

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

L'INFLUENCE DE LA MÉTHODE FELDENKRAIS<sup>MD</sup> D'ÉDUCATION  
SOMATIQUE SUR LA QUALITÉ DE VIE  
DE PERSONNES VIVANT UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU PROGRAMME DE MAÎTRISE EN DANSE

PAR  
GHISLAIN LEMONDE

JUILLET 2007

Le genre masculin est utilisé dans le texte pour en faciliter la lecture et ne se veut aucunement discriminatoire.

## RÉSUMÉ

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie de personnes vivant un problème de santé mentale. Le devis de cette étude est composé d'un pré-test et d'un post-test avec un seul groupe traité. Le groupe, composé de six personnes, a participé à une série de 18 rencontres de 60 minutes de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique. La fréquence était de deux rencontres par semaine pendant 11 semaines.

L'étude proposait de recueillir des données quantitatives et qualitatives. L'évaluation a été faite avec trois outils de mesure : deux outils quantitatifs, l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>) provenant du Laboratoire d'Études en Psychologie de la santé et de Qualité de vie (LEPSYQ) et l'Indice de Détresse Psychologique (IDPESQ-14), et un outil qualitatif soit une entrevue individuelle semi structurée passée en post-test auprès de tous les participants. Pour isoler l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup>, à ces outils, furent ajoutés un questionnaire sur les modifications du soutien social et un questionnaire sur les agents « stresseurs ». Le recrutement du groupe s'est fait parmi les usagers de l'Élan-Demain, un organisme communautaire en santé mentale.

Le résultat global du groupe mesuré par l'ISQV<sup>®</sup> et statistiquement significatif dénote une augmentation majeure de la qualité de vie. Aux 28 questions abordant 28 domaines de vie, il y eut une amélioration majeure pour 22 questions et une amélioration notable pour les autres. Cette augmentation est présente lorsque l'on compare la moyenne des résultats de la qualité de vie en pré-test et en post-test. Les résultats au sujet de la vitesse de l'amélioration ou de la détérioration des domaines de vie lors du pré-test et lors du post-test nous indiquent que tous les domaines, sauf un, ont montré des améliorations plus ou moins rapides. Douze domaines sont passés d'un état de détérioration à un état d'amélioration. Au sujet de la détresse psychologique globale, la moyenne du groupe pour l'ensemble des signes de détresse psychologique affiche une diminution notable en post-test.

Lors des entrevues qualitatives, tous les participants ont noté l'aspect relaxant des exercices. Ils ont tous parlé de l'effet de bien-être lié aux exercices. La moitié du groupe a pris conscience des limites de leur corps pour différentes raisons. Certains participants ont cité clairement l'effet des exercices sur le bien-être émotionnel, la tranquillité d'esprit, le moral, l'estime de soi et l'anxiété. Des participants ont perçu des effets sur leur mémoire et leur concentration et l'écoute de soi. L'étude nous démontre que l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique auprès de personnes vivant des problèmes de santé mentale est positive et significative pour ce qui est d'améliorer la qualité de vie.

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier grandement Madame Sylvie Fortin pour le magnifique support et la patience qu'elle a pu m'offrir durant toute cette étude. Être la directrice de mémoire d'un vieux cerveau déjà à demi-figé n'est pas une sinécure. Je tiens à remercier Monsieur Gilles Dupuis pour m'avoir fourni les outils de mesure et la formation nécessaire à leur utilisation. Je le remercie aussi de m'avoir initié au domaine de la recherche quantitatif et aux tests statistiques. Je tiens aussi à remercier Monsieur Jean-Pierre Martel, assistant de Monsieur Dupuis, pour son support et son travail en rapport avec cette étude. Je tiens aussi à remercier tout le personnel extrêmement compréhensif de la Brûlerie Mondor où j'ai passé des centaines d'heures à rédiger ce mémoire. Je remercie profondément l'Élan-Demain inc., son directeur Monsieur Guy Lemieux, l'adjointe à la direction, Madame Annie St-Martin et tout le personnel de m'avoir aidé et supporté durant le long processus de cette étude. Finalement, je remercie tous les participants sans qui cette étude n'aurait pu être complétée.

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé	iii
Remerciements	iv
Table des matières	v
Liste des tableaux et des figures	ix
CHAPITRE I	
PROBLÉMATIQUE	1
1.1. Point de départ	1
1.2. Contexte	7
1.3. Question de recherche	12
1.4. Limites	12
1.4.1. Face à la santé mentale	13
1.4.2. Face à l'éducation somatique	13
CHAPITRE II	
REVUE DE LITTÉRATURE	15
2.1. Éducation somatique	15
2.1.1. La méthode Feldenkrais <sup>md</sup> d'éducation somatique	17
2.1.2. La méthode Feldenkrais <sup>md</sup> et la recherche	20
2.2. Qualité de vie	28
2.2.1. Le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie en santé mentale	28
2.2.2. L'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV <sup>©</sup> )	30
2.3. La détresse psychologique	36
2.3.1. L'Indice de Détresse Psychologique (IDPESQ-14)	36
2.4. Santé mentale	37
2.4.1. Identification de la clientèle	37

CHAPITRE III	
MÉTHODOLOGIE	40
3.1. Paradigme	40
3.2. Participants	42
3.2.1. Caractéristiques	42
3.2.2. Recrutement	42
3.3. Lieu	44
3.4. Devis de la recherche	44
3.4.1. Pré-test	44
3.4.2. Intervention	45
3.4.3. Post-test	47
3.5. Instruments de collecte de données	48
3.5.1. L’Inventaire Systémique de la Qualité de vie (ISQV <sup>®</sup> )	48
3.5.2. L’Indice de Détresse Psychologique (IDPESQ-14)	54
3.5.3. Entrevue qualitative	55
3.5.4. Le soutien social	55
3.5.5. Les événements stressants	56
3.6. Éthique et déontologie	57
3.7. Généralisation	57
CHAPITRE IV	
RÉSULTATS POUR LE GROUPE	59
4.1. Profil du groupe	60
4.2. Le soutien social pour le groupe	61
4.3. Les événements stressants pour le groupe	62
4.4. L’Inventaire Systémique de la Qualité de Vie pour le groupe	64
4.5. La détresse psychologique pour le groupe	69
4.6. L’entrevue qualitative pour le groupe	72
4.7. Résultats pour chaque participant	73
4.7.1. André	73

4.7.2. Louise	81
4.7.3. Jean	88
4.7.4. Josée	96
4.7.5. Ginette	102
4.7.6. Sylvie	109
CHAPITRE V	
DISCUSSION	118
5.1. Facteurs externes influençant les résultats	119
5.1.1. L'amélioration de la qualité de vie obtenue en post-test	119
5.1.2. Les niveaux de buts à atteindre et l'exclusion sociale	120
5.1.3. La vitesse d'amélioration de tous les domaines	121
5.1.4. L'importance de certains domaines	122
5.2. Les neuf familles de l'ISQV	123
5.2.1. La santé physique	123
5.2.2. La cognition	125
5.2.3. Les relations sociales et familiales	125
5.2.4. Le couple	127
5.2.5. Les loisirs	128
5.2.6. Le travail	128
5.2.7. L'entretien ménager	130
5.2.8. L'affectivité	130
5.2.9. La spiritualité	131
5.3. La détresse psychologique	132
CHAPITRE VI	
CONCLUSION	135
Bibliographie	137
Annexes	
Annexe 1 : l'affiche de l'invitation à participer à l'étude	144
Annexe 2 : les deux textes de Moshe Feldenkrais	145

remis aux participants	
Annexe 3 : l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQV®)	153
Annexe 4 : l'Indice de Détresse Psychologique (Santé Québec IDPESQ-14)	170
Annexe 5 : l'entrevue qualitative	173
Annexe 6 : le profil de la personne	174
Annexe 7 : le questionnaire sur les événements stressants	175
Annexe 8 : le questionnaire sur le soutien social	178
Annexe 9 : la demande d'approbation éthique d'un projet d'étude avec des êtres humains	180
Annexe 10 : le formulaire de consentement des participants	186
Annexe 11 : les tableaux des moyennes, des écart-types et des valeurs de p et de t	189

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1 : le contenu des 18 rencontres de la méthode Feldenkrais <sup>md</sup> d'éducation somatique	45
Tableau 2 : les familles et les domaines de vie de l'ISQV <sup>o</sup>	48
Figure 4.1 : le support social pour le groupe en pré-test et en post-test	61
Figure 4.2 : les événements stressants pour le groupe en pré-test et en post-test	63
Figure 4.3: Niveau des buts comparés du groupe (ISQV <sup>o</sup> )	64
Figure 4.4 : Score de qualité de vie du groupe (ISQV <sup>o</sup> )	65
Figure 4.5 : Importance des domaines du groupe (ISQV <sup>o</sup> )	67
Figure 4.6 : Amélioration\détérioration des domaines de vie du groupe (ISQV <sup>o</sup> )	68
Figure 4.7 : Détresse psychologique pour le groupe	68
Figure 4.8 : Détresse psychologique des participants du groupe	70
Figure 4.9: Niveau des buts d'André (ISQV <sup>o</sup> )	74
Figure 4.10 : Score de qualité de vie d'André (ISQV <sup>o</sup> )	75
Figure 4.11 : Importance des domaines d'André (ISQV <sup>o</sup> )	76
Figure 4.12 : Amélioration\détérioration des domaines de vie d'André (ISQV <sup>o</sup> )	77
Figure 4.13 : Détresse psychologique d'André	78
Figure 4.14: Niveau des buts de Louise (ISQV <sup>o</sup> )	81
Figure 4.15 : Score de qualité de vie de Louise (ISQV <sup>o</sup> )	82
Figure 4.16 : Importance des domaines de Louise (ISQV <sup>o</sup> )	83
Figure 4.17 : Amélioration\détérioration des domaines de vie de Louise (ISQV <sup>o</sup> )	83
Figure 4.18 : Détresse psychologique de Louise	85
Figure 4.19: Niveau des buts de Jean (ISQV <sup>o</sup> )	89

Figure 4.20 : Score de qualité de vie de Jean (ISQV <sup>®</sup> )	90
Figure 4.21 : Importance des domaines de Jean (ISQV <sup>®</sup> )	91
Figure 4.22 : Amélioration/détérioration des domaines de vie de Jean (ISQV <sup>®</sup> )	91
Figure 4.23 : Détresse psychologique de Jean	92
Figure 4.24: Niveau des buts de Josée (ISQV <sup>®</sup> )	97
Figure 4.25 : Score de qualité de vie de Josée (ISQV <sup>®</sup> )	97
Figure 4.26 : Importance des domaines de Josée (ISQV <sup>®</sup> )	98
Figure 4.27 : Amélioration/détérioration des domaines de vie de Josée (ISQV <sup>®</sup> )	99
Figure 4.28 : Détresse psychologique de Josée	100
Figure 4.29: Niveau des buts de Ginette (ISQV <sup>®</sup> )	103
Figure 4.30 : Score de qualité de vie de Ginette (ISQV <sup>®</sup> )	104
Figure 4.31 : Importance des domaines de Ginette (ISQV <sup>®</sup> )	104
Figure 4.32 : Amélioration\détérioration des domaines de vie de Ginette (ISQV <sup>®</sup> )	105
Figure 4.33 : Détresse psychologique de Ginette	106
Figure 4.34: Niveau des buts de Sylvie (ISQV <sup>®</sup> )	110
Figure 4.35 : Score de qualité de vie de Sylvie (ISQV <sup>®</sup> )	111
Figure 4.36 : Importance des domaines de Sylvie (ISQV <sup>®</sup> )	111
Figure 4.37 : Amélioration\détérioration des domaines de vie de Sylvie (ISQV <sup>®</sup> )	112
Figure 4.38 : Détresse psychologique de Sylvie	113

# CHAPITRE I

## PROBLÉMATIQUE

### 1.1 Point de départ

Je travaille depuis 24 ans dans le milieu de la santé mentale à plusieurs postes de travail. Actuellement, je travaille à titre de formateur et d'adjoint à la direction de l'organisme communautaire Élan-Demain inc, une ressource alternative en santé mentale. Au sein de cet organisme, qui offre un support à des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale, j'ai développé une expertise pratique avec cette clientèle. J'entends comme problème grave de santé mentale, la dépression persistante, l'apparition de maladie affective bipolaire ou la schizophrénie accompagnée de détresse psychologique et d'anxiété.

Parallèlement, j'offre aussi depuis 30 ans des séances individuelles et des classes utilisant des approches corporelles, psycho-corporelles et somatiques. J'ai réalisé ces activités professionnelles à l'éducation des adultes du CEGEP de Saint-Hyacinthe, directement avec le public, pour des contractants, ou dans le cadre du programme de formation de mon travail à l'Élan-Demain.

J'ai des formations en approches corporelles, psycho-corporelles et en éducation somatique, dont un DESS en éducation somatique et une formation professionnelle de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique.<sup>1</sup> Ces formations, mises en relation

---

<sup>1</sup> Dans mon expérience professionnelle, j'ai aussi des formations locales reconnues au Québec et des formations internationales reconnues par des associations et des fédérations internationales. Pour les écoles en approches corporelles, j'ai été formé en massothérapie, en kinésithérapie et en orthothérapie. Pour les écoles en approches psycho-corporelles, j'ai des formations en massage Esalen, en massage californien et en approche Trager. Pour les approches en mouvement, j'ai fait la formation en Feldenkrais et un DESS en éducation somatique qui touchait six

avec le fait de travailler dans le milieu de la santé mentale, m'ont permis d'observer le rapport entre la conscience corporelle (proprioception, kinesthésie, motricité fine, posture) et la santé mentale. Dans cette conjoncture, j'ai développé une capacité à observer ce rapport.

Mon cheminement professionnel et personnel propose une nouvelle perspective sur l'intervention auprès de cette clientèle en santé mentale. Il y a maintes années, il m'est apparu intéressant d'utiliser la version de groupe de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique, les Prise de Conscience par le Mouvement (PCM<sup>md</sup>), comme mode d'intervention auprès des usagers de la ressource communautaire l'Élan-Demain. La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique porte sur l'apprentissage de la conscience du corps en mouvement dans l'espace. Guimond (2002) nous décrit la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique comme suit:

Il existe deux modalités développées par Moshe Feldenkrais pour guider l'apprentissage. Les leçons de groupe de Prise de Conscience par le Mouvement<sup>md</sup> sont composées de séquences de mouvement élaborées pour développer une meilleure organisation neuro-motrice. Reliés à des fonctions spécifiques, ces mouvements sont présentés de manière inhabituelle, non linéaire, afin de stimuler la créativité, de changer ses habitudes et de trouver des alternatives qui soient confortables, basées sur ses propres repères sensoriels. Dans les leçons individuelles d'Intégration Fonctionnelle<sup>md</sup>, l'élève peut également, en plus des consignes verbales, être guidé par le toucher du professeur qui explore avec lui de nouvelles options en mouvement. C'est un toucher qui écoute et qui accompagne. Un toucher suggérant des schèmes moteurs oubliés ou qui n'existent pas encore dans le répertoire de mouvements de cette personne, un contact qui aide à préciser des zones floues dans la perception que la personne a d'elle-même. Ce que fait le professeur, c'est d'entretenir un dialogue avec l'élève par le mouvement. En résumé la Méthode Feldenkrais<sup>md</sup> repose sur une compréhension approfondie (et d'abord expérientielle) de plusieurs principes fondamentaux :

---

méthodes d'éducation somatique, ainsi que des ateliers de danse expressive, de mime, de clown, de yoga, et de tai-chi.

l'organisation du corps en mouvement dans le champ de la gravité; le fonctionnement auto-régulé du système nerveux ; l'intégrité indissociable de

la personne aux plans sensoriels, émotif et intellectuel ; la primauté de l'image du corps dans le contrôle du comportement. Les conditions créées par notre méthode misent sur nos capacités d'apprentissage. C'est une approche stratégique qui s'intéresse au «comment» plutôt qu'au «pourquoi» des choses. Elle utilise la réduction de l'effort et de la vitesse; l'augmentation de la sensibilité fine; la recherche du confort et de l'aisance; une absence de modèle à imiter ; la recherche des indices personnels de qualité; une progression graduée dans la complexité; une vision globale de tout le corps et de toute la personne en mouvement. Les principales stratégies de la méthode s'articulent autour d'une approche sécurisante pour l'élève, le plus indirect possible par rapport au lieu de la douleur, du trauma ou du « problème », dans la perspective que l'on s'adresse à l'ensemble de la personne, à l'intelligence de son système nerveux, à ce qui est en santé en elle, et non à ses perceptions biaisées. (p.3-4)

Cette approche considère l'être humain dans son entité globale et s'appuie sur ce principe fondamental que chaque action implique, par le mouvement, à la fois la sensation, l'émotion, l'imagination et la pensée.

Joly (2003) parle de l'origine du terme « soma » et situe l'éducation somatique en ces termes :

C'est en 1976 que Thomas Hanna commença à publier, aux États-Unis, la revue *Somatics*. Hanna réhabilitait ainsi la notion de « soma », retournant aux sources du philosophe grec Hésiode pour qui le mot soma signifiait le « corps vivant. » Le nom « soma » et le qualificatif « somatique » ont pris évidemment depuis ce temps et sous l'influence d'autres philosophes un tout autre sens. Le « soma » en est venu à être distingué de la « psyché. » Et nous avons construit dans notre culture, une conception de nous-mêmes et conséquemment une médecine et une société entière où le corps et l'esprit sont séparés, ou au mieux complémentaires et en interaction. Eu égard à cet entendement habituel, Thomas Hanna a proposé une définition nouvelle de la somatique : « c'est l'art et la science des processus d'interaction synergétique entre la conscience, le fonctionnement biologique et l'environnement. » (Hanna, 1989, p.1)

De son côté, Moshe Feldenkrais (1949) approche l'anxiété en identifiant l'expression corporelle de celle-ci. Dans son livre « Body and Mature Behaviour » édité en anglais en 1949 et traduit en français sous le titre « L'être et la maturité du comportement » en 1992, il met en relation l'instinct de la peur, la peur de tomber et l'anxiété. Les trois situations s'exprimeraient de la même façon dans notre schéma corporel : une contraction de tous les muscles fléchisseurs, particulièrement dans la région abdominale, ainsi qu'un arrêt de la respiration, bientôt suivie par toute une série de perturbations vasomotrices comme l'accélération du pouls et la sueur. La contraction des fléchisseurs inhibe les antagonistes extenseurs ou muscles antigravitations et l'expression de l'ensemble donne une posture typique que l'on peut retrouver dans les trois situations. Il précise :

L'anxiété chronique, en inhibant les muscles antigravitaires, conduit en fait à des attitudes où les extenseurs ne présentent pas un tonus normal. Dans ce cas, le sujet en reviendra souvent à un contrôle conscient de la sensation particulièrement désagréable au creux de l'estomac. Ces réactions déplaisantes sont réduites par la contraction des fléchisseurs et le fait de retenir la respiration, au travers des interrelations étroites entre l'excitation vestibulaire et les régions cardiaques et diaphragmatiques. En cas de station debout prolongée, ces schémas s'intègrent dans le schéma réflexe de l'attitude érigée et le maintien n'est plus tout à fait redressé. La station debout est alors maintenue avec une tension musculaire superflue, même lorsque le centre de gravité est à sa position la plus haute possible. Les courbures cervicales et lombaires sont exagérées. L'insuffisance tonique des muscles antigravitations, particulièrement des liaisons épaules-cou et de la région hanches-bassin, vont déplacer le centre de gravité en avant. Les orteils porteront plus de poids que les fléchisseurs des orteils ne peuvent supporter en permanence. Ces muscles vont se contracter fortement et les orteils vont se plier ou se déformer. (p.174)

Plus loin dans ce même livre, Feldenkrais met en relation le vertige et les états névrotiques en citant des auteurs tels que Freud et Schilder qui en avaient observé la concordance. Feldenkrais se pose une question tout à fait plausible dans le thème de

ce travail : « l'émotion : avant ou après l'attitude corporelle? » Il met aussi en relation l'expression d'autres émotions à travers leurs schémas musculaires spécifiques. Dans cet ouvrage, il tire quelques conclusions qui nous intéressent : que la vie somatique et la vie psychique sont indissociables, et que l'activité psychique et l'activité physique sont le produit du fonctionnement du système nerveux. Il conclut dans ces termes pour ce qui est des traitements pour les problèmes psychiatriques:

Je prétends que les cures satisfaisantes, acquises par un traitement purement psychiatrique, sont celles où les schémas musculaires ont été indirectement corrigés. Une attention directe portée au soma et à la psyché rend possible une maturation fonctionnelle complète. De plus, la rééducation est considérablement facilitée, accélérée, et elle est faite pour durer ou, de façon plus dogmatique, elle a de meilleures chances de durer. (p .257)

La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique dans son volet de la Prise de Conscience par le Mouvement© (PCM<sup>md</sup>) m'a donc semblé une proposition d'une extrême richesse vers l'autonomie, « l'empowerment »<sup>2</sup> pour la clientèle en santé mentale que je côtoie dans mon milieu de travail.

Depuis neuf ans, j'offre à l'Elan-Demain de telles séances de groupe de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup>. L'orientation de mon travail avec cette clientèle est de proposer aux participants une occasion, par le mouvement et par des apprentissages somatiques, de trouver une manière de vivre moins stressé, de diminuer l'anxiété, d'avoir un meilleur contrôle de sa vie et d'améliorer la qualité de vie dans la communauté. Par le fait d'utiliser une approche somatique, mon objectif plus spécifique est de susciter de nouvelles possibilités de bouger, d'agir, de ressentir et même de penser avec plus d'efficacité, plus d'aisance, et ce à un moindre effort. Les thématiques particulières,

---

<sup>2</sup> Il existe une expression française pour le terme « empowerment » : l'appropriation du pouvoir. Cette traduction n'est que très peu utilisée dans le milieu, ce qui explique l'utilisation du terme anglais. L'office de la langue française traduit ce terme par le mot autonomisation.

comme l'image de soi en rapport au schéma corporel, l'incorporation dans le sens « d'être dans ce corps », l'estime de soi, la gestion du stress et « l'empowerment » par le contrôle de ses gestes (motricité), sont particulièrement précieuses à soutenir durant les leçons de groupe. Il me semble bénéfique pour cette clientèle de se trouver en contact avec l'aspect somatique : se percevoir, se ressentir, vivre l'incorporation et « arrêter d'être juste dans sa tête. » Autrement dit, incorporer d'une manière plus intime leur proprioception, leur sensation vestibulaire et leur kinesthésie, mieux percevoir la différenciation entre l'interne de leur organisme et l'environnement, différencier le perçu et l'imaginé.

Durant mes interventions, l'objectif est de trouver une meilleure organisation dans la posture et dans les gestes du quotidien. J'utilise de manière pratique le fait que la voie sensori-motrice représente la toute première façon d'apprendre de l'être humain. Une connaissance théorique rattachée à cela est que le même geste, répété plusieurs fois, crée de nouveaux circuits nerveux, développe la capacité du cerveau à s'organiser et, petit à petit, installe de nouveaux comportements. C'est ce qu'il est convenu d'appeler dans le milieu de l'éducation somatique l'apprentissage organique, par opposition à l'apprentissage académique et social qui lui succédera. Le développement de cette intelligence sensori-motrice entraîne une rééducation ou réorganisation sensori-motrice dont les répercussions se feront sentir à tous les niveaux. Enfin, une autre connaissance importante est que la posture reflète l'expression psychologique à l'état pur et son corollaire à savoir que l'aisance dans les mouvements reflète un état de bien-être et de maîtrise de son comportement.

Par mes expérimentations à l'Élan-Demain, j'ai perçu des changements au niveau de la qualité de vie des participants. Les témoignages des participants m'ont confirmé ces perceptions. Un problème important reste que d'une part, aucune compilation ou

étude académique n'a été faite pour appuyer mes observations personnelles et subjectives, et d'autre part, que les témoignages des participants recueillis n'ont pas été notés systématiquement.

Dans cette perspective, il m'a semblé à propos de recueillir à la fois des données quantitatives, par un outil permettant d'évaluer la qualité de vie avant et après une période d'expérimentation de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique et de mesurer l'indice de détresse psychologique, et de comprendre, d'une manière qualitative, l'expérience vécue par la personne au moyen d'une entrevue semi-structurée. Pour l'outil quantitatif, l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>), produit par le Laboratoire d'Études en Psychologie de la Santé et Qualité de Vie (LEPSYQ), s'est révélé un outil assez sensible pour mettre en relief certaines variations lors d'une expérience-pilote que j'ai conduit auprès de cinq personnes à l'automne 2003. Pour ce qui est de l'indice de détresse psychologique, un questionnaire reconnu par les études gouvernementales sur l'état de la santé mentale au Québec a été utilisé.

Pour que cette étude permette de répondre adéquatement à ma question de recherche, j'ai ajouté à ces deux questionnaires un questionnaire sur les modifications du soutien social et un questionnaire sur les agents « stressseurs » majeurs. Ainsi, j'isole un peu plus l'influence de l'éducation somatique des autres influences de la vie des participants. L'objectif post-recherche lié à cette étude est de développer des interventions en éducation somatique qui répondent aux besoins des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

## 1.2 Contexte

Le rôle de l'organisme communautaire l'Élan-Demain est d'offrir à des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale un support dans la communauté par différents moyens :

- un local anti-solitude, lieu de rencontre et sociabilisation
- des activités de loisirs, occasion de briser la solitude
- des suivis individuels d'intensités variables (« empowerment » et intégration)
- des ateliers de groupe d'apprentissage (gestion du stress, relations avec les autres, apprendre à dire non, estime de soi)
- des ateliers en éducation somatique

Durant les 24 dernières années de mon travail auprès de cette clientèle, j'ai pu apprécier les changements dans les services offerts aux personnes vivant des problèmes de santé mentale. À mon arrivée dans le milieu de la santé mentale en 1982, une vague de désinstitutionalisation déferla et provoqua des changements majeurs dans les services offerts aux personnes vivant des problèmes de santé mentale. Plusieurs organismes communautaires ont vu le jour et ont proposé de nouvelles manières d'approcher les problématiques liées à la santé mentale; le courant « alternatif » venait ainsi de voir le jour. Suite à cette mesure, des avancées importantes ont permis à cette clientèle d'accéder à de nouveaux services : maisons de transition, groupes d'entraide, collectifs de droits, centres de jour, centres de crise et services téléphoniques d'urgence. Les interventions utilisées dans ces organismes étaient très variées et pratiquement impossibles à répertorier. Certains types d'interventions se faisaient officiellement et étaient approuvés alors que d'autres l'étaient moins et demeuraient dissimulés ou parallèles. On trouvait des rencontres individuelles, des colocations d'appartement, des groupes de tâches et des groupes de discussions, pour n'en nommer que quelques-uns.

Plus récemment, par des suivis de différentes intensités dans la communauté, les personnes vivant des problèmes graves de santé mentale peuvent progresser vers une plus grande intégration dans le tissu social. Ce contexte propose des interventions nettement orientées vers la réflexion, la croissance personnelle dans son aspect psychologique, l'organisation de son quotidien, l'intégration sociale et les relations avec les autres. L'activité physique, et plus particulièrement l'angle d'approche de l'éducation somatique, n'est donc présente qu'en dose infinitésimale.

Les plans d'organisation de services présentés par les différents paliers gouvernementaux ne proposent pas l'activité physique comme moyen d'intervenir auprès de cette clientèle (Parent et al, 1999). Je n'ai trouvé aucune recherche sur le sujet dans le document de la Politique de la Santé et du Bien-Être et la Recherche subventionnée au Québec (2001) rédigé pour le Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS.) Dans le document « Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale » (novembre, 2002) du MSSS, l'activité physique n'est pas citée dans les différents modes de soutien et dans les offres de services. Dans le document de consultation pour la transformation des services en santé mentale (1997) du MSSS, aucun accent n'est mis sur le sujet.

Dans le document « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 », il est question de prioriser certains enjeux. Le rétablissement de la personne ainsi que l'investissement d'efforts contre les tabous et la stigmatisation sont les deux enjeux prioritaires. Les auteurs décrivent le rétablissement comme « la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie prendre le contrôle de leur vie). » (p.12)

Dans le Rapport sur les maladies mentales au Canada (2002) est inclus un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale. Ce plan est rédigé par l'Alliance Canadienne pour la Maladie Mentale et la Santé Mentale et n'interpelle pas de façon directe la proposition d'activité physique pour cette clientèle. Dans sa version rédigée en 2006, le document « Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006 », au chapitre de la santé mentale et plus précisément dans la section des stratégies individuelles, parle de l'activité physique :

Faire de l'activité physique régulièrement. L'exercice stimule la production d'endorphines, des composés chimiques produits dans le cerveau qui engendrent une sensation de bien-être et atténuent le stress et la douleur. L'exercice réduit l'anxiété et soulage les tensions, la fatigue et la colère. L'exercice physique aide à combattre le repli sur soi et les sentiments de désespoir qui sont associés à la dépression. Il favorise également l'interaction avec les autres dans un milieu positif. Même cinq minutes d'exercice aérobique (comme la natation et la marche) peuvent être bénéfiques. (p. 40)

D'après ces documents officiels des plans d'action auprès des personnes vivant des problèmes de santé mentale, prendre conscience de son existence par le corps, apprendre le contrôle de ses gestes et la mise en action de ses intentions pour mieux se développer et améliorer sa qualité de vie ne fait pas partie des plans d'action prévus dans l'environnement culturel et politique du Québec et du Canada.

Évidemment, l'activité physique comme les sports individuels ou de groupe, le conditionnement physique, les arts martiaux et l'enseignement de la danse sous différentes formes sont disponibles à toute la population. Les personnes vivant un problème de santé mentale peuvent donc participer à ces activités puisqu'elles sont disponibles à tous. Mon expérience et les témoignages qui m'ont été faits me font percevoir et comprendre que, pour la majorité des personnes vivant un problème de santé mentale, une activité physique trop exigeante ne peut répondre à leur besoin et à

leurs capacités. De plus, le manque d'information sur la santé mentale, les préjugés et les tabous qui en résultent, et l'exclusion sociale vécue par des personnes vivant un problème de santé mentale rebutent l'initiative de vouloir s'inscrire à ces groupes.

Pour ces mêmes personnes, il est aussi très difficile de trouver des activités qui incluent la facette somatique approchée sous la forme d'activité éducative, comme le propose le domaine de l'éducation somatique. Durant la période de temps où je faisais partie du conseil d'administration du Regroupement pour l'Éducation Somatique (RES) et agissais comme président de l'Association Feldenkrais Québec (AFQ), de 1998 à 2002, je ne fus pas informé d'expériences tentées dans cette direction. S'il existe des expériences d'éducation somatique auprès de personnes vivant des problèmes sévères de santé mentale, elles ne sont pas répertoriées comme telles dans le RES ni par les services proches de ce regroupement. Ce manque de disponibilité d'activités d'éducation somatique auprès de cette clientèle au Québec et l'absence conséquente d'étude à ce sujet motivent la réalisation de cette étude. L'idée de prendre soin de soi par des approches corporelles est assez récente au Québec. L'idée d'influencer toute son organisation, incluant l'aspect mental, par de l'éducation somatique, l'est encore plus.

Par mon étude, je veux examiner l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie de personnes vivant des problèmes graves de santé mentale. Il s'agit pour moi d'une certaine manière de « prendre le sens unique à l'envers », ce qui signifie pour moi utiliser l'éducation somatique pour intervenir sur la santé mentale des personnes qui vivent de tels problèmes, ce qui semble à l'envers de la tendance. Je fais aussi allusion à la notion de changement qui se fait à partir de l'intérieur (le soma, le corps ressenti), pour ensuite se manifester vers l'extérieur (le mouvement, l'expression de la personne.) Plusieurs questions ressortent évidemment

de ce mode de pensée. La source serait-elle à l'envers du courant? Est-il pertinent de faire un travail sur la motricité pour arriver à un meilleur équilibre mental? L'équilibre est un thème abordé par des pédagogies somatiques. Est-ce que l'effet du travail somatique sur l'équilibre se limiterait à des bienfaits physiques? L'équilibre est-elle une notion physique ou psychique? Ferait-elle partie de ces notions qui lient corps et mental, ou qui les rendent indissociables? Offrir une suite de mouvements qui amènent la personne à sentir la tranquillité dans son corps, est-ce une avenue vers un mieux-être psychique? Peut-on avoir un tonus musculaire neutre et avoir des pensées agitées? Travailler la stabilité dans ses postures et ses mouvements constitue-t-il une voie d'accès à une meilleure stabilité psychologique? Tel est le large questionnement de ma démarche.

### 1.3 La question de recherche

Le but de cette étude est d'évaluer comment des personnes vivant des problèmes de santé mentale graves vivent des variations de leur qualité de vie lorsqu'elles participent à une série de rencontres de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique. Ma question de recherche est : « Quelle influence a la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie de personnes vivant un problème de santé mentale? »

Plus spécifiquement: « De quelle manière la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique influence la qualité de vie des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale, telle que mesurée par l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV©), par un questionnaire sur l'indice de détresse psychologique ainsi que par une entrevue semi-structurée? »

## 1.4 Limites

L'étude présente certaines limites de transférabilité et de généralisation dûes au nombre restreint de participants. Il y a aussi le fait que le devis de cette étude est sans groupe contrôle, il n'est donc pas possible de savoir si une partie des résultats pourraient être dû au seul passage du temps. Les autres limites de cette étude sont identifiées en fonction du type d'intervention utilisé, soit l'éducation somatique, et du contexte de l'expérimentation, soit la santé mentale.

### 1.4.1 Face à la santé mentale

Ma recherche ne précisera pas quel type d'intervention en éducation somatique est préférable en fonction des différents diagnostics médicaux. La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> se veut un travail sur la personne entière. Elle sollicite la capacité d'apprentissage (organique) d'un individu et dynamise son autorégulation ainsi que son adaptabilité. Il n'est donc pas question d'un nouveau traitement en vue de soulager directement les personnes des symptômes liés à l'une de leurs maladies. Je n'ai aucunement la prétention que l'éducation somatique peut solutionner tous les problèmes qu'une personne vit lorsqu'elle est aux prises avec des problèmes de santé mentale. Il est plutôt question de voir l'influence de l'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Cette influence peut fluctuer vers une amélioration de certains domaines de vie et vers une détérioration pour d'autres. Il va sans dire que les résultats peuvent être très différents d'un participant à l'autre en fonction de leurs conditions de vie et de leur santé globale.

### 1.4.2 Face à l'éducation somatique

Certaines limites sont faciles à préciser. Dans un premier temps, mon travail utilisera la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique. Il sera impossible de transférer quelques résultats que ce soient pour les autres méthodes faisant partie du domaine de l'éducation somatique. Même si les différentes méthodes d'éducation somatique ont des caractéristiques communes, chaque méthode possède des particularités.

Avec cette recherche, je ne cherche pas non plus à faire une généralisation entourant la pratique de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique dans le milieu de la santé mentale. Par contre, d'autres expériences pourraient s'appuyer en partie sur cette recherche du fait que je respecterai les standards d'une pratique en Feldenkrais<sup>md</sup>. Je tiens à préciser que l'apprentissage de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> laisse place à des personnalisations de nos « savoirs d'actions professionnels », tout en préservant une certaine orthodoxie par des standards, une déontologie et une éthique bien définis.

## CHAPITRE II

# REVUE DE LITTÉRATURE

La structure de cette revue de littérature s'organise autour des quatre concepts suivants : l'éducation somatique, et plus précisément la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique, la qualité de vie, la détresse psychologique et la santé mentale. Les trois premiers concepts sont revus en détail tandis que le quatrième est présenté globalement afin de spécifier le contexte et la population ciblée par cette recherche.

### 2.1 L'éducation somatique

Joly (2003) situe l'éducation somatique dans l'ensemble des approches de la somatique dans ces termes :

Il s'agit donc là d'un champ très vaste<sup>3</sup>, incluant diverses approches dites « corporelles » (en anglais on dit des « body disciplines » ou des « practices of embodiment »). On retrouvera ainsi des pratiques de tradition orientale, par exemple la méditation, le yoga, le taichi, de même que diverses formes d'art martiaux, et puis aussi le bio-feedback, l'imagerie mentale, certaines applications de l'hypnose, des méthodes de relaxation, la danse « contact-improvisation », aussi la psycho-neuro-immunologie etc.

Sous le parapluie de la somatique, on retrouvera aussi des approches dites « psycho-corporelles », des thérapies d'inspiration reichienne (se référant à la bioénergie de Wilhelm Reich ) et toute une kyrielle de méthodes

---

<sup>3</sup> Parlant de la somatique de Thomas Hanna

psychothérapeutiques qui utilisent le corps pour accéder aux émotions et à la vie psychique de la personne. Au-delà des méthodes pratiques qui la

composent, la somatique prend également des assises théoriques dans les investigations et élaborations théoriques pluridisciplinaires sur l'intégration corps-esprit dans une vision holistique de la personne. La somatique prendra ainsi racine grâce à des idées comme l'incorporation (« embodiment ») de la vie psychique et de l'identité du soi, la plasticité du système nerveux, la phénoménologie du corps, la fonctionnalité du cerveau en action, l'autorégulation des systèmes biologiques et l'apprentissage sensori-moteur proprement dit pour ne nommer que quelques concepts plus connus. Enfin dans ce champ de la somatique il y a les méthodes d'éducation somatique proprement dite. (p.1-2)

Long (2002) cite Linden qui définit l'éducation somatique comme « “the educational field, which examines structure and function of the body as a process of lived experience, perception and consciousness » (p.16). Lorsque Joly (2003) parle de l'éducation somatique, il la définit comme suit : «L'éducation somatique est le champ disciplinaire de ces méthodes qui s'intéressent à l'apprentissage de la conscience du corps en mouvement dans son environnement social et physique» (p.2).

Le domaine de la somatique prend son origine au siècle dernier grâce à un nombre de pionniers intéressés à mettre en relation les connaissances scientifiques existantes du corps humain, de l'apprentissage moteur et du mental (Fortin, 2002). Parmi ces pionniers, Frederick Mathias Alexander, Rudolf Laban, Moshe Feldenkrais et Mabel Todd ont commencé à explorer les liens possibles entre les données objectives de la science occidentale et le vécu personnel des individus. Les fondements pédagogiques de ces différents pionniers et de leurs successeurs se présentent maintenant sous des appellations comme la technique Alexander, la méthode Feldenkrais<sup>md</sup>, le Body Mind Centering, la Gymnastique Holistique, l'Anti-gymnastique et le Continuum, pour n'en nommer que quelques-uns.

Il existe de nombreux écrits en rapport à l'éducation somatique. La plupart des écrits actuels sont rédigés par des praticiens de méthode et ces écrits présentent, décrivent et commentent leurs méthodes. La littérature offre aussi de nombreux écrits anecdotiques. La littérature scientifique, pour sa part, commence à se développer.

Certaines études scientifiques mettent en rapport l'éducation somatique et la santé mentale. Il existe des études traitant des effets de la thérapie par la danse avec la méthode « Body-Mind Centering » sur l'anxiété (Leste et Rust, 1995). D'autres études portent sur un programme thérapeutique de thérapie par la danse pour une clientèle psychiatrique (Heber, 1993), sur les applications de la méthode « Body-Mind Centering » dans un processus de psychothérapie (Aposhyan, 1999), sur la danse-thérapie auprès d'enfants autistes et psychotiques (Lesage, 1992), et sur l'art-thérapie en deçà du symbole et de la communication (Lesage, 1997). Je n'ai toutefois rien répertorié sur la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique et la santé mentale.

### 2.1.1 La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique

Joly (2002) nous décrit la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique comme :

Une méthode d'éducation somatique qui utilise le mouvement corporel pour améliorer la qualité et l'efficacité du fonctionnement de la personne. À cette fin, on cherche d'abord à rendre les personnes conscientes de leurs « patterns » ou schémas de mouvement. Puis, on leur propose d'élargir le répertoire de leurs possibilités d'action grâce à l'exploration de combinaisons de mouvements inhabituels et inattendus. Par l'harmonisation et le développement du mouvement, c'est l'ensemble du système nerveux et donc l'ensemble de la personne qui peut acquérir de la différenciation et de l'intégration, et ce aux plans sensoriel, émotif et intellectuel. (p.1)

Dans la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique, il ne s'agit pas d'apprendre certains mouvements en tant que tels. Les mouvements que l'on expérimente dans la leçon servent plutôt à apprendre comment une intention quelconque peut être traduite en acte de façon plus simple, plus fonctionnelle, plus aisée et esthétiquement plus satisfaisante. La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique s'intéresse à l'apprentissage chez l'être humain. Plus particulièrement, elle s'articule autour de l'apprentissage par la perception et le mouvement en rapport à un schéma corporel que l'on construit tout au long de sa vie.

Portmann (1956) disait : « L'être humain vient au monde comme un prématuré physiologique : son cerveau n'est pas encore mature et son équipement instinctuel est peu développé » (p.42). Berger/Luckmann (1967) parlent de la relation de l'être humain envers l'environnement comme ouverte au monde :

Ses dispositions biologiques ne sont pas programmées d'avance en fonction de telles structures d'environnement définies. Par contre, il lui faut des années d'apprentissage et de soins apportés par d'autres, avant de pouvoir lui-même subvenir à ses besoins, se protéger, se diriger et procréer (p .65).

Feldenkrais (1992) précise que dans ce laps de temps, l'être humain développe un ensemble fiable de mouvements corporels automatisés, c'est-à-dire qu'il apprend « de par lui-même à se placer dans la bonne position par rapport à la gravitation. » (p.112) Pieper et Weise (1996) nous disent : « Le monde extérieur se présente à lui tout d'abord comme un désordre, il apprend à le transformer en un monde intérieur qui lui convient. » (p.1)

D'après Pieper et Weise (1996), la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique se place clairement comme un mode d'éducation où la capacité d'apprentissage de l'être humain est au premier plan de la méthode. (p.1) L'apprentissage, tel que conçu dans

la méthode, fait partie d'un processus non-linéaire passant par l'expérimentation. Les apprentissages moteurs peuvent être décrits comme un processus d'exploration active où l'élève tente d'optimiser le confort à l'intérieur des contraintes de son corps, de ses habiletés et de l'environnement proposé. Des théories semblables sont proposées par Bernstein (1995), Goldfarb (1993), Longuet et Higgins (1982), et Reed (1985).

Tous ces auteurs mettent l'emphase sur la relation dynamique de l'organisme avec son environnement. Dans cette théorie d'un système dynamique sont inclus le contrôle moteur ainsi que l'activité motrice, qui semble avoir une relation dynamique fonctionnelle avec l'environnement interne de l'organisme et l'environnement externe (Bernstein, 1967; Longuet et Higgins, 1985; Reed, 1982).

Utilisant le mouvement, la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique fait appel au potentiel de la personne à augmenter la conscience de soi par le biais de l'observation de son propre comportement locomoteur, ce qui propose une activation de la fonction et en améliore son efficacité. (Feldenkrais<sup>md</sup>, 1949; FGNA, 1992; Ginsburg, 1999; Hanna, 1989; Wildman, 1990). Plus il existe de connexions entre la perception sensorielle et l'orientation de l'action par le mouvement, plus l'éventail de comportements est large (Maturana/Varela, 1988). Selon Pieper et Weiss (1996), sans la combinaison de la perception sensorielle avec le mouvement (intelligence sensori-motrice), il n'y a pas de comportement.

Feldenkrais (1992) propose comme idée que nos comportements et notre façon d'agir dans le monde évoluent en accord avec la perception que l'on a de notre image corporelle. Cette image corporelle, étant la référence interne de nos mouvements, influence directement l'image de soi. D'après Feldenkrais (1971), le terme « image de soi » comprend quatre dimensions : le mouvement, la sensation, les sentiments, et

la pensée. D'autres auteurs appuient cette idée que le concept d'image de soi est un facteur important dans la variété de mouvements et dans le comportement (Damasio, 1999; Feldenkrais , 1972; Ginsbrug, 1998; Rosenfield, 1993). Dans les pratiques en santé mentale, l'image de soi est un concept important et très répandu.

### 2.1.2 La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> et la recherche

Les premières recherches au sujet de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique ont été faites en 1977. Depuis 1988, un nombre grandissant de recherches s'effectuent chaque année. La majorité des études cliniques impliquent un petit nombre de participants, même si certaines études impliquent un plus grand nombre d'individus et utilisent un groupe témoin. En général, les recherches traitent des thèmes suivant : la gestion de la douleur, la performance fonctionnelle et le contrôle moteur, les effets psychologiques et la qualité de vie.

Une de ces études, faite auprès de sept patients, traite de l'efficacité et des coûts de l'utilisation de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> en rapport aux douleurs chroniques. Plusieurs des participants vivaient une multi-problématique et certains souffraient de problèmes de santé mentale, de toxicomanie et d'anxiété. L'étude se déroulait sur huit semaines, dont deux semaines intensives au début du programme. Elle évaluait la satisfaction, le fonctionnement et la perception de la douleur des patients, ainsi que les coûts reliés au traitement. L'évaluation a été faite en utilisant le protocole de la «National Pain Data Bank of the American Academy of Pain Management» pour la partie douleur et avec la «Santa Barbara Regional Health Authority» pour les coûts. L'évaluation s'est déroulée immédiatement après le programme, puis un an plus tard. Les participants ont rapporté une très grande satisfaction, plus de mobilité et moins de douleur. Les rendez-vous médicaux ont diminué de moitié. Les résultats comparés à un groupe témoin sont favorables. Les coûts pour les participants ont diminué de 40%. Les auteurs concluent que cette avenue est prometteuse pour cette clientèle et qu'il faudrait d'autres études pour confirmer les faits. (Bearman et Shafarman, 1999)

Une autre étude a été faite sur la réponse de quatre femmes vivant des scléroses multiples à dix leçons de PCM<sup>md</sup> (exercices de groupe de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique) sur dix semaines. L'évaluation a été faite à l'aide des outils suivants: « Incapacity Status and Environnemental Status Scales of Minimal Record of Disability », « Fatigue Severity Scale » et « Index of Well-Being ». Des questions étaient posées avant chaque classe et à la fin de l'étude. L'étude a aussi inclus une analyse de la marche et de la position debout en utilisant le « PEAK Motus Video Motion Analysis System. » Ils ont réévalué la réponse aux leçons de PCM<sup>md</sup> auprès de deux des participantes un an plus tard. Les résultats ont démontré qu'il y avait une aisance plus grande pour ce qui est des mouvements au quotidien et que les participantes vivaient un sentiment de mieux-être. Les auteurs concluent que l'utilisation de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique est bénéfique auprès des personnes vivant des scléroses multiples, mais que la réponse sera différente pour chaque personne. (Stephens et al., 1999)

Une étude comparative a aussi été faite sur les changements apportés par des traitements de physiothérapie conventionnelle, des thérapies de conscience du corps et des séances de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la détresse psychologique, sur la douleur et l'image de soi de patients ayant des troubles musculo-squelettiques non-spécifiques. Soixante dix-huit patients, soit 64 femmes et 14 hommes, ont été recrutés pour différents traitements consécutifs avec un protocole quasi-expérimental. Les mesures ont été prises à trois reprises : au début, après six mois et après un an. Les résultats démontrent des changements positifs pour les trois modes d'intervention au sujet de la réduction de la détresse psychologique, de la douleur et de la diminution des perceptions négatives de l'image de soi. L'analyse de l'ampleur des effets nous démontre que les groupes de thérapie de conscience du

corps et les séances de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sont plus efficaces que les traitements conventionnels. (Malmgren-Olsson et Armelius 2001)

Une autre étude a été faite avec la clientèle vivant des scléroses en plaques afin de déterminer si l'on trouverait des résultats plus marqués en utilisant la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique en comparaison avec une méthode non-thérapeutique nommée « sham ». L'étude se déroulait sur 16 semaines. La moitié du groupe suivait la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique pendant huit semaines puis le « sham » les huit autres semaines. L'autre moitié du groupe commençait par le « sham » et terminait par la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique. Tous ont passé un pré-test, un test à la demi-session et un post-test. Les outils de mesure étaient : le « Nine Pegboard Test of Hand Dexterity », le « Hospital Anxiety and Depression Scale », le « Multiple Sclerosis Self-Efficacy Scale », le « Multiple Sclerosis Symptoms Inventory », le « Multiple Sclerosis Performance Scales » et le « Perceived Stress Scale ». L'étude a démontré qu'il n'y a eu des différences significatives que pour la perception du stress et pour la baisse de l'anxiété. (Johnson et al., 1999)

Une étude quantitative et qualitative a été faite sur les effets de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique et de la relaxation musculaire progressive auprès de patients ayant vécu un infarctus du myocarde. Trois groupes de 20 participants ont participé à l'étude : un groupe a participé à deux sessions de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique, l'autre groupe à deux sessions de relaxation musculaire progressive, et le dernier n'a pas reçu d'intervention. L'évaluation quantitative et qualitative a été faite approximativement après quatre jours et huit jours suivant l'infarctus du myocarde. Les outils d'évaluation étaient la « Perception of Body Dynamic » pour l'image corporelle, le « Physical Well-Being » et « Emotional Well-Being » pour mesurer la qualité de vie. Des changements ont été

mesurés indépendamment des interventions. Pour les deux types d'intervention, aucun effet quantitatif n'a été dénoté en rapport au groupe témoin. Cependant, 17 des 20 participants du groupe de Feldenkrais<sup>md</sup> et 13 des 20 participants du groupe de relaxation musculaire progressive ont senti des améliorations après la première intervention (résultat qualitatif). Ce résultat qualitatif démontre qu'il est valable d'utiliser la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique ou la relaxation musculaire progressive lors de traitement ou de réhabilitation d'infarctus du myocarde. (Lowe, et al., 2002)

Une étude a été faite sur les effets de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur l'anxiété par un programme de PCM<sup>md</sup>. L'étude a été faite auprès d'étudiants en physiothérapie sur une période de deux semaines. Les étudiants étaient choisis par hasard pour participer soit au groupe de PCM<sup>md</sup>, au groupe de relaxation ou au groupe témoin. L'outil de mesure utilisé a été le « Composed-Anxious scale of the Profile of Mood States-Bipolar Form ». Ce test a eu lieu en quatre occasions : au début, avant la quatrième intervention, après la quatrième intervention et un jour après la quatrième intervention. Les résultats démontrent que l'anxiété a varié de manière significative pour tous les groupes au cours de l'étude, spécialement à la fin de la quatrième intervention. Lorsque l'étude compare le groupe de PCM<sup>md</sup> et le groupe de relaxation au groupe témoin, les résultats rapportent une baisse de l'anxiété à la fin de la quatrième intervention pour le groupe de PCM<sup>md</sup> et les résultats se sont maintenus après un jour. (Kolt et McConville, 2000)

Une expérience-pilote a été faite pour évaluer les effets de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la douleur et l'anxiété de personnes vivant des douleurs chroniques dans la région lombaire. Vingt-six participants dont l'âge variait entre 25 et 78 ans ont été recrutés dans les hôpitaux, les centres de réhabilitation et dans la

population en général. Les participants ont été divisés en deux groupes : des participants aux groupes Feldenkrais<sup>md</sup> et un groupe témoin. Le groupe témoin écoutait une conférence pendant que les participants du groupe de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique faisaient des PCM<sup>md</sup>. Le pré-test et le post-test étaient composés du « Short-Form McGill Pain Questionnaire » et du « State Scale of the State-Trait Anxiety Inventory ». L'analyse « Multivariate Analysis of Variance » démontre que le Feldenkrais<sup>md</sup> a réduit la dimension affective de la douleur ( $p < .05$ ), mais n'a pas diminué la dimension sensorielle de la douleur ni l'anxiété. Ce résultat fut mis en relation avec les précédentes recherches et certains concepts théoriques qui soutendent la méthode Feldenkrais<sup>md</sup>. Les implications cliniques de ces résultats démontrent le potentiel de la méthode comme complément sur les traitements de la gestion de la douleur pour les problèmes de douleur chronique au bas du dos. (Smith et al., 2001).

Une autre étude a été faite sur la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique et l'état d'anxiété. L'étude s'est déroulée sur dix semaines par un programme de PCM<sup>md</sup>. Les participants volontaires pouvaient participer à un groupe de PCM<sup>md</sup> d'une heure ou avoir cinq interventions individuelles. Certains participants n'avaient jamais expérimenté la méthode, d'autres l'avaient déjà vécu. L'outil de mesure utilisé a été le « State Scale of the State-Trait Anxiety Inventory. » Ce test eut lieu en quatre occasions : au début, avant et après la cinquième intervention, après la fin des interventions. Les résultats démontrent que l'anxiété avait diminué significativement pour tous après une intervention comme après les dix semaines. Les participants de l'étude n'ayant jamais vécu de PCM<sup>md</sup> ont vécu une plus grande diminution de l'anxiété. (Kerr et al., 2002).

Une étude a été faite sur les effets thérapeutiques de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur les désordres de l'alimentation. L'étude est basée sur le

fait que les patients ayant des problèmes au niveau de l'alimentation ont des perceptions fausses de leur corps et que la méthode agit sur l'image du corps. Quinze personnes de l'hôpital de Roseneck ont participé à l'étude. Les outils de mesure étaient les « Scales of the Body Cathexis Scale (BCS) », les « Body Parts Satisfaction Scale (BPSS) », le questionnaire de la perception du corps « Fragebogen zum Körpererleben; FKE », le questionnaire « Emotion Inventory (Emotionalita inventar; EMIB) », le « Anorexia-Nervosa-Inventary for Self-rating (ANIS) » et le « Eating Disorder Inventory-2 (EDI). » Ils ont fait un pré-test et un post-test après neuf heures de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique. Les résultats de ces patients ont été comparés à d'autres patients d'un groupe témoin ayant les mêmes problèmes. Les participants au groupe de Feldenkrais<sup>md</sup> ont démontré une plus grande satisfaction face aux zones à problème de leur corps, l'acceptation de la situation de leur santé et le lien qu'ils ont avec leur corps. D'autres résultats démontrent qu'ils sont plus spontanés, plus confiants et plus ouverts, qu'il y a une diminution du sentiment de désespoir et du désir de retourner en enfance. Les résultats indiquent un développement du sentiment de soi, de la confiance et un développement de la maturité en général (Laumer et al., 1997).

Une étude a été faite par Hans Staffan Elgelid sur la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique et l'image du corps. Quatre sujets ont fait, en proportion différente, des séances de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sous forme de séances de groupe et du tutorat sur un sujet académique. Les sujets ont tous complété un test sur une échelle de différenciation sémantique pour mesurer l'image du corps. Ce test demande aux sujets de mesurer les parties de leur corps par une échelle de valeurs entre des qualificatifs polarisés : positif et négatif, complet et incomplet, agréable et douloureux, bon et mauvais etc... Le test a été passé au début de l'étude, après la troisième semaine et à la fin de l'étude. Les résultats indiquent

une plus grande différenciation sur l'échelle de différenciation sémantique pour les sujets ayant fait un plus grand nombre de séances de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique que ceux ayant eu plus de tutorat. La différenciation n'avait diminué que légèrement pour les personnes n'ayant pas fait de séance de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique depuis trois semaines (Elgelid, H.S. 1999).

Plus particulièrement, en regard à l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> auprès de personnes vivant des problèmes de santé mentale, le sujet ne semble pas avoir été approché directement. Je n'ai trouvé aucune étude en rapport à une maladie mentale. Comme nous avons pu voir, certaines études ont approché l'idée de mesurer l'impact au niveau psychologique pour des personnes qui participaient à la recherche. D'autres études ont abordé l'aspect psychologique par rapport à d'autres problématiques : la sclérose en plaques (Johnson, 1999 , Stephens 1999), la gestion de la douleur (Bearman, Shafarman, 1999; Phipps, Lopez, 1997) et la fibromyalgie (Dean, 1997). D'autres études discutent des éléments de l'expérience psychologique des participants. (Steisel, 1992)

Sans les décrire toutes en détails, d'autres études mettent en relation la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique, la qualité de vie et le bien-être des participants. Pour quelques-unes de ces études, les participants vivant des problèmes de santé : sclérose en plaques, arthrose rhumatoïde, etc (Bearman, Shafarman, 1999 ; Johnson et al., 1999 ; Lord, 2002 ; Phipps, Lopez, 1997 ; Stephens et al., 2003 ; Stephens, et al., 2001 ; Stephens, 1999.

D'autres études ont été faites au sujet de l'image de soi en relation avec la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation par la Prise de conscience par le mouvement. (Stephens, 1999; Johnson, 1999; Phipps, Lopez, 1997; Bost, 1994 ; Deig, 1994)

D'autres études ont été faites au sujet de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> dans un cadre de réadaptation (Hall et al., 1999 ; Ives, Shelley 1998). D'autres textes ont été rédigés au sujet de « La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> : bouger avec grâce et aisance dans la vie quotidienne ou optimiser votre potentiel vivant » comme un apport complémentaire aux thérapies de réhabilitation. (Stephens, Miller, 2004). Plusieurs études ont été faites en rapport à la santé comme dans le cas de la sclérose en plaques (Bost et al., 1994 ; Stephens, 1999), de douleurs chroniques (Schon-Ohlsson et al., 2005 ; Batson, 2004 ; Phipps, Lopez, 1997; Shafarman, 1999; Shafarman, 1997), de fibromyalgie (Dean, Suzanne, Yuen, Barrows, 1997), du parkinson (Wendell, 2000), de problèmes au niveau de la ceinture scapulaire (Lundblad, Elert, Gerdle, 1999) et de problèmes squeletto-musculaires non-spécifiques (Malmgren-Olsson, Branholm, 2001), dans les cas de problèmes de posture, par la prévention d'accidents et dans la médecine sportive (Booth, 1995; Buchanan, Ives, 1999; Lundblad, 1999; Lyttle, 1998; Polsgrove, 2002; Ryding et al., 2004; Sosnoff, 2000; Seegert, 1999; Vardaxis, 2000 ), le domaine de la danse. (Fortin, Long, Lord, 2002 ; Long, 2002) et auprès des personnes du troisième âge. (Hall et al., 1999 ; Irani et al., 1998 ; Pendergast et al., 1997).

## 2.2 Qualité de vie

La qualité de vie est une notion générale du bien-être ayant une dimension multisectorielle. La qualité de vie peut être évaluée par la personne elle-même et peut être mesurée par des outils de mesure. Pour cette étude, j'ai choisi l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>) produit par le Laboratoire d'Études en Psychologie de la santé et de Qualité de vie (LEPSYQ), que j'ai utilisé lors d'une expérience-pilote à l'automne 2004.

### 2.2.1 Le questionnaire d'évaluation de la qualité de vie en santé mentale

Dans le document « Évaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : Analyse critique des mesures et des méthodes » (Atkinson, et Zibin, 1996), les auteurs discutent de la pertinence de la qualité de vie et évaluent plusieurs outils pour la mesurer. Ce rapport a été commandé par Santé Canada car des chercheurs, des consommateurs et des associations professionnelles nationales avaient exprimé le besoin de disposer d'une évaluation critique des effets des interventions sur la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques et graves.

Pour bien mesurer la qualité de vie, les auteurs ont commencé par définir le concept et son champ d'application. D'après les auteurs :

Deux visions théoriques concernant les déterminants de la qualité de vie, à savoir la perspective fonctionnelle et la perspective subjective, mettent en lumière la complexité des liens entre les causes internes et les causes externes

qui influent sur la qualité de vie des patients. Les tenants d'une vision plutôt psychosociale s'intéresseront davantage aux aspects « expérientiels » ou

« subjectifs » du phénomène, par exemple à la détresse et à l'incapacité associées à la maladie. La perception qu'a la personne de sa qualité de vie dépend de sa conception des choses et de ses valeurs, des expériences qu'elle a vécues et des divers rôles qu'elle doit assumer dans la société, par exemple, comme enfant, étudiant, membre d'une famille, employé et patient. Ceux qui ont une conception fonctionnelle de la qualité de vie mettent l'accent sur divers aspects « objectifs » du fonctionnement physique et mental. Ainsi, des facteurs tels que le logement, l'éducation et l'emploi sont déterminants pour la qualité de vie. L'évaluation de la qualité de vie repose sur l'une ou l'autre de ces démarches ou sur les deux (p.6).

L'exercice a permis de dégager vingt-huit instruments. Environ les deux tiers avaient été utilisés auprès d'une population de patients atteints de troubles mentaux chroniques et graves. Ces mesures touchaient divers aspects de la qualité de vie : l'état de santé, les symptômes psychiatriques, la situation financière, les conditions de vie, la famille, les rapports sociaux/amoureux, les loisirs, la créativité, la participation à la vie communautaire, la religion, l'estime de soi et le bien-être. Elles se différenciaient à divers égards : modes d'administration (entrevues, enquêtes), types de données recueillies (critères objectifs ou subjectifs), répondants (autoévaluation des patients, évaluation d'un professionnel ou évaluation par personne interposée) et temps requis pour répondre au questionnaire. Leur rapport examine les diverses questions qui entrent en ligne de compte dans la sélection d'un instrument en rapport aux qualités psychométriques évoquées plus haut.

L'analyse comprend également une comparaison psychométrique des instruments. Parmi les qualités psychométriques examinées figurent la fiabilité, soit la confiance que l'on peut avoir quant à la permanence des résultats fournis par des applications successives d'un même instrument, et la validité, soit la pertinence de l'instrument et des données qu'il permet d'obtenir. Les auteurs se sont penchés sur divers aspects de la fiabilité (cohérence interne, fiabilité test-retest et fiabilité des formes parallèles) et

de la validité (validité de contenu, validité apparente, validité de concept, validité convergente/prédictive et validité externe). Ils ont ensuite analysé les vingt-huit instruments sélectionnés en fonction de leurs qualités psychométriques, à la lumière de la littérature récente.

### 2.2.2 L'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV®)

J'ai retenu pour mesurer la qualité de vie des participants à cette étude l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV®). Dans le document « Évaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : Analyse critique des mesures et des méthodes » (Atkinson et Zibin, 1996), les auteurs commentent cet outil de mesure dans ces termes :

Ce nouvel instrument clinique sert à évaluer la qualité de vie des malades cardiaques d'après leur capacité d'atteindre leurs buts personnels dans différentes sphères de la vie. Au lieu de demander aux sujets de répondre par écrit ou de les interroger verbalement, on invite les patients, dans le cadre d'un entretien, à évaluer leur état actuel, leurs buts personnels et leurs buts idéaux à l'aide de représentations visuelles de cadrans et d'échelles. L'importance des sphères de la vie est également évaluée à l'aide de représentations visuelles. Les taux de divergence révèlent un bon coefficient de fiabilité test-retest et, d'après les auteurs, en recourant à des méthodes graphiques, on peut recueillir des données moins susceptibles d'être influencées par le biais de la désirabilité sociale lors de l'entretien. Jusqu'ici, cet instrument n'a pas été utilisé auprès d'une clientèle souffrant de maladies mentales ». (p.47)

Marois (2006) a étudié la qualité de vie globale, telle que mesurée par l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV®), chez des populations souffrant de différents troubles de santé ainsi que chez des sujets en santé. Les données utilisées pour cette recherche provenaient de la base de données de l'ISQV® du Laboratoire d'Études en Psychologie de la santé et de Qualité de vie (LEPSYQ) de l'UQAM.

Cette base de données a cumulé, jusqu'à maintenant, près de 1 000 protocoles avec l'ISQV®. Leur échantillon comprenait des données provenant de différentes études portant sur des personnes souffrant notamment de troubles des conduites alimentaires, de fibrose kystique, de problèmes valvulaires, de sclérose en plaques, de problèmes musculo-squelettiques, de cancer et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Ils avaient aussi un groupe de personnes saines.

Dupuis et al. (1989), auteur de l'ISQV®, a répertorié dans la littérature existante différentes dimensions utilisées pour la conceptualisation de la qualité de vie durant les dernières quinze années. Il précise que son répertoire non-exhaustif propose un échantillonnage représentatif de ce qui existe dans le domaine. De ce répertoire sont ressorties deux grandes classifications : la première se base sur la satisfaction, la joie de vivre, la performance et le bien-être, tandis que la deuxième s'articule à partir du principe du but à atteindre.

De ce répertoire, Dupuis a défini six catégories de notions à travers lesquelles il est possible de clarifier le concept de « qualité de vie », catégories qui seront brièvement expliquées par la suite :

- les mesures objectives versus les mesures subjectives ;
- la qualité de vie et les notions d'état de santé, de performance, de bien-être, de joie de vivre (dans le sens de la plénitude de l'existence) et de satisfaction ;
- la multidimensionalité et la spécificité du concept;
- les mesures en rapport au plan de vie de la personne et de ses buts à atteindre;
- le manque de concept de base autour de la qualité de vie;
- les changements mesurables de l'alpha, beta et gamma.

#### Les mesures objectives versus les mesures subjectives

Certaines mesures objectives peuvent être répertoriées lorsque l'on approche le concept de la santé : la tension artérielle, le taux de cholestérol et les performances cognitives, pour n'en nommer que quelques-unes. En général, lorsque l'on parle de l'état de santé, la mesure est effectuée sur l'intensité des symptômes. Dans certains cas, les données sont saisies par des technologies qui permettent l'objectivité telle que le paradigme positiviste la conçoit.

À d'autres occasions, les faits sont rapportés par la personne qui participe à la recherche. Ces témoignages peuvent faire appel à des dimensions physiques, psychologiques, cognitives, sociales et autres. Les données fournies par un participant à la recherche sur la qualité de vie sont-elles objectives? Si l'on considère que la qualité de vie se résume à une absence de symptôme, la réponse est non. Par contre, si l'on inclut dans la qualité de vie d'autres mesures, comme la détresse psychologique, le taux d'anxiété ou l'optimisme, il est possible d'évaluer la sévérité des symptômes et de considérer ces informations subjectives comme faisant partie de la cueillette de données. Ce type de données est fréquemment utilisé et semble avoir prouvé sa validité lors de recherches sur l'anxiété et la dépression (Jobin et al. 2000).

Dans la plupart des propositions d'outils évaluant la qualité de vie, nous retrouvons des données objectives et subjectives. Ce fait propose déjà de situer la recherche dans un cadre théorique mixte, c'est-à-dire positiviste et post-positiviste.

#### La qualité de vie et les notions d'état de santé, de performance, de bien-être, de joie de vivre et de satisfaction

Les notions incluses dans cette catégorie pour définir la qualité de vie d'une personne sont généralement acceptées par la plupart des auteurs abordant le sujet. Lorsque les auteurs font référence à l'état de santé et la performance, ils se réfèrent fréquemment

à la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1948) : « un état complet de bien-être physique, mental et social et l'absence de maladie. » Plusieurs auteurs y trouvaient un cadre de référence pour la qualité de vie. Dans cette définition sont inclus les fondements génétiques, les dimensions biologiques, psychologiques et anatomiques (maladies, handicaps), les conditions fonctionnelles (performance sociale, cognitive et physique), la condition mentale (conditions psychologiques et affectives) et le potentiel de santé (longévité, fonctionnement général, maladies, dysfonctionnements et désavantages).

La notion de bien-être est un concept utilisé lors de multiples recherches. Diener (1984) soutient le fait que ces recherches sont concernées par la notion de satisfaction de vie et l'équilibre affective. Il déplore le manque de précision dans l'expression « joie de vivre ». Il définit trois caractéristiques du bien-être :

- une subjectivité avec un potentiel d'influence par des conditions objectives de vie, mais toutefois sans être inhérent à la notion,
- l'aspect positif de la notion et non juste négatif,
- l'inclusion dans la notion de différents aspects de la vie de la personne.

Les notions de joie de vivre et de satisfaction sont résumées sommairement par Packa (1989) et Campbell et al. (1976) comme n'étant pas juste une notion de plaisir et de joie, mais une conception de plénitude existentielle. Cette conception fait appel à une stabilité relative dans ses motivations, ses comportements et moteurs de vie dans la vie de tous les jours. De plus, elle est influencée par des facteurs externes et par notre façon de composer avec ces influences.

La multidimensionalité et la spécificité du concept

La communauté scientifique accepte maintenant que la notion de « qualité de vie » constitue une construction multidimensionnelle. De ce constat surviennent plusieurs problèmes : le concept est plus ou moins cernable, la spécificité du concept demeure floue dans certaines conditions, il y a une difficulté de trouver une définition unique qui rallie les définitions existantes et la notion de santé, les rapprochements entre le principe de la gestalt, identifiant que le tout est plus que la somme de ses parties, sont difficiles à rendre tangibles.

#### Les mesures en rapport au plan de vie de la personne et de ses buts à atteindre

En 1982, Cohen nota que la notion de plan de vie était ignorée dans l'évaluation de la qualité de vie. McCullough (1984) a souligné le fait qu'il y avait un manque au sujet d'une hiérarchie dans les concepts évalués de la personne et en rapport avec son système de croyances et de valeurs. Lèplège et Hunt (1997) enrichissent ce point de vue en disant : « Chaque conscience est différente des autres consciences et les préférences et les valeurs du premier ne sont pas les mêmes que celles des autres. » Les préférences et les valeurs d'une personne évoluent en accord avec sa subjectivité, qui varie selon les expériences et les épreuves rencontrées.

Feinstein, Josephy, et Wells (1986) notent trois avantages à considérer : les préférences de la personne en rapport à son plan de vie, ses buts à atteindre, ses valeurs et son système de croyance. Premièrement, nous sommes plus aptes à dresser l'inventaire des valeurs de la personne plutôt que d'utiliser nos valeurs comme référence. Deuxièmement, ce fait permet à l'intervenant de s'ajuster aux valeurs de la personne. Finalement, cela nous permet de mieux détecter des changements majeurs en fonction des valeurs importantes pour la personne. Par ce fait même, les résultats importants ne seront pas masqués par les valeurs secondaires pour la personne.

### Le manque de concept de base autour de la qualité de vie

En 1987, Levine et Crog déplorent le manque de modèles théoriques sur la qualité de vie. Onze ans plus tard, Kinney réaffirme le besoin de modèles théoriques. Dupuis (2000) nous présente différentes définitions de la qualité de vie qui s'appuient sur les grandes classifications telles que précisées précédemment dans ce texte : la première définition se base sur la satisfaction, la joie de vivre, la performance et le bien-être, tandis que l'autre s'appuie sur le principe du but à atteindre. Ces définitions sont évaluées selon qu'elles incluent certaines composantes liées au concept même de modèle.

### Les changements mesurables de l'alpha, bêta et gamma

Lorsqu'il est question de mesurer la qualité de vie d'une personne avant et après l'utilisation d'une médication ou avant et après avoir reçu un traitement, on se doit de prendre trois mesures importantes nommées « Alpha », « Bêta » et « Gamma ». Un changement de l'Alpha s'apprécie par une variation de la mesure de l'état d'une donnée dans le temps. Ce type de mesure s'appuie sur le fait que la donnée est constante dans le temps (ex : pression sanguine). Un changement de la mesure Bêta est un changement d'état des données dont le point de référence change aussi. Par exemple, pour ce qui est de la prise de données au sujet de la mesure de la douleur avant et après un traitement, la douleur peut diminuer ou augmenter. Le fait est que la douleur peut avoir diminué, mais il est aussi possible que le point de référence « douleur » ait changé dans la perception de la personne. La mesure Gamma consiste en un changement majeur dans la perception de la personne. Dans l'exemple d'une douleur chronique, il se peut que la personne attache une importance moindre au fait d'avoir de la douleur ou pas. Une douleur intolérable peut devenir, par un changement dans l'adaptation de la personne à la situation, quelque chose de supportable.

Plusieurs études ont été faites avec des outils d'évaluation sur la qualité de vie dans les milieux de la santé mentale (Atkinson et Zibin, 1998). Ces auteurs nous proposent une analyse critique des mesures et des méthodes d'évaluation de la qualité de vie. Cette analyse répertorie vingt-huit outils de mesure et en fait la critique. Parmi ces outils, les auteurs cōtent l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>) comme étant un outil appréciable pour les fins de mon étude.

## 2.3 La détresse psychologique

Lorsque l'on parle de santé mentale, un repère est précieux lors de l'évaluation de la qualité de vie : l'anxiété. Ce type de détresse psychologique semble généralisé à toutes les formes de problèmes de santé mentale (Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002). L'anxiété est associée fréquemment aux problèmes de santé mentale et plusieurs études démontrent que ces symptômes amoindrissent la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale. (Santé Canada, 2002)

### 2.3.1 L'Indice de Détresse Psychologique (IDPESQ-14)

L'Indice de Détresse Psychologique (Santé Québec IDPESQ-14) (Préville et al., 1992) est un instrument de mesure conçu de manière à mesurer la fréquence des symptômes de détresse psychologique chez les participants d'une étude. Cet instrument provient des études de validation de l'IDPESQ-29 lors de l'Enquête Santé Québec effectuée en 1987. (Préville et al., 1992) C'est à partir de la traduction effectuée par Perrault (1987) du « Psychiatric Symptoms Index » d'Ilfeld (1976) que l'IDPESQ-29 a été conçu. Dans le mémoire de Carole Henrichon (2001), intitulé « Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien », l'auteure cite une recherche qui détermine la fiabilité et la validité de l'IDPESQ-29. Les auteurs Préville et al. (1992) arrivent aux conclusions suivantes : la version de 29 items de l'IDPESQ démontre des coefficients de consistance interne alpha de Cronbach consistants avec les résultats produits par Ilfeld. L'IDPESQ-29 est une mesure composée de facteurs corrélés entre eux traduisant des symptômes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Cette étude a démontré également qu'une version abrégée,

l'IDPESQ-14, conserve une fiabilité suffisante pour mesurer le concept de détresse psychologique.

## 2.4 Santé mentale

### 2.4.1 Identification de la clientèle

Cette étude cible les personnes vivant des problèmes de santé mentale. Le document du Gouvernement du Canada, «Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006 », définit et discute de la santé mentale et de la maladie mentale comme suit :

La santé mentale est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle. Une bonne santé mentale profite à tout le monde.

La maladie mentale est une atteinte biologique de cerveau caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. La plupart des troubles mentaux peuvent être traités, et l'intégration du traitement à un modèle axé sur le rétablissement incite la personne à viser non seulement une réduction des symptômes, mais aussi une amélioration de sa qualité de vie. Une personne qui souffre d'une maladie mentale mais qui bénéficie d'une bonne santé mentale est mieux en mesure de composer avec les symptômes de la maladie mentale. (p.i)

Le rapport sur les maladies mentales au Canada (2002) définit les problèmes de santé mentale comme suit :

Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement de longue durée. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie mentale, la personne, la famille et l'environnement socioéconomique.

Au cours de sa vie, chaque personne éprouve des sentiments d'isolement, de solitude, de détresse psychologique ou de désorientation. Il s'agit habituellement de réactions à court terme normales à des situations difficiles plutôt que de symptômes d'une maladie mentale. La personne apprend à s'adapter aux sentiments difficiles tout comme elle apprend à s'adapter aux situations difficiles.

La santé mentale est aussi importante que la santé physique dans la vie quotidienne. En fait, les deux sont interreliées. Les personnes souffrant de problèmes de santé physique éprouvent souvent de l'anxiété ou une dépression qui affecte leur réaction à la maladie physique. Les personnes souffrant d'une maladie mentale peuvent développer des symptômes et des maladies physiques, par exemple, une perte de poids et un déséquilibre biochimique sanguin associés aux troubles de l'alimentation. Nos sentiments, notre manière de voir les choses et nos modes de pensée peuvent fortement influencer notre état de santé ou de maladie et peut non seulement avoir un effet sur l'évolution d'une maladie mais sur l'efficacité de son traitement. Les maladies mentales peuvent se manifester simultanément. Par exemple, une personne peut éprouver une dépression et un trouble anxieux en même temps. Les maladies mentales prennent plusieurs formes: les troubles de l'humeur, la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les troubles de l'alimentation.

Le comportement suicidaire est inclus. Bien que ce comportement ne soit pas une maladie mentale en soi, il est fortement relié aux maladies mentales et soulève de nombreux problèmes semblables. (p.16)

Pour sa part, le Guide « Surmonter un problème de santé mentale au travail » à l'intention des gestionnaires du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec distingue deux intensités dans l'expression d'un problème de santé mentale:

D'une part, on trouve les personnes qui vivent des troubles mentaux transitoires, d'intensité variable, sources d'une détresse psychologique

importante, qu'une aide appropriée, prodiguée au moment opportun, peut ramener à leur niveau de fonctionnement psychologique et social antérieur, et

d'autre part, les personnes qui présentent des troubles mentaux dits sévères, généralement persistants, associés à de la détresse psychologique et à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans leurs relations interpersonnelles et leur compétence sociale de base. (p.7)

D'après cette revue de littérature, je peux dire que plusieurs études ont été réalisées au sujet de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique mais qu'aucune d'entre elles n'a été faite auprès de personnes vivant des problèmes sévères et persistants de santé mentale. D'après cette revue de littérature, je peux dire que l'utilisation d'un outil de mesure traitant de la qualité de vie en santé mentale fait partie des coutumes présentes dans notre culture. Il me semble raisonnable et stimulant d'utiliser l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie pour mesurer l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Il me semble aussi important de mesurer la détresse psychologique afin d'évaluer l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur celle-ci.

## **CHAPITRE III**

# **MÉTHODOLOGIE**

Afin d'évaluer l'influence de l'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale, cette recherche inclut les étapes suivantes :

- la réalisation d'un atelier d'une série de leçons de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique offert à des personnes vivant des problèmes de santé mentale;
- l'évaluation de l'influence de ces cours sur la qualité de vie des participants telle que mesurée avec trois outils d'évaluation : deux outils quantitatifs provenant du Laboratoire d'Études en Psychologie de la Santé et de Qualité de vie (LEPSYQ) soient l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>) et l'Indice de Détresse Psychologique (IDPESQ-14), et un outil qualitatif par une entrevue semi-structurée passée auprès des participants.

### **3.1 Paradigme**

Dans le contexte de l'éducation somatique, il apparaît cohérent de fonctionner à la fois de manière qualitative et quantitative. L'éducation somatique se situe à la fois dans l'expérience de la personne et dans sa relation avec des données plus objectives, comme sa relation avec la gravité et l'environnement. D'autre part, l'utilisation

d'outils faisant partie de paradigmes positiviste et post-positiviste proposait que cette recherche en soit une mixte.

D'une part, la participation active de la personne dans ses apprentissages moteurs, telle que suggérée par l'éducation somatique, proposait l'utilisation d'une méthode d'investigation subjective. Celle-ci permet de mieux comprendre les expériences vécues par les participants. Il existe une variété de dimensions subjectives que l'on peut mieux comprendre par une approche qualitative: physique, psychologique, cognitive et sociale. Ces dimensions peuvent avoir une importance différente d'un individu à l'autre, ce qui compte énormément sur l'évaluation de la qualité de vie par la personne elle-même. Lors de l'entrevue semi-structurée, les personnes étaient invitées à se prononcer sur ces aspects.

D'autre part, un outil quantitatif permettant de mesurer l'influence d'une intervention par la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique devenait précieux. Les outils d'évaluation sur la qualité de vie sont fréquemment utilisés dans les milieux de la santé mentale. Selon l'étude de Atkinson et Zibin (1996), l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>) n'a cependant pas été utilisé dans le contexte de la santé mentale. Dans cette étude, l'ISQV<sup>®</sup> est présenté comme l'un des 28 questionnaires utilisés et susceptibles d'être utilisés dans le contexte de la santé mentale. La richesse de ce questionnaire et mon expérience pilote de l'automne 2004 m'ont encouragé à l'utiliser. Comme deuxième outil d'évaluation, le questionnaire « Indice de détresse psychologique » (IDPESQ-14) a été utilisé à maintes reprises dans les milieux en santé mentale.

Des études ont utilisé des outils qualitatifs et quantitatifs dans le domaine de l'éducation somatique en rapport à la sclérose en plaques (Johnson et al.,1999;

Phipps, Lopez et Stephens et al., 1997), la fibromyalgie (Dean 1997), aux douleurs chroniques (Bearman, Shafarman, 1999), à la douleur et à l'anxiété (Smith et al., 2001), à la réhabilitation d'infarctus du myocarde (Lowe et al., 2002), et aux désordres de l'alimentation (Laumer et al., 1997). En s'appuyant sur ces considérations, notre étude prend la forme d'une recherche mixte où les données quantitatives et qualitatives se côtoient.

## 3.2 Participants

### 3.2.1 Caractéristiques

Cette étude cible les personnes vivant des problèmes de santé mentale et utilisant différents services liés aux problèmes de santé mentale. Cette clientèle peut avoir accès à différents services au Québec : soins médicaux, consultation psychiatrique, hospitalisation, centre de crises, support dans la communauté par des travailleurs sociaux, des milieux de vie, des familles d'accueil, du suivi intensif et du suivi d'intensité variable. Un support est aussi offert aux proches et à la famille par des organismes communautaires et des travailleurs sociaux. L'Élan-Demain ([www.elan-demain.qc.ca](http://www.elan-demain.qc.ca)) offre certains de ces services aux personnes vivant des problèmes de santé mentale. La très grande majorité de la clientèle de l'Élan-Demain est sans emploi et reçoit une prestation « soutien financier » de bien-être social. Pour utiliser les services offerts par l'Élan-Demain où je travaille, les usagers doivent passer deux types d'entrevues permettant de vérifier s'ils vivent des problèmes de santé mentale. Pour la très grande majorité des individus, ce problème est diagnostiqué par un psychiatre. Plus d'informations sur les participants sont données au début de la section résultat.

### 3.2.2 Recrutement

Je prévoyais former un groupe de 10 participants. Pour le recrutement de ces participants, j'avais différentes options. Je pouvais effectuer un recrutement ciblé ou un recrutement offert par les médias de communication à toute la population de la région.

Le recrutement du groupe s'est finalement fait parmi les usagers de l'Élan-Demain de St-Hyacinthe et de Beloeil au moyen d'une affiche (annexe 1), et d'une annonce verbale faite aux participants du suivi d'intensité variable lors de leur entrevue avec les intervenants de l'Élan-Demain. D'autres groupes communautaires en santé mentale de la région ont été sollicités au moyen de l'affiche et de communications téléphoniques leur expliquant l'étude. Lors de l'inscription, 14 personnes se sont dites intéressées à participer à l'étude. Sur les 14 personnes, trois personnes, dont un homme et deux femmes, ont mentionné ne pas vouloir participer à l'étude avant d'avoir passé le pré-test et d'avoir expérimenté l'éducation somatique. Nous avons fait passer les questionnaires en pré-test à 11 personnes. Une seule personne a pris la décision de ne pas participer à l'étude après avoir passé le pré-test. J'ai rencontré cette personne afin de connaître la raison pour laquelle elle ne voulait pas participer à l'étude et elle m'a dit que ces questionnaires lui faisaient prendre conscience de sa qualité de vie et que le simple fait de répondre à ces questionnaires l'avait découragée. Un homme n'a pas pu passer le pré-test avant la première rencontre. Par contre, il a participé à l'étude et il a passé le pré-test après la deuxième rencontre d'éducation somatique. Deux hommes ont quitté le groupe après la première rencontre d'éducation somatique pour des raisons indépendantes de l'éducation somatique : un des deux hommes est parti parce qu'il avait trouvé un stage en emploi et il y avait conflit d'horaire; l'autre a quitté parce qu'il devait covoiturer avec une personne qui fumait dans l'automobile et qu'il ne tolérait pas cette situation. Deux

femmes ont quitté le groupe après la deuxième rencontre, la première pour des raisons d'inconfort physique et l'autre parce que son amie quittait le groupe. Le groupe s'est stabilisé à un nombre de six personnes.

Après la première rencontre d'éducation somatique, voyant que le groupe était passé de dix personnes à six personnes, il y eut une rencontre d'information au Manoir Gaulin (ressource d'hébergement en santé mentale) afin de recruter de nouveaux participants. Cette démarche n'a toutefois pas donné de résultats.

### 3.3 Lieu

Nous avons réservé des locaux dans les CLSC de St-Hyacinthe et de Beloeil dans la perspective que les rencontres puissent se faire dans l'une ou l'autre des localités, dépendamment des inscriptions. Comme la majorité de participants provenait de St-Hyacinthe, le groupe a eu lieu dans le CLSC de St-Hyacinthe.

### 3.4 Devis de recherche

Le devis de cette étude est composé d'un pré-test et d'un post-test avec un seul groupe traité. Le groupe participe à des séances de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique entre les tests.

#### 3.4.1 Pré-test

L'étude utilisait un pré-test et un post-test auquel les participants devaient prendre part. Ces pré-tests et ces post-tests étaient composés de cinq questionnaires : l'identification de leur profil, le soutien social, les agents stressants, la détresse

psychologique et l'Inventaire Systémique sur la Qualité de Vie (ISQV®). Je n'ai personnellement pas fait passer de questionnaires aux participants. Les questionnaires étaient complétés en présence d'une intervenante, employée permanente de l'Élan-Demain. J'avais fait une rencontre qui avait pour but de former trois intervenantes pour faire passer les pré-tests et les post-tests selon les indications du Laboratoire d'Études en Psychologie de la Santé et de Qualité de vie (LEPSYQ). Le rôle de ces intervenantes se résumait donc uniquement à faire passer les questionnaires en pré-test et en post-test. Durant la rencontre, l'intervenante pouvait aider les participants en clarifiant le sens des questions. La majorité des personnes ont trouvé les questionnaires faciles à répondre, mais ils avaient besoin du support de l'intervenante pour fins de clarification.

### 3.4.2 Intervention

Une série de 20 ateliers de 60 minutes était prévue dans l'expérimentation à raison de deux par semaine et ce, durant 11 semaines. À cause de la fête de l'Action de Grâce et à l'approche de la fête de Noël, il n'y eut que 18 rencontres d'éducation somatique. En moyenne, les participants ont assisté à 16 rencontres d'éducation somatique. Une personne seulement a participé à toutes les rencontres alors que le plus bas taux de présence fut une personne qui n'a été présente qu'à 14 rencontres. La majorité des leçons a été enregistrée sur un support audio.

Les ateliers consistaient en des séances de «Prise de Conscience par le Mouvement», une version de groupe de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup>. La structure et l'évolution des mouvements respectaient les standards de la pratique tels que décrits dans profil de la profession rédigé pour le compte de la Feldenkrais<sup>md</sup> Guild (Pieper et Weise, 1996), «The Standards of Practice» de la Feldenkrais<sup>md</sup> Guild of North-America (FGNA),

et des « Standards de pratique de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> » de l'International Feldenkrais<sup>md</sup> Federation (IFF). Les mouvements respectaient aussi les standards de la pratique du Regroupement pour l'Éducation Somatique. Le contenu des 18 rencontres allait comme suit (il s'agit de leçons classiques du répertoire de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique):

Rencontre	Contenu
1	Couché sur le côté, le bras allongé vers le plafond et vers l'arrière. Les mouvements des genoux de gauche à droite. Rouler la tête dans le même sens et dans le sens contraire.
2	Bras et hanches vers le plafond, couché sur le dos. Glisser une main sur l'autre, couché sur le côté
3	La marche sur le dos par le soulèvement des épaules et des hanches
4	De la position fœtale à la position couchée sur le dos
5	Grands cercles de bras et de jambes pour changer de côté
6	Séparer les genoux et les coudes, couché sur le côté et sur le dos
7	Rouler sur le côté et sur le dos de manière réversible (genoux fêchis)
8	Soulever le bassin puis la tête vers le mouvement du berceau. L'horloge du bassin et de la tête, couché sur le dos.
9	Dos de chat en appui sur les mains et les genoux. Le pied au plafond, assis sur le matelas
10	Les diagonales de la marche
11	En équilibre sur son bassin, assis sur le matelas
12	Rouler les rouleaux (les bras, les jambes et la tête)
13	Le mouvement de l'escrime dans les épaules
14	L'étreinte sur le dos
15	La marche du reptile
16	La suite de la marche du reptile
17	Battre des ailes
18	De la position assise sur un côté vers la position couché sur le ventre

**Tableau 1 : le contenu des 18 rencontres de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique**

Une contrainte importante dans le choix des leçons et des mouvements s'est imposée par le fait que quatre personnes vivaient un problème de surpoids et qu'ils présentaient des handicaps multiples. J'avais volontairement omis de consulter l'ensemble des pré-tests avant l'expérimentation afin d'influencer au minimum le choix de mes thèmes et de mes exercices. La pratique en éducation somatique

n'utilise pas de tels questionnaires. Le seul document que j'ai consulté fut le profil des participants afin de connaître leurs conditions physiques. Cette donnée est fréquemment demandée dans les groupes d'éducation somatique.

Les rencontres d'éducation somatique que j'ai proposées offraient un encadrement verbal reflétant le « modus operandis » de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique tel que j'ai pu le vivre durant les 27 dernières années. Il n'y a pas eu de présentations de chacun des participants et de leurs attentes face aux rencontres d'éducation somatique au début du parcours. Je n'ai pas proposé de périodes de verbalisation de l'expérience, de discussions, de partages, de témoignages ou de retours verbaux sur les exercices ou leurs impacts tel qu'habituellement proposées aux groupes de croissance ou aux groupes de discussion. J'ai voulu isoler l'impact sur l'éducation somatique en minimisant l'influence de telles discussions et le soutien social que cela prodigue. Les participants ont donc répondu au post-test sans avoir l'opportunité de verbaliser et échanger avec les autres sur l'impact de l'éducation somatique sur leur qualité de vie et leur détresse psychologique. Ils n'ont ainsi ni convaincu, ni été convaincus par le propos des autres.

À part le fait de mentionner d'être en maîtrise à l'UQAM, je n'ai parlé à aucun instant de mes expériences, de mes formations et de mon cheminement dans le domaine des approches corporelles et de l'éducation somatique. J'ai fait ce choix afin de ne pas influencer la perception, en mieux ou en pire, que les participants pourraient avoir de moi ou de l'éducation somatique.

J'ai passé deux textes décrivant l'éducation somatique et la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> vers la neuvième rencontre : « La Prise de Conscience par le Mouvement » et « Enrichir et développer l'image de soi » (annexe 2)

### 3.4.3 Post-test

À la fin des ateliers, les participants ont à nouveau répondu aux cinq questionnaires. Ils ont été assistés par une intervenante de l'Élan-Demain, tout comme pour le pré-test.

Une entrevue individuelle semi-structurée a aussi été conduite afin de mieux cerner le vécu de chaque participant. Par un guide d'entrevue et par une analyse inductive, j'ai pu récolter et analyser les témoignages des participants au sujet de l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> dans leur vie. J'ai passé cette entrevue aux six participants du groupe. Ces entrevues ont été enregistrées et transcrites selon l'entente que les participants ont lue et signé au début de l'étude.

## 3.5 Instruments de collecte de données

L'évaluation de l'impact de l'éducation somatique s'est fait principalement à partir de trois outils : l'Inventaire Systémique de la Qualité de vie (ISQV<sup>o</sup>) (annexe 3), l'Indice de Détresse Psychologique (Santé Québec IDPESQ-14) (annexe 4) et une entrevue qualitative (annexe 5). Ces trois outils ont été accompagnés de trois autres questionnaires connexes : le profil de la personne (annexe 6), un questionnaire sur les « événements stressants » (annexe 7) et un questionnaire sur le « soutien social » (annexe 8).

### 3.5.1 Inventaire Systémique sur la Qualité de Vie (ISQV<sup>o</sup>)

Le questionnaire propose à une personne d'évaluer sa qualité de vie à partir de 28 questions abordant 28 domaines différents. Les questions sont regroupées en neuf familles tel que l'indique le tableau suivant :

<b>Famille de l'ISQV*</b>	<b>Domaine de vie de l'ISQV*</b>
La santé physique	Le sommeil, la capacité physique, l'alimentation, la douleur physique, la santé physique
La cognition	La mémoire, la concentration et l'attention
Les relations sociales et familiales	L'interaction avec les enfants, l'interaction avec la famille, l'interaction avec les amis
Le couple	La relation de couple, les relations sexuelles
Les loisirs	Les loisirs de détente, les loisirs actifs, les sorties
Le travail	Le type de travail, l'efficacité au travail, l'interaction avec les collègues, l'interaction avec l'employeur, les finances, les activités non-rémunérées
L'entretien ménager	Les travaux domestiques, l'entretien ménager
L'affectivité	L'estime de soi, le moral, la tranquillité d'esprit
La spiritualité	La vie spirituelle, les activités spirituelles

**Tableau 2 : les familles et les domaines de vie de l'ISQV\***

À chaque question, la situation idéale et la pire situation sont clairement identifiées sur un cercle. Dans un premier temps, il est demandé à la personne d'identifier sur ce cercle par une flèche en pointillé, la position où elle serait « parfaitement heureuse », sans que ce ne soit nécessairement atteignable. Cette identification est appelée la situation satisfaisante. Dans un deuxième temps, il est demandé à la personne d'identifier sur ce même cercle par une flèche continue la position actuelle. En troisième étape, le questionnaire permet d'identifier l'impact de l'intervention ou d'une intervention par une troisième ligne que la personne doit placer sur le même cercle.

À chaque question, il est demandé de se prononcer sur la vitesse de rapprochement ou la vitesse d'éloignement de la situation idéale. Pour se faire, dans un encadré, il y a des icônes représentant différentes vitesses à cocher et un icône de « stop » dans l'éventualité qu'il n'y ait ni amélioration, ni détérioration.

À la fin des 28 questions, la personne doit identifier l'importance de chaque sujet. Il y a sept degrés d'importance allant de l'essentiel à l'inutile. La personne peut donc évaluer, en fonction de ses valeurs, son degré de satisfaction pour différents domaines de sa vie.

L' ISQV<sup>®</sup> peut être classifié comme un questionnaire global et subjectif de la qualité de vie qui offre la possibilité d'ajouter des items spécifiques selon les populations évaluées. Dans le cadre de cette étude, le questionnaire a été utilisé sans ajouter d'items spécifiques reliés à la santé mentale.

L'évaluation de la qualité de vie peut pratiquement se faire à l'aide de questionnaires auto-administrés. Le laboratoire de la qualité de vie propose même un mode d'évaluation en ligne où l'évaluation de la qualité de vie se fait par une entrevue informatisée sur un mode interactif, dans lequel les instructions et le mode de passation sont présentés simultanément par écrit et verbalement. Très peu d'instruments de mesure de la qualité de vie existent sur Internet, et ceux existant ne sont que la mise à l'écran de questionnaires.

### Les scores

L' ISQV<sup>®</sup> donne quatre scores : le score d'écart (distance moyenne entre l'état et la situation désirée, pondérée par la vitesse d'amélioration ou de détérioration de chaque item et le rang de l'item dans la hiérarchie des priorités), qui est le score de la qualité

de vie; le score de but (distance moyenne entre la situation désirée et la situation idéale), qui fournit l'information concernant le niveau des buts; le score de rang, qui illustre le degré de priorité parmi les domaines de vie; le score d'état, qui donne l'information concernant la condition actuelle du patient. Chacun de ces scores peut être calculé pour les neuf sous-échelles (santé physique, cognition, social, couple, loisirs, travail, entretien ménager, affectivité et activités spirituelles et religieuses) et pour un score global.

#### Caractéristiques psychométriques

L'ISQV<sup>®</sup> possède d'excellentes caractéristiques psychométriques, dont une cohérence interne de 0,87. Les sous-échelles présentent aussi une cohérence interne satisfaisante et sont relativement indépendantes les unes des autres. La fidélité test-retest de l'ISQV<sup>®</sup> est excellente (0,855) et les versions anglaise et française sont équivalentes. Il démontre aussi une très bonne sensibilité au changement. Il se distingue des autres construits théoriques tels que la santé, la dépression, l'anxiété, la détresse psychologique, etc. tout en leur étant associé dans une certaine mesure. (Dupuis et al., 2004)

Après l'expérimentation, la compilation de l'Inventaire Systémique de la Qualité de vie (IQSV<sup>®</sup>) s'est réalisée en collaboration avec le Laboratoire d'Études en Psychologie de la Santé et de Qualité de vie (LEPSYQ). Plusieurs présentations graphiques m'ont été fournies par le LEPSYQ pour illustrer les résultats. La présentation des résultats du laboratoire prend la forme de graphiques à bâtonnets. Au bas de ces graphiques se trouve chacun des domaines de vie proposés dans l'ISQV<sup>®</sup>.

Pour la présentation des résultats du groupe, j'ai retenu les graphiques qui abordent:

- Les niveaux de buts à atteindre en pré-test et en post-test, qui sont présentés sur un graphique en rangs centiles par rapport à une population normale;
- La qualité de vie, c'est-à-dire l'écart entre la situation idéale et la situation actuelle pour le groupe, qui sont présentés sur un graphique en rangs centiles par rapport à une population normale;
- L'importance des domaines de vie comparée en pré-test et en post-test, qui est présentée sur un graphique en rangs centiles par rapport à une population normale;
- La vitesse d'amélioration ou de détérioration des domaines de vie en pré-test et en post-test, présentée sur un graphique utilisant une échelle de +5 à -5.

Pour la présentation des résultats de chaque participant, j'ai retenu les graphiques qui abordent:

- L'écart entre le niveau des buts à atteindre et l'idéal. Les écarts sont présentés sur une échelle qui varie selon les scores de la personne;
- L'écart entre la situation idéale et la situation actuelle en pré-test et en post-test. Les écarts sont présentés sur une échelle qui varie selon les scores de la personne :
- L'importance des domaines de vie comparée en pré-test et en post-test. L'importance de chaque domaine est présentée sur une échelle de 0 à 2 fixée par l'ISQV®;
- La vitesse d'amélioration ou de la détérioration des domaines de vie en pré-test et en post-test. Les vitesses sont présentées sur une échelle de +5 à -5 fixée par l'ISQV®

Tous les graphiques comparent les données du pré-test et du post-test par deux bâtonnets côte à côte pour chaque domaine de vie. Les graphiques en rapport à une

population normale sont gradués en rangs centiles (0-100). Cette échelle permet de comparer les résultats de mon groupe aux résultats d'un échantillon de 600 personnes d'une population dite « normale ». Une personne se situant autour du 50<sup>e</sup> ou 60<sup>e</sup> rang centile sur ces graphiques est considérée dans la norme. Les trois graphiques des résultats du groupe sont présentés comme suit : le graphique au sujet du niveau des buts à atteindre en pré-test et en post-test, le degré de satisfaction entre la situation idéale et la situation actuelle, et l'importance des domaines de vie comparée en pré-test et en post-test.

Dans le graphique de la vitesse d'amélioration et de la détérioration des domaines de vie pour le groupe et pour chaque participant, plus le bâtonnet est élevé au-dessus de zéro, plus l'amélioration est rapide. À l'inverse, plus le bâtonnet est en dessous de la barre du zéro, plus la détérioration est rapide. Lorsque le bâtonnet frôle le zéro, il n'y a ni amélioration, ni détérioration.

Dans le graphique sur les niveaux de buts à atteindre pour chaque participant, plus le bâtonnet est élevé, plus le niveau de but personnel s'éloigne de l'idéal. Cela peut révéler que le but personnel fixé était bas, mais cela peut aussi signifier de la résignation. À l'inverse, lorsque le bâtonnet est petit, cela veut dire que la personne a fixé son but près de l'idéal et donc qu'elle se fixe des buts élevés. Elle est donc dans un processus actif et non pas dans une résignation passive.

Dans le graphique exposant l'écart entre la situation idéale et la situation actuelle, plus le bâtonnet est élevé, plus l'écart entre une situation pleinement satisfaisante et la situation actuelle est insatisfaisant. Lorsque le bâtonnet est moins élevé, l'écart est moins élevé entre une situation pleinement satisfaisante et la situation actuelle, ce qui laisse entendre une meilleure qualité de vie. Dans ce même graphique, lorsque l'écart

est en dessous de la barre du zéro, cela signifie que le résultat dépasse les attentes de la personne.

Dans le graphique sur l'importance des domaines de vie pour chaque participant, plus le bâtonnet d'un domaine de vie est élevé, plus le domaine de vie est important.

Afin de rendre la présentation des résultats plus agréable, j'utiliserai généralement les qualificatifs suivant: le terme « négligeable » sera utilisé lorsque le score d'un domaine aura fluctué de moins de 25% de sa valeur en pré-test, le terme « notable » sera utilisé lorsque qu'il aura fluctué de plus de 25% et moins que 50%, le terme de « majeur » lorsque qu'il aura fluctué entre 50% et 75% et j'utiliserai le terme « extrême » lorsque le changement est de plus de 75% de sa valeur en pré-test. Pour une raison de clarté des graphiques, la valeur maximum de certains graphiques n'est pas la même pour chaque participant.

### 3.5.2 L'Indice de Détresse Psychologique (IDPESQ-14)

Vu la prise en compte de l'anxiété identifiée par M.Feldenkrais dans sa méthode il m'est apparu important d'évaluer l'impact de l'éducation somatique sur la détresse psychologique.

L'instrument de mesure « L'Indice de Détresse Psychologique (Santé Québec IDPESQ-14) mesure la fréquence des symptômes de détresse psychologique des participants en pré-test et en post-test. Le temps requis pour l'administration de l'IDPESQ-14 est d'environ cinq minutes. Cet instrument provient des études de validation de l'IDPESQ-14 lors de l'Enquête Santé Québec effectuée en 1987

(Préville et al., 1992). L'Indice de détresse psychologique de Santé Québec est un instrument généralement utilisé auprès d'une population adulte. Les résultats obtenus supportent la validité de construit de l'indice et confirment les qualités psychométriques de l'indice rapportées pour des populations adultes (Deschêne, 1998).

Ce questionnaire comprend 29 questions permettant d'évaluer le niveau de détresse en rapport à quatre signes émotionnels: l'anxiété, la colère, la dépression et la distorsion cognitive. La personne doit évaluer la fréquence de certaines émotions sur une échelle allant de jamais à très souvent. Selon une échelle de type Likert, le répondant choisit parmi les quatre possibilités de réponses suivantes : jamais (0), de temps en temps (1), assez souvent (2) et très souvent (3).

La présentation des résultats peut se faire en nombre ou par des graphiques en colonnes. J'ai choisi de présenter les résultats du groupe et de chaque personne par un graphique permettant de comparer en pré-test et en post-test les résultats des quatre signes de détresse psychologique répertoriés dans le questionnaire.

### 3.5.3 Entrevue qualitative

Cette étude utilise une entrevue semi-structurée afin de mieux cerner le vécu des participants. Un modèle d'analyse inductive inspiré de Paillé (1996), j'ai analysé les témoignages des participants au sujet de l'influence de l'éducation somatique sur leur état lors des rencontres et entre les rencontres d'éducation somatique. J'ai aussi vérifié le lien qu'ils perçoivent entre le fait de participer à ces rencontres et leur qualité de vie. Ces entrevues ont été enregistrées et transcrites. La présentation des résultats de ces entrevues se trouve sous forme de résumé de l'entrevue et de citations textuelles de la personne.

J'ai aussi fait passer aux participants un questionnaire qui comprend des données sur le statut social, le problème de santé mentale, les autres problèmes de santé et la médication des participants.

#### 3.5.4 Le soutien social

Ce questionnaire permet d'identifier les changements de soutien social dus à des causes externes à l'éducation somatique et qui pourraient modifier le résultat de cette étude. Plus précisément, il permet de regarder qualitativement si chaque sujet a eu une fluctuation de son soutien social dans le temps. De cette manière, il sera possible de voir si les améliorations dans sa qualité de vie peuvent être attribuables à un changement important du soutien social ou bien à l'intervention. Le questionnaire utilisé pour cette évaluation est une version adaptée en français (Czajkowski et al., 1997) du « MOS Social Support Survey » (Sherbourne & Stewart, 1991). Il comporte sept questions. La personne doit indiquer sur une échelle graduée de « jamais » à « toujours » à quelle fréquence ce soutien peut lui être disponible. Lorsque le score est élevé, cela indique un plus grand soutien, le minimum étant 0 et le maximum de 28. La cohérence interne de la version française est de .88 (Goyer, 1994). Cette variable aussi sera utilisée comme variable de contrôle afin de s'assurer que dans chaque groupe, il n'y a pas de différences qui pourraient influencer l'efficacité de l'intervention. S'il y a lieu, elle sera mise en covariable dans les analyses. Cette mesure me permettra de voir s'il y a des changements dans le temps à ce niveau, ce qui donnera la possibilité de mieux nuancer les résultats obtenus.

#### 3.5.5 Les événements stressants

Ce questionnaire permet d'identifier l'influence d'évènements externes à l'éducation somatique pouvant modifier le résultat de cette étude. Le questionnaire utilisé pour cette évaluation est une version française modifiée (Czajkowski et al., 1997) du «Review of Life Experience» (Hurst et al., 1978). Il comprend dix énoncés d'évènements de vie stressants que le participant doit indiquer comme présent ou absent au cours des six derniers mois. Dans l'affirmative, il indique son degré de stress par rapport à cet événement sur une échelle graduée de « pas du tout » à « extrêmement ». Un score élevé indique un plus grand nombre d'évènements stressants et un plus grand degré de stress. Le minimum pour le nombre d'évènements stressants est 0 et le maximum de 10. Pour le degré de stress, le minimum est 0 et le maximum de 4. Le coefficient de cohérence interne de la version originale est .53 (Hurst et al., 1978). Cette échelle sera utilisée comme variable de contrôle afin de s'assurer qu'au fil des interventions, il n'y a pas, dans un ou l'autre groupe (lorsqu'il y a plusieurs groupes), plus d'évènements stressants vécus, ce qui pourrait influencer l'efficacité des interventions. Ce questionnaire donne deux scores : un score permettant d'identifier la fréquence d'évènements et l'autre score permettant d'identifier l'intensité moyenne des événements. Plus le score est élevé, plus il y a eu des stressés présents dans les derniers 6 mois.

### 3.6 Éthique et déontologie

Pour mener à terme cette recherche, j'ai respecté différents codes d'éthique et standards de la pratique en éducation somatique et plus particulièrement de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> (la demande d'approbation éthique d'un projet d'étude avec des êtres humains UQAM (annexe 9). J'ai respecté les directives du code d'éthique du Regroupement en Éducation Somatique, les standards de pratique et de déontologie de la «Feldenkrais<sup>md</sup> Guild of North America», de «l'International

Feldenkrais<sup>md</sup> Federation» et de l'Association Québécoise Feldenkrais<sup>md</sup>. J'ai également fait une lecture, expliqué et fait signer aux participants un formulaire de consentement (annexe 10).

### 3.7 Généralisation

Par l'organisme communautaire l'Élan-Demain, je pouvais créer le partenariat nécessaire pour le recrutement des participants. Cet organisme vient de franchir le cap des 22 ans. Il a acquis une solide réputation dans le milieu maskoutain. Cette situation de départ influence l'intégration de cette étude dans le milieu et la perception de la population face à cette étude.

L'expérimentation s'est faite avec un nombre limité de personnes, soit six. L'échantillonnage n'étant pas assez large, il n'est pas possible d'en généraliser ou de transférer les conclusions à d'autres populations.

La validité de l'utilisation de l'Inventaire Systémique sur la Qualité de Vie (ISQV©) pourra être éprouvée en partie dans cette étude. Si cet outil d'évaluation s'avère assez sensible, il sera possible de l'utiliser afin d'évaluer d'autres types d'intervention dans le milieu de la santé mentale ou dans le champ de l'éducation somatique.

Étant donné que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a des particularités que les autres méthodes d'éducation somatique n'ont pas, il sera difficile de généraliser les résultats de cette étude aux autres méthodes en éducation somatique. Par contre, dû au fait que j'ai respecté les standards de pratique de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique, il pourrait être possible que d'autres

professeurs de la méthode offrent des ateliers dans d'autres ressources en santé mentale.

## **CHAPITRE IV**

### **RÉSULTATS POUR LE GROUPE**

La présentation des résultats se fait en deux temps : les résultats pour tout le groupe et

les résultats pour chaque participant. Les résultats sont exposées en fonction des questionnaires proposés en pré-test et en post-test. L'ordre pour la présentation des résultats pour le groupe et pour les participants est le suivant: le profil du groupe ou de l'individu, le soutien social durant l'expérimentation, les « stressseurs » majeurs entourant l'expérimentation, les résultats en rapport avec l'Inventaire Systémique de Qualité de Vie, les résultats en rapport avec l'Indice de Détresse Psychologique et les résultats de l'entrevue qualitative.

Un test t a été fait afin de voir si le changement au niveau du groupe est significatif. Les moyennes et les écart-types de chaque sujet et les moyennes et les écart-types du groupe, en pré-test et en post-test, sont présentés à l'annexe 11. Considérant la nature exploratoire de l'étude et le petit nombre de sujets, de même que le coût de l'erreur alpha (i.e. effets néfastes de l'intervention), nous avons pris un seuil alpha de 0,20 pour considérer que l'intervention a eu un effet significatif. Des tests t pour mesures reliées ont été effectués sur les différents indices de qualité de vie (le niveau de buts à atteindre, le score de qualité de vie, l'importance des domaines de vie et la vitesse d'amélioration et de détérioration des domaines de vie), de détresse psychologique, de support social et d'évènements stressants. La présentation des résultats du test t est exposée lorsque le sujet sera traité.

#### 4.1 Profil du groupe

Le groupe de participants était composé de six personnes, dont quatre personnes étaient âgées de 53 à 55 ans et les deux autres entre 24 et 41 ans. Il y avait quatre femmes et deux hommes. Trois femmes vivaient avec quelqu'un et une femme vivait seule. Les deux hommes vivaient seuls. À noter que les noms des participants sont fictifs afin de garder l'anonymat de ces personnes.

Cinq personnes souffraient de dépression majeure. L'un des individus vivait aussi un problème de schizophrénie affective. D'autre part, une personne était bipolaire alors qu'une autre vivait un problème de dépendance et de personnalité limite. Pour l'un des participants, le problème de dépression avait été identifié au cours de la dernière année. Trois personnes vivaient leur situation depuis trois à six ans, et les deux autres personnes vivaient avec ce problème depuis 23 ans et 25 ans. Toutes les personnes du groupe étaient sous médication. Une personne avait deux médicaments, deux personnes en avaient trois, la quatrième en avait quatre, la cinquième en prenait 10, et la dernière personne avait 17 médicaments à prendre.

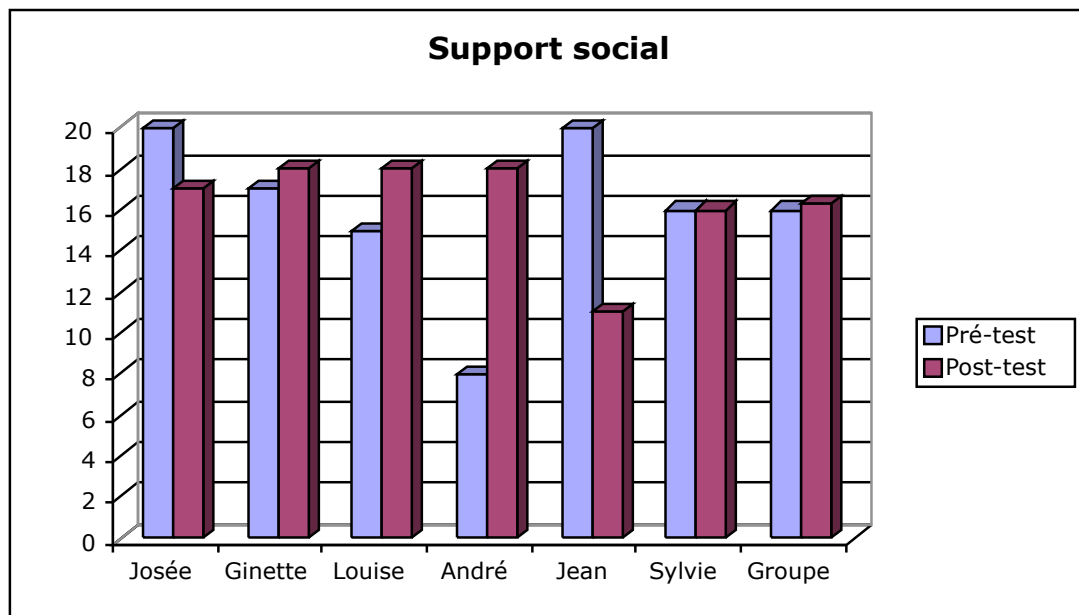
Tous les participants du groupe vivaient d'autres problèmes de santé. Deux personnes souffraient de haute pression, trois souffraient de diabète, trois avaient un réel problème d'obésité alors qu'une personne avait un surplus de poids et trois personnes avaient un problème d'hypothyroïdie. Dans le groupe, il y avait différents participants qui vivaient des problèmes d'asthme, d'arthrose et de maux de dos. Une personne présentait le syndrome d'Harnold, une autre avait des nodules thyroïdiens, un individu vivait avec un « rein paresseux », un autre vivait une déficience intellectuelle légère et une personne composait avec une contrainte pulmonaire.

Le revenu annuel de tous les participants se situait en bas de \$20 000 et la plupart était sous une prestation de sécurité au revenu ou une rente d'invalidité. Trois

personnes avaient obtenu leur diplôme collégial. Deux personnes étaient du niveau secondaire et une personne était du niveau primaire.

## 4.2 Soutien social pour le groupe

Une modification du soutien social est un facteur qui aurait pu influencer les résultats. J'ai fait passer, en pré-test et en post-test, un questionnaire permettant d'identifier s'il y a eu des changements au niveau du soutien social pour chaque participant.



**Figure 4.1 : Support social (un score élevé indique un plus grand soutien, le minimum étant de 0 et le maximum de 28).**

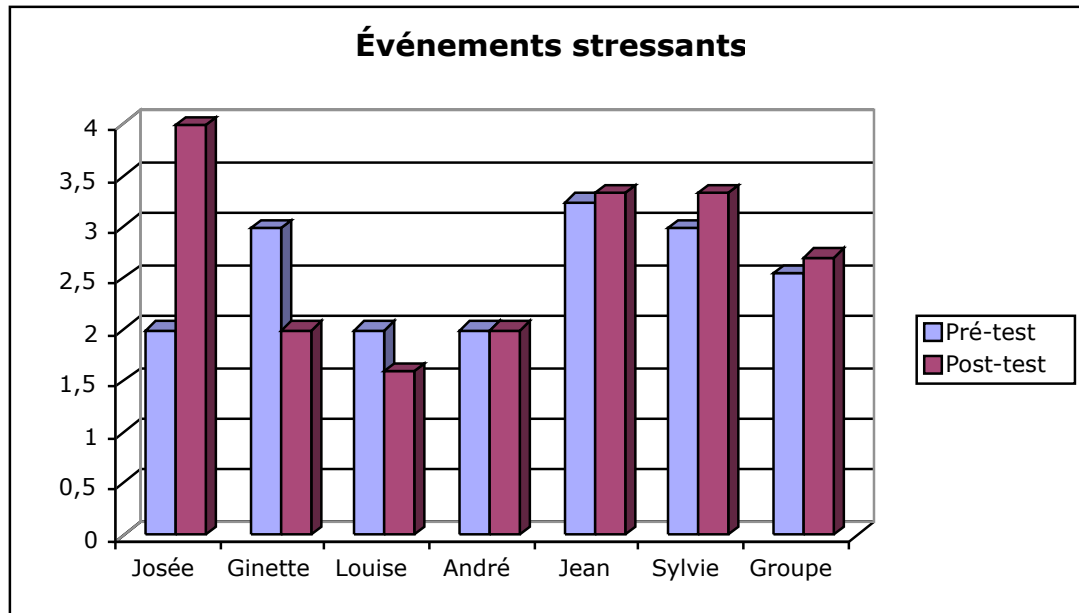
La majorité des participants ont eu un soutien social assez stable durant l'expérimentation (Figure 4.1). Sur les six personnes, quatre personnes n'ont eu que des modifications mineures au niveau du soutien social et ce sont les quatre femmes.

Les deux hommes ont eu des modifications majeures et en sens inverse. En pré-test, cinq personnes se situaient au-dessus de 15 points sur une possibilité de 20 points et un homme était à huit. En post-test, cinq personnes étaient au-dessus de 16, l'homme qui était à huit est monté à 18 et l'autre homme du groupe est passé de 20 à 11. Pour le premier homme, sa condition s'est améliorée en rapport au besoin d'obtenir de l'affection et la possibilité de partager ses soucis avec quelqu'un. Pour l'autre homme, la situation s'est détériorée en rapport à son soutien social qui se reflétait de un à deux degrés en moins sur tous les différents supports sociaux abordés par le questionnaire.

La moyenne des différences entre les deux moments de mesure est de 0 dénotant ainsi que la valeur au pré-test était égale au post-test. Donc, le support social n'a pas été globalement modifié durant l'expérimentation. Ce constat n'est globalement pas significatif, car le test  $t$  pour mesures reliées s'est révélé non significatif ( $t=0,129$ ,  $p=.902$ ) dans la comparaison des deux moments de mesures.

### 4.3 Les événements stressants pour le groupe

Une modification des événements stressants aurait pu influencer les résultats. J'ai fait passer, en pré-test et en post-test, un questionnaire permettant d'identifier des changements possibles au niveau des événements stressants pour chaque participant.

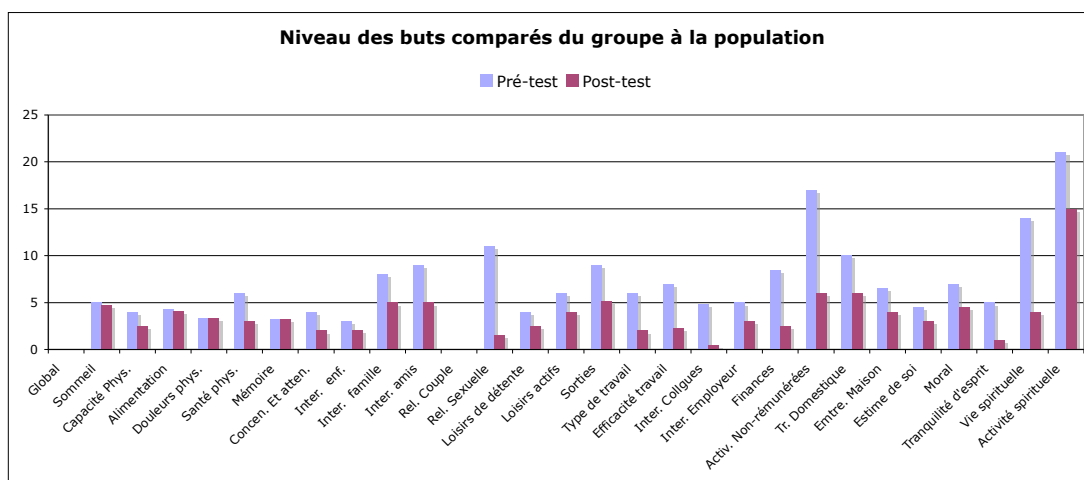


**Figure 4.2 : Événements stressants (un score élevé indique un plus grand nombre d'événements stressants et un plus grand degré de stress).**

Quatre personnes sur six n'ont eu que des modifications mineures au niveau des événements stressants qui auraient pu influencer les résultats de l'étude (Figure 4.2). Des deux résultats plus prononcés, une femme a vécu une baisse notable d'un point sur une échelle de quatre face aux « stresseurs », malgré le fait qu'elle ait dû déménager durant l'expérimentation. Cette baisse semble avoir été en rapport à une situation financière moins stressante et à des problèmes familiaux ou d'amitié moins stressants. Une autre femme a vécu une croissance majeure, c'est-à-dire de deux points des « stresseurs » à la question des changements majeurs dans sa vie. Il m'est impossible de préciser la raison de ce changement étant donné que cette question est en quelque sorte, étant la dernière du questionnaire, la question « autre » ou « divers ».

La moyenne des différences entre les deux moments de mesure est de 0, dénotant ainsi que la valeur moyenne au pré-test était égale à celle du post-test. Donc, les événements stressants n'ont pas été globalement modifiés durant l'expérimentation. Ce constat n'est toutefois pas significatif, car le test t pour mesures reliées s'est révélé non significatif ( $t=0,41$ ,  $p=.698$ ) dans la comparaison des deux moments de mesures.

#### 4.4 L'Inventaire systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>) pour le groupe

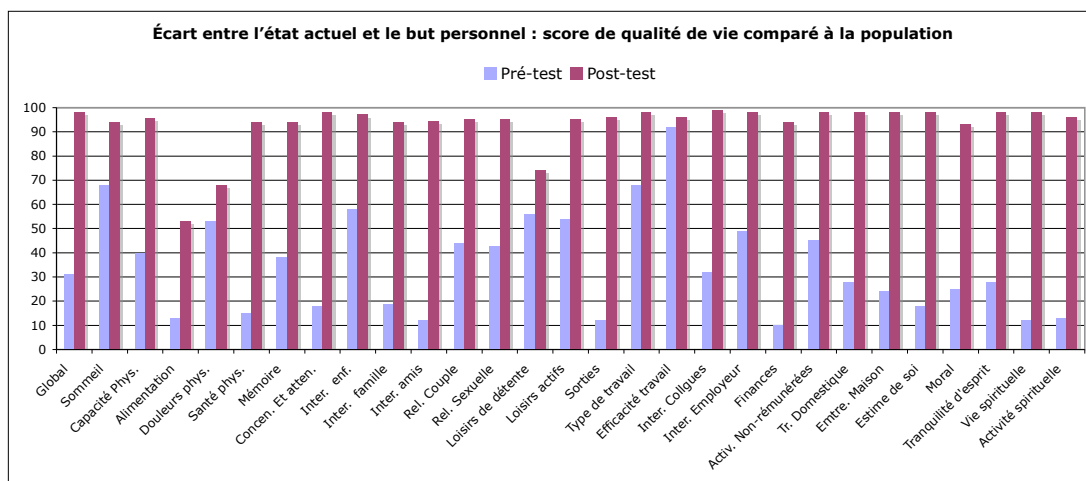


**Figure 4.3 : Niveau des buts comparés du groupe à la population (ce graphique est en rang centiles. Pour mieux percevoir les résultats, l'échelle s'arrête à 25. Cependant, le score de 50 indique un score dans les limites de la normale. Un score sous 20 indique la possibilité de problèmes).**

Les résultats au sujet des niveaux de buts à atteindre nous montrent que le niveau des buts à atteindre pour les différents domaines lors du pré-test et lors du post-test est anormalement faible comparativement à une population normale (Figure 4.3). En pré-

test, sur les 28 domaines, 24 sont sous les 10<sup>ième</sup> rangs et les quatre autres domaines présentent des rangs de 10, 15,18 et 21. En post-test, tous les domaines ont accusé une légère baisse de ces résultats déjà anormalement faible. Les commentaires écrits par le laboratoire à la suite des graphiques nous indiquent qu'un niveau de 20 peut révéler un certain découragement face aux difficultés et facteurs qui empêchent une personne d'atteindre un objectif dans un domaine. Ce constat semble refléter la situation réelle des participants. Ce résultat est important car il contextualise l'ensemble de ces derniers. Par exemple, lors de la présentation des résultats sur le degré de satisfaction, il faudra garder en mémoire que les résultats sont atteints dans le contexte d'un niveau de but à atteindre en bas de la moyenne d'une population normale.

La moyenne des différences entre les deux moments de mesure est de -13,88, dénotant ainsi que la valeur au pré-test était inférieure à celle du post-test ( le score de différence étant le pré-test moins le post-test). Donc, en post-test, les buts étaient plus bas (score plus grand sur les présentations graphiques) qu'au pré test. Il y aurait donc eu une légère diminution du niveau des buts à atteindre suite à l'expérimentation. Cependant, cette diminution n'est globalement pas significative, car le test t pour mesures reliées s'est révélé non significatif ( $t=1,10$ ,  $p=0,32$ ) dans la comparaison des deux moments de mesures.



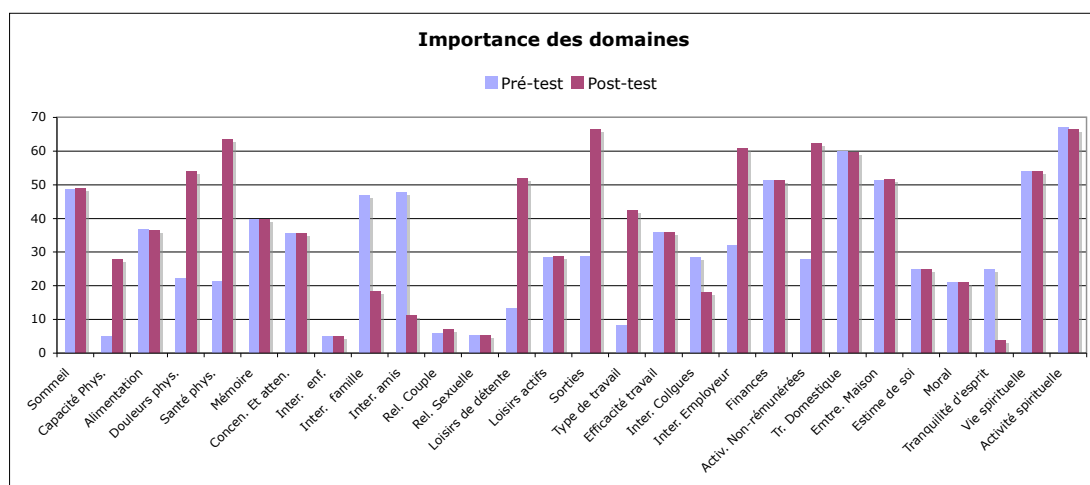
**Figure 4.4 : Écart entre l'état actuel et le but personnel : score de qualité de vie comparé à la population**

Les résultats en rang centiles relatives au degré de qualité de vie du groupe sont remarquables (Figure 4.4). Le résultat global du groupe est passé du 31<sup>ème</sup> rang en pré-test au 98<sup>ème</sup> rang en post-test, ce qui dénote une augmentation majeure de la qualité de vie, avec un écart de 67 rangs. L'amélioration de la qualité de vie du groupe se situe donc au-dessus de 50 points par rapport à une population normale. Aux 28 questions abordant 28 domaines de vie, il y eut une amélioration majeure pour 22 questions et une amélioration notable pour tous les autres. Les 28 domaines de vie ont vu la qualité de vie s'améliorer d'un écart minimum de 12 rangs pour certains domaines à un maximum d'écart de 83 rangs pour d'autres domaines. Les domaines où la qualité de vie s'est améliorée le plus sont la santé physique, la concentration et l'attention, l'interaction avec les amis, les sorties, les finances, l'estime de soi, le moral, la tranquillité d'esprit et la vie spirituelle. Les domaines ayant le moins d'écart en pré-test et en post-test sont le sommeil, les douleurs physiques, l'interaction avec les enfants, les loisirs de détente et tout l'ensemble des

domaines traitant du travail sauf les finances. Ces résultats peuvent être liés soit au fait que l'amélioration est réelle ou au fait qu'ils sont liés à d'une diminution des buts à atteindre.

La moyenne des différences entre les deux moments de mesure est de 7,31 dénotant ainsi que la valeur au pré-test était supérieure à celle du post-test (le score de différence étant le pré-test moins le post-test). Donc, en post-test, le score de la différence était plus bas qu'au pré-test. Il y aurait donc eu une augmentation de la qualité de vie suite à l'intervention car l'écart est moins grand. Cette augmentation est globalement significative, car le test t pour mesures reliées s'est révélé significatif ( $t=2,41$ ,  $p=0,061$ ) dans la comparaison des deux moments de mesures.

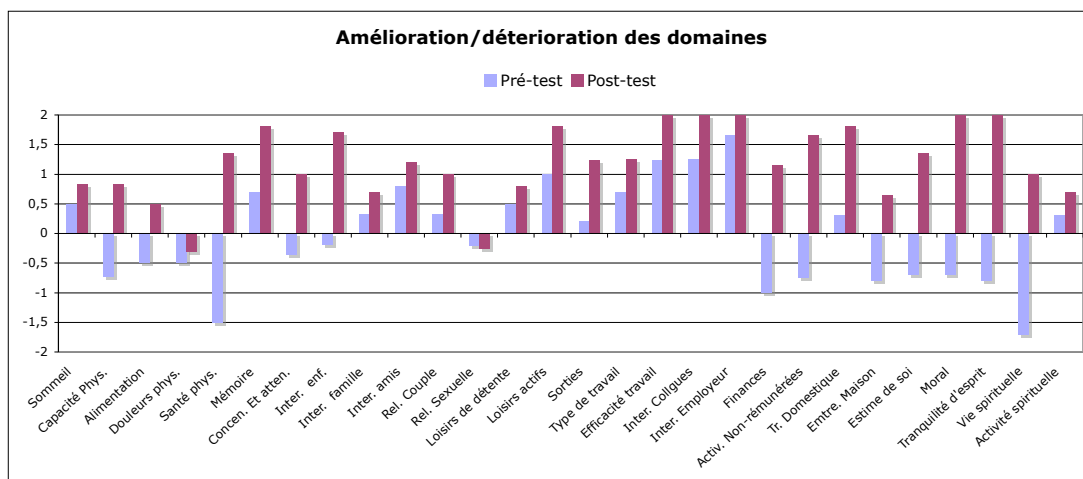
Quand on regarde ce graphique et le précédent, on voit que les buts n'ont que peu changé alors que la qualité de vie s'est grandement améliorée. C'est donc que l'état des participants leur a permis de se rapprocher de leurs buts, même si ceux-ci étaient bas.



**Figure 4.5 : Importance des domaines (scores bruts)**

Les résultats au sujet de l'importance des domaines de vie lors du pré-test et lors du post-test indiquent que 16 des 28 domaines sont restés stables, c'est-à-dire que les participants n'ont pas changé la valeur qu'ils apportaient à ces domaines de vie (Figure 4.5). Les autres domaines de vie marquaient des écarts allant de 11 à 42 points entre le pré-test et le post-test. Les domaines où le groupe a diminué l'importance sont l'interaction avec la famille, l'interaction avec les amis, l'interaction avec les collègues et la tranquillité d'esprit. Les domaines où le groupe a augmenté l'importance du domaine de vie sont la santé physique, les loisirs de détente et les sorties, le type de travail, interaction avec l'employeur et les activités non-rémunérées.

La moyenne des différences entre les deux moments de mesure est de -0,074, dénotant ainsi que la valeur au pré-test était très peu inférieure à celle du post-test (score de différence étant le pré-test moins le post-test). Il semble donc qu'il n'y ait pas eu de changement au niveau de l'importance des domaines de vie suite à l'intervention. Cette diminution n'est d'ailleurs pas significative, car le test t pour mesures reliées s'est révélé non significatif ( $t=1,007$   $p=0,360$ ) dans la comparaison des deux moments de mesures.



**Figure 4.6 : Amélioration/détérioration des domaines (scores bruts)**

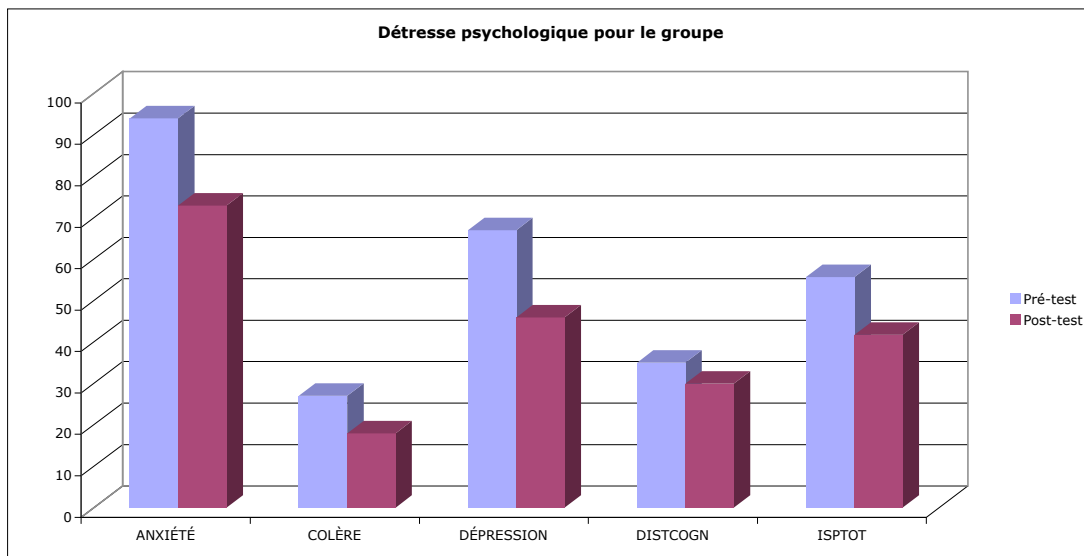
Les résultats au sujet de la vitesse de l'amélioration ou de la détérioration des domaines de vie lors du pré-test et lors du post-test nous indiquent qu'aucun domaine n'est resté stable (Figure 4.6). Tous les domaines sauf un ont dénoté des améliorations plus ou moins rapides. Le domaine où l'on note une détérioration négligeable est celui des relations sexuelles. Douze domaines sont passés d'un état de détérioration à un état d'amélioration : les capacités physiques, l'alimentation, la santé physique, la concentration et l'attention, l'interaction avec ses enfants, les finances, les activités non-rémunérées, l'entretien de la maison, l'estime de soi, le moral, la tranquillité d'esprit et la vie spirituelle. Les domaines où l'amélioration est la plus rapide sont : la capacité physique, la santé physique, la mémoire, la concentration et l'attention, l'interaction avec les enfants, les finances, les activités non-rémunérées, le travail domestique, l'estime de soi, le moral, la tranquillité d'esprit et la vie spirituelle. Les domaines qui présentent une amélioration plus lente sont le sommeil, les douleurs physiques, les interactions avec la famille et le couple, les loisirs de détente, les sorties et le travail.

La moyenne des différences entre les deux moments de mesure est de -1,16, dénotant ainsi que la valeur au pré-test était inférieure à celle du post-test. Il semble donc qu'il ait eu une amélioration des vitesses suite à l'expérimentation. En effet, on voit que la majorité des vitesses négatives (détérioration) sont devenues positives (amélioration), sauf le domaine des relations sexuelles qui est tout de même passé de -1,96 à -0,28. Cette diminution est significative, car test t pour mesures reliées s'est révélé significatif ( $t=5,69$ ,  $p=0,002$ ) dans la comparaison des deux moments de mesures.

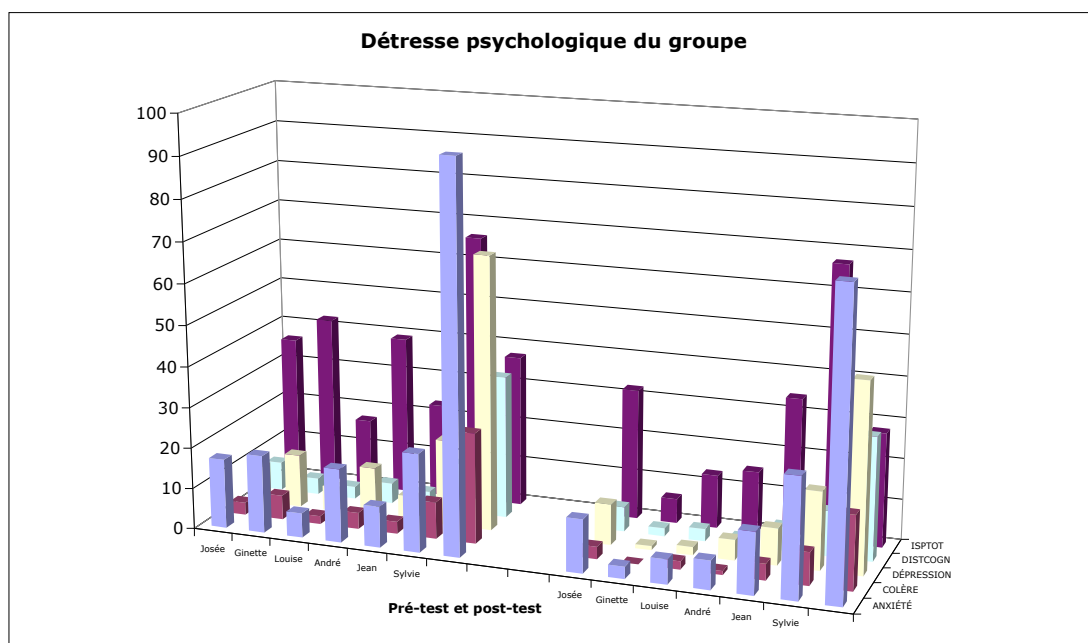
Ce graphique permet donc de voir que la qualité de vie s'est améliorée parce que la situation des participants a cessé de se détériorer et qu'ils sont passés dans une phase d'amélioration. Comme nous l'avons observé, les buts n'ont pas bougé significativement, mais la spirale de détérioration s'est interrompue.

#### 4.5 Détresse psychologique pour le groupe

La détresse psychologique est évaluée en rapport à quatre signes émotionnels: l'anxiété, la colère, la dépression et la distorsion cognitive. La personne devait évaluer la fréquence des signes face à ces émotions sur une échelle de quatre niveaux allant de jamais à très souvent. Il est possible de faire le lien entre une fréquence élevée et une intensité élevée de la détresse psychologique.



**Figure 4.7 : Détresse psychologique pour le groupe**



**Figure 4.8 : Détresse psychologique des participants du groupe**

Au sujet de la détresse psychologique globale, la moyenne du groupe pour l'ensemble des signes affiche une diminution notable en post-test. Elle passe d'un score 56 à un score de 42, soit de 25% de moins (Figures 4.7 et 4.8). Les signes de détresse psychologique en pré-test et en post-test conservent leur priorité l'un face à l'autre : l'anxiété est le signe le plus fréquent, ensuite vient la dépression, suit la distorsion cognitive et arrive la colère comme le dernier signe. Pour le score de chacun des signes, on observe une diminution de la fréquence. Les deux signes où l'on note un écart plus élevé vers une amélioration sont l'anxiété et la dépression. Deux personnes ont vu leur détresse psychologique baisser drastiquement : un homme est passé d'un score de 39 à un score de 15 et une femme d'un score de 42 à un score de 6. Deux autres femmes ont vécu une baisse notable de leur détresse, une femme a eu une variation négligeable et un homme a vécu une hausse notable de sa détresse d'un score de 23 à un score de 34.

L'anxiété dans le groupe a diminué du fait que deux personnes ont vécu une baisse importante. Deux autres personnes ont eu une baisse notable, alors qu'il n'y a pas eu de variation pour une personne, et que pour la dernière, il y a eu une hausse notable de son anxiété. Pour le signe émotionnel de la colère, deux personnes ont vécu une baisse notable et les autres individus du groupe n'ont pas eu de variation. Pour la dépression, trois personnes ont vécu une diminution de la fréquence et les trois autres ont eu des variations légères dans un sens et dans l'autre. Pour la distorsion cognitive, les modifications semblent négligeables pour la majorité des participants.

La moyenne des différences entre les deux moments de mesure est de 9,333, dénotant ainsi que la valeur au pré-test était supérieure à celle du post-test. Cela permet de conclure que la détresse psychologique a connu une diminution. Cependant, cette

diminution n'est globalement pas significative, car le test t pour mesures reliées au niveau du score global s'est révélé non significatif ( $t=1,31$ ,  $p=0,244$ ) dans la comparaison des deux moments de mesures.

#### 4.6 L'entrevue qualitative pour le groupe

Tous les participants ont noté, lors de leurs entrevues, l'aspect relaxant des exercices. Plusieurs expressions ont été utilisées : détendu, relaxé, baisse de niveau de stress, mou, « mellow », mobile, libéré. Ils ont tous parlé de l'effet de bien-être lié aux exercices : « J'étais aux anges », « Je me sentais plus en forme », « Être plus bien dans ma peau », « Je me sens...libre, libre de mes mouvements ». La moitié du groupe a pris conscience des limites de leur corps pour différentes raisons. Certains ont cité clairement l'effet des exercices sur le bien-être émotionnel, la tranquillité d'esprit, le moral, l'estime de soi et l'anxiété : « J'me sentais bien. J'me sentais plus confiante. J'avais plus confiance en moi, quand j'sortais. Let's go, vas d'l'avant. Mon nom, c'est Louise, puis, vas-y. Louise, t'sais, arrête pas, continue ! » ; « Ben je sais pas si c'est à cause de ça, mais j'trouve que moralement, ça va bien. J'trouve que ça va bien moralement. Puis, j'crois que j'ai pas eu d'idées suicidaires du tout. » Des participants ont perçu des effets sur leur mémoire et leur concentration. Plusieurs ont noté que les exercices permettaient d'être à l'écoute de soi. « J'pense que ça l'aide d'une façon générale, parce que c'est pas juste physiquement, c'est que, on est dans un monde qui vit vite vite, puis souvent, on s'arrête pas, on prend pas le temps d'écouter des fois la petite voix intérieure, de prêter attention à des perceptions fines, pas seulement physiques, mais au point de vue psychologique. » D'autres ont parlé de respecter ses limites, d'identifier quand cela ne va pas bien. « J'suis un peu plus capable de le dire quand ça va pas bien. » Certains participants ont parlé d'effets en rapport aux relations avec leurs amis et leurs enfants. « Avant, mes filles, c'était de

l'or en barre, j'étais pas capable de vivre sans... loin d'elles, parce qu'elles sont loin.

J'ai lâché prise, et puis, comme, t'sais, ma qualité de vie, elle s'est amélioré. Puis j'sais mieux leur parler. Avant, j'avais d'la difficulté à m'exprimer avec eux autres. Là, ça a adonné que, euh, j'me suis envenu dans ma cours, j'peux tenir une conversation plus ouvertement entre fille et mère.» Certains ont vu leur vie se transformer pour le mieux : « Les choses se placent ».

## 4.7 Résultats pour chaque participant

La prochaine section présente, pour chaque participant, les résultats obtenus avec tous les outils d'évaluation. D'abord, le profil de chaque individu sera présenté, accompagné des résultats aux sujets des « stressseurs » majeurs et du soutien social. Ce profil de la personne et de son contexte sera suivi par les résultats reliés à l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV<sup>®</sup>) et les résultats tirés du questionnaire sur l'Indice de Détresse Psychologique. Les résultats pour chaque individu seront complétés par les résultats recueillies lors de l'entrevue qualitative. J'ai classé les informations qui ont émergé de ces entrevues dans les catégories suivantes: le vécu pendant les rencontres, le vécu entre les rencontres et les liens qu'ils ont perçus avec la qualité de vie.

### 4.7.1 André

#### 4.7.1.1 Son profil

André a 41 ans. Il vit seul. Il est un homme avec beaucoup de rigueur. Il a une bonne alimentation. Il vit un problème de schizophrénie affective et de dépression majeure depuis 23 ans. Il vit aussi un problème de glande thyroïde. Il est sous trois

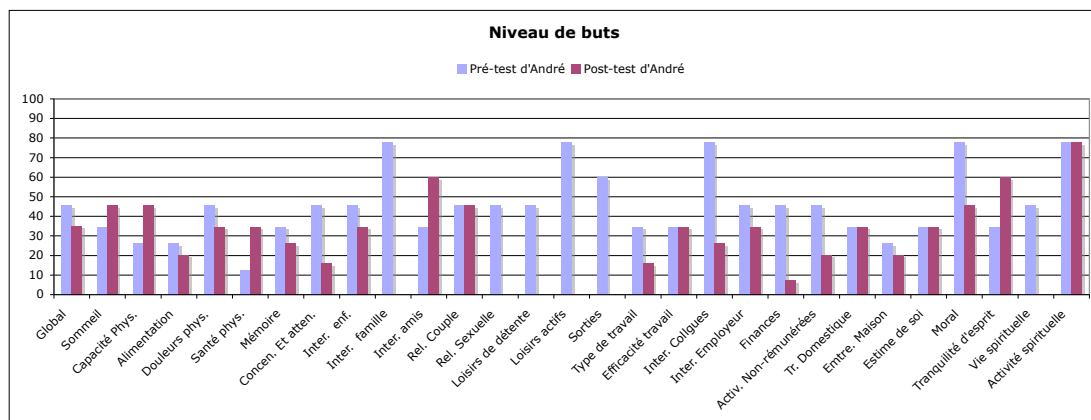
médications. Son revenu annuel est sous les \$20,000. Il a terminé trois sessions au niveau CEGEP.

#### 4.7.1.2 Le soutien social et les événements stressants entourant l'expérimentation

André a vu son soutien social s'améliorer durant l'automne où nous étions en atelier d'éducation somatique. L'amélioration s'est produite autour du fait qu'André a eu souvent quelqu'un qui lui a démontré de l'affection et quelqu'un avec qui il a pu partager ses soucis et ses craintes. En tant que « stresser » majeur, André nous indique qu'il a modérément été influencé par un changement de statut marital.

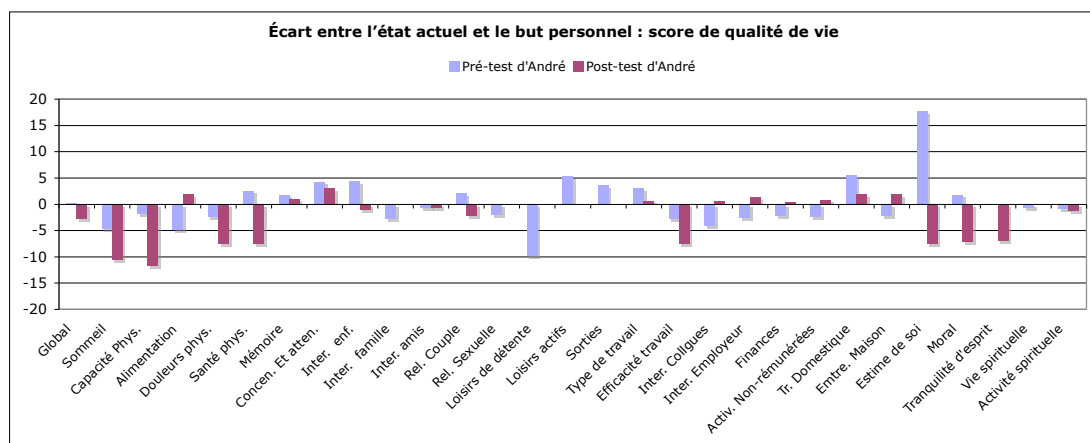
#### 4.7.1.3 Résultats en rapport avec l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie

André a répondu aux questions traitant des interactions avec la famille, des relations sexuelles et aux trois questions traitant des loisirs dans le pré-test, mais n'a pas répondu à ces questions dans le post-test. Nous avons des résultats incomplètes pour ces domaines.



**Figure 4.9 : Niveau des buts (scores bruts)**

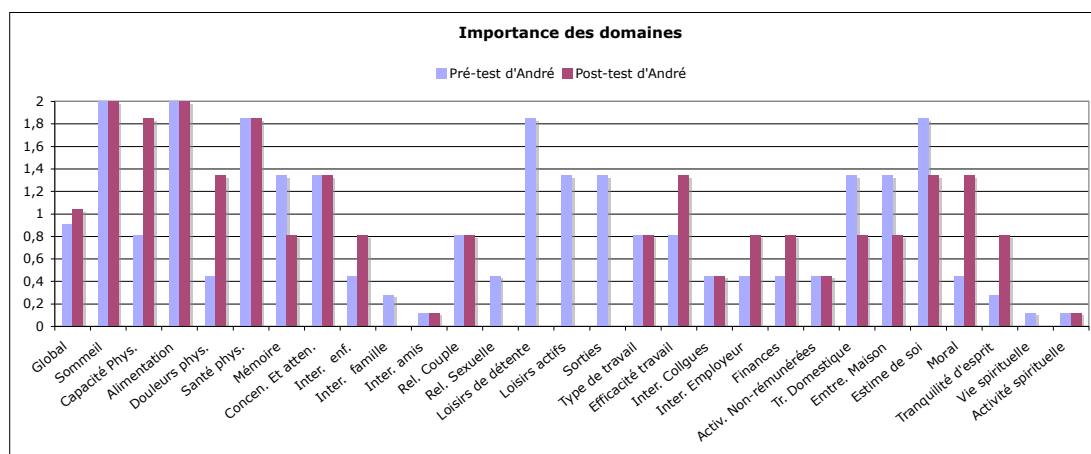
Les résultats d'André ont changé sur tous les domaines de vie à l'exception de quatre domaines au sujet de l'écart entre le niveau des buts à atteindre et l'idéal lors du pré-test et lors du post-test (Figure 4.9). Lors du post-test, le niveau de but à atteindre se rapproche de l'idéal. Lors du post-test, le niveau de but à atteindre est tout prêt de l'idéal pour le domaine de la vie spirituelle tandis que le rapprochement est majeur dans les domaines de vie suivants : la concentration et l'attention, le type de travail, les interactions avec les collègues, les finances, les activités non-rémunérées et le moral. Lors du post-test, les niveaux de but s'éloignent de l'idéal pour les domaines suivants: le sommeil, la capacité physique, la santé physique, l'interaction avec les amis et la tranquillité d'esprit.



**Figure 4.10 : Écart entre le but actuel et le but personnel : score de qualité de vie (scores bruts)**

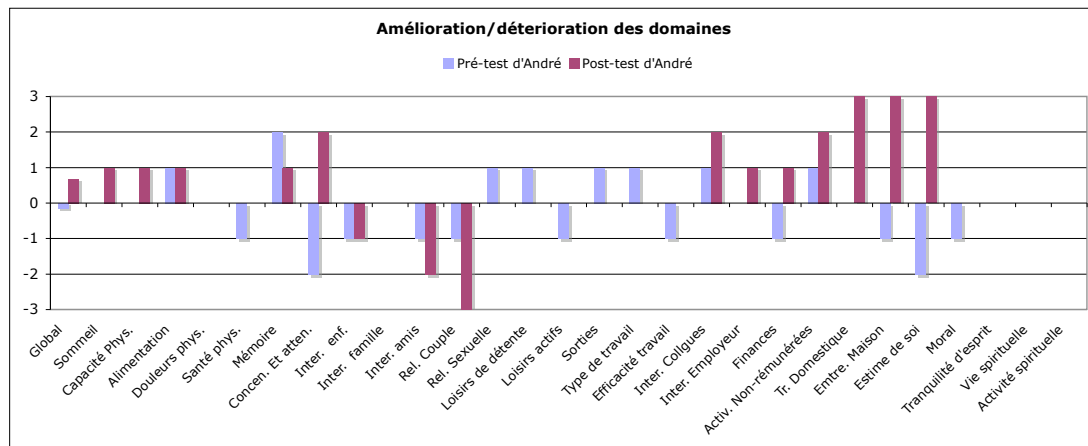
Au sujet du score de la qualité de vie, le score global d'André en post-test est au-delà de ses attentes de façon notable (Figure 4.10). En post-test, 12 domaines de vie dépassent les attentes d'André. Les plus importants sont le domaine du sommeil, trois domaines du plan physique, l'efficacité au travail, l'estime de soi, le moral et la

tranquillité d'esprit. Les domaines où André améliore sa qualité de vie de façon majeure sont le sommeil, la capacité physique, l'estime de soi, le moral et la tranquillité d'esprit. Trois autres domaines de vie s'améliorent sans dépasser les attentes : la concentration et l'attention, le type de travail et les travaux domestiques. La qualité de vie augmente pour le domaine de l'alimentation, de l'interaction avec l'employeur et de l'entretien de la maison même si ces buts ont augmentés.



**Figure 4.11 : Importance des domaines (scores bruts)**

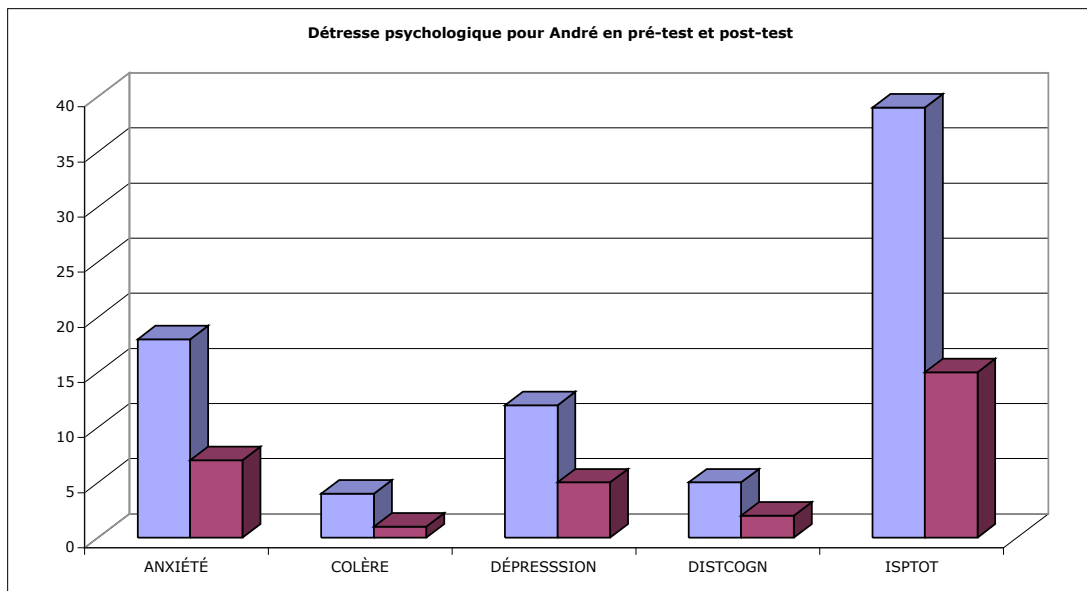
Pour ce qui est de l'importance qu'André porte aux différents domaines de vie, en post-test, l'importance de cinq domaines de vie augmente de manière significative : la capacité physique, la douleur physique, l'efficacité au travail, le moral et la tranquillité d'esprit (Figure 4.11). En post-test, l'importance de trois domaines de vie augmente de manière notable : l'interaction avec les enfants, l'interaction avec l'employeur et les finances. L'importance de trois domaines diminue de façon notable : la mémoire, les travaux domestiques et l'entretien de la maison.



**Figure 4.12 : Amélioration/détérioration des domaines (scores bruts)**

Au sujet de la vitesse d'amélioration ou de détérioration des domaines de vie, le score global passe d'une détérioration lente à une amélioration plus rapide (Figure 4.12). Cinq domaines de vie arrêtent de se détériorer pour s'améliorer de façon majeure : la concentration et l'attention, les finances, les travaux domestiques, l'entretien de la maison et l'estime de soi. Deux domaines s'améliorent de manière majeure : l'interaction avec les collègues et les activités non-rémunérées. Le sommeil, la capacité physique et l'interaction avec l'employeur passent d'une position neutre à une amélioration. Deux domaines de vie semblent se détériorer plus rapidement : les relations avec les amis et les relations de couple. Ce graphique permet donc de voir que la qualité de vie d'André s'est améliorée parce que sa situation a cessé de se détériorer sur plusieurs domaines de vie qui sont passés à une phase d'amélioration. Plusieurs autres domaines de vie ont vu leur vitesse d'amélioration s'accélérer. Deux domaines de vie, celui des relations interpersonnelles et du couple, se sont détériorés plus rapidement, ce qui coïncide avec les résultats sur le support social.

#### 4.7.1.4 La détresse psychologique



**Figure 4.13 : Détresse psychologique pour André en pré-test et post-test**

Au début des rencontres, André avait une fréquence de signes de détresse psychologique dans la moyenne du groupe. Pour André, la fréquence a diminué d'une façon majeure (donc l'intensité), c'est-à-dire de plus de 60 % durant cette période et les quatre signes de détresse utilisés par le questionnaire présentent une diminution. L'anxiété et la dépression sont les signes qui ont subi les plus grands changements et ils accusent une diminution majeure (Figure 4.13).

#### 4.7.1.5 Entrevues qualitatives avec André

##### **Lors des rencontres**

Au tout début de son témoignage, André a précisé ce qui l'a touché lors des ateliers. Il note, comme avantage, la capacité de garder une forme d'autonomie pour faire des

choix, clarifier ses intentions et choisir ses actions. Il l'exprime ainsi : « Ben, c'est ma capacité à...faire c'que j'veux. Au moment, où par exemple, j'en ressens le besoin. D'être capable de le faire pour moi, puis de pas essayer de le faire comme les autres. »

André trouve que le fait de travailler sous un mode « chacun pour soi » avec des consignes claires dans les rencontres offre un contexte qui permet le respect entre les participants. De son témoignage, il ressort qu'un des ingrédients important dans les rencontres est le fait qu'il peut être « lui » et que les relations interpersonnelles ne sont pas centrales pour ce type de groupe. « Ben, le fait que les gens portent moins l'un envers l'autre. Le fait que le monde... ça dérange pas les autres. Puis, c'est beaucoup de discipline. T'sais, y'a pas de gens qui niaient. » Les rencontres d'éducation somatique lui offrent un contexte dans lequel il est capable de se concentrer sans être dérangé par les bruits ou par les autres personnes.

Durant les rencontres, André identifie son expérience en termes de relaxation corporelle et de liberté : « J'me sens mou. J'me sens mobile. J'me sens...libre, libre dans le mouvement. »

### **Entre les rencontres**

J'ai abordé avec André le thème de l'influence de l'éducation somatique entre les rencontres. André me précise qu'avec une meilleure conscience somatique, ses relations interpersonnelles deviennent plus faciles à gérer. Il trouve une source d'inspiration et un équilibre dans ses relations. Il peut se « garder dans le portrait » lorsqu'il est en contact avec d'autres. Il parle même d'une généralisation: « Y'a ma capacité de rester moi-même, même avec les autres. Même si j'suis avec quelqu'un d'autre, j'suis capable de rester à l'écoute de mon corps. Puis ça, ça m'aide à être

bien, avec le monde, avec les autres. Mais j'trouve que y'a un paquet de choses qui découlent de ça. »

André trouve que les ateliers d'éducation somatique l'ont aidé sur plusieurs plans : le plan corporel, le plan relationnel, la tranquillité d'esprit et dans ses tâches quotidiennes. Il résume la situation comme ceci : « D'être bien. D'être bien dans ma peau, ça me permet... comme une libération. Quand on a mal nulle part, on est libre d'écouter les autres, de regarder autour, de regarder c'qu'il se passe. Puis euh, mentalement, aussi, ça m'apporte une tranquillité d'esprit. Aussi, ça m'aide pour, dans bien des domaines, d'être à l'écoute des autres. Même pour faire des p'tites tâches domestique, ça me permet de faire la tâche, puis de pas être préoccupé... »

### **Liens perçus avec la qualité de vie**

Lorsque nous avons abordé le sujet du rapport qu'il perçoit entre l'éducation somatique et la qualité de vie, André me parle de l'équilibre. Il réfère à la capacité de gérer ses périodes intenses de stress et même de diminuer l'ampleur de celles-ci. « Ça me permet de me calmer quand j'sens que le stress prend le dessus. Euh...mettons, j'ai des périodes, mettons, j'suis stressé, d'autres, plus calme, mettons que ça atténue ces « peak-là ». »

Il ressort que pour André, l'éducation somatique semble avoir l'effet d'harmoniser ses relations interpersonnelles. Il se sent un peu plus détaché alors dans ses relations interpersonnelles et cela lui permet d'avoir la capacité de mieux gérer le stress s'y rattachant. Il sent qu'il a une plus grande tranquillité d'esprit et un sentiment de liberté accrue.

André apprécie sentir son corps. Il aime la sensation de relaxation et de liberté que l'éducation somatique lui offre pendant les rencontres et après les rencontres. Les symptômes de stress ont diminué. Les résultats de l'inventaire sur la qualité de vie nous montrent que le domaine de la capacité physique et de la douleur physique ont pris de l'importance.

## 4.7.2 Louise

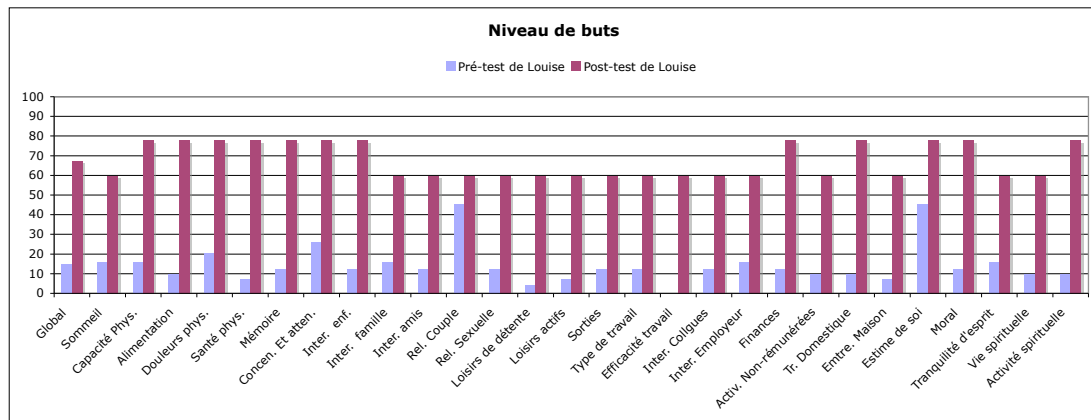
### 4.7.2.1 Son profil

Louise est une femme de 55 ans qui fait du bénévolat dans notre organisme communautaire. Elle vit avec son conjoint de fait. Elle vit un problème de maniaco-dépression (bipolaire) depuis 25 ans. Elle vit aussi un problème de glande thyroïde et de « rein paresseux ». Elle est sous huit sortes de médicaments. Elle a un problème d'obésité. Son revenu annuel est sous les \$20,000. Elle a terminé son secondaire V.

### 4.7.2.2 Le soutien social et les événements stressants

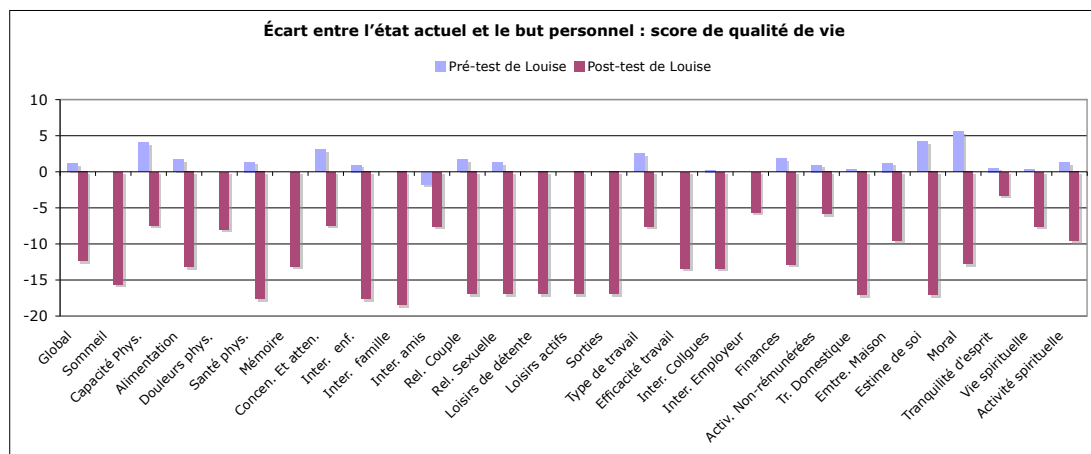
Pour Louise, les fluctuations au sujet du soutien social sont négligeables. Elle avait une légère augmentation du support au niveau de travaux ménagers en post-test. Au sujet des « stresseurs » majeurs, on note une légère baisse. Louise parle en pré-test d'un déménagement qui n'est plus là au post-test. Elle identifie au post-test un « stresseur » au niveau légal qui n'était pas là au pré-test.

### 4.7.2.3 L'Inventaire systémique de Qualité de Vie



**Figure 4.14 : Niveau de buts (scores bruts)**

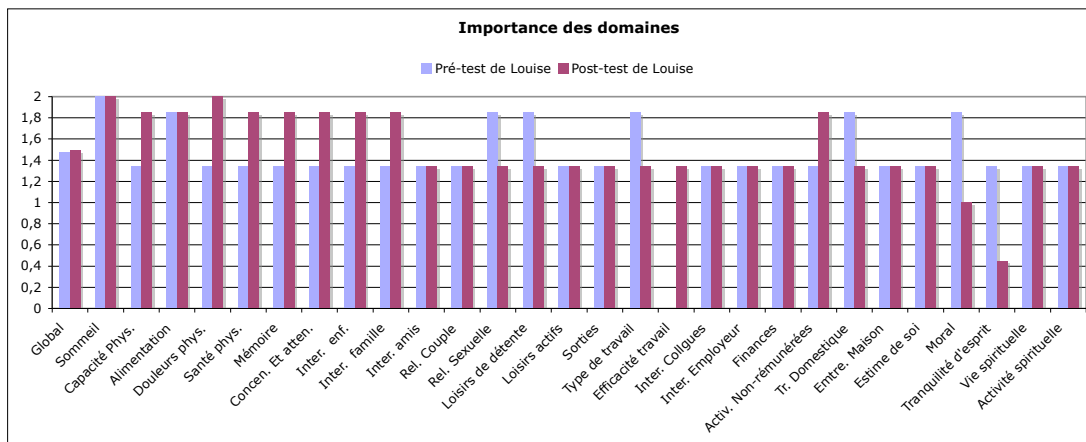
L'écart entre le niveau de but à atteindre et l'idéal lors du pré-test et du post-test est révélateur (Figure 4.14). L'écart des buts à atteindre comparé avec l'idéal en pré-test de tous les domaines est léger, donc le niveau des buts est proche de l'idéal. En post-test, l'écart de tous les domaines a augmenté d'une manière majeure à extrême, donc le niveau des buts s'éloigne de son idéal. En post-test, tous les domaines ont subi une hausse majeure de l'écart sauf deux : la relation de couple et l'estime de soi. Louise s'éloigne donc drastiquement de ses niveaux de buts idéaux à atteindre.



**Figure 4.15 : Écart entre l'état actuel et le but personnel : score de qualité de vie**

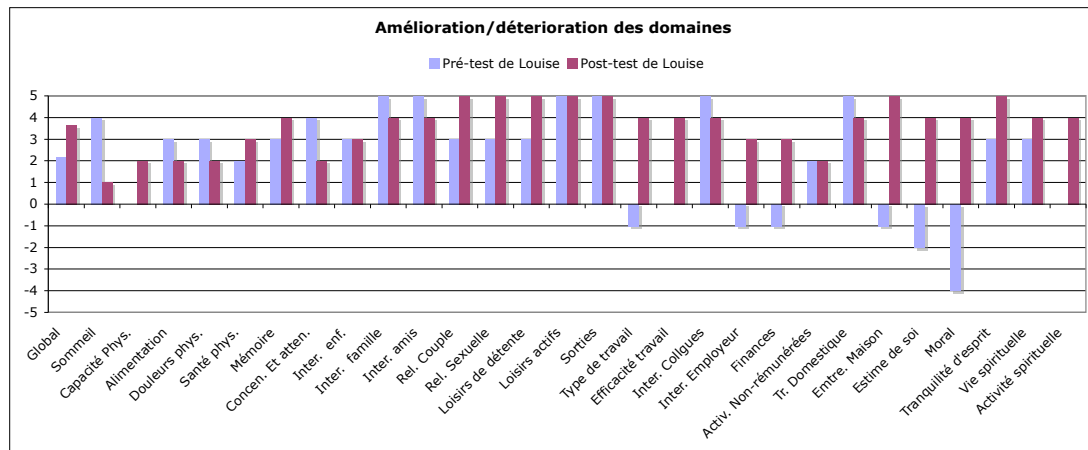
**(scores bruts)**

Au sujet de la qualité de vie, le score global du post-test de Louise est au-delà de ses attentes de façon majeure, même si Louise a élevé son idéal de but à atteindre (Figure 4.15). En post-test, tous les domaines de vie dépassent ses attentes de manière quasi-extrême. Les plus importants sont le sommeil, la santé physique, l'interaction avec les enfants et la famille, les relations sexuelles et de couple, les loisirs, l'entretien domestique et l'estime de soi.



**Figure 4.16 : Importance des domaines (scores bruts)**

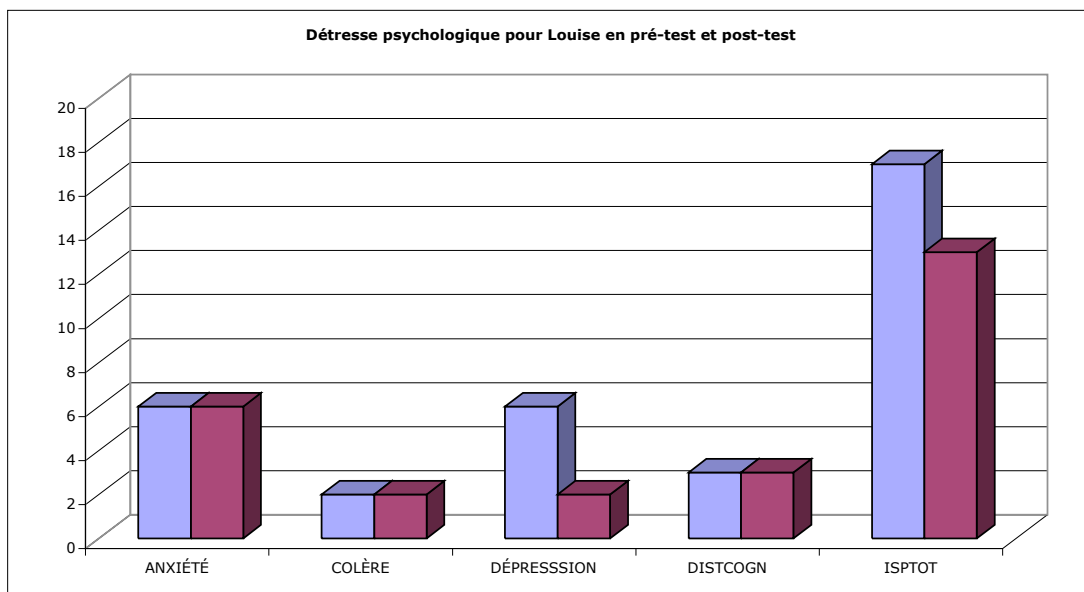
Douze domaines ont gardé la même importance pour Louise (Figure 4.16). L'importance de certains domaines de vie en post-test a augmenté de façon notable. Ce sont les domaines physique, la mémoire, la concentration, l'interaction avec les enfants et la famille, et les activités non-rémunérées. Il y a eu une diminution notable des domaines des relations sexuelles, des loisirs de détente, du type de travail, des travaux domestiques, le moral et la tranquillité d'esprit.



**Figure 4.17 : Amélioration/détérioration des domaines (scores bruts)**

Au sujet de la vitesse d'amélioration ou de détérioration des domaines de vie, en post-test, tous les domaines sont en amélioration rapide sauf cinq, qui sont un peu plus lents (Figure 4.17). Six domaines sont passés d'une détérioration plus ou moins rapide à une amélioration rapide en post-test. Ce sont les domaines du moral, de l'estime de soi, de l'entretien ménager, des finances et de l'interaction avec l'employeur. Le moral est passé de -4 à +4 sur l'échelle de -5 à +5. D'autres domaines s'améliorent de manière notable : la douleur physique, la santé physique, l'interaction avec les amis, les relations de couple, les relations sexuelles, la tranquillité d'esprit et la vie spirituelle. Certains domaines s'améliorent plus lentement en post-test, dont le sommeil, la capacité physique, les douleurs physiques, la concentration et l'attention, l'interaction avec la famille et les collègues et les travaux domestiques. Ce graphique permet de conclure que la qualité de vie s'est améliorée parce que la majorité des domaines de vie de Louise dénotent une accélération de l'amélioration et que six domaines de vie sont passés dans une phase d'amélioration.

#### 4.7.2.4 La détresse psychologique



**Figure 4.18 : Détresse psychologique pour Louise en pré-test et post-test**

Au début de nos rencontres, Louise avait une fréquence de signes de détresse psychologique en dessous de la moyenne du groupe. La fréquence des signes a diminué de manière notable, c'est-à-dire de 25%, durant cette période. Cela est dû à la dépression qui a subi une diminution majeure de plus de 66%, alors que les trois autres signes sont restés stables (Figure 4.18).

#### 4.7.2.5 Entrevues qualitatives avec Louise

##### **Lors des rencontres**

Le premier constat que Louise a fait, c'est qu'elle n'était pas en forme parce qu'elle avait de la difficulté à faire les exercices et à respirer. Par contre, les exercices l'ont

aidé à relaxer et lui ont permis de retrouver une meilleure capacité respiratoire. « Puis j'avais d'la difficulté à respirer, à prendre mon souffle, avant. Puis là, maintenant, j'peux prendre mon souffle, puis mieux me concentrer, puis faire, euh, prendre mon souffle, comme j'disais. Parce que j'avais d'la difficulté à respirer. » « J'me sentais...j'relaxais, puis j'baillais. »

Elle a souligné qu'il y avait des instants de panique liés à cette difficulté de respiration. Apprendre à relaxer durant les exercices lui a permis de s'en dégager. « Dans le, dans les cours, j'commençais à paniquer, t'sais. Mais, j'me suis rendue compte que j'avais pas besoin de...j'ai appris à relaxer. J'paniquais, puis j'relaxais. »

Durant les rencontres, Louise aimait avoir sa place (son matelas), ça l'aidait à se concentrer. Elle n'aimait pas que quelqu'un prenne son matelas, ce qui lui faisait vivre une frustration. Par contre, elle s'est aperçue que cela était une habitude.

Le fait d'être dans un groupe était important pour Louise : « Je regardais les autres faire leurs prouesses, puis le fait de voir les autres personnes, en avant de moi, de faire les exercices, ça m'aidait. T'sais, j'étais pas la seule qui regardait, puis j'étais plus, mieux entourée, t'sais, avec, d'autres personnes. Parce que je n'étais pas la seule qui le faisait. Puis, j'me sentais mieux. J'suis pas la seule personne qui prenait de l'éducation.»

### **Entre les rencontres**

Louise refaisait les exercices à la maison et elle pouvait mieux relaxer et dormir. Elle trouvait aussi que ses tâches domestiques et son entretien ménager allaient mieux. « J'fonctionne mieux à la maison, j'vais te dire franchement. »

Plusieurs thèmes chers à la santé mentale ont été influencés et reconnus comme tel

par Louise. Elle parle de son bien être, de l'estime de soi et de la motivation en ces termes : « J'me sentais bien, j'me sentais plus confiante. J'avais plus confiance en moi, quand j'sortais. Je me disais : « Mon nom, c'est Louise, puis, vas-y . J'avais plus de...comment qu'on appelle ça, j'étais plus en forme, plus relaxe. Let's go, va d'l'avant, Louise, t'sais, arrête pas, continue ! »

Elle précise l'influence de l'éducation somatique sur l'estime de soi dans un témoignage assez touchant : « Parce que, comme j'disais, j'commençais à paniquer, puis j'avais d'la misère à prendre mon souffle, puis ... mon estime de soi s'en allait. Parce que j'me suis rendu compte que c'était assez dur pour moi de continuer dans le cheminement de, d'affronter les choses de la vie. Mais, comme j'disais, j'm'en apercevais pas, mais mon estime de soi s'en allait. Ça fait que là, j'ai repris confiance en moi. Et j'sais plus, j'avais peur de mourir, puis tout ça, puis j'me suis dit en moi-même, on verra, ça, c'est cette étape-là qu'il faut que j'vive, c'est ça qui est le plus important. Puis ma mort, est pas, est pas, on peut pas dire quand est-ce que ma mort va arriver, mais j'me, j'pensais à ça. »

Elle trouve dans ces rencontres une nouvelle attitude plus positive face aux événements. : « J'étais fière de moi. J'ai accompli quelque chose ! ... c'était une nouvelle attitude de...de voir les choses qui sont belles, les voir plus agréables, parce qu'on se sent mieux peut-être qu'on voit les choses plus belles. C'est pas du blabla, c'est pas... Être en forme, être joyeuse, puis entendre la musique, puis de « feeler » bien dans sa peau. T'sais, c'est ça. »

**Lien avec la qualité de vie**

Lorsqu'on aborde le lien entre la qualité de vie et l'éducation somatique, Louise repère un lien important dans un « lâcher prise » au sujet de sa relation avec ses enfants. « J'ai lâché prise dans des choses. Avant, mes filles, c'était de l'or en barre, j'étais pas capable de vivre sans... loin d'elles, parce qu'elles sont loin. J'ai lâché prise, et puis, comme, t'sais, ma qualité de vie, elle s'est améliorée. Maintenant, je regarde les autres enfants...et puis j'ai appris à me satisfaire moi-même, sans avoir mes filles près de moi. Ça s'améliore, t'sais. Puis j'sais mieux leur parler. Avant, j'avais d'la difficulté à m'exprimer avec eux autres. Là, ça a adonné que, euh, j'me sens mieux dans ma peau puis avec eux autres, j'peux tenir une conversation plus ouvertement entre fille et mère. »

Elle résume les domaines de vie influencés par l'éducation somatique autour de l'estime de soi, le moral, la capacité physique, la mémoire et la relaxation. Pour Louise, il ressort par l'inventaire de la qualité de vie que d'avoir participé à cette étude a augmenté de manière drastique l'écart entre l'idéal des buts qu'elle a et ses buts à atteindre. Par contre, sa satisfaction dans tous les domaines de vie dépasse ses attentes en post-test. Certains domaines ont pris de l'importance à la fin comme les domaines du physique, de la mémoire et de la concentration et ses relations avec ses enfants. Pour Louise, tous les domaines s'améliorent sauf le sommeil. Son moral et son estime de soi sont passés d'une détérioration majeure à une amélioration extrême. Les signes de dépression ont baissé de 66 %. Lors de l'entrevue, Louise parle de retrouver sa respiration, de relaxation, d'arrêt de panique durant les exercices. Elle note qu'elle est plus positive, plus confiante face à la vie et plus joyeuse. Elle est plus motivée. Ses relations avec ses enfants semblent plus satisfaisantes.

#### 4.7.3 Jean

#### 4.7.3.1 Son profil

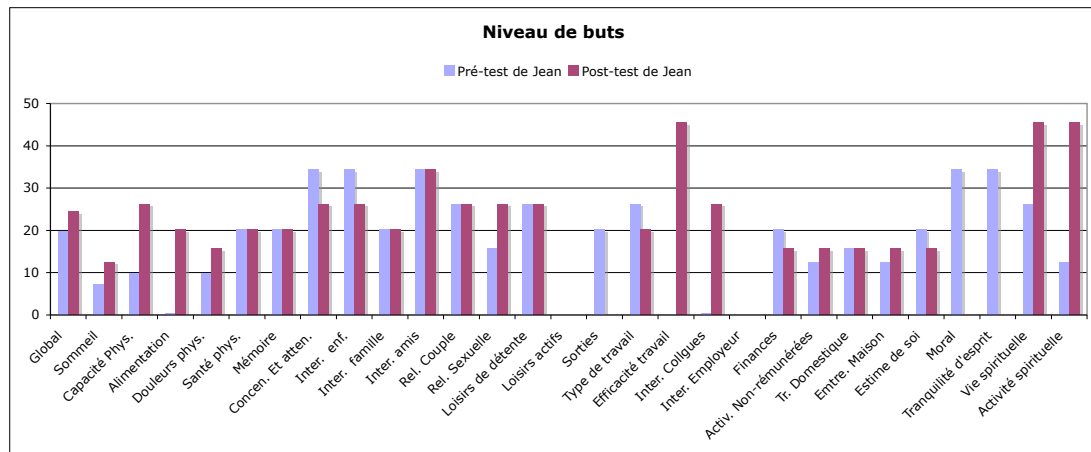
Jean est une personne ayant côtoyé et travaillé avec des artistes de haut niveau. Jean a 54 ans et vit seul habituellement. Durant l'expérimentation, il vivait dans une maison de transition pour des personnes ayant un problème de santé mentale. Il vivait un problème de dépression majeure depuis plus d'un an. Il devait prendre trois médicaments. Il souffrait aussi de contrainte pulmonaire, de diabète et de haute pression. Il vivait avec les séquelles de la poliomyélite et avait subi la greffe d'une tige d'acier près de la colonne vertébrale. Son revenu était en dessous de \$20,000. Il avait terminé un CEGEP en technique d'architecture.

#### 4.7.3.2 Le soutien social et les événements stressants

Le soutien social s'est détérioré durant l'automne où nous étions en atelier d'éducation somatique. Cette détérioration s'est reflétée sur six des sept points du questionnaire sur le soutien social. Le point resté intact est celui des travaux ménagers puisqu'il n'avait jamais de support pour cette tâche. En tant que « stresser » majeur, Jean nous indique qu'il a été extrêmement influencé par des amitiés qui se sont terminées. Les autres points ont peu subi de fluctuation.

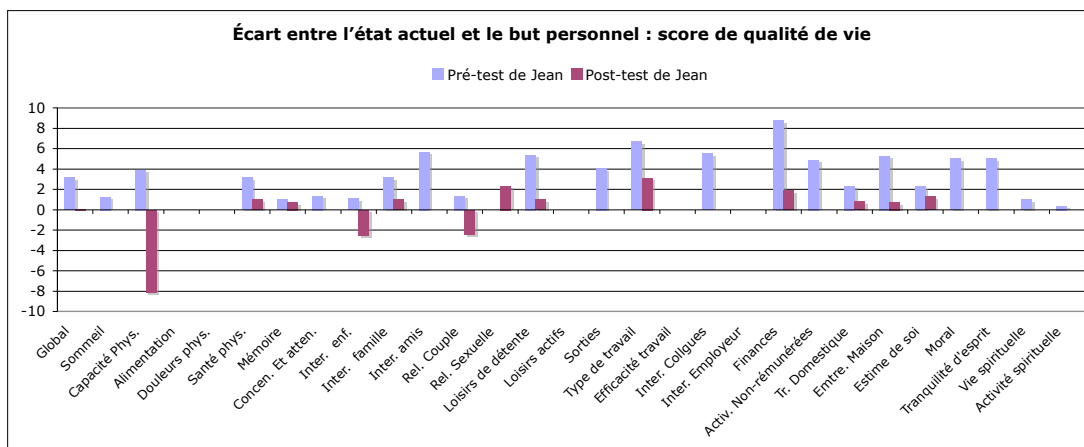
#### 4.7.3.3 L'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV©)

Certaines questions n'ont pas été complétées en pré-test et en post-test pour les domaines du loisir actif et de l'interaction avec l'employeur. D'autres questions n'ont pas été répondues en post-test pour les domaines des sorties, du moral et de la tranquillité d'esprit.



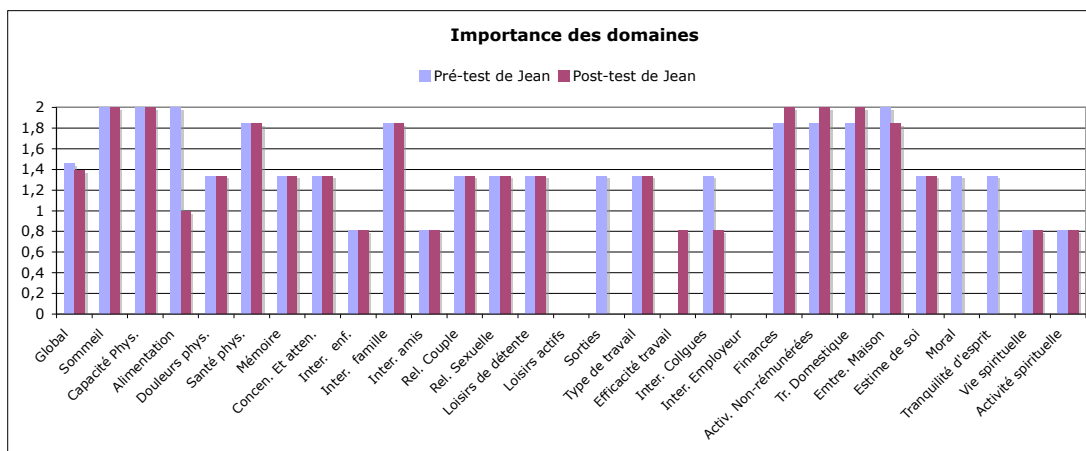
**Figure 4.19 : Niveau de buts (scores bruts)**

L'écart entre le niveau des buts à atteindre et l'idéal de Jean lors du pré-test et du post-test est négligeable pour le 2/3 des domaines de vie (Figure 4.19). En post-test, le niveau de but s'éloigne légèrement de son idéal. Pour les domaines de la concentration, de l'interaction avec les enfants, des finances et de l'estime de soi, le niveau de buts se rapproche légèrement de l'idéal tandis que pour les domaines suivants il s'en éloigne : la capacité physique, l'alimentation, la santé physique, l'efficacité au travail, l'interaction avec les collègues et les activités spirituelles.



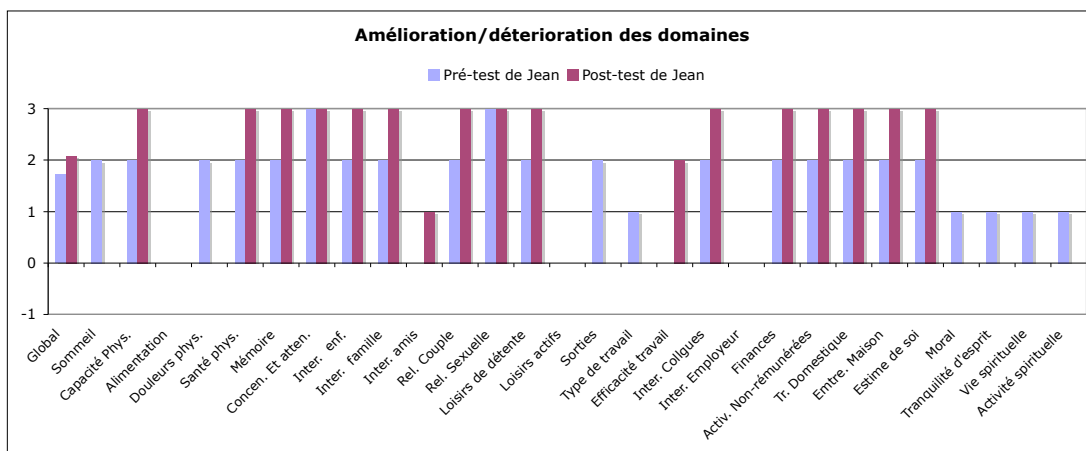
**Figure 4.20 : Écart entre l'état actuel et le but personnel : score de qualité (scores bruts)**

Le score de qualité de vie s'est amélioré légèrement pour tous les domaines de vie. (Figure 4.20). Le score global et 17 domaines de vie accusaient un léger écart entre l'état actuel et le but personnel en pré-test et l'écart devenait nul en post-test, c'est-à-dire que l'état actuel et les buts personnels étaient du même niveau. Ce résultat démontre un certain réalisme vécu par André. Le domaine de vie sur la capacité physique accusait un écart notable en pré-test et dépasse les attentes en post-test, donc la qualité de vie s'est grandement améliorée pour ce domaine de vie. Le domaine de la relation avec les enfants et de la relation de couple dépasse légèrement les attentes. Les domaines des loisirs de détente, du type de travail, de l'interaction avec les collègues accusent une légère diminution de l'écart entre l'état actuel et le but personnel en gardant toutefois un écart minime.



**Figure 4.21 : Importance des domaines (scores bruts)**

L'importance des domaines de vie en post-test est restée semblable pour la plupart des domaines de vie (Figure 4.21). Les domaines de vie de l'alimentation et de l'interaction avec les collègues ont diminué d'une façon majeure pour le premier et notable pour le second.



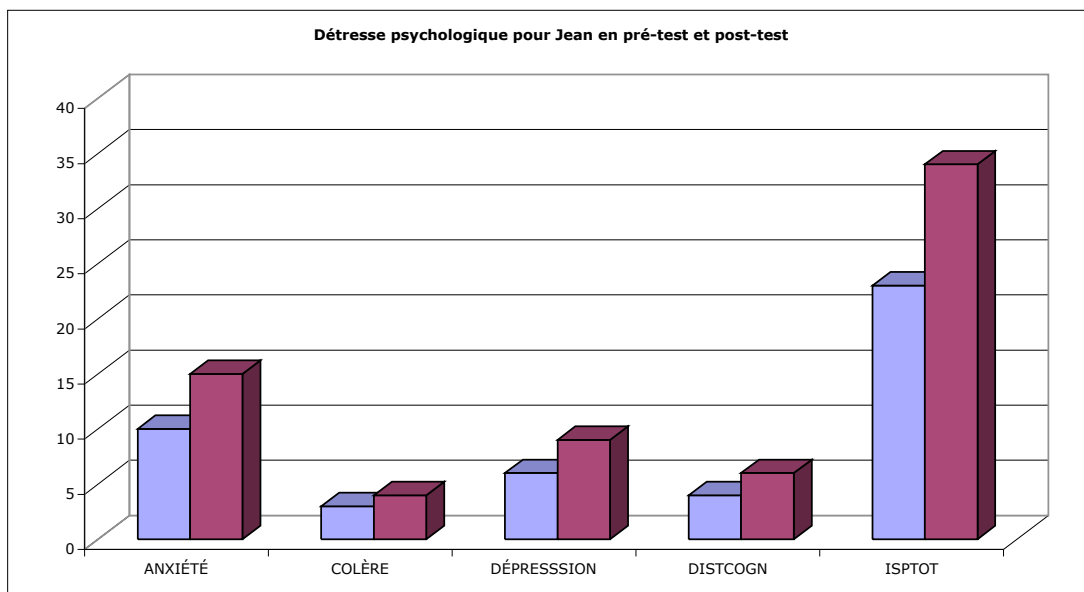
**Figure 4.22 : Amélioration/détérioration des domaines (scores bruts)**

Au sujet de la vitesse d'amélioration ou de détérioration des domaines de vie, aucun domaine de vie est en état de détérioration et ce, au pré-test comme au post-test

(Figure 4.22). La situation semblait déjà s'améliorer au tout début de l'étude. Le

score global s'est amélioré de manière notable. Treize domaines de vie ont accéléré leur vitesse d'amélioration d'une manière notable, c'est-à-dire d'un point. Ce graphique permet donc de voir que la qualité de vie s'est améliorée plus rapidement par le simple fait d'avoir participé à l'étude, même si le support social de Jean s'est détérioré et que la détresse psychologique a subi une hausse notable (Figure 4.23). L'amélioration de la qualité de vie au niveau de sa capacité physique semble très importante pour Jean.

#### 4.7.3.4 L'évaluation de la détresse psychologique



**Figure 4.23 : Détresse psychologique pour Jean en pré-test et post-test**

Au début des rencontres, Jean avait une fréquence de signes de détresse psychologique un peu en deçà de la moyenne du groupe (Figure 4.23). Après nos rencontres, les signes de détresse psychologique étaient plus fréquents. Pour Jean, la

fréquence a augmenté du tiers durant cette période et les quatre signes de détresse utilisés par le questionnaire ont montré une augmentation. L'anxiété et la dépression sont les signes qui ont subi la plus grande augmentation. Il faut se rappeler que Jean a subi une détérioration de son support social.

#### 4.7.3.5 Entrevues qualitatives avec Jean

##### **Lors des rencontres**

Jean s'est senti calme lors des exercices. « Ouaf, durant les rencontres, j'dirais que j'me sentais plutôt détendu. Confortable, en général, à ce point de vue-là. » Il précise aussi de quelle manière il a amélioré sa conscience corporelle : « Parce que j'trouve que ça assouplit un peu, sans demander, comment j'pourrais dire ça, des efforts trop agressants. C'est ben graduel, puis euh, on sent quand même une différence, autant au niveau de l'assouplissement que de l'augmentation de la force physique. Du fait qu'on travaille des muscles que des fois, on pense même pas qui existent ! »

Jean parle de son vécu lors des rencontres souvent en rapport avec les séquelles d'une maladie et de ses opérations. Il identifie la découverte d'un potentiel qu'il ne soupçonnait pas et une toute nouvelle amplitude de mouvements confortables et une nouvelle plage d'aisance: « Les inconforts, étant donné les séquelles de la poliomyélite, quand, y'a certains exercices que c'est sûr que ça aurait été plus facile si j'aurais eu mon épaule gauche intacte. Mais j'me suis rendu compte que, quand même, même avec ce handicap-là, j'étais capable d'aller plus loin que j'pensais. Puis j'me suis rendu compte que j'étais, malgré le fait que j'ai une greffe de la colonne vertébrale, une tige d'acier inoxydable, ben que j'ai quand même une certaine souplesse, que au niveau de la torsion, ça a quand même du sens. Puis, ça fait que les exercices, j'dirais, c'est ça, en général, les déplacements de poids, ou torsion sur les

côtés, j'me suis rendu compte que ce côté-là, j'étais pas très handicapé, le fait que j'ai

la région lombaire quand même assez souple, puis que j'ai un peu de mobilité au niveau de la région cervicale, ça fait moins de limites. Oui. Je...j'ai pas senti aucune retenue intérieure, ou aucun tiraillement. Ouais. Quand j'étais pas capable de le faire, c'est arrivé à une couple de reprises, là, j'essayais tout simplement pas. C'est pas si grave que ça, là. Ça fait que j'dirais que de pouvoir les faire à quatre-vingt-quinze pour cent au moins, là.»

### **Entre les rencontres**

Les heures après les rencontres, Jean se sentait très bien : « Très bien. Ouais, j'dirais que, ouais, en général, j'pense que mieux qu'avant l'exercice. J'me sentais mieux qu'avant l'exercice. J'avais la tranquillité d'esprit, il m'semble. » De plus, il identifie un changement au niveau de la qualité de ses mouvements et de ses appuis ainsi que de sa perception de l'espace : « Hummm, au niveau de la perception que j'ai dans l'espace. Ma façon de marcher, ma façon de marcher a changé un peu, dû au fait que ça fait prendre conscience de la notion de la pesanteur, puis tout ça. Puis en renforçant certains muscles, en faisant les exercices, parce que j'suis quelqu'un qui est pas porté, d'emblée, à faire des exercices, ça fait que, c'est sûr que de faire des exercices, ça me donnait plus d'assurance dans ma démarche, puis ça donne l'impression d'avoir de meilleurs appuis. »

Jean a pris conscience que l'éducation somatique était une approche globale qui touchait aussi certains aspects psychologiques et cognitifs comme l'écoute de soi et la créativité. « J'pense que ça aide d'une façon générale, parce que c'est pas juste physiquement, c'est que, euh...on est dans un monde qui vit vite, vite. Puis souvent, on s'arrête pas. On prend pas le temps d'écouter des fois la petite voix intérieure, puis euh, de prêter attention à des perceptions fines, pas seulement physiques, mais au

point de vue psychologique, là, comme quand j’fais une peinture, quelque chose.

J’suis plus porté à faire attention à des détails fins, dans le processus, puis dans l’utilisation des matériaux, tout ça. » Il compare le lien entre l’éducation somatique et la qualité de vie à l’école Bauhaus : « Comme quand on parlait de Bauhaus, l’esprit Bauhaus, qu’y était d’attaché l’aspect physique, la forme physique, pour arriver à, à la forme intellectuelle, et puis, à l’aspect créatif, j’pense que c’est un peu dans le même genre. Ça donne un peu les mêmes effets aussi. »

### **Lien avec la qualité de vie**

Lorsque nous abordons le lien entre l’éducation somatique et la qualité de vie, Jean nous parle de l’instant présent : « Ben, oui, sûrement qu’y a un lien entre les deux. C’est-à-dire qu’en affinant notre perception, ben à ce moment-là, on se permet de peut-être plus savourer les bons moments, des choses comme ça, de s’arrêter au moment présent, t’sais. Ça permet d’être plus à l’écoute de moi-même, c’est ça que j’veux dire. Ça permet d’avoir une perception plus fine en général, autant au point de vue des relations avec les autres ou des activités que je vais faire. » Puis il conclut : « J’dirais que ça touche encore les mêmes affaires. Au niveau de la conscience, conscience générale. Comme j’disais, au niveau physique, y’a la conscience de sa situation dans l’espace, puis à partir de là, la conscience en général. C’est comme tout lié, c’est comme tout ensemble. »

Il a trouvé aussi une motivation pour continuer à faire de l’exercice physique après l’automne et faire attention à sa condition physique. Pour Jean, il ressort que la fluctuation des niveaux de buts en comparaison à ses idéaux est faible, sauf pour la vie spirituelle et la capacité physique où cet écart grandit. Il n’y a que peu d’écart entre la situation actuelle et ce qui serait pleinement satisfaisant pour lui. Jean n’a pas changé d’avis sur l’importance de chaque domaine de sa vie. L’influence semble

avoir été perçue sur sa capacité physique en post-test car elle dépasse ses attentes.

Son support social s'est détérioré et son état émotionnel donne des signes de détresse plus fréquents.

#### 4.7.4. Josée

##### 4.7.4.1 Son profil

Josée est une femme de 24 ans assez timide vivant un problème léger de déficience intellectuelle. Elle vivait chez ses parents. Elle avait fait des dépressions à répétition. Elle a vécu cinq hospitalisations durant les dernières six années. Elle devait consommer quatre types de médicaments. Elle faisait de l'embonpoint. Son revenu était en dessous de \$20,000. Elle avait complété une sixième année.

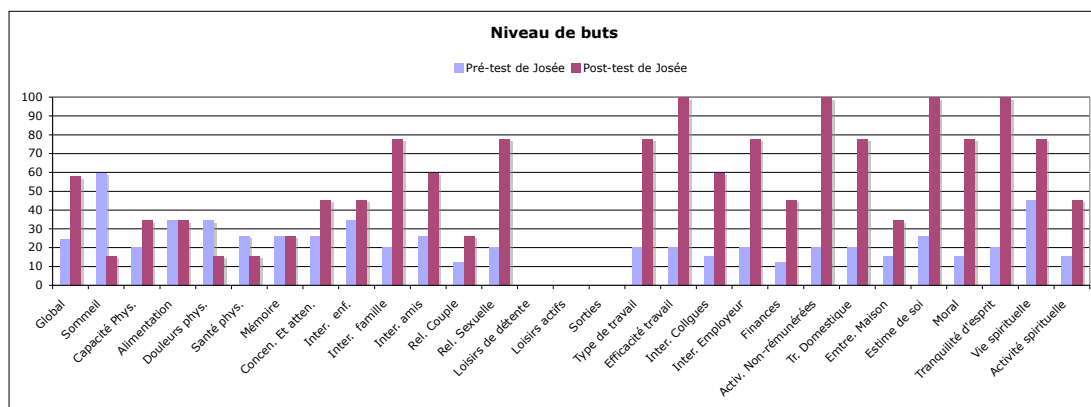
##### 4.7.4.2 Le soutien social et les événements stressants

Josée a vécu des fluctuations au niveau de son soutien social, mais ces fluctuations se sont équilibrées pour le résultat global. Elle note qu'elle a diminué au niveau de l'affection et de la compréhension lors de situations difficiles. Par contre, elle a eu un meilleur soutien social au niveau d'avoir quelqu'un pour partager des activités plaisantes.

L'item «autres stressants» dans le questionnaire sur les événements stressants dans sa vie accuse une augmentation de deux points. Cet indicateur est le point le moins précis du questionnaire sur les événements stressants, il est donc difficile d'en préciser la consistance.

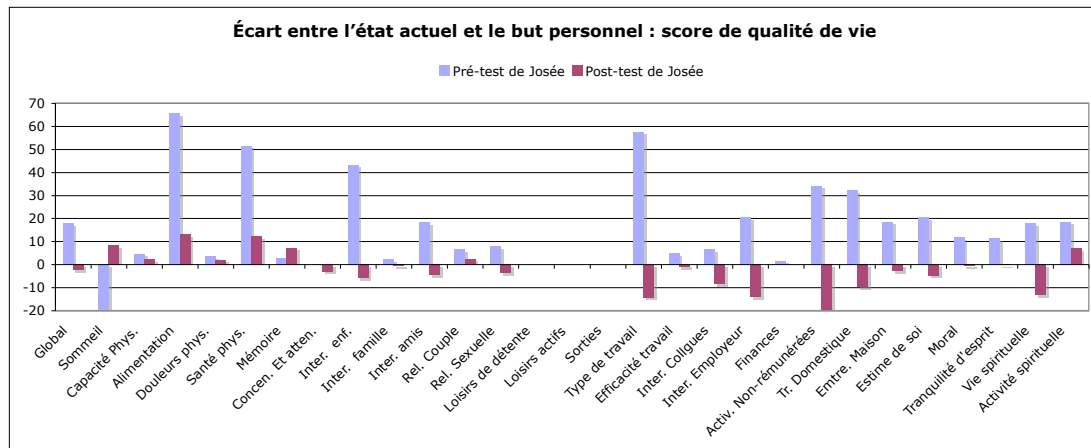
#### 4.7.4.3 L'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV©)

Pour Josée, il n'y a aucune réponse pour les trois domaines de vie en rapport aux loisirs.



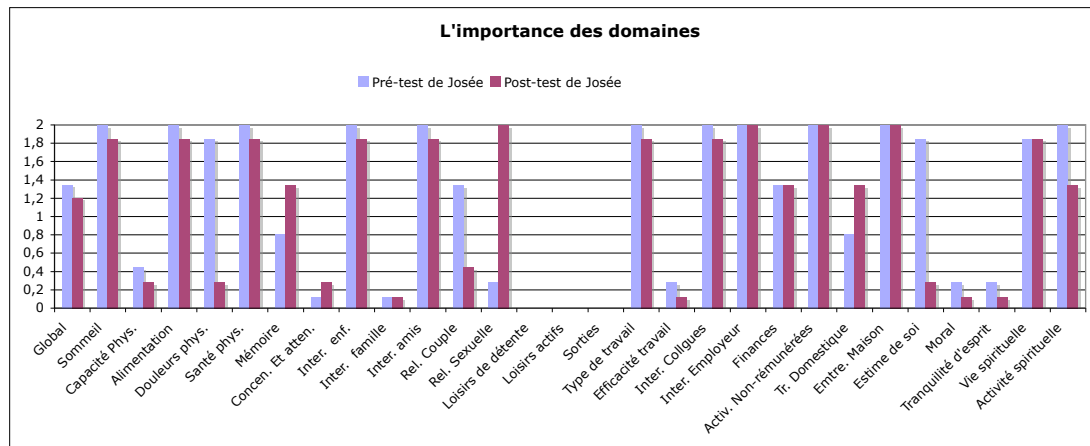
**Figure 4.24 : Niveau de buts (scores bruts)**

L'écart entre le niveau des buts à atteindre et l'idéal de Josée s'aggrandit de manière majeure lors du post-test (Figure 4.24). Josée s'éloigne de son idéal de buts à atteindre. Ce score global est le reflet du fait que 22 des 25 domaines de vie s'éloignent de cet idéal. Les trois domaines où l'écart diminue sont le sommeil, les douleurs physiques et la santé physique s'éloignent d'une manière majeure de leurs idéaux. Les plus importants sont l'interaction avec la famille, les relations sexuelles, l'efficacité au travail, les activités non-rémunérées, l'estime de soi et la tranquillité d'esprit. Les domaines de la mémoire et de l'alimentation restent stables.



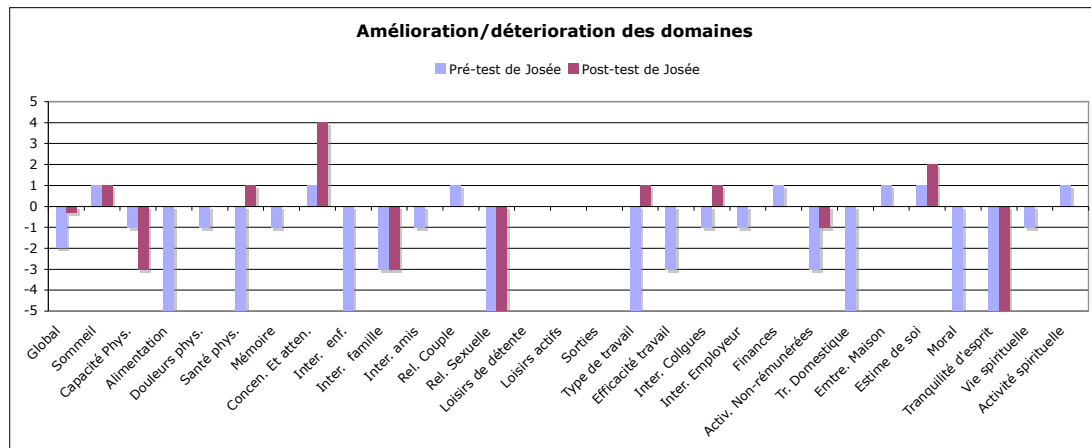
**Figure 4.25 : Écart entre l'état actuel et le but personnel : score de qualité (scores bruts)**

Le score global de la qualité de vie en post-test augmente drastiquement et dépasse les attentes de Josée, même si elle a augmenté l'écart du niveau de buts à atteindre (Figure 4.25). Treize domaines de vie dépassent les attentes en post-test. Les plus importants de ces 13 domaines sont le type de travail, les activités non-rémunérées, les interactions avec l'employeur, la vie spirituelle et les travaux domestiques. Les domaines qui accusent les plus grandes baisses d'écart entre l'état actuel et le but personnel, sans toutefois dépasser ses attentes, sont l'alimentation, la santé physique, les interactions avec les enfants et le type de travail. Le domaine du sommeil subit une augmentation majeure de l'écart.



**Figure 4.26 : L'importance des domaines (scores bruts)**

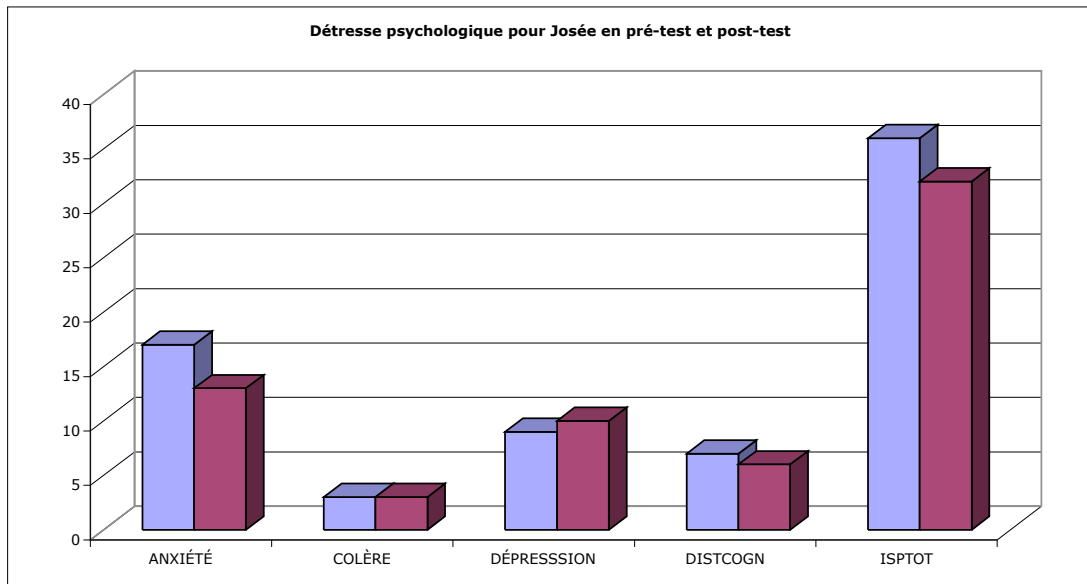
L'importance des domaines lors du pré-test et du post-test est soit très élevée pour certains domaines, soit très basse. Josée attache une très grande importance à 16 des domaines de vie et très peu d'importance à sept des autres domaines de vie (Figure 4.26), ce qui laisse seulement trois domaines de vie dans la moyenne du groupe. En post-test, l'importance du domaine de la douleur physique et du domaine de l'estime de soi diminue de manière extrême, tandis que l'importance du domaine des relations sexuelles augmente extrêmement. Des fluctuations majeures à la baisse sont remarquées pour la relation de couple. Il y a une augmentation notable de l'importance du domaine de la mémoire et des travaux domestiques tandis qu'on trouve une baisse notable pour les activités spirituelles.



**Figure 4.27 : Amélioration/détérioration des domaines (scores bruts)**

La vitesse d'amélioration ou de détérioration des domaines de vie présente aussi quelques extrêmes (Figure 4.27). Le score global en pré-test présentait une détérioration accélérée et ce score ralentit de manière majeure en post-test. Douze domaines de vie se stabilisent, c'est-à-dire que la détérioration s'arrête. Cinq de ces domaines se détérioraient à l'extrême au pré-test et se sont stabilisés en post-test : l'alimentation, l'interaction avec les enfants, le type de travail, les travaux domestique et le moral. Trois domaines de vie sont passés de la détérioration à l'amélioration : la santé physique, le type de travail et l'interaction avec les collègues. Le domaine de la concentration et de l'attention s'améliore rapidement en post-test. Les domaines des relations sexuelles et de la tranquillité d'esprit se détériorent à l'extrême en pré-test et en post-test. Le seul domaine de vie qui semble se détériorer plus rapidement en post-test est celui de la capacité physique. Ce graphique permet donc de voir que la qualité de vie s'est améliorée parce que la situation de Josée a cessé de se détériorer sur plusieurs domaines de vie et que quelques domaines sont passés d'une détérioration à une amélioration. Deux autres domaines de vie ont aussi augmenté leur vitesse d'amélioration.

#### 4.7.4.4 L'évaluation de la détresse psychologique



**Figure 4.28 : Détresse psychologique pour Josée en pré-test et post-test**

Au début de nos rencontres, Josée avait une fréquence de signes de détresse psychologique qui dépassait la moyenne du groupe (Figure 4.28). Pour Josée, la fréquence a baissé d'un léger 10% durant cette période. L'anxiété accuse une légère baisse. La tendance au découragement et à pleurer ainsi que l'irritabilité ont été soulagés tandis que la sensation liée aux tensions corporelles a été plus présente.

#### 4.7.4.5 Entrevues qualitatives avec Josée

##### **Lors des rencontres**

Le premier effet des rencontres d'éducation somatique identifié par Josée est que « ça baisse le niveau de stress. » Selon elle, le mouvement et la manière de proposer les

mouvements sont importants pour obtenir le mieux-être. Elle apprécie retrouver l'atmosphère des rencontres.

Lorsque j'ai demandé à Josée d'identifier ce qui l'a marquée, elle a spontanément nommé le fait qu'elle ne connaissait personne dans le groupe. Pour elle, il y avait donc une épreuve à surmonter à ce niveau.

### **Entre les rencontres**

Après les rencontres, Josée se sentait plus en forme et mieux dans sa peau. Elle associe ce mieux-être au fait d'avoir bougé et d'avoir fait les exercices. « J'me sentais plus en forme. Ben, d'avoir bougé, d'avoir...c'est ça...faire des exercices. Être plus bien dans ma peau, j'dirais. »

Josée trouve que les rencontres l'ont beaucoup aidée. Lorsque je lui ai demandé à quels niveaux, elle a répondu : « Apprendre à me connaître mieux, à respecter mes limites. » Lorsque je lui ai demandé si l'influence était plus physique ou émotionnelle, elle a répondu : « Psychologiquement aussi. J'suis un peu plus capable de le dire quand ça va pas bien. »

### **Lien avec la qualité de vie**

Lorsque je cite différents thèmes abordés dans l'inventaire sur la qualité de vie, Josée retient l'estime de soi et le moral. Pour Josée, il ressort que le niveau de but à atteindre s'éloigne de son idéal un peu partout en post-test. Par contre, pour le sommeil et le domaine physique, il y a un rapprochement avec son idéal. Son degré de satisfaction général dépasse un peu ses attentes. Plusieurs domaines n'étaient pas satisfaisants au départ alors qu'au post-test, plusieurs domaines dépassent ses attentes de satisfaction. Le degré d'importance des domaines est resté stable sauf pour trois

domaines où l'on note une diminution de l'importance : la douleur physique, la relation de couple et l'estime de soi. La vitesse de détérioration se stabilise pour beaucoup de domaines de vie. Cinq domaines s'améliorent, dont un plus rapidement, soit celui de la concentration et l'attention. L'anxiété accuse une légère baisse et la tendance au découragement ou à pleurer a été soulagée.

#### 4.7.5 Ginette

##### 4.7.5.1 Son profil

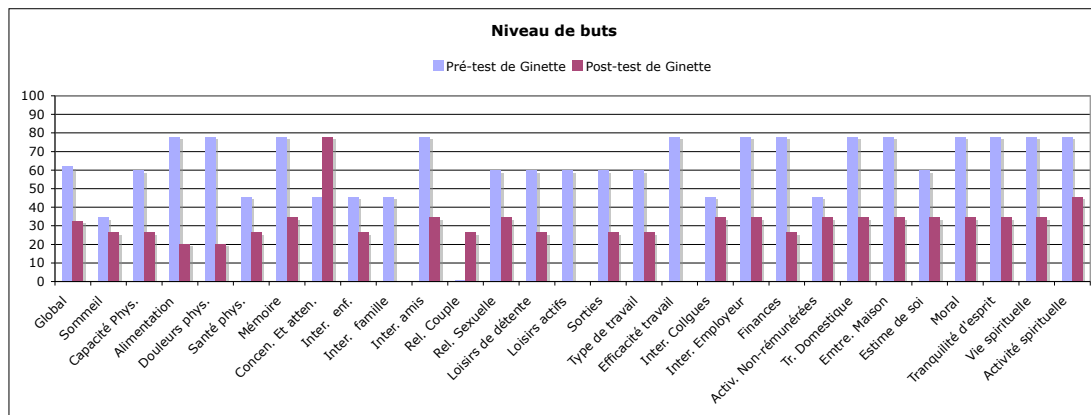
Ginette est une femme assez active de 53 ans. Elle vit avec son mari. Elle vit une dépression majeure depuis 3 ans. Elle en a déjà fait d'autres par le passé, mais sans diagnostic. La première fois remonte à 23 ans. Elle a deux médicaments à prendre en rapport à sa dépression. Elle vit aussi des problèmes de diabète, de glande thyroïde et d'arthrose. Elle a un léger surpoids. Son revenu est en dessous de \$20,000. Elle a complété une neuvième année.

##### 4.7.5.2 Le soutien social et les événements stressants

Il n'y a eu aucune fluctuation notable au sujet du soutien social de Ginette. Pour ce qui est des événements stressants, Ginette identifie en pré-test que ses relations avec la famille et les amis étaient une source de stress. En post-test, les événements stressants familiaux ne semblent plus présents. Par contre, un déménagement a engendré beaucoup de stress.

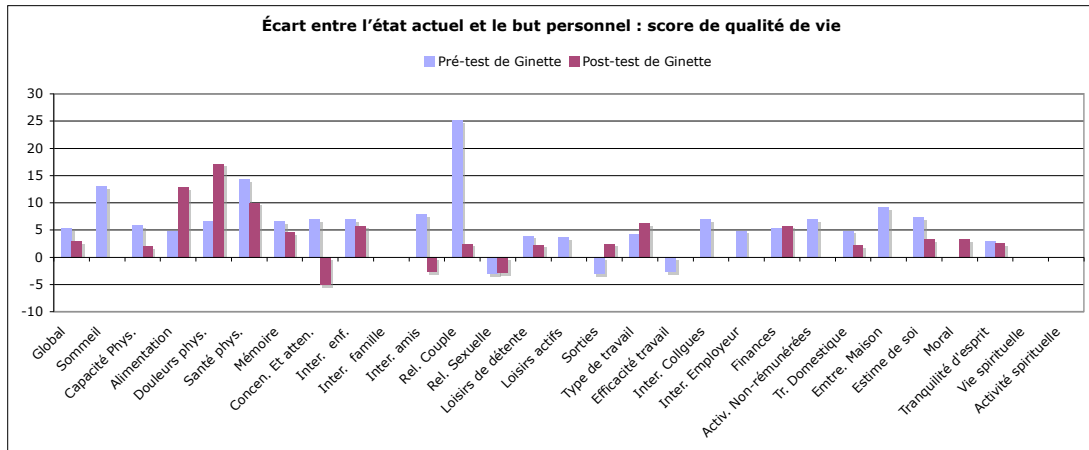
#### 4.7.5.3 L'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQV©)

Les questions au sujet des domaines de l'interaction avec la famille, des loisirs actifs et de l'efficacité au travail ont été escamotés en post-test.



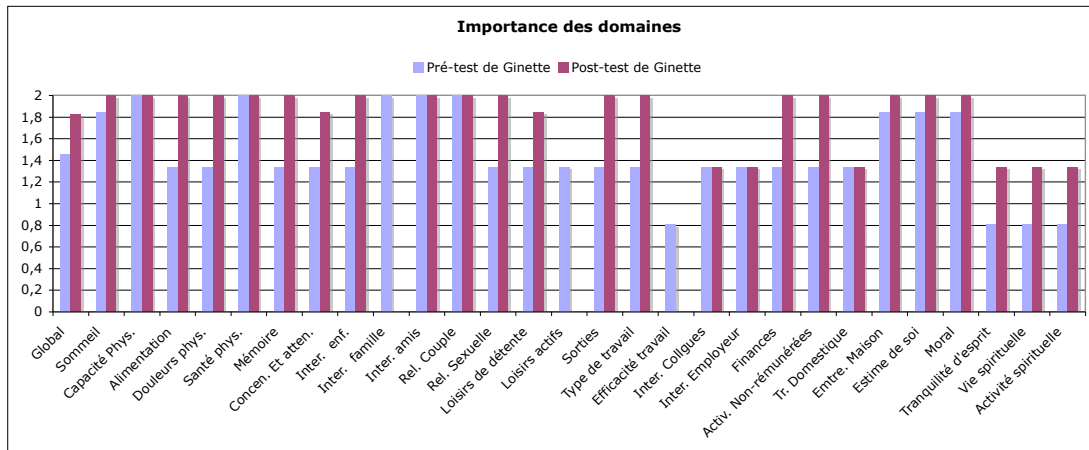
**Figure 4.29 : Niveau de buts (scores bruts)**

Le score global de Ginette au sujet de l'écart entre le niveau des buts à atteindre et son idéal diminue d'une manière majeure en post-test, d (Figure 4.29). Ce score global reflète que 26 domaines de vie sur 28 diminuent l'écart. C'est donc que les buts à atteindre de Ginette se rapprochent de son idéal. L'écart de 18 domaines de vie diminue d'une façon majeure et huit de façon notable. Le domaine de la concentration et de l'attention ainsi que le domaine de la relation de couple augmentent. Pour ces domaines de vie, Ginette s'éloigne de son idéal.



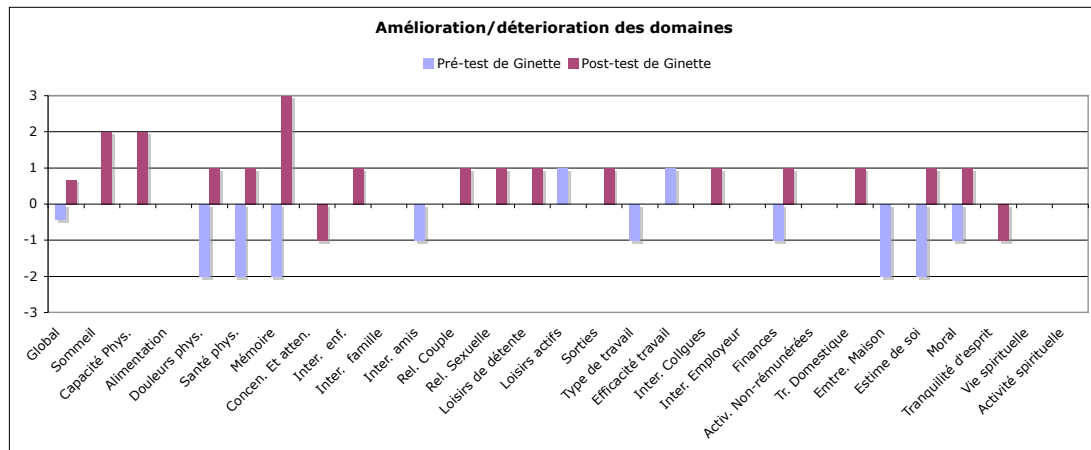
**Figure 4.30 : Écart entre l'état actuel et le but personnel : score de qualité de vie (scores bruts)**

La qualité de vie globale augmente légèrement (Figure 4.30). Deux domaines de vie dépassent ses attentes : la concentration et l'attention et le domaine des interactions avec les amis. Le domaine où l'écart entre l'état actuel et le but personnel semble diminuer le plus est le domaine de la relation de couple. Vingt-trois des 28 domaines accusent une diminution de l'écart entre l'état actuel et le but personnel. Les domaines de l'alimentation, de la douleur physique, du type de travail et des finances accusent une légère augmentation de l'écart entre l'état actuel et le but personnel.



**Figure 4.31 : Importance des domaines (scores bruts)**

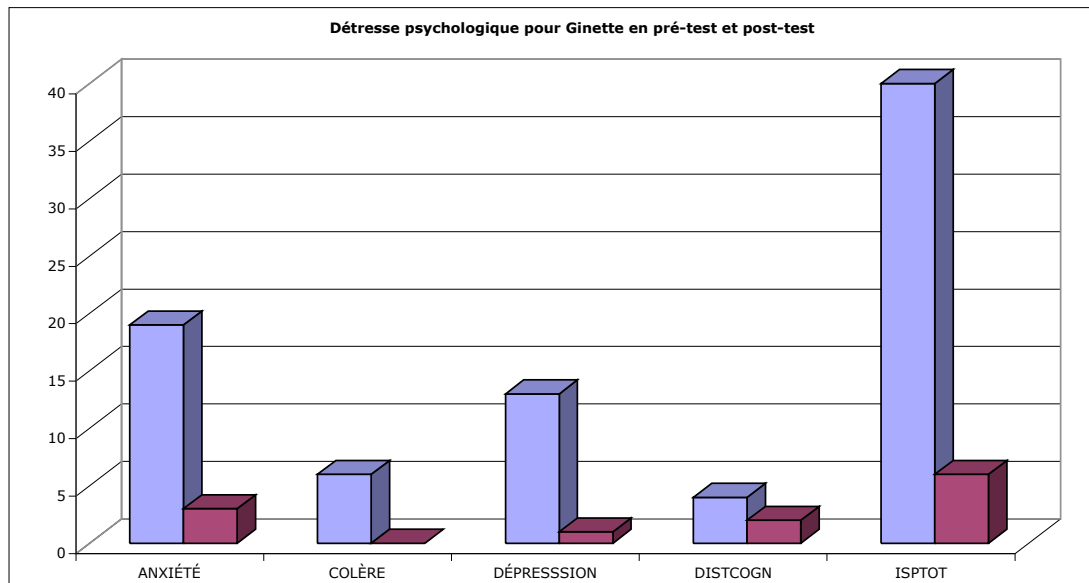
Ginette attache une importance très élevée à 24 des domaines de vie lors du pré-test et lors du post-test (Figure 4.31). Ginette accorde moins d'importance au domaine de l'efficacité au travail, de la tranquillité d'esprit et des deux domaines spirituels. Lors du post-test, 12 domaines subissent une augmentation notable de leur importance : l'alimentation, la douleur physique, la mémoire, l'interaction avec les enfants, les relations sexuelles, les sorties, le type de travail, les finances, les activités non-rémunérées, la tranquillité d'esprit et les deux domaines de la vie spirituelle.



**Figure 4.32 : Amélioration/détérioration des domaines (scores bruts)**

La vitesse d'amélioration des domaines de vie augmente sur 16 domaines en post-test tandis qu'en pré-test, il n'y en avait que deux (Figure 4.32). Le score global en pré-test accusait une détérioration en pré-test et une amélioration en post-test. Neuf domaines de vie arrêtent de se détériorer en post-test. Les améliorations les plus rapides sont au sujet du sommeil, de la capacité physique, de la douleur physique, de la santé physique, de l'estime de soi et du moral. Six domaines de vie sont stables en pré-test et en post-test. Le domaine de la concentration et de l'attention et celui de la tranquillité d'esprit se détériorent légèrement en post-test. Ce graphique permet donc de voir que la qualité de vie s'est améliorée parce que la situation de Ginette a cessé de se détériorer sur plusieurs domaines de vie et qu'ils sont passés du neutre à une phase d'amélioration.

#### 4.7.5.4 L'évaluation de la détresse psychologique



**Figure 4.33 : Détresse psychologique pour Ginette en pré-test et post-test**

Ginette est la personne du groupe qui a vécu le plus grand soulagement de sa détresse psychologique (Figure 4.33). Au début de nos rencontres, Ginette avait une fréquence de signes de détresse psychologique un peu supérieure à la moyenne du groupe. En post-test, la fréquence des signes avait diminué de manière extrême, c'est-à-dire de plus de 86 %. Les quatre signes de détresse utilisés par le questionnaire démontrent une diminution. L'anxiété et la dépression sont les signes ayant subi le plus de soulagement. L'anxiété a diminué de 85% et la dépression de 92%. En post-test, 23 des 29 questions accusent un score de zéro au sujet de la fréquence des signes.

#### 4.7.5.5 Entrevues qualitatives avec Ginette

##### **Lors des rencontres**

Ginette a remarqué qu'il y avait des changements au niveau de sa condition physique

et de sa capacité à se détendre lors de certaines rencontres : « C'est qu'au début, des fois j'avais de la misère à faire certains mouvements. Je me sentais raide ou en tout cas, c'était plus difficile. Puis plus que ça allait, puis en dernier, mais d'après les exercices, c'était mieux. Des fois, allonger mes jambes, j'avais d'la misère, souvent, fallait que j'les plie, au début, puis après ça, j'pouvais les allonger. Puis j'trouvais que j'réussissais à avoir une détente.»

Pour Ginette, l'effet de détente des exercices est ce qui l'a le plus influencée. Les mots « relaxation », « détente » et les qualificatifs « détendue », « relaxée », « moins stressée » reviennent à 16 reprises dans les 41 lignes de texte de son entrevue. Pour elle, cette détente était directement liée à la manière de proposer le déroulement des exercices. « Euh, j'dirais que c'est plus la détente. C'est la détente que j'parvenais à obtenir pas mal, ça fait que dans l'ensemble, là, j'dirais que c'est plus ça que c'est, plus ça que j'trouvais que j'avais à, que j'réussissais à obtenir. »

### **Entre les rencontres**

Pour Ginette, c'est encore le repère de la détente qui semble être perçue entre les rencontres. Lorsque que je lui demande ce qui restait entre les rencontres, elle identifie l'impact dans ces termes : « Plus détendue. J'dirais. Peut-être moins de nervosité la-dedans un peu plus détendue. Puis ça m'amenait aussi, oui, ça m'amenait à moins me stresser pour certaines choses. » Lorsqu'elle précise l'aide apportée par les ateliers, elle parle de détente, de concentration et de changements dans sa façon d'agir : « Ben moi, c'est vraiment plus la détente, puis la façon de me concentrer aussi, parce que des fois, j'ai de la misère. T'sais, ça fait que de ce côté-là, oui, ça, ça m'a amené à ... Euh, comment j'dirais ça...j'dirais dans le sens que la nervosité, à

m'amener à être plus détendue au moment de certaines choses, ou la façon d'agir aussi, peut-être. »

### **Lien avec la qualité de vie**

Vers la fin de l'entrevue, Ginette fait un lien entre son moral, ses idées suicidaires et l'éducation somatique : « (...) Ben je sais pas si c'est à cause de ça, mais j'trouve que moralement, ça va bien. J'suis pas, j'trouve que ça va bien moralement. Puis euh, j'crois que j'ai pas eu d'idées suicidaires du tout. Ça fait que, je sais pas, là, si c'est suite à ça, ou en tout cas, tout s'est enchaîné, je sais pas, là, mais... » Lorsque je lui reformule ce qu'elle a dit pour être bien certain de ses propos, elle confirme qu'il y a un rapport entre son moral et l'éducation somatique : « C'est-à-dire, qu'il doit y en avoir un peu. Parce qu'y a quand même une certaine détente, quand tu fais ça, puis une certaine relaxation. Puis j'dirais peut-être aussi la façon de voir les choses différemment. Parce qu'en étant plus détendu, j'sais pas, on se sent moins inquiète, moins nerveux de certaines choses, ça fait que, on se dit ah, ça va s'arranger. Oui. En tout cas, je sais que ça m'amène à moins m'en faire pour certaines choses. »

Il ressort que Ginette se rapproche de son idéal de buts à atteindre sur tous les domaines sauf la concentration et l'attention. Par contre, sa satisfaction globale diminue légèrement et la satisfaction au sujet de la concentration et de l'attention dépasse ses attentes. L'importance de tous les domaines est élevée en pré-test et reste élevée en post-test sauf pour les domaines de la spiritualité et de la tranquillité d'esprit. Aucun domaine ne devient moins important. Seize domaines s'améliorent en post-test au lieu d'être stable ou de se détériorer. Deux domaines au lieu de neuf se détériorent tranquillement. Un soulagement émotionnel s'est produit et la fréquence des signes d'anxiété et de dépression a diminué à l'extrême. Elle retient beaucoup l'effet relaxant des exercices et que le moral va mieux.

## 4.7.6 Sylvie

### 4.7.6.1 Son profil

Sylvie est une femme de 54 ans. Elle vit seule et est très impliquée dans son milieu. Elle vit un problème de dépression majeure avec des traits « borderline »<sup>4</sup> et de dépendance (mineure). Son problème de dépression a débuté en août 1998. Elle vit avec des problèmes de haute pression, d'asthme, de diabète, d'arthrose aux genoux et aux pieds, des maux de dos, du syndrome d'Harnold et d'obésité morbide. Elle doit prendre 17 sortes de médicaments. Son revenu est en dessous de \$20,000. Son niveau collégial est complété.

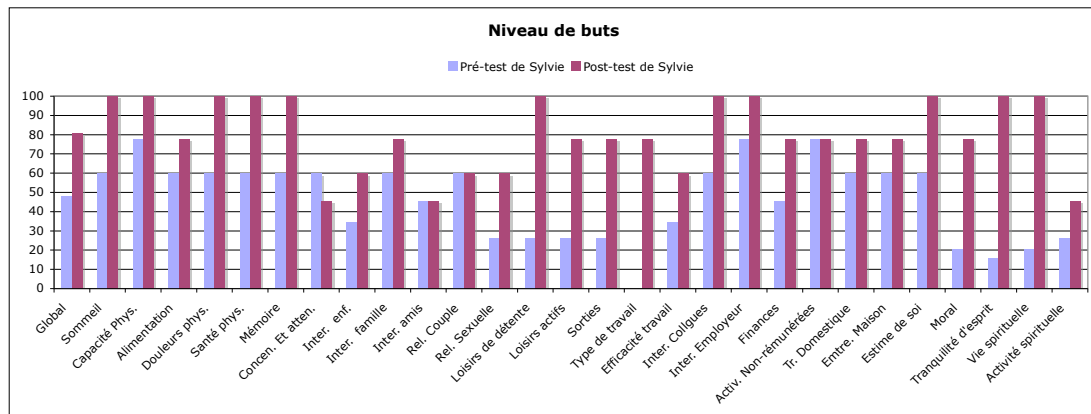
### 4.7.6.2 Le soutien social et les événements stressants

Il n'y a eu aucune fluctuation notable au sujet du soutien social de Sylvie durant l'expérimentation. Pour ce qui est des événements stressants, le score global accuse une légère augmentation causée par des problèmes personnels avec des membres de sa famille ou des amis proches.

### 4.7.6.3 L'Inventaire Systémique de Qualité de Vie (ISQV©)

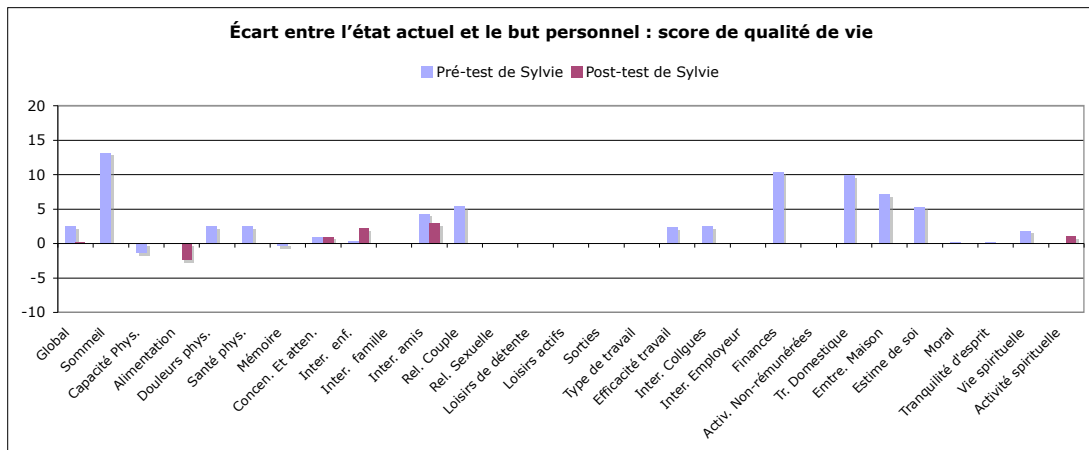
---

<sup>4</sup> Il existe une expression française pour le terme « borderline » : personnalité limite. Cette traduction n'est que très peu utilisée dans le milieu. J'utiliserai donc le terme anglais.



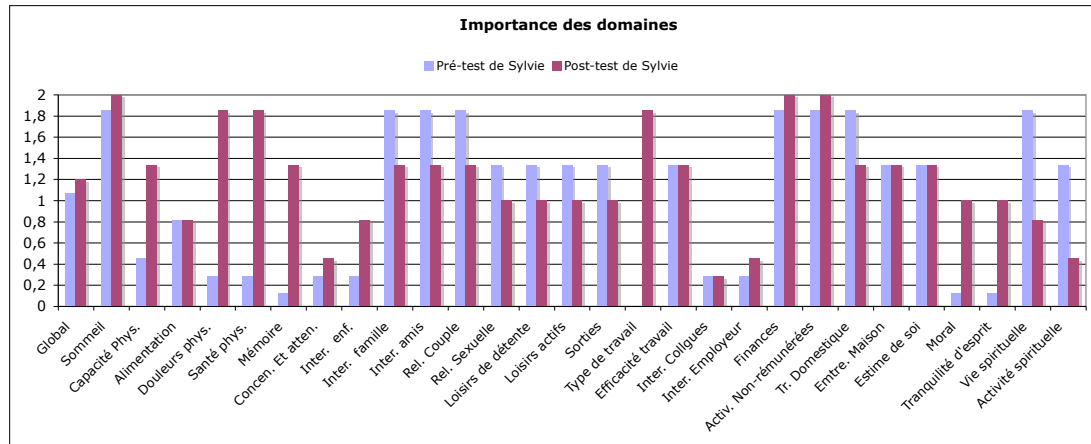
**Figure 4.34 : Niveau de buts (scores bruts)**

Le score global de Sylvie au sujet de l'écart entre le niveau des buts à atteindre et l'idéal augmente notablement en post-test, donc Sylvie s'éloigne de son idéal de buts à atteindre (Figure 4.34). Ce score global reflète le fait que 24 domaines augmentent leurs écarts en post-test. Sur ces 24 domaines de vie, sept domaines augmentent de manière majeure, neuf augmentent de manière notable et le reste de manière négligeable. Les domaines qui s'éloignent de l'idéal en post-test sont les trois domaines des loisirs, le type de travail, le moral, la tranquillité d'esprit et la vie spirituelle. Trois domaines sont restés avec le même écart : les interactions avec les amis, la relation de couple et les activités non-rémunérées. Le domaine de la concentration et de l'attention s'approchent de l'idéal de buts à atteindre de Sylvie.



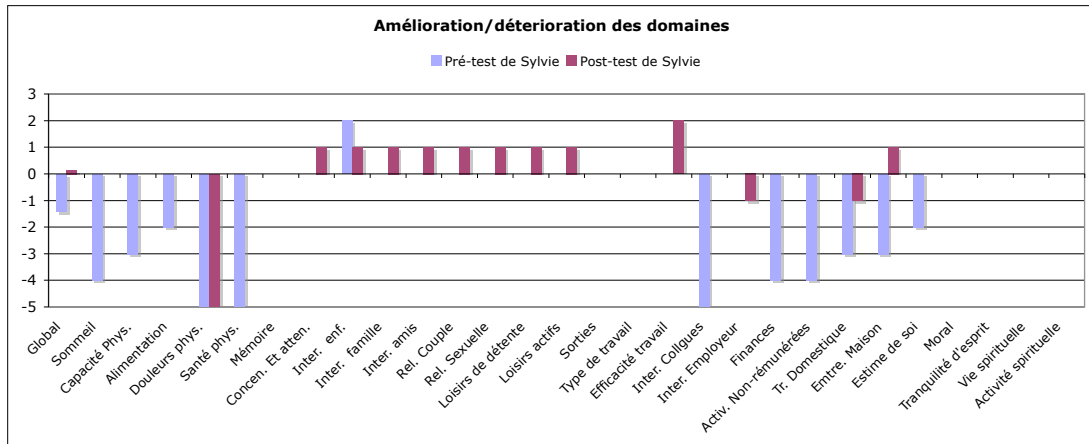
**Figure 4.35 : Écart entre l'état actuel et le but personnel : score de qualité (scores bruts)**

La fluctuation de la qualité de vie est minime (Figure 4.35). Pour le score global, il semble n'y avoir qu'une légère amélioration entre l'état actuel et le but personnel et ce, en pré-test comme en post-test. Le score de qualité de vie diminue en post-test pour pratiquement atteindre le point zéro, où l'état actuel et le but personnel sont égaux. Le domaine de l'alimentation dépasse légèrement ses attentes. Les cinq domaines où l'écart diminue de manière majeure sont le sommeil, les finances, les travaux domestiques, l'entretien de la maison et l'estime de soi.



**Figure 4.36 : Importance des domaines (scores bruts)**

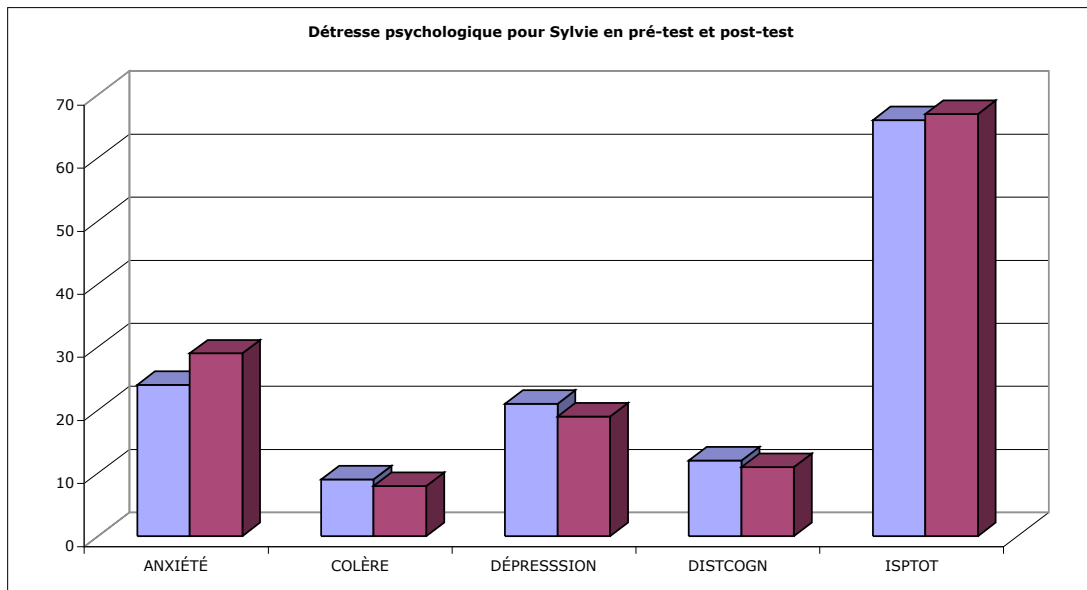
Certains domaines de vie semblent très importants tandis que d'autres sont très peu importants (Figure 4.36). Pour Sylvie, les domaines du sommeil, des interactions avec la famille et les amis, les finances, les activités non-rémunérées, les travaux domestiques et la vie spirituelle sont très importants. Les domaines les moins importants sont ceux de la concentration et de l'attention, de l'interaction avec les enfants, de l'interaction avec les collègues et de l'interaction avec l'employeur. L'importance de six domaines de vie augmente de manière extrême lors du post-test. Ce sont les domaines de la douleur physique, de la santé physique, de la mémoire, du type de travail, du moral et de la tranquillité d'esprit. Il y a une diminution majeure de l'importance pour les domaines de la spiritualité.



**Figure 4.37 : Amélioration/détérioration des domaines (scores bruts)**

La vitesse d'amélioration des domaines de vie gagne en score dans tous les domaines en post-test sauf un : la douleur physique (Figure 4.37). Le score global en pré-test accusait une vitesse de détérioration notable et, en post-test, il accuse une vitesse d'amélioration. Le domaine de la santé physique passe d'une détérioration maximale à un point neutre. Neuf domaines commencent à s'améliorer en post-test : la concentration et l'attention, l'interaction avec la famille, l'interaction avec les amis, la relation de couple, les relations sexuelles, les loisirs de détente, les loisirs actifs, l'efficacité au travail et l'entretien de la maison. Huit domaines arrêtent de se détériorer et deviennent stables : le sommeil, la capacité physique, l'alimentation, la santé physique, l'interaction avec les collègues, les finances, les activités non-rémunérées et l'estime de soi. Le domaine de la douleur physique se détériore à l'extrême en pré-test comme en post-test. Ce graphique permet donc de voir que la qualité de vie s'est améliorée parce que plusieurs domaines de vie s'améliorent et que le score global est passé dans une phase d'amélioration.

#### 4.7.6.4 L'évaluation de la détresse psychologique



**Figure 4.38 : Détresse psychologique pour Sylvie en pré-test et post-test**

Sylvie présentait la fréquence de signes de détresse psychologique la plus élevée du groupe, dépassant de manière extrême, c'est-à-dire de 75%, la moyenne du groupe (Figure 4.38). Pour Sylvie, la fréquence est restée stable et élevée durant cette période. Il y a eu des fluctuations à la baisse au sujet de peurs qui se sont estompées et à la hausse au sujet d'idées suicidaires plus fréquentes.

#### 4.7.6.5 Entrevues qualitatives avec Sylvie

##### **Lors des rencontres**

Sylvie recherchait la détente et c'est cela qu'elle a obtenu : « C'est d'la détente. C'est ça que je recherchais. Et c'est ça que j'ai obtenu. Même si les exercices étaient plus difficiles pour moi, ça me détendait. »

Comme ingrédients importants de l'éducation somatique, elle parle de l'effet de détente et de la liberté de faire ou de ne pas faire les exercices durant les rencontres: « Ben, c'est parce qu'on pouvait faire c'qu'on pouvait faire, puis aussi que, t'as un ton de voix relaxant. Ça détend. Parce que j'suis très anxieuse, puis ça me détend. Ça me détend. »

L'action et l'impact de l'éducation somatique semblent être ressentis par Sylvie au niveau physique puis d'une manière vague au niveau mental: « C'est plutôt physique. Ça me permettait d'étirer mes muscles, ça fait que j'stressais moins... Puis c'était dans mon... j'peux pas dire dans l'esprit, mais euh... je sais pas c'est quoi la sensation que j'avais, là. J'faisais ça, puis j'étais bien, puis après ça, la seule chose que j'peux dire, c'est que j'flottais. J'flottais... Un état, puis... ça arrivait. Ça faisait longtemps que j'm'étais pas sentie comme ça.»

Ce qui semble l'avoir influencée le plus durant les exercices, ce sont les positions qu'elle pouvait prendre et les exercices avec les pieds. Elle percevait l'influence des exercices avec les pieds sur le bien-être de son dos : « Dans les positions, j'y allais « mollo » pour le dos, puis aussi quand on faisait des exercices avec les pieds, j'trouvais que quand on le faisait, on travaillait le dos en même temps. Pour moi, vu que j'ai un problème de dos, c'était numéro un! »

Certains exercices étaient difficiles parce qu'elle souffre de fibromyalgie. C'était donc pour elle une occasion d'apprendre à contrôler son stress et de ne pas se décourager. Lorsque je lui demande si certains exercices ont été difficiles, elle s'exprime en disant : « Ben c'est arrivé, un fois ou deux. Mon corps était réticent. Puis j'me suis dit « J'vais me détendre, là. C'est peut-être moi qui est trop nerveuse, ou quoi, ça a pas marché. Puis j'vais me détendre, j'vais faire des respirations. » Puis

même, sur l'heure du midi, à la maison, je refaisais les exercices, plus tranquillement, mais toujours ceux sur le dos. Puis euh, après ça, j'étais capable d'atteindre mon, le chose, comme quand j'suis dans les nuages, là. »

### **Entre les rencontres**

Sylvie nous parle en des termes très imagés de l'effet perçu après les rencontres d'éducation somatique : « Les heures qui suivaient après, j'étais aux anges. J'étais très bien, même que ça durait, jusqu'au souper là, j'étais très bien. Très très bien. J'flottais. J'flottais. C'est une espèce de je sais pas quoi, là, mais j'flottais. Même, j'arrivais, à l'Elan à Beloeil, puis j'avais comme un sourire, j'étais bien dans ma peau. J'me disais « Si ça pouvait continuer à chaque jour comme ça, il me semble que ça ferait du bien. »

Sylvie refaisait les exercices à la maison. Elle me dit qu'elle a trouvé un moyen d'intervenir sur son stress. Pour elle, faire des exercices est très important. Entre les rencontres, il lui reste un moyen : « Moi, qu'est-ce qui restait, c'est que j'pouvais faire des exercices à la maison. Quand j'étais stressée, ou quoi, je refaisais les exercices, puis des fois, j'étais dans le lit; y'en a que c'est mieux sur plus moelleux, j'les refaisais soit le soir, ou après souper, j'le refaisais. Ça, ça m'a beaucoup aidée. » Suite à ces rencontres, Sylvie repense à faire de la marche.

### **Lien avec la qualité de vie**

Sylvie trouve que d'avoir ce moyen pour se détendre améliore sa qualité de vie: « Moi j'sais que si j'veux me détendre, j'ai juste à les faire, les exercices. Parce que

moi, j'suis une personne qui se détend pas. Ça fait que ça m'a permis de relaxer plus.

Des fois, j'y pense pas, si j'ai des choses, puis t'sais, j'suis stressée, j'ai ben des choses... Tu m'avais donné une feuille ou deux, puis j'les ai ressorties. Puis j'ai fait les exercices... Ça reste. Ça reste. »

Sylvie a senti une influence sur le thème de l'estime de soi : « Face à l'estime de soi. C'est parce qu'on est capable de faire ça. Tu ne penses pas d'être capable de faire ça, ces exercices-là. C'est en groupe en même temps, en plus. Ça fait que tu dis, quand les autres... qu'est-ce que les autres, ils vont penser, puis tout ça. Puis dans le fond, c'est, quand tu fais les exercices, y'a personne qui te regarde. Ça fait que c'est ça, c'est un point.... »

Pour Sylvie, les changements dans sa qualité de vie sont dus à l'étirement des muscles qui amène la détente, qui à son tour apporte une meilleure qualité de vie : « Ça change parce que avec, avec c'que j'ai, moi, quand que j'fais des exercices, ça me force à... ça étire des muscles, tout ça, ça me détend plus. »

Pour Sylvie, il ressort que ses buts à atteindre se sont tous éloignés de son idéal. Ceux qui se sont éloignés le plus sont les loisirs de détente, le moral, la tranquillité d'esprit et la vie spirituelle. Son degré de satisfaction a peu changé sauf pour le sommeil, les finances, les travaux domestiques et l'estime de soi. Ses valeurs changent : tout le domaine physique a pris de l'importance ainsi que la mémoire, le moral et la tranquillité d'esprit. La vie spirituelle a diminué d'importance. Sauf pour la douleur physique, tous les domaines vont vers une amélioration de plus en plus rapide. Les plus importants sont le sommeil, la santé physique, l'interaction avec les collègues, les finances, l'entretien ménager et l'estime de soi. Sylvie a trouvé une manière de se

relaxer durant et entre les rencontres, ce qui semble lui permettre d'améliorer sa qualité de vie même si elle n'a pas atteint pas ses objectifs.

# CHAPITRE V

## DISCUSSION

La discussion suivra la présentation selon les quatre types de graphiques : l'écart entre le niveau des buts à atteindre et l'idéal, l'écart entre la situation idéale et la situation actuelle (la qualité de vie), l'importance des domaines de vie comparée, ainsi que la vitesse d'amélioration ou de détérioration des domaines de vie. Ces résultats seront mis en lien avec le contexte de vie des participants, c'est-à-dire les événements stressants et le soutien social ainsi que le contexte de la culture québécoise en rapport à la santé mentale. Ces discussions mettront en rapport la grande qualité de vie obtenue en post-test et les niveaux de buts à atteindre extrêmement bas du groupe. Je ferai le lien entre l'exclusion sociale vécue par la plupart des participants, l'investissement d'efforts contre les tabous et la stigmatisation proposé dans le document « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 » et ces résultats. Ensuite je discuterai de la vitesse d'amélioration de tous les domaines et de la fluctuation observée de l'importance de certains domaines. Il est à noter qu'à l'occasion dans cette étude, certains résultats du groupe de six personnes sont parfois très influencés par les résultats d'un seul individu.

Par la suite, je vais discuter des résultats quantitatives et qualitatives provenant de tous les questionnaires et de l'entrevue en utilisant comme structure les neuf familles de l'ISQV©, c'est-à-dire la santé physique, la cognition, les relations sociales et familiales, le couple, les loisirs, le travail, l'entretien ménager, l'affectivité et la spiritualité. Tout au long de la discussion, je prendrai soin de mettre en contraste les résultats provenant des graphiques comparant le groupe de l'étude à une population normale et les mêmes résultats provenant des résultats individuels de chaque participant. Les deux types de résultats nous éclairent d'une façon différente sur

l'influence de l'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale : les premiers en rapport à une population normale et les deuxièmes en rapport au groupe lui-même.

Finalement, il sera question de l'influence de l'éducation somatique sur la détresse psychologique des participants et de la mise en relation de ce niveau de détresse psychologique avec les fluctuations du soutien social et des stressseurs.

## 5.1 Facteurs externes influençant les résultats

### 5.1.1 L'amélioration de la qualité de vie obtenue en post-test

Les résultats en post-test du graphique sur l'écart entre la situation idéale et la situation actuelle nous démontrent une très grande amélioration de la qualité de vie lorsqu'ils sont comparés à ceux d'une population normale. Vingt-six des 28 domaines dépassent les 90 sur le rang centile. Lorsque l'on observe les graphiques des résultats individuels, pour la plupart des participants, la qualité de vie s'est améliorée dans la très grande majorité des domaines et n'a diminué que très rarement. Pour Louise, la plupart des domaines ont dépassé son attente, ce qui peut être interprété comme un résultat extrême. Tous ont vécu une amélioration de leur qualité de vie, mais l'écart extrême que reflète le graphique en rang centile ne se retrouve pas dans les graphiques individuels des participants. Il est important de rappeler que la qualité de vie vécue par les participants du groupe est en relation, pour certains participants, à un réel rapprochement entre la situation actuelle et la situation idéale. Pour d'autres, cette qualité de vie est due à une diminution des buts à atteindre. Il est possible d'interpréter ce résultat comme un apport très positif de l'éducation somatique dans la vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Le degré d'appréciation

extrême reflété par le graphique comparé à une population normale nous indique que le degré d'expression de la qualité de vie se fait sous un mode maxima en comparaison aux personnes normales. La réponse du groupe a été extrême. Une des explications possibles pourrait être qu'étant donné la rareté d'événements pouvant améliorer la qualité, l'apport de cette étude est majeur.

### 5.1.2 Les niveaux de buts à atteindre et l'exclusion sociale

Sur le graphique des buts à atteindre comparés à une population normale, le niveau des buts à atteindre pour tous les domaines de vie lors du pré-test et du post-test était anormalement faible en comparaison à une population normale. En pré-test, sur les 28 domaines de vie, 24 sont sous les 10 points et les quatre autres domaines de vie présentent des résultats de 10, 15, 18 et 21. En post-test, le résultat accuse une légère baisse pour tous les domaines de vie. Le laboratoire nous indique qu'un niveau de 20 peut révéler un certain découragement face aux difficultés et facteurs qui empêchent une personne d'atteindre une qualité de vie dans un domaine. On pourrait présumer que ce constat semble refléter des facteurs importants que vivent les participants. Le document « Plan d'action en santé mentale 2005-2010 » laisse entendre qu'un de ces facteurs est que les individus vivant des problèmes de santé mentale subissent les préjugés de la population et éprouvent de l'exclusion sociale. Ce facteur influence les résultats de plusieurs domaines de vie de l'ISQV©. L'exclusion sociale vécue par la plupart des participants est reconnue comme telle dans le Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010. Ce plan d'action en fait sa deuxième priorité. Il est très difficile de se développer et de prendre racine dans un terreau qui n'est pas propice à son épanouissement. Comment les participants de l'étude peuvent-ils éviter un certain découragement face aux difficultés dans ce contexte d'exclusion sociale?

Un deuxième facteur influençant le niveau de but à atteindre est le fait que les participants de l'étude avaient tous des revenus de moins de \$20 000. La très grande majorité des personnes qui fréquentent l'Élan-Demain, incluant les participants à l'étude, reçoivent une prestation mensuelle de Bien-Être Social d'environ \$850. La situation financière des participants n'a pas changé durant la période de l'expérimentation. L'influence qu'a eu l'éducation somatique dans le domaine des finances a été surtout due à la diminution des buts à atteindre et à la diminution de l'importance de ce domaine de vie.

Comme facteurs suivants, l'incapacité de trouver du travail ou de retourner à son emploi et d'ainsi avoir une autonomie financière atteint directement la personne dans plusieurs domaines de vie de l'ISQV© : les finances, l'estime de soi, le moral, etc. Indirectement, certains participants ont pu attacher plus d'importance à d'autres domaines de vie, créant ainsi une sorte de compensation. Ils ont pu aussi vivre des détériorations d'autres domaines de vie par effet d'entraînement ou de ricochet.

Un autre facteur important influençant le niveau de buts à atteindre était la prise de médicaments. Pour certaines personnes, la prise de médicaments est nécessaire pour accéder à une meilleure qualité de vie. Certains médicaments pris par les personnes vivant des problèmes de santé mentale ont des effets secondaires sur l'attention, la prise de poids, la soif ou la sexualité. Certains domaines de vie se voient donc influencés par ce facteur : la concentration, la mémoire, l'efficacité au travail, la capacité physique, la santé physique et la sexualité.

### 5.1.3 La vitesse d'amélioration de tous les domaines

Les résultats au sujet de la vitesse de l'amélioration ou de détérioration des domaines de vie lors du pré-test et lors du post-test nous indiquent qu'aucun domaine n'est resté stable. Tous les domaines de vie sauf un ont montré des améliorations plus ou moins rapides. Le domaine de vie où l'on note une détérioration négligeable est celui des relations sexuelles. Deux des six participants vivent cette détérioration. Douze domaines de vie sont passés d'une vitesse de détérioration à une vitesse d'amélioration. Il est possible d'interpréter ce résultat comme un apport très positif de l'éducation somatique dans la vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Les participants ont perçu positivement l'apport de l'éducation somatique sur leur qualité de vie d'après les entrevues qualitatives. Les domaines de vie où la vitesse d'amélioration a été la plus rapide sont répartis dans l'ensemble des domaines de vie et ne se limitent pas au corps. L'éducation somatique influence d'autres domaines que l'aspect physique même si, à première vue, il s'agit d'un atelier comprenant uniquement des exercices physiques.

#### 5.1.4 L'importance de certains domaines

Certains domaines de vie semblent varier leur importance en pré-test comme en post-test pour les participants de l'étude. Certains domaines impliquant la perception d'eux-mêmes et leur bien-être, les domaines qui permettent de « penser à moi », « de me faire plaisir », sont à la hausse lorsque l'on analyse les résultats comparés à une population normale. Le domaine physique et les loisirs en font partie. Les mêmes résultats nous indiquent que les domaines des relations familiales et des relations avec les amis sont à la baisse. Le domaine des activités non-rémunérées est aussi à la hausse même s'il comporte une relation avec d'autres personnes.

Lorsque l'on regarde les résultats individuels au sujet de l'importance des domaines, la tendance générale se maintient pour ce qui est du domaine physique et des activités non-rémunérées. Par contre, les résultats ne démontrent pas une tendance générale pour ce qui est des domaines relationnels et des loisirs. Encore là, les participants ont peut-être augmenté ou diminué l'importance de certains domaines, mais certains facteurs externes influencent la possibilité de trouver des moyens d'améliorer la qualité de vie. Les domaines de vie suivants sont particulièrement influencés à la baisse par des facteurs externes : la santé physique, par le manque d'activité physique appropriée, l'épanouissement de sa sexualité, pour des raisons déjà évoquées, les relations interpersonnelles, par le manque de ressources intérieures et extérieures, et finalement, pour toute la famille de l'affectivité comprenant l'estime de soi, le moral et la tranquillité d'esprit.

## 5.2 Les neuf familles de l'ISQV©

### 5.2.1 La santé physique

Il est plausible de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer de manière majeure et positive la famille de l'ISQV© de la santé physique dans les graphiques comparant le groupe de l'étude à une population normale en rang centile. Cette influence s'est reflétée au niveau de la qualité de vie, de l'importance des domaines de cette famille ISQV© et de la vitesse d'amélioration.

Les résultats provenant des graphiques individuels nous montrent des résultats tout aussi positifs pour certains participants mais négatifs pour d'autres. Louise et Sylvie s'éloignent de l'idéal de buts à atteindre, tandis que Ginette s'en rapproche. Il est à

noter que Louise s'éloigne de son idéal et ce, pour tous les domaines de l'ISQV©.

Certains participants ont pris conscience qu'ils avaient délaissé leur santé physique et qu'ils devaient en prendre plus soin, tandis que d'autres ont diminué leurs exigences trop élevées au sujet de leur santé physique. Malgré le rapprochement ou l'éloignement des buts à atteindre de l'idéal, nous avons vu, pour tous les participants, l'écart entre la situation idéale et la situation actuelle diminuer pour les domaines de la santé physique. Autrement dit, la qualité de vie a augmenté. J'en comprends que l'éducation somatique a mis les participants en contact avec leur santé physique de manière appréciable, respectueuse et positive. À ce sujet, l'influence de l'éducation somatique s'observe clairement en post-test par une augmentation de l'importance de tous les domaines de vie de la santé physique pour quatre personnes. Il y eut un accroissement de la vitesse d'amélioration au sujet des domaines de la santé physique pour la plupart des participants et le score global du groupe passe de la détérioration à une amélioration. Une détérioration de la vitesse au sujet des domaines de la capacité physique a été observée pour Josée et sur celui de la douleur physique pour Louise. J'en conclus que le fait de participer à un groupe d'éducation somatique désamorce la détérioration de la santé physique et en accélère l'amélioration pour la plupart des participants. Par contre, ces résultats nous mettent en garde d'être particulièrement attentifs aux personnes ayant une santé physique très endommagée en leur suggérant de faire les exercices avec le moins d'effort possible et en respectant leur limite.

Une de mes motivations premières a été de fournir une activité physique permettant aux personnes vivant des problèmes de santé mentale de se remettre en mouvement tout en respectant leurs limites. L'étude nous montre que la famille de la santé physique a pris de l'importance pour la majorité des participants et s'est améliorée. La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique permet, par sa pédagogie, de se

remettre en mouvement tout en douceur. Certaines de ces stratégies pédagogiques sont l'attention tournée sur le corps vécu, la réduction de la vitesse des mouvements, des pauses fréquentes, la réduction de l'effort, se mouvoir en deçà du seuil de douleur et de fatigue, l'observation des sensations, des émotions, des pensées, des images et le confort dans la nouveauté. La méthode aborde l'organisation du corps dans son ensemble et la relation entre les parties, l'orientation dans l'espace et la synchronisation dans le temps des mouvements, tous des aspects facilement identifiables comme pertinents pour la santé physique.

### 5.2.2 La cognition

Il est valable de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer positivement et de manière majeure la famille de l'ISQV© de la cognition. Cette influence majeure se reflète surtout au niveau de la qualité de vie comparée à une population normale et de la vitesse d'amélioration de cette famille ISQV©.

Les résultats provenant des graphiques individuels nous montrent que Louise, Ginette et Sylvie s'éloignent de leurs idéaux et le reste du groupe s'en rapproche. La moitié des participants ont gardé en post-test la valeur qu'ils portaient à cette famille. Pour l'autre moitié, l'augmentation de l'importance de cette famille ISQV© a été notable. Il y eut un accroissement majeur de la vitesse d'amélioration comparativement à une population normale. Lorsqu'on analyse les graphiques individuels, les résultats sont positifs mais plus variés. Lors des rencontres, plusieurs personnes ont noté l'influence des exercices sur leur concentration du fait qu'un travail particulier était axé sur le phénomène de l'attention. On peut supposer que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique permet, par une sollicitation de l'attention soutenue lors des

exercices et de l'attention diffuse lors des pauses, de développer une meilleure gestion de sa concentration sans tensions accrues.

### 5.2.3 Les relations sociales et familiales

Il est plausible de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer de façon majeure la famille de l'ISQV© des relations sociales et familiales. Nous avons vu la qualité de vie augmenter à l'extrême dans le graphique comparé à une population normale et noté une vitesse d'amélioration élevée pour les trois domaines de vie. Le groupe a aussi diminué l'importance des domaines de vie des relations avec la famille et les amis.

Les résultats provenant des graphiques individuels montrent qu'il y a eu quelques fluctuations pour ce qui est de l'écart entre les buts à atteindre et leurs idéaux en rapport aux relations sociales. Louise s'éloigne de son idéal, tout comme Josée et Sylvie, tandis que les trois autres s'en rapprochent. Les résultats individuels au sujet de la qualité de vie montrent aussi que tous les participants ont vécu une amélioration à différents degrés. Les participants ont modifiée légèrement la valeur qu'ils portaient aux relations sociales. Nous pouvons observer clairement en post-test une diminution de l'importance des relations avec la famille et les amis lorsque l'on compare ce groupe à une population normale. Dans un contexte d'exclusion sociale et de préjugés envers les personnes vivant des problèmes de santé mentale, il est possible d'interpréter ce résultat comme un détachement face à ses relations interpersonnelles. Dans le contexte où la personne est bien avec elle-même, cette diminution de l'importance des domaines des relations interpersonnelles peut amener, comme conséquence, une meilleure qualité de vie.

Il y a eu une vitesse d'amélioration plus rapide des relations sociales pour le groupe comparativement à une population normale. Toujours en regard des résultats individuels, il y a des fluctuations dans les deux directions pour ce qui est de la vitesse d'amélioration et de détérioration du domaine de vie. Il est donc légitime de penser que l'éducation somatique contribue à améliorer la qualité de vie au niveau des relations sociales, même si celle-ci ne s'intéresse pas directement à la dynamique des relations sociales en ne proposant pas des échanges verbaux et des exercices de consolidation de groupe. La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique permet, par son approche holistique tenant compte de l'environnement social et de l'équilibre à y maintenir, d'améliorer sa qualité de vie dans le domaine des relations sociales et familiales.

#### 5.2.4 Le couple

Il est fondé de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer de manière notable la famille de l'ISQV© du couple. Dans le graphique comparant le groupe de l'étude à une population normale, la qualité de vie s'est grandement améliorée. Par contre, dans le graphique de la vitesse d'amélioration et de détérioration, il y a eu une détérioration des relations sexuelles.

Les résultats provenant des graphiques individuels nous montrent que la moitié du groupe s'éloigne de leurs idéaux alors que l'autre moitié est restée stable. Cinq participants ont vu leur qualité de vie augmenter pour le couple, incluant trois participants dont la qualité de vie a dépassé leurs attentes. Les résultats du groupe comparés une population normale au sujet de l'importance attachée au couple n'a pas fluctué et est très au-dessous de 10. Ces deux domaines font partie des trois domaines les moins importants du groupe en comparaison à une population normale. Les

résultats individuels nous indiquent aussi que deux participants ont changé la valeur allouée au couple et cinq participants ont changé la valeur attribuée aux relations sexuelles. Il y a eu un accroissement de la vitesse d'amélioration pour quatre participants, un autre est resté stable tandis que le dernier a subi un accroissement de la vitesse de détérioration. Il est difficile d'identifier l'influence de l'éducation somatique sur la relation de couple et sur les relations sexuelles. Les résultats individuels vont dans différentes directions pour différentes raisons difficiles à cerner. De plus, si des participants du groupe voulaient améliorer ces domaines de vie, certains facteurs rendaient l'actualisation très difficile : la médication dérèglant le potentiel sexuel et la libido, l'exclusion sociale limitant la population potentielle de conjoints et de conjointes, l'adhésion à des groupes religieux ou moraux cadrant le couple et interdisant bien souvent l'homosexualité.

### 5.2.5 Les loisirs

Il est plausible de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer de manière significative la famille de l'ISQV<sup>©</sup> des loisirs. Dans le graphique comparant le groupe de l'étude à une population normale, la satisfaction et l'importance ont augmenté et cette famille ISQV s'est améliorée rapidement.

Les graphiques individuels nous montrent que les résultats au sujet de l'écart entre les buts à atteindre et leur idéal pour les loisirs ont suivi la tendance générale de chaque participant. Deux participants s'éloignent de leurs idéaux. On observe aucune diminution de la qualité de vie. Les participants ont augmenté l'importance des loisirs dans leur vie et il y eut de l'accroissement au niveau de la vitesse d'amélioration des loisirs. Ces résultats peuvent être mis en rapport au fait que les participants ont pris

conscience de l'importance d'avoir des loisirs pour améliorer leur qualité de vie. Par contre, leur situation financière et sociale pourrait devenir un facteur de contraintes important.

### 5.2.6 Le travail

Il est plus difficile de commenter l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur le travail, autre famille de l'ISQV©. Certains participants n'ont pas répondu aux questions portant sur le travail. Il est à noter qu'aucun participant n'avait de travail rémunéré durant la période de l'expérimentation. Les réponses aux différentes questions pourraient être mises en relation au bénévolat que certains participants faisaient durant la journée et qui, pour eux, peut s'assimiler à des périodes de travail. Dans le graphique comparant le groupe de l'étude à une population normale, le niveau de qualité de vie est élevé et la vitesse d'amélioration est en croissance.

Dans les résultats comparant le groupe à une population normale, les niveaux de buts à atteindre ont diminué et sont de l'ordre de deux à trois sur le rang centile. Les résultats provenant des graphiques individuels nous montrent que, pour trois personnes, l'écart entre les buts à atteindre et leur idéal de buts à atteindre a diminué pour la plupart des domaines de la famille du travail. Trois personnes ont vu cet écart augmenter. Pour la majorité des participants, il y a eu une amélioration de la qualité de vie pour la famille du travail. Ils se perçoivent plus positivement dans leur implication au travail. Les participants ont augmenté l'importance du domaine concernant le type de travail et les activités non-rémunérées puisque leur travail s'est fait, la plupart du temps, sous forme de bénévolat. Un accroissement de la vitesse d'amélioration a été noté dans la majorité des domaines de vie reliés au travail pour la

plupart des participants. Il est plausible de penser que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique permet, grâce à son approche par le mouvement, de stimuler le désir de se remettre en mouvement dans le cadre d'un emploi.

Pour ce qui est de l'aspect financier, l'entrée d'argent n'a pas changé pour les participants au cours de l'expérimentation. Les résultats nous indiquent que la qualité de vie et l'amélioration étaient beaucoup plus élevées en post-test puisque les participants ont diminué les niveaux de buts comparés à leur idéal et n'ont pas changé l'importance du domaine de vie. Il est possible de comprendre que les participants acceptent plus facilement cette contrainte et sont plus aptes à composer avec le peu qu'ils reçoivent. L'enjeu politique est énorme.

### 5.2.7 L'entretien ménager

Il est raisonnable de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer significativement cette famille de l'ISQV©. Dans le graphique comparant le groupe de l'étude à une population normale, l'amélioration est nette, la vitesse d'amélioration croît et l'importance est restée stable.

Les résultats provenant des graphiques individuels nous montrent que trois personnes se sont éloignées de leurs idéaux au sujet de l'entretien ménager et une personne l'a s'en est rapprochée. Tous les participants ont vu une amélioration de leur qualité de vie, mais ils ont à peine changé la valeur qu'ils accordaient à l'entretien ménager. Tous les participants ont vu un accroissement de la vitesse d'amélioration pour cette famille. Ces résultats peuvent être mis en rapport au fait que l'éducation somatique propose de faire divers mouvements avec moins d'effort et plus d'aisance. Les tâches du quotidien exécutées avec plus de facilité sont beaucoup moins épuisantes. Une fois

encore, la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique permet, par son approche de l'action, la possibilité de se remettre en mouvement dans ces domaines de vie.

### 5.2.8 L'affectivité

Il est plausible de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer de manière majeure cette famille de l'ISQV©. Dans le graphique comparant le groupe de l'étude à une population normale, l'amélioration a été extrême. D'autre part, l'importance de ces domaines est restée stable pour deux domaines sur trois et les participants sont passés d'une détérioration prononcée à une vitesse d'amélioration rapide.

Les résultats individuels nous montrent aussi que l'éducation somatique a influencé la famille de l'affectivité de manière positive pour tous. La qualité de vie et la vitesse d'amélioration ont augmenté partout. Tous les participants ont changé la valeur qu'ils portaient à cette famille, que ce soit à la hausse ou vers le bas.

Pour ce qui est des domaines de la tranquillité d'esprit et du moral, la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a une capacité de ramener les participants dans le « ici et maintenant ». Ainsi, loin des préoccupations et des projets, la méthode agit sur ces domaines de vie. Cette proximité avec le temps actuel se concrétise par le fait d'arrêter « d'être dans sa tête » et plutôt d'être en contact avec soi par ses sens sans attente ni finalité à atteindre. De plus, par ses stratégies pédagogiques, la méthode stimule la relaxation et la détente, même si cette fonction n'est pas dans les priorités de son inventaire d'influence.

### 5.2.9 La spiritualité

Il est plausible de croire que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a contribué à influencer de manière extrême la qualité de vie et la vitesse d'amélioration de cette famille de l'ISQV© dans les résultats comparant le groupe de l'étude à une population normale. Dans cette comparaison avec une population normale, l'importance du domaine est restée stable et le groupe en a diminué les niveaux de buts à atteindre de manière notable.

Les résultats provenant des graphiques individuels nous confirment ces résultats à quelques nuances près pour les mêmes domaines de vie en ce qui concerne la qualité de vie et la vitesse d'amélioration. Plus de la moitié des participants ont gardé l'importance qu'ils portaient à cette famille ISQV©, ce qui conforte les résultats comparés à une population normale. Par contre, dans les résultats individuels, quatre participants en ont augmenté le niveau de but à atteindre. Il est possible d'interpréter ce résultat comme étant le résultat de la soustraction des deux diminutions de niveau d'importance de l'augmentation des quatre autres.

La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique stimule une intériorité et une tranquillité intérieure qui, pour certains, les rapprochent d'un ensemble de questions existentielles. Ce n'est pourtant ni le propos ni l'enseignement de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique.

### 5.3 La détresse psychologique

Quatre personnes sur six ont vu leur détresse psychologique diminuer. Ginette et Louise ont vu leur détresse psychologique diminuer drastiquement pour la première, et de manière notable pour la deuxième, sans que les résultats au niveau du soutien

social et des événements stressants ne nous indiquent de changements pouvant motiver cette baisse. Pour les participants pour qui le soutien social et les événements stressants n'ont pas fluctués, il est possible d'attribuer une partie de ce mieux-être au fait d'avoir participé à l'étude. Moshe Feldenkrais fait une concordance entre l'anxiété, le tonus musculaire des muscles antigravitationnels et la posture. Il est très légitime de penser que la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique a influencé directement le tonus et la posture des participants car ces aspects sont au cœur même de l'approche. Les participants de l'étude ont apprivoisé plusieurs mouvements par lesquels ils pouvaient être tout aussi efficaces en adoptant un tonus moins élevé. Ce tonus étant moindre et ayant une posture moins difficile à tenir, l'anxiété devenait moins élevée et une relative sérénité pouvait s'installer. D'une sensation « étrange », ce tonus moins élevé est passé du côté du « familier », devenant ainsi plus disponible dans la vie de tous les jours. Rosenberg (2005) titre l'un de ses livres « L'étrange, le familier et l'oublié » traitant du fonctionnement du cerveau et de mode de repères subjectifs que nous avons de la réalité. La méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique propose concrètement une activité permettant d'apprivoiser des sensations moins connues ou oubliées de soi.

André nous indique que ses problèmes relationnels ont diminué, qu'il a trouvé quelqu'un lui démontrant de l'amour et de l'affection et qu'il y a eu, modérément, un changement au niveau du statut marital. De plus, dans son entrevue, il nous dit : « Y'a ma capacité de rester moi-même, même avec les autres. Même si j'suis avec quelqu'un d'autre, j'suis capable de rester à l'écoute de moi-même. Puis ça, ça m'aide à être bien avec les autres. Mais j'trouve que y'a un paquet de choses qui découlent de ça. » Pour l'avoir observé dans les semaines qui suivirent l'étude, il avait une « petite amie ». D'après les questionnaires et les entrevues qualitatives d'André, il me semble que, ayant débuté une liaison amoureuse durant l'automne de

l'expérimentation, l'éducation somatique a facilité ses relations interpersonnelles de manière à lui permettre de « rester lui-même » et de s'ouvrir à une relation plus intime.

Josée a vu la fréquence de ses signes de détresse psychologique diminuer. Les résultats au niveau du soutien social et des événements stressants ne nous indiquent aucun changement pouvant motiver cette baisse. D'une part, les signes psychologiques de détresse ont diminué, mais elle a découvert ses tensions corporelles et son manque de souffle. Cette attention axée vers ses tensions la préoccupait et augmentait sa dépression de manière négligeable.

Pour Sylvie, les résultats sont négligeables, bien qu'elle ait été la personne du groupe vivant le plus haut taux global de détresse psychologique. Les attentes que l'on peut avoir face à la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique pour des personnes ayant une situation difficile comme celle de Sylvie doivent être tempérées. Par contre, elle a trouvé dans la méthode une relaxation bienfaisante et avait un moyen de la reproduire chez elle.

Jean a vu sa détresse augmenter de manière notable parce qu'il a changé de statut marital, son réseau d'amis s'est effrité, il a déménagé et il avait des problèmes financiers. Ces facteurs externes ont certainement influencé la fréquence des signes de détresse psychologique qu'il vivait. L'influence de l'éducation somatique semble avoir tempéré la situation de crise par le fait de découvrir une plus grande capacité physique qu'il n'imaginait avoir et par un développement de sa vie spirituelle.

## **CHAPITRE VI**

### **CONCLUSION**

L'étude nous démontre des résultats significatifs pour ce qui est de l'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale. Pour le groupe cible:

-l'éducation somatique a eu une influence positive sur la qualité de vie des participants de l'étude;

-douze domaines de vie sont passés d'un état de détérioration à un état d'amélioration;

-la vitesse d'amélioration s'est accélérée pour tous les domaines de vie sauf ~~un~~ le domaine des relations sexuelles qui s'est détérioré de manière négligeable.

Dans le Plan d'Action en santé Mentale 2005-2010 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, il est question de prioriser le rétablissement de la personne. Les auteurs de ce document décrivent le rétablissement comme la croyance dans les capacités des personnes de prendre le contrôle de leur vie et de leur maladie (plutôt que de laisser la maladie prendre le contrôle de leur vie). Ce terme semble se rapprocher de l'expression « empowerment » déjà utilisé dans certains domaines médicaux et par certains paliers gouvernementaux. Ce terme reflète l'action, la mise en mouvement de l'intention et de la responsabilisation face à son bien-être.

Dans le Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, il est question aussi d'investir des efforts contre les tabous et la stigmatisation. Les résultats de cette étude nous démontrent que le groupe de personnes ayant participé à l'expérimentation a des buts à atteindre en dessous de la moyenne, en pré-test et en post-test. En rapport à ces buts, ils ont obtenu au post-test un très haut score de satisfaction entre les niveaux de buts à atteindre et la situation actuelle, ce qui démontre une bonne qualité de vie. Le fait d'avoir un niveau de buts à atteindre en bas de la moyenne semble refléter la situation des participants du groupe dû aux préjugés de la population face à ces individus, à l'exclusion sociale qu'ils vivent constamment, à un réseau social éffrité, à l'incapacité de trouver du travail et d'avoir une autonomie financière, à la prise de médicaments qui amortissent le dynamisme, etc. L'investissement d'efforts contre les tabous et la stigmatisation me semble aussi très important.

L'utilisation de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique semble s'aligner avec la priorité au sujet du rétablissement de la personne dans le Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010 du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aposhyan, S. (1999) *Natural Intelligence: Body-Mind Integration and Human Development* (Broché) de Editeur Lippincott Williams & Wilkins.
- Atkinson, M.J. et Zibin, S. (1996) *Évaluation de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux chroniques : analyse critique des mesures et des méthodes*. Département de psychiatrie de l'Université de Calgary.
- Batson, G. (2004) *Effect of Feldenkrais Awareness Through Movement on Balance and Upper Extremity Function in Patients with Chronic Stroke: A Pilot Study*. APTA Poster presented at CSM, Nashville, TN.

- Bearman, G. et Shafarman, S. (1999) *Feldenkrais Method in the Treatment of Chronic Pain : A Study of Efficacy and Cost Effectiveness*. American Journal Pain Management.
- Berger, P.L. and Luckmann, T. (1966) *The Social Construction of Reality*, New York, Doubleday.
- Bernstein, B. (1995) Dancing beyond trauma. *In Dance and Other Expressive Art Therapies*, (p. 41-58). London: Routledge(Ed. F. Levy).
- Booth, B. (1995) *Back to the balance sheet... body therapy techniques ... Rolwing... the Feldenkrais method... applied kinesiology*. Nursing Times. 91(16), 44-5.
- Bost, H., Burges, S., Russel, R., Ruttinger H. et Schlafke, U. (1994) *Feldstudie zur wiiksamkeit der Feldenkrais-Methode bei MS - betroffenen*. Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft. Saarbrucken, Germany.. (Summary available in English translated by Hans Hartmann, Sc.D.)
- Buchanan, PA. et Ulrich, BD. (2001) *The Feldenkrais Method: a dynamic approach to changing motor behavior*. [Review: Tutorial] Research Quarterly for Exercise & Sport. 72(4), 315-23.
- Call, S., Evans, K., Glass, M., Gould, C., Lowe, J., et Stephens, J. (1998). *Awareness Through Movement as a method of improving coordination, efficiency of movement and gait, fatigue and quality of life in individuals with multiple sclerosis*. Unpublished master's thesis, Institute for Physical Therapy Education, University, Chester, PA.
- Campbell, A., Converse, P.E. et Rodgers, WL., (1976) *The Quality of American Life : Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. New-York : Russell Safe Foundation.
- Cheever, Olivia Lowell. (1995) *Education as Transformation in American Psychiatry: From Voices of Control to Voices of Connection*. PhD dissertation in Education, Harvard University, Cambridge MA.
- Czajkowski, P., Bucerius, J., Gummert, J.F., Walther, T., Borger, M.A., Doll, T., et Volkmar, F., Friedrich, W.M. 1997 *Comparison of preoperative characteristics of men and women undergoing coronary artery bypass grafting*. American Journal Cardiology, 79, 1017-1024.
- Dean, J.R., Yuen S.A. et Barrow, S.A.. (1997) *Effects of A Feldenkrais ATM Sequence on Fibromyalgia Patients*. A study reported to the CA-PTA in 1997 also presented at the NA Feldenkrais Guild Conference in August.
- Deig, D. (1994) *Self Image in Relationship to Feldenkrais Awareness Through Movement Classes*. Independent Study Project. University of Indianapolis, Krannert Graduate School of Physical Therapy, Indianapolis, Indiana.
- Diegelmann, B. (2000) *Therapeutical effets of the Feldenkrais Method in the context of behaviour therapeutical rehabilitation treatment*, Psychologische Diplomarbeit, Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau.

- Dupuis, G., Taillefer, M.C., Roberge, A. et LeMay, S. (1989) *A new tool to assess quality of life : the Quality of Life Systemic Inventory*. Quality of Life Cardiovascular Care 5 (suppl. 1), 36-45
- Dupuis, G., Maltais, F., Leblanc, P. et Simard, C. (2000) Measurement of quality of life in cardiac rehabilitation. Dans *Advances in Cardiopulmonary Rehabilitation*. Champaign: Human Kinetics Publishers.
- Elgelid, H.S. (1999) *Feldenkrais and Body Image*. Thèse non-publiée de maîtrise, University of Central Arkansas, Conway, AK.
- Feinstein, A.R. et Wells A.K. (1986) *Scientific and clinical problems in indexes of functional disability*. Annals of Internal Medicine, 105, 415-420.
- Feldenkrais, M. (1949) *Body and Mature Behaviour*, D.Sc.
- Feldenkrais, M. (1992) *L'être et la maturité du comportement*. France, l'Espace du Temps Présent.
- Feldenkrais, M. (1971) *La conscience du corps*. Robert Laffont S.A.
- FGNA, (1992) *The Feldenkrais Method® of Éducation Somatic : Standards of Praticce*.
- Fortin, S. (2002) *Living in movement : a transcultural perspective*. Journal of Dance Education ,2 (4), 128-136.
- Fortin, S. et Long, W. et al (2002) *Three voices : Researching how somatic education informs contemporary danse technique classes*. Research in Dance Education, 3 (2), 155-179.
- Frydamann, M. et Frydmann, P. (1982) *Repercussions psychologiques et physiologiques d'un entraînement à la prise de conscience du corps*. Revue de psychologie appliquée, 32, 89-93.
- Ginsburg, C. (1999). *Body-image, movement and consciousness: Examples from a somatic practice in the Feldenkrais Method*. Journal of Consciousness Studies, 6(2-3), 79-91.
- Goldfarb, L. (1998) *Articuler le changement*, Espace du Temps Présent, Paris.
- Guimond, O. (2002) *Qui va là? Point de vue de la méthode Feldenkrais d'éducation somatique*, Article publié à l'origine dans PRISME, Psychiatrie, recherche et intervention en santé mentale de l'enfant, no 37 (Corps Culture Identité), Montréal, Hôpital Sainte-Justine, 98-106.
- Hall, SE, Criddle A, Ring, A., Bladen, C., Tapper, J., Yin, R., Cosgrove, A. et Hu, Y. (1999) *Study of the effects of various forms of exercise on balance in older women*. Unpublished Manuscript Healthway Starter Grant, File #7672, Dept of Rehabilitation, Sir Charles Gardner Hospital, Nedlands, Western Australia.
- Hanna, T. (1989) *Définition du terme Somatique*, La Somatique, Paris
- Hanna, T. (1987) *What is Somatics? Part Three*, dans Somatics®, 57-61.
- Heber, L. (1993) *Dance movement: a therapeutic program for psychiatric clients*. *Perspective Psychiatric Care*, 29(2), 22-29.

- Henrichon, C. (2001) *Stratégies adaptatives et adaptation selon la participation à un programme d'enseignement suite à un premier événement coronarien*.  
Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Hurst et al., (1978) *Review of Life Experience*. American Journal of Community Psychology, 10(1), 65-80.
- IFF (1994) *Standards de pratique de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup>*. <http://feldenkrais-method.org/en/node/348>
- Ilfeld, F.W. (1976) *Psychiatric Symptoms Index*. Psychological Reports, 39, 1215-1228.
- Irani, SF, Lebonette, LS et al. (1998) *Awareness Through Movement: An Intervention Strategy for Improving Coordination and Economy of Movement in a Group of Well Elderly People*. Masters Thesis at Widener University, Institute for Physical Therapy Education.
- Ives, JC, Shelley, GA. (1998) *The Feldenkrais Method in Rehabilitation: a review*. WORK. A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation. 11, 75-90.
- Jobin, J. (2000). *Advances in cardiopulmonary rehabilitation*. Human Kinetics, 248-272.
- Joly, Y. (2003) *L'éducation somatique: au-delà du discours des méthodes*. Texte diffusé sur internet : [http://yvanjoly.com/yvan/web/article/educ\\_som\\_au-delà\\_disc-fr.pdf](http://yvanjoly.com/yvan/web/article/educ_som_au-delà_disc-fr.pdf)
- Joly, Y. (2002) *La méthode Feldenkrais*. Texte diffusé sur internet : [http://yvanjoly.com/yvan/web/article/Def\\_Feldenk-fr.pdf](http://yvanjoly.com/yvan/web/article/Def_Feldenk-fr.pdf)
- Joly, Y. (1994) *La recherche et la pratique du corps vécu: un point de vue, par la Méthode Feldenkrais® d'éducation somatique*, Revue de l'Association pour la recherche qualitative, 10, 87-100.
- Joly, Y. et coll. (1999) Réponses aux questions sur la formation du Conseil des approches alternatives et complémentaires de santé, Montréal. Regroupement pour l'éducation somatique.
- Johnson S.K., Frederick, J., Kaufman. et Mountoy, B. (1999) *A controlled investigation of bodywork in multiple sclerosis*. The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 5(3) 237-43.
- Kerr, G.A., Kotynia, P. et Kolt, G.S. (2002). *Feldenkrais Awareness Through Movement and state anxiety*. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 6 (2), 1-6.
- Kinney, J.M. (1995) *Journal of Affective Disorders*. 91(1), 53-56
- Kolt, G.S. et McConville, J.C. (2000). *The effects of a Feldenkrais Awareness Through Movement program on state anxiety*. Journal of Bodywork and Movement Therapies, 4 (3), 216-220.
- Laumer, U., Bauer, M., Fichter, M. et Milz, H. (1997) *Therapeutic Effects of Feldenkrais Method Awareness Through Movement in Patients with Eating*

- Disorders*. Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 47(5), 170-180.
- Lèplège, A. et Hunt, S. (1997) *The problem of quality of life in medicine*. JAMA, 278, 47-50.
- Lesage B. (1992) *Danse-thérapie auprès d'enfants autistes et psychotiques (Dance-therapy with autistic and psychotic children)* Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 40 (1), 21-27
- Lesage B. (1997) *Densité / danse : le plaisir de la dif-errance, Entretiens de Bichat, journée psychomotricité*, Expansion scientifique française, 35-39
- Lesage B. 2006 *La danse dans le processus thérapeutique : fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Ramonville Saint Agne : Erès.
- Leste A. et Rust J. (1984) Effects of dance on anxiety. *Perceptual and Motor Skills*, 58(3) 767-72.
- Leste, A., Rust, J. (1995) *Effects of dance on anxiety*. American Journal of Dance Therapy, 12, 19-25.
- Levine, S. et Crog, S.H. (1987) *The Changing Terrains in Medical Sociology : Emergent Concern With Quality of Life*. Journal of Health and Social Behavior, 28(1), 1-6.
- Long, W. (2002). *Sensing difference: Student and teacher perceptions on the integration of the Feldenkrais Method of Somatic Education and contemporary dance technique*. Mémoire de maîtrise, Université de Otago, Dunedin, Nouvelle-Zélande.
- Longuet, Higgins, H. C. (1982) *The role of vertical dimension in stereoscopic vision*, Perception, 11, 377-386.
- Lord, D. (2002). Exploring the role of somatic education in experimental well-being. Dissertation, The Ohio State University.
- Lowe, B., Breining, K., Wilke, S., Wellmam, R., Zipfel, S. et Eich, W. (2002) *Quantitative and qualitative effects of Feldenkrais , progressive muscle relaxation, and standard medical treatment in patients after acute myocardial infarction*. Psychotherapy Research. 12(2), 179-191.
- Lundblad I., Elert J. et Gerdle, B. (1999 ) *Randomized controlled trial of physiotherapy and Feldenkrais interventions in female workers with neck-shoulder complaints*. Journal of Occupational Rehabilitation. 9(3), 179-94.
- Lyttle, TSK. (1997) *The Feldenkrais Method: application, practice and principles*. Bodywork Movement Therapy, 1(5), 262-269.
- Malmgren-Olsson, E, Armelius, B et Armelius, K. (2001) *A comparative outcome study of body awareness therapy, Feldenkrais, and conventional physiotherapy for patients with nonspecific musculoskeletal disorders: changes in psychological symptoms, pain, and self-image*. Physiotherapy Theory and Practice, 17, 77-95.

- Marois, D. (2006) *Comparaison de la qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujets affectés par différents troubles de santé ainsi qu'avec des sujets en santé*. Thèse, Université du Québec à Montréal.
- Maturana, Varela, F. (1988) *The tree of Knowledge*. Shambhala Publications.
- McCullough, L.B. (1984) Concept of the quality of life : a philosophical analysis. In *Assessment of Quality of Life in Clinical Trials of Cardiovascular Therapies*, (p.25-36) New-York : Le Jacq Publishing inc.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (2004) *Banque de références relatives à la santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (2002) *Lignes directrices pour l'implantation de mesures de soutien dans la communauté en santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (2001) *Accentuer la transformation des services de santé mentale*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (2000) *Surmonter un problème de santé mentale au travail*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, (1997) *Orientation pour la transformation des services de santé mentale, document de consultation*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec.
- Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Gouvernement du Canada (2006) *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Agence de santé publique du Canada, Canada.
- Paillé, P. (1996). *De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier*. Revue de l'Association pour la Recherche Qualitative, 15, 179-194.
- Packa, D. (1989) *Quality of life of cardiac patients : a review*. Journal Cardiovascular Nurse, 3, 1-11.
- Parent, P., Bouliane, B., Beaulieu, B. et Dumais, M., sous la direction de Pierre Fortin, (1999) *La réforme de la santé au Québec*, Collection Cahier de recherche éthique 22, éditions Fides.
- Pendergast, C., Roller, B.A., Weiskittel, R.S. et Stephens, J. (1997) *Awareness through Movement as a Strategy for Improving Coordination and Economy of Movement in Older Adults*. Masters Thesis at Widener University, Institute for Physical Therapy Education.
- Phipps, A., Lopez, R., Powell, R., Lundy-Ekman, L. et Maebori, D. (1997) *A Functional Outcome Study on the Use of Movement Re-Education in Chronic*

*Pain Management*. Masters Thesis at Pacific University, School of Physical Therapy, Forest Grove, Oregon.

- Pieper, B. et Weise, S. (1996) *Feldenkrais : tâches, activités, développement d'un nouveau champ d'action*. Bibliothèque de la Guilde Feldenkrais. V N.12, édité par Karin Engels-Maurer et Christoph Görtz.
- Polsgrove, M.J. (2002) *Changes in height and postural stability using the Feldenkrais Method*. Microform Publications, University of Oregon Eugene, OR.
- Portman, A. (1956) *Zoologie und das neue Bild des Menschen*, Hamburg 1st edition (English : *A Zoologist Looks at Human Kind*, Columbia University Press 1990).
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C. et Légaré, G. (1992) *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisé dans l'enquête Santé Québec*. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.
- Regroupement pour l'Éducation Somatique (2004) *Code de déontologie*, document adopté le 31 octobre 2003.
- Regroupement pour l'Éducation Somatique (2004) *L'éducation somatique : un atout majeur pour préserver, améliorer ou retrouver la santé*. Texte du Regroupement pour l'éducation somatique.
- Regroupement pour l'Éducation Somatique (2004) *L'harmonie du geste et de l'esprit*. Texte du Regroupement pour l'éducation somatique.
- Regroupement pour l'Éducation Somatique (2004) *L'éducation somatique : qu'est-ce que c'est?* Texte du Regroupement pour l'éducation somatique.
- Rosenfield, I. (2005) *L'Étrange, le familier, l'oublié - Une anatomie de la conscience* Flammarion – Champs.
- Ryding, C. Rudebeck CE. et al. (2004) *Body awareness in movement and language: concordance and disparity*. *Advances in Physiotherapy*, 6(4), 158-65.
- Santé Canada, Gouvernement du Canada (2002) *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada, Canada
- Santé Canada, Gouvernement du Canada (2006) *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada, Canada
- Schell, K. (2000) *Psychologische Aspekte der Feldenkrais Methode*. Analyse von Psychological Aspecte of the Feldenkrais Method. Analysis of Factors of Effects and Consequences of the self concept. Diplomarbeit, Sudiengang Diplom Psychologie, Carl-von-Ossietzky Universität Oldenburg.
- Sherbourne et Stewart (1991) *MOS Social Support Survey*. *Social science and medicine*, 32 (6), 705-714
- Schon-Ohlsson, C. et al. (2005) *Sensory motor learning in patients with chronic low back pain : a prospective pilot study using optoelectronic mouvement analysis*. <http://feldenkrais-method.org/>.

- Smith, A.L. Kolt, G.S. et McConville, J.C. (2001) *The effect of the Feldenkrais Method on pain and anxiety in people experiencing chronic low back pain.* New Zealand Journal of Physiotherapy, 29(1), 6-14.
- Steisel, S.G. (1993) *The Clients Experience of Psychological Element in Functional Integration.* PhD Mass. School of Professional Psychology, Ann Arbor, MI.
- Stephens, J., Call, S., Evans, K., Glass, M., Gould, C. et Lowe, J. (1999) *Awareness Through Movement® as a method of improving function and quality of life of individuals with multiple sclerosis.* Paper presented at the APTA, Combined Sections Meeting: Physical Therapy Case Reports, Seattle WA.
- Stephens, J., Call, S., Evans, K., Glass, M., Gould, C. et Lowe, J. (1999) *Responses to ten Feldenkrais awareness through movement lessons by four women with multiple sclerosis: improved quality of life.* Physical Therapy Case Reports. 2 (2), 58-69.
- Stephens, J. (2005) *Learning to Improve Mobility and Quality of Life in a Well Elderly Population: The Benefits of Awareness Through Movement.* IFF Online Research Journal, <http://www.iffresearchjournal.org/> , (2), 1-17.
- Susan, A., M.A., L.P.C., (1999) *Natural Intelligence: Body-Mind Integration and Human Development,* Lippincott, Williams & Wilkins.
- Wendell, LL. (2000) *Some effects of the Feldenkrais Method on Parkinsons symptoms and function.* Unpublished case study by LL Wendell client and Marilyn Johnson, Feldenkrais Practitioner.
- Wildman, F. (1990). *Learning: The missing link in physical therapy. A radical view of the Feldenkrais Method.* New Zealand Journal of Physiotherapy , 18(2), 6-7.

## Annexe 1



## INVITATION



à participer à un étude en éducation somatique

La session sera de 20 rencontres (60 minutes) échelonnées sur 11 semaines consécutives avec 1 semaine de pause à la mi-session. Les séances auront lieu le lundi PM à 15 hrs et le vendredi AM à 10hrs30.

**Première rencontre: 26 septembre 2005**

L'éducation somatique? Une gymnastique tout en douceur. Dans l'atelier, Ghislain propose de faire un mouvement souvent simple, facile et inattendu, tout en vous rappelant de prendre soin de respecter vos zones de confort. Ces mouvements visent à vous mettre dans une situation qui vous permet de découvrir une meilleure manière de vous utiliser. L'essayer c'est: apprendre par vos propres moyens, avec comme références ce que vous ressentez dans votre corps et ce que vous avez comme image de vous. Cette image de soi est toujours en développement. Il faut préciser que les leçons ne consistent pas à montrer de quelle façon il faut courir, marcher, se tenir debout ou respirer... mais bien découvrir votre meilleure manière de faire tout ça.

Le but de cette étude est d'évaluer comment des personnes vivant des problèmes de santé mentale vivent des variations en rapport à leur qualité de vie lorsqu'elles participent à une classe d'éducation somatique (méthode Feldenkrais<sup>md</sup>).

**Méthode Feldenkrais<sup>md</sup>**

La conscience du corps en mouvement

**Pour l'inscription ou information ,  
voir Ghislain Lemonde à l'Élan-Demain ou lui téléphoner au 450-773-1022**

## Annexe 2

# PRISE DE CONSCIENCE PAR LE MOUVEMENT

MOSHE FELDENKRAIS

TRADUIT DE L'ANGLAIS PAR MADELEINE EVANS

**« Ce que je recherche, ce ne sont pas des corps flexibles, mais des cerveaux flexibles. »**

VOICI COMMENT MOSHE FELDENKRAIS AVAIT L'HABITUDE DE PRÉSENTER SON TRAVAIL  
(peut-être la propriété la plus importante)

**P**ar sa structure, l'Homme est

proche de l'animal. Mais c'est l'animal le plus évolué, et c'est un être humain par le fonctionnement de son système nerveux. La main d'un homme diffère assez peu de celle d'un singe - dans la position et le mouvement du pouce mais le système nerveux de l'homme lui permet d'utiliser les muscles et les os de sa main pour faire ce qu'un singe anthropoïde ne peut réaliser : des mouvements fins de manipulations spécifiquement humaines, comme écrire, jouer d'un instrument, compter des billets de banque, réparer une montre ou faire la mise au point d'un microscope.

## DEUX MODES D'APPRENTISSAGE

L'apprentissage des deux usages de la main se produit de deux façons différentes. Chez tout animal ou homme normal, les mouvements habituels de la main sont spontanés et s'améliorent avec l'âge. Les manipulations précises propres à l'homme doivent cependant être enseignées à chaque individu d'une manière spécifique et en temps voulu.

Le mode spécifique d'apprentissage

du système nerveux humain) est manifeste, non seulement pour la main, mais aussi dans toutes les fonctions humaines. La posture verticale de l'homme, sa démarche, son parler, sont tous appris et nécessitent plusieurs années d'apprentissage, puis beaucoup d'autres années pour atteindre la perfection.

La capacité à pousser des cris (c'est-à-dire la partie animale du langage) s'améliore avec la croissance, à la fois chez l'homme et chez les autres mammifères, mais une personne qui grandit vers l'âge adulte en dehors d'une société humaine n'atteindra sans doute jamais la dextérité d'un être humain normal. L'instinct animal est l'apprentissage phylogénétique, c'est à dire l'apprentissage de l'espèce.

L'apprentissage humain est ontogénétique, c'est-à-dire qu'il nécessite l'expérience personnelle. En bref, l'apprentissage est au système nerveux humain ce que l'instinct est à l'animal. Les chiens, par exemple, apprennent spontanément tous les langages canins, et un chien chinois peut communiquer avec un chien américain

aussi bien qu'avec un chien persan. Mais un système nerveux

humain "connecté" par l'expérience personnelle et individuelle ne peut parler qu'un seul langage. Les deux cents et quelques autres langues lui resteront à jamais étrangères, à moins que l'individu ne s'engage dans un nouveau processus d'apprentissage.

L'instinct a certains désavantages, comme d'ailleurs l'apprentissage humain. L'instinct est inutile dans un environnement soudainement changé ou dans une situation complètement nouvelle. La valeur de l'apprentissage dépend du choix et de la qualité de ce qui est appris. Cependant, le système nerveux humain – dans lequel les schémas d'actions sont imprimés durant le temps d'apprentissage et non hérités (comme le sont les instincts) – a un avantage majeur : le réapprentissage ou la rééducation est comparativement aisée.

### **LE MOUVEMENT EST UN RÉVÉLATEUR**

Le mouvement est ce qui nous renseigne le mieux sur l'activité du système nerveux. Les tremblements, les paralysies, les ataxies, les troubles du langage et, de manière générale, le manque de contrôle musculaire indiquent une atteinte ou un trouble de fonctionnement du tronc cérébral ou des autres parties du système nerveux. On ne réussira jamais à faire bouger quelqu'un, même d'un millimètre, à moins de trouver un moyen d'inciter son système nerveux à envoyer les impulsions qui feront se contracter les muscles concernés selon les configurations et assemblages nécessaires et les séquences temporelles qui conviennent. Le

mouvement – ou l'absence de mouvement – nous renseigne sur l'état du

système nerveux, sur son patrimoine héréditaire et sur le niveau de développement qu'il a atteint. À la naissance, nous ne pouvons faire que très peu de mouvements volontaires, si ce n'est pleurer et contracter tous les muscles fléchisseurs en faisant un effort généralisé et non différencié.

Par l'expérimentation, nous apprenons à rouler, à ramper, à nous asseoir, à marcher, à parler, à courir, à sauter, à tenir en équilibre, à tourner et enfin à exécuter tout ce dont nous sommes capables à l'âge adulte. Notre conscience s'adapte progressivement à notre environnement. Les premiers contacts avec le monde extérieur se font par la bouche et par la peau. Plus tard, nous apprenons à utiliser séparément chaque membre de notre corps et à le contrôler en les regardant. La difficulté majeure est la différenciation des mouvements. Ainsi notre annulaire restera maladroit, à moins de jouer d'un instrument ou de s'entraîner spécialement à le bouger indépendamment. On finit par transformer la réponse de tout ou rien de la contraction musculaire primitive en une activité volontaire différenciée plus ou moins parfaite. On y arrive presque naturellement, c'est-à-dire sans avoir conscience du processus sous-jacent ni de l'état ou du degré de perfection atteint au cours de l'apprentissage – pourvu, bien entendu, que le résultat ne soit pas manifestement inférieur, comparé à celui atteint par les autres. Il faut un empêchement majeur avant que nous nous rendions compte qu'il y a quelque chose qui ne va pas. La plupart d'entre nous atteint un niveau

passable sans plus, juste ce qu'il faut pour être comme les autres.

### **LA MÉTHODE FELDENKRAIS**

Ma technique pour améliorer la maturation du système nerveux utilise la notion de réversibilité des systèmes musculaire et nerveux. Les deux ont évolué sous l'influence du champ de gravité, qui détermine les normes du développement, ainsi que celles de l'apprentissage individuel, et de même pour l'espèce humaine à l'échelle de l'évolution.

Le développement extraordinaire des lobes frontaux chez l'Homme indique que leur fonctionnement est un progrès évolutif et contribue à la survie des mieux adaptés. Ce développement du cerveau humain devient plus ou moins fonctionnel en évoluant après la naissance, et il est ainsi dirigé et façonné par l'expérience personnelle de chaque individu.

### **OPPORTUNITÉ ET VULNÉRABILITÉ**

Il en ressort une occasion extraordinaire, qui n'est offerte à aucune autre espèce animale, de construire un ensemble de réponses apprises, mais qui est accompagnée en même temps d'une certaine vulnérabilité due aux risques d'erreurs. Chez les autres espèces animales, les réponses à la plupart des stimulus sont inscrites dans leur système nerveux sous la forme de configurations instinctives d'action et elles dévient moins souvent.

Pire encore : nous avons peu de possibilités de nous rendre compte où nous nous sommes trompés, puisque nous sommes à la fois apprentis et juges ; en outre, notre jugement dépend et se limite aux résultats de notre apprentissage.

Il devient évident que pour faire des progrès, il faut affiner notre

jugement. Mais c'est revenir au point de départ, puisque le jugement est le résultat d'un apprentissage, qu'en tant qu'adultes nous avons terminé depuis longtemps.

### **AUGMENTER LA SENSIBILITÉ**

Pour sortir de ce cercle vicieux, nous devons exploiter la qualité fondamentale de la partie supra-limbique de notre cerveau, qui est capable de sentir, de résumer et même parfois d'exprimer verbalement ce qui se passe à l'intérieur de notre corps. En réduisant tous les stimulus à leur stricte expression, nous réduisons aussi au minimum tout changement dans notre système musculaire et dans nos sens en général. Ceci est l'application de la loi Fechner-Weber. Ainsi nous maximisons notre sensibilité et pouvons distinguer les détails les plus fins qui nous échappaient auparavant et que nous ne pouvions relever, même quand nous cherchions à le faire. Nous sommes comme des daltoniens, normalement incapables de voir de différence entre le vert et le rouge, qui auraient retrouvé la capacité de distinguer ces couleurs. Une fois que la capacité à différencier s'améliore, les détails concernant notre propre personne ou notre environnement sont alors perceptibles et le reste n'est qu'une question d'expérience, de pratique, de temps et d'attention. Au fur et à mesure que nous prenons conscience de ce que nous faisons en réalité, et non plus ce que nous disions faire ou pensions faire, la voie vers le progrès est grande ouverte. La façon de corriger les erreurs que nous découvrons est un problème qui demeure entier. Mais

en général, la tendance ancrée en nous, qui nous pousse vers des

solutions optimales, nous apporte une solution partielle.

### **LEÇON SELON LA MÉTHODE**

Tout d'abord, les séances se déroulent en position couchée, sur le ventre ou sur le dos, afin de faciliter l'abandon des schémas musculaires habituels. Les pressions habituelles exercées sur la plante des pieds et la configuration des articulations du squelette qui en découle sont ainsi supprimées. Le système nerveux ne reçoit plus les stimulus afférents usuels dus à la gravité, et les impulsions efférentes ne sont plus liées aux schémas de mouvements habituels. Après les séances, quand on reçoit à nouveau les stimulus usuels, on est surpris de découvrir que l'on y répond différemment. Pour faciliter ce résultat, les séances doivent être menées aussi lentement et aussi agréablement que possible, sans le moindre effort ou la moindre douleur ; l'objectif n'est pas d'exercer ce que l'on connaît déjà, mais de découvrir des réactions inconnues en soi et d'apprendre à agir de manière plus appropriée.

Les mouvements sont légers, de manière à ce qu'après les avoir répétés quinze ou vingt fois, l'effort initialement nécessaire soit ramené presque uniquement au fait d'y penser. C'est ce qui permet à la personne de développer au maximum sa sensibilité et de détecter le moindre changement qui intervient tant au niveau du tonus, qu'au niveau de l'alignement des différentes parties de son corps.

À la fin d'une séance, on devrait avoir

la sensation d'être suspendu légèrement par la tête, que les pieds

ne frappent plus le sol, et que le corps glisse lorsqu'il se déplace. La tête, qui porte les télérécepteurs - les yeux, les oreilles, les narines et la bouche - se tournant vers la droite et la gauche presque chaque fois que l'attention se déplace vers les changements dans l'espace qui nous entoure, devrait se tourner avec une fluidité inégalée par le mécanisme le plus perfectionné conçu par l'homme. Parmi les télérécepteurs, les yeux peuvent aussi se déplacer par rapport à la tête, et leur mouvement dans le sens de rotation de la tête ou à l'opposé devrait être fluide et facile, si la tête bougeait comme elle le devrait.

### **RÉSULTATS**

Apprendre au corps à perfectionner toutes les formes et configurations possibles de ses membres change non seulement la force et la souplesse du squelette et des muscles, mais provoque également un profond changement dans l'image de soi et dans la qualité de direction de soi.

### **DEUX TECHNIQUES MAJEURES**

La Méthode utilise une technique de manipulation et une autre de groupe. La première est nécessairement individuelle et est ajustée pour convenir aux besoins particuliers de la personne. Une trentaine de positions différentes sont utilisées. Ce fut la première technique à être développée historiquement. La technique de groupe a été créée pour produire l'effet de l'enseignement lors de manipulations sur le plus grand nombre possible de personnes. Le mot "enseignement" indique que les changements dans l'image de soi

sont produits par l'élève, qui devient conscient du changement de son

image corporelle. Les leçons ont été diffusées par la radio suisse de Zurich pendant deux ans. Aujourd'hui, environ mille leçons de quarante cinq minutes chacune

existent en hébreu et quelques centaines en anglais, français et

allemand. En considérant tout fonctionnement comme une manifestation du système nerveux, la Méthode Feldenkrais possède une portée universelle.

## ENRICHIR ET DÉVELOPPER L'IMAGE DE SOI

D'APRÈS UN ARTICLE DE MARIE-JOSÉ HOUAREAU SUR LE TRAVAIL DE MOSHE FELDENKRAIS

**C**hacun réagit selon l'image

qu'il se fait de lui. Mais qu'est-ce que l'image de soi? Nous avons tous l'impression que notre façon de parler, de marcher, de nous comporter, de tenir la tête, les épaules, le bassin, etc., est la seule possible. L'aspect, la voix, la manière de penser, l'attitude, les relations avec le temps et l'espace, tout cela semble héréditaire, accordé de droit par la naissance. Nous nous croyons né ainsi.

Il n'en est rien. L'image de soi, essentiellement composée de sentiments et de sensations, se forme au hasard de la vie et presque à notre insu. Elle n'est que le résultat de nos propres expériences jointes à notre héritage biologique. Le petit animal est autonome dès la naissance. Il peut se porter et se déplacer lui-même. Pas l'homme. Le petit homme naît avec un système locomoteur qui n'est pas développé. Notre squelette, notre système nerveux, notre musculature, nos sens, notre potentiel de réceptivité nous sont certes octroyés à la naissance. Mais à l'état quasi embryonnaire. C'est l'éducation qui, ne faisant que perpétuer les modes de la génération précédente, nous fera assimiler la langue de notre entourage ou les façons de réagir propres à la société à laquelle nous appartenons. C'est le hasard du lieu de naissance et l'entourage d'un individu qui déterminent ce que seront nos attitudes, nos mouvements, etc. L'image de moi est adaptée au masque sous lequel chacun voudrait être

jugé par ses semblables. La plupart des adultes vivent derrière un masque qui leur

permet de dissimuler leurs désirs et de surmonter le sentiment de vide qui risque de les submerger s'ils se mettaient à écouter ce qui se passe en eux.

Une image de soi complète, donnant la même précision et la même importance à tout le corps est un cas exceptionnel, affirme Feldenkrais. Si nous possédions une telle image, nous serions tous des génies. Malheureusement, il n'en est rien ! Car l'usage que chacun fait de lui-même est très inférieur à ses possibilités. Il correspond, en fait, aux limites de l'image de soi qui n'est jamais aussi complète ni aussi exacte qu'on le croit. Pour s'en convaincre, il suffit de tenter l'expérience suivante: fermez les yeux et, avec les index, essayez d'évaluer devant vous la largeur de votre bouche ou encore d'estimer, avec vos mains, l'épaisseur de votre poitrine. Vous serez étonné des résultats. Les personnes qui maintiennent d'habitude leur poitrine en état d'expiration exagérée, découvriront que, dans leur image de soi, la poitrine est représentée deux ou trois fois plus épaisse qu'elle ne l'est en réalité et inversement. Un examen détaillé de tout le corps apporte plus d'une surprise.

La question qui s'impose est donc la suivante: peut-on modifier la manière d'être habituelle des individus? Pour Feldenkrais, la réponse est

affirmative. On peut changer de comportement, mais pour ce faire il

faut commencer par modifier l'image de soi. Une telle évolution ne peut se réaliser qu'en faisant participer de façon active le système nerveux. Car c'est le schéma profondément inscrit dans notre cerveau qu'il faut modifier et pas seulement la façon d'exécuter tel ou tel geste. Dans la rééducation, il faut qu'interviennent le système nerveux et la prise de conscience. Toute autre démarche reste superficielle et ne conduit qu'à des résultats aléatoires et temporaires. C'est au fond de nous que les choses doivent changer, et pas seulement en surface.

**CHACUN DOIT ÊTRE À LUI-MÊME  
SON PROPRE MODÈLE**

Nous prenons l'Etre comme un système compact et c'est au niveau du système et non pas d'une seule de ses parties qu'il faut intervenir. « Celui qui se sert de ses muscles, dit Feldenkrais, sans observer, analyser, comprendre, agit comme une machine, ses mouvements n'ont qu'une valeur mécanique. Un animal ou une véritable machine en feraient autant ou même mieux ». C'est bien cela que l'on peut reprocher aux méthodes d'éducation physique traditionnelles encore utilisées de nos jours. Elles attachent toutes du prix à la réalisation d'un modèle que l'élève essaie plus ou moins bien d'imiter. En règle générale, pour enseigner, les parents et les professeurs ne savent pas faire autre chose que montrer des exemples puis encourager l'élève à les imiter. Il faut savoir que la solution ne réside pas simplement dans l'entraînement. On a toujours eu tendance jusqu'ici – en présence d'un trouble

fonctionnel – à s'attaquer sélectivement au problème en examinant, par

exemple, soit le squelette, soit les muscles, soit le système nerveux, soit l'environnement. «En réalité, c'est sur la relation entre ces quatre éléments qu'il faut agir», déclare Feldenkrais. Et comment? En considérant le mouvement comme révélateur de l'ensemble de l'organisation que l'on apprend à mieux utiliser et éventuellement à modifier. Les conceptions de Feldenkrais rejoignent les théories de l'apprentissage qui affirment que la manière d'enseigner compte plus que la matière enseignée. Pour que le mouvement soit authentique, il faut que ce soit l'élève qui découvre, par ses propres moyens et grâce à ses sensations, ce qu'il peut faire de meilleur pour lui. Le professeur ne joue qu'un rôle très secondaire, se contentant d'indiquer oralement le mouvement à exécuter et se gardant bien de donner la marche à suivre.

**LA MÉTHODE FELDENKRAIS  
EST UNE MÉTHODE GLOBALE**

Le travail proposé s'adresse à tous ceux qui désirent tirer le meilleur parti d'eux-mêmes et se rapprocher du potentiel maximal que chacun porte en soi. Elle tend à améliorer la prise en charge des humains par eux-mêmes. Il ne s'agit donc pas d'obéir à des ordres ni d'accomplir des performances. L'idée maîtresse du travail est la suivante: prêter attention à l'expression sensorielle que procure l'amorce des mouvements afin de créer de nouveaux circuits nerveux. Car répéter un mouvement mécaniquement, sans être attentif à ce qui se produit et à ce que l'on ressent, peut avoir une certaine utilité, mais qui

n'ajoute rien au développement. En effet ce ne sont pas les dispositions

ou les qualités d'un individu qui doivent être améliorées, mais la manière dont s'accomplissent ses actes. Ce que l'on apprend de cette façon n'est pas un article de plus dans les tiroirs d'une science figée mais une correction dynamique du processus de pensée.

L'homme apprend surtout grâce à son expérience individuelle; les animaux, grâce à l'expérience de leur espèce. Lorsque nous faisons notre entrée dans le monde, nous ne savons parler aucun langage articulé, ni marcher, ni lire, ni chanter, ni compter, etc. En revanche, nous possédons une structure dotée de dispositions nous permettant d'accomplir tous ces actes. Bien ou mal.

Pour certaines fonctions, nous sommes dès la naissance aussi bien dotés que les animaux. Les fonctions digestives et respiratoires, les mécanismes d'élimination, de régulation de la température et d'équilibre, de commande des battements cardiaques, tout ce qu'il faut pour que les processus chimiques se déroulent normalement est au point dès le début de la vie. Pas les fonctions de communication. Les abeilles, par exemple, construisent toutes leurs ruches sur le même modèle. Chez l'homme, rien de comparable: sa façon de parler, de se tenir debout, de marcher, etc., n'est pas congénitalement déterminée.

Un enfant qui grandit au Japon parlera japonais. De même, la démarche varie d'une culture à l'autre. Ainsi à la différence de tous

les autres animaux qui naissent avec un système nerveux prêt à fonctionner

immédiatement et qui ne peuvent apprendre que de façon unique et prédéterminée, l'être humain a la faculté d'apprendre à agir de multiples façons. Les animaux ont un système nerveux qui, à la naissance et à la mort, pèse à peu près le même poids. En revanche, le bébé humain naît avec un cerveau qui pèse 350 grammes, mais quand l'adulte meurt, il pèse de 1500 à 1700 grammes. Cette différence, c'est, d'une certaine façon, le poids de l'apprentissage.

#### **LA FACULTÉ D'APPRENDRE**

##### **REMPLECE L'INSTINCT ANIMAL**

Quel que soit le lieu où le hasard fait naître un individu, ce dernier organise obligatoirement son cerveau en fonction des exigences de l'environnement. C'est son cerveau très particulier qui va permettre à l'homme de répondre aux exigences de l'environnement – que celles-ci soient le chaud ou le froid, ou l'apprentissage des mathématiques. Mais comment s'opèrent ces apprentissages ? « On n'en sait rien, répond Feldenkrais. Toutes les fonctions essentielles de la vie s'apprennent, sans que personne ne sache comment, dit-il. Comme l'enfant apprend-il à marcher ? Comment apprend-il les dix premiers mots de sa vie ? On s'aperçoit simplement un jour qu'il le sait. Il n'y a pas de programme fixé à l'avance. Le programme, c'est l'enfant ». Nous ne savons pas comment les actes s'accomplissent. Ce qui est certain, c'est que notre système nerveux, au départ un tableau vierge et malléable, est capable de se faire à toutes les cultures du monde et à toutes les langues du monde. Nous avons un

cerveau qui pourrait s'adapter à mille mondes différents. En général, vers

treize ou quatorze ans, l'individu cesse de développer ses facultés d'adaptation. Résultat : l'homme demeure au-dessous de lui-même. C'est pour cette raison que nous sommes loin d'avoir atteint les limites des capacités de l'homo sapiens.

Puisque l'homme possède une conscience supérieurement développée avec un pouvoir d'abstraction qui lui est particulier et grâce auquel il peut discerner ce qui se passe en lui, il faut donc l'aider à mieux l'utiliser. Le cerveau n'a pas d'instinct. Il lui faut tout apprendre, et puisqu'il apprend, rien ne l'empêche de le faire de mille façons différentes. Feldenkrais utilise volontiers l'image suivante: prenez cinquante chats noirs et faites-les courir. Vous ne reconnaîtrez votre chat que si vous vous êtes donné la peine de l'observer pendant un certain temps. Par contre, il suffit d'avoir aperçu un individu une seule fois pour pouvoir le reconnaître même à deux cents mètres. Il est facile de l'identifier, à un petit détail.

Chacun a une façon qui lui est propre de se mouvoir parce qu'il n'y a pas de loi ni de modèle. Il n'y a donc pas de ce fait, une bonne posture ni une bonne démarche en soi. Il est aberrant d'enseigner la bonne façon de s'asseoir ou de respirer. Le travail proposé ne consiste donc pas à montrer, par exemple, de quelle façon il faut marcher, courir, tenir le buste, mais à mettre l'individu dans

une situation qui lui permette de découvrir, par ses propres moyens,

sans d'autres références, que ce qu'il ressent dans son corps est la meilleure façon, pour lui, d'accomplir ces actes. Il faut apprendre à savoir comment on fait les choses. Car lorsqu'on sait comment on les fait, on peut faire ce que l'on veut.

#### **LES VRAIS CHANGEMENTS SE SITUENT DANS LE CERVEAU**

L'expression du visage, l'attitude debout, la voix reflètent l'état du système nerveux. Ni l'attitude, ni l'expression, ni la voix ne peuvent être changées sans une modification du système nerveux. Pour améliorer quoi que ce soit de nous, il faut d'abord que le changement se produise en nous, dans le cerveau et le système nerveux. Il faut donc commencer par modifier le centre de contrôle qui régit une activité. «Il ne peut y avoir de changement dans la musculature sans qu'ait lieu préalablement un changement correspondant dans la région motrice de l'écorce cérébrale ». Dans chaque exercice préconisé, non seulement chacun est son propre modèle, mais encore le corps tout entier participe à ce travail qui mobilise la conscience. Dans la pratique, Feldenkrais utilise deux techniques. La première, appelée «intégration fonctionnelle», se déroule sans recours ou presque à la parole. La seconde, la «prise de conscience par le mouvement», se pratique en groupe, en faisant intervenir la parole, mais sans qu'elle soit indispensable. Toutes deux ont pour objet de donner à chacun le moyen d'utiliser au mieux toutes ses facultés.

## Annexe 3

l'Inventaire Systémique de la Qualité de vie (ISQV©)

## Annexe 4

l'Indice de Détresse Psychologique (Santé Québec IDPESQ-14)

## Entrevue qualitative

Qu'est-ce qui t'a le plus marqué dans les ateliers?

Qu'est-ce que tu as perçu de nouveau au sujet de toi lors des rencontres? Après les rencontres?

Comment te sentais-tu pendant les exercices?

Comment te sentais-tu les heures après nos rencontres?

Qu'est-ce qui t'as influencé le plus dans les ateliers?

Quel aspect des rencontres as-tu aimé le plus?

Quel aspect des rencontres a été la plus difficile?

Quelles influences restaient présentes entre nos rencontres?

Quels comforts as-tu senti durant les rencontres? Après les rencontres?

Quels inconforts as-tu senti durant les rencontres? Après les rencontres?

Il y a-t-il du nouveau au sujet de la perception de ton corps? De tes émotions? De ta concentration?

---

Selon toi, crois-tu que les ateliers t'ont aidé?

À quel niveau?

Quel lien fais-tu entre les rencontres et ta qualité de vie?

Est-ce que le fait de participer à l'atelier a changé quelque chose à ta vie?

Est-ce que cela a changé ta qualité de vie? Pour le mieux ou pour le pire?

Est-tu satisfait d'avoir participer?

## Profil

No. d'identification : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Vous vivez seul       Vous vivez avec quelqu'un

Type de problème de santé mentale:

---

---

---

Depuis combien de temps :

---

Médication :

---

---

Autres problèmes de santé :

---

---

---

Revenu annuel :

0 à 20,000       20,000 à 40,000       plus de 40,000

## Annexe 7

### Le questionnaire sur les événements stressants

## Annexe 8

Le questionnaire sur le soutien social

## Annexe 9

DÉPARTEMENT DE DANSE  
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
DEMANDE D'APPROBATION ÉTHIQUE D'UN PROJET D'ÉTUDE  
AVEC DES ÊTRES HUMAINS

### 1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Responsables de l'étude : Ghislain Lemonde (étudiant), Sylvie Fortin (directrice)

Titre de l'étude : L'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale.

Date du début du projet : 20 septembre 2005      Durée approximative : 10 semaines

### 2. BUTS DE L'ÉTUDE

Je cherche à identifier de quelle manière l'éducation somatique (méthode Feldenkrais<sup>md</sup>) influence la qualité de vie des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale

### 3. MÉTHODES ET PROCÉDURE DE RECHERCHE

- a. Le projet impliquera:
  - i. L'administration d'un questionnaire en pré-test et en post-test à tous les participants et des entrevues individuelles (durée d'environ 30 minutes) à 4 participants sélectionnés selon leur disponibilité
  - ii. La participation de 10 personnes à 20 rencontres en groupe comprenant des leçons d'éducation somatique.
- b. Description des précautions mises en place afin d'assurer le bien-être des participants (incluant les conditions d'arrêt de la participation du sujet en cas de problème et le type de support offert)
  - i. Explication du projet et formule de consentement au participant
  - ii. Supervision individuelle lors du questionnaire pré-test, post-test et des entrevues.

- iii. Prise d'information de la condition physique des personnes lors d'une rencontre aux ateliers de groupes (questions ouvertes)
  - iv. Respect des codes d'éthique du RES (Regroupement en Éducation Somatique), de l'AFQ (l'Association Feldenkrais Québec), de l'IFF (International Feldenkrais Federation) de l'Élan-Demain inc.
  - v. Adhésion à deux assurances pour les fautes professionnelles (RES et Élan-Demain inc.)
  - vi. Calendrier des rencontres ajusté au groupe
  - vii. Locaux ajustés au type d'atelier (l'éducation somatique)
  - viii. Il est entendu que les participants ont le droit de se retirer de l'étude en tout temps sans pénalité d'aucune forme.
- c. Ma procédure de recherche ne nécessite pas de divulguer des renseignements partiels aux sujets de mon étude ou de les induire temporairement en erreur.
  - d. Les résultats de ma recherche seront communiqués aux participants :
    - i. Une copie du profil de chaque participant résultant du questionnaire sur la qualité de vie leur sera remise.
    - ii. La transcription de chaque entrevue sera transmise aux participants concernés dans le but d'être corroborée.

#### 4. RECRUTEMENT

Description du processus de recrutement des participants

##### a. Caractéristiques des participants

Cette étude cible les personnes vivant des problèmes de santé mentale utilisant les différents services liés aux problèmes de santé mentale. Cette clientèle peut avoir accès à différents services au Québec : soins médicaux, consultation psychiatrique, hospitalisation, centre de crises, supports dans la communauté par des travailleurs sociaux, des milieux de vie, des familles d'accueil, du suivi intensif et du suivi d'intensités variables. Plusieurs de ces supports sont offerts par des organismes communautaires. Les personnes qui participeront à cette étude proviennent de ces différents milieux.

##### b. Les étapes de recrutement et les méthodes employées pour rejoindre les participants :

Je prévois former un groupe de 10 participants. Pour le recrutement de ces participants, j'ai différentes options. Je peux effectuer un recrutement ciblé

et un recrutement offert par les médias de communication à toute la population de la région.

Pour le recrutement ciblé, j'ai prévu premièrement ouvrir ma proposition dans les milieux où l'on offre des soins et diverses interventions auprès de personnes vivant des problèmes de santé mentale. Ces milieux sont : l'organisme l'Élan-Demain pour lequel je travaille, le centre hospitalier Honoré-Mercier à Saint-Hyacinthe, les deux CLSC situés dans ville de Saint-Hyacinthe et les autres organismes communautaires locaux offrant des services en rapport avec cette problématique. Cette proposition devrait s'actualiser sous deux formes : annoncer et décrire le projet de recherche aux intervenants offrant des services à cette clientèle pour qu'ils puissent offrir la possibilité de participer à cette recherche à leur clientèle. La deuxième forme de recrutement ciblé est de produire des rencontres d'information et d'initiation à la méthode Feldenkrais d'environ 90 minutes qui aurait pour but d'initier un groupe de personnes à la méthode et de proposer la possibilité de participer à cette recherche. Des rencontres d'initiation furent produites au moins à vingt reprises par le passé en collaboration avec l'hôpital psychiatrique de jour du centre Honoré-Mercier. Dans sa même forme, ce type de proposition pourrait être offert à l'Élan-Demain, aux CLSC et aux autres organismes communautaires.

Pour que ce mode de recrutement soit fait dans les institutions (Centre hospitalier et CLSC), cette recherche devra être approuvée par les différents comités d'éthique d'institutions.

Si toutefois ces démarches n'avaient pas donné les résultats escomptés, je prévois utiliser des communiqués dans les médias locaux pour compléter les inscriptions à mon groupe d'expérimentation. Dans ma communauté maskoutaine, il est de coutume d'annoncer les activités produites par les organismes communautaires à l'intérieur d'une rubrique intitulée « Communautaire » dans les journaux locaux Le Clairon et le Courrier de St-Hyacinthe (voir annexe 1). Il est parfois aussi possible de faire passer un article sur le sujet et, qu'à la fin de cet article, la proposition de participer à cette recherche soit inscrite. Il est aussi fréquent de voir de telles annonces sur la télévision communautaire. Finalement, cette recherche pourrait faire l'objet d'entrevue radiophonique à la radio maskoutaine.

## 5. CONSENTEMENT

Le consentement sera confirmé par écrit à partir d'un formulaire adapté aux exigences de mon étude, rédigé dans la langue du participant et de façon à ce que son contenu soit compris par ce dernier.

Voir : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT  
(personnes participantes aux ateliers et à la recherche)

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTENAIRES  
(centre hospitalier, CLSC, organismes communautaires)

Tous les participants seront majeurs et aptes à consentir à participer à une étude de ce type.

## 6. ANALYSES DES RISQUES ET DES AVANTAGES POUR LES PARTICIPANTS

- a. Identification des avantages que les participants peuvent espérer recevoir de leur participation au projet de recherche
  - i. Amélioration de leur conscience corporelle
  - ii. Amélioration de la gestion du stress lié à leur condition de vie
  - iii. Amélioration de la stabilité émotionnelle
  - iv. Mieux-être physique et psychique
  - v. Meilleure utilisation de soi dans l'ensemble de ces actions
- b. Indication au sujet des inconforts physiques, des remises en question, des inconvénients, des troubles, des malaises de quelque nature que ce soit auquel les participants risquent d'être en contact
  - i. Inconforts physiques passagers dus à un changement de mobilité et de posture
  - ii. Inconforts émotionnels dus à une prise de conscience au sujet d'une de ces conditions de vie ou d'un souvenir émergent
  - iii. Remises en question de certaines habitudes
- c. Descriptions des précautions prévues afin de minimiser les risques connus ou anticipés pour les participants

- i. Rappel fréquent durant les ateliers sur le fait que ces exercices se font dans le respect de leurs limites de mouvements et de confort physique et émotionnel.
- ii. Rappel fréquent sur le fait qu'ils peuvent s'abstenir de faire l'exercice proposé et peuvent se reposer autant de fois qu'ils en ont besoin.
- iii. Proposer ma disponibilité à la fin de chaque rencontre dans le but de répondre à leurs interrogations, le tout dans un cadre confidentiel.
- iv. Prise d'information de la condition physique lors de rencontres avant les ateliers de groupes afin de prendre en considération les limitations individuelles des participants
- v. Respect des différents codes d'éthique
- vi. Rappel fréquent qu'il n'y a pas qu'une seule façon de faire les exercices avec aisance et grâce, mais plutôt de rechercher leur manière de faire l'exercice en recherchant l'aisance dans les sensations de mouvements
- vii. Être à l'affût de certains changements que les participants peuvent vivre et commenter ces changements.

7. ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ DANS LE TRAITEMENT ET LA DIFFUSION DES RÉSULTATS

- a. Les informations conservées, permettant d'identifier le participant
  - i. Les questionnaires pré-test et post-test d'entrevue seront numérotés
  - ii. Les noms seront remplacés par des pseudonymes tout au long de la recherche
- b. Les procédures mises en place pour assurer l'anonymat des participants et le caractère confidentiel des données ou propos recueillis lors de traitement et de leur diffusion quelle que soit la méthode de collecte de renseignements utilisée.
  - i. Les noms seront remplacés par des pseudonymes tout au long de la recherche
  - ii. Les questionnaires pré-test et post-test et les cassettes audio phoniques seront conservées sous clé dans le bureau du directeur de l'Élan-Demain inc., Guy Lemieux
- c. Les procédures mises en place pour la conservation des données sur les individus en lieu sûr, les normes d'accès aux données et la durée de la conservation des données de recherche avant leur destruction.

- i. Les questionnaires pré-test et post-test et les cassettes audio phoniques seront conservées sous clé dans le bureau du directeur

de l'Élan-Demain inc., Guy Lemieux et seront détruites à la fin de la recherche.

8. SUIVI

- a. Modifications porter à l'attention du Comité qui seront apportées à cette demande, en cours de réalisation, et qui ont trait à la participation des participants.
  - i. Je ne vois pas de modification possible pour le moment
  - ii. Peut-être que le nombre de participants pourrait être modifié en fonction de la quantité de personnes intéressées à participer à la recherche. 10 personnes étant le maximum.
- b. Évènements susceptibles de modifier la participation des sujets et justifiant le dépôt auprès du Comité d'une demande de modification de protocole.
  - i. Je ne vois d'évènements qui pourraient modifier la recherche dans ce sens.

Je confirme que les renseignements fournis au présent formulaire sont exacts, et je m'engage à informer les instances d'évaluation déontologique de l'UQAM de tout changement dans la participation de sujets humains aux fins de l'étude et à fournir les renseignements supplémentaires si elles en font la demande au cours de la présente étude. J'accepte de me conformer aux lignes directrices énoncées dans la « Politique institutionnelle de déontologie » de l'UQAM à celles de l'organisme de financement à qui sera soumise la demande, à celle de ma profession ou discipline et à celles des l'établissement où sera conduite l'étude. Je comprends la responsabilité qui m'incombe de bien connaître ces normes et d'en informer les personnes qui me secondent.

Signature de la, du responsable : \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Annexe 10

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ( questionnaires, ateliers et entrevues )

**Projet de recherche : L'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale.**

Nom du chercheur principal : Ghislain Lemonde

Nom de la directrice : Sylvie Fortin, PhD

Institution, Département : Université du Québec à Montréal  
Département de danse

Date de la réalisation du projet : 2005  
Date du début du projet : 20 septembre  
Durée approximative : 10 semaines

Note : Les recherches avec des sujets humains requièrent le consentement écrit des participants à une étude. Cette exigence ne signifie pas que le projet comporte un risque pour les participants à l'étude. En raison du respect auquel ont droit les personnes qui participent à la recherche l'organisme de subvention de cette étude, le Conseil de recherches en Sciences Humaines du Canada, rend obligatoire ce type d'accord.

---

Dans le cadre de mon mémoire de maîtrise à l'UQAM, je (Ghislain Lemonde) fait une étude intitulée « L'influence de la méthode Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale ». Madame Sylvie Fortin PhD., professeure à l'UQAM, agit à titre de directrice. Le but de cette recherche est d'identifier de quelle manière l'éducation somatique (méthode Feldenkrais<sup>md</sup>) influence la qualité de vie des personnes vivant des problèmes graves de santé mentale participant à des groupes de Prise de conscience par le mouvement<sup>md</sup>.

Je, \_\_\_\_\_, suis intéressé à collaborer volontairement et librement au projet de recherche intitulé *L'influence de la méthode*

*Feldenkrais<sup>md</sup> d'éducation somatique sur la qualité de vie des personnes vivant des problèmes de santé mentale* mené par Monsieur Ghislain Lemonde.

Ma participation consistera à :

1. Prendre part à un questionnaire sur la qualité de vie au début de la recherche et à la fin de la recherche. Les rendez-vous se tiendront aux heures et aux dates que j'aurai choisi moi-même en fonction de la disponibilité de l'intervenant-e. Pendant l'entrevue et avec l'aide d'un-e intervenant-e, je serai invité à répondre aux questions contenues dans l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQVT<sup>md</sup>) produit par le Laboratoire d'Études en Psychologie de la Santé et Qualité de Vie (LEPSYQ). Ce questionnaire sera compilé et analysé par le Laboratoire d'Études en Psychologie de la Santé et Qualité de Vie (LEPSYQ). Monsieur Ghislain Lemonde utilisera ces résultats afin de valider sa recherche.
2. Participer à 20 rencontres de groupes dont le contenu sera une série d'exercices individuels qui ont pour but de prendre conscience et différencier la qualité de mes mouvements. Lors de ces rencontres, le professeur proposera des mouvements lents et tranquilles, souvent inhabituels et ces mouvements me permettront de mettre en évidence ma façon de me mettre en action et seront une proposition concrète afin de l'améliorer.
3. Il pourrait m'être demandé à la fin des 20 rencontres de participer à une entrevue individuelle pour parler de mon vécu. Quatre personnes seront choisies afin de participer à une entrevue semi-structurée. Cette entrevue aura pour but :
  - a. de préciser l'expérience que j'ai vécue durant les exercices
  - b. d'identifier les exercices qui m'ont influencé le plus
  - c. de nommer l'impact des exercices sur différentes critères de ma qualité de vie.

J'accepte que mes deux questionnaires de l'Inventaire Systémique de la Qualité de Vie (ISQVT<sup>md</sup>) soient compilés par le Laboratoire d'Études en Psychologie de la Santé et Qualité de Vie (LEPSYQ) et que Monsieur Ghislain Lemonde les utilisent comme outil de validation pour sa recherche. Il est entendu que si je décide de ne pas répondre à certaines questions, il n'aura aucune conséquence négative pour moi.

Si je suis choisi pour passer l'entrevue semi-structurée et que j'accepte d'y participer, j'accepte que mon entrevue soit enregistrée sur une cassette audio. Si je décide de ne pas répondre à certaines questions lors de cette entrevue, il n'aura aucune conséquence négative pour moi. L'entrevue sera faite de façon décontractée et informelle. Mon entrevue sera retranscrite et après, je recevrai la transcription de mon entrevue. À ce moment, je pourrai changer ou enlever des passages de l'entrevue et corriger les erreurs de transcription s'il y a lieu. Je m'attends à ce que la transcription corrigée de mon entrevue ne soit utilisée que pour des fins de recherche par Monsieur Ghislain



## Annexe 11

Tableaux des moyennes, des écarts-types  
et des valeurs de p et de t

<b>Niveau de buts à atteindre</b>	<b>Pré-test</b>	<b>Post-test</b>	<b>Différence</b>
Josée	24,41	57,9712	-33,5612
Ginette	62,01928571	32,5684	29,45088571
Louise	15,0237037	67,44428571	-52,42058201
André	45,38857143	35,13363636	10,25493506
Jean	48,05555556	80,47392857	-32,41837302
Sylvie	19,8476	24,48956522	-4,641965217
		<b>Moyenne</b>	-13,88938324
		<b>Écart-type</b>	30,86032688
		<b>Valeur de t</b>	-1,102447875
		<b>Valeur de p</b>	0,320482045 32,05%

<b>Score de qualité de vie</b>	<b>Pré-test</b>	<b>Post-test</b>	<b>Différence</b>
Josée	17,67786313	-1,974838325	19,65270145
Ginette	5,342128641	2,892958779	2,449169862
Louise	1,160002441	-12,3229668	13,48296924
André	0,200523788	-2,629412116	2,829935905
Jean	2,483503854	0,16622834	2,317275514
Sylvie	3,14523561	0,041548179	3,103687431
Groupe		<b>Moyenne</b>	7,305956567
		<b>Écart-type</b>	7,43998303
		<b>Valeur de t</b>	2,405363776
		<b>Valeur de p</b>	0,061213645

190

6,12%

<b>Importance des domaines</b>	<b>Pré-test</b>	<b>Post-test</b>	<b>Différence</b>
Josée	1,3464	1,2084	0,138
Ginette	1,455	1,8296	-0,3746
Louise	1,477777778	1,488928571	-0,011150794
André	0,905357143	1,037727273	-0,13237013
Jean	1,067407407	1,2025	-0,135092593
Sylvie	1,4628	1,396956522	0,065843478
Groupe			
		Moyenne	-0,074895006
		Écart-type	0,182178567
		Valeur de t	-1,007004021
		Valeur de p	0,360151 36,02%

<b>Amélioration/Détérioration</b>	<b>Pré-test</b>	<b>Post-test</b>	<b>Différence</b>
Josée	-1,96	-0,28	-1,68
Ginette	-0,428571429	0,68	-1,108571429
Louise	2,185185185	3,642857143	-1,457671958
André	-0,142857143	0,681818182	-0,824675325
Jean	-1,407407407	0,142857143	-1,55026455
Sylvie	1,72	2,086956522	-0,366956522
Groupe			
		Moyenne	-1,164689964
		Écart-type	0,501036632
		Valeur de t	-5,693987101
		Valeur de p	0,002330453 0,23%

<b>Support social du groupe</b>	Pré-test	Post-test	Différence
Josée	20	17	3
Ginette	17	18	-1
Louise	15	18	-3
André	8	18	-10
Jean	20	11	9
Sylvie	16	16	0
Groupe	16	16	0
		Moyenne	0
		Écart-type	6,314005596
		Valeur de t	-0,12931515
		Valeur de p	0,902149249
			90,21%

<b>Événements stressants</b>	Pré-test	Post-test	Différence
Josée	2	4	-2
Ginette	3	2	1
Louise	2	1,6	0,4
André	2	2	0
Jean	3,25	3,333333333	-0,083333333
Sylvie	3	3,333333333	-0,333333333
Groupe	3	3	0
		Moyenne	0
		Écart-type	1,010523333
		Valeur de t	-0,410730178
		Valeur de p	0,698279798
			69,83%

<b>Détresse psychologique</b>	Pré-test	Post-test	Différence
Josée	36	32	4
Ginette	42	6	36
Louise	17	13	4
André	39	15	24
Jean	23	34	-11
Sylvie	66	67	-1
Groupe	37	28	
		Moyenne	9,333333333
		Écart-type	17,3397424
		Valeur de t	1,318468506
		Valeur de p	0,244509694
			24,45%