recherche animée et les soupirs des femmes, s'impatiente, se lève et agrippe le microphone pour dire aux participantes où trouver leurs ischions⁸, plutôt que de laisser libre cours à leur expérience individuelle. Pourtant, elles explorent et décrivent leurs expériences selon les consignes émises dans le cadre la séance, sans plus. L'éclat d'Emma permet de rappeler au groupe que l'éducation somatique consiste à explorer des mouvements en privilégiant la découverte personnelle . Emma diminue progressivement sa participation pour finir la séance en petite boule sur son tapis avec son capuchon sur la tête.

Aux premières séances, elle veut exécuter les mouvements parfaitement. Elle cherche l'exactitude posturale, exige des précisions sur les positions de départ pour chaque mouvement et regimbe devant cette latitude exploratoire qui la confronte à sa rigidité et à

⁷ Transverse : muscle qui fait partie des muscles abdominaux

⁸ Ischions: os situés dans la région pelvienne

son besoin de règles claires pour performer sans faille : « *Formée en danse et en yoga (...) une grande partie de mon identité corporelle s'est évaporée avec la technique. J'aborde les gestes en me remémorant constamment comment bien les faire* » (JdeB, p.2).

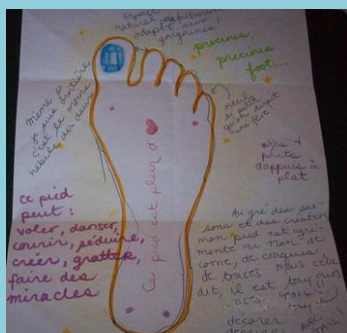
Cependant, elle rapporte dans son journal de bord que 'l'axe exploratoire' lui offre un espace où : « *Tout devient possible ; il n'y a plus de règles. C'est à la fois, très libérateur mais aussi déstabilisant* » (JdeB, p.2). Les prochains paragraphes présentent les faits saillants de l'expérience corporelle d'Emma.

Séance #6 : Mouvements d'équilibre statique et dynamique. Emma apprécie l'attention portée aux pieds qu'elle considère la « *base de la structure osseuse* ». L'exploration lui fait prendre conscience de l'importance de reposer le poids de son corps sur son squelette plutôt que de compter uniquement sur la contraction musculaire pour rester debout: « *Un travail plus ciblé et conscient sur mes pieds me permet de 'sentir' plus facilement mon axe central et de repérer plus rapidement ma posture d'aplomb* » (JdeB, p.12).

Dans la même expérimentation, en position debout sans bouger, sa respiration devient courte et la nausée émerge car elle sent tout-à-coup ses cuisses collées ensemble et constate aussi que son corps est croche: « *Combien les compensations d'un corps en déséquilibre peuvent être nuisibles et surtout inconfortables !* » (JdeB, p.13). Durant la semaine, elle reprend la réflexion autour des pieds en traçant son pied droit sur une feuille de son journal, qu'elle commente comme suit:

Figure 19 : Emma-dessin de pied

Pied droit : « le moins habile des deux »



« *Ce pied plein d'amour peut voler, danser, courir, séduire, créer, gratter, faire des miracles ; de même qu'au gré des saisons et des créations, mon pied est agrémenté ou non de corne, de craques, de traces mais cela dit, il est toujours beau* » (JdeB, p.11).

Séance #8 : *Mouvements dans la région thoracique.* La séance est axée sur la découverte de la cage thoracique dans toutes ses dimensions. Il s'agit de différencier les muscles et les os en la parcourant avec les doigts sur toutes ses faces. Le but est de découvrir son volume, son contenu viscéral et de percevoir son lien à la respiration diaphragmatique. L'expérience, vécue par le parcours tactile de la cage thoracique, provoque de vives réactions émotives chez Emma et les autres membres du groupe. Poussée vers ses limites, Emma livre au groupe à la fin de la séance: « *Je suis déçue aujourd'hui car j'ai déployé trop d'effort, je le savais et je ne m'arrêtais pas pour autant ; mon plexus est coincé par les souvenirs qui ont émergé à la palpation de ma cage thoracique : mes autodiagnostic répétitifs pour vérifier ma grosseur corporelle* ». Les participantes la soutiennent en affirmant qu'elles ont été aussi confrontées à leur propre grosseur ou à la présence d'une poitrine trop volumineuse, sources de conflits intérieurs. En rétrospective, Emma ajoute à son journal: « *Par souci de performance, j'ai complètement oubliée d'être douce avec moi. Par conséquent, je me suis donnée à fond dans les exercices et, dès ma sortie, j'ai vu combien j'étais crispée et fermée* » (JdeB, p.16). Elle souligne aussi le défi que représente le contact de son corps avec les régions thoracique et abdominale par la respiration diaphragmatique : « *Ça constitue aussi un bon défi pour moi puisqu'une telle façon de respirer m'amène à relâcher et gonfler mon abdomen. Et cela me complexe beaucoup* » (JdeB, p.17).

Séance #12: *Cage thoracique, ceinture scapulaire et membres supérieurs.* Dans cette séance, à tout moment, les participantes devaient être conscientes des actions de leurs mains dans l'exécution de divers mouvements qui impliquaient tout leur corps. Pour Emma, cette dissociation des membres supérieurs constitue un défi. Elle se retrouve confrontée à un corps récalcitrant qui refuse la fragmentation causée par une attention spécifique portée aux membres supérieurs. Fébrile, elle tergiverse et veut s'abstenir de faire des mouvements qui dissocient les mains du reste du corps. Elle soutient que son corps veut bouger de manière fluide et qu'il s'obstine à vouloir se mobiliser en entier⁹. Le vécu expérientiel, nommé par Emma, permet d'apporter des précisions en cours de séance afin de favoriser la mobilité

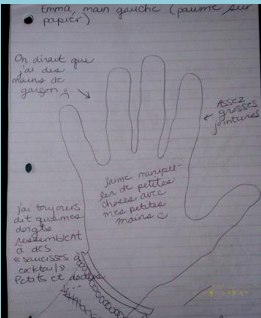
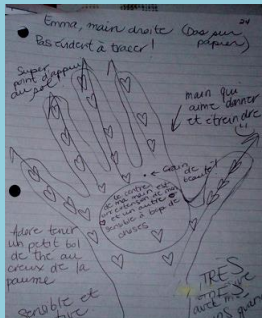
⁹ Emma réfère à son corps à la troisième personne.

corporelle sans effort et de mieux saisir le processus d'initiation des mouvements inhabituels. Emma, devenue curieuse, embarque et apprend à exécuter un « mouvement économique » en utilisant seulement les muscles et les articulations nécessaires aux gestes demandés, tout en étant attentive à sa respiration. Ensuite, elle commence à s'intéresser à ses mains et les décrit dans son journal de bord: « *C'est fou tout ce qu'elles me permettent de faire ! Mais comme le reste de mon corps, elles me complexent beaucoup. J'ai tendance à cacher ou bien rendre mes mains les plus discrètes possible* » (JdeB, p.21). Elle voit ses mains fonctionnelles, dignes de sa gratitude, mais des aspects esthétiques la rebutent : « *On dirait que j'ai des mains de garçon avec des grosses jointures et des doigts en forme de saucisses à cocktail ; petits et dodus* » (JdeB, p.23).

Pour contrer les complexes, elle va les soigner, les décorer et va tenter de les regarder avec compassion et attrait :

Figure 20 : Emma-dessins des mains

Ce que j'aime le plus de mes mains, c'est qu'elles me permettent de percevoir les différentes textures. J'adore ça. Pour moi, ça c'est vivant... » (JdeB, p.22)

 <p>Main droite « J'aime manipuler de petites choses avec mes petites mains. » JdeB, p.23</p>	 <p>Main gauche « Le centre de ma main est une extension de mon cœur et un autre œil sensible à beaucoup de choses. Très expressive avec mes mains quand je parle ! Surtout lorsque je suis très enthousiaste ! » (JdeB, p.24</p>
---	--

Appropriation de son vécu

En début de parcours, Emma décrivait l'impact négatif des TCA sur sa posture et sa façon de bouger. Dorénavant, elle aborde la posture et le mouvement avec de nouvelles lunettes : « *Toutes les semaines avec la GH, ça m'a permis de faire des choses, à l'extérieur des autres pratiques, pour voir avec l'intérieur. Ça m'aide beaucoup avec la maladie. J'apprends à me sentir d'une autre façon et on dirait qu'avec les yeux de l'intérieur, c'est tellement dans l'exploration que, c'est dur de poser un jugement et ça c'est super intéressant* ». Ses

explorations lui procurent des nouvelles perceptions de sa façon de marcher : « *Aussi étrange que cela puisse paraître, j'ai l'impression qu'il serait plus confortable de marcher à reculons ! On dirait que mon équilibre est meilleur, mais le mouvement me semble aussi plus organique* » (JdeB, p.9). Pour le groupe, la marche à reculons est devenue la 'marche d'Emma'. Au bilan de la dernière séance, Emma, de plus en plus fondue dans le groupe, déclare : « *Aujourd'hui c'était le festival du 'gigottage'. J'avais le goût de faire du n'importe quoi un peu comme Marguerite disait, me rouler à terre, m'étirer et je le faisais tout le temps. C'est la séance la plus étrange sans être désagréable. Je n'ai plus aucun repère* ». Toutefois, elle perçoit une piste à poursuivre: « *Le travail en extrême lenteur est plus efficace pour moi. Comme j'ai l'habitude de courir partout, de faire plusieurs choses en même temps et de penser très vite, ça me permet un grand niveau de conscience de mon corps dans le mouvement* » (JdeB, p. 8).

Emma termine la RA avec un nouvel outil de travail. Elle a appris un mécanisme respiratoire au service du mouvement fluide. Cette nouvelle approche raffine sa conscience corporelle et l'amène vers une compréhension systémique¹⁰ d'elle-même: « *L'idée d'un massage d'une zone ciblée pour en améliorer la conscience est non seulement très agréable mais les points de pression m'aident à clarifier ma carte musculaire, nerveuse, osseuse. Ma proprioception s'en trouve grandement améliorée et je n'ai pas à chercher aussi longtemps lorsque je perçois un débalancement quelconque. Qu'il soit émotionnel ou physique, pour moi, il n'y a pas de séparation* » (JdeB, p.13).

¹⁰ Systémique réfère ici à l'interrelation et aux l'influences entre tous les systèmes (digestif, nerveux etc.) du corps humain.

Figure 21 : Emma-autoportrait-fin

Schéma corporel/ hiver 2011



Aucun repère !

« *Aucun repère, c'est une bonne nouvelle pour moi! Mon 1^{er} schéma était ce que j'avais imaginé dans ma tête avant même d'enlever le bandeau, mais là ! Avec la GH, je fais beaucoup de choses pour contacter plus avec les sensations qu'avec le regard du corps ou les muscles, c'est vraiment plus à l'interne. Je me suis assise avec mon cylindre de pâte. J'ai rabouté tous les petits mottos de joie de proprioception pour tracer des lignes et vers le centre pour faire genre de petit pic (sommet)*

et ça peut sembler vague ou super décourageant pour un œil extérieur de partir d'un 1^{er} schéma corporel super structuré à une flaque mais au contraire, je vois ça positif tous mes repères étaient tellement biaisés par la maladie ou nécessairement justes ou globaux. Maintenant, c'est pas encore clair ce que je sens mais c'est en changement. Ça c'est très chouette, c'est dans la bonne direction» (Verbatim, séance #16).

Tableau 15 : Emma-synthèse individuelle

Schéma corporel : d'un premier schéma qui dissocie le corps et la tête à un schéma ne contenant ni repère, ni forme humaine, ni délimitation (ce qu'Emma perçoit positivement).

Caractéristiques physiques post RA : attitude scoliothique améliorée; épaules moins surélevées et l'omoplate droite moins décollée; organisation des jambes semblable mais Emma rectifie mieux son hyperextension des genoux.

Rapport au corps : passage d'un corps physique, performant, dénué d'émotion et de ressenti, à un corps perçu de l'intérieur, source d'activation de soi et d'un sentiment intime d'appropriation personnelle.

Santé mentale : l'anxiété de performance diminue au profit d'une plus grande introspection du ressenti et individuation de son expérience corporelle; baisse de l'hypervigilance à l'égard de l'extérieur et de la performance.

TCA : plus grande capacité d'intériorisation qui permet une meilleure gestion des affects négatifs liés à son apparence et une diminution des TCA.

Objectif personnel : « *Développer la capacité d'aimer mon corps pour ce qu'il est* »; la RA lui donne l'envie de soigner et enjoliver son corps.

Impact de la RA : en l'absence de consignes de performance, elle a su développer des stratégies pour trouver le confort; abandon de l'autocontrôle qui a permis l'émergence d'un sentiment de plaisir et de curiosité dans sa découverte corporelle.

4.7. HISTOIRE DE FLEUR

Figure 22 : Fleur-autoportrait-début

Schéma corporel/automne 2010



« J'ai ouvert les yeux. Je suis large et je suis vide ! Les autres avaient fait des bonshommes pleins et moi, je n'avais fait que mon contour. Il ne m'est pas venu à l'idée de me faire pleine, ça m'a rendue triste. J'avais de la peine pour moi, comme une mélancolie d'être seule depuis si longtemps » (Verbatim, séance #3). À son journal, elle ajoute: « Mon image est loin de la réalité. Lorsque je m'imagine, j'ai un corps normal. En faisant mon schéma corporel, je me suis faite large et presque carrée, sans courbe. Est-ce que c'est parce que je suis coupée de mon corps que mon image mentale est faussée ? Est-ce que c'est parce que je me coupe de mes émotions que je ne me suis pas sentie grossir ? » (JdeB, p.14).

Tableau 16 : Fleur-profil individuel

Pseudonyme : Fleur

Âge : 43 ans / **Genre** : féminin / **Statut** : célibataire, mère de 1 enfant adulte

Conditions d'existence : isolement social

Habitation : foyer familial parental

Diagnostics : hypothyroïdie ; trouble d'adaptation-humeur dépressive ; diabète T.II

Revenu : chômage, occupation secrétaire

TCA : compulsions alimentaires

Service thérapeutique : L'Entre-Deux

Caractéristiques physiques : bassin en rétroversion, cyphose dorsale, épaules surélevées, hyperextension légère cou, hypolordose lombaire, omoplates écart, protraction tête.

Limitations physiques : difficulté auditive (oreille droite), surpoids

Son profil

Fleur demeure avec son fils dans le foyer familial de ses parents. Elle compose difficilement avec les difficultés de la vie quotidienne. Avec le temps, les problèmes de santé physique et mentale, ainsi que les tensions familiales, s'amplifient et l'obligent à mettre un terme à différents emplois de secrétariat. Dépressive et incapable de se maintenir à l'emploi, Fleur se tourne vers le milieu médical pour qu'on la soigne. En fait, elle est en détresse depuis l'enfance. À l'âge de cinq ans, son frère décède et elle se met à manger pour deux, soit pour

elle et pour son petit frère. Fleur devient une enfant obèse. À l'âge de 10 ans, son rapport à la nourriture se traduit par des compulsions alimentaires qui la poussent à se gaver. À l'adolescence, le problème se complexifie: « *J'ai liché de la poudre de bébé par accident. J'ai aimé le goût âpre et la texture poudreuse. J'ai commencé, à chaque fois que j'allais à la toilette, à mettre de la poudre dans le creux de ma main (1 c. à thé) et la licher d'un coup. Je laissais le tout sur ma langue que j'écrasais au palais. La salive et la poudre se mélangeait et j'avalais le tout* » (JdeB, p.8). Éventuellement, Fleur sombre dans le mutisme et le retrait social. Ces états fluctuent tout au long de l'adolescence et, finalement, prennent toute la place à l'âge adulte. Le suicide de son conjoint vient aggraver les TCA et provoque aussi des blocages respiratoires importants. À bout de souffle et dépressive, elle trouve « refuge » à L'Entre-Deux. Cependant, même réfugiée, Fleur fait face à la réalité. Elle est amenée à se prendre en charge et à mettre à jour sa situation financière: « *Je me sens tellement loin de moi, des choses et des gens. J'ai plusieurs démarches à faire (chômage, impôts, budget) et je trouve ça lourd, lourd. Ça m'agresse de sortir de ma thérapie pour m'occuper de ça. Lorsque je fais des démarches, je me dois d'être fonctionnelle donc, je me coupe de mes émotions. Je remonte dans ma tête et je fais ce qu'il faut. Une fois terminée, j'ai beaucoup de misère à revenir dans mon corps, à ressentir, à être à l'écoute* » (JdeB, p.24).

Les objectifs de sa démarche

Fleur participe à la RA dans le but de : « *Comprendre pourquoi je mange mes émotions* » (Fiche personnelle, p.1). Elle se dit « hantée » par le décès de son frère et le suicide de son conjoint. Elle veut comprendre et arriver à faire les deuils nécessaires. Elle ajoute que la relation avec sa mère est très difficile, ce qui contribue à son mal-être: « *Elle (ma mère) vient saboter mes bonnes résolutions (alimentaires) et moi, je cède, ce qui vient renforcer ma mère* » (JdeB, p.16). Fleur souhaite vivre en paix.

Fleur est arrivée à L'Entre-Deux au début d'octobre et est introduite à la RA déjà en cours. Elle est appelée à tenir un journal de bord pour la thérapie et un autre pour le projet de recherche. Il est convenu, avec Fleur, de tenir un seul journal de bord, afin d'arrimer le

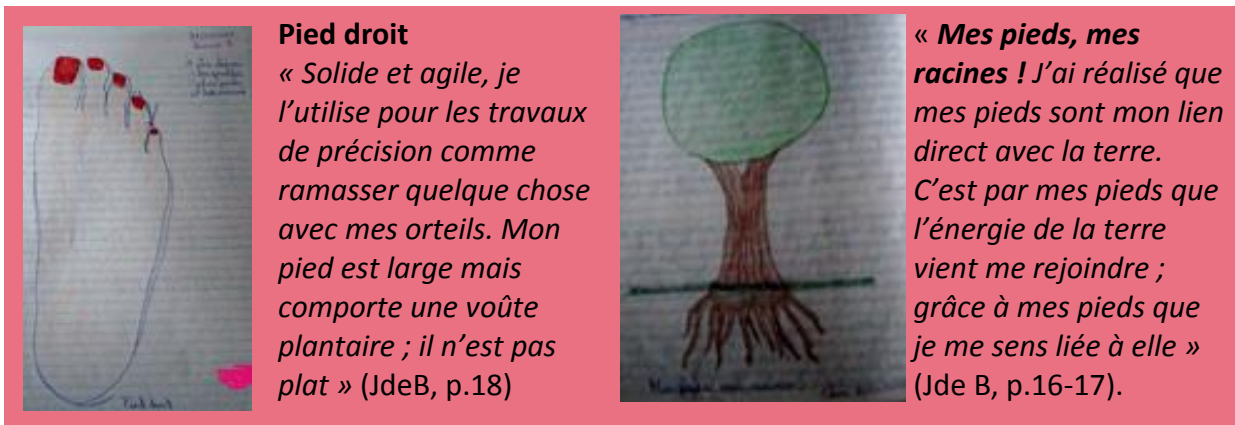
processus thérapeutique prévu en hébergement et les séances hebdomadaires d'éducation somatique en une seule démarche globale et continue. Fleur se sent soulagée mais demeure inquiète à l'idée de tenir un journal. Elle accepte de tenter l'expérience et constate que l'écriture lui permet de rester dans la réalité et d'éviter les échappatoires. Elle confie à son journal : *« Je me rends compte que j'ai préféré te fuir cette semaine. Je ressens pleins de choses et je crois que de les mettre sur papier, ça les rend concrets et vrais. Et ça me fait peur ! »* (JdeB, p.16).

Son expérience corporelle

Les expériences corporelles de Fleur présentées ici sont issues de son journal de bord de 40 pages et d'une participation à 13 séances. Dans cette section, les citations proviennent du verbatim des séances, sinon leur provenance est spécifiée.

Séance #6 : *Mouvements d'équilibre statique et dynamique.* Debout, Fleur prend conscience que sa jambe gauche lui sert *« d'ancrage au sol et lui assure la solidité de son équilibre »*. D'autre part, sa jambe droite sert à *« exécuter des mouvements en finesse »*. Intriguée, elle apprend à percevoir et à jouer avec les deux jambes qui travaillent différemment, pour la garder en équilibre. Elle fait des liens avec la séance précédente qui visait l'exploration des pieds : *« La séance #5 m'a fait connaître mes pieds ! Ils sont tellement loin de ma tête ! Je les utilise sans leur prêter la moindre attention. Durant la séance, j'ai senti chacune des jonctions de mes os en transférant le poids, d'un côté à l'autre du pied et depuis, je remarque les mouvements de mes pieds quand je bouge »* (JdeB, p.14). Elle poursuit sa réflexion dans son journal. Elle trace son pied droit et décrit l'apport des pieds, situés aux extrémités de ses jambes travaillantes (page suivante).

Figure 23 : Fleur-dessins-pied et arbre



Séance #7 : *Membres inférieurs comme colonnes articulées.* La séance cherche à regrouper les mouvements des jambes, des pieds et des yeux. Il s'agit aussi d'explorer les mouvements respiratoires qui peuvent aider à allonger la colonne vertébrale et, aussi, à rester en équilibre sur les jambes. La séance se termine par une marche consciente où les participantes se croisent du regard. Fleur sort béate de cette séance. Elle fait un retour dans son journal : « À la séance #7, il s'est passé deux choses très importantes. J'ai ressenti ma respiration jusqu'au pubis et graduellement, j'ai appris à faire descendre ma respiration pour sentir ma « colonne respiratoire ». J'ai l'impression d'être plus grande. J'ai aussi localisé mon squelette dans mon corps. Avant, mon corps c'était un bloc et maintenant, je commence à distinguer les différents éléments qui le composent : mes chevilles, mes genoux (...) comme un dévoilement dans ma tête au fur et à mesure, l'image de mes os, de mes articulations pour, finalement, devenir un squelette complet à l'intérieur de ma chair » (JdeB, p.21-22). Fleur dit maintenant ressentir l'épaisseur et la lourdeur de ses chairs qui recouvre son squelette et d'être consciente de l'espace qu'elle occupe : « Je crois que mon image mentale de moi est en train de se modifier » (JdeB, p.22).

Séance #8 : *Mouvements dans la région thoracique.* Fleur est amenée à parcourir sa cage thoracique avec ses doigts afin de repérer les surfaces osseuses et musculaires, et d'en percevoir le volume, le contenu viscéral ainsi que le mouvement. Elle découvre qu'avec les différents mouvements explorés, son mal de dos est parti : « J'ai tellement apprécié ma

séance. Je n'ai plus mal au dos, c'est merveilleux ! » (JdeB, p.24). Elle écoute aussi les commentaires des femmes qui mentionnent l'émergence d'émotions aux moments des mouvements respiratoires. Fleur confie à son journal: « Je dirais que ma cage thoracique est une armure émotionnelle qui me protège des blessures que les autres pourraient me faire mais, elle empêche aussi mes émotions de sortir. Je sens des failles dans l'armure et je crois que le travail respiratoire me permet d'ouvrir doucement ma cage thoracique » (JdeB, p.24). Elle continue sa réflexion au cours de la semaine et rapporte : « Je fais la paix avec ma cage thoracique, elle fait partie de moi. Malgré sa fonction protectrice, elle garde une souplesse que je sens lorsque je respire. Tout ce qui fait partie de moi est bon pour moi mais ce sont mes pensées qui m'empêchent de ressentir mes émotions. Elles sont fortes ! » (JdeB, p.25).

Séance #12 : Cage thoracique, ceinture scapulaire et membres supérieurs. La séance vise à mobiliser l'ensemble du corps en tenant compte de la présence active des mains dans l'exécution des mouvements. Fleur retient l'importance du rythme et de l'apport de la respiration dans la qualité du travail musculaire et articulaire qu'elle perçoit indissociable de son état émotif : *« Mes épaules, mes bras et mes mains sont moi. Calmes et détendus quand je le suis et que je respire jusqu'au ventre et, stressés et crispés lorsque je respire par le thorax » (JdeB, p.30).*

Figure 24 : Fleur-dessins des mains

« Mes bras, mes mains me servent à exprimer mes émotions en câlinant, en caressant et parfois, en brisant ou en frappant. Mes mains peuvent être douces ou fortes » (JdeB, p.30). Après avoir dessiné ses mains dans son journal, elle écrit : « Elles sont si complexes avec tous les petits os qui les composent, les tendons et les muscles. Comme avec les pieds, je prends conscience du rôle qu'elles jouent dans mon quotidien » (JdeB, p.32)



Main droite (paume) :
« Celle de la précision car je suis droitnière » (JdeB, p.33).



Main gauche (dos) :
« La moins habile pour les choses fines mais, toujours prête à supporter la droite » (JdeB, p.31)

Appropriation de son vécu

Durant son parcours, Fleur constate que la thérapie individuelle de L'Entre-Deux et la démarche de prise de conscience corporelle proposée par la RA se complètent bien: « *Plus j'y pense et plus je crois que la séance de GH est le déclencheur de cette conscience de mon corps, et l'environnement de L'Entre-Deux est un catalyseur de l'apprentissage des notions transmises par la GH* » (JdeB, p.10). Elle ajoute: « *J'ai l'impression de me déconnecter quand j'approche des gros morceaux émotionnels en thérapie. Alors, je me rabats sur mon corps et porte une attention particulière à sentir mon corps pour revenir dans le 'ici et maintenant'. Je me rends compte que de focaliser sur mon corps m'aide beaucoup* » (JdeB, p.20). Les notions d'équilibre expérimentées lors des séances lui permettent maintenant de se sentir « *entière et plus zen* » face aux épreuves, notamment les TCA, qui s'accroissent chez ses parents les fins de semaine. Fleur perçoit plus clairement la situation et comprend mieux la raison de ses compulsions alimentaires : « *Je sais pourquoi je me suis bourrée comme ça. Ma mère n'a pas arrêté de chialer. J'ai ressenti le malaise et l'étau se resserrer mais je n'ai rien dit ; j'ai mangé à la place mais ça ne marche plus !* » (JdeB, p.36). Elle réalise les effets des excès de nourriture sur son corps. « *Mon estomac gonflé à bloc, pas de place pour mon foie, mon pancréas et mes poumons. Comment est-ce que je pouvais faire subir ça à mon corps, à moi ? Plus jamais, je ne veux ressentir ça. Je sens que mon corps est le mien, qu'il m'appartient, qu'il fait partie de moi, de la tête aux pieds ! Avant, ce corps était pour moi comme un accessoire, un outil, quelque chose qui me permettait de faire... Maintenant, mon esprit et mon corps sont mon ÊTRE* » (JdeB, p.36).

Fleur perçoit tout son être vivant qui bouge et se dépose au rythme de sa respiration : « *Même mon port-de-tête se modifie selon ma respiration. Lorsque je suis calme, ma tête est plus haute et mon regard à l'horizon et, quand je vis des émotions désagréables, ma tête est rentrée dans mes épaules* » (JdeB, p.34). Afin de continuer sa démarche de façon autonome, Fleur retient, pour pratiquer par elle-même, les mouvements du PPTL, du Moulin-à-vent et

de l’Au-delà et en-deçà¹¹: « *Je respire de tout mon corps. J’ai senti ma colonne respiratoire pour la première fois en GH et, depuis, je fais l’expérience de sentir cette respiration de mon plancher pelvien jusqu’à mon crâne. Ce fut mon point de départ pour unifier ma tête et mon corps : c’est merveilleux !* » (JdeB, p.38). Sa respiration a changé: « *Quand je suis arrivée, je ne respirais que du thorax et, depuis que je respire plus profondément, c’est comme si ma respiration servait de lien, d’attache entre mes pensées et mon ressenti*» (JdeB, p.22). Au début, elle devait diviser sa tête de ses émotions pour être ‘fonctionnelle’ et remplir ses obligations financières et autres : « *Maintenant, je suis entière ! Je ne me sépare plus. Je vis mes émotions même en étant fonctionnelle !* » (JdeB, p.28). À la fin de son journal, elle écrit : « *À travers la GH, ma conscience corporelle est maintenant vécue et ressentie et, non plus un concept théorique. Je me sens ancrée dans la Terre, dans le vrai* » (JdeB, p.39).

Figure 25 : Fleur-autoportrait-fin

Schéma corporel/hiver 2011



« *Je regarde mon schéma corporel et me voilà « entière », le vrai mot, « mignonne ». J’ai des orteils, des chevilles, des genoux (pas égaux), un plancher pelvien, un nombril, des coudes, des poignets, des doigts, des yeux, un nez, des oreilles, une bouche et un cou, des seins pis chu toute là !*

C’est beaucoup plus satisfaisant de faire cet exercice-là, maintenant, que la première fois »
(Verbatim, séance #16).

¹¹ **PPTL** : couché sur le dos, sollicite les pieds, le périnée, le transverse et la langue. **Moulin à vent** : couché sur le dos, vise la coordination des pieds et des bras qui s’appuient au sol en alternance (haut - bas). **Au-delà et en-deçà** : couché sur le côté, vise à dissocier les mouvements de la partie supérieure et inférieure du corps (partie fixe – partie qui bouge)

Tableau 17 : Fleur-synthèse individuelle

Schéma corporel : D'un corps « vide » avec un contour seulement à un corps « plein » avec des pieds, des seins et des muscles.

Caractéristiques physiques post RA : amélioration de la posture antéropostérieure au niveau du tronc; épaules demeurent légèrement enroulées et élevées; tête s'est redressée un peu; amélioration de la souplesse dans la flexion antérieure du tronc.

Rapport au corps : d'un 'corps-tête' fonctionnel sans affect, à un corps ressenti, entier et capable d'émotions.

Santé mentale : a appris à vivre 'ici et maintenant' plutôt que de fuir les responsabilités du moment présent; a accepté de se regarder et de reconnaître les attributs fonctionnels et sensitifs de son corps sans les dissocier, peu importe l'activité entreprise.

TCA : a maintenant de l'emprise sur ses compulsions alimentaires; elle voit et ressent l'impact de la suralimentation sur son métabolisme; elle ne veut plus faire subir de gavage à son corps qu'elle apprend à connaître et à ressentir.

Objectif personnel : « Comprendre pourquoi je mange mes émotions »; elle a pris conscience du mécanisme de défense qu'elle utilise pour contrer les effets de rage et de détresse émotionnelle : le gavage qui l'amène vers un état d'euphorie et paralyse temporairement sa souffrance; elle s'est appropriée des mouvements et des stratégies respiratoires pour diminuer les risques de rechutes compulsives.

Impact de la RA : a appris à accueillir son ressenti et à le partager avec d'autres sans se sentir jugée; l'amalgame de la thérapie de L'Entre-Deux et de la RA lui a permis d'optimiser son expérience de soi et de découvrir son potentiel d'activation personnelle.

5. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

Deux objectifs de recherche distincts étaient à l'origine de la recherche-action, soit de favoriser chez les participantes un meilleur rapport au corps par une pratique de l'éducation somatique et un processus d'écriture réflexive, et de cerner les impacts possibles sur leur santé mentale et plus spécifiquement sur leur TCA. Toutefois, la présente synthèse des résultats n'est pas structurée en deux parties distinctes, car un constat général qui ressort de la recherche est justement l'imbrication de la question du corps et des TCA. Il nous est alors apparu plus fécond de traiter des deux aspects au sein d'une organisation mettant en lumière les « états d'être » des femmes souffrant de TCA, dans leur cheminement vers un mieux-être. La synthèse se donne donc à lire selon le parcours suivant : 1) des états d'amnésie-sensori-motrice, 2) des distorsions de la perception de soi, 3) le passage de l'amnésie sensori-motrice à la capacité de « se sentir », 4) la réappropriation de soi, 5) la capacité de sentir à la capacité de dire, 6) de la prise de conscience à l'agir, et 6) vers l'autonomisation.

5.1. DES ÉTATS D'AMNÉSIE-SENSORI-MOTRICE

Seize femmes s'étaient initialement inscrites à la RA. Dès les premiers cours, il y a eu des abandons et le groupe s'est rapidement stabilisé à sept participantes. Les abandons sont peut-être liés aux difficultés d'établir et de moduler son rapport au corps. La plupart des femmes de L'Entre-Deux ont vécu dans leur enfance beaucoup de violence, dont des agressions sexuelles portant atteinte à la construction du soi. La psychanalyse soutient que l'enfant, qui se retrouve face à un monde incompréhensible, se construira à partir de modalités de survie. Se distancier de son corps constitue une de ses modalités. Les participantes sont, en effet, arrivées avec un corps distancié.

Thomas Hanna (1989), philosophe et éducateur somatique, parle d'un corps souffrant d'amnésie sensori-motrice, c'est-à-dire de l'absence de sensation accompagnée parfois de perte du contrôle volontaire des actions motrices de la région insensible. Il explique cela comme une réaction à un stress persistant ou à un choc traumatique. Selon Hanna «

l'amnésie sensori-motrice est un type de maladie qui n'a pas encore été reconnue; une maladie de nature somatique qui nécessite non pas un traitement, mais une éducation» (p.13).

C'est dans cette optique éducative que la RA visait à ce que les femmes apprennent à établir des rapports au corps plus harmonieux, car la plupart considéraient au départ leur corps comme un objet, un « corps étranger », un accessoire qui doit servir, et parfois être puni. Pour éviter de « se sentir », divers mécanismes destructeurs étaient utilisés comme le rapportait Emma : « *Ce corps que je détestais et que j'insensibilisais à coups de jeûnes et de purges. Pour ne plus sentir, pour disparaître* » (JdB, p. 2). Contrairement à Emma, qui désirait insensibiliser son corps, Marguerite cherchait à sentir son corps sensible, mais utilisait tout autant des moyens destructeurs. Elle écrivait : « *Quand l'anxiété est trop forte et que les émotions sont trop grandes, me gaver de nourriture devient le seul moyen de me raccrocher à la vie et de ressentir mon corps : d'exister. La nourriture sucrée sert aussi à me reconforter* » (Fiche, p.1).

Les expériences traumatiques vécues par le passé ont amené ces femmes à se distancier de leur corps. Sans exclure des explications familiales et métaboliques aux TCA, cette distanciation est probablement accentuée par les médias et le discours social dominant qui fait la promotion d'un corps-objet. La théorie de l'objectivation de soi, proposée par Fredrickson et Roberts (1997) et reprise par de nombreuses études féministes, avance que l'objectivation du corps a pour effet, entre autres, de diminuer la conscience des signaux internes du corps, pouvant éventuellement mener aux TCA.

5.2. DES DISTORSIONS DE LA PERCEPTION DE SOI

Au-delà des cinq sens que sont la vue, le toucher, l'audition, l'olfaction et le goût, nous disposons de « sens » internes pour nous renseigner sur l'état de notre corps : la nociception (pour la douleur), la proprioception (pour la position du corps), la thermoréception (pour la température) et le système vestibulaire (pour l'équilibre). Dans notre vie quotidienne, nous

sommes plus ou moins conscients de l'activité de ces sens internes, mais ceux-ci affectent notre image du corps car le corps anatomique, le corps-objet, ne coïncide pas forcément avec l'image du corps, le corps vécu. En effet, il convient de distinguer une description anatomique du corps, qui ne diffère en rien de d'autres objets, et une description évocatrice du corps tel que nous le percevons de l'intérieur par le biais de nos sensations. Un objet, une chaise par exemple, est vue de l'extérieur. Nous en avons un accès externe par la vision et nous pouvons en faire une description objective. Nous avons, par contre, un accès interne à notre corps. Nous pouvons fermer les yeux et en ressentir les tensions ou le frottement des vêtements sur la peau pour en faire une description subjective. Chez les personnes qui souffrent de TCA, on remarque souvent une distorsion des perceptions du corps. La personne se voit, ou se sent, mince ou grosse alors qu'elle ne l'est pas (du moins selon les classifications de poids corporel telles celles produites par Santé Canada qui reposent sur l'indice de masse corporelle [IMC] et le tour de taille). Un exemple de distorsion des perceptions est ici donné par Fleur : « *Au début de la Gymnastique Holistique, je disais que je ne me sentais pas grosse et même que ça me surprenait de me voir sur une photo ou dans un miroir. De plus en plus, je me sens comme je suis, je ressens la lourdeur de mes chairs. Je prends conscience de l'espace que j'occupe. Et le fait d'avoir localisé mon squelette me fait sentir l'épaisseur de chair qui le recouvre* » (JdeB, p.22).

En ayant recours principalement à la proprioception et au toucher (comparativement à la vue et à la rationalisation dans une thérapie conventionnelle), l'éducation somatique a permis à Fleur de clarifier l'image de son corps et « *de faire se rencontrer de plus en plus l'image du corps vécu et l'image du corps objectivé* » (Joly, 2006, p. 21). Pour Joly, psychologue et éducateur somatique, un écart trop grand entre les deux reflète à divers degrés des états névrotiques. « *En éducation somatique, l'image du corps est centrale* » précise-t-il, « *elle est considérée comme un «work in progress», comme un potentiel à développer et non comme un défaut à corriger ou une pathologie à traiter* » (Joly, 2006, p. 23). Même s'il insiste que l'éducation somatique n'est pas une thérapie, il ajoute qu'elle peut clairement avoir des bénéfices sur le plan psychologique. Par différentes activités de mouvement, la personne en

vient à réduire l'écart entre son corps perçu et son corps vécu. Cela s'est produit pour certaines femmes chez qui l'apprentissage expérientiel de leur anatomie a permis d'expérimenter différemment leur corps. « *Il faut vraiment faire ces exercices pour se rendre compte que ma cage thoracique contient mes poumons* » disait Giroflée, « *la conscience de mon squelette m'apaise et libère mon souffle* » (JdeB, p.14).

L'activité de modelage des contours de son propre corps par les participantes, au début et à la fin de la RA, a reflété ces changements de perception de l'image corporelle. Les résultats ont montré que les diverses représentations ont changé dans la direction d'une représentation plus « réelle », sauf pour Emma, une participante anorexique ayant un passé en danse. Son second modelage était nettement plus abstrait que son premier modelage, ce qu'elle interprétait positivement comme une perte de ses repères habituels et une ouverture vers une vie moins rigidement formatée.

5.3. LE PASSAGE DE L'AMNÉSIE SENSORI-MOTRICE À LA CAPACITÉ DE « SE SENTIR »

Au début de la RA, plusieurs participantes éprouvaient des sensations douloureuses. « *M'approprier ça fait mal* » nous confiait Giroflée, une femme lourdement abusée pour qui le simple geste de se toucher pouvait déclencher une crise de panique. Pour ces femmes, qui vivaient avec un corps fragilisé et meurtri depuis de nombreuses années, prendre le temps de se « sentir » constituait un grand défi. S'éloigner de ses sensations était beaucoup moins menaçant.

Au fil du projet, les sensations déplaisantes se sont progressivement atténuées et des sensations agréables de détente et de douceur ont été exprimées. Par des exercices de différenciation de mouvement, elles en sont venues à saisir des contrastes sensoriels de plus en plus fins. Ces nouvelles distinctions sensorielles, jusque-là hors de leur conscience, ont amené la capacité à bouger différemment, ce qui entraîne la possibilité de nouvelles perceptions. Il s'agit du fonctionnement circulaire de la boucle sensori-motrice. Autrement

dit, bouger me permet de sentir mon corps, et sentir mon corps me permet de bouger (Goldfarb, 1998).

Cet accueil de sensations nouvelles peut être fort dérangeant sur le plan de l'identité, comme nous l'exprimait Emma : « *Formée en danse et en yoga (...) une grande partie de mon identité corporelle s'est évaporée avec la technique. J'aborde les gestes en me remémorant constamment comment bien les faire* » (p.2). Elle ajoute que le caractère exploratoire des séances de GH lui donne un espace où : « *Tout devient possible ; il n'y plus de règles. C'est à la fois, très libérateur, mais aussi déstabilisant* » (JdeB, p.2). Le fait qu'il n'y ait pas de modèle à imiter en éducation somatique la renvoie à rechercher par elle-même ce qu'elle nomme son identité corporelle. Il n'est pas surprenant que la place centrale donnée aux participantes, comme actrice décisionnaire de leur cheminement, ait été déstabilisante pour Emma, habituée à apprendre à partir d'un idéal extérieur ou d'une norme à atteindre. À partir de son modelage, elle a exprimé son besoin de se « réapproprier son corps » trop formaté par les injonctions de la technique de danse.

Les résultats de cette recherche-action confirment l'importance d'aborder la prise de conscience corporelle en lien à l'identité globale de la personne. En effet, une étude similaire (Fortin et Vanasse, 2012) a rapporté la difficulté des femmes souffrant de TCA à éprouver de nouvelles sensations corporelles, comme si celles-ci venaient fissurer la représentation que la personne se faisait d'elle-même. Dans les deux recherches-actions, de nouvelles perceptions de soi ont entraîné des questionnements identitaires qui nécessitaient de fines stratégies pédagogiques de la part des éducatrices somatiques pour éviter, chez les participantes, la perte des repères habituels du « sentiment d'être soi », pour reprendre un terme d'Antonio Damasio (2010). Chercheur en neuroscience, il a étudié comment se crée le sentiment de nous-mêmes dont nous faisons l'expérience à tous les moments de notre vie. Il a mis au point la théorie des marqueurs somatiques, qui fait le lien entre les processus cognitifs, émotionnels et physiques. Selon lui, notre corps et nos émotions, autant que notre raison, gouvernent nos actions. Par la prise de conscience de leur corps en mouvement, les

participantes à la RA étaient conviées à une transformation d'elles-mêmes dans la continuité de ce qu'elles étaient physiquement, émotionnellement et cognitivement. Pour le système nerveux, prendre conscience, c'est recenser les afférences sensorielles de l'intérieur du corps et y consacrer une certaine quantité d'énergie attentionnelle, juste assez pour susciter une lente transformation, mais pas trop, pour ne pas perdre ses repères identitaires et morceler son sens de soi.

5.4. LA RÉAPPROPRIATION DE SOI

Les femmes de L'Entre-Deux avaient un passé lourd. Avec les participantes, il a fallu un accompagnement individuel très attentif pour s'assurer que chaque femme puisse faire suffisamment d'expériences positives pour lui permettre de renouer avec son corps, souvent complètement renié. D'ailleurs, au début de la RA, un bilan corporel avait révélé à quel point leur posture était bancal. Ce bilan corporel, pourrions-nous dire, adoptait un point de vue objectiviste, contrastant avec le point de vue subjectiviste des journaux de bord ou du modelage des contours du corps.

Comme l'indique la synthèse du groupe présentée au tableau 18, sur le plan postural, au début du parcours, elles se tenaient debout en appui surtout sur un pied, les épaules repliées sur elles-mêmes et le regard vers le sol. À la fin de la RA, elles étaient plus solides sur leurs deux pieds, avec un placement de la cage thoracique et de la tête qui amenaient les yeux au niveau de l'horizon. À ce propos, Ehrenfried (1953), précise que « *l'attitude physique est un miroir fidèle de l'attitude psychique, consciente aussi bien qu'inconsciente, de chaque humain face à la vie* » (p.17). La lecture des histoires individuelles détaillée nous permet d'avancer l'idée que les améliorations posturales sont en lien aux activités de mouvement expérimentées lors des séances, mais elles sont aussi les effets sur le plan ostéo-articulaire d'une expansion de la confiance en soi. Ressentir sa solidité osseuse, ressentir une expansion de sa respiration, sentir son regard s'ouvrir, pour ne citer que ces quelques exemples, sont la manifestation physique d'une confiance en soi ou, inversement pourrions-nous dire, la

confiance en soi est la manifestation psychologique d'une solidité osseuse, d'une expansion de sa respiration ou d'un regard ouvert.

Tableau 18 : Synthèse du groupe

Schéma corporel : toutes ont changé dans la direction d'une représentation plus « réelle », sauf une qui a bougé vers l'abstraction (elle interprète la perte de ses repères habituels comme un élément positif de distanciation aux injonctions sociales).

Caractéristiques physiques post RA : toutes bancales au début, et plus redressées à la fin ; plus souples en mouvement ; épaules moins surélevées et enroulées en cohérence avec un patron moteur moins stressé ; plus d'appui et d'aplomb à la verticale ; se sentaient plus solides et équilibrées debout et en mouvement.

Rapport au corps : prise de conscience corporelle ; d'un corps absent, douloureux, ou renié, plusieurs ont cheminé vers une acceptation ou un désir d'appropriation de son corps ou d'un rapport plus positif, qui se manifeste entre autres par un nouveau « caring » (souci de soi), ou désir de « caring », transformation vers un rapport au corps moins performant (car toutes au début, voulaient « bien faire ») ; l'apprentissage à la respiration consciente a permis de développer leur capacité à autoréguler leur niveau de stress pour accueillir et, éventuellement, intérioriser leur expérience corporelle.

Santé mentale : baisse de l'anxiété et des peurs (dont celle d'être jugée) ; d'une rigidité elles ont cheminé vers une flexibilité de la pensée ; une plus grande malléabilité mentale diminue les ruminations négatives ; le développement de leurs propres stratégies de mouvement a permis de réduire les ruminations et ainsi, augmenter leur concentration.

TCA : certaines mangent pour sentir leur corps alors que d'autres mangent pour anesthésier leur corps (et leurs émotions), elles ont nommé leur pattern et certaines sont capables de reconnaître les déclencheurs ; elles perçoivent les impacts négatifs des conduites alimentaires destructives sur leur psychisme et leur physique ; plusieurs ont perçu les liens physiques et psychiques ; certaines se sont appropriées des mouvements vécus en séance, comme moyens concrets pour contrer les comportements alimentaires destructeurs.

Objectif personnel : toutes s'étaient données des objectifs de santé, de désir de normalité et d'activation autonome ; elles ont commencé à travailler des mouvements seules à la maison et veulent continuer à cheminer vers l'autonomie et l'acceptation de leur corps.

Impact de la RA : toutes ont associé le groupe à un endroit de sécurité, de partage (le fait d'être seule au sol à faire des mouvements guidés par la parole et que toutes interprètent et explorent à leur façon est sécurisant) ; toutes perçoivent la séance de GH comme un endroit d'écho à l'expérience de l'autre, qui fait avancer sa propre expérience lorsqu'elle est reconnue dans les paroles de l'autre ; la RA a permis à plusieurs le développement de l'affirmation de soi.

Ces femmes, comme nous tous, cheminaient dans leur quotidien avec des organisations posturales plus ou moins efficaces mais, chez elles, l'asymétrie était remarquable. Au début de la RA, les données ont clairement révélé à quel point certaines s'étaient coupées de leur

corps, qui gardait encore les horreurs du passé, les marques de parents abuseurs ou du mari harceleur pour ne citer que ces deux cas de figure. Comment, dans ce contexte, inviter à une attention intense et continue à soi-même lorsque les proprioceptions sont principalement source d'anxiété? Avec ces femmes, le recours aux objets médiateurs a été d'une grande aide. Giroflée, par exemple, éprouvait une répulsion à la manipulation de son propre corps. Une sensation de strangulation apparaissait aussitôt qu'elle se touchait. Avec le temps et l'expérimentation, elle a appris à utiliser des accessoires comme une balle placée entre sa main et son corps pour arriver à se toucher sans paniquer. Quant à Marie-Lou, à la fin d'une séance sur la respiration, elle a écrit dans son journal : « *Je ne me suis pas sentie à l'aise à l'exercice de la bouche ouverte, car cela me rappelait mon viol. Il m'obligeait à mettre son pénis dans ma bouche et il me retenait la tête* » (JdeB, p.6). Encore ici, avec le temps et une variété de stratégies pédagogiques, elle a appris à associer à sa bouche d'autres sensations que celles des mémoires pénibles.

Certaines approches psychocorporelles basent leur travail sur la mémoire inscrite dans le corps. Notre passé serait inscrit dans nos tissus comme une programmation au fond de nous, qui déterminerait nos comportements répétitifs. L'éveil de la mémoire corporelle constitue alors le but à atteindre, car elle indique la lésion ou le trauma initial à soigner. La prémisse de travail de l'éducateur somatique diffère quelque peu, car certaines zones peuvent paraître « dépositaires » de souvenirs, mais c'est l'ensemble de la personne qui les a vécus. L'éducation somatique aborde la globalité de l'expérience corporelle dans l'ici et maintenant davantage que la lésion ou le trauma original. Avec Marie-Lou, ou dans des situations similaires, l'éducatrice somatique a pris soin de proposer des consignes qui ramenaient les participantes aux variations de mouvement dans l'ici et maintenant mais aussi, évidemment, de guider les mouvements de façon prudente et mesurée.

Un examen des écrits a révélé que les TCA sont presque toujours associés à de la comorbidité (Israël, 2012). C'était le cas des participantes de L'Entre-Deux (voir annexe i). Proposer des activités de prise de conscience de soi s'adresse à la totalité de la personne, qui vit à la fois

avec un TCA, de la comorbidité et une médication adaptée. On ne s'improvise donc pas éducatrice somatique auprès de clientèles fragilisées. Dans la présente RA, le fait que l'éducatrice somatique avait une formation en psychologie et en intervention de groupe en santé mentale chez les adultes, était certes un atout. Ceci facilitait aussi probablement sa collaboration avec les intervenantes de L'Entre-Deux, notamment par le partage d'un journal de bord incluant le vécu thérapeutique autant que celui lors des séances de GH. Les résultats de la recherche-action témoignent ainsi de la nécessité de développer des compétences spécifiques pour les éducatrices somatiques désirant intervenir auprès de femmes souffrant de TCA et de psychopathologies associées.

5.5. DE LA CAPACITÉ DE SENTIR À LA CAPACITÉ DE DIRE

Les gains probants pour les femmes qui ont participé à la RA sont liés fort probablement aux contenus d'enseignement, à l'éducatrice somatique, mais aussi au fait de participer à une recherche et de devoir écrire son vécu. Ceci n'était pas facile pour plusieurs femmes. Marie-Lou expliquait qu'elle a toujours gardé ses pensées dans sa tête, car les coucher par écrit la rendait méfiante envers quiconque aurait pu les trouver et les utiliser pour se moquer d'elle. Elle n'était pas seule à craindre l'expression de l'expérience vécue. En parlant de son journal de bord, Fleur écrit: « *Je me rends compte que j'ai préféré Te fuir cette semaine. Je ressens pleins de choses et je crois que de les mettre sur papier, ça les rend concrets et vrais et ça me fait peur !* » (JdeB, p.16).

La quantité et le type de verbalisation obtenu tout au long de la RA nous portent cependant à croire que nous avons fait un bon choix en misant sur l'importance de porter l'expérience corporelle dans d'autres espaces que le corps : celui du dessin, du modelage, de la parole écrite et parlée. La parole pouvait ainsi s'élargir et ne pas rester collée aux symptômes pathologiques. De diverses manières, nous avons constaté l'importance des données multiples pour arriver à bien cerner les dynamiques en action et leur portée expérientielle aux différents moments du parcours des participantes.

Les différents types de support de la parole et leur temporalité (en direct à la fin des séances ou en différé à la maison) ont, en effet, engendré des données variées, complémentaires et parfois même contradictoires. Effectivement, pour la plupart, le vécu lié aux TCA apparaît dans le journal de bord alors qu'au moment des séances, le verbatim témoigne de la conscience corporelle. Plus spécifiquement, les états dépressifs et anxieux étaient plus présents dans l'écriture et souvent accompagnés de souvenirs de comportements alimentaires alors qu'en groupe, les femmes parlaient surtout d'expériences corporelles positives et bienfaitantes. Par exemple, Lièvre témoignait à la fin d'une séance que les mouvements axés sur la détente respiratoire et musculaire lui avaient apportée du calme alors qu'ensuite, dans son journal, elle écrivait: « *J'ai peu relaxé pour l'instant dû au mal de dos chronique. J'ai beaucoup de masques, je ne voulais pas que les autres me repoussent* » (JdeB, p.1-2).

Il est pertinent de rappeler qu'au début de la RA, le désir de normalité avait été exprimé par plusieurs participantes. Les occasions de partage verbal lors des séances auraient pu indisposer certaines femmes par crainte de la comparaison avec l'autre ou du jugement des autres. Pour éviter cela, la stratégie pédagogique de l'éducation somatique consiste à mettre l'accent sur la singularité des sensations. Dire ses sensations, c'est d'une certaine façon apprendre à mieux les ressentir. En GH, par exemple, un mouvement se fait souvent d'un côté du corps, puis il est repris de l'autre côté. Pour chaque hémicorps, les différences sont observées et parfois verbalisées au groupe. Pour les participantes qui avaient de la difficulté à nommer ce qu'elles percevaient d'elle-même, la verbalisation des autres femmes fût souvent un outil d'apprentissage de leur propre ressenti. Qu'elles se reconnaissent ou pas dans l'expression de l'autre, le partage de la subjectivité expérientielle de chacune a généralement été vécu positivement. Devenir de plus en plus capable de percevoir ce qu'elles ressentaient était évidemment réinvesti dans les explorations de mouvements subséquentes, mais aussi hors de l'espace privilégié et intime des séances hebdomadaires.

5.6. DE LA PRISE DE CONSCIENCE À L'AGIR

À aucun moment de la RA nous nous sommes enquis des symptômes liés à leur TCA. Ainsi, nous n'avons pas de données systématiques nous informant si, du début à la fin de la RA, le comportement alimentaire s'est modifié (quantité de nourriture, évitement ou abus de certains aliments, vomissement, usage de produits laxatifs ou autres, etc.). Nos objectifs ne se situaient pas à ce niveau, pas plus que ceux des participantes d'ailleurs. Leurs objectifs personnels visaient davantage la santé globale que la spécificité du comportement alimentaire. Ceci dit, toutes se sont exprimées sur leurs TCA.

Dans leurs écrits, certaines femmes ont dit manger pour anesthésier leur corps et leurs émotions alors que d'autres ont dit manger pour sentir leur corps. Progressivement, se concentrer sur le mouvement sensible a eu des impacts positifs sur les plans émotif et mental, et indirectement sur les comportements alimentaires. Dans les deux cas, à la fin de la RA, plusieurs femmes nous ont dit être plus capables de reconnaître les déclencheurs à la prise de nourriture problématique. Refaire les mouvements appris en séance est devenu un moyen concret pour contrer les comportements alimentaires destructeurs. Au lieu de recourir aux mécanismes de défense inappropriés (gavage, automutilation, abus de substances), elles ont découvert le potentiel de certains mouvements comme mécanismes de protection.

Particulièrement avec les femmes de L'Entre-Deux, qui avaient un passé très lourd de souffrance, nous avons pu constater à quel point s'affairer minutieusement à explorer diverses nuances d'un mouvement avait le pouvoir d'interrompre les ruminations mentales négatives. Pour les éducateurs somatiques, corps, sentiments et pensées forment un tout solidaire et concourent en toutes choses. C'est en apprenant à diriger leur attention sur divers aspects du mouvement qu'elles ont progressé en flexibilité mentale. Autrement dit, les ruminations négatives n'avaient plus d'emprise lorsque l'éducatrice somatique, par ses nombreuses consignes verbales, réussissait à solliciter l'attention des participantes et à les amener aux détails du mouvement qui conduisaient, par exemple, à une respiration apaisée.

Le résultat fût souvent une baisse de l'anxiété, car une respiration apaisée tempère inévitablement les émotions négatives et l'hypertonie. Lièvre, entre autres, a souligné refaire à la maison les activités en lien à la respiration pour diminuer ses tensions et son angoisse.

Il aurait été irréaliste de prétendre, en début de la RA, qu'un programme de 16 séances d'éducation somatique déboucherait sur une profonde modification des TCA et des habitudes de vie. Une longue durée de la multimorbidité caractérisait les participantes. Leur rapport au corps s'inscrivait dans une complexité de relations sociales et de ce fait, les changements quels qu'ils soient devaient se faire au diapason de ce que la personne et son milieu étaient capables d'intégrer. Des forces sociales, familiales et économiques complexes circonscrivaient la vie quotidienne de ces femmes. Le potentiel individuel à exercer des changements dans leur vie prenait place dans un ensemble dont il fallait tenir compte.

Avec cette perspective, nous avons abordé le changement en mettant en valeur l'expérience subjective des femmes comme expertes de leur sensation et de leur propre vie. La RA a permis aux femmes de renouer avec leur corps, de prendre confiance dans leur possibilité et de se sentir transformables. À cet égard, le thème de la féminité a émergé de façon fortuite chez plusieurs participantes. Nous y voyons là un indicateur d'empowerment. Nous n'avons pas anticipé le thème de la féminité dans la planification des séances. Qu'il ait surgi spontanément peut être expliqué par le fait que les abus physiques et sexuels subis durant l'enfance sont fréquents chez les femmes souffrant de TCA (Israël, 2012), et que les participantes avaient presque toutes connu un passé marqué par diverses formes de violence. Renouer avec leur corps, dont leur féminité, nous apparaît un élément de la réappropriation de leur vie en général, incluant leur santé mentale. La RA a été un projet de reconstruction de soi pour ces femmes qui se sont senties transformables, et ce sentiment d'un soi transformable fait écho au travail thérapeutique de L'Entre-Deux. Ce sentiment persistera-t-il dans le temps et hors des murs de L'Entre-deux est une question sur laquelle

nous pouvons nous prononcer que partiellement, en nous appuyant sur un retour fait auprès des participantes, 15 mois après la fin de la RA.

5.7. VERS L'AUTONOMISATION

Le retour aux participantes a été réalisé en deux étapes, soit une rencontre individuelle et une rencontre de groupe. Les sept participantes ont d'abord été rencontrées individuellement pour recevoir, lire et réagir à leur histoire individuelle. Toutes les histoires individuelles, écrites par la professeure et l'étudiante-éducatrice somatique, ont été reçues comme un moment de prise de conscience, tel qu'en témoigne Emma: « *Je suis encore plus fière de mes réalisations personnelles et professionnelles en voyant ce que je vivais durant la recherche-action* ». D'autres ont exprimé un sentiment de nostalgie, témoignant, dans le cas de Giroflée, de l'importance du groupe dans son évolution personnelle: « *Le groupe de Gymnastique Holistique et les femmes me manquent, c'est avec elles que j'ai trouvé le courage de ressentir ma féminité* ».

Depuis la fin de la RA, la plupart continuaient à cheminer dans l'appropriation d'une plus grande conscience de soi. Elles témoignaient de différents moments, dans leur cheminement individuel, où les apprentissages en éducation somatique leur avaient permis de faire de meilleurs choix d'aliments (baisse des conduites inappropriées sauf 1 qui continuait à lutter activement avec les TCA), des choix d'occupation (2 maintenant à l'emploi, 3 font du bénévolat, 2 se sentaient plus confiantes dans leurs activités quotidiennes avec une meilleure appréciation d'elle-même). Quelques-unes continuaient à faire des mouvements de GH dans leur quotidien et d'autres ont témoigné d'un nouveau regard qu'elles avaient face à divers enjeux complexes de leur quotidien.

Pendant la rencontre individuelle, chaque femme était invitée à identifier une courte section signifiante de son histoire, qu'elle partagerait verbalement avec les autres participantes lors de la rencontre de groupe devant se tenir quelques semaines plus tard. Malgré les convocations faites lors des rencontres individuelles, seulement trois des sept femmes du

groupe se sont présentées à la rencontre du groupe. Un retour sur les absences nous a permis d'identifier des problèmes de santé et les mauvaises conditions climatiques pour expliquer la défection de quatre participantes.

La rencontre de groupe était organisée en vue de 1) présenter aux participantes la synthèse de la RA, 2) leur offrir l'occasion de vivre une séance de GH regroupant les mouvements préférés qu'elles avaient identifiés durant la RA, 3) leur permettre de renouveler leur expérience, et 4) de se remémorer les outils disponibles pour les soutenir dans leur cheminement vers l'autonomie. Lors de ce retour, comme tout au long de la RA, nous avons tenté d'éviter que le projet soit reçu comme une injonction supplémentaire de santé à laquelle il fallait se soumettre (il faut faire de l'exercice, il faut manger santé, il faut prendre ses médicaments, etc.). Cette précaution était nécessaire pour ne pas que les femmes développent un sentiment de culpabilité. Nous étions conscientes de la multiplicité d'enjeux liés au transfert des apprentissages hors de contexte sécuritaire des séances hebdomadaires. Dans les séances, arriver à faire un geste nouveau, le ressentir et le nommer a contribué à développer la confiance en soi, mais exercer sa nouvelle confiance en soi dans d'autres contextes que la séance hebdomadaire constitue une autre étape. Réinvestir ce qui a été appris dans son espace communautaire ne va pas de soi.

En somme, les femmes de L'Entre-Deux avaient tout juste enclenché leur processus d'autonomisation. Les injonctions de l'autorité médicale, familiale et sociale, plus ou moins clairement explicitées, sont fortement intégrées dans l'image du corps. Une pratique collective régulière un peu plus longue aurait probablement pu stimuler l'activation autonome davantage et susciter une prise de pouvoir réel et durable sur leur santé et sur leurs TCA.

6. CONCLUSION

La recherche-action donne des pistes pour comprendre comment le mouvement et le développement de la conscience corporelle peuvent aider des femmes fragilisées par diverses pathologies mentales. Les femmes de L'Entre-Deux étaient, ou avaient toutes été, dans une démarche thérapeutique souvent à maintes reprises, avant de faire partie de L'Entre-Deux qui, rappelons-le, reconnaît la place du corps dans l'expérience globale de la personne.

Un numéro récent de la revue *Psychologie Québec* est consacré aux TCA. On y mentionne que les thérapies cognitives comportementales (TCC) sont généralement utilisées pour traiter les TCA. On leur reconnaît toutefois une importante limitation, du fait que celles-ci accordent peu de place à la dimension du sentir. Dans une TCC, lorsque le corps est considéré, c'est souvent sous l'angle de la respiration ou de la détente, ce qui est insuffisant, affirment des psychologues cliniciennes. En effet, Annie Aimée (2012), psychologue travaillant auprès des personnes souffrant de boulimie nervosa, présente la limite des thérapies conventionnelles et plaide pour « *des méthodes visant l'acceptation du corps et l'acquisition d'un plus grand respect pour tout ce que le corps permet d'accomplir* » (p.36). Catherine Senécal et Jodie Richardson (2012), également psychologues, vont dans le même sens en reconnaissant que « *Dans certains cas, la TCC nous a semblé limitée dans sa portée à atteindre les objectifs. Force est de constater que le trouble de l'HB¹² est maintenu par des facteurs qui sortent du cadre de la TCC traditionnelle et qui nécessitent davantage de créativité de la part des thérapeutes* » (p. 41).

Dans un cours d'éducation somatique, l'expérience corporelle se retrouve au premier plan parce qu'elle est considérée le révélateur de la personne tout entière et le lieu d'intervention concret pour le changement quel qu'il soit. Or, l'expérience corporelle fait émerger la parole, une parole singulière qui s'enracine dans la subjectivité de l'expérience, souvent incertaine et

¹² Hyperphagie boulimique

même très souvent douloureuse. Les femmes de L'Entre-Deux avaient subi dans leur vie de nombreuses situations traumatiques. On comprend que celles-ci voulaient parfois fuir leur ressenti par peur d'éveiller la mémoire corporelle de traumatismes. Pour elles, se priver de l'expérience sensorielle pouvait s'avérer un moyen de se protéger inconsciemment, mais elles comprenaient, tout à la fois, qu'un processus de guérison implique de se reconnecter à son corps, de le sentir, d'être capable d'y toucher, d'être capable d'en prendre soin, de le nourrir sainement et de le mouvoir consciemment.

Les participantes ont relevé le défi de se rapprocher de leur expérience sensori-motrice. Elles ont perçu les impacts négatifs des conduites alimentaires destructrices sur le plan physique et psychique. Sur le plan physique, elles ont amélioré leur qualité de mouvement et réduit l'effort ou la douleur engendrée par les gestes de la vie quotidienne. Sur le plan psychique, certaines ont pu nommer les éléments déclencheurs aux comportements alimentaires impulsifs ou compulsifs, et se sont approprié des mouvements vécus en séance pour les refaire à la maison, ce qui a pour effet de diminuer les ruminations négatives et de contrer les comportements alimentaires destructifs. Plusieurs ont mentionné une baisse d'anxiété et des peurs. Ces résultats montrent que les séances d'éducation somatique ne se limitent pas à des effets spécifiques mais qu'elles peuvent se projeter dans des sphères diverses et rencontrer les besoins singuliers. En somme, les participantes se sont toutes rapprochées de leur objectif personnel d'une meilleure santé. Ceci a été possible, toutes l'ont souligné, grâce à un climat d'apprentissage sécuritaire qui leur a permis d'apprivoiser de nouveaux états de corps sans risquer le jugement des autres.

Ces résultats attestent du rôle que l'éducation somatique peut jouer dans des approches transdisciplinaires face aux TCA. Cependant, nous croyons que, pour être efficace, l'enseignement de l'éducation somatique à des femmes fragilisées par divers troubles concomitants doit s'appuyer sur une relation de confiance enseignant-apprenant qui vient ouvrir un espace alternatif au « sentir pathologique ». Dans les séances d'éducation somatique, c'est dans un registre phénoménologique que la personne s'accorde l'autorité sur

ses sensations et chemine dans sa transformation. Plusieurs femmes nous ont dit vouloir être « normales ». Même si les TCA sont diagnostiqués comme une maladie mentale (DSM-IV, 2000), les personnes qui en souffrent sont d'abord des personnes avec des potentiels d'apprentissage. Une pratique corporelle douce devient alors un outil pour l'amélioration de sa qualité de vie par l'apprentissage de mouvements qui élargissent le champ perceptif grâce à diverses stratégies pédagogiques.

Considérant les présences et l'assiduité des participantes, l'engagement dans les journaux de bord et les grilles d'auto-évaluation au début et à la fin de chaque séance, la RA a été un succès autant du point de vue des participantes que de l'équipe d'encadrement. La satisfaction éprouvée a d'ailleurs conduit L'Entre-Deux à poursuivre l'offre de séances d'éducation somatique après la fin de la RA, comme en témoigne ce message de la directrice : « *Les participantes de la recherche ont vécu une expérience nourrissante et aidante. Nous continuons de recevoir des femmes qui ont un trouble de comportement alimentaire. A l'automne 2012, grâce à une subvention, L'Entre-Deux pourra offrir aux participantes de la recherche de continuer leurs processus, et à de nouvelles femmes de s'approprier à leurs corps avec cette approche corporelle tout en douceur.* »

RÉFÉRENCES

- A.E.D.E. (1991). *Elsa Gindler 1885 – 1961: Cahiers No 7 & 8*. France : Association des Élèves du Dr. Ehrenfried et des Praticiens en Gymnastique Holistique.
- A.E.D.E. (1999). *Dr L. Ehrenfried : Historique et Fondements, Cahiers No 1 & 2*. France: Association des Élèves du Dr. Ehrenfried et des Praticiens en Gymnastique Holistique.
- A.E.D.E. (1990). *Souffle et respiration : Cahier No 6*. France : Association des Élèves du Dr. Ehrenfried et des Praticiens en Gymnastique Holistique.
- Aimé, A. (2012). Surpoids et obésité : doit-on faire de la perte de poids une cible thérapeutique? *Psychologie Québec, 29 (5)*, 36-39.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-IV (DSM-IV)*. Washington : Author.
- Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006 : Troubles de l'alimentation, Chapitre 7, 96-102. [En ligne]. Accès : www.phac-aspcgc.ca/publicat/human_humain06/index_f.html
- Barbier, J-M.(1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris. Presses universitaires de France.
- Bergé, E. et Paillé, P. (2011), Les défis de l'écriture en recherche qualitative. *Recherches qualitatives* 11,68-90. <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/Revue.html>
- Cowen P.J., Clifford E.M., Walsh, A.E.S., Williams C., Fairburn C. G. (1996). Moderate dieting causes 5-HT 2C receptor supersensitivity. *Psychological Medecine, 26*, 1155-1159.
- Damasio, A. (2010). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Paris : Odile Jacob.
- Daubenmier, J. (2005). The relationship of yoga, body awareness, and body responsiveness to self-objectification and disordered eating. *Psychology of Women Quaterly, 29*, 207-219.
- Demazière, D. et Dubar, C. (1997). *Analyser les entretiens biographiques*. Paris : Nathan.
- Duesund, L. et Skarderud, F. (2003). Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa adapted physical activity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 8(1)*, 53-72.
- Ehrenfried, L. (1953). Étude sur le comportement physique de l'individu. *In: Cahiers A.E.D.E., 1 & 2*, 17-21.
- Ehrenfried, L. (1956). *La Gymnastique Holistique : de l'éducation du corps à l'équilibre de l'esprit*. France : Éditions Aubier Montaigne.
- Fortin, S. et Vanasse, C. (2011). The Feldenkrais method and women with eating disorders, *Journal of Dance and Somatic Practices, 3 (1+2)*, 127-141.
- Fortin, S. et Vanasse, C. (2011). *Convoquer des personnes souffrant de troubles de comportement alimentaire à l'expérience du corps senti, avec la méthode Feldenkrais d'éducation somatique*. Rapport de recherche partenariale entre Anorexie et boulimie Québec (ANEB Québec) et le Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

- Frederickson, S. et Robert, R. (1997). Objectification theory. Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206.
- Gindler, E. (1926). La gymnastique de l'homme qui travaille. In: *Cahiers A.E.D.E.*, 7 & 8, 19-31.
- Goldfarb, L. (1998). *Articuler le changement*. Paris : Espace du temps présent.
- Hanna, T. (1988). *Somatics; reawakening the mind's control of movement, flexibility and health*. Cambridge, MA : Persues Books Group.
- Hanna, T. (1989). *La somatique*. Paris : Inter-Éditions.
- Isarël, M. (2012). Meilleures pratiques pour le dépistage, l'évaluation et l'intervention des personnes avec des troubles de conduite alimentaire. *Conférence présentée le 3 octobre à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal*.
- Joly, Y. (2006). Image du corps et conscience de soi. *Psychologie Québec*, 23 (3), 21-24.
- Joly, Y. (2006). Jalons pour une théorie de l'éducation somatique. *Document inédit*. [En ligne]. Accès : www.yvanjoly.com
- Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M. et Milz, H. (2004). Therapeutic effects of the Feldenkrais Method (Awareness through movement) in eating disorders. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische psychologis*, 47, 170-180.
- Mitchell, K. S., Mazzeo, S.E., Rausch, S.M. et Cooke K.I. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 41(2), 120-128.
- Paillé, P. (2004). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.
- Pineau, G. (1983). *Produire sa vie : Autoformation et autobiographie*. Montréal: Édition Edilig
- Postel, J. (2003). *Dictionnaire de la psychiatrie*. Paris : Larousse/VUEF.
- Sansone, R., Levitt, J. et Sansone, L. (2005). The Prevalence of Personality Disorders in Adults with Longstanding Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 7-21. Brunner Routledge.
- Santé Canada (2002). Rapport sur les maladies mentales du Canada. Troubles de l'alimentation. Ottawa, Canada : [En ligne]. Accès : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/index-fra.php>
- Senécal C. et Richardson, J. (2012). Hyperphagie boulimique : l'émergence d'un nouveau trouble de l'alimentation. *Psychologie Québec*, 29 (5), 40-43.
- Tétreault, L. (2007). *Introduction à la Gymnastique Holistique md Méthode du Dr Ehrenfried*. Recueil de textes.
- Tétreault, L. (2008). *Éducation somatique 1 Profil Gymnastique Holistique md Méthode du Dr Ehrenfried*. Recueil de textes.

ANNEXES

ANNEXE A – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT # 1

Formulaire de consentement

TITRE DE LA RECHERCHE : *La méthode Gymnastique Holistique d'éducation somatique et la conscience corporelle de personnes aux prises avec des troubles du comportement alimentaire.*

CHERCHEURE PRINCIPALE : Sylvie Fortin, professeure au Département de danse
Université du Québec à Montréal
Tél. : (514) 987-3000 poste 3499

ORGANISME PARTENAIRE : HÉBERGEMENT L'ENTRE-DEUX
Tél. : (450) 651-0715

Je, _____, suis intéressée à collaborer volontairement et librement au projet de recherche intitulé *Gymnastique Holistique d'éducation somatique et conscience corporelle de personnes aux prises avec des troubles du comportement alimentaire*, mené par Madame Sylvie Fortin, de l'Université du Québec à Montréal (UQAM), avec L'ENTRE-DEUX.

But du projet : Le but de ce projet de recherche est d'explorer une nouvelle démarche en lien à la conscience corporelle auprès des femmes de l'ENTRE-DEUX souffrant de dépression et d'états concomitants, dont des troubles du comportement alimentaire (TCA). Plus spécifiquement, cette recherche vise à faire l'expérience d'un rapport au corps plus « senti » et plus « subjectif » et d'en estimer les impacts possibles sur sa vie en général et plus particulièrement ses comportements alimentaires.

Nature de la participation : Ma participation consistera à prendre part, sur une base hebdomadaire, à une série de séances d'éducation somatique qui se dérouleront sur une période de 15 semaines et ce, sans aucun frais. D'une durée d'une heure trente, ces rencontres termineront par une période de discussion sur les expériences corporelles vécues. Les séances seront données dans les locaux de L'ENTRE-DEUX. Mon implication dans le projet comprendra aussi la tenue d'un journal de bord hebdomadaire et ma participation à une rencontre initiale qui prévoit un bilan de santé, des tests musculosquelettiques et l'identification de mes besoins spécifiques. De plus, j'aurai à compléter des grilles d'auto-évaluation au début et à la fin de chaque séance portant sur mes besoins spécifiques identifiés lors de la rencontre initiale. À la fin du projet, j'aurai à participer à une rencontre de bilan de santé comprenant la reprise des tests musculosquelettiques et l'évaluation de mes besoins exprimés en début de parcours.

Je m'attends à ce que mes écrits au journal de bord et mes propos lors des séances d'éducation somatique ne soient utilisés que pour des fins de recherche. Je comprends que ma participation à cette recherche implique que je donne certains renseignements personnels. J'ai l'assurance des personnes effectuant la recherche que tout sera fait en vue de minimiser tout risque d'inconfort. Il est entendu que j'ai le droit de me retirer de l'étude en tout temps, sans pénalité d'aucune forme.

Anonymat et confidentialité : J'ai l'assurance que l'information que je partagerai lors des discussions de groupe et dans mon journal de bord restera anonyme. Je choisirai un pseudonyme (nom d'emprunt). C'est ce dernier qui sera utilisé par les chercheurs dans le cas où ils citent des parties de mes propos dans des rapports de recherche ou autres modes de diffusion des résultats de la recherche. J'ai l'assurance que toute information pouvant mener à mon identification sera enlevée. Je m'engage également à garder confidentielles toutes les informations partagées lors des séances hebdomadaires d'éducation somatique.

Je, _____, choisis le pseudonyme _____.

Il y a deux copies du formulaire de consentement, dont une que je peux garder. Les chercheurs m'ont demandé si j'avais des questions concernant le formulaire de consentement ou la recherche, et ont accepté de répondre à toutes mes questions.

Personnes à contacter : Le projet de recherche a été approuvé par le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (CIÉR). Pour tout renseignement additionnel, plainte ou critique face au projet de recherche, je pourrai m'adresser à la chercheuse. Dans l'éventualité où la plainte ne peut lui être adressée, il me sera possible de faire valoir ma situation auprès du président du CIÉR, Monsieur Joseph Josy Lévy. Il peut être joint au numéro (514) 987-3000 poste 4483 ou 7753.

Je _____, ai pris connaissance de l'ensemble des informations précédentes et accepte de participer au projet.

Chercheuse : _____
(signature) (date)

Participante : _____
(signature) (date)

ANNEXE B – FORMULAIRE DE CONSENTEMENT # 2

Formulaire de consentement

TITRE DE LA RECHERCHE : La méthode Gymnastique Holistique d'éducation somatique et la conscience corporelle de personnes aux prises avec des troubles du comportement alimentaire.

CHERCHEUSE PRINCIPALE : Sylvie Fortin, professeure
Département de danse
Université du Québec à Montréal
Tél. : (514) 987-3000 poste 3499

ORGANISME PARTENAIRE : HÉBERGEMENT L'ENTRE-DEUX
Tél. : (450) 651-0715

Bonjour,

Il y a quelques mois, nous avons complété un projet de recherche à L'Entre-Deux dans lequel vous avez été invitée à partager du matériel concernant votre expérience personnelle (journal de bord, autoévaluation, échange de groupe, fiches).

De ce matériel, nous avons rédigé un résumé de votre expérience que nous avons intitulé « l'histoire de Giroflée ». J'apprécierais si vous pouviez la lire pour encercler, **au besoin**, les phrases que vous aimeriez rediscuter avec moi.

La version finale sera incluse dans mon mémoire de maîtrise et dans un rapport de recherche publique. Nous vous remercions de nous aider ainsi à mieux comprendre les enjeux impliqués par la santé mentale et les troubles du comportement alimentaire.

Suite à la lecture de votre « histoire », veuillez prendre contact avec moi (514-204-9033) pour que l'on puisse voir aux modalités de retour de ce formulaire de corroboration signé. Entre-temps, si vous avez des questions, n'hésitez pas à me rejoindre.

Encore une fois, un immense merci pour votre participation au projet.

Je, _____, avec le pseudonyme _____ accepte que mon histoire soit utilisée aux fins de la recherche et de publication.

Date : _____

Danièle Chouinard, assistante de recherche _____

Date : _____

ANNEXE C – INVITATION À PARTICIPER À LA RECHERCHE

Participation à une recherche sur la conscience du corps et les troubles alimentaires

L'Entre-Deux est heureuse de vous informer qu'elle collabore à un projet de recherche mené par l'Université du Québec à Montréal portant sur la conscience du corps, les troubles du comportement alimentaire et la santé mentale des femmes.

Nous vous convions donc à des ateliers d'exploration du corps en mouvement. Ces rencontres hebdomadaires de 90 minutes se tiendront dans les locaux de L'Entre-Deux, le vendredi de septembre 2010 à janvier 2011.

Une rencontre d'information est prévue début août pour vous fournir plus de précisions sur la démarche. À cette occasion, venez rencontrer Danièle F. Chouinard, étudiante-chercheuse, qui animera les ateliers. Cette étape vous permettra de discuter du projet, de faire connaître vos attentes et de prendre rendez-vous afin de cibler vos besoins spécifiques.

Au plaisir de vous retrouver en septembre.

Pauline Lacroix, directrice

L'Entre-Deux

ANNEXE D – INFORMATIONS, CONSIGNES DE PARTICIPATION ET CALENDRIER DE LA SESSION

GYMNASTIQUE HOLISTIQUE

C'est parti !

Nous voilà engagées dans une très belle aventure. Une opportunité unique de nous faire du bien et de contribuer à la science, en tant que pionnières dans le domaine. Donc, en collaboration avec Danièle, l'éducatrice somatique et guide des ateliers, je vous invite à prendre connaissance de ce qui suit :

Ce projet de recherche, mené par l'Université du Québec À Montréal, s'intitule « *La méthode de Gymnastique Holistique d'éducation somatique et la conscience corporelle de personnes aux prises avec des troubles du comportement alimentaire* ». Il a plusieurs personnes ou organismes impliqués dans sa bonne marche :

- le Service aux Collectivités de l'UQAM,
- la directrice de recherche, Sylvie Fortin, professeure au département de danse de l'université (UQAM)
- l'étudiante-chercheure-éducatrice somatique, Danièle Chouinard
- et l'organisme partenaire, Hébergement L'Entre-Deux.

La Gymnastique Holistique est une méthode d'éducation corporelle par le mouvement conscient, développée depuis plus de 100 ans et pratiquée dans de nombreux pays. *Holistique* signifie que la personne est considérée dans, et avec tout ce qui la concerne. Cette ***gymnastique, toute en douceur***, propose des exercices d'exploration du corps en mouvement, qui sollicitent l'ensemble des capacités humaines, motrices, cognitives et affectives. Elle permet de faire l'apprentissage de qui on est dans notre mobilité, ce qui contribue au développement de la conscience corporelle, en favorisant la présence à soi. Sa pratique régulière amène une détente physique et mentale, redonne mobilité, souplesse et force musculaire, soulage malaises et douleurs, et plus encore... Imagine, retrouver du plaisir à bouger !?!

La participation attendue de chacune de nous comprend notre présence et implication aux rencontres du vendredi après-midi et la tenue hebdomadaire d'un journal de bord, cahier dans lequel on se parle de soi, à soi, sur tous les sujets qui nous touchent, sans oublier nos difficultés alimentaires. Tout cela implique de partager des renseignements personnels. Les écrits au journal de bord, ainsi que tous les propos tenus et enregistrés lors des séances à L'Entre-Deux sont gardés confidentiels, puis sélectionnés et utilisés uniquement pour les besoins de la recherche. Le maximum est fait pour minimiser tout risque de malaise ou de bris de confidentialité. Les informations partagées restent anonymes, grâce à notre pseudonyme. Toutes données pouvant mener à l'identification d'une personne sont enlevées.

Danièle, notre éducatrice somatique, ne nous traite pas, ne nous enseigne pas. Elle nous guide à travers l'apprentissage sensori-moteur que nous effectuons. Nos mouvements sont guidés par ses paroles et son toucher.

Les ateliers hebdomadaires de Gymnastique Holistique se tiennent dans un climat chaleureux et tranquille, où ***tout jugement et compétition sont exclus***. Il n'y a pas d'analyse, plutôt de l'exploration, de l'attention sentie à notre corps en action. Ces séances d'éducation somatique se font debout, assise ou allongée au sol, avec des ballons, balles, rouleaux, baguettes et objets de toutes sortes. Elles permettent d'aborder tout inconfort physique et tensions musculaires, tout autant que le stress, l'anxiété, l'angoisse, ... Les mouvements proposés tiennent compte des conditions particulières de chaque personne, peu importe son âge et état de santé. Alors, ***il est important de ne pas se gêner pour tout mentionner à Danièle***. Chaque rencontre débute par une grille d'auto-évaluation à remplir, puis une période d'échange en groupe sur l'état dans lequel on arrive. Elle se termine avec le partage des expériences corporelles vécues et la deuxième étape de l'auto-évaluation à compléter.

Consignes importantes pour la participation
et le bien-être aux ateliers de GH

*Vêtements sports, de gymnastique, extensibles, souples, confortables et non restrictifs ; petits bas, faciles à enlever et remettre pour le travail pieds nus ; chandails en « pelure », t-shirt + chandail. Notre température corporelle peut varier beaucoup d'un exercice à l'autre, pouvoir mettre ou enlever une couche peut être très pratique

*Nourriture : pour le confort digestif, il vaut mieux éviter de prendre un gros repas avant la séance, pour ne pas arriver le ventre plein, ce qui peut provoquer des nausées pendant l'atelier. En conséquence, prendre une collation avant et en prévoir une autre pour le retour peut être utile. Apporter une bouteille d'eau

*Accessoires : *toujours* apporter notre journal de bord, des crayons, nos lunettes pour lire et écrire ; une serviette de plage ou une couverture pour les moments sur le matelas ; attaches pour cheveux longs ; pantoufles au besoin pour l'hiver (on travaille souvent pieds nus)

*Apporter la liste de tous nouveaux médicaments et papiers médicaux pour informer Danièle

*Apporter et mettre à ses côtés durant l'atelier les médicaments qui peuvent être utiles (pompe, sirop)

*Éviter parfum, montre et gros bijoux encombrants qui peuvent gêner la liberté de mouvement

*Garder toujours en tête que nous sommes toutes tenues à la confidentialité et que nos pseudonymes sont « secrets ». Il faut utiliser ceux-ci tout au long de la séance et éviter de le faire avant, après et lorsque la porte de la salle de thérapie est ouverte

*Arriver à 12h45 (15 minutes avant le début de l'atelier) pour se préparer et installer notre espace ; puis remplir la première partie de l'auto-évaluation

*Ne jamais quitter sans compléter l'étape post-séance de cette feuille, puis la remettre à Danièle

*Pendant l'atelier, nous avons ***toujours le droit de parole et celui au silence***. Danièle nous encourage par contre à être bavardes !

*À chaque semaine, écrire dans notre journal de bord

*Une copie vierge du Formulaire de Consentement à la participation au projet de recherche, que nous avons signé à notre rencontre individuelle, reste disponible pour consultation

S.V.P., nous appeler pour aviser à l'avance d'une absence prévue. Également laisser un message sur la boîte vocale de Danièle, si un vendredi matin, vous réalisez que vous ne pourrez vous rendre à L'Entre-Deux en après-midi.

Nous pouvons laisser un message à **Danièle**, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sans la déranger d'aucune façon, au **514-204-9033**.

Et **Marie-Josée** se fera un plaisir de vous répondre au **450-676-1953**, de 13h00 à 22h00, 7 jours sur 7.

GYMNASTIQUE HOLISTIQUE

CALENDRIER

Les ateliers se tiennent **tous les vendredis**, de la mi- septembre 2010 à la mi-janvier 2011, dans la salle de thérapie de L'Entre-Deux. Ils commencent à 13h00 et durent environ 90 minutes. Par contre, il nous est demandé d'**arriver à 12h45** et de prévoir une présence de 2 heures à L'Entre-Deux.

SÉANCES	DATES	HEURES
# 1	17 septembre	13 h à 14h30
# 2	24 septembre	13 h à 14h30
# 3	1 ^{er} octobre	13 h à 14h30
# 4	8 octobre	13 h à 14h30
# 5	15 octobre	13 h à 14h30
# 6	22 octobre	13 h à 14h30
# 7	29 octobre	13 h à 14h30
# 8	5 novembre	13 h à 14h30
# 9	12 novembre	13 h à 14h30
#10	19 novembre	13 h à 14h30
#11	26 novembre	13 h à 14h30
#12	3 décembre	13 h à 14h30
#13	10 décembre	13 h à 14h30
#14	17 décembre	13 h à 14h30
#15	7 janvier	13 h à 14h30
#16	14 janvier	13 h à 14h30

Encadrés = tous les vendredis de GH, avec une pause de 2 semaines au temps des Fêtes

Bon projet et bonne expérience à toutes !

Marie-Josée

Document interne préparé par Marie-Josée Roy en collaboration avec Danièle Chouinard, septembre 2010.

ANNEXE E – LISTE DES ABRÉVIATIONS

: Fracture

↑ : Plus ou augmenté

↓ : Moins ou diminué

AA : Amplitude articulaire

Antéversion : Bassin basculé vers l'avant induisant une augmentation de la lordose lombaire

ATM : Articulation temporo-mandibulaire

ATT : Attention

BED : Binge Eating Disorder

Bosse de bison : Coussin adipeux logé à la charnière cervico-dorsale (niveau de la 7^e vertèbre cervicale et de la 1^{ère} vertèbre dorsale)

Bruxisme : Serrement dentaire avec ou sans mouvements latéraux

C Th : Cage thoracique

CC : Colonne cervicale

CF : Cranio-facial

Chx : Chirurgie

CMP : Chaîne musculaire postérieure

CP : Ceinture pelvienne

CS : Ceinture scapulaire

CTh : Cage thoracique

CV : Colonne vertébrale

D1 : Première vertèbre dorsale

D10 : Dixième vertèbre dorsale

DA : Détente – Assouplissement

DD : Décubitus dorsal (coucher dorsal)

Discopathie : Perte d'intégrité du disque intervertébral causant des limitations de mouvements et parfois de la douleur locale et /ou irradiée

DI ou douL : douleur

DL : Décubitus latéral (coucher sur le côté)

Dr : Droite

DV : Décubitus ventral

Emphysème : Pathologie respiratoire touchant le tissu pulmonaire et limitant l'échange gazeux

Epistaxis : Saignements au niveau du nez

Fl : Flexion

G : gauche

Genou valgus : En position debout, pieds dans l'axe, les genoux sont collés ou obligent un écart des pieds plus grands

Genou varus : En position debout, pieds dans l'axe, les genoux sont écartés l'un de l'autre

HTA : Haute tension artérielle

L1 : Première vertèbre lombaire

L5-S1 : Région vertébrale située entre la cinquième vertèbre lombaire et la première sacrée

MEC : Mise en charge

MEP : Mobilisation – Étirement – Placement

Méplat : Diminution de mobilité en flexion d'une section de la colonne vertébrale

MI : Membre inférieur

MID : Membre inférieur droit

MIG : Membre inférieur gauche

MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique

MS en chandelier : Position des MS à angle de 90° au niveau des épaules et aux coudes alors que le dos des mains reposent au tapis au-dessus de la tête

MS : Membre supérieur

MSD : Membre supérieur droit

MSG : Membre supérieur gauche

Mvts : Mouvements

n.d. : non diagnostiqué

Névrome : Fibrose des tissus qui se situent autour d'un nerf périphérique ou tumeurs d'un nerf périphérique causant des névralgies dans la région affectée et la zone innervée par ce filet nerveux

Omo : omoplate

Ostéotomie : Modification chirurgicale d'un os

Pi. D. : Pied droit

Pi. G. : Pied gauche

Pi. : Pied

Protraction de la tête : Position de la tête devant la ligne de gravité

Ptose : Affaissement d'un organe

Radiculopathie : Inflammation d'un nerf qui prend source au niveau du rachis (colonne vertébrale) et provoquant des douleurs dans la zone innervée par la racine touchée

RE : Rotation externe

Rétroversion : Bassin basculé vers l'arrière induisant une diminution de la lordose lombaire

RI : Rotation interne

ROM : Terme anglais signifiant amplitude articulaire

Rx : Médication

SAC : Service aux collectivités

SI : Région sacro-iliaque

SPM : Syndromes pré-menstruels

Suffixe : « ite » : indique l'inflammation d'une structure ou d'un organe du corps vivant

Suffixe : « pathie » : pathologie relié à un organe ou une structure du corps vivant

Suffixe : « tomie » : Indique la coupe, la section, l'incision ou la division d'un organe ou d'une structure anatomique

TCA : Troubles du comportement alimentaire

TOC : Troubles obsessionnels-compulsifs

TPL : Troubles de la personnalité limite

TR : Tronc

Tunnel carpien : Inflammation de la gaine membraneuse qui recouvre le paquet vasculo-nerveux à la face antérieure du poignet causant engourdissements, névralgie et parfois paralysie d'une partie de la musculature de la main

Tx : Traitement

UQAM : Université du Québec à Montréal

VB : Vésicule biliaire

X : Multiple

ANNEXE F – DOSSIER INDIVIDUEL - BILAN DE SANTÉ

DOSSIER CLIENT / RENCONTRE INDIVIDUELLE

Date d'ouverture : _____ Date de fermeture : _____ no. Dossier : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : F ___ H ___

Adresse : _____

Téléphone : () - _____ Travail : () - _____

Occupation :

Référé par :

Diagnostic médical :

Consultants :

Psychologue
Homéopathe
Autres

Médecin
Physiothérapeute
Ostéopathe
Chiropraticien

Histoire de l'évènement : date :

Plan de travail :

Description :

Évolution des symptômes :

Rapports d'examens :

Traitements antérieurs :

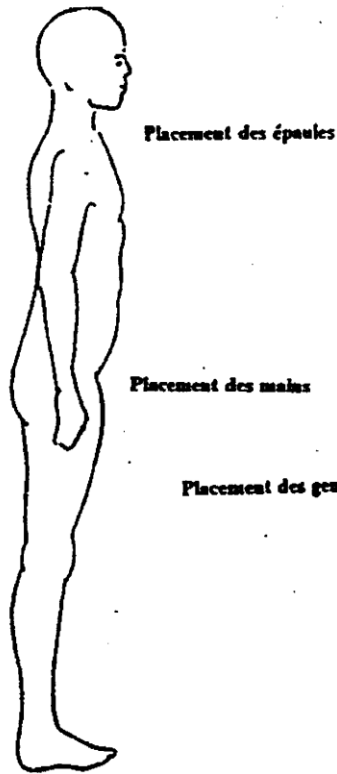
Antécédents médicaux :

Conditions associés :

Médication :

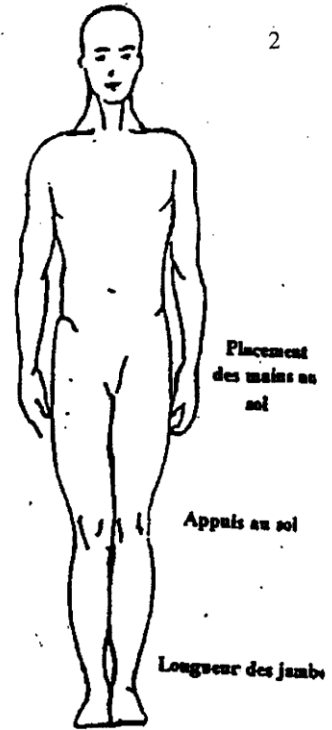
Consentement :

Rencontre initiale (suite)

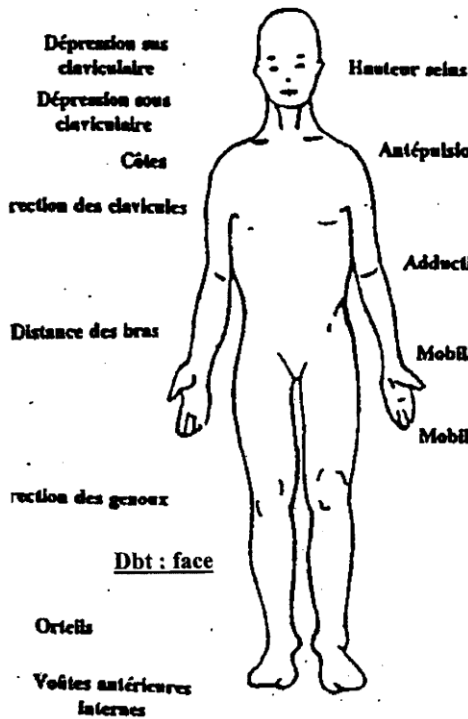


Vue de profil.

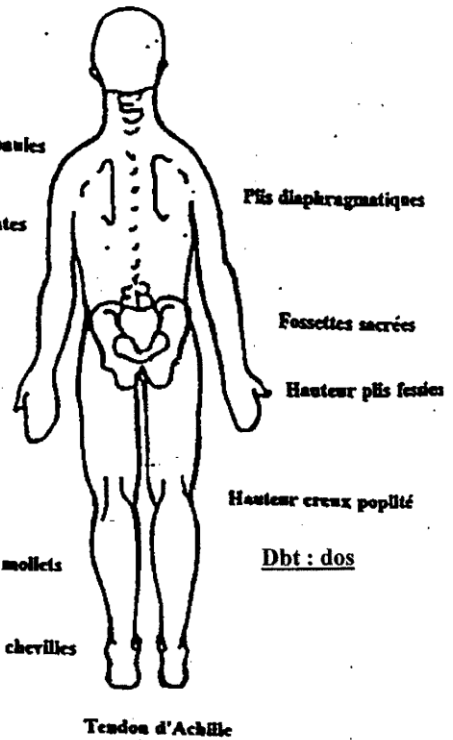
ANNEXE II a) Évaluation initiale (suite) Placement du bassin



D.D. : bras chandelier et allongés vers le haut



Dbt : face



Dbt : dos

Nom : _____ No Dossier : _____

Rencontre initiale (suite)

Nom : _____ No Dossier : _____

INVENTAIRE MUSCULO-SQUELETTIQUE

Membres inférieurs :

Pieds : orteils;
 arches :
 talons :

Chevilles :
Jambes : mollets :
Genoux : creux poplités :
Bassin :
Iliques :
 Ischions :

Colonne vertébrale :

Sacrum-coccyx :
Colonne lombaire :
Colonne dorsale :
Colonne cervicale :

Membres supérieurs :

Ceinture scapulaire : clavicules :
 omoplates :

Épaules :
Bras :
Coudes :
Avant-bras :
Poignets :
Mains : doigts :

Marche :

Station debout :
Station couchée :

Escaliers :

Station assise :

INVENTAIRE DES DOULEURS

Description : _____

Localisation : _____ Irradiation : _____

Intensité : _____

Depuis quand : _____

Durée : _____ Fréquence : _____

Interventions : _____ Augmentée par : _____

Diminuée par : _____

Faiblesses : _____ Engourdissements : _____

Rencontre initiale (suite)

Nom : _____ No Dossier : _____

BILAN DE SANTÉ

Évaluation subjective : Santé :

Énergie : _____ Résistance au stress : _____ Réactions : _____

Activités : Sports : _____ Loisirs : _____

Poste de travail : Blessures : _____ Prob. posturaux : _____

Accidents : date : _____ Blessures : _____

Fracture : _____ Entorse : _____ Luxation : _____

Problèmes discaux : _____ Chutes : _____ Prothèse : _____

Chirurgies : _____

Maladies : _____ Ostéoporose : _____

Sommeil : nb. hres : _____ Insomnie : au coucher : _____ de nuit : _____ matinale : _____

Céphalée : _____ Fréquence : _____ Migraine : _____ Fréquence : _____

Vue : _____ Ouïe : _____

Dentition : bruxisme : _____ Orthodontie : _____ temporo-mandibulaire : _____

Respiration : buccale : _____ nasale : _____ thoracique : _____ abdominale : _____

Bruyante : _____ ; toux : _____ ; allergies : _____ ; tirage : _____

Sinusite : _____ ; bronchite : _____ ; pneumonie : _____ ; tabac : _____

Digestion : estomac : _____ ; foie – v. biliaire : _____ ;

Gaz – ballonnement : _____ ; intestin : _____

Reins – Vessie : Lithiase : _____ ; infections : _____ ; incontinence : _____ ; à l'effort : _____

Cœur : Rythme : _____ ; T.A : _____ ; circulation : _____ ; varices : _____ ;

hémorroïdes : _____ ; coloration : _____ ; froideur : _____ ; engourdissement : _____

Gynécologie : Menstruations : _____ ; régularité : _____ ; quantité : _____ ;

douleurs : _____ ; SPM : _____

Ménopause : _____ ; chaleurs : _____ ; sueurs : _____ ; hormonothérapie : _____

Grossesse : _____ Accouchement : _____

ANNEXE G – DOSSIER DE GROUPE

DOSSIER de GROUPE: _____

2 - NOTES DE SUIVI DES SÉANCES: Date: _____ Signé: _____

Canevas de la Séance prévue : _____

Nom :	Priorités :	Protocole :	Mouvements :
1.-	1.-	1.-	1.-
2.-	2.-	2.-	2.-
3.-	3.-	3.-	3.-
4.-	4.-	4.-	4.-
5.-	5.-	5.-	5.-
6.-	6.-	6.-	6.-

Attentions, interdictions, recommandations :

En Début de Séance : DEMANDES (Client)

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-

OBSERVATIONS (Praticienne)

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-

DOSSIER de GROUPE : _____

2 - NOTES DE SUIVI DES SÉANCES: Date: _____ Signé: _____

LA SÉANCE				BILAN de la SÉANCE	
NO	Expériences - Mouvements	Objectifs pour :	Changements Justifications	Réactions Clientèle	Observations Praticienne
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

DOSSIER de GROUPE: _____

2 – NOTES DE SUIVI DES SÉANCES: Date: _____ Signé: _____

ANALYSE DE LA SÉANCE / PRIORITÉS, PROTOCOLE de TRAVAIL et BILAN :

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-

PLANIFICATION (Analyse des Priorités et du protocole de travail pour la prochaine séance):

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-

En général (priorités/ensemble du groupe): _____

ANNEXE H – GRILLE D'AUTO-ÉVALUATION

POSTULAT : L'ÉDUCATION SOMATIQUE est le champ disciplinaire d'un ensemble de méthodes dont la GYMNASTIQUE HOLISTIQUE qui ont pour objet commun l'apprentissage de la conscience du corps vécu « soma » en mouvement dans l'environnement.

SÉANCE GH

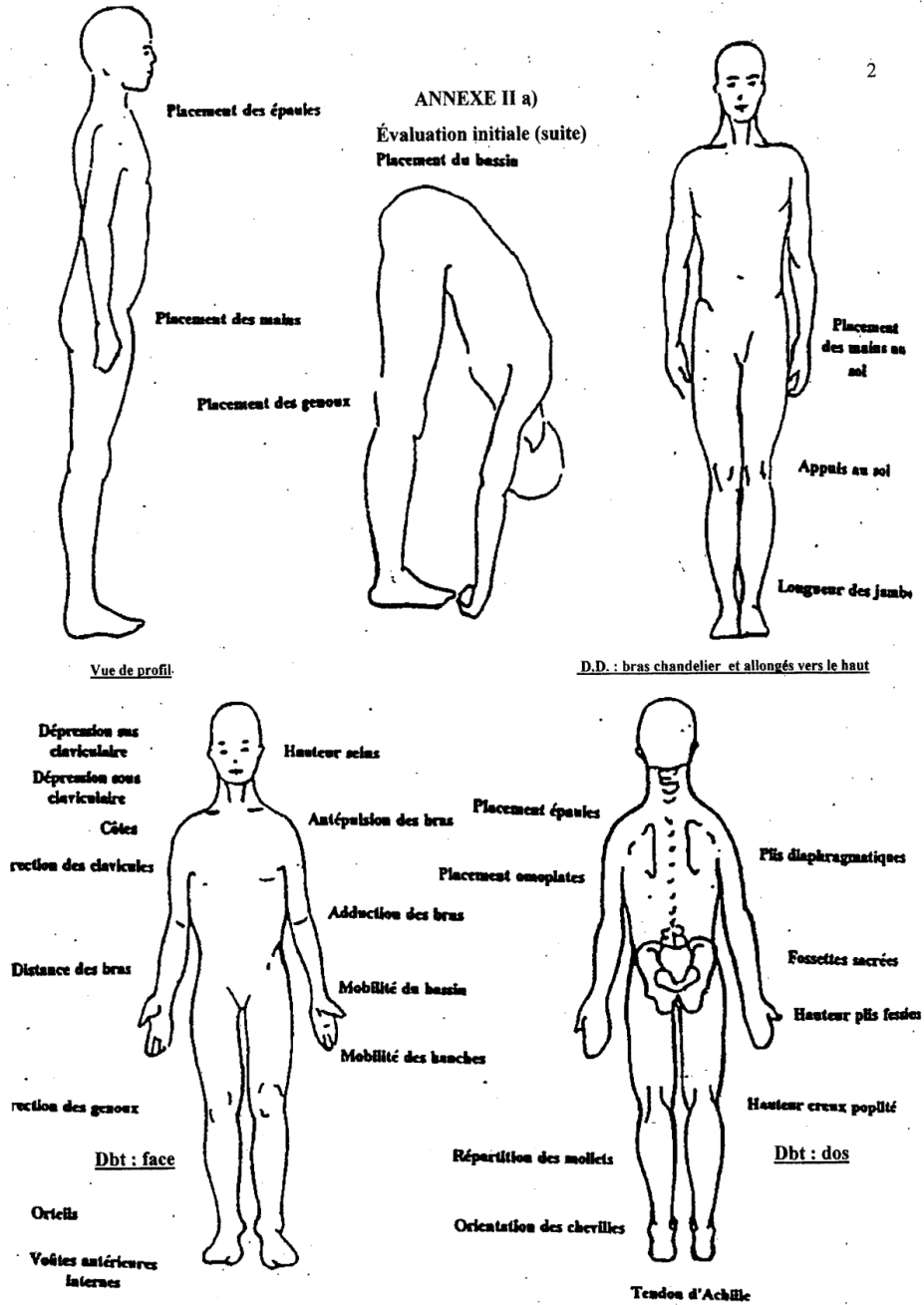
S.V.P. compléter et commenter :

Pré-séance / À l'arrivée :	Post-Séance / Avant de quitter :
Je me sens ...	
Je suis d'humeur ...	
Je vis une émotion ...	
Je ressens ...	
En m'allongeant au sol, je constate ...	
Ma respiration me dit ...	
Je me situe dans cette pièce ...	
Je perçois mon environnement ...	
J'estime mon énergie à __/10 et mon stress à __/10.	
Autres constats ...	

GRILLE AUTO-ÉVALUATION (suite)

Mon corps vécu explore, expérimente et **s'exprime** à tous les jours. S.V.P. décrire et tracer son expression et les régions corporelles touchées à l'aide des planches anatomiques et des symboles suivants :

Pré-séance : ○ – Post-séance : □



MERCI !

Danièle Chouinard (2010)

ANNEXE I – PROFILS DE GROUPE

PROFIL DU GROUPEX16_GH-TCA PRÉ-SESSION - AUTOMNE 2010

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
1- Marie-Lou	49	Femme au foyer	<ul style="list-style-type: none"> -# coccyx et entorse lombaire (anciens) -↑ courbures vert. -Att : posturale : CMP raccourcie -Clavicule en V -En DD : expression du sacrum :- inversion de l'angulation du bassin -Léger surpoids -MEC + imp. à g -Migraines et céphalées -Petite vrille : épaule g enroulée -Pi g en RI / dr et arches longitudinales creuses -Protraction tête -Raideur CV -Rotation bassin dr. -Tol. Stress 7/10 	<ul style="list-style-type: none"> - ATT : Arthrose genou g (opéré) + CV -Audition ↓ à droite -Basse pression -Bruxisme et ATM -Douleur / pos. statique et à l'effort -Emphysème et asthme -Entorse lombaire -États migraineux -MI – pieds en DD – DL et engourdissements après quelques min. -Ptose vessie / hystérectomie -Tremblements extra-pyramidaux -Tunnel carpien opéré -Troubles du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> Anorexie avec vomissements (âge de 12 ans) -Épistaxis (de l'âge de 16 à 20 ans) -Pauvre image de soi -Perte de connaissance -Rejet depuis ado -Schéma corp : « Grosse » -Situation de viols à l'ado. 	<ul style="list-style-type: none"> Arthrose CV -Bipolaire -Bronchite asthmatique et emphysème -Dépressif 	<ul style="list-style-type: none"> Assouplissement et mobilisation CV -CF (ATM) -Circulation -CP (sacrum) -CS – MS -Les diaphragmes -Respiration -Thorax à mobiliser

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
2- Cookie	47	Formation d'artiste -Interprète : danse et théâtre Travailleuse autonome : Agente de dév.	-Arches ↓ et position pi ouverte d> g -Attitude scoliotique -Attitude : prête à bondir -Clavicule en V et -CS g ↓; CP d ↓ -Entorse cerv et lomb -États migraineux -Hernie L5-S1 post Tx -Mains devant cuisses -Malléole g + élevée -Raideur CV et « hyperlaxité »? surélévation épaules -Tête protraction -Tol. Stress : 7/10 -Vrille É dr et Iliaque g arrières	-ATT : État migraineux depuis adolescence -ATT : Hernie discale L5-SI -Att : Hyerlaxité / raideur CV -Luxation épaule g (ancien) -Subluxation H gauche (ancien) -Tunel carpien ?	-Anorexie (sans vomissement) -Boulimie -Image corporelle : « grosse, laide, bad trip » -Stress se jette au niveau vagin et anus -Tentative de suicide -Trouble obsessionnel : « me geler avec sucre » -Viols et abus depuis pré-adolescence	-Anorexie -Boulimie -Dépression (n.d.)	-Assouplissement CV -ATT : hernie discale -CF -CS – CP + mains - poignets -MI pieds -Mvts lents et petites ampl. -Mvts toniques -Travail diaphragmatique -Travail respiratoire
3- Bella	37	Femme au foyer	-Affaissement arches pi -Attitude scoliotique + posture en incl g. -Extrémités froides -Hyper ext genoux g>dr -Poids + à gauche -Surcharge pondérale -Tol Stress : 5/10 -Varices traitées	-DI interscapulaire et lombaires en activité ou position statique prolongées -DI. constantes genoux -Énergie : 2-3 jr, 5 soir/10 -Migraine (7-8/mo) -SPM sévère /pensées suicidaires -Terrain propice à l'arthrose -Vessie hyperactive	-Boulimie / pensées obsessionnelles de manger -Hypophagie -Viol à répétition dès petite enfance	(TOC) / se gratte et se lave intensivement -Bipolaire type II -Hypoglycémie -Hypothyroïdie -TPL sévère	-Circulatoire -CS CP -Diaphragmes -MI pieds -Mvts lents, bien dosés / terrain arthrosique -Proprioception

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
4- Lily	34	-Déco intérieur -Dessin industriel -Femme au foyer -Formation : -Graphisme	+ hyper ext. cou -Attitude post : ventre en besace et attitude fermée -Bassin incl g et -Bosse bison -En DD, bassin à dr et dl dors interscap. -Genu varum et hyperextension -Hyper lordose et plat dorsal -Pi en RE -Pl entorses chevilles -Poids + à droite -Surcharge pondérale -Tête incl dr -Tête protraction : prête à partir -Tol Stress : 2/10	-Att : MI pieds -Besoin brique en DD / hyperextension -DI interscap en DD -Énergie : 3 midi, 1 soir/10 -Épicondylite et tendinite aux MS -Prob de bruxisme	-« Je mange de façon compulsive – mes émotions -↓↓ image de soi et schéma corporel -Boulimie -Honte de son physique : prise de poids -Psy, émotif, phy – « J’ai honte »	-Dépression chronique -Fibromyalgie -TPL	-CF / ATM -CS et CP -Diaphragmes -Respiratoire -Tonus abdominal, pelvien et thoracique -Tronc, CV
5- Kassy	43	-Admin des affaires Bénévolat - Bureautique Formation : -Sc Humaines	-↑ lordoses + bosse de bison -Amputation partielle 4e orteils -Attitude scolio. -CS en Rot lég G -Entorse cheville -Épaules enroulées -Genou et pi g en Rot g -Légère surcharge pondérale -Luxation poignet droit -Pi droit + plat -Tol Stress : 5/10	-Asthme léger -DI interscap. / élévation MS -Dyskinésie tardive visible au visage -Énergie 7 jr 4 soir/10 -Engourdissements main dr. à l’activité -Fibromyalgique (hyper sensibilité) -Orthèse genou g. (arthrose + déchirure partielle du ménisque int. -Perte auditive 50% -Reflux gastrique -Somnambulisme -Spasmes musc. / repos	-10 tentatives de suicide entre 20 – 30 ans -Hyperphagie -Idée obsessionnelle / lourdeur -Image de soi et schéma corporel biaisés -Incapable / regard de l’autre -Surpoids à partir de l’âge de 20 ans	-Diabète II -Dyskinésie tardive (secondaire à Haldol) -Fibromyalgie x 3 ans -TPL	-Att : position DD / reflux gastrique -CF -CP MI -CS MS -Lenteur et petite amplitude -Pied -Proprioception

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
6- Valérie	46	Femme au foyer	<ul style="list-style-type: none"> -Iers orteils raccourcis -Arthrose genoux -Bassin antéversion -DD : cheville g + haute -Épaules tombantes et enroulées -Genoux valgus, -Inclinaison g CV et CP -Interscapulaire plat -Mains en coup de vent léger -MEC + imp à gauche -MI en RI + pi plats -Omoplates décollées g>dr -Protraction tête -Syn. P.-M. Sainton (malf. osseuses : CV- cerv, et dorsale, dysplasie clavicules, déformations coudes g>dr, -Tol Stress : 2-3/10 	<ul style="list-style-type: none"> -ATM -D10 et une cervicale -Déformation coudes g>dr -Énergie 4/10 -Engourdissement MI + arthrose -Engourdissements MI MS -Épaule gauche – fragilité subluxation -Faiblesse MI -Genou dr + coudes -Hyperventilation -Lombaires – doult subite -Prob circ. -Prob. auditif g. -Prob. concentration 	<ul style="list-style-type: none"> -↓ mammaire et -Des sit. de viols avec impact psy +++ -Incapacité à endurer le regard de l'autre -Isolement -Pauvre image de soi régimes Yoyo (forcée par père) -Se sent ≠ femme -TCA : Profil anorexique 	<ul style="list-style-type: none"> -Dépression -Syndrome P.-M. Saindon 	<ul style="list-style-type: none"> -Att : sublux et malformations -CF -Circulatoire -CP CV -CS MS -Diaphragmes -Équilibre /concentration -Lenteur et petite amplitude -MI pieds -Proprioception -Thorax
7- Emma	25	-Ex interprète en danse contemporaine	<ul style="list-style-type: none"> -Attitude scoliotique -Bassin en antéversion -Bonne mobilité et souplesse dr >g -Enroulement des épaules : -Fort galbe musculaire -Genoux hyper extension g>dr -Hyper lordose lombaire -Mains tombent devant cuisses -Omo décollées dr >g et écartées -Tolérance au Stress : 7/10 	<ul style="list-style-type: none"> 1 commotion cérébrale majeure -3 entorses cerv. -Attitude hyperperformante -Céphalées frontales / 2 jr; durée : 2 hr -Énergie 5 jr et 3 soir /10 -Fragilité cou /tête (3 chutes) -Orthèse SI – fragilité région sacrée 	<ul style="list-style-type: none"> -Anorexie nerveuse (vers âge de 11 ans) -Entretenue par le milieu de la danse -Image de soi et schéma corporelle ↓↓ -Ivresse mentale -TOC dès l'enfance -Tx Douglas 	<ul style="list-style-type: none"> -Anorexie nerveuse -Dépression majeure -TOC et trouble anxieux 	<ul style="list-style-type: none"> -CF : Att : cou tête et sous-occipitaux -CP et région sacrée -Mvts toniques -Placement -Proprioception -Thorax et

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
8- Lièvre	46	-Commis Poste Canada	<ul style="list-style-type: none"> -↓ lordoses et bosse de bison -↓sensibilité zone chirurgicale vésicule biliaire -Appui des pieds :à dr., 2 derniers orteils sont en appui -Attitude scoliotique -Canne de marche -CMP raccourcie -Épaules enroulées et tombantes -Gauchère -Inclinaison g. bassin -Léger surpoids -Omoplates ↔ -Racine L5 + radiculopathie -Rot. bassin dr. -Tol Stress : 5/10 	<ul style="list-style-type: none"> -# coccyx x 2 -Basse pression occasionnelle -Bruxisme (ATM) -Chx ++ -D1 : L3-4-5 et S1 : hernies discales opérées et discopathies multiples -Engourdissement Pi + MI dr -Entorse cheville dr -Froideur : pi. et mains -MID : DD : diff. à allonger -Ostéotomie 1^{er} dr et névrome plantaire -Radiculopathie L5 dr -Reflux gastrique -Trouble du sommeil : fatigabilité / douleurs +++ -Trouble du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> Anorexie x âge de 12 ans -Fuite (Lièvre) -Image de soi + schéma corporel biaisés -Mots : « GROSSE » en tête -Obésité à 16 ans suivi d'une perte pondérale de 110 lbs → anorexie -Régimes Yoyo -viols, abus -violence conjugale 	<ul style="list-style-type: none"> -Dépression majeure -TPL 	<ul style="list-style-type: none"> -ATT : colonne lombaire et genou droit / position DD -Att : position DD / reflux gastrique -CF / bruxisme -Circulatoire pi – mains -Plante du pied -Selon son énergie -Thoracique et épaules -Travail inter-scapulaire
9- Giroflée	61	Assistance bibliothécaire (enfants)	<ul style="list-style-type: none"> -# tibia, péroné et pouce g (ancien) -Arche pied g. plus prononcé -Atrophie du MIG -CV ↓ courbures -Double torsion dr/g -Épaules enroulées + surélevées -Genoux valgus léger -Hyperlaxité genou g et prothèse genou, g -Inclinaison bassin g -Œdème : Pied g + 2 chevilles g > dr, + doigts -Tol Stress : 0-1/10 -Trauma crânien (acc. d'auto) 	<ul style="list-style-type: none"> -Appareil auditif à g. -Arthrose généralisée ATT : genou g – entorse et luxation -Énergie : 3/10 variable -Engourdissement av-bras et main la nuit -Faiblesse générale -Prob. circ. MI et MS -Résistance presque nulle au stress et peu d'énergie 	<ul style="list-style-type: none"> -↓ / image corporelle -Début de TCA à 14 ans -Distorsion du schéma corporel -Enfant gavée : développe dégoût de la nourriture -Mange ses émotions (frénésie alimentaire) -Refus du miroir -Violence conjugale -Victime de moquerie 	<ul style="list-style-type: none"> -Arthrose généralisée -Dépression majeure 	<ul style="list-style-type: none"> -CF / oreille -Circulation -Diaphragme -Mouvements de petites amplitudes / arthrose et prothèse genou g. -Proprioception -Thorax (↓ et ouvrir)

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
10- Orchidée	58	Secrétaire	<ul style="list-style-type: none"> -↑ pondéral -Arthrose sévère -AVC -Blessure au dos (98) -Bronchite chron. -Canne à g. x 6 ans -Chute avec CC -DI. ATM g > dr -Entorses chevilles g > dr -Fibromyalgie -Tol stress : 5/10 	<ul style="list-style-type: none"> -Attention CV + MI -Engourdisse^{nt} main g et froidure + 5^e doigt -Faiblesses chevilles -Faiblesses MS / fibromyalgie -Fragilité / stress -Irradiations L1 (g. dr?) -Limitation ROM épaule gauche -Palpitations et trouble du rythme -Tolérance à l'effort limitée (apnée du sommeil) et énergie à 1/10 	<ul style="list-style-type: none"> -↑ sucre -Hyperphagie -Rage de nourriture : ↓ estime de soi -Violence fam. et conjugale 	<ul style="list-style-type: none"> -Apnée sommeil (appareillée) -Dépression -Diabète II -Fibromyalgie 	<ul style="list-style-type: none"> -Att : épaule g. -Att : fatigue / signes cardiaques -Att : lombaire (L1) -Diaphragme -Mouvements de petites amplitudes / arthrose et fibromyalgie
11- Anel	56	Travail clérical (banque)	<ul style="list-style-type: none"> -Arthrose 2 hanches dr > g -Espaces sus-clav. gonflés -Mobilité fonc. MS, MI et Tr (fl. ant.) -Obésité morbide -Scoliose opérée (tige métal) -Tol Stress : 3/10 	<ul style="list-style-type: none"> -Acouphènes (g) -Bronch. Chron. -Cheville g. (# et entorse anciens) -Cou : 2e à 4e soudées -Engourdisse^{nt} MIG et 3 orteils (1 à 3) -Hernie discale (terr. L5) -Orthèses 2 pieds -Palpitations -Prob. d'équilibre -Ptose vessie -Reflux gastriques -Tige de métal CV 	<ul style="list-style-type: none"> -13 tentatives de suicide (1ère à 6 ans) -Abus physique et mental -Anorexie -Boulimie avec vomissements -Phobie social -Tx Douglas -Viols (Plusieurs) 	<ul style="list-style-type: none"> -HTA -Hypoglycémie -Méningiome -Neurofibromatose -Palpitations -Toxicomanie (durée – 13 ans) -TPL -Tunnel carpien g et dr 	<ul style="list-style-type: none"> -ATT : hernie et tige -Att : position DD / reflux gastrique -CS – MS -Diaphragmes -Mobilisation CV – CF -Proprioception +++ (sans orthèse) -Respiration -Travail assis

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
12- Majesté	63	Préposée au bénéficiaire / Retraitée	<ul style="list-style-type: none"> -+ appui talon dr. -↑ pondérale -↓ AA -Attitude: fermeture -Fl ant bras / tension flanc dr ++ -Génu-varum D>G -Lim. Épaules -Tol stress: 5/10 -Vrille CS g. 	<ul style="list-style-type: none"> -ATT: hanches, CS, cou, épaules -Constipations -Diabète II; ↓ sensi. -Douleur lombo-sacrée x 5 ans ↑ effort -Épilepsie x 2 ans post trauma -Fond d'arthrose prob. -Prob d'équi / 2 TCC -Reflux gastrique 	<ul style="list-style-type: none"> -Hyperphagie : ↑ sucre 	<ul style="list-style-type: none"> -Bursite épaule dr (ancienne) -Dépression majeure chron. (10 ans) -Diabète II 	<ul style="list-style-type: none"> -CP – CTh Tronc -Équilibre -MI – pieds -Privilégier petits mouvements lents -Proprioception +++ -Travail diaphragmes
13- Clémentine	45	-Animatrice – intervenante auprès des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> -Attitude scoliotique avec incl. tête et CP légères -Bosse de bison -En DD, bras un peu séparés et en 1/2 pro. -Épaule dr surélevée -Genoux en hyper extension -Inclinaison bassin dr. -Masse musculaire dév. -Méplat léger dorsal -Omo. Écartées -pied dr plus plat (arche longitudinal ↓) -Tol Stress : 3/10 	<ul style="list-style-type: none"> -ATM g + irradiation mandibule et cou -Basse tension art. -Chute sur coccyx -Circulation : froidure, engourdissement -Constipation -Énergie 5-8/10 -Entorses : chevilles, cerv. et lombaires -Fragilité capillaire -Haltérophilie ant. -Hémorroïdes -Hyperventilation -Petit cœur -Reflux gastrique occasionnel 	<ul style="list-style-type: none"> -Frénésie alimentaire débuté à l'adolescence 	<ul style="list-style-type: none"> -Dépression majeure chronique 	<ul style="list-style-type: none"> -Assouplissement -CF -Circulation -CTh – CS – CP -Détente -Diaphragmes -Placement -Respiration

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
14- Chat	40	-Journalière	-Attitude scoliotique -Tol. Stress : 2/10	-Constipation ++ -Phobie sociale (intol./groupe) -Sinus fragiles -Surdité part. D	-Fénésie (BED)	-État dépressif (n.d.)	-++ détente assouplissement; -Placement -Respiratoire : CF-CP (probl.intestiins)
15- Fleur	44	-Secrétaire	-Arche pied g.↓ et R.E. -Bassin en rétroversion et en inclinaison gauche -Bosse de bison – cyphose dorsale -Épaules surélevées -Hyperext légère cou -Hypolordose lomb. -Léger surpoids -MEC ↑ pied droit -Omoplates écart. -Protraction tête -Tol. Stress : 2/10.	-Douleurs dorsales -Entorses : lombaire et genou G -Hypothyroïdie -Reflux gastrique -Troubles du sommeil	-Frénésie (BED) -Hyperphagie débuté à l'âge de 5 ans	-Diabète type II (n.d.) -État dépressif (n.d.); -Hypothyroïdie	- ++ structuration (sens naturelle de sa pensée) -CF-CS-CP -Respiratoire -X-dimensions DA, MÉP,
16- Margureite	53	-Péposée aux bénéficiaires	-Arche longitudinale ↓ pi. g. -Cyphose dorso-lombaire -Épaules enroulées -Hyper ext. genou g. -Hypolordose lombaire -Inclinaison bassin g. -Léger surpoids -Pied ouvert (RE) à gauche -Protraction tête -Souplesse chevilles -Tol. Stress : 2/10 -Vrille	-DI lombaires+ -Hypothyroïdie -Prob. surdité part. G+; -Spina bifida -Tendance/ diabète II -Troubles du sommeil -Tympan artificiels -Ulcère/oesophage -Victime de viol, inceste, cruauté physique et mentale (début 3 ans)	-Anorexie et Boulimie à partir de l'âge de 5 ans -Gavage	-État dépressif & -Hypothyroïdie -Spina bifida -Tr. Anxieux (n.d.);	-++ lenteur=craintive -Respiratoire; -X dimensions : DA, MÉP

PROFIL DU GROUPE FINAL X7_GH-TCA

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
1- Marie-Lou	45	Femme au foyer	<ul style="list-style-type: none"> -# coccyx et entorse lombaire (anciens) -↑ courbures vert. -Att : posturale : CMP raccourcie -Clavicule en V -En DD : expression du sacrum :- inversion de l'angulation du bassin -Léger surpoids -MEC + imp. à g -Migraines et céphalées -Petite vrille : épaule g enroulée -Pi g en RI / dr et arches longit creuses -Protraction tête -Raideur CV -Rotation bassin dr. -Tol. Stress 7/10 	<ul style="list-style-type: none"> -ATT : Arthrose genou g (opéré) + CV -Audition ↓ à droite -Basse pression -Bruxisme et ATM -Douleur / pos. statique et à l'effort -Emphysème et asthme -Entorse lombaire -États migraineux -MI – pieds en DD – DL et engourdissements après quelques min. -Ptose vessie / hystérectomie -Tremblements extra-pyramidaux -Tunnel carpien opéré -Troubles du sommeil 	<ul style="list-style-type: none"> -Anorexie avec vomissements (âge de 12 ans) -Épistaxis (de l'âge de 16 à 20 ans) -Pauvre image de soi -Perte de connaissance -Rejet depuis ado -Schéma corp : « Grosse » -Sit. de viols à l'ado. 	<ul style="list-style-type: none"> -Arthrose CV -Bipolaire -Bronchite asthmatique et emphysème -Dépressif 	<ul style="list-style-type: none"> -Assouplissement et mobilisation CV -CF (ATM) -Circulation -CP (sacrum) -CS – MS -Les diaphragmes -Respiration -Thorax à mobiliser

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
7- Emma	25	-Ex interprète en danse contemporaine	-Attitude scoliotique -Bassin en antéversion -Bonne mobilité et souplesse dr >g -Enroulement des épaules : -Fort galbe musculaire -Genoux hyper extension g>dr -Hyper lordose lombaire -Mains tombent devant cuisses -Omo décollées dr >g et écartées -Tolérance au Stress : 7/10	-1 commotion cérébrale majeure -3 entorses cerv. -Attitude hyperperformante -Céphalées frontales / 2 jr; durée : 2 hr -Énergie 5 jr et 3 soir /10 -Fragilité cou /tête (3 chutes) -Orthèse SI – fragilité région sacrée	-Anorexie nerveuse (vers âge de 11 ans) -Entretenue par le milieu de la danse -Image de soi et schéma corporelle ↓↓ -Ivresse mentale -TOC dès l'enfance -Tx Douglas	-Anorexie nerveuse -Dépression majeure -TOC et trouble anxieux	-CF : Att : cou tête et sous-occipitaux -CP et région sacrée -Mvts toniques -Placement -Proprioception -Thorax et
8- Lièvre	46	-Commis Postes Canada	-↓ lordoses et bosse de bison -↓sensibilité zone chirurgicale vésicule biliaire -Appui des pieds :à dr., 2 derniers orteils sont en appui -Attitude scoliotique -Canne de marche -CMP raccourcie -Épaules enroulées et tombantes -Gauchère -Inclinaison g. bassin -Léger surpoids -Omoplates ↔ -Racine L5 + radiculopathie -Rot. bassin dr. -Tol Stress : 5/10	-# coccyx x 2 -Basse pression occasionnelle -Bruxisme (ATM) -Chx ++ -DI : L3-4-5 et S1 : hernies discales opérées et discopathies multiples -Engourdissement Pi + MI dr -Entorse cheville dr -Froideur : pi. et mains -MID : DD : diff. à allonger -Ostéotomie 1 ^{er} dr et névrome plantaire -Radiculopathie L5 dr -Reflux gastrique -Trouble du sommeil : fatigabilité / douleurs +++ -Trouble du sommeil	-Anorexie x âge de 12 ans -Fuite (Lièvre) -Image de soi + schéma corporel biaisés -Mots : « GROSSE » en tête -Obésité à 16 ans suivi d'une perte pondérale de 110 lbs → anorexie -Régimes Yoyo -violence conjugale -viols et abus	-Dépression majeure -TPL	-ATT : colonne lombaire et genou droit / position DD -Att : position DD / reflux gastrique -CF / bruxisme -Circulatoire pi – mains -Plante du pied -Selon son énergie -Thoracique et épaules -Travail inter-scapulaire

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
9- Giroflé	61	Assistance bibliothécaire (enfants)	<ul style="list-style-type: none"> -# tibia, péroné et pouce g (ancien) -Arche pied g. plus prononcé -Atrophie du MIG -CV ↓ courbures -Double torsion dr/g -Épaules enroulées + surélevées -Genoux valgus léger -Hyperlaxité genou g et prothèse genou, g -Inclinaison bassin g -Œdème : Pied g + 2 chevilles g > dr, + doigts -Tol Stress : 0-1/10 -Trauma crânien (acc. d'auto) 	<ul style="list-style-type: none"> -Appareil auditif à g. -Arthrose généralisée ATT : genou g – entorse et luxation -Énergie : 3/10 variable -Engourdissement av-bras et main la nuit -Faiblesse générale -Prob. circ. MI et MS -Résistance presque nulle au stress et peu d'énergie 	<ul style="list-style-type: none"> -↓ / image corporelle -Début de TCA à 14 ans -Distorsion du schéma corporel -Enfant gavée : développe dégoût de la nourriture -Mange ses émotions (frénésie alimentaire) -Refus du miroir -Violence conjugale -Victime de moquerie 	<ul style="list-style-type: none"> -Arthrose généralisée -Dépression majeure 	<ul style="list-style-type: none"> -CF / oreille -Circulation -Diaphragme -Mouvements de petites amplitudes / arthrose et prothèse genou g. -Proprioception -Thorax (↓ et ouvrir)
13- Clémentine	45	-Animatrice – intervenante auprès des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> -Attitude scoliotique avec incl. tête et CP légères -Bosse de bison -En DD, bras un peu séparés et en 1/2 pro. -Épaule dr surélevée -Genoux en hyper extension -Inclinaison bassin dr. -Masse musculaire dév. -Méplat léger dorsal -Omo. Écartées -pied dr plus plat (arche longitudinal ↓) -Tol Stress : 3/10 	<ul style="list-style-type: none"> -ATM g + irradiation mandibule et cou -Basse tension art. -Chute sur coccyx -Circulation : froideur, engourdissement -Constipation -Énergie 5-8/10 -Entorses : chevilles, cerv. et lombaires -Fragilité capillaire -Haltérophilie ant. -Hémorroïdes -Hyperventilation -Petit cœur -Reflux gastrique occasionnel 	<ul style="list-style-type: none"> -Frénésie alimentaire débuté à l'adolescence 	<ul style="list-style-type: none"> -Dépression majeure chronique 	<ul style="list-style-type: none"> -Assouplissement -CF -Circulation -CTh – CS – CP -Détente - Diaphragmes -Placement -Respiration

Nom	Âge	Occupation	Carac. Physiques	Indications /ATT	TCA	Diagnostic	Intuitions
15- Fleur	44	-Secrétaire	-Arche pied g.↓ et R.E. -Bassin en rétroversion et en inclinaison gauche -Bosse de bison – cyphose dorsale -Épaules surélevées -Hyperextension légère cou -Hypolordose lomb. -Léger surpoids -MEC ↑ pied droit -Omoplates écart. -Protraction tête -Tol. Stress : 2/10	-Douleurs dorsales -Entorses : lombaire et genou G -Hypothyroïdie -Reflux gastrique -Troubles du sommeil	-Frénésie (BED) -Hyperphagie débuté à l'âge de 5 ans	-Diabète type II (n.d.) -État dépressif (n.d.); -Hypothyroïdie	- ++ structuration (sens naturelle de sa pensée) -CF-CS-CP -Respiratoire -X-dimensions DA, MÉP,
16- Margureite	53	-Péposée aux bénéficiaires	-Arche longitudinale ↓ pi. g. -Cyphose dorso-lombaire -Épaules enroulées -Hyper ext. genou g. -Hypolordose lombaire -Inclinaison bassin g. -Léger surpoids -Pied ouvert (RE) à gauche -Protraction tête -Souplesse chevilles -Tol. Stress : 2/10 -Vrille	-DI lombaires+ -Hypothyroïdie -Prob. surdité part. G+; -Spina bifida -Tendance/ diabète II -Troubles du sommeil -Tympan artificiels -Ulcère/oesophage -Victime de viol, inceste, cruauté physique et mentale (début 3 ans)	-Anorexie et Boulimie à partir de l'âge de 5 ans -Gavage	-État dépressif & -Hypothyroïdie -Spina bifida -Tr. Anxieux (n.d.);	-++ lenteur=craintive -Respiratoire; -X dimensions : DA, MÉP