



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales

Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVienne
ET
VÉCUS DES PATIENTES**

Nessia FELLMANN

Porto, 2013



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales

Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVienne
ET
VÉCUS DES PATIENTES**

Directeur: Dr. Emmanuelle DUPRAT

Nessia FELLMANN

Porto, 2013

ABSTRACT

Cette étude de Mestrado a pour objet l'étude de la fasciathérapie appliquée à la rééducation pelvi-périnéale. Elle questionne ce que rapportent trois patientes présentant des troubles du petit bassin, de leur vécu d'un soin de fasciathérapie endopelvienne et de ses effets. Les données recueillies concernent aussi bien les ressentis d'ordre somatique, que les pensées, les prises de conscience, les vécus d'ordre psycho-émotionnels, existentiels, etc. Sur la base d'une analyse qualitative (récit phénoménologique, analyse herméneutique cas par cas, analyse transversale), les résultats de cette étude mettent en relief l'importance et la diversité de l'enrichissement des ressentis corporels pendant le soin, des prises de conscience et de leur expression verbale.

RESUMO

Esta dissertação de Mestrado tem como objetivo o estudo aplicado da fasciaterapie à reabilitação pélvica-perineal. Ela questiona o que dizem três pacientes com problemas na pélvis, suas experiências relativas ao acompanhamento em fasciaterapia endopélvica, bem como os diferentes efeitos sentidos. Os dados recolhidos concernem não somente os efeitos sentidos de ordem somática, mas também os pensamentos, as tomadas de consciência, as experiências psico-emocionais de ordem, existenciais, etc. Baseada numa análise qualitativa (narrativa fenomenológica, análise hermenêutica caso a caso, análise transversal), os resultados deste estudo destacam a importância e a diversidade do enriquecimento dos efeitos corporais durante o acompanhamento em fasciaterapia, as tomadas de consciência e sua expressão verbal.

REMERCIEMENTS

Au Pr Danis Bois, pour avoir consacré sa vie à rechercher, conceptualiser et transmettre les outils thérapeutiques et pédagogiques de la fasciathérapie et de la psychopédagogie perceptive

Au Dr Emmanuelle Duprat, ma directrice de recherche, pour sa présence stimulante, sa générosité et ses précieux éclairages tout au long de l'élaboration de ce travail

Aux formateurs du Master, Eve Berger, Marc Humpich, Didier Austry et Karine Grenier pour leur ouverture d'esprit, la richesse et la pertinence de leur enseignement

À mes collègues de Master pour cette aventure partagée pleine de découvertes

À mes collègues de cabinet pour leur présence et leur désir de garder le lien qui nous unit depuis tant d'années

Aux patientes qui ont su me faire confiance et m'ont tant appris, et tout particulièrement Renée, Irène et Sandrine pour avoir accepté de participer à ce travail de recherche

À Marie-Christine (pour ses deux soins salvateurs), Marie-Hélène, Christine et Hélène pour leur pertinence à chacune dans la relecture de ce travail

À mes parents et ma famille pour les enseignements de vie qu'ils me donnent

À mes enfants devenus adultes, Lévana et Mickaël, pour l'immense joie qu'ils m'offrent d'exister et de me faire partager ce qu'ils deviendront... et à Lewis qui ne manque pas une occasion de me surprendre

À Renée et Gilbert pour leur soutien précieux de dernière ligne droite

À Pascal, mon compagnon de vie, pour sa présence et son soutien amoureux ... bonheur infini partagé au quotidien

SOMMAIRE

ABSTRACT.....	5
RESUMO.....	5
REMERCIEMENTS.....	7
SOMMAIRE.....	9
<u>INTRODUCTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE.....</u>	13

PREMIÈRE PARTIE : CHAMP THÉORIQUE ET PRATIQUE

1 Problématique.....	19
1.1 Pertinence personnelle	19
1.1.1 Mon rapport au corps et à l'existence : genèse du « prendre soin de l'autre ».....	19
1.1.2 Mon rapport au corps et à la dimension féminine	20
1.2 Pertinence professionnelle	21
1.2.1 Fasciathérapie, enseignement universitaire et parcours de kinésithérapeute	21
1.2.2 Le choix de situer ma recherche à partir du point de vue de la patiente	22
1.2.3 Ma posture de formatrice.....	23
1.3 Pertinence sociale	23
1.4 Pertinence scientifique	24
1.4.1 Dans le cadre de la pelvi-périnéologie	24
1.4.2 Dans le cadre du CERAP	26
1.5 Question de recherche.....	27
1.6 Objectifs de recherche	29
2 Cadre théorique.....	30
2.1 Le toucher endopelvien	30
2.1.1 Les différentes natures de touchers dans le soin.....	30
2.1.1.1 Dimensions du toucher et enjeux dans le soin	30
2.1.1.2 Nature du toucher en fasciathérapie.....	34
2.1.1.2.1 Le paradigme du Sensible.....	35
2.1.1.2.2 Le cadre d'expérience extra-quotidien	35
2.1.1.2.3 La qualité du toucher : toucher psychotonique et modèle des 3 mains	36
2.1.1.2.4 La posture de relation thérapeute-patient : la réciprocité actuante	39
2.1.2 Historique et contextualisation du toucher endopelvien dans les métiers du soin	40
2.1.2.1 Les masseurs kinésithérapeutes et le toucher endopelvien	40

2.1.2.2	Les autres corps de métier et le toucher endopelvien	42
2.1.2.3	Le toucher endopelvien en ostéopathie	43
2.1.3	La fasciathérapie appliquée à la sphère pelvi-périnéale	45
2.1.3.1	Contextualisation de la fasciathérapie appliquée à la sphère pelvi-périnéale	45
2.1.3.2	Quelques illustrations des spécificités du soin fasciathérapique endopelvien	46
2.1.3.3	Intérêts de l'approche endopelvienne fasciathérapique par rapport aux techniques exopelviennes fasciathérapiques	50
2.1.3.4	La thérapie gestuelle en fasciathérapie endopelvienne à travers le toucher.....	51
2.1.3.5	Place de la verbalisation pendant le soin de thérapie manuelle endopelvienne	52
2.2	Le vécu des femmes en lien avec la sphère pelvienne.....	56
2.2.1	Contextualisation et représentations concernant l'intime de la femme.....	56
2.2.1.1	Le contexte historique de la femme et son rapport au corps.....	56
2.2.1.2	L'intime de la femme	57
2.2.1.3	Les représentations et leurs influences sur l'intime de la femme	59
2.2.2	Le vécu des femmes en lien avec le bassin dans des contextes thérapeutiques	61
2.2.2.1	Sexologie clinique et kinésithérapie.....	61
2.2.2.2	Les thérapies psycho-corporelles	63
2.2.2.3	Les techniques corporelles extrême-orientales	63
2.2.2.4	Le vécu des femmes et la dimension psychopédagogique fasciathérapique.....	64
3	Cadre pratique.....	67
3.1	Le bilan d'entretien de début de séance	68
3.2	La séance de thérapie manuelle endopelvienne proprement dite	69
3.3	L'entretien de fin de séance.....	76

DEUXIÈME PARTIE : CHAMP ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

4	Posture épistémologique et devis méthodologique	79
4.1	Posture épistémologique	79
4.1.1	La recherche qualitative.....	79
4.1.2	La posture de praticien-chercheur	79
4.1.3	La posture de praticien-chercheur du Sensible.....	80
4.1.4	Démarche heuristique au sein du paradigme compréhensif et interprétatif	82
4.1.5	Méthodologie générale d'inspiration phénoménologique	82
4.2	Devis méthodologique	83
4.2.1	Le cadre initial et les participantes à la recherche	83
4.2.1.1	Cadre initial de l'étude	83
4.2.1.2	Les participantes à la recherche	83
4.2.2	Le mode de recueil de données : l'entretien de recherche.....	85

4.2.2.1	Entretien clinique et entretien de recherche	85
4.2.2.2	Le guide d'entretien de recherche	86
4.2.2.3	Les différentes phases d'entretien de recherche.....	88
4.2.2.4	L'enregistrement des séances.....	91
4.2.2.5	Le choix de la séance	92
4.2.2.6	La retranscription des données.....	93
4.2.3	La méthode d'analyse.....	94
4.2.3.1	Processus de construction de l'analyse classificatoire des données et de la première grille de catégories et sous-catégories	94
4.2.3.2	Elaboration de la grille définitive de catégories et sous-catégories	96
4.2.3.3	L'analyse transversale.....	101

TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

5	Analyse cas par cas.....	105
5.1	Irène.....	105
5.1.1	Récit phénoménologique de Irène	105
5.1.2	Analyse herméneutique du cas de Irène	114
5.2	Sandrine	128
5.2.1	Récit phénoménologique de Sandrine	129
5.2.2	Analyse herméneutique du cas de Sandrine	140
5.3	Renée	156
5.3.1	Récit phénoménologique de Renée	156
5.3.2	Analyse herméneutique du cas de Renée	156
6	Analyse transversale herméneutique, résultats de recherche et discussion.....	157
6.1	Analyse transversale des processus par catégorie.....	157
6.1.1	Processus d'évolution de la gestion du symptôme	157
6.1.2	Processus d'évolution des tensions biomécaniques pendant la séance	161
6.1.3	Processus d'enrichissement du rapport à la sexualité.....	165
6.2	Analyse transversale par type de processus.....	167
6.2.1	Processus d'enrichissement perceptif en « boule de neige ».....	167
6.2.2	Passage d'un vécu somatique à un vécu d'un état métapsychique.....	169
6.2.3	Processus de remémoration corporelle pendant le soin de thérapie manuelle	170
6.2.4	Processus de verbalisation du vécu	173

CONCLUSION GÉNÉRALE **177**

BIBLIOGRAPHIE.....	185
ANNEXES.....	195
Guide d’entretien pour chaque séance	
Guide d’entretien de bilan final en fin de prise en charge	
Verbatim de Renée	
Verbatim d’Irène	
Verbatim de Sandrine	
Récit phénoménologique de Renée	
Analyse herméneutique du cas de Renée	

INTRODUCTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE

Le thème de ma recherche concerne le champ expérientiel du soin. Il a pour objet l'étude de la fasciathérapie¹ appliquée à la rééducation pelvi-périnéale², mon cheminement professionnel se situant au carrefour de ces deux approches thérapeutiques.

En tant que masseur kinésithérapeute spécialisée depuis plus de vingt ans dans les soins auprès des femmes présentant des dysfonctionnements liés à la région du petit bassin, j'ai pu constater combien les troubles étaient complexes, polymorphes, et avaient des échos dans tous les secteurs de leur vie et touchaient des facettes personnelles et existentielles.

Nous avons la chance de pouvoir accompagner les patientes sur plusieurs séances et constater pas à pas la progression de leur symptomatologie. Il est remarquable d'observer le fait que, pendant que nous choisissons nos protocoles et techniques de soin ou pratiquons notre geste thérapeutique, les patientes nous parlent *de* et *à partir* de leur corps. Nous recueillons et accueillons leurs témoignages presque « malgré nous ». Cette évidence fait partie de notre cadre de pratique professionnelle quotidienne. Aussi, lorsque je réfléchis à l'efficacité de notre action thérapeutique, je constate que la question d'un lien probable entre le geste thérapeutique pratiqué sur le corps de la patiente et la verbalisation de ses vécus a toujours accompagné mon cheminement professionnel.

L'enseignement de la masso-kinésithérapie et de la rééducation pelvi-périnéale permettent de développer des compétences techniques et des savoir-faire. Les études scientifiques, les recommandations de l'H.A.S.³, et les nombreuses formations continues permettent de progresser dans la connaissance des dysfonctionnements, l'étude des outils de rééducation et l'efficacité de la prise en charge à partir du point de vue du thérapeute. Mais qu'en est-il de la patiente ? Quelle est sa part (son rôle et son action) dans le résultat et l'efficacité d'un soin ?

Etudier scientifiquement ces dimensions subjectives, intersubjectives et les enjeux du soin depuis le point de vue de la patiente représente un champ peu exploré dans le monde de la

¹ La fasciathérapie est une méthode globale de soin, présentant une dimension curative, éducative et relationnelle, fondée dans les années 1980 par Danis Bois, kinésithérapeute ostéopathe, aujourd'hui Docteur en Sciences de l'Éducation et Professeur de l'Université Fernando Pessoa, titulaire d'une agrégation en Psychopédagogie perceptive (H.D.R.).

² La rééducation pelvi-périnéale représente un des volets de la compétence du masseur kinésithérapeute depuis 1985, et concerne le traitement des personnes présentant des dysfonctionnements reliés à la sphère urologique, génitale et proctologique.

³ H.A.S. : Haute Autorité de Santé. Site internet : <http://www.has-sante.fr>.

recherche en masso-kinésithérapie. Il n'existe pas à ma connaissance, dans le champ de la kinésithérapie pelvi-périnéale, de travaux universitaires de master interrogeant le vécu des personnes pendant un soin.

Ces questionnements ne peuvent s'entrevoir qu'à partir d'un regard tourné vers une prise en charge globale de la personne. Aussi, lors de ma formation en fasciathérapie, non seulement j'ai pu trouver des points de convergence concernant cette forme de soin dans ses axes thérapeutiques et pédagogiques, notamment lorsqu'ils conjuguent la dimension technique et relationnelle au sein d'un même geste de soin, mais l'existence du laboratoire de recherche du CERAP⁴ m'a offert la structure universitaire européenne nécessaire à l'exploration de cette dimension qualitative au sein d'un travail scientifique.

Ainsi, mon cheminement dans ce parcours professionnel riche d'enseignements a participé à nourrir mon désir de mener aujourd'hui un travail de recherche sur le thème du soin auprès des femmes, à partir de la question suivante : « Que rapportent les femmes consultant pour troubles du petit bassin de leur vécu d'un soin de fasciathérapie endopelvienne et de ses effets ? »

J'ai choisi pour mon étude trois patientes présentant chacune une problématique différente et fréquemment rencontrée dans l'exercice professionnel de la pelvi-périnéologie. Je les ai questionnées sur leurs ressentis organiques, mais également sur leurs pensées, leurs prises de conscience, leurs émotions, etc. J'ai recueilli leurs témoignages en temps réel au sein même de la séance et du soin de thérapie manuelle endopelvien (entretien clinique de recherche), mais aussi juste après et à distance (en début de séance et lors d'un bilan final). J'ai pu identifier les différents vécus présents au cours d'une séance et observer les effets de ce geste thérapeutique au travers des témoignages.

Concernant le cadre théorique, il est constitué de deux parties. La première aborde le toucher dans le champ du soin. Elle présente les différentes natures de touchers et leurs enjeux, aussi bien pour le thérapeute que pour la patiente. J'y décris plus précisément les spécificités du toucher fasciathérapique et du toucher endopelvien pratiqué par les différents corps de métiers, ainsi que la fasciathérapie appliquée à la sphère pelvi-périnéale.

La seconde partie vise à apporter un éclairage non exhaustif sur le vécu des femmes en lien avec cette région intime, aussi bien dans son contexte historique que dans ses divers contextes thérapeutiques. J'expose alors plus précisément la posture de la fasciathérapie et de la

⁴ CERAP (Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie Perceptive) : Laboratoire de Recherche de l'Université Fernando Pessoa (<http://www.ufp.pt>) qui a pour objectif d'étudier le rapport particulier à l'expérience sensible du corps, et la place du corps sensible dans les processus d'apprentissage éducatifs, formatifs et existentiels. Site internet : <http://www.cerap.org>

Psychopédagogie perceptive⁵ dans sa dimension d'accompagnement de l'expression des vécus à partir du geste de thérapie manuelle.

Je décris ensuite le cadre pratique de ma recherche se situant au sein de mon cabinet libéral, et ma posture épistémologique, en tant que praticien-chercheur du Sensible, paradigme s'affiliant au paradigme compréhensif et interprétatif. Je choisis une méthodologie d'inspiration phénoménologique, afin d'établir un récit phénoménologique et une analyse herméneutique cas par cas pour chacune des trois participantes. Une analyse transversale me permet alors de croiser l'ensemble des données, de dégager et laisser émerger les résultats de mon étude au plus proche des témoignages recueillis.

Enfin, je me suis appliquée à faire des liens entre certains points saillants de cette étude et le contexte actuel de nos pratiques de soin, dans le souci d'ouvrir ma conclusion sur des perspectives cliniques, théoriques et de recherche.

⁵ La Psychopédagogie perceptive est une discipline académique à laquelle appartient la fasciathérapie.

PREMIÈRE PARTIE

CHAMP THÉORIQUE ET PRATIQUE

1 PROBLEMATIQUE

1.1 PERTINENCE PERSONNELLE

1.1.1 Mon rapport au corps et à l'existence : genèse du « prendre soin de l'autre »

La nécessité de vivre un rapport qualitatif à mon corps et de donner du sens à mes actions correspond à un besoin fondamental dans mon parcours existentiel, reflétant ainsi la tonalité de fond sur laquelle s'appuie ma démarche de vie et celle de mon projet de recherche. L'événement fondateur et déclencheur de cette prise de conscience a eu lieu lors d'une compétition de natation, à l'âge de quinze ans.

Dès mon plus jeune âge, je possédais des compétences physiques propices à l'activité sportive de compétition. Je me suis très vite retrouvée dans une piscine à dérouler les kilomètres de bassin, sans vraiment me poser de questions. Les entraînements intenses s'enchaînaient, les médailles gratifiantes s'accumulaient jusqu'à cet instant où, lors d'une compétition, je me suis entendue dire « non » à chaque mouvement que j'exécutais. J'avais atteint un point de saturation d'une intensité que je ne soupçonnais pas. Mon corps refusait cette situation et me le faisait savoir. J'étais en face d'une réalité criante. J'avais besoin de rompre avec ce monde de la performance physique, de vivre mon corps et mon existence autrement. Je ressentais la nécessité d'écouter et d'explorer ces nouvelles exigences intérieures, et ne plus répondre en priorité aux attentes de l'entourage. Ce fût la fin d'un cycle et le début d'un autre.

A 17 ans avec l'arrêt du sport de haut niveau, je suis ainsi passée d'un corps d'athlète, musclé et performant à un corps douloureux et souffrant. Je me sentais fatiguée et usée. C'est alors que la question fondamentale du « prendre soin de soi » (Josso 2010 ; Laemmlin-Cencig 2007) a émergé dans ma vie, en parallèle avec l'apprentissage du métier de masseur kinésithérapeute, et donc celle du « prendre soin de l'autre » (Laemmlin-Cencig 2007 ; Hesbeen 1997 ; Honoré 2003, 2009 ; Reach 2010). Les informations délivrées par cet enseignement m'ont permis de rencontrer des kinésithérapeutes déjà expérimentés pratiquant des techniques de soin d'approche globale du corps, dont la Méthode Mézières⁶, de leur demander de l'aide, et de constater les bienfaits sur mes douleurs physiques et ma fatigue. Je fus alors sensibilisée aux dimensions qualitative et globale du rapport au corps.

⁶ Méthode corporelle globale utilisant des postures d'étirement des chaînes musculaires. Site internet : <http://methode-mezieres>

C'est dans cette nouvelle dynamique, reconnue comme essentielle tant d'un point de vue personnel que professionnel, que mon parcours m'a conduit à me former à la fasciathérapie. L'apprentissage théorique et la pratique explorée à partir du 'Sensible'⁷ (Bois, 2001, 2007) m'ont permis de mettre en évidence et en conscience les quêtes fondamentales qui conduisent désormais ma vie.

1.1.2 Mon rapport au corps et à la dimension féminine

La pertinence personnelle à engager un travail de recherche sur ce thème précis découle de ces prises de conscience vécues au sein de l'expérimentation du Sensible. La reconnaissance spécifique d'un besoin primordial d'unification, d'expression et d'harmonisation de l'ensemble des facettes de mon existence d'« être-femme-sujet »⁸ en est une illustration. Cette quête s'est révélée très progressivement, et par l'intermédiaire de mon activité de thérapeute. Le cadre professionnel et mes réflexions à propos de l'accompagnement des patientes ont servi de voie de passage privilégiée pour aller explorer ma propre relation à mon corps de femme, sous forme d'un « glissement » de mon vécu personnel de thérapeute, vers mon vécu personnel et intime de femme.

Au tout début de mon activité professionnelle, les témoignages des patientes en souffrance à propos des problématiques de petit bassin me bouleversaient. Leurs histoires résonnaient en moi, comme si je les comprenais fondamentalement, comme si une partie de moi avait déjà connu, ou reconnaissait, la plupart des souffrances de ce monde du féminin.

Plus tard, lors de ma formation en fasciathérapie, j'ai pu clairement faire des liens avec mon histoire personnelle et donner un sens à ce besoin fondamental d'accompagner celles-ci. En effet, au cours de cet enseignement, en même temps que se développent en conscience les propres potentialités, se révèlent également les freins et les manques s'y attendant. C'est ainsi que j'ai pris conscience et réalisé que mon cheminement personnel autour de l'expression existentielle féminine s'était construit d'une manière discontinue, avec au départ, très peu d'espace disponible à son expression juste, équilibrée et épanouie. Le cadre socioculturel et

⁷ Le Sensible est défini par D. Bois et ses collaborateurs comme « *une capacité du corps à réceptionner et à traiter des informations en amont de l'intervention des sens classiquement décrits.* » (Bois, 2007 p. 338) Voir aussi cadre théorique (chapitre 2.1.1.2.1, le paradigme du Sensible)

⁸ J'entends par « être-femme-sujet » une qualité de rapport à soi et de présence ancrés dans une organicité telle que les vécus identitaires féminins s'expriment en place de « je » sujet, corps-sujet, (en analogie avec le corps-chair en phénoménologie).

éducatif dans lequel j'avais évolué s'appuyait sur un fort clivage entre les valeurs masculine et féminine. Puis, au fil du temps, j'avais souvent vécu cette dimension comme non entendue, non respectée, violentée, empêchée, dévalorisée. La formation de fasciathérapie m'a donné l'opportunité d'apprendre, d'évoluer et de déployer ce champ précis. J'ai constaté les effets bénéfiques modifiant d'une manière fondamentale et positive le rapport à moi-même, aux hommes, aux autres femmes, au monde, et à la vie. C'est ainsi que d'une manière naturelle et concomitante, la compréhension du monde du féminin nourrissait et enrichissait mes compétences de thérapeute tout en répondant à mon besoin d'harmonisation personnelle.

L'objet de ma recherche tourné vers le questionnement auprès des femmes s'inscrit donc dans une logique de continuité au sein de ce processus de recherche personnelle. Dans un premier temps, le recueil de ces témoignages me permettra de confronter ceux-ci avec mes propres questionnements et connaissances acquises sur ce sujet. Dans un second temps, l'analyse et les interprétations des données me permettront d'enrichir et de nourrir ma quête personnelle et ma compréhension des phénomènes existants lorsqu'on vit, parle, écrit et exprime la dimension identitaire féminine.

1.2 PERTINENCE PROFESSIONNELLE

1.2.1 Fasciathérapie, enseignement universitaire et parcours de kinésithérapeute

La formation initiale en rééducation pelvi-périnéale m'a donné les bases d'un savoir-faire technique. Les cinq années d'étude de fasciathérapie m'ont ouvert un nouveau champ expérientiel de soin, dans lequel les multiples facettes fondant la structure de la personne sont prises en compte au sein d'un même geste thérapeutique, que ce soit en thérapie manuelle, thérapie gestuelle ou lors d'un entretien verbal à médiation corporelle (Bois, 2006, 2009 ; Berger, 2006, 2009). J'ai pu faire des liens et établir des passerelles entre ces deux approches professionnelles complémentaires.

C'est dans cette logique de complémentarité et dans la continuité de mon mémoire de diplôme de fasciathérapie « Le périnée en mouvement, un détail essentiel » que se situe mon projet de recherche. Le mémoire de fin d'étude décrivait les outils fasciathérapiques au service de la femme et de sa région du petit bassin, et proposait quelques illustrations pratiques. Questionner aujourd'hui, dans ce projet de recherche, les effets, pour la femme, de ce geste fasciathérapique me donne donc l'opportunité d'approfondir l'exploration de ce champ

spécifique à partir du point de vue du Sensible, tout en nourrissant l'articulation avec le champ de la rééducation pelvi-périnéale.

1.2.2 Le choix de situer ma recherche à partir du point de vue de la patiente

Le choix de situer ma recherche à partir d'un recueil de données sur les différents vécus des patientes en temps réel pendant la séance, permet de mettre en valeur une des facettes de l'activité soignante peu approfondie en kinésithérapie, l'entretien verbal.

L'outil de la verbalisation a fait l'objet de recherches approfondies au sein du CERAP et représente un outil à part entière de l'accompagnement thérapeutique ou pédagogique (Rosenberg, 2007). Il se pratique avant, pendant, après, et avant la séance suivante selon un protocole et des codes bien déterminés. Il est nommé 'entretien verbal à médiation corporelle', le différenciant ainsi de l'entretien verbal pratiqué en psychothérapie, qui lui ne se conduit pas nécessairement à partir d'une pratique à médiation corporelle ou de vécus concernant le corps. Par exemple, lors d'un traitement de thérapie manuelle en fasciathérapie, au travers du toucher psychotonique⁹ (Courraud 2007, 2009a, 2009b) et en fonction de son ressenti manuel, le thérapeute sollicite verbalement la personne. Celle-ci livre alors des informations sur ce qu'elle perçoit, qui permettent d'affiner et d'adapter le geste thérapeutique, en temps réel, et au plus près de ses besoins, à la fois sur le plan somatique et psycho-émotionnel.

En même temps que j'ai découvert la richesse de cet outil d'accompagnement verbal, j'ai eu le sentiment d'une forme de déséquilibre chez les kinésithérapeutes spécialisés dans le domaine de la pelvi-périnéologie. Il est souvent plus aisé de recevoir le témoignage de la patiente que de solliciter l'explicitation de ses ressentis, comme s'il y avait une pudeur (ou une difficulté) à questionner plus profondément l'intimité de l'autre, surtout lorsque celle-ci convoque des sujets complexes comme les non-dits, secrets et tabous, souvent présents lors des traitements sur le petit bassin. Il m'apparaît donc pertinent, au vu de ce contexte de soin, de donner une place importante à l'outil de la verbalisation et au recueil de vécus dans mon projet de recherche. Les témoignages des femmes sur leur propre vécu au sein même d'une séance seront optimisés et les données ainsi recueillies permettront de rendre plus performant le matériau de base de mon travail de recherche.

⁹ Le toucher psychotonique fasciathérapeutique est un toucher qui fait le lien entre le psychisme et le corps.

1.2.3 Ma posture de formatrice

Le fil conducteur de mon parcours professionnel depuis plus de vingt ans s'appuie sur la nécessité d'inscrire le rapport au corps et à la dimension féminine dans un rapport qualitatif, c'est-à-dire prenant en compte au sein d'un même geste thérapeutique toutes les dimensions structurant la personne. L'enseignement de la fasciathérapie a répondu pleinement à cette posture de thérapeute. J'ai pu développer cette forme de soin au cœur de ma pratique. Les résultats encourageants, ainsi que l'aspect innovant de la fasciathérapie peu pratiquée dans le champ de la kinésithérapie pelvi-périnéale, m'ont poussée à souhaiter informer et transmettre cette forme de soin. Aujourd'hui, le travail de recherche universitaire sur ce thème précis, de par la démarche pédagogique exigée dans ce cursus de master et la posture spécifique inédite pour moi, me permet d'enrichir mes connaissances et mes points de vue, et de rendre ainsi plus performantes mes compétences de formatrice auprès des étudiants et des professionnels. Ce gain pourra me permettre d'exprimer plus de créativité au sein de l'enseignement, compétence pédagogique fondamentale pour la transmission des savoirs.

1.3 PERTINENCE SOCIALE

Les dysfonctionnements liés au petit bassin sont restés tabous pendant de longues années. Aujourd'hui, les études épidémiologiques montrent que ces troubles peuvent représenter des handicaps sociaux parfois sévères, notamment dans les problèmes liés à l'incontinence. En France, 5 millions de personnes sont touchées, dont 70% de femmes (Ballanger & Rischmann, 1995). Ces troubles sont reconnus comme étant des problèmes de Santé Publique. « *Réduire la fréquence et les conséquences de l'incontinence urinaire* » fait partie des cent objectifs de santé publique définis en 2004 par le parlement (loi n° 2004-806 du 09 août 2004). Des associations ont vu le jour dans les années 1990, telle l'AAPI¹⁰, l'ARREP¹¹, dont les principaux objectifs sont d'informer les patients et de collaborer avec des équipes médicales afin d'améliorer la communication entre les différents acteurs du soin (médecin généraliste, urologue, neurologue, chirurgien, physiothérapeute, psychologue, relaxologue...). Sous l'impulsion de patients,

¹⁰ AAPI (Association d'Aide aux Personnes Incontinentes), site internet : <http://www.aapi.asso.fr>

¹¹ ARREP (Association Réseau Rééducation Périnéale), site internet : <http://www.journeesperineologies.com>

certaines associations ont été créées, telles que l'AFAP-NP¹² ou l'AFCI¹³. Elles ont pu non seulement soutenir et orienter les patients souvent égarés dans les méandres des prises en charge de ces pathologies polymorphes et peu connues, mais également regrouper des équipes pluridisciplinaires médico-scientifiques de réflexion autour de ces pathologies très invalidantes socialement (incapacité à rester assis, névralgies persistantes, etc.). Malgré tout, les moyens restent insuffisants tant du point de vue de la prise en charge médicale que socio-économique. Alors même que la rééducation représente souvent le traitement de première intention et que la politique de « formation continue » permet aux masseurs kinésithérapeutes d'enrichir leurs compétences dans ce domaine, sur l'ensemble des kinésithérapeutes exerçant en France, seule une minorité pratique ce type de soin. Il paraît donc essentiel de sensibiliser davantage les kinésithérapeutes et de surcroît les fasciathérapeutes sur ce sujet, afin de pouvoir répondre à la forte demande constatée quotidiennement dans l'exercice de notre métier. Ainsi, ce travail de recherche en fasciathérapie pourra servir de base d'information et de sensibilisation auprès des personnes soignantes, mais également des associations et des personnes souffrant de ces dysfonctionnements, afin de globalement progresser dans l'aide à leur apporter.

1.4 PERTINENCE SCIENTIFIQUE

1.4.1 Dans le cadre de la pelvi-périnéologie

Aujourd'hui, le kinésithérapeute pelvi-périnéologue possède de nombreux axes possibles et variés d'enrichissement de ses savoirs et savoir-faire professionnels. Grâce à la formation continue et ses organismes toujours plus nombreux en tant qu'organismes de stages, de journées pédagogiques ou de congrès, grâce aux études et publications scientifiques, ainsi qu'aux formations universitaires approfondies, le kinésithérapeute a une palette très riche de sources d'informations et d'enseignements qu'il peut s'approprier et entreprendre à sa convenance.

De même, avant de choisir de mener une recherche, le kinésithérapeute, dans un premier temps, peut prendre connaissance d'un grand nombre de données scientifiques (publications, essais cliniques randomisés, etc.) *via*, entre autre, l'internet et ses multiples moteurs de

¹² AFAP-NP (2004) (Association Française d'Algies Périnéales et Névralgies Pudendales) : www.afap-np.com

¹³ AFCI (Association Française de la Cystite Interstitielle), site internet : <http://asso.orpha.net/AFCI/cgi-bin>

recherche nationaux et internationaux (MEDLINE, EMB, COCHRANE...). De nombreux sites d'informations et d'enseignements *via* les associations et sociétés savantes, ont vu le jour ces dernières années (sites ARREP-GRKP, SIRREP, CONVERGENCESPP, SIFFUDPP, etc.).

De plus, concernant le monde de la formation à la recherche scientifique en France, le kinésithérapeute pelvi-périnéologue peut intégrer des Diplômes Universitaires (D.U.) en périnéologie proposés aux médecins et ouverts aux kinésithérapeutes, sages-femmes et infirmières (Lyon, La Réunion, Strasbourg), ainsi qu'un D.U. de statique pelvienne et urodynamique (Montpellier-Besançon). Il est possible également de traiter de ces sujets au sein d'autres secteurs de la recherche (biomécanique, posturologie, éthique, etc.), *via* des équivalences et des validations d'acquis. À ce jour, ce type de formation universitaire approfondie reste somme toute investi par une minorité de kinésithérapeutes.

Dans le contexte actuel de la recherche et des travaux menés au sujet des dysfonctionnements uro-gynéco-proctologiques en rapport avec la rééducation périnéale, les études traitent de sujets aussi variés que l'évaluation des techniques de soins, l'éducation et l'information du patient au travers des différents facteurs de risque, ou bien des résultats de techniques chirurgicales. Elles émanent la plupart du temps de travaux d'équipes hospitalières, ou d'associations, avec le soutien fréquent des laboratoires pharmaceutiques.

Il est toutefois important de noter que ces travaux (menant à la publication d'articles, de mémoires universitaires, etc.) explorent ces problématiques essentiellement du point de vue de la recherche *quantitative*, en utilisant des méthodologies adaptées, c'est-à-dire s'apparentant aux références EBP (Evidence Based Practice)¹⁴. La dimension *qualitative* de ces études scientifiques¹⁵ est étudiée la plupart du temps au travers de la mesure de la qualité de vie des patients (Planté, 2012), par la mise en place de questionnaires et d'échelles de valeur de handicap (échelle Ditrovie, EVA ou CONTILIFE)¹⁶.

Il n'existe pas à ce jour de travaux universitaires de master dans le champ de la recherche qualitative recueillant les témoignages de ressentis et de vécus des patients, ni de classification des effets des techniques thérapeutiques abordés sous cet angle de vue. La validation, par

¹⁴ EBP (Evidence Based Practice) est la référence méthodologique sur laquelle l'HAS (Haute Autorité de Santé) s'appuie pour valider les travaux scientifiques en France.

¹⁵ Ces études scientifiques quantitatives sont évaluées selon les critères scientifiques de l'EMB (Evidence Based Medicine)

¹⁶ Voir les nombreuses références bibliographiques sur le document de l'ANAES édité en Février 2000 concernant les recommandations professionnelles en rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire.

l'Université F. Pessoa (Porto, Portugal), de mémoires de master s'inscrivant dans le paradigme de la recherche qualitative, ainsi que l'accompagnement dispensé par les professeurs enseignant dans le cadre du Mestrado en Psychopédagogie perceptive¹⁷, m'ont permis d'orienter ma posture de recherche en ce sens (voir cadre épistémologique, chapitre 4.1). L'élaboration de ce travail permettra d'apporter un éclairage approfondi et novateur des effets de la fasciathérapie pouvant s'appliquer aux dysfonctionnements de la sphère pelvi-périnéale, notamment en ce qui concerne les problématiques de dystonies (hypertonie, vaginisme, hypotonie...), les douleurs périnéales (cicatrices, dyspareunies¹⁸, etc.) et le travail de prise de conscience (au travers de l'éducation à l'éveil perceptif). Je souhaite que les informations émergeant de ce travail contribuent à apporter de nouvelles données enrichissant ce champ précis de la connaissance des soins en pelvi-périnéologie.

1.4.2 Dans le cadre du CERAP

Par ailleurs, il me semble important de mentionner l'existence de travaux de recherche déjà menés depuis une posture qualitative (et dans le cadre de l'Université F. Pessoa), sur des thèmes concernant la périnatalité et l'éducation de la femme dans la période de la maternité¹⁹. À noter que C. Barbier-Godard, dans son mémoire de master (2013), a orienté son objet de recherche vers l'étude de sa propre pratique de kinésithérapie-fasciathérapie (auprès des femmes enceintes) et non vers l'analyse des témoignages de ses patientes. M. de Nardi quant à elle, a davantage ciblé son travail (2012) sur la relation materno-fœtale mise à l'œuvre dans la « gymnastique sensorielle périnatale » ou GSP. Mon travail de recherche vise en partie à compléter l'aspect thérapeutique de l'accompagnement dans cette phase périnatale, et ceci à partir du geste initial de thérapie manuelle.

De plus, je souhaiterais que ce travail de recherche en fasciathérapie participe à l'avancée et à l'approfondissement des données déjà existantes au sein du CERAP, grâce à la déclinaison du savoir dans le secteur spécifique de la prise en charge thérapeutique des troubles du petit bassin. Ainsi, les informations issues de ce mémoire de master pourraient enrichir les autres

¹⁷ La structure d'enseignement (Point d'Appui IAA-UFP), dispensé en grande partie sur le sol français, a fait l'objet d'un contrat d'affiliation académique dans le cadre des nouvelles lois régissant l'enseignement universitaire européen (loi de Bologne).

¹⁸ Terme générique regroupant l'ensemble des douleurs génitales (périnéale, pelvienne ou abdominale) présentes lors du coït, à type de douleur, brûlure, irritation, ou démangeaison (hors infection ou mycose).

¹⁹ Les travaux de master de M. de Nardi (2012) et C. Barbier-Godard (2013) sont téléchargeables sur le site du laboratoire de recherche du CERAP : <http://www.cerap.org>

secteurs d'enseignement de Diplôme Universitaire (D.U.) en pelvi-périnéologie, notamment celui enseigné dans le cadre de la formation professionnelle continue en thérapie manuelle et techniques de fasciathérapie. À noter que l'enseignement de la pelvi-périnéologie sur le mode de la fasciathérapie, a déjà fait l'objet d'une formation universitaire (D.U.)²⁰ qui pourrait également bénéficier des résultats de travail.

Enfin, les gestes et protocoles pédagogiques d'enseignement de la thérapie manuelle en fasciathérapie destinés au petit bassin se pratiquent essentiellement par voie externe. Ce mémoire représente ainsi l'opportunité d'étudier ce point de vue et d'apporter des éléments supplémentaires de pertinence pour aborder le travail du petit bassin par voie interne, d'autant plus que la technique même de fasciathérapie endopelvienne n'a pas fait à ce jour l'objet d'article, ni même d'ouvrage pouvant servir de support pédagogique au sein des écoles de formation.

1.5 QUESTION DE RECHERCHE

Comme nous l'avons vu au cours de ce cheminement, le thème de ma recherche se situe au carrefour de la fasciathérapie et de la rééducation pelvi-périnéale, puisqu'il s'agit d'explorer le vécu des patientes dans le cadre de la fasciathérapie endopelvienne.

Dans le cadre du CERAP, certains travaux de recherche ont déjà traité du geste de thérapie manuelle en fasciathérapie et de ses effets (Courraud, 2007 ; Quéré 2004, 2009a, b, c, 2010). Toutefois, mon projet vise à analyser et évaluer ceux-ci d'un point de vue non encore exploré, c'est-à-dire à partir d'un geste thérapeutique effectué par voie endopelvienne chez la femme, dans un contexte bien spécifique qui est celui de la rééducation pelvi-périnéale. Je souhaite mener une recherche sur ce que vivent les femmes pendant un soin de fasciathérapie endopelvienne et de ce qu'elles rapportent des effets de ce soin en temps réel (mais aussi juste après et à distance), tant d'un point de vue curatif, que perceptif, formatif, psycho-émotionnel ou existentiel.

Je fais le choix d'orienter mon projet de recherche à partir de ce que vivent les patientes (approche qualitative) plutôt que de l'axer dans une démarche de vérification de l'efficacité d'une thérapie sur une pathologie spécifique du petit bassin (approche positiviste) pour

²⁰ Diplôme Universitaire (2011-2012) dans le département de l'Île de la Réunion, auquel j'ai participé en tant qu'enseignante

plusieurs raisons. Tout d'abord, lorsque j'écoute la majorité de mes confrères parler de leur pratique de rééducation périnéale, j'ai le sentiment que la dimension technique occupe une place prépondérante dans leur pratique. Et lorsque l'on parcourt la littérature, les protocoles techniques et les résultats sont pratiquement systématiquement étudiés en première intention. Cela est évidemment nécessaire et pertinent pour évaluer une technique, mais cela suffit-il à évaluer un soin dans toute sa dimension ? Ou bien peut-on s'interroger sur la place et le rôle de la patiente dans l'acte thérapeutique ? Que vit-elle pendant le soin ? Ce qu'elle vit n'influence-t-il pas son déroulement et l'ensemble de la prise en charge thérapeutique, dans un sens favorable ou bien préjudiciable ? Ne serait-il pas important voire essentiel de tenir compte du vécu des patientes dans un objectif d'optimisation du soin ?

Ces questionnements, voire ces renversements de perspective, habitent depuis longtemps mon parcours de thérapeute, et j'ai trouvé des points de convergence entre mon regard sur la pratique de soin et les axes thérapeutiques de la fasciathérapie. En effet, nous savons que le geste fasciathérapique manuel comporte une dimension technique traitant le symptôme ainsi qu'une dimension relationnelle (Austry, 2009 ; Courraud, 2007), et qu'il engage la patiente, *via* le rapport à ses propres perceptions, dans un processus d'apprentissage et d'enrichissement global grâce au développement de ses propres potentialités perceptives (Berger, 2009 ; Bois, 2007 ; Humpich & Lefloch-Humpich, 2009 ; Laemmlin-Cencig, 2009). Dans ce parcours d'enrichissement de la personne, comme le souligne D. Bois, « *La nouvelle manière d'être à son corps devient une nouvelle manière d'être à soi et au monde.* » (2009, p. 17) Je constate que l'objet d'étude concernant le développement des potentialités perceptives et de ses effets sur l'ensemble de la personne n'est pas investigué dans les travaux existant en rééducation périnéale. Explorer ces aspects sous l'angle d'un soin endopelvien me paraît donc pertinent et représente une raison supplémentaire de mener cette étude de recherche.

Lorsque nous traitons des problématiques liées au petit bassin, nous touchons au monde très intime du féminin, monde souvent tu et peu dévoilé, et manquons de connaissances à ce niveau. Questionner les femmes sur leurs vécus participera donc à la découverte plus ample de cette dimension intime vécue en interaction avec le soin endopelvien.

Par conséquent, ce travail de recherche me donnera la possibilité de mieux connaître et comprendre ce qui se joue pour ces femmes, et peut-être pouvoir mieux définir le champ expérientiel et représentationnel de « l'être-femme-sujet » en relation avec un geste thérapeutique qui n'est pas banal.

Ma question de recherche s'énonce ainsi de la façon suivante :

« Que rapportent les femmes consultant pour troubles du petit bassin de leur vécu d'un soin de fasciathérapie endopelvienne, et de ses effets ? »

1.6 OBJECTIFS DE RECHERCHE

Les objectifs de ma recherche sont formulés, comme nous le verrons dans le cadre épistémologique et méthodologique (chapitre 4.), selon une « dynamique de recherche anticipation / émergence » (Bois, 2011 ; Bois, Bourhis, & Bothuyne, 2013), c'est-à-dire de manière à ce que cette recherche se construise autour d'une cohérence qui traverse toutes les étapes de la recherche. Cette étape de formulation de mes objectifs vise à amplifier (tout en restant en lien avec elle) l'étape précédente d'énonciation de ma question de recherche, à savoir : « Que rapportent les femmes consultant pour troubles du petit bassin de leur vécu d'un soin de fasciathérapie endopelvienne, et de ses effets ? » C'est également le moment de poser les bases d'une dynamique prospective, c'est-à-dire me permettant de me projeter dans toutes les étapes à venir de ma recherche, notamment dans la formulation d'un guide d'entretien et de grilles d'analyse selon une approche catégorielle (catégories anticipatrices).

Je propose de délimiter trois objectifs à cette question de recherche, de façon à mettre à jour les vécus décrits par les femmes et ainsi pouvoir mener une étude scientifique à travers l'analyse de leurs contenus.

1- Identifier et catégoriser les différents types de vécus décrits par les patientes en termes de vécu du symptôme, de vécu de la séance de thérapie manuelle, et d'impacts sur leur vie

2- Observer et appréhender le contenu de ces vécus

3- Mettre en relief les vécus témoignés par les femmes consultant pour troubles du petit bassin en lien avec un soin de fasciathérapie endopelvienne ou avec ses effets

2 CADRE THEORIQUE

2.1 LE TOUCHER ENDOPELVIEN

Avant d'aborder précisément le toucher endopelvien pratiqué dans les différents métiers du soin en rapport avec la sphère pelvi-périnéale (médecin, sage-femme, kinésithérapeute), puis d'aborder plus spécifiquement le toucher de la fasciathérapie, il me paraît pertinent de dresser un aperçu des différentes natures de touchers rencontrés dans le soin, au travers de quelques éclairages généraux (et non exhaustifs), afin d'illustrer certains des différents enjeux fondamentaux de ce toucher, aussi bien pour le soignant que pour le soigné, ainsi que les enjeux spécifiques de la relation soignant-soigné.

2.1.1 Les différentes natures de touchers dans le soin

2.1.1.1 Dimensions du toucher et enjeux dans le soin

1) Le toucher en tant que sens

Pour ce qui est de sa définition, le toucher représente « *un des cinq sens comprenant différentes classes de sensations (cutanées, kinesthésiques, thermiques, etc.), qui permet d'apprécier la consistance des objets et d'effectuer leur exploration par palpation* », et par extension, « *action, manière de toucher* », et « *sensation, impression tactile produite par un corps que l'on touche* » (Dictionnaire « Trésor de la Langue Française » (TLF)). Ici, le toucher, directement relié à l'organe de la peau, possède donc plusieurs fonctions comme citées ci-dessus, celles de ressentir, de poser un acte, et d'entrevoir le lien avec l'autre par le contact. Cette pluralité confère au toucher un statut de « double sens », « *soit passif s'il est considéré comme un sens perceptif, soit actif lorsqu'il s'agit d'entrer en relation avec le monde ou quelqu'un d'autre.* » (Duval, 2010, p. 55) D. Austray va plus loin dans la description des natures multiples du toucher, puisque, selon lui, ce toucher est : « *à la fois passif et actif, à la fois action et réception, à la fois sens perception et affection* » (2009, p. 142). Les dimensions perceptive, relationnelle et affective sont donc entrevues comme faisant partie intégrante du sens du toucher.

2) La dimension relationnelle du toucher dans le soin

Si nous abordons plus précisément cette dimension relationnelle du toucher, nous constatons qu'elle a surtout été développée dans la littérature par les soignants exerçant auprès de personnes hospitalisées, et notamment les infirmières (Attely, 2010 ; Perraut Soliveres, 2001 ; Vinit, 2007). Dans cette dimension du soin, la personne touchée est prise en considération dans sa globalité, comme un être à part entière. Ainsi, lorsque nous touchons quelqu'un, nous touchons un corps différent de soi dans l'amplitude de sa profondeur intime.

Dans cette dimension de globalité rencontrée dans cette forme relationnelle du toucher, nous ne convoquons pas uniquement la dimension intime de la personne, mais également sa biographie (dans le sens de mémoire du corps). Selon le point de vue de C. Schweitzer, sage-femme et ostéopathe, « *Ce toucher n'est pas neutre : il est le sens le plus développé de notre corps, d'avant les mots, d'avant le langage verbal. Ainsi, en touchant l'autre dans son intimité, nous sollicitons ses mémoires d'avant le langage.* » (2005, p. 29) Ainsi, la dimension de « biographie corporelle » peut être appréhendée à travers le toucher pendant le soin, incluant les mémoires vécues très précocement et tout au long du parcours de vie du patient. Toutefois, notons que lors d'un soin, d'après F. Vinit, le vécu singulier propre à ce dernier est lié à la manière dont le soignant engage et pratique son geste : « *La manière dont le patient se trouve touché par le thérapeute définira alors pour une large part l'expérience qu'il fait de son corps.* » (2007, p. 121)

De plus, lorsque nous touchons l'autre (dès lors que l'on prend en compte cette dimension relationnelle), nous ne pouvons pas faire abstraction de l'existence d'une relation, donc de la présence d'une interaction dans cette relation entre le soignant et la soigné. D. Lebreton va même plus loin lorsqu'il écrit : « *Le vocabulaire tactile métaphorise de manière privilégiée la perception et la qualité du contact avec autrui, il déborde la seule référence sensorielle pour dire le sens de l'interaction.* » (2009, p. 7) Pour l'auteur, nous pouvons ainsi tirer du sens de cette interaction, et donc apprendre de cette forme de toucher.

Enfin, lorsque nous touchons autrui, comme semblable et en même temps différent de soi, nous accédons, selon certains auteurs, à une dimension singulière et en même temps universelle dans la dimension relationnelle du toucher : « *L'expérience du toucher est une expérience de l'humain, le toucher est bien le toucher de l'autre, la rencontre avec une personne, mais c'est aussi la rencontre avec l'humain, l'humain de soi, l'humain de l'autre. Une rencontre qui dépasse la mise en jeu de dimensions psychologiques ou personnelles, pour nous faire accéder à ce qui nous fait, nous tous, sujets.* » (Austry, 2009, p. 146) Pour l'auteur, dans l'expérience du

toucher, la relation qui s'opère à travers et avec l'autre personne, est de l'ordre d'une rencontre, laissant émerger chez chacun sa part d'humanité, qui lui renvoie ou lui révèle sa propre identité.

En conclusion, et au regard des auteurs cités, nous pouvons dire que l'action de toucher quelqu'un n'est pas neutre, et qu'au-delà du contact et de sa fonction biologique ou biomécanique, elle révèle la richesse des vécus en relation avec soi-même en tant qu'être à part entière dans son humanité mais aussi en interaction avec l'autre personne, donnant sens à cette expérience singulière. Le toucher relationnel devient alors toucher de communication, définissant ainsi la qualité de l'échange qui émerge de la relation établie entre les personnes, et toute la richesse d'enseignement de son contenu.

3) Toucher et être touché, intersubjectivité et posture de soin

La question de la dimension de la subjectivité du toucher ne peut, de mon point de vue, être complètement exclue de l'étude de la posture de soin. Il ne s'agit pas ici d'en parcourir les différents champs théoriques, mais de mettre en perspective quelques enjeux qui vont être convoqués dans la pratique du toucher en fasciathérapie. Comme le souligne le philosophe T. De Koninck : « *Dans le toucher, percevoir un objet et se percevoir soi-même ne sont pas séparés ; ils sont même la condition l'un de l'autre.* » (cité par H. Colangeli-Hagège, 2002, p. 110) Dans la relation avec autrui, cette subjectivité prend un autre statut. Le courant philosophique de la phénoménologie explore les notions d'*intersubjectivité* (Husserl) et d'*intercorporité* (Merleau-Ponty).

Dans le prolongement de ce courant, la Psychopédagogie perceptive²¹ - et donc la fasciathérapie - parle d'*interréciprocité* (Bois). La dimension subjective entre le soignant et le soigné est présente et active dans toutes les facettes du soin. Ainsi, le contexte dans lequel le soin s'effectue, la manière dont il est pratiqué, ainsi que les vécus expérientiels de chacun des acteurs du soin conditionnent celui-ci.

Du point de vue du thérapeute, la dimension affective est présente dans le soin et nous invite à aborder celui-ci sous un angle de vue plus large avec une posture impliquée, assumant subjectivité et intersubjectivité, et prenant en considération les ressentis du praticien lorsqu'il touche son patient. Ce constat d'évidence permet d'inscrire cet état de fait comme faisant partie

²¹ La Psychopédagogie perceptive (Berger 2006, 2009 ; Bois 2006, 2007, 2009 ; Humpich & Lefloch-Humpich, 2009), est discipline universitaire dont la fasciathérapie et la somato-psychopédagogie sont deux champs d'application distincts, la fasciathérapie se situant dans le domaine du soin et étant pratiquée exclusivement par des kinésithérapeutes ou des médecins, et la somato-psychopédagogie se situant dans le domaine des sciences de l'éducation.

intégrante de la posture préalable du thérapeute dans le soin. Comme l'exprime D. Austray : « *Etre touché n'est pas à envisager simplement comme effet, mais plutôt comme posture qui construit le rapport à l'autre dans le geste. Etre touché n'est donc plus à entendre comme émotion ou sensualité mais comme attitude à prendre soin.* » (2009, p. 145)

Du point de vue du patient, M. Van Manen décrit ses attentes concernant le toucher du soignant : « *Le patient attend premièrement de cette main qu'elle soit soignante, qu'elle prenne soin (a caring hand), c'est-à-dire non seulement qu'elle touche le corps physique, mais aussi le soi, la personne incarnée, dans sa totalité.* » (1999, p. 22) Lorsque C. Courraud parle de la dimension relationnelle du toucher, il parle de cette posture du soin qui, en même temps qu'elle peut accueillir le patient, est tournée vers lui. Cette qualité de toucher « *devient contact, relation, attention et intention portées vers l'autre, et ceci avec un but : être là, l'entendre, le respecter, l'aider* » (2009b, p. 199). Alors le toucher devient « *un toucher accoucheur pour l'autre et pas inquisiteur* » (Schweitzer, 2005, p. 84).

4) Les dimensions du toucher en rapport avec le toucher endopelvien

a) La dimension de savoir faire technique en rapport avec le toucher endopelvien

Dans le champ professionnel des praticiens utilisant des touchers endopelviens (médecin, sage-femme, kinésithérapeute), le savoir-faire technique est prioritaire. Selon les références que j'ai pu consulter, la littérature médicale destinée à l'enseignement de base décrit ce toucher uniquement à partir du point de vue du praticien, et sous son aspect technique discriminatoire, essentiellement palpatoire, tourné vers le symptôme, à la recherche de signes cliniques et à des fins diagnostiques (Soutoul, Bertrand, & Body, 1994 ; Lansac, Berger, & Magnin, 1983). Par exemple, dans l'ouvrage de J.H. Soutoul, J. Bertrand, & G. Body, *La consultation gynécologique*, le chapitre 3 traite de l'examen clinique en gynécologie. Les différents touchers (vaginal, rectal, bi-digital) y sont détaillés en fonction de leurs intérêts et objectifs, et leur description se présente essentiellement sous forme de schémas (1994, p. 65-68). Dans les ouvrages pédagogiques destinés aux kinésithérapeutes, ces gestes endopelviens sont également abordés d'une manière très codifiée (Bourcier, 1989 ; Deffieux, 2011 ; Galliac-Alanbari 2005 ; Grosse, & Sengler, 2007 ; Valancogne, 1993). Je consacrerai ultérieurement un temps à la description de ce toucher technique dans le chapitre 3 « Cadre pratique ».

b) La dimension relationnelle du toucher endopelvien

Concernant la dimension relationnelle du toucher exprimée au sein de la pratique du toucher endopelvien, je n'ai pas retrouvé de travaux abordant cet aspect. A ma connaissance, la

littérature n'aborde pas l'interaction et le dialogue pouvant s'instaurer avec la patiente comme élément faisant partie intégrante du toucher soignant. Lorsque la dimension relationnelle est évoquée, c'est au travers de l'expression verbale dans le volet « rééducation comportementale », par exemple lorsque le thérapeute propose à la patiente qui souffre de pollakiurie²² de pratiquer un calendrier mictionnel²³. L'interaction se situe alors autour des résultats débattus et des conseils donnés par le praticien.

La nature du geste endopelvien comporte une dimension intime, puisque ce geste touche à la sphère du petit bassin et aux parties génitales. Il est par nature impliquant et peut être vécu d'une manière difficile par la patiente, d'autant plus que le geste thérapeutique est pratiqué sur la femme dénudée, allongée sur une table dans une posture délicate, touchant la partie la plus intime d'elle-même, son sexe. Lorsque l'acte professionnel est pratiqué dans une dimension purement technique, le sentiment de ne pas se sentir reconnue et abordée comme sujet, mais plutôt comme objet (de soin) ou symptôme (médical) peut prédominer chez celle-ci. Alors, il est fréquent que dans une telle posture, la patiente vive ce toucher endopelvien comme intrusif. C. Schweitzer va jusqu'à témoigner dans son ouvrage que, « *sans accompagnement et sans parole, ces touchers intrusifs se soldent par de la colère, la honte et conduisent à l'isolement et l'envie de ne plus jamais consulter en gynécologie.* » (2005, p. 39)

2.1.1.2 Nature du toucher en fasciathérapie

Je souhaiterais dans ce chapitre poser un éclairage sur certains concepts de la fasciathérapie concernant la spécificité de son toucher, élément me semblant essentiel dans le contexte de l'étude de cette recherche. Je définirai brièvement le paradigme du 'Sensible' dans lequel se définit l'identité du toucher fasciathérapique, le cadre d'expérience du soin dit 'extra-quotidien', l'aspect qualitatif de ce toucher à travers le concept des '3 mains', puis la posture relationnelle thérapeute-patient, empathie qui s'exprime sous la forme d'une 'réciprocité actuante'.

²² Émissions fréquentes de quantités d'urine.

²³ Forme de carnet de bord, où la patiente note sur plusieurs jours le nombre de mictions par 24 heures, les quantités émises, l'heure de chaque miction et la quantité de liquide ingérée par 24 heures. Il est ensuite étudié et commenté avec le thérapeute.

2.1.1.2.1 Le paradigme du Sensible

Le toucher fasciathérapique s'inscrit au sein du « paradigme du Sensible » (Austry, 2009 ; Bois, 2006, 2007; Bois & Austry 2007). Dans ce paradigme, le terme 'Sensible' désigne un ensemble de concepts nés de l'expérience perceptive au contact du vivant et de l'animation interne au sein des tissus du corps. Ce champ expérientiel complexe est résumé par la définition de E. Berger : « *Le Sensible est l'univers expérientiel qui se donne à vivre dans la rencontre entre trois pôles : 1) le mouvement interne comme force du vivant animant l'intériorité invisible du corps, 2) le support physique d'expression de cette force que sont les tissus de l'organisme, et 3) la conscience du sujet qui se pose sur cette animation et sur le lieu de soi se révélant à cette occasion. Au niveau des contenus de vécu, le Sensible est fait d'un ensemble de sensations inhérentes au mouvement interne et de toutes celles, associées, qui naissent de la manière dont le sujet est affecté par les premières.* » (2009, p. 49)

Tous les protocoles pédagogiques et thérapeutiques de ce toucher sensible découlent donc de ce référentiel fondamental qu'est le 'mouvement interne'. Ce mouvement est perçu et décrit comme « *une animation autonome de l'ensemble des tissus du corps* » (Austry & Bois, 2009, p. 107), et qui a une rythmicité différente de celle du référentiel ostéopathique (le mouvement respiratoire primaire ou MRP). Selon D. Bois, il s'agit d'une forme d'« *animation d'une autre nature, plus lente et concernant non seulement la matière, mais aussi la personne dans sa totalité* » (2009, p. 53).

2.1.1.2.2 Le cadre d'expérience extra-quotidien

La nature du toucher fasciathérapique qui s'appuie, comme nous l'avons vu, sur des référentiels précis et spécifiques, nécessite donc des conditions de pratique qui lui sont propres (Duval, 2010). Pour créer ces conditions spécifiques, de nombreux protocoles pédagogiques ont été élaborés et référencés dans divers ouvrages, articles ou travaux universitaires (Berger 2006 ; Bois 2006 ; Bois & Austry 2009 ; Bourhis 2012 ; Courraud 2007, 2009a et b ; Marty 2012).

Je souhaiterais ici aborder un des aspects de ce cadre de soin spécifique, le concept de « cadre d'expérience extra-quotidien » (Bourhis, 2007, 2012 ; Laemmlin-Cencig, 2007 ; Large, 2007). La notion de 'cadre d'expérience' vient du fait qu'il s'agit pour le thérapeute d'un cadre de pratique (ou de soin) et pour la patiente d'un cadre d'expérience (elle fait l'expérience d'une

séance de soin). Ce cadre est dit ‘extra-quotidien’ dans le sens où la personne est placée dans des conditions inhabituelles, et notamment où ses vécus se déroulent dans une situation et une attitude attentionnelle non usuelles de rapport au corps. Ces conditions, comme le soulignent D. Austray & E. Berger, « *placent le sujet dans une expérience de lui-même qui le sort de l’expérience première. Les conditions extra-quotidiennes sont conçues pour ‘produire’ des perceptions extra-quotidiennes, c’est-à-dire des perceptions inédites, qui n’auraient pas existé en dehors de cette situation* » (2010, p. 15). Ainsi, ces conditions spécifiques sont importantes pour permettre à la patiente de faire l’expérience de vécus nouveaux, pouvant éventuellement lui permettre d’entrevoir certaines choses (par exemple son corps) différemment.

La dimension d’extra-quotidienneté de mon étude est donc double au sens des conditions d’expérience spécifiques du geste fasciathérapique d’une part, et au sens du contexte du geste endopelvien, lui-même inhabituel. Même si le geste endopelvien est déjà connu de la patiente (il peut avoir déjà été vécu par exemple dans un cadre médical gynécologique, obstétrical, proctologique, ou en rééducation pelvi-périnéale), le vécu du geste endopelvien sur le mode de la fasciathérapie et l’expérience perceptive qui en découle sont la plupart du temps inédits pour la personne soignée. Par exemple, une patiente peut percevoir clairement, à l’occasion de ce geste spécifique, l’espace qu’occupent son petit bassin et ses viscères à l’intérieur même de son corps, ou bien le mouvement propre à son utérus, ce qui représente la plupart du temps une toute nouvelle expérience perceptive.

2.1.1.2.3 La qualité du toucher : toucher psychotonique et modèle des 3 mains

1) Le toucher psychotonique

Le toucher fasciathérapique est un toucher dit « psychotonique » (Courraud, 2007), c’est-à-dire qui concerne une nature de tonus corporel global (ou somato-psychique). En effet, nous savons aujourd’hui que la structure fasciale modifie son état tonique tissulaire (*via* le suivi du mouvement interne) pour créer un dialogue tissulaire avec le corps du patient, lui permettant la pratique d’un accordage entre différentes structures et facettes qui le constituent, un « *accordage entre la personne et son corps, accordage entre la personne et ses propres pensées, accordage entre la personne et ses comportements* » (Bois, 2006, p. 101). Nous verrons ultérieurement (chapitre 2.2.2.2) l’importance de cet accordage manuel somato-psychique (Bois, 2006) dans la potentialisation de l’expression des vécus des patientes. Comme l’exprime C. Courraud, « *le toucher psychotonique devient un lieu d’échange et de*

communication non-verbale et ne se limite plus à son action sur la régulation de la tension musculaire et tonique. » (2007, p. 26) Au toucher haptique, le praticien a donc ajouté une qualité de présence et d'implication : « Ce toucher réunit les dimensions proprioceptive et kinesthésique du geste tactile, dans un geste à la fois sensoriel et moteur et il y ajoute la dimension de résonance, d'implication globale du praticien, implication à la fois physique et d'attitude. » (Austry, 2009, p. 160)

2) Le modèle des 3 mains

Ce modèle utilisé en fasciathérapie vise à décrire trois différents aspects du toucher, distincts mais contemporains. Ainsi, on pourrait dire que le praticien est en capacité d'agir consciemment de différentes manières, successivement ou en même temps, de façon à optimiser différents aspects du soin en fonction des besoins de la personne.

a) La main effectrice

Elle correspond à la dimension du geste incluant les dimensions de savoir et de savoir-faire des thérapeutes : la main est active, le toucher est technique et plutôt tourné vers le symptôme. Comme le souligne C. Courraud, « *ce toucher s'apprend sur la base de mises en situation pratiques et de supports documentaires qui associent prises, éléments anatomiques et stratégies thérapeutiques [...] cette main permettant d'appliquer un geste thérapeutique à partir de l'analyse et de la compréhension de signes cliniques.* » (2007, p. 65)

Dans le soin fasciathérapique endopelvien, la qualité du geste technique, par exemple lorsqu'elle est appliquée sur les différentes couches anatomiques du petit bassin, permet de réguler d'une manière affinée l'équilibre tonique entre toutes les structures de celui-ci (plancher myo-fascial périnéal, structures ostéo-articulaires, viscérales, circulatoires, neurovégétatives, etc.), tout en permettant en « arrière-plan » et d'une manière concomitante de relancer la dynamique interne souvent affaiblie et « étouffée » par les nombreuses résistances et retenues situées dans ce lieu (prolapsus, traumatismes désensorialisants, etc.).

b) La main percevante

Dans cette dimension du soin, l'implication et la sensibilité du thérapeute sont présentes. La main perçoit les effets internes de ce qu'elle produit. La main est une main d'écoute, le toucher de relation perçoit la personne dans sa globalité. Le thérapeute, *via* son toucher, interpelle progressivement la patiente au travers de la dimension subjective ressentie par celle-ci pendant le soin. Comme le résume C. Courraud, la main percevante « *sert de tuteur à la*

perception et à la conscientisation de la régulation psychotonique à travers laquelle nous sollicitons la participation active du patient. Cette main qui perçoit les effets du toucher sur la régulation tonique est un moyen de vérifier si notre action manuelle est adaptée au patient ou si notre intervention est inadéquate. » (2007, p. 66) En fasciathérapie, cette dimension est essentielle pour le bon déroulement du toucher spécifique psychotonique et des protocoles thérapeutiques garantissant la pleine potentialité du soin. L'utilisation d'outils thérapeutiques de la fasciathérapie, tels que le 'point d'appui'²⁴ (Astruc-Marty, 2012), ou bien la lenteur sensorielle²⁵ du mouvement interne par exemple, servent de supports essentiels dans les protocoles de ce type de soin.

Dans la pratique endopelvienne, cette main percevante est prépondérante en début de soin lorsque nous sommes en point d'appui d'écoute. En effet, à ce moment précis l'attention du thérapeute est tournée vers les indicateurs de changements internes dans le corps de la patiente. Ces réponses évolutives déterminent la forme du déroulement du soin, et guident d'une manière singulière et affinée le geste manuel. Le thérapeute, *via* son toucher, interpelle progressivement la patiente au travers de la dimension subjective ressentie par celle-ci pendant le soin. Ainsi, la patiente témoigne se sentir davantage concernée et prendre mieux conscience de cette région.

c) La main sensible

Pour C. Courraud, la main devient sensible « *quand le praticien commence à être touché par ce qu'il touche* » (2007, p. 66). C'est le rapport qu'a le praticien avec le suivi de la dynamique interne qui rend sa main 'sensible'. La dimension de réciprocité et de présence du thérapeute à ce mouvement déterminera la qualité de cette main.

Cette posture qualitative et subtile est essentielle dans un soin endopelvien, car elle permet au thérapeute de s'adapter aux multiples et infimes modulations toniques présentes dans l'espace très intériorisé et concentré que représente le petit bassin.

Du point de vue de la patiente, ce toucher sensible lui permet d'incarner et de révéler plus amplement une forme de présence à elle-même. Comme le souligne D. Bois, « *La personne, de*

²⁴ Le point d'appui représente le temps fort du processus thérapeutique en fasciathérapie. En thérapie manuelle, il « *consiste à mettre un terme au suivi dynamique tissulaire spontané, au sein de la résistance tissulaire générée par le suivi dynamique* » (Marty, 2012, p. 55). Il se définit comme un arrêt circonstancié du mouvement interne, appliqué au bon endroit, au bon moment, et avec la bonne pression, mettant en jeu une réaction tonique interne. Ainsi, « *le point d'appui manuel reconfigure l'architecture tonique et psychique de la personne qui passe d'un état de tension à un état de relâchement* » (Courraud, 2009, p. 214).

²⁵ La lenteur du mouvement interne, référentiel temporel du geste fasciathérapeutique, possède une rythmicité assez lente (deux mouvements « aller-retour » par minute).

son côté, prend d'abord conscience de son contour, de sa peau, de sa posture, puis se sent progressivement concernée dans une globalité et une profondeur qui lui donnent le sentiment d'être écoutée et prise en compte dans tout ce qu'elle est. À travers la rencontre de sa matière corporelle, elle perçoit sa consistance propre, s'y reconnaît tout entière et découvre comme un portrait d'elle-même dans son intériorité...» (2007, p. 107).

2.1.1.2.4 La posture de relation thérapeute-patiente : la réciprocité actuante

La posture de la relation thérapeute-patient en fasciathérapie est basée sur le mode de la 'réciprocité actuante' (Bertrand, 2010 ; Bois & Austray, 2007 ; Bois, 2007 ; Bourhis, 2007, 2009, 2012 ; Courraud, 2007), c'est-à-dire qu'elle s'effectue à partir d'une expérience vécue sur un fond perceptif commun pour les deux acteurs du soin, et où les informations perçues peuvent circuler entre elles (de façon plus ou moins perceptible pour chacun), et potentialiser les effets de l'expérience (notion de réciprocité). Comme le souligne C. Courraud, « *L'expérience commune que nous convoquons dans la relation d'aide manuelle psychotonique traduit plutôt le partage d'un fond commun perceptif qui se situe en amont des modes de relation affective ou émotionnelle traditionnels.* » (2007, p. 60) Cette réciprocité est dite 'actuante', dans le sens où elle génère une dynamique entre les différentes informations, les effets étant actualisés (mis à jour) à chaque moment. Comme le soulignent D. Bois et D. Austray, « *L'observé et l'observant cheminent ensemble et s'inter influencent en permanence dans la clarification sensorielle et cognitive de ce qui émerge du rapport au corps sensible.* » (2009, p. 115)

Alors qu'en est-il de la dimension singulière pendant cette expérience commune pour chacun des acteurs du soin ? H. Bourhis en apporte un éclairage : « *Ce fond perceptif commun prend la forme d'un 'mouvement interne' lent qui se manifeste de manière identique chez toutes les personnes mises en situation 'extra-quotidienne'. C'est en ce sens que l'expérience est commune. En revanche, la nature du rapport que chaque personne instaure avec ce 'mouvement interne' livre des tonalités singulières. Ainsi, on peut dire que chaque personne a un rapport singulier à ce fond perceptif commun.* » (2009, p. 296) Il ne s'agit donc pas d'une posture qui favoriserait une fusion affective entre le patient et le thérapeute, ni même une confusion entre les sensations de l'un ou de l'autre. Au contraire, pour le praticien : « *la 'réciprocité actuante', de posture, devient outil, puis critère d'action, et repère de régulation pour le praticien* » (Bourhis, 2012, p. 100). Ainsi, le thérapeute reste vigilant tout au long du traitement à maintenir ou créer les conditions d'optimisation de cette forme de relation. Quant à

la personne soignée, l'installation progressive de la qualité du cadre thérapeutique sur le mode de la réciprocité actuante, permet d'objectiver les différentes phases de son cheminement pendant le soin (enrichissement de sa perception, affinement de sa capacité à décrire son expérience et à en témoigner, capacité à tirer du sens de son vécu). Ainsi, lorsque cet ajustement entre ce que vit la personne et ce qu'elle exprime évolue positivement, cela peut amener la personne à témoigner d'une manière plus riche. Ce dernier point concerne directement ma recherche et mon intérêt à installer un cadre pratique et de recherche favorisant l'émergence des vécus et la qualité de leur restitution verbale par les participantes.

2.1.2 Historique et contextualisation du toucher endopelvien dans les métiers du soin

Concernant la contextualisation du toucher endopelvien, je souhaiterais préalablement souligner que ce toucher, qu'il soit pratiqué par voie endovaginale ou endorectale, est initialement un geste médical à visée diagnostique ou bien de surveillance médicale en obstétrique. De ce fait, le professionnel de santé a des obligations légales, dont celle en particulier de recueillir le consentement de la patiente avant de pratiquer un toucher endopelvien (Art. 16-3 du code civil, codes déontologiques des médecins, sages-femmes et kinésithérapeutes). L'accord de la patiente est donc de ce fait une obligation légale.

2.1.2.1 Les masseurs kinésithérapeutes et le toucher endopelvien

1) La kinésithérapie pelvi-périnéale

La base historique de la rééducation périnéale s'appuie sur les protocoles élaborés par A. Kegel (Kegel, 1948, 1951) gynécologue américain qui, dans les années 1950, propose des exercices d'auto-renforcement concentrique des muscles du périnée pour les femmes présentant une hypotonie suite aux accouchements, par une alternance de contractions et décontractions. Ces exercices avaient pour visée de prévenir les incontinences urinaires et les troubles de la sexualité. Comme le souligne M.C. Cappelletti, « *bien que les exercices de Kegel autorisent une grande diversité dans leur exécution et qu'ils n'intéressent que l'activité musculaire concentrique (raccourcissement), ils sont positifs en terme de gains, par rapport au groupe témoin n'ayant pas bénéficié des exercices* » (2003, p. 4). C'est au début des années 1970, et

grâce aux nouveaux modes de diagnostics répondant surtout aux troubles urinaires, comme par exemple l'examen urodynamique²⁶ (Bourcier & Juras, 1986), que la rééducation prend un nouvel essor en complétant les outils thérapeutiques pharmacologiques et chirurgicaux par des protocoles de rééducation périnéale plus affinés. Selon M.C. Cappelletti, « *En France le pionnier en rééducation pelvi-périnéale fut incontestablement Alain Bourcier. [...] Au contact d'équipes médicales aux USA (UCLA Columbia), il s'était familiarisé au concept de la mécanique périnéale et notamment des synergies.* » (Ibid., p. 5) En effet, les physiologistes américains démontrèrent que les muscles périnéaux, et plus précisément les muscles releveurs de l'anus, étaient synergiques des rotateurs externes et abducteurs de hanche et non des adducteurs, comme cela était enseigné dans les écoles de kinésithérapie françaises dans les cours de rééducation post-natale. Jusqu'à la fin des années 1970, la rééducation périnéale à part entière n'existait pas et était incluse dans la prise en charge thérapeutique de la femme en post-natal, avec comme objectif principal le renforcement de la sangle abdominale. La rééducation du périnée se limitait à demander à la personne de contracter et relâcher les muscles du périnée en s'appuyant visuellement sur des planches anatomiques, puis de serrer une balle placée entre les deux genoux (technique par débordement d'énergie utilisant les adducteurs), donc peu efficace. Nous pensions également que le test du « stop de la miction » représentait une technique de renforcement, alors qu'aujourd'hui toutes ces informations sont caduques. C'est au début des années 1980, grâce à la collaboration entre les rééducateurs, les praticiens des services hospitaliers d'urologie, ainsi que les concepteurs de matériel biomédical, que se sont structurées les techniques manuelles endopelviennes, physiothérapiques endocavitaires (électrostimulation et bio-feedback) et comportementales. Nous sommes alors passés de la période du « tout abdominal » avec le renforcement essentiel des muscles abdominaux, au « tout périnéal », c'est-à-dire ne plus faire d'abdominaux, responsables d'hyperpression délétère pour les organes du petit bassin (prolapsus, incontinences). Evoluant depuis trente ans, la rééducation périnéale aujourd'hui a pris le nom de rééducation en 'pelvi-périnéologie', englobant ainsi une vision et une prise en charge des dysfonctionnements du petit bassin plus globale. Par exemple, les techniques posturales et hypopressives (Caufriez, 2010 ; De Gasquet, 2003, 2009) se sont beaucoup développées. La rééducation pelvi-périnéale concerne aussi bien la femme, l'homme que l'enfant, et des problématiques aussi larges que les problèmes liés au plancher musculaire périnéal (dystonie,

²⁶ Examen complémentaire à visée diagnostique et pré-chirurgicale effectué à l'hôpital ou en centre spécialisé, analysant la séquence mictionnelle au moyen de sondes de pression placées dans l'urètre permettant d'étudier le fonctionnement de la vessie.

hypomotricité, douleurs, etc.), qu'urologiques (incontinences, urgences, etc.), gynéco-obstétricaux et sexologiques (prolapsus, douleurs, cicatrices, vaginisme, etc.), et ano-rectaux (incontinence, constipation terminale, etc.). À ce jour, la rééducation pelvi-périnéale est enseignée dans les écoles de masso-kinésithérapie (IFMK) (module 8, soit 8 à 12 heures d'enseignement théorique avec possibilité de stage pratique (30 heures) laissé à l'appréciation des directeurs d'écoles). Cependant, cet enseignement reste une sensibilisation à cette rééducation. Vue l'étendue actuelle des contenus théoriques et pratiques de ce champ de rééducation, si l'étudiant en kinésithérapie est intéressé par ce module en pelvi-périnéologie, il est nécessaire de compléter sa formation au sein d'organismes de formations professionnelles (ARREP, Format'Kiné, INK, SIRREP, etc.). Cette rééducation fait partie des préoccupations actuelles des structures officielles quant aux projets de modifications des études de masso-kinésithérapie *via* le cursus d'étude licence-master-doctorat, où la pelvi-périnéologie deviendrait une spécialité.

2) Le toucher endopelvien en kinésithérapie pelvi-périnéale

Le décret du 02 Août 1985 donne la compétence aux masseurs kinésithérapeutes de pratiquer chez les adultes les touchers endopelviens par voie intra-vaginale et intra-rectale, alors qu'ils étaient réservés jusqu'alors aux médecins et sages-femmes. Le fasciathérapeute étant kinésithérapeute ou médecin, ce décret s'applique à ce dernier. La pratique se fait selon des règles éthiques et déontologiques précises (consentement préalable de la personne, local de soin respectant les règles d'hygiène et l'intimité de la personne, matériel adapté (gants, gel de contact), etc.), les touchers étant pratiqués d'une manière non systématique, et à but diagnostique et thérapeutique. J'exposerai précisément la pratique du toucher endovaginal dans le chapitre 3 consacré au cadre pratique.

2.1.2.2 Les autres corps de métier et le toucher endopelvien

Même si ce mémoire de recherche s'inscrit dans le champ de la masso-kinésithérapie, il me paraît pertinent de préciser à ce jour, parmi les autres corps de métiers liés au soin concernant la femme et la sphère pelvi-périnéale, ceux autorisés à pratiquer les touchers endopelviens.

Les professions médicales ou paramédicales

Les professionnels médicaux et paramédicaux, tels que sages-femmes, médecins généralistes ou spécialistes (gynécologue, gynécologue-obstétricien, proctologue, urologue,

sexologue, etc.), sont formés aux touchers endopelviens pendant leurs études et sont donc autorisés à pratiquer ces derniers. Notons que la législation des infirmiers ne stipule pas cette autorisation, alors qu'il est d'usage quotidien pour eux de pratiquer des gestes médicaux, comme celui de faire un sondage urinaire, un prélèvement vaginal ou une manœuvre d'expulsion de fécalome.

Les sexothérapeutes et ostéopathes

Si le sexothérapeute et l'ostéopathe ne sont ni médecin, ni sage-femme, ni masseur-kinésithérapeute, ils ne sont pas autorisés à pratiquer ces touchers.

2.1.2.3 Le toucher endopelvien en ostéopathie

Si je souhaite consacrer un paragraphe, non exhaustif, à l'ostéopathie endopelvienne avant d'aborder celui de la fasciathérapie endopelvienne, c'est que ces deux approches thérapeutiques possèdent certains points de convergence quant à la manière d'appréhender la personne et son rapport à la santé, ainsi que certains outils de diagnostic et de thérapie communs, tout du moins dans la forme. En effet, de par sa formation initiale de kinésithérapeute et d'ostéopathe, le Pr. Danis Bois, fondateur de la fasciathérapie, a débuté ses recherches à partir de certains concepts et techniques ostéopathiques fonctionnels, pour ensuite progressivement s'en éloigner et élaborer le champ théorique et pratique propre à la fasciathérapie. La différence majeure à ce jour réside dans le fait que le référentiel interne de base sur lequel s'appuient les différentes techniques de rééquilibration n'est pas le même. Je conseillerai au lecteur souhaitant s'informer plus en détail de consulter le travail de master de M.C. Astruc-Marty (2012). Dresser le contour de la thérapie manuelle endopelvienne en ostéopathie me permettra ensuite de situer dans le prochain chapitre les spécificités de la fasciathérapie endopelvienne.

L'ostéopathie²⁷ telle qu'elle est définie en page 11 du document « Référentiel Profession Ostéopathe » (RPO)²⁸, est « *un art de diagnostiquer et de traiter, par la main, les dysfonctions de la micromobilité des tissus du corps, qui entraînent des troubles fonctionnels pouvant perturber l'état de santé* ».

²⁷ Pour plus d'information, site internet du ROF (registre des ostéopathes de France) : www.osteopathie.org

²⁸ Le RPO, consultable sur le site : <http://www.osteopathie.org/114-referentiels--rappel-et-historique.html>

Initialement, l'enseignement de l'ostéopathie en France ²⁹ était destiné aux kinésithérapeutes et médecins, et dispensé sous forme de stages ponctuels sur l'ensemble de l'année, permettant ainsi d'exercer en parallèle sa profession. Aujourd'hui, certaines écoles ouvrent leur formation aux sages-femmes et infirmiers avec un nombre d'heures de formation supplémentaires. De plus, il existe de nombreuses écoles dispensant leur enseignement à temps plein dès la sortie du baccalauréat. Ces ostéopathes n'étant ni kinésithérapeutes ni médecins de formation initiale, il n'est pas de leur compétence de pratiquer le toucher endopelvien. Dans ce contexte élargi et du fait de la présence de professionnels venant d'horizons différents, l'enseignement concernant la sphère du petit bassin s'est quelque peu modifié. À ce jour, l'ostéopathie viscérale du petit bassin, intégrée à l'enseignement de base sur les viscères (30 heures, en quatrième ou cinquième année d'étude) se pratique en grande majorité par voie externe (alors qu'auparavant l'enseignement se pratiquait par voies externe et interne), mais il est laissé libre choix au directeur d'école de délivrer ou non l'enseignement en endopelvien pour les professionnels autorisés.

Concernant le soin appliqué au petit bassin, cette approche traite aussi bien les troubles mécaniques (statique pelvienne, douleurs chroniques périnéales), que les problèmes gynécologiques hormonaux (troubles du cycle menstruel, hypofécondité, endométriose, etc.). Les techniques les plus souvent enseignées sont des techniques structurelles³⁰, de type énergie musculaire³¹, ou de type fonctionnel³², ces dernières étant les plus employées pour la sphère viscérale du petit bassin. Le référentiel interne de base sur lequel s'élaborent les protocoles de soin et les techniques ostéopathiques est le 'mouvement respiratoire primaire' (MRP).

Les ouvrages consacrés aux viscères abdominaux (Barral & Mercier, 2004 ; Curtil & Métra, 2005 ; Hebgen 2011) abordent les notions fondamentales et techniques ostéopathiques des organes du petit bassin (vessie, utérus, prostate), et uniquement par voie externe. Très peu d'ouvrages sont consacrés spécifiquement à l'ostéopathie du petit bassin (Woodall 1983 ;

²⁹ La formation est encadrée par la loi du 4 mars 2002 (article 75), et le décret n° 2007-437 du 27 mars 2007 relatif à « la formation des ostéopathes et à l'agrément des établissements de formation », imposant aux établissements dispensant cette formation d'être agréés par le Ministère de la Santé.

³⁰ Techniques consistant à inverser les paramètres de restriction (en ayant pris soin de mettre en place des verrous anatomiques), en effectuant un petit mouvement rapide pour lever la restriction de mobilité.

³¹ Annulation de la restriction de mobilité par un geste technique accompagné de la participation active du patient, comme par exemple lors d'une contraction musculaire contre résistance.

³² Le thérapeute exagère les paramètres de restriction jusqu'à ce qu'un processus neurologique inhibe le système neurologique responsable de la restriction de mobilité.

Bonneau, Mares, Vautravers, & Hérisson, 2011) et encore moins par voie endopelvienne (Ageron-Marqué 2000 ; Schweitzer 2005).

Dans son ouvrage « *guide pratique d'ostéopathie en gynécologie* », C. Ageron-Marqué présente notamment des techniques de correction endovaginale pour l'utérus et ses annexes, ainsi que pour le plancher périnéal. Par exemple, pour une déviation utérine latérale droite, après avoir effectué un déplacement de l'utérus dans tous les paramètres spatiaux avec les deux mains, elle décrit la manœuvre : « *L'utérus est amené à gauche et maintenu pendant plusieurs temps respiratoires thoraciques ; dès que la sensation de relâchement se fait sentir sous les doigts, mettre de nouveau les tissus en tension jusqu'à percevoir un total relâchement. A la fin de la technique, tester et recommencer si nécessaire.* » (2000, p. 160) Autre exemple : si le col est incliné et dévié, alors l'ostéopathe emmène avec ses doigts internes le col dans la direction opposée (la main abdominale faisant point fixe sur le fond utérin), et maintient la mise en tension tissulaire jusqu'au relâchement complet.

2.1.3 La fasciathérapie appliquée à la sphère pelvi-périnéale

Après avoir exposé la kinésithérapie pelvi-périnéale et les différents corps de métiers pratiquant les soins *via* le toucher endopelvien, je souhaiterais préciser les contours de la fasciathérapie appliquée à la sphère pelvi-périnéale, en présentant tout d'abord le contexte dans lequel elle s'inscrit, puis quelques illustrations de ses spécificités, ainsi que les intérêts des techniques endopelviennes fasciathérapiques par rapport à ses techniques exopelviennes. Enfin, j'exposerai deux aspects particuliers du soin fasciathérapique endopelvien. Tout d'abord la place de la gestuelle périnéale fasciathérapique (contractions et relâchements des muscles périnéaux) qui se pratique au sein du geste de thérapie manuelle proprement dit, puis celle de la verbalisation pendant la séquence de thérapie manuelle, puisqu'elle représente l'outil de mon sujet d'étude me permettant d'interroger les vécus des patientes.

2.1.3.1 Contextualisation de la fasciathérapie appliquée à la sphère pelvi-périnéale

Dans le cursus de base en fasciathérapie, il existe un module spécifique concernant les viscères et le petit bassin, dont les gestes enseignés sont pratiqués par voie externe. Par exemple, pour la rééquilibration du plancher périnéal, ils se pratiquent *via* le noyau fibreux central du

périnée (NFC)³³, les doigts directement au contact de celui-ci, mais par-dessus le sous-vêtement. Quant à l'enseignement des protocoles par voie endopelvienne, il se transmet au sein de la formation continue en fasciathérapie pour les professionnels intéressés, kinésithérapeutes et médecins, sous forme de modules spécifiques. A ma connaissance, les fasciathérapeutes qui utilisent ce toucher endopelvien sont rares et font partie de la population des masseurs kinésithérapeutes déjà spécialisés en rééducation pelvi-périnéale souhaitant enrichir leur pratique avec les différentes natures de toucher et protocoles existant en fasciathérapie. A noter qu'aujourd'hui, au sein du D.U. de 'Gymnastique sensorielle périnatale' (GSP)³⁴ destiné aux sages-femmes est prévu, dans le module 3/5, un enseignement sur la rééducation sensorielle et motrice du périnée.

2.1.3.2 Quelques illustrations des spécificités du soin fasciathérapique endopelvien

Il ne m'est pas possible, dans le cadre de ce chapitre, de détailler les nombreuses spécificités du geste fasciathérapique endopelvien au regard de la pratique de la kinésithérapie périnéale ou de l'ostéopathie endopelvienne. Je choisirai donc d'illustrer cette question à travers quelques éclairages concernant les spécificités et séquences du soin qui me paraissent intéressantes au vu de ma recherche.

La patiente et son engagement dans le soin

De par notre expérience de terrain, nous savons tous que lorsque la patiente est motivée, impliquée et attentionnée durant la prise en charge thérapeutique, le processus thérapeutique s'en trouve optimisé. L'ensemble des éléments associés de la fasciathérapie, tels que la posture du fasciathérapeute, la qualité de la relation sur le mode de la réciprocité actuante³⁵, le geste manuel incluant la dimension d'éveil perceptif, participent à solliciter activement la patiente pendant le soin (attention et intention tournées vers ses perceptions), dans une qualité de présence à elle-même, à ce qui se déroule et se vit dans son corps, de telle manière qu'elle devient progressivement actrice de son soin, qu'elle se l'approprie. Cette attitude, qui peut parfois être présente d'une manière implicite dans le soin, est, en fasciathérapie, recherchée,

³³ Le NFC du périnée est une région tissulaire située au niveau du plancher périnéal entre la fourchette vaginale et la marge anale, représentant une véritable poulie de réflexion concernant l'équilibre spatial de base pelvi-périnéal.

³⁴ D.U. enseigné dans le cadre de l'Université Fernando Pessoa (Porto), sur le sol français (Point d'Appui IAA- UFP)

³⁵ Voir chapitre 2.1.1.2

sollicitée, intégrée et encadrée par un guidage verbal pouvant intervenir sur l'ensemble de la durée du soin de thérapie manuelle (ce qui n'exclut pas des moments de silence...). Ce qui est particulièrement intéressant à noter dans ce contexte, ce sont les effets que nous rencontrons chez la patiente, et plus spécifiquement pour le soin endopelvien. Nous constatons que cette manière d'appréhender la séance de thérapie manuelle, de par la qualité de rapport de proximité que le geste génère vis-à-vis d'elle, lui permet d'accéder plus rapidement à la conscientisation de ses ressentis, aux effets dans son corps à distance de son petit bassin par exemple, à la reconnaissance de la réalité de son anatomie au plus proche de ce qu'elle perçoit, à la résonance du geste pratiqué dans son corps, etc. Connaissant l'importance des imperçus existant dans cette région pelvi-périnéale, il me paraît intéressant de préciser cet élément facilitant la progression dans les étapes de conscientisation de cette zone.

Importance des deux mains du thérapeute

En rebondissant sur cette dimension de potentialisation du soin, je souhaiterais juste évoquer (puisque j'en parlerai plus précisément dans le chapitre suivant) l'importance des deux mains du fasciathérapeute pendant le soin endopelvien. La main externe est aussi présente et active que la main endopelvienne. Elles interagissent pendant tout le soin (pouvant être mobiles ou immobiles ensemble ou à tour de rôle, ou l'une servir de contre-appui à l'autre), la main externe pouvant aller libérer plus à distance plusieurs lieux de résistances et s'adapter aux différentes tonalités de ressentis, en fonction de la demande corporelle de la patiente. De plus, la perception simultanée permet le balancement perceptif entre les deux mains, construisant ainsi l'unification et l'harmonisation de la région située entre elles. Dans une telle pratique, nous constatons que la patiente peut accéder plus finement à la perception des volumes intra-pelviens ainsi qu'à celle de ses organes du petit bassin.

Séquence spécifique du travail sur le plancher périnéal myofascial

a) Rééquilibration du plancher myofascial périnéal

La séquence sur le plancher myofascial périnéal se pratique en deux temps. Tout d'abord un temps fort de rééquilibration psychotonique localisé. Ensuite, le plancher périnéal étant assimilé de par sa structure anatomique à un diaphragme (nappe dont les structures s'insèrent sur l'ensemble du pourtour osseux du bassin), il est considéré et travaillé en tant que voie de passage pour une rééquilibration plus globale du corps *via* le toucher psychotonique et ses

modulations³⁶. La rééquilibration s'effectue dans les dimensions spatiale (réaxation et resymétrisation en priorité dans les directions linéaires, et à partir du référentiel du NFC), temporelle et rythmique neuro-vasculaire (pulsologie, drainage et réharmonisation des fonctions liquidiennes lymphatique et veineuse) et fonctionnelle (périnée en lien avec le coccyx)), ainsi qu'à travers une séquence spécifique d'accordage psychotonique de cette région avec le reste du corps, *via* le FAP³⁷. La régulation des grandes fonctions (endocrinienne, immunitaire) se pratique *via* le périnée en lien avec la rythmique coccygienne et crânio-sacrée. La séquence se termine par un accordage global de mouvements haut-bas du corps et de mouvement de convergence-divergence³⁸.

b) Les cicatrices

Concernant les cicatrices périnéales (épisiotomie, déchirure, chirurgie) ou abdominales (obstétricale, d'investigation ou chirurgicale), le travail sur les structures fasciales, qu'il soit de l'ordre du massage (étirement, ponçage, etc.) ou de la mobilisation des plans cutanés avec correction ostéopathique (Ageron-Marqué, 2000, p. 182), a comme objectif d'assouplir et « corriger » la cicatrice. Le geste fasciathérapique est de tonalité et de pratique quelque peu différente. Localisé sur la cicatrice, il débute par une mise en tension progressive (poussée ou tirée) des structures tissulaires cicatricielles associée conjointement à l'écoute et au suivi de la rythmicité du mouvement interne. Le geste se déroule ensuite en fonction des réponses aux différents points d'appui. La progressivité et l'intensité du geste naissent du corps de la patiente et des réponses à ces points d'appui manuels. La pression s'ajuste d'elle-même et s'adapte à tout moment, le geste est alors non douloureux ou tout du moins mieux « accepté » par la patiente, évitant ainsi les réactions de crispation de stress, très souvent présentes dans cette région intime et « susceptible ». La patiente peut alors cheminer et participer au soin avec le moins d'appréhension possible. Ce contexte est précieux, car la région du petit bassin traitée en endopelvien est fréquemment chargée de peurs, et réagit le plus souvent d'une manière amplifiée.

³⁶ Ces éléments théoriques et pratiques sont détaillés dans le chapitre 2.1.1.2.2

³⁷ Le fascia axial profond (FAP) est une chaîne fasciale profonde viscérale, partant de la base de l'occiput jusqu'aux NFC du périnée, se dédoublant en englobant les volumes des viscères thoraciques et abdominaux, avec trois zones de relais intermédiaires denses (bucco-pharyngien, diaphragmatique et de jonction péritoine-inférieur-ligament large-aponévroses périnéales). Sa rééquilibration rythmique permet de relier et d'harmoniser en profondeur le haut avec le bas du corps.

³⁸ Les mouvements de convergence et de divergence sont des mouvements globaux déclinés sous la forme de schèmes de mouvements associatifs. Ils s'appuient sur la rythmicité sensorielle (BRS). Ils ont une fonction resymétrisante et resynchronisante de globalité gestuelle autour de l'axe médian du corps. Pour plus de détails, voir l'ouvrage de H. Courraud-Bourhis : « *Biomécanique sensorielle & biorythmie* » (2005)

Séquence spécifique sur les viscères du petit bassin

Un temps de travail de rééquilibration pour chacun des viscères du petit bassin (vessie et urètre, utérus et ses annexes, rectum) au sein de leur compartiment anatomo-physiologique et en rapport avec les cloisons et viscères avoisinants, peut être pratiqué à partir des référentiels conceptuels et pratiques de la fasciathérapie, comme le mouvement interne et la biomécanique sensorielle³⁹. Pour plus de précision sur ce thème, il est possible de se référer aux ouvrages d'H. Courraud-Bourhis (1999, 2005).

Je souhaiterais illustrer mon propos par l'exemple du travail sur l'utérus, pierre angulaire d'équilibration du petit bassin. Notons que le traitement de rééquilibration par voie directe ciblée sur les viscères est pratiqué en thérapie manuelle, mais pas en kinésithérapie. De plus, même si l'objectif de soin est le même en ostéopathie qu'en fasciathérapie, les techniques diffèrent. Par exemple, si je me réfère à l'exemple exposé dans le chapitre précédent concernant la libération ostéopathique d'une déviation latérale utérine, et en comparant avec la technique fasciathérapique, il me semble important de noter que même si en fasciathérapie le thérapeute débute à partir de la même prise qu'en ostéopathie, il reste un temps immobile en point d'appui d'écoute sensorielle de l'organe. Dans cette attitude, il observe les effets et ne bougera qu'en fonction des réponses à ce point d'appui, le bilan se faisant d'une manière concomitante avec le geste thérapeutique pendant toutes les séquences du soin. Si je puis dire ainsi, c'est l'organe même, à travers sa réaction tonique, qui lui indique les orientations, la vitesse, la manière de se rééquilibrer, et ce sont ces indicateurs internes que le fasciathérapeute accompagne et que son geste potentialise. Lorsque l'utérus retrouve sa mobilité d'équilibre signifiant la fin de cette partie du soin, il est très fréquent de le ressentir bouger au sein d'un mouvement ample de circularité antéro-postérieure, qui s'accordera ou que l'on sollicitera, dans une réharmonisation spatiale et rythmique avec les autres structures avoisinantes. Enfin, le fasciathérapeute termine le soin endopelvien par une réintégration de toute la sphère du petit bassin et du bassin dans la globalité du corps, *via* un accordage avec les mouvements de convergence et divergence et le rythme crânio-sacré.

³⁹ La biomécanique sensorielle (BMS) situe, par exemple, l'axe d'un mouvement au centre de la structure observée (segment, viscère), et non au niveau articulaire.

2.1.3.3 Intérêts de l'approche endopelvienne fasciathérapique par rapport aux techniques exopelviennes fasciathérapiques

Le contexte de soin endopelvien représente une situation de soin très spécifique et inhabituelle, dans le sens où la patiente se trouve confrontée à son rapport à la nudité et à ses ressentis de la zone génitale interne d'une manière particulière. En effet, c'est essentiellement dans la sphère de vie privée et au cours d'expériences liées à l'expression de la dimension sexuelle corporelle qu'est habituellement appréhendée cette zone. Or, le cadre de ce soin invite la patiente à vivre ses ressentis et à poser son regard sur cette région du corps sous un autre angle de vue, d'une toute autre manière, rendant l'expérience vécue inédite. Le fait de poser son attention, avec une intention différente d'une attitude tournée prioritairement vers la sexualité, permet de laisser émerger un nouvel espace d'expérience perceptive pour la patiente, privilégiant une qualité de réciprocité à elle-même unique favorisant la découverte de son « monde intérieur », des liens existant entre les différents organes entre eux, leur forme, leur volume, ainsi que les multiples vécus d'ordre psycho-émotionnels et existentiels contenus au sein de cet espace, construisant ainsi une perception plus habitée et une appropriation globalisée de cette région. D'ailleurs, les femmes témoignent la plupart du temps ressentir un soulagement profond, une joie liée à un sentiment de retrouvailles avec elles-mêmes, et lorsqu'il y a symptôme, un sentiment de pouvoir « reprendre en main » une région qui leur faisait défaut. Au final, ce soin intrapelvien re-définit, re-donne à voir, à vivre et à analyser, *via* la perception, une région du petit bassin féminin invisible à l'œil nu ou difficilement visible et accessible, de par la pudeur et les tabous souvent associés.

Lorsque nous nous situons en place de thérapeute, l'index et le majeur de la main endovaginale sont en contact direct avec les muqueuses mais également avec les tissus environnants, ce qui peut favoriser une amplification des perceptions. Par exemple, dans la pratique, le contact des doigts endopelviens permet une appréciation directe de la consistance, de l'équilibre de cohésion (des plans de glissement) et de l'état tonique de l'ensemble des cloisons péri-vaginales (cloisons recto-vaginale, uréthro-vaginale et des culs de sacs de Douglas⁴⁰). Ces appréciations donnent des indications précises, *via* le mouvement interne, de l'état tonique interne des structures fasciales de maintien, localement et plus à distance (rapports d'équilibre entre les muqueuses, les cloisons et les viscères vésical, utérin et rectal), puis plus à distance (*via*

⁴⁰ Replis tissulaires péritonéaux proche du col de l'utérus et perceptibles au fond du vagin, près de la cloison recto-vaginale

le FAP), ainsi que sur l'animation et l'intensité de la vitalité (*via* les modulations psychotoniques) au sein de ces structures intracorporelles. Ces indications nous donnent des informations quantitatives et qualitatives supplémentaires importantes notamment lorsque la personne présente un prolapsus, car il est fondamental de prendre en considération dans le geste thérapeutique l'ensemble de ces structures dans leurs rapports respectifs. De plus, le fait d'avoir une main endopelvienne en relation avec la main externe, généralement posée en début de soin en point d'appui d'écoute sur le bas-ventre, permet de créer un lien perceptif de conscience entre l'extérieur et l'intérieur du corps, le contenu et la globalité de la sphère pelvi-périnéale. Cette unification ainsi créée facilite l'accès, pour la patiente à une meilleure perception par feed-back des volumes au sein de son petit bassin, et donc à une meilleure prise de conscience des différentes structures constituant la sphère pelvi-périnéale.

De plus, le toucher endopelvien permet un contact direct avec toute l'épaisseur du plancher myofascial périnéal (en relation avec les cloisons et les viscères du petit bassin), élément fondamental du processus thérapeutique de certaines pathologies, comme les dystonies périnéales.

2.1.3.4 La thérapie gestuelle en fasciathérapie endopelvienne à travers le toucher

La thérapie gestuelle représente un volet à part entière de la fasciathérapie. Elle représente une forme d'éducation thérapeutique et consiste en la mise en action, au moyen d'une gestuelle spécifique, de l'enrichissement des perceptions acquis par le patient lors du traitement en thérapie manuelle. Cette 'rééducation sensorielle', ou 'gymnastique sensorielle', a fait l'objet de plusieurs ouvrages (Eschalier 2009 ; Noël 1995) et travaux de recherche au sein du CERAP (Devoghel 2011 ; Eschalier 2011 ; Schreiber 2011). Les protocoles pédagogiques qui y sont décrits sont destinés à l'ensemble du corps, et peuvent très simplement s'appliquer au travail spécifique concernant la région pelvienne (gestuelle analytique puis globale).

En kinésithérapie pelvi-périnéale, cette thérapie gestuelle fasciathérapique analytique pourrait entrer dans le cadre de la rééducation concernant le travail de la musculature périnéale, notamment la pratique des exercices de contractions et de relâchements de ces muscles. Il est à noter que la contraction musculaire lorsqu'elle se pratique sur un mode sensoriel en fasciathérapie s'enrichit d'une composante perceptive supplémentaire. La gestuelle pratiquée initialement de façon motrice évolue vers une gestuelle sensori-motrice, c'est-à-dire perçue plus consciemment par la patiente qui peut réguler de plus en plus finement son geste moteur.

Le propos n'est pas ici de détailler cette pratique gestuelle fasciathérapique, puisqu'elle ne

constitue pas l'objet de ce mémoire de recherche. On pourrait même se questionner sur la pertinence d'évoquer la thérapie *gestuelle* dans un chapitre sur le toucher endopelvien lors d'un soin en thérapie *manuelle*. Cette technique a essentiellement deux objectifs. Le premier est de compléter l'acte thérapeutique en sollicitant la part active de la patiente davantage mobilisée lorsqu'elle bouge. Le deuxième est d'introduire une dimension pédagogique dans le soin. Le fasciathérapeute compose avec ces deux approches et adapte son geste dans l'instant présent. Par exemple, une séquence de thérapie gestuelle de mobilisation périnéale (contractions et relâchements des muscles périnéaux selon le mode sensoriel) peut-être proposée et guidée par le thérapeute pour accompagner un geste de thérapie manuelle de rééquilibration globale du bassin pratiqué lors de la séquence de réintégration de cette gestuelle dans une globalité fonctionnelle plus large.

De plus, nous constatons en pratique que l'éveil perceptif périnéal et les changements de représentation qui y sont liés sont potentialisés, lorsque la pratique d'une thérapie gestuelle est associée simultanément au geste de thérapie manuelle. L'enjeu ici est important car le petit bassin, comme nous l'avons déjà précisé, représente pour la majorité des patientes un « angle mort » majeur. Le pointé perceptif manuel endocavitaire du thérapeute localisé directement sur la musculature périnéale permet à la patiente lors de la mobilisation des muscles du plancher pelvien d'objectiver ses ressentis, de les affiner *via* les perceptions et le dialogue établi avec le guidage du fasciathérapeute.

Enfin, il est intéressant de noter que cette gestuelle, effectuée selon les critères et les protocoles de mobilisation périnéale sensorielle fasciathérapique (lenteur sensorielle, linéarité, attention soutenue pendant tout le trajet du mouvement, point d'appui performant, etc.), sollicite la part active et en conscience de la patiente, et participe de ce fait et d'une manière optimisée à son processus d'appropriation et de réflexion à partir des nouveaux ressentis et informations inédites vécus pendant le soin.

2.1.3.5 Place de la verbalisation pendant le soin de thérapie manuelle endopelvienne

La verbalisation est une fonction, un langage du corps. Elle fait le pont entre les dimensions objectives et subjectives des vécus, l'exprimé et le ressenti, le dit et le non-dit. L'expression verbale, et plus précisément 'l'entretien verbal à médiation corporelle' utilisé en fasciathérapie, a fait l'objet de recherches au sein du CERAP (Rosenberg, 2007 ; Schreiber 2011). Elle a été étudiée en tant qu'outil d'accompagnement du thérapeute, qui participe ainsi au processus d'expression des ressentis et de leur conscientisation. Elle représente un volet à part entière de la thérapeutique et de la pédagogie en fasciathérapie, car selon D. Bois, « *Le*

vécu corporel ne peut se satisfaire de rester dans le silence : il appelle les mots. » (Bois, 2007, p. 110) et pour être plus précis : « *Une expérience ne peut livrer la totalité de son contenu et de son sens tant qu'elle reste silencieuse. L'entretien à médiation corporelle a pour rôle d'offrir un espace pour cette verbalisation et, plus encore, de la soutenir, la faciliter, la permettre, voire la provoquer si nécessaire.* » (Ibid., p. 111) L'intention de cette verbalisation n'est pas de chercher le « pourquoi » des choses qui se vivent mais plutôt le « comment », et c'est la capacité à décrire l'expérience vécue qui sera développée. Des protocoles d'entretien verbal à médiation corporelle ont été établis selon les différentes phases de soin, soit en début de séance (entretien de début de soin), pendant la séance de thérapie manuelle (entretien en temps réel), puis après la séquence de thérapie manuelle (entretien post-immédiateté).

Même si le cadre du soin est centré sur la thérapie manuelle et non la verbalisation, celle-ci est présente et incontournable dans ma pratique ainsi que dans ma recherche, ne serait-ce que pour déclencher (et guider) les témoignages de la patiente afin de recueillir les données de mon étude. C'est pourquoi je présenterai succinctement dans cette partie théorique la place de la verbalisation lors d'une séance de thérapie manuelle endopelvienne, qui, bien que n'étant pas mon objet de recherche, mérite d'être abordée ici.

1) Place de la verbalisation du thérapeute

a) Le guidage verbal et ses consignes

Le guidage verbal est un outil pédagogique à part entière. Le thérapeute peut donner des consignes précises pour aider la patiente à se poser, la rassurer si nécessaire, pour lui permettre de canaliser son attention sur les éléments et la région où le travail interne s'intensifie, ou pour donner une information manquante concernant la conscientisation de la zone soignée. La consigne verbale émise pendant cette phase de thérapie manuelle est essentielle car elle compense la dimension non visible de la zone génitale intrapelvienne. Ainsi, les mots aident au lâcher prise car ils rassurent, soutiennent, relativisent. Ils enrichissent lorsque le praticien donne des informations nouvelles. Ils simplifient, clarifient lorsque le praticien précise, complète. Enfin, ils structurent, car ils ajustent, réaxent, recentrent. Le thérapeute peut également guider par des consignes plus ouvertes tout en orientant l'attention de la personne vers des possibles multiples.

b) Le guidage verbal et la description

Pendant le soin manuel, il peut y avoir une phase où le thérapeute décrit le geste qu'il pratique, les mouvements de ses mains (situer le lieu, la vitesse, etc.), ou bien nomme la partie

anatomique ou la fonction sollicitée, la consistance des structures travaillées, les perceptions à distance, etc. Le thérapeute choisit le moment opportun pendant le soin, lorsque la personne perçoit peu, ou bien pour signifier un détail paraissant représenter un tournant dans l'évolution de la séance. La personne soignée se retrouve donc dans une posture d'écoute et de relation thérapeutique impliquée, permettant une proximité dans son rapport perceptif avec elle-même et à ce qui se déroule dans son corps. Ainsi, le témoignage de son vécu *via* ses ressentis perceptifs et le déroulement du processus thérapeutique s'en trouveront facilités.

c) L'entretien verbal sous forme de questionnement

Les questionnements pendant la séance peuvent se présenter sous deux formes. La première correspond à une forme de guidage verbal sous forme interrogative, de façon à orienter l'attention de la personne, ou bien à solliciter son témoignage lorsque celui-ci n'a pas lieu spontanément alors qu'il se passe quelque chose d'important pendant la séance. Cela peut être par exemple lorsque le thérapeute perçoit sous ses mains au travers de réponses psychotoniques intenses au point d'appui, que la dynamique interne de la patiente est fortement sollicitée alors qu'elle-même n'en témoigne pas. Le praticien peut alors la guider par des questions simples, telles que : « Que ressentez-vous ? » ; « Percevez-vous des modifications sous mes mains ? », « ...à distance ? ». Une deuxième forme de questionnement dit « de vérification » peut être instaurée. Ce type de questionnement « *permet au praticien, lorsqu'il considère que la personne est dans un état d'accordage, de confronter sa perception à celle de son patient. Autrement dit, le patient perçoit-il les tonalités internes alors disponibles au sein de sa matière corporelle ?* » (Duprat, 2007, p. 82)

2) Place de la verbalisation de la patiente

a) Verbalisation en tant qu'expression des ressentis

L'espace d'expression verbale offert à la patiente pendant le soin lui permet d'exprimer ses perceptions, ses ressentis, ses émotions agréables, ou moins agréables comme ses douleurs, ou ses peurs, permettant ainsi de diluer la charge émotionnelle pouvant être vécue face aux confrontations dans le soin. Comme l'écrit E. Duprat, l'expression en temps réel est là « *pour l'aider, non seulement à mettre en mots son processus d'enrichissement perceptif, mais aussi d'éventuels questionnements ou inconforts* » (Ibid., p. 80). De plus, lorsque la patiente exprime pendant le soin une prise de conscience, celle-ci s'en trouve optimisée. Ainsi « *cet espace de parole peut également permettre au sujet d'exprimer en temps réel son ressenti, dont le caractère éphémère efface parfois l'accès à une description aussi vivante a posteriori que dans*

l'immédiateté » (Ibid., p. 82). Enfin, la personne qui verbalise et décrit ses vécus peut enrichir un processus singulier de rapport à elle-même. Sa place en tant que sujet est potentialisée, car elle témoigne à la première personne (en « je »). Comme le précise S. Rosenberg, « *la personne devient sujet quand elle est amenée à expliciter une expérience qui lui est arrivée en propre et à partir de laquelle elle se forge un point de vue singulier* » (2007, p. 27).

b) Verbalisation en tant qu'élément de participation au processus thérapeutique

Différentes étapes d'évolution au cours du soin ont été modélisées en fasciathérapie et en psychopédagogie perceptive (Berger, 2006). Lorsque la patiente témoigne de ses ressentis pendant le soin, elle peut progressivement les clarifier, les valider, se les approprier davantage et donc intégrer des informations nouvelles (y compris en ce qui concerne sa symptomatologie). Dans ce processus, la personne pourra donner un sens à son expérience perceptive, et accéder à la dimension existentielle de celle-ci, allant jusqu'à la possibilité d'un changement de regard (par exemple par rapport à un événement douloureux vécu au niveau de la sphère pelvi-périnéale). Ainsi D. Bois évoque-t-il ce processus de conquête d'espaces de soi-même : « *Doucement guidé par les consignes verbales du praticien qui lui décrit les subtilités de l'architecture de sa 'corporalité', le sujet découvre avec étonnement des détails de lui-même inconnus jusqu'alors, qui sont autant de morceaux dispersés qui se rassemblent pour donner corps à son sentiment d'exister.* » (2007, p. 107)

Ainsi, lorsque ces vécus peuvent s'exprimer verbalement, cette étape participe au processus de « re-sensorialisation » corporelle et de mise en sens du vécu. En pratique, il est fréquent d'observer la patiente prendre la parole pour exprimer une remémoration : « Ah ! Au fait ! J'avais oublié de vous dire que... ». La personne vivant ce moment a alors le sentiment de découvrir et de se réapproprier des espaces d'elle-même qui lui appartiennent, mais qui parfois peuvent avoir été « oubliés » depuis longtemps. Ainsi, cette réappropriation des espaces inaccessibles à sa conscience jusqu'à ce moment (soit parce qu'ils avaient été mis de côté, soit parce qu'ils sont totalement nouveaux pour elle), peut aider la personne à cheminer vers une meilleure compréhension d'elle-même et de sa vie.

2.2 LE VECU DES FEMMES EN LIEN AVEC LA SPHERE PELVIENNE

2.2.1 Contextualisation et représentations concernant l'intime de la femme

2.2.1.1 Le contexte historique de la femme et son rapport au corps

Si je souhaite appréhender la dimension historique de ce thème dans ce mémoire, c'est que selon les experts en la matière, l'histoire collective a un poids dans la transmission des savoirs, des représentations et des vécus, générant des mémoires et des conditionnements sur l'ensemble des individus. La femme, dans la relation qu'elle entretient avec son corps a donc un rapport avec celui-ci indissociable du contexte historique, socio-économique, culturel, religieux, éducatif dans lequel elle vit, indissociable du rapport à l'autre et indissociable de son propre rapport à elle-même.

L'histoire des femmes est difficile à établir au cours des siècles, la littérature les concernant restant majoritairement écrite par les hommes. L'historienne M. Perrot dans son ouvrage *Mon histoire des femmes*, établit un constat plutôt accablant, décrivant les femmes françaises dans le rapport au « corps social » comme assujetties, dénigrées, fantasmées, peu présentes publiquement et éduquées plutôt qu'instruites. Par exemple, nous dit l'auteure, « *Dans les campagnes d'autrefois, on sonnait moins longtemps les cloches pour un baptême d'une fille, comme du reste pour l'enterrement d'une femme.* » (Perrot, 2006, p. 53) Le poids du système éducatif et religieux est lourd. Le plaisir sexuel n'existe pas et n'a comme finalité que de donner la vie. La chasteté et la virginité signent la respectabilité de la famille. Le « corps physique » est ainsi globalement négligé, brimé, étouffé, corseté. M. Perrot résume ainsi la posture de la femme jusqu'à la fin du XVIIème siècle : « *Il faut être pieuse ou scandaleuse pour exister.* » (*Ibid.*, p. 18) L'auteure note que cette prédominance a eu une influence telle que ces représentations ont traversé les âges, ont été transmises de génération en génération, sans pouvoir être fondamentalement remises en question jusqu'au début du XXème siècle. On a beaucoup parlé sur les femmes, mais on s'est malheureusement bien peu occupé de les faire parler, de les écouter et de les comprendre.

Un cap fondamental pour la femme dans son rapport au corps a été franchi depuis la seconde moitié du XXème siècle grâce à l'apparition de la contraception, permettant une dissociation entre l'acte sexuel et l'acte de procréation, la jouissance et la fécondité. Les conséquences de cette acquisition ont permis la création d'un espace de liberté tout à fait inédit pour la femme dans son rapport à son corps et à sa sexualité, renversant le rapport existant avec

l'homme, et par voie de conséquence avec la société. Les femmes ont alors besoin de parler d'elles-mêmes, en leur nom propre. Elles ont besoin de s'approprier leur espace et leur autonomie. Elles recomposent leur univers à partir du thème de la femme individu, de la femme sujet, de la femme qui se construit elle-même à travers la sexualité, à travers le rapport à l'autre. L'apparition des mouvements féministes (Bard, 1995 ; Dorlin, 2008 ; Riot-Sarcey, 2006), la législation concernant l'avortement en 1975, ou le viol qualifié de crime depuis 1976, ont fait émerger, non sans conflits internes et externes, de nouvelles postures de pensée et de nouveaux statuts concernant la femme en général, et plus particulièrement la femme dans le rapport à son corps. Autrefois, la fonction sociale était largement prédominante, alors qu'aujourd'hui les facteurs et les conduites individuelles ont progressé de telle manière que bouger son corps, exprimer son existence et son identité au travers de celui-ci est une attitude passée dans les mœurs, tout du moins en France. Prendre soin de son corps au féminin fait partie d'une hygiène de vie au quotidien et est considéré comme un élément de prévention de la santé.

Au travers de ces quelques illustrations historiques évidemment non exhaustives, même si l'angle de vue décrit ci-dessus est plutôt généraliste, ce qui me paraît intéressant de garder à l'esprit d'un point de vue thérapeutique est le constat d'une interrelation entre les dimensions collective et individuelle comme faisant partie intégrante du soin apporté à la patiente. Notre posture thérapeutique accueillera donc celle-ci dans son individualité et dans toutes ses composantes bio-psycho-sociales de vécu, avec en toile de fond, la présence d'une probable influence de cette dimension collective concernant le rapport au corps. Il aurait été intéressant d'approfondir les champs théoriques abordant ces composantes, mais le sujet de cette recherche n'étant pas anthropologique, je me contenterai de souligner que cette connaissance nous permet, nous kinésithérapeutes, d'affiner notre compréhension de l'arrière-scène des processus mis en œuvre dans la notion d'ancrage organique ou de biographie du corps, champ de recherche encore peu exploré, et de mieux appréhender les multiples enjeux présents dans le soin concernant les dysfonctionnements traités dans ce mémoire.

2.2.1.2 L'intime de la femme

La sphère uro-gynéco-proctologique et sexuelle du petit bassin en lien avec le vécu des femmes situe le rapport au corps dans une dimension intime. Ce terme générique d'intime, que désigne-t-il précisément ? À quel champ expérientiel de vécu renvoie-t-il ? Comment la patiente et le thérapeute se situent-t-ils dans ce contexte ?

Le substantif « intime » vient du latin *intimus*, superlatif de forme archaïque de *intus*, signifiant « en dedans » (dictionnaire Littré). Est donc intime ce qui est intérieur, privé, personnel, existant au plus profond de nous et généralement tenu caché aux autres. La dimension d'intimité est essentielle pour l'individu, car elle marque la singularité de son humanité. Or, même si l'intime fait partie du monde « intérieur », il s'exprime également dans une dimension « extérieure » comme lorsque nous entretenons une relation intense de partages amicaux ou conjugaux. Comme le souligne le sociologue G. Eid : « *Dans ce rapport « dialectique » entre des sujets, l'intimité apporte une régénération continue, elle fait dépasser l'ordre du superficiel et du conventionnel ; elle ouvre les altérités à une profondeur d'être constitutive des sujets et de leur différence.* » (2001, p. 179-180)

Dans le contexte de soin, l'intime est relié à l'intériorité, au corps, à la sexualité. N'entendons-nous pas fréquemment la femme parler de « son intimité » pour désigner cette sphère génitale? De plus, cette dimension d'intérieur et d'extérieur renvoie au dialogue intime thérapeute-patiente, dialogue où les dimensions corporelle et psycho-affective de l'intimité sont indissociables. Le philosophe B. Matray, cité par l'infirmière L. Castro dans son mémoire d'Ecole de Santé Publique, précise les effets d'une telle posture relationnelle, emprunte de respect et d'écoute mutuels, de non intrusion, et de réceptivité : « *Il me semble que le respect de l'intimité d'autrui implique la non intrusion dans ce qu'autrui tient secret, et cette conception des choses correspond à l'acceptation la plus courante de la notion de respect. Mais il me semble que ce même respect de l'intimité implique aussi l'attention et la réceptivité que l'autre, dans le mouvement de sortie de soi et d'exposition de soi-même donne à connaître de son intériorité. Le respect de l'autre et de son intimité se dit alors en termes, de non indifférence et d'accueil.* » (1998, p. 13)

Nous pouvons à nouveau souligner l'importance d'une posture relationnelle thérapeute-patiente la plus neutre possible, impliquée et en même temps respectueuse d'une distance où l'autonomisation est possible. Lors d'un soin endopelvien, la patiente se dénudant et dévoilant son intimité au thérapeute, peut se retrouver confrontée à des appréhensions et à de la pudeur. Or, c'est dans l'intensité du vécu en rapport au handicap ou à la vulnérabilité que représente une symptomatologie, comme par exemple des fuites urinaires ou des pesanteurs importantes dues à un prolapsus, que la patiente trouve la force de venir en consultation et dépasser ses retenues. La posture professionnelle du fasciathérapeute, parce qu'elle reste ancrée dans une relation de réciprocité et d'écoute qualitative, permet d'accéder au cœur de l'intime corporel de la femme dans une proximité équilibrée d'où peuvent naître les confidences. Ces confidences, terme dont

la signification est la « *communication particulière le plus souvent orale que l'on donne ou que l'on reçoit sous le sceau du secret.* » (dictionnaire TLF), reflètent et résument tout particulièrement « l'atmosphère », la « tonalité » véhiculée dans le contexte et l'accompagnent de ce type de soin.

2.2.1.3 Les représentations et leurs influences sur l'intime de la femme

Ce chapitre se propose d'aborder le monde de l'intime féminin sous un angle différent du chapitre précédent, et ce au travers des représentations qui lui sont liées. La représentation est une notion polymorphe, et concerne l'individu dans son rapport avec lui-même, avec autrui ou un objet, et avec le monde et la société dans laquelle il vit. Son champ d'étude s'inscrit aussi bien dans celui de la sociologie, et plus précisément de la psycho-sociologie (Jodelet, 1989 ; Moscovici, 1961), que dans celui de la psychanalyse (concept freudien de représentation psychique). Je me contenterai d'aborder le sujet à travers quelques généralités contextuelles pour illustrer d'une manière succincte la question des représentations de l'intime des femmes.

C'est dans le champ de la représentation sociale concernant la femme que nous retrouvons le poids de la morale (obéissance à l'homme), les stéréotypes (femme « superwoman »), les codes socio-éducatifs (la femme au centre du foyer familial) et religieux (sexualité assujettie à la maternité), puisque « *les contenus de représentation agissent comme des 'grilles de lecture', et des 'guides d'action'* » (Jodelet, 1993, p. 22). Si en France au XIXème siècle l'impératif social transmis à la femme était, comme le souligne J. André : « *travaille, économise et renonce à la chair !* » (1994, p. 4), aujourd'hui, l'impératif social, notamment véhiculé dans les magazines, est : « *sois heureuse, soit comblée, bref : jouis !* » (*Ibid.*, p. 4). À partir des années 1970, les courants féministes ont repris ces travaux concernant « le genre » (Butler, 2005, 2006) pour démontrer que les inégalités entre femmes et hommes sont issues de facteurs sociaux, culturels et économiques plutôt que biologiques.

Lorsque nous abordons les représentations et leurs projections, elles comportent toutes une part collective et singulière. Elles se déclinent, par exemple, au travers des dimensions sociale (la mère-patrie), éducative (la mère nourricière, l'âme du foyer), affective (la femme soumise, inférieure, fragile), sexuelle (la femme fatale, la garçonne, la putain), psychologique (archétypes de la femme : déesse, amazone, etc.), religieuse (l'icône, la pieuse, la sainte vierge). Elles peuvent représenter la femme comme idéalisée, sublimée ou dévalorisée, et parfois peu

signifiante, selon les modèles idéaux, les règles de comportement, ou les projections individuelles de chacun, que la source de ces représentations soit masculine ne signifiant pas pour autant que les femmes ne les partagent pas, tant il est difficile de se situer en dehors de ces modèles transmis. Par exemple, comme le souligne L. Mourichon, dans son ouvrage « *Sexualité. Maternité. Paroles de femmes* », auparavant, lorsque l'on faisait référence aux sentiments, aux affects, à la femme respectable, alors elle était fantasmée et représentée comme une « sainte vierge ». Par contre, si l'on faisait référence à la dimension génitale, on se retrouvait dans les dimensions de péché, de mal, du sale, et donc à la représentation de « la putain » (Mourichon, 2012, p. 155). L'image de la sainte vierge cohabite donc avec celle de la putain, la déesse avec celle de la sorcière.

Dans ce monde des représentations psychiques, la femme a souvent été parée d'une dimension mystérieuse, comme le souligne la psychanalyste A. Anzieu, dans son ouvrage « *La femme sans qualité : Esquisse psychanalytique de la femme* ». La région génitale intime féminine n'étant pas directement visible, car interne, a fait une large place à l'imaginaire et aux phantasmes de toutes sortes dans le monde des représentations masculines, et ceci d'une manière parfois extrêmement négative. Selon elle, les représentations de la femme régnaient en maître dans la psyché des penseurs et des écrivains. Les célèbres phrases comme celle de C. Baudelaire qu'elle cite : « *La femme est naturelle donc abominable.* » (Anzieu, 2004, p. 5), ou celles de S. Freud « *La femme n'est pas un homme. Elle n'est pas un homme puisqu'elle n'a pas de pénis [...] en dehors de cela, la femme peut être aussi un être humain.* » (Freud, 1932, cité par Anzieu, 2004, p. 58), illustrent la dimension certainement terrifiante que constituait cet aspect mystérieux de ce monde du féminin peu connu. D'ailleurs S. Freud parlait du mystère sexuel féminin comme d'un « *continent noir* » (*Ibid.*, p. 84). L'influence des représentations est allée s'infiltrer jusque dans les soins psychiatriques, comme par exemple dans le traitement apporté aux femmes « hystériques » qui, « *selon la théorie de « l'errance de l'utérus », consistait à faire porter aux femmes une ceinture à deux boudins pour maintenir l'utérus en place.* » (Ageron-Marqué, 2000, p. 4)

L'ensemble de ces injonctions a des effets plus ou moins délétères quant au regard que la femme porte sur elle-même. Dans le cadre du soin, même si chaque histoire et vécu est différent, donc impossible à généraliser, la femme se trouve fréquemment dans une posture de double vulnérabilité lorsqu'elle est confrontée à une problématique de petit bassin qui l'amène à consulter. À la dévalorisation induite par les représentations négatives opérant d'une manière plus ou moins consciente en toile de fond de son équilibre psycho-émotionnel, s'ajoute la

vulnérabilité provoquée par la gêne physique, voire le handicap social que génère le symptôme dans la vie quotidienne (comme pour l'incontinence sévère ou les névralgies périnéales). Ainsi, nous accueillons en soin des patientes dont l'estime d'elles-mêmes est souvent dégradée, et chez lesquelles le sentiment d'impuissance prédomine fréquemment.

2.2.2 Le vécu des femmes en lien avec le bassin dans des contextes thérapeutiques

2.2.2.1 Sexologie clinique et kinésithérapie

Lorsque nous cherchons dans la littérature médicale les ouvrages parlant de la femme dans le rapport à son corps et au soin, et plus particulièrement concernant la région du petit bassin, c'est surtout à travers ceux traitant de la sexualité (André, 1994 ; Flaumenbaum, 2006 ; Képès & Brenot, 1998) et des problématiques liées au couple, ou au travers des cycles de la vie de la femme, tels que l'adolescence et les premières menstruations, la maternité et la ménopause (Lachowsky & Wivaver, 2007), que le sujet est abordé. C'est pourquoi, dans ce chapitre consacré au vécu de la femme dans son rapport à la zone du petit bassin exploré dans un contexte de soin, il me semble incontournable d'aborder la dimension corporelle sexuelle au travers des approches thérapeutiques qui s'y rattachent. De plus, mon sujet d'étude consistant à recueillir le vécu des femmes lors d'un soin endopelvien, il me paraît pertinent de dresser le contour de cette dimension et de son accompagnement thérapeutique, puisque les témoignages concernent la dimension intime, sous-tendant l'acte sexuel. Ce champ thérapeutique étant très vaste, j'aborderai, d'une manière non exhaustive, certaines approches corporelles soignantes concernant la femme, sa sexualité, et la région de son petit bassin.

En France, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a statué en 1995 sur la sexologie en décernant le titre de sexologue et le Diplôme National Inter Universitaire de sexologue aux médecins et psychologues cliniciens au terme d'une formation universitaire de trois années (180 heures par an). Pour les autres acteurs de la santé (psychothérapeutes, sages-femmes, kinésithérapeutes...), une formation universitaire plus courte donne le titre de sexothérapeute ou de conseiller en sexologie. Cette formation spécifique peut être également délivrée par des organismes extra universitaires.

Il existe de très nombreux accompagnements sexothérapeutiques⁴¹, comme par exemple, la sexothérapie cognitive et comportementale, la sexothérapie systémique (dynamique relationnelle de la sexualité dans le couple), la sexo-analyse (d'inspiration psychanalytique, Pr. Crépault), la sexo-gestalt (Dr. Gellman), la sexothérapie corporelle (Dr. Desjardins), etc., traitant aussi bien de problématiques liées au désir, au plaisir sexuel, à l'harmonie du couple, que de pathologies concernant l'homme et la femme. La prise en charge, comme le souligne Dr C. Gellman, « *intègre le corporel, le psychique, le relationnel, le sexuel, le culturel, le social et le spirituel.* » (2009, p. 4)

Concernant les compétences en rééducation sexologique, les kinésithérapeutes pratiquant la rééducation pelvi-périnéale se trouvent dans une posture délicate. En effet, une très faible minorité des pelvi-périnéologues se forme à la sexothérapie et donc à la prise en charge des différents aspects inclus dans l'ensemble de ce champ thérapeutique. Or, en tant que kinésithérapeutes, nous recevons au quotidien dans nos cabinets, alors que nous n'avons pas de formation spécifique dans ce domaine en rééducation périnéale, des patientes présentant des troubles physiques reliés à la sexualité, comme par exemple, le vaginisme⁴² ou la dyspareunie (superficielle ou profonde)⁴³. Ces femmes peuvent être adressées par un médecin après consultation médicale pour une problématique sexuelle, mais le plus souvent, c'est au cours d'une autre demande de soin en kinésithérapie périnéale (prolapsus, incontinence) que la question de la sexualité est abordée par la patiente. L'enseignement de base en pelvi-périnéologie est-il suffisant ? A ce jour, au vu des témoignages des kinésithérapeutes exerçant la rééducation en sexothérapie, nous pouvons penser que non. C'est ainsi que la plupart du temps, le kinésithérapeute s'entoure d'un réseau de professionnels ayant approfondi ces connaissances spécifiques, en proposant à sa patiente de prolonger le soin avec eux. Toutefois, il est important de souligner l'aide précieuse que peut apporter la rééducation sexothérapeutique au sein de la rééducation périnéale, car, comme le souligne J. André : « *la sexualité de la femme n'est pas moins conflictuelle aujourd'hui que par le passé, même si les mots de la plainte, et parfois les symptômes, se sont modifiés* » (1994, p. 4). Les troubles rencontrés sont souvent lourds de

⁴¹ Je conseille sur ce sujet l'ouvrage de El Feki, M., Desjardins, J.Y., Crépault, C. & Bureau, J. (2010). « *La sexothérapie, quelle thérapie choisir en sexologie clinique ?* ». Ed. De Boeck. Il donne un aperçu complet des différentes approches cliniques sexothérapeutiques.

⁴² Le vaginisme une « *contraction spasmodique douloureuse des muscles constricteurs du vagin lors du coït.* » (Dictionnaire TLF)

⁴³ Terme générique regroupant l'ensemble des douleurs génitales (périnéale, pelvienne ou abdominale) présentes lors du coït, à type de douleur, brûlure, irritation, ou démangeaison (hors infection ou mycose).

conséquences pour la personne. La plupart du temps, s'ajoutent à la douleur physique localisée, la souffrance psychique et les problèmes conjugaux, l'ensemble s'auto-alimentant. Par exemple, si nous prenons le cas des douleurs aux rapports sexuels (dyspareunie), nous retrouvons en soin des femmes souvent enfermées dans leur problématique, se sentant dévalorisées, désespérées et n'osant pas fréquemment en parler. Le tabou reste puissant malgré les nombreuses informations disponibles et délivrées à ce jour.

Comme le définit la kinésithérapeute sexothérapeute L. Mourichon, un des buts de la rééducation en sexothérapie consiste à aider la femme à « *investir ses creux, sa féminité, accepter d'être désirée par l'autre et affirmer son propre désir sans avoir peur de le montrer* » (2012, p. 155).

2.2.2.2 Les thérapies psycho-corporelles

Un grand nombre de thérapies psycho-corporelles, à la suite des travaux de W. Reich (De Rivoire, 2006 ; Reich, 1971) puis d'A. Lowen (1979) sur les « cuirasses musculaires », ont développé des techniques globales de bien-être et de libération du corps et du psychisme. Certaines de ces techniques visent directement la libération du bassin et du petit bassin, et peuvent concerner directement ou indirectement les problématiques liées à la sexualité.

Certains sexologues ou sexothérapeutes utilisent ce type de techniques dans le cadre de leur pratique (techniques respiratoires, musculaires, postures, mouvements, libération par la voix...). À noter que ces techniques plutôt occidentales (elles sont nées en Europe puis aux Etats-Unis), et se pratiquent exclusivement par voie externe. Il ne s'agit en aucun cas de rééducation pelvi-périnéale proprement dite, qui elle peut se pratiquer par voie interne par des praticiens qualifiés et diplômés.

2.2.2.3 Les techniques corporelles extrême-orientales

Mon propos ici n'est pas de présenter la multitude des techniques corporelles issues des courants philosophiques et religieux d'Extrême-Orient⁴⁴ concernant la zone du petit bassin féminin, ni même d'en cerner les contours vu la vastitude de ce champ expérientiel, mais simplement d'illustrer comment elles abordent et traduisent concrètement leurs concepts de santé

⁴⁴ principalement issus de l'hindouïsme et du bouddhisme

globale en lien avec le corps de la femme, et plus précisément de la région pelvi-périnéale. Ces techniques abordent la région du petit bassin *via* des exercices de respiration et de contraction du périnée, dans le but de « faire circuler l'énergie du corps », d'améliorer la santé et la sexualité, et de progresser ainsi dans cette rééquilibration énergétique globale. Qu'elle soit appelée « prâna » ou « chi », le but essentiel est de faire circuler cette énergie dans le corps et de la potentialiser au travers de pratiques corporelles. Nous retrouvons par exemple ces exercices appliqués à la femme dans les exercices de postures de Yoga (mula-banda) (Van Lysebeth, 1993), les mouvements de Tao sexuel (Chia, 1986; Piontek, 2006), le Qi Gong de la femme (Depondt-Gadet, 2012), ou le Tantra (Bellego, 2009). Ces techniques abordent la région du petit bassin *via* des exercices de respiration et de contraction du périnée, dans le but d'améliorer la santé et la sexualité, et de progresser ainsi dans cette rééquilibration énergétique globale.

Pour illustrer mon propos, je prendrai comme exemple les pratiques corporelles du Tao sexuel, issues du Taoïsme⁴⁵ et de la médecine chinoise. Les exercices de contractions associées à la respiration ont comme but non seulement d'améliorer la force musculaire et la vitalité de cette région, mais également le plaisir sexuel et la santé d'une manière générale. Ils se pratiquent individuellement ou lors des rapports sexuels. Chaque organe ou fonction du corps peut être stimulé par l'intermédiaire de la contraction d'une partie spécifique du périnée. Lors des rapports sexuels, les positions différentes d'introïtus ont chacune un effet précis pour une problématique précise de santé, pour la femme comme pour l'homme. M. Chia a été un des premiers pratiquant taoïste à transmettre cette connaissance spécifique du Tao sexuel en Europe dans les années 1980, notamment à travers son ouvrage *L'énergie sexuelle de la femme*.

De façon générale dans ces approches, nous retrouvons une dimension de globalité corporelle associée aux exercices localisés du périnée dans les facettes anatomo-physiologiques (lien avec les autres diaphragmes, la respiration et la gorge). Ici, la région du petit bassin est perçue comme un espace stratégique d'accès à la santé et à la spiritualisation de la personne au travers sa sexualité.

2.2.2.4 Le vécu des femmes et la dimension psychopédagogique fasciathérapique

La première partie du cadre théorique (chapitre 2.1.1.2) a déjà défini et abordé quelques spécificités du cadre thérapeutique en fasciathérapie (paradigme du Sensible, toucher

⁴⁵ Taoïsme, étymologiquement « Enseignement de la Voie », est à la fois une philosophie et une religion chinoise qui s'exprime entre autres, par des exercices de pratiques corporelles.

psychotonique, spécificités du toucher appliqué au geste manuel endopelvien, cadre de soin extra-quotidien et posture thérapeutique de réciprocité actuante).

Dans cette partie concernant le vécu des femmes en rapport avec la sphère pelvienne au regard de la fasciathérapie, je souhaite aborder la dimension « d'éducation perceptive » (Bois, 2006, 2007, 2009 ; Bourhis, 2007, 2009, 2012). Il me paraît intéressant de préciser cette dimension dans le cadre de ce travail de recherche pour une raison majeure. En effet, *via* les protocoles de l'éducation perceptive qui visent à « *apprendre et grandir en conscience à partir d'un vécu corporel plus riche et mieux ressenti* » (Berger, 2006, p. 12), la patiente peut, par ses ressentis, entrer dans un processus d'enrichissement d'elle-même, en saisissant les informations perceptives internes qui se présentent. Le sujet de ma recherche concernant les vécus des patientes (pendant un soin de thérapie manuelle endopelvienne), il me faut ici poser le cadre théorique de cette dimension psychopédagogique, de façon à pouvoir accueillir et reconnaître les verbatim des témoignages qui seront en lien avec elle.

Je situerai cette dimension d'éducation perceptive (réalisée dans cette étude à partir du toucher fasciathérapique), dans le cadre plus vaste de la Psychopédagogie perceptive⁴⁶, puisque différents aspects en ont été déjà traités dans des travaux universitaires (Arni, 2009 ; Bertrand, 2010 ; Florenson, 2010 ; Hillion 2010 ; Large, 2007 ; Marchand, 2005, 2012).

Au-delà de la prise en charge thérapeutique et curative proprement dite, la fasciathérapie intègre au sein d'un soin la dimension d'apprentissage et de formation, *via* l'éducation à l'enrichissement perceptif⁴⁷, en sachant que la perception dont il est question ici ne renvoie ni aux cinq sens, ni au sens proprioceptif, communément appelés *perception sensible*, mais à la perception *du* « Sensible » (voir cadre théorique, chapitre 2.1.1.2.1). Comme le souligne D. Laemmlin-Cencig, « *à travers l'expérience en somato-psychopédagogie se donne une*

⁴⁶ A noter, comme nous l'avons déjà précisé, que les travaux de recherche cités ci-après ont tous été effectués dans le champ de la « Psychopédagogie perceptive » (Berger 2006, 2009 ; Bois 2006, 2007, 2009 ; Humpich & Lefloch-Humpich, 2009), discipline universitaire dont la fasciathérapie et la somato-psychopédagogie sont deux champs d'application distincts, la fasciathérapie se situant dans le domaine du soin et étant pratiquée exclusivement par des kinésithérapeutes ou des médecins, et la somato-psychopédagogie se situant dans le domaine des sciences de l'éducation. Ces deux approches ont néanmoins en commun cette dimension d'éducation à la perception spécifique et bien décrite dans ces travaux.

⁴⁷ Les outils pédagogiques et thérapeutiques de l'éducation à l'enrichissement perceptif en fasciathérapie sont l'approche manuelle, l'approche gestuelle, l'entretien verbal à médiation corporelle et l'introspection sensorielle. Le sujet de ma recherche se limitant à la thérapie manuelle, je me contenterai d'évoquer, d'une manière non exhaustive, comment s'intègre la dimension d'éducation perceptive dans le geste de thérapie manuelle au sein d'une séance de soin.

dimension soignante avec une action directe sur les symptômes physiques, psychiques et psychosociaux dans le sens d'un retour à une santé profonde, puis une dimension formative, au sens de la construction de soi, c'est-à-dire de la morphogenèse de soi. » (2012, p. 8) Nous constatons au quotidien que non seulement les deux composantes soignante et formative font parties intégrantes d'une même prise en charge thérapeutique, mais qu'elles se potentialisent entre elles, comme si les informations perceptives vécues et témoignées pendant par exemple une séance de thérapie manuelle, permettaient à la personne d'apprendre d'elle-même et sur sa vie, ce que confirme D. Laemmlin-Cencig lorsqu'elle écrit : « la santé se voit ainsi investie d'un sens nouveau, relié à la faculté d'apprendre de sa vie. » (Ibid., p. 8)

Cette dimension d'éducation perceptive s'exprime notamment au cœur d'une séance de thérapie manuelle en fasciathérapie *via* le toucher psychotonique. Cette séquence représente une première étape d'« entretien tissulaire » et précède celle de l'entretien verbal pour la patiente. En effet, une communication non verbale est engagée à travers les modulations psychotoniques du corps permettant « d'entendre » ce que la personne ne peut pas toujours dire avec les mots. L'objectif de cette qualité de toucher est « *d'installer chez la personne un profond sentiment d'unification entre toutes ses parties : d'abord entre les parties de son corps : le haut et le bas, l'avant et l'arrière, la droite et la gauche, le dos et le visage...; puis, aussi et surtout, entre toutes les parties de son être : son intention et son action, son attention et son intention, sa perception et son geste, sa pensée et son vécu. » (Bois, 2006, p. 103) Ainsi, la personne peut découvrir une autre facette d'elle-même qui peut parfois la surprendre ou la toucher. De plus, ce processus éducatif perceptif « conduit à conquérir une forme de qualité de présence au présent de l'expérience dans laquelle le sujet « s'aperçoit » et « s'expérimente ». Il se perçoit percevant, pensant, agissant, dans une double posture : celui qui vit et celui qui observe, présent à l'expérience en même temps qu'à ces effets, présent à l'expérience en même temps qu'à lui-même au sein de l'expérience. » (Florenson, 2012, p. 75)*

Une autre dimension d'éducation perceptive en fasciathérapie s'exerce pendant les séquences d'entretien verbal. Le temps et la place consacrés au vécu témoigné lors de la verbalisation (avant, pendant et après la séance de thérapie manuelle) sont prépondérants et offrent à la patiente la possibilité de rendre intelligibles ses propres vécus perceptifs issus de l'expérience sensible, et de lui permettre de leur donner une signification. Ainsi, dans ce parcours de prise en charge, grâce à l'accès à des ressentis, des pensées et leur verbalisation (puis éventuellement même des actions), la patiente rencontre une nouvelle qualité d'être en rapport avec elle-même, lui offrant l'opportunité de rentrer en relation d'une manière inédite

avec l'ensemble des dimensions de son « être-femme-sujet »⁴⁸. Enfin, il est intéressant, notamment pour les vécus liés aux problématiques de la sphère du petit bassin, de noter que cette nouvelle qualité de rapport à soi et à sa vie offre également la possibilité de modifier le regard que la patiente porte sur elle, sur les choses extérieures, sur les événements (surtout s'ils ont été vécus douloureusement). C'est ainsi qu'il devient progressivement possible de « *renouveler le regard habituellement porté sur le corps (anatomique, mécanique, ou envisagé comme 'étendue') et de le considérer comme un corps vivant, support de 'l'être percevant', de 'l'être ressentant' comme de 'l'être pensant'* » (Bois, 2009, p. 50).

Pour conclure, et au vu de mon expérience professionnelle, un des intérêts majeurs d'une prise en charge thérapeutique de ce type pour les femmes présentant des problématiques concernant la région du petit bassin, réside dans le fait que les prises de conscience qui émergent de ces expériences corporelles perceptives, au sein de ce processus, sont vécues comme des évidences. Ces évidences portent en leur sein une intensité telle que la personne peut se sentir portée par une force nouvelle sur laquelle elle témoigne pouvoir s'appuyer. Le fait de pouvoir se baser sur une dynamique interne est souvent très intéressant pour les femmes, surtout lorsqu'elles ont à gérer des problématiques délicates, liées à cette dimension intime.

3 CADRE PRATIQUE

Le cadre de ma pratique clinique de kinésithérapeute-fasciathérapeute correspond au déroulement d'un soin intégré dans une prise en charge thérapeutique sur plusieurs séances. Je me propose de décrire les différentes étapes de ce soin fasciathérapique endopelvien lorsqu'une patiente vient en consultation avec une problématique et un symptôme qu'elle souhaite résoudre.

⁴⁸ J'entends par « être-femme-sujet » une qualité de rapport à soi et de présence ancrée dans une organicité telle que les vécus identitaires féminins s'expriment en place de « je » sujet, corps-sujet (en analogie avec le corps-chair en phénoménologie).

3.1 LE BILAN D'ENTRETIEN DE DEBUT DE SEANCE

Le bilan clinique d'entretien initial se pratique à deux moments différents, en début de prise en charge de la patiente, puis à chaque début de séance de soin.

1) Le bilan clinique d'entretien initial de prise en charge

Anamnèse

L'entretien oral initial débute classiquement par une anamnèse reconstituant l'histoire de la problématique de la patiente au moyen de ses propres souvenirs, qui associée aux éléments médicaux en sa possession et consultés par nous-mêmes (examens radiologiques, biologiques, compte-rendu opératoire, etc.), permettent de recueillir les éléments nécessaires à l'élaboration d'un bilan diagnostique, et ainsi faire le choix de la conduite thérapeutique.

Installation du « contrat thérapeutique »

La patiente est informée des objectifs thérapeutiques, du nombre et de la fréquence des séances à venir, des outils employés et de la forme qu'elles prendront, soit comme dans le contexte de cette étude, une ou plusieurs séances de thérapie manuelle par voie endopelvienne. Tous ces items demandent à être validés par la patiente avec son consentement, afin de poser un cadre éthique et thérapeutique initial clairement circonscrit.

Notons qu'il peut être choisi, avant la phase de thérapie manuelle endopelvienne proprement dite, de démarrer le soin par une ou deux séances préalables de fasciathérapie, effectuées de façon globale sur l'ensemble du corps ou au niveau du bassin par voie externe, et ce dans un objectif d'éveil perceptif ou d'accordage somato-psychique, lorsque nous constatons chez la patiente, lors du bilan initial, que son rapport à son corps est très distancié ou désensorialisé, comme « anesthésié ». Nous retrouvons souvent ce contexte chez les patientes souffrant d'hypertonie périnéale sévère, de douleurs périnéales (névralgie pudendale, dyspareunie...), ou lorsqu'elles témoignent avoir subi des traumatismes sexuels. Aborder en première intention le soin par voie endopelvienne représente alors une confrontation trop intense, parfois insupportable, car trop chargée de souffrances physique ou psychique. C'est le bilan, au travers du dialogue instauré lors de l'entretien verbal de début de séance, qui conditionnera l'attitude la plus adéquate.

2) Le bilan d'entretien de début de séance

Comme cela a déjà été évoqué dans le chapitre (4.2.2.3) « Méthodologie », cet entretien verbal de début de séance a pour objectif de recueillir en différé les vécus et les effets des moments clés de la séance précédente, permettant d'un point de vue clinique d'ajuster les protocoles de soin tout en gardant présents les objectifs de la recherche. Ce temps de bilan permet également d'installer la qualité de la relation thérapeute-patiente.

3.2 LA SEANCE DE THERAPIE MANUELLE ENDOPELVIENNE PROPREMENT DITE

1) Le cadre

Le début de cette séquence est primordial et conditionne pour une grande partie le bon déroulement du soin. Cette phase où le contact corporel entre les deux acteurs du soin n'est pas encore installé, où la patiente se déshabille, où chacun se meut pour prendre sa place dans la pièce, représente un espace de temps intermédiaire essentiel à ce qui va advenir. En effet, il n'est pas rare que ce contexte intime de soin endopelvien, contenant sa part d'inconnu, suscite une inquiétude, ou au moins un stress d'anticipation.

J'ai pu constater au travers de ma pratique combien il est important, vis-à-vis de la patiente, de prendre le temps de rester vigilant à soigner sa qualité de présence ainsi que la qualité relationnelle d'empathie (voir le chapitre 2.1.1.2.3. sur la réciprocité actuante). Alors, les gestes et les mots prononcés auront vocation à être rassurants et seront modulés en fonction de ce qui se présente à chaque instant, de ce qui peut être dit ou pas, et par rapport à ce qui est perçu. Toutefois, de mon point de vue, il n'existe pas de protocole systématique pour cela, malgré l'expertise que l'on peut acquérir au fil du temps.

2) Installation de la patiente

La patiente n'ayant gardé que ses vêtements du haut du corps s'allonge sur la table de soin dans la posture classiquement utilisée en rééducation périnéale, c'est-à-dire genoux fléchis et pieds posés sur cette table, le thérapeute étant assis sur un siège à côté d'elle à hauteur de son bassin. La séquence de soin endopelvien investiguée dans le contexte de ce mémoire est exclusivement une séquence de toucher pratiqué par voie intravaginale.

3) Le toucher vaginal

3a) Description

Ce toucher se pratique classiquement avec deux doigts gantés et lubrifiés, la main d'examen en position neutre de prono-supination, l'index et le majeur tendus l'un au-dessus de l'autre, le majeur posé au contact du noyau fibreux central du périnée⁴⁹ (NFC), juste à l'entrée du vagin, au niveau de la fourchette vulvaire. Le majeur s'introduit délicatement dans le début du vagin sur une distance d'une phalange juste au-dessus de la fourchette vulvaire, puis en déclinant vers l'arrière la muqueuse, il effectue une rotation d'un quart de tour, l'index l'accompagnant. Les deux doigts se retrouvant en face palmaire en direction postérieure vers la table d'examen, les doigts se placent progressivement en intravaginal jusqu'aux troisièmes phalanges comprises.

3b) Spécificités du toucher vaginal en fasciathérapie

Selon les référentiels fasciathérapiques, deux éléments supplémentaires sont importants à être considérés : la manière de pratiquer ce toucher et l'importance de la main externe du thérapeute.

La manière de pratiquer le toucher

Avant l'intromission des doigts, le contact des doigts sur la peau au niveau du noyau fibreux central du périnée représente un point d'appui d'ajustement tonique de *pression de relation* entre les doigts du thérapeute et la zone gynécologique de la personne. Cette pression, lorsqu'elle est équilibrée, ni trop accentuée, ni trop légère, représente un préalable qui renvoie tout d'abord à un ressenti d'équilibre livré sous la forme d'un accordage tonique (voire d'un accord implicite du corps de la patiente à poursuivre le geste médical lorsqu'il y a une forme de fluidité). Nous prenons alors le temps d'observer et ressentir les réactions infimes de ce contact. Percevons-nous déjà, par exemple, des micro-mouvements sous nos doigts en lien avec la respiration adomino-périnéale présente ou pas dans toute son amplitude subtile de mouvement ? Ou bien ressentons-nous une réponse en mouvement, correspondant au mouvement interne et signifiant une bonne qualité de vitalité et de présence de la patiente à cette zone du corps ? Percevons-nous une zone peu mobile, voire immobile, absente, non investie par la présence de la patiente dans son rapport à cette région (nous retrouvons quasi systématiquement cette dernière situation chez les personnes présentant un périnée hypotonique) ? Ainsi, un bilan de l'état tonique (et donc psychotonique fasciathérapique) peut être ébauché au simple contact sensoriel sur la zone externe périnéale et le NFC, lorsque la

⁴⁹ Le NFC du périnée est une région tissulaire située au niveau du plancher périnéal entre la fourchette vaginale et la marge anale, représentant une véritable poulie de réflexion concernant l'équilibre spatial de base pelvi-périnéal.

pression de contact exercée est juste. Parfois, un mouvement en réponse à ce point d'appui de pression de relation s'impose et fait émerger en priorité une séquence de traitement au niveau de la peau et de ses retenues, des plus objectives et visibles (cicatrice d'épisiotomie) aux plus subjectives et subtiles (comme des mémoires spécifiques en relation avec le toucher). Alors, cette séquence de soin demandera à être prolongée dans cette direction.

Notons ensuite que la manière de pratiquer le geste technique se fait selon les référentiels et protocoles habituels enseignés en fasciathérapie.

Importance de la main externe

L'importance de cet élément a déjà été abordée dans le volet théorique 2.1.3.2. Je préciserai ici quelques éléments pratiques. En début de soin, la main externe est posée le plus souvent sur une aile iliaque, au regard de l'articulation coxo-fémorale, ou sur la masse abdominale, chaque doigt ayant une information perceptive singulière (osseuse, viscérale, musculaire, vasculaire, etc.). La main externe étant plus mobile que l'interne, elle pourra se déplacer sur les autres parties du corps pendant le soin. Par exemple, lors de la phase de rééquilibration du plancher périnéal par rapport aux appuis osseux (la main interne étant par exemple placée en point d'appui sur un des chefs musculaires des releveurs), la main externe se déplacera au niveau du coccyx, du sacrum, de la symphyse pubienne, des ischions, ou plus à distance au niveau sternal, costal, vertébral ou fémoral selon la nécessité.

Notons que parfois les informations perceptives sollicitent la main externe en priorité. Par exemple, lorsque celle-ci est placée sur une vertèbre lombaire, il peut se présenter toute une phase de travail à partir de cette région lombaire, alors que la main interne reste immobile en point d'appui. Ensuite, pourront s'enchaîner des phases de soin où la main endopelvienne sera le starter de la séquence de soin, ou bien les deux mains travailleront ensemble, dans des niveaux pouvant être différents, et ceci en fonction et au plus proche de la demande du corps de la patiente.

4) Le bilan clinique

- Le bilan et l'examen clinique kinésithérapique périnéal de base (bilan vulvaire, neurologique, prolapsus, testing musculaire, inversion de commande...), ainsi que le bilan fasciathérapique endopelvien peuvent se pratiquer soit indépendamment, soit en concomitance.

- La spécificité du bilan fasciathérapique endopelvien est qu'il fait partie intégrante du geste thérapeutique et des séquences du soin, et se pratique en parallèle d'une manière contemporaine. Par exemple, en même temps que nous travaillons sur la libération des plans de

glissement des viscères ou des structures myofasciales entre eux, nous évaluons leur niveau de mobilité ou leur équilibre rythmique par rapport aux autres éléments constitutifs du petit bassin.

5) Les séquences de thérapie manuelle à partir des critères de fasciathérapie

5a) La première séquence

Le protocole de la première séquence endopelvienne débute par un point d'appui de présence⁵⁰, d'écoute et de potentialisation de la dynamique interne, où les mains (l'interne, face palmaire des deux doigts tournée vers l'arrière du corps épousant la forme intérieure vaginale, et la main externe plutôt transversale abdomino-symphysaire) sont situées dans une immobilité non fixée, stable. Nous ne pratiquons pas de traction, ni de poussée. C'est le premier temps d'un accordage psychotonique, où le thérapeute peut ajuster sa pression manuelle de relation et pratiquer un premier bilan sensoriel endopelvien (évaluation de l'état tonique, des asymétries, des désynchronisations, qualité perceptive de la région, implication sensorielle de la patiente...). Ce point d'appui de phase d'ajustement avec le corps de la patiente et de bilan peut être long. Ni le thérapeute, ni la patiente ne bougent, mais la qualité d'attention et de présence sont intenses. Un pré-dialogue tissulaire peut s'installer avant même qu'émerge un mouvement objectif. Ainsi, les priorités se présentent d'elles-mêmes au travers des différentes tonalités du pré-mouvement, représentant ainsi le fil conducteur du déroulement du soin.

Pour la patiente ce moment est fondamental dans le sens où il lui offre la possibilité de reconnaître sa base, son « tremplin initial » sur lequel tout le soin se déroulera. Prendre le temps de laisser le temps à la patiente et à son corps de se poser, de s'écouter, de ressentir l'intérieur de son corps et lui offrir le temps de le témoigner est un premier pas vers une appropriation d'elle-même et de cette région, à la découverte de nouvelles perceptions constructives au sein de son processus d'auto-rééquilibration.

Lorsque cette phase d'accordage et de potentialisation au point d'appui est optimale, alors une réponse à ce point d'appui apparaît sous la forme d'un mouvement.

Ensuite les mains et le corps du thérapeute se déplacent objectivement, reflet de la réponse à ce point d'appui initial. Cependant, il est possible que la région du petit bassin soit d'une telle désensorialisation ou tension (surtout dans les problématiques liées à des peurs comme pour vaginisme et les traumatismes sexuels), qu'elle ne nous donne pas de réponses

⁵⁰ Rappelons que le point d'appui se définit comme un arrêt circonscrit du mouvement interne, appliqué au bon endroit, au bon moment, et avec la bonne pression, mettant en jeu une réaction tonique interne. Le point d'appui de présence convoque une qualité de rapport à soi, à partir d'un contact conscient avec son intériorité du corps, dans une attention soutenue et une posture de 'neutralité active' pour le thérapeute (voir chapitre 2.1.1.2.2).

localisées au niveau de la main interne. C'est la main externe qui se déplace et devient prédominante dans l'écoute, voire se déplace et crée un premier mouvement objectif *via* les modulations toniques, par exemple au niveau de la région abdominale.

5b) Les séquences intermédiaires

Le premier mouvement psychotonique émergent, les séquences se déroulent et s'enchaînent selon les protocoles habituels de soin fasciathérapique, en fonction des réponses aux différents points d'appui et leurs effondrements toniques, et donc au plus près de la demande du corps de la patiente.

Il est possible de consacrer des séquences de soin à un élément spécifique composant cette région, comme par exemple la rééquilibration d'un des viscères ou du plancher myofascial périnéal (abordés sous l'aspect théorique dans le chapitre 2.1.3.2), une relance et un accordage rythmique entre le petit bassin et la région viscérale abdominale *via* le FAP, une rééquilibration vasculaire, une séquence spécifique sur le canal d'Alcok⁵¹ et les fosses ischio-rectales, un travail de cicatrice, etc.

Deux cas de figure se présentent. Soit cette séquence se présente naturellement pendant le soin et notre vigilance sera portée sur cet élément spécifique que nous accompagnerons dans son processus thérapeutique, soit nous décidons de consacrer un moment particulier à cet élément en début de séance ou pendant le soin, dès qu'une voie de passage se présentera au moment le plus opportun.

Il ne m'est pas possible de détailler ici les multiples formes de déclinaisons pratiques, aussi j'illustrerai le cadre de ce travail à propos de la vessie.

Par exemple, si la patiente présente une incontinence à l'effort (toux, éternuement), nous prévoyons de consacrer une séquence de rééquilibration de toutes les structures de maintien de la vessie et de l'urètre dans tous les plans de l'espace, *via* des points d'appui sur les différentes zones tissulaires et ligamentaires vésico-sphinctériennes et utérine (ligament pubo-vésical, vésico-utérin, latéral...), puis une séquence de bilan et traitement sensoriel de l'urètre (état congestif, proprioception du sphincter strié de l'urètre). Nous vérifierons les plans de glissement avec l'utérus, la paroi vaginale, le fascia ombilico-prévésical, etc.

⁵¹ Le canal d'Alcok est une zone anatomique située dans la partie interne postéro-inférieure de l'ischion, formée par le dédoublement de l'aponévrose du muscle obturateur interne, et dans laquelle traverse le paquet vasculo-nerveux pudendal. Cette région peut représenter une zone d'entrappement responsable de douleur névralgique chronique parfois très invalidante, le « syndrome du nerf pudendal ».

Ensuite se présentera la phase d'accordage et de réintégration de cette rééquilibration aux structures et fonctions avoisinantes du bassin (plans de glissement plus à distance, grandes lames SRGVP⁵², utérus, culs de sac de Douglas⁵³, FAP, coccyx...), puis plus à distance vers le diaphragme, le thorax, pour se déployer dans le processus de rééquilibration jusqu'à la séquence finale.

En ce qui concerne les prises, notons que pour la phase de soin sur la vessie, la face palmaire des doigts de la main interne peut se retourner pour être en contact direct sur la cloison vaginale antérieure.

En ce qui concerne l'utérus, la main interne est posée initialement sur le col ou le maintient, et la main externe, soit sur le fundus, soit au regard des grandes lames, en fonction des demandes spécifiques.

Pour le travail sur la rééquilibration du plancher périnéal, s'il n'y a pas d'appel directionnel spontané, nous étirerons délicatement et progressivement les faisceaux des releveurs vers l'arrière d'une manière symétrique (doigts internes écartés) jusqu'à rencontrer une résistance tonique suffisante nous permettant de rencontrer une résistance constructive ressentie au niveau des deux mains (potentialisant la force interne ressentie), et cheminerons ensuite en fonction des réponses. Les libérations des plans tissulaires et musculaires conduisent parfois la main interne à se déplacer amplement et profondément, et les résistances sous les doigts peuvent être également très importantes, sans pour autant être perçues douloureusement. En effet, le travail avec les résistances évoluant au fur et à mesure du soin est ressenti le plus souvent par les patientes comme un grand dégagement, une libération d'espace vital (notamment lors du travail sur les cicatrices).

5c) La séquence finale du soin

La séquence finale se traduit fréquemment par une réponse tonique (à un point d'appui) intégrant la construction et la résolution de l'ensemble des précédents points d'appui et de leurs réponses dans un contexte où la globalité du bassin, puis de l'ensemble du corps, est concernée. Par exemple, nous rencontrons fréquemment dans cette forme de réponse la perception d'un étalement dans tout le bassin, où toutes les structures se meuvent harmonieusement. Un mouvement rythmique global se présente, le plus souvent dans une direction « haut-bas » dans

⁵² Les lames Sacro-Recto-Génito-Vésico-Pubiennes sont des structures fasciales situées dans l'axe antéro-postérieur du petit bassin, parcourant latéralement ses viscères, formant des grandes lames dans lesquelles, au sein de leur dédoublement, passent les paquets vasculo-veineux viscéraux (tentes vasculaires).

⁵³ Replis tissulaires vaginaux profonds en contact avec le col utérin.

le corps, équilibré dans son amplitude et son tempo avec les autres parties du corps, s'accompagnant le plus souvent d'un sentiment d'apaisement et de gain de conscience pour la patiente.

Lorsque cette séquence finale globale ne se présente pas d'elle-même, nous décidons, au moment le plus opportun, de pratiquer des mouvements « haut-bas » de réintégration de cette région traitée dans la dynamique globale, avec une main endopelvienne, et l'autre au niveau abdominal, ou costal bas, ou costal haut selon les besoins d'harmonisation de la rythmicité.

Enfin, lorsque nous constatons cette rééquilibration, nous pouvons conclure le soin par une séquence d'accordage final constituée notamment de mouvements de convergence-divergence⁵⁴. Nous pouvons proposer à la patiente de s'appuyer sur ses ressentis en lien avec cette gestuelle globale, voire l'inviter à suivre (intentionnellement ou activement dans de petites amplitudes) cette dernière. Nous pouvons ensuite prendre un temps consacré au bilan perceptif final, en possible interaction avec la patiente, nous permettant d'évaluer les gains ainsi que les éléments spécifiques à noter et à traiter lors de la prochaine séance.

Lorsque nous constatons cette rééquilibration globale, nous signalons à la patiente la fin du soin endopelvien, et lui demandons si en fonction de son vécu interne, elle est en adéquation avec ce que nous appréhendons. Alors, avec son approbation, nous lui indiquons le fait que nous retirons délicatement nos doigts endovaginaux, tout en maintenant la main externe en contact direct avec son corps.

6) Evolutivité au cours du soin

Tout au long du soin, j'attache une attention particulière à l'évolutivité, c'est-à-dire aux modifications rencontrées chez la patiente lors des séquences thérapeutiques du soin endopelvien, le respect de la non douleur et de la progressivité restant constamment présentes en toile de fond. Ces changements peuvent se traduire par exemple, sous la forme d'un gain de rééquilibration des critères anatomo-physiologiques évalués (ostéo-articulaire, viscéral, vasculaire, etc.) ou d'évolution de la dynamique interne (amplitude, orientation, rythmicité, etc.), ou bien par l'enrichissement perceptif dont peut témoigner la patiente.

Cette évaluation de l'évolutivité dans le soin constitue un bilan de celui-ci, aussi bien du vécu de la patiente, que de la progression du geste thérapeutique.

⁵⁴ Les mouvements de convergence et de divergence sont des mouvements globaux déclinés sous la forme de schèmes de mouvements associatifs. Ils s'appuient sur la rythmicité sensorielle (BRS). Ils ont une fonction resymétrisante et resynchronisante de globalité gestuelle autour de l'axe médian du corps.

7) Fin de soin et de séance

Lorsque le thérapeute n'est plus en contact de toucher avec la patiente, il reste à ses côtés, celle-ci étant toujours allongée sur la table. Se présente alors fréquemment un moment de silence, plus ou moins long (comme si la patiente avait besoin d'intégrer ses vécus, ou dialoguer avec elle-même), qui lorsqu'il se rompt, reflète un temps privilégié de témoignage intime concernant la patiente, emprunt de confidences. Ensuite le thérapeute peut inviter la patiente à davantage témoigner de ses vécus pendant le soin, des moments clés, commenter ses réflexions... (voir chapitre 4.2.2.3 « Méthodologie », entretien en post-immédiateté).

Enfin, le thérapeute invite la patiente à se lever de la table et à se rhabiller. Le dialogue peut se prolonger jusqu'à la fin de la séance, pouvant contenir des indications ou des conseils sur lesquels la patiente pourra s'appuyer ou être vigilante jusqu'à la prochaine séance.

3.3 L'ENTRETIEN DE FIN DE SEANCE

L'entretien de fin de séance peut débuter lorsque la patiente est encore allongée sur la table, ou une fois habillée et assise face au thérapeute. Cette phase du soin est un temps important, car il permet d'offrir à la patiente une transition entre le moment du soin et la reprise de ses activités extérieures. Il lui permet aussi d'intégrer ce qui vient d'être vécu. En ce sens, et comme nous l'avons vu dans la partie théorique (2.1.3.5), nous ajustons cette technique d'entretien, de façon à permettre à la patiente de décrire son vécu au plus près de son expérience et des éléments qui seront le plus porteurs pour elle dans la suite de sa prise en charge et de son cheminement.

Il est à noter que le cadre de la recherche, non seulement oriente mon entretien vers des priorités d'expression de vécus en lien avec mon étude (voir chapitre 4.2.2.3 « Méthodologie »), mais m'offre également un espace de temps plus conséquent que je n'ai pas nécessairement dans ma pratique clinique. Cela a été notamment le cas pour les temps d'entretien de bilan final ayant eu lieu en toute fin de prise en charge.

DEUXIÈME PARTIE

CHAMP ÉPISTÉMOLOGIQUE

ET

MÉTHODOLOGIQUE

4 POSTURE EPISTEMOLOGIQUE ET DEVIS METHODOLOGIQUE

4.1 POSTURE EPISTEMOLOGIQUE

Mon projet d'étude vise à rechercher, c'est-à-dire questionner, recueillir, analyser et interpréter les témoignages et vécus de trois femmes dans un contexte de soin au cours d'une séance de thérapie manuelle en fasciathérapie endopelvienne. Afin de construire une cohérence qui me permettra de traverser toutes les étapes et de mener à bien ma recherche, je m'inscris dans une posture épistémologique adéquate.

4.1.1 La recherche qualitative

Comme il s'agit d'analyser les vécus, donc les phénomènes subjectifs des participantes à la recherche, je choisis la posture de la recherche qualitative : « *la recherche est dite 'qualitative' principalement dans deux sens : d'abord dans le sens que les instruments et méthodes utilisés sont conçus pour, d'une part, recueillir des données qualitatives (témoignages, notes de terrain, images vidéo...), d'autre part, pour analyser ces données de manière qualitative (c'est-à-dire en extraire le sens plutôt que de les transformer en pourcentages ou en statistiques)* » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 9). Ainsi, me situer au sein d'une démarche qualitative, c'est me placer au sein du processus en postulant « *la possibilité qu'a tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme.* » (2005, p. 13)

4.1.2 La posture de praticien-chercheur

Le cœur de l'étude de ma recherche se situant au sein de mon activité professionnelle, je me situe dans une posture de praticien-chercheur, c'est-à-dire dans une double appartenance « *d'acteur engagé à la fois dans une pratique socio-professionnelle de terrain et dans une pratique de recherche ayant pour objet et pour cadre son propre terrain et sa propre pratique* » (Bourgeois, in Albarello, 2004, p. 7). En tant que kinésithérapeute-fasciathérapeute, cette posture implique de mener une recherche *depuis* ma propre pratique. Comme le précisent D. Austray et E. Berger : « *Il ne s'agit pas pour nous de viser une recherche sur, ou à propos de, son terrain de pratique [...] dans une optique sociologique ou ethnologique ; il s'agit de recherches portant sur notre pratique même, et donc de recherches depuis notre pratique.* » (2009, p. 4)

De plus, mon souhait d'adopter une posture de praticien-chercheur s'inscrivant dans le champ de la recherche qualitative m'incite à m'appuyer sur la dynamique qui s'y rattache. Avant de choisir précisément le cadre méthodologique le mieux adapté à ma recherche, j'ai ressenti le besoin de préciser le cadre d'apprentissage d'un praticien-chercheur sous l'éclairage des objectifs de la recherche qualitative. Selon R. Kohn, « *Le but n'est pas de « tout voir », de se défaire de ses « implications ». Il n'est pas non plus de pointer « l'essentiel » en soi-même ni dans la situation étudiée, comme s'il y avait une « essence » fondatrice, un noyau dur et unique qui pourrait tout expliquer si seulement on pouvait toucher le bon bout. Le but est plutôt d'élucider une ou quelques-unes des multiples composantes qui se combinent pour produire des faits dans le monde.* » (1986, p. 819) Faire des choix, tout en laissant un espace d'ouverture aux multiples possibilités et découvertes, représente une illustration de cette posture. C. De Lavergne va plus loin lorsqu'elle précise que cette posture de recherche peut amener à proposer d'autres manières de pratiquer notre profession : « *La recherche vise aussi à faire émerger des dynamiques d'expérimentation et d'action réflexive sur le terrain, à dégager quelques pistes d'action pour mieux faire, pour faire autrement.* » (2007, p. 32) Ainsi, le praticien-chercheur « *propose à la communauté scientifique un autre accès à un monde professionnel. Mais il veut aussi faire reconnaître le savoir issu de cette pratique de l'innovation ordinaire.* » (Ibid., p. 31)

4.1.3 La posture de praticien-chercheur du Sensible

1) Paradigme du Sensible et conditions spécifiques de la recherche

Mon identité de praticienne est à la fois issue de ma formation initiale de masseur kinésithérapeute formée à la rééducation pelvi-périnéale et à la fois de ma formation de fasciathérapeute. Toutefois, même si ma recherche vise à interroger le vécu des femmes, c'est à partir d'un geste fasciathérapique que sera investiguée cette étude des vécus. Ainsi, le paradigme dans lequel je m'inscris est affilié à celui de la fasciathérapie donc au paradigme du Sensible (voir cadre théorique, chapitre 2.1.1.2.1). Ma posture de recherche est donc celle d'un « praticien-chercheur du Sensible » (Berger 2009a, Humpich & Bois, 2007, Bois 2007). Comme le soulignent M. Humpich et D. Bois : « *Nous sommes même dans l'obligation de constater que seul un chercheur ancré dans un rapport à son corps sensible peut entreprendre une investigation de terrain autour du corps sensible.* » (2007, p. 466) Toutefois, il est nécessaire de créer des conditions d'expérience spécifiques à ce champ, conditions déjà abordées dans le cadre théorique (chapitre 2.1.1.2). Ce cadre d'expérience spécifique du Sensible dispose le fasciathérapeute à saisir le sens de ce que pourra exprimer la patiente d'une

manière optimale : « nous sommes ouverts aux informations qui se donnent à nous (ce qui est différent de donner du sens à ce qui nous est dit) » (Bois, 2010).

2) Posture impliquée et distance de proximité

La double appartenance du praticien-chercheur, exprimée au début de ce chapitre, situe par définition le chercheur dans une posture impliquée, de laquelle les dimensions de subjectivité et d'intersubjectivité sont indissociables. Comme le précise R. Kohn, « *Je bâtis un 'objet' de recherche sur le terrain de ma pratique professionnelle, selon ma sensibilité particulière* » (1986, p. 817). Dans cette implication, il est exigé une distanciation, un décentrement, propices à la réflexion, à la description et à l'indispensable objectivation. Pour R. Kohn, « *Engager une recherche à partir de et à propos de sa propre sphère d'action constitue une situation paradoxale : c'est en examinant de près cette pratique que les acteurs prennent de la distance par rapport à elle. C'est en portant une interrogation systématique sur un aspect particulier que les facteurs en jeu et leurs articulations peuvent être mis au clair.* » (1986, p. 818) Dans une recherche menée à partir du paradigme du Sensible, le double mouvement propre à la posture du praticien-chercheur est nommé « distance de proximité » (Austry & Berger 2010 ; Berger 2009a ; Humpich, Berger, & Bois, 2011). On y trouve ces deux exigences cohabitantes, maintenues malgré leur opposition (thèse de R. Khon), et qui dépassent « *la simple coexistence des contraires pour instaurer une méthodologie de potentialisation mutuelle* » (Austry & Berger, 2010, p. 15).

Dans le type de soin intime que représente le soin endopelvien, il sera pertinent de rester vigilant pendant toute la durée de l'étude à ajuster cette posture de praticien-chercheur du Sensible au plus proche de cet équilibre impliqué, me permettant à la fois de saisir et de me laisser altérer par la nouveauté émergeant de la recherche.

3) La dynamique de recherche anticipation / émergence

« La dynamique de recherche anticipation / émergence » (Bois, 2011 ; Bois, Bourhis, & Bothuyne, 2013) est une méthodologie dans laquelle la recherche se construit autour d'une cohérence qui traverse toutes les étapes de celle-ci. Chaque étape introduit l'étape à venir et amplifie l'étape précédente, en apportant des détails.

Je m'appuierai sur cette double dynamique, à la fois d'anticipation et d'ouverture à l'émergence, dans chacune des étapes du codifié de la recherche (titre, question de recherche, objectifs, guide d'entretien, analyse catégorielle, récit phénoménologique, mouvement herméneutique, résultats de recherche et retour sur les étapes précédentes).

4.1.4 Démarche heuristique au sein du paradigme compréhensif et interprétatif

Ma posture de recherche s'inscrit dans une démarche heuristique, c'est-à-dire dans « *un processus de recherche qui met l'accent sur la compréhension plutôt que sur la preuve, sur le sens plutôt que sur la mesure, sur la plausibilité plutôt que sur la certitude, sur la description plutôt que sur la vérification* » (Craig, 1978, p. 43). Ainsi, pour étudier les vécus des patientes, il ne sera pas nécessaire de démontrer ou de prouver, mais plutôt de s'immerger dans l'expérience, de la décrire et d'en tirer une compréhension. P. Paillé souligne l'importance de l'intention de comprendre l'expérience de la personne, de la nécessité de la circulation des informations durant l'entretien, de l'inévitable approche empirique de la recherche ancrée dans le terrain exploré, du mouvement propre de l'analyse qui part des données pour aller vers la théorie et de la difficulté d'interprétation des données (Paillé, 2007, p. 422-424).

Toutefois, la signification de cette expérience appartient en propre à la participante qui la vit, ce qui oblige à déployer, de la part du praticien-chercheur, une compréhension plus large du phénomène étudié. Cela réclame donc de prolonger l'approche compréhensive par le choix d'une analyse interprétative.

4.1.5 Méthodologie générale d'inspiration phénoménologique

Au sein de cette démarche heuristique, je choisis comme méthode d'analyse de données l'analyse phénoménologique. Comme le définit M. Van Manen : « *La science humaine phénoménologique est l'étude des significations vécues ou existentielles ; elle essaie de décrire et d'interpréter ces significations avec un certain degré de profondeur et de richesse.* » (1990, p. 10) La description de la chose telle qu'elle est, la mise entre parenthèse des connaissances antérieures ou (réduction) et la recherche du sens forment les trois piliers de la démarche phénoménologique (Boyd, 2001; Depraz, 1999 ; Moustakas, 1994). Mon processus de recherche s'inscrivant dans cette démarche méthodologique, je construirai un récit phénoménologique pour chacune des participantes, à partir d'une grille de différentes catégories et sous-catégories de vécus. Cette méthodologie me permettra d'accéder au point de vue des participantes en première personne, et d'analyser d'une manière descriptive les données subjectives de leur expérience liées à mon objet de recherche, restant ainsi dans des conditions optimales au plus proche des verbatim.

Ensuite, sur la base de la démarche compréhensive et de ce choix méthodologique, je

procéderai à une analyse cas par cas de chacun des récits phénoménologiques. Cette phase spécifique représente une analyse interprétative permettant de révéler le sens implicite des données, comme le précisent P. Paillé et A. Mucchielli : « *Un matériau ne parle jamais de lui-même, il doit être interrogé.* » (2008, p. 70)

Enfin, je pratiquerai une analyse herméneutique transversale des trois analyses cas par cas. En croisant les données issues des analyses cas par cas, cette analyse transversale me permettra de ne pas me limiter à une analyse singulière, tout en laissant émerger les points communs et les points spécifiques à chaque participante. De plus, elle me permettra de créer des liens entre les différentes expériences, et probablement d'en donner un sens et une interprétation nouvelle.

4.2 DEVIS METHODOLOGIQUE

4.2.1 Le cadre initial et les participantes à la recherche

4.2.1.1 Cadre initial de l'étude

Le sujet de ma recherche concernant la fasciathérapie appliquée à la kinésithérapie périnéale, il me paraît pertinent de prendre en considération ces deux approches. Pour cela, je fais le choix de mener mon enquête à partir du cadre professionnel de recherche situé au plus proche de mes conditions d'exercice et de prise en charge thérapeutique en tant que masseur kinésithérapeute, c'est-à-dire au sein de ma structure en cabinet libéral.

4.2.1.2 Les participantes à la recherche

Je choisis de mener mon étude auprès de trois patientes présentant des dysfonctionnements de la région pelvi-périnéale à partir de deux critères essentiels : le type de dysfonctionnement et le type de parcours de soin antérieur à la prise en charge du début d'étude.

1) Le choix des patientes en rapport avec le dysfonctionnement de la région pelvi-périnéale

Je choisis d'enquêter auprès de trois femmes, Renée, Isabelle et Sandrine (les prénoms ont été modifiés afin de respecter l'anonymat), présentant chacune un dysfonctionnement

différent fréquemment rencontré en kinésithérapie périnéale : pour Renée un trouble de la fonction urinaire de type « urgence mictionnelle⁵⁵ », pour Isabelle, des douleurs de cicatrice post-chirurgicale périnéale, et pour Sandrine un trouble du tonus du plancher myofascial périnéal de type « hypotonie périnéale » associé à une incontinence aux gaz.

Choisir des patientes avec des dysfonctionnements différenciés permet de rester fidèle au contexte de pratique professionnelle en kinésithérapie périnéale, et éventuellement de laisser émerger au travers des témoignages recueillis, ce qui pourrait être de l'ordre de vécus spécifiques à une pathologie et ceux en commun aux trois participantes. Toutefois, ce choix pourrait représenter un écueil ; chaque dysfonctionnement possédant sa propre spécificité, une disparité pourrait complexifier la phase d'analyse des données. Or, ne me situant pas dans une recherche de type quantitatif, le fait ne pas recruter une population homogène ne pose pas de problème méthodologique majeur. Au contraire, la dimension exploratoire de cette étude me semble devoir privilégier un panel élargi des différents troubles du petit bassin plutôt que de focaliser à ce stade sur l'un d'entre eux. Par contre, si dans un second temps je choisissais d'explorer davantage la dimension quantitative, alors je réviserais certainement ce choix.

2) Le parcours antérieur au soin

Afin de garder une base commune pour l'enquête de recherche, je fais le choix de mener cette étude auprès de patientes ayant toutes le même type d'antériorité, en l'occurrence ici des patientes n'ayant pas reçu préalablement de soins en fasciathérapie.

Il aurait pu être pertinent de questionner le vécu d'une patiente experte en fasciathérapie, ainsi que celui d'une patiente non experte afin d'enrichir le recueil de données, de proposer un éventail plus large du contexte de recherche, et par contraste de pouvoir comparer, lors de l'analyse transversale, la différence entre ces recueils. Cependant, de par son statut, l'experte aurait témoigné *a priori* dès la première séance d'un rapport de proximité plus grand avec elle-même, car elle est entraînée à expliciter ses ressentis, à faire des retours réflexifs par rapport à ceux-ci, et à créer des liens entre ses expériences perceptives et le sens qui se donne au sein de l'expérience, selon des référentiels de la fasciathérapie déjà explorés par elle. Il y aurait donc eu dès le début de l'étude, entre les patientes expertes et les non-expertes, au moins qualitativement, un décalage notable dans les données recueillies. N'ayant pas un grand nombre

⁵⁵ L'urgence mictionnelle se traduit par des envies impérieuses d'uriner à tout moment de la journée ou de la nuit, pouvant s'accompagner de fuites urinaires plus ou moins importantes.

de participantes à étudier, et l'étude de cette différence entre expertes et non-expertes n'étant pas mon objet de recherche, j'ai donc fait le choix de l'une des deux populations.

J'ai donc préféré interroger des personnes non expertes de la fasciathérapie, tout d'abord car elles sont plus représentatives de la population rencontrées en périnéologie, et ensuite parce qu'il me semble intéressant d'observer comment des personnes n'ayant pas l'habitude d'être traitées en fasciathérapie pourraient témoigner d'une richesse de vécus, après avoir reçu peu de séances de fasciathérapie endopelvienne. Les patientes faisant partie de cette étude auront donc pu recevoir, dans leur parcours de soin, des soins de masso-kinésithérapie, voire de kinésithérapie périnéale, mais non de fasciathérapie.

3) Part aléatoire du recrutement des participantes

Une fois les critères d'inclusions énoncés et décrits ci-dessus, le choix d'interroger précisément Renée, Irène et Sandrine s'est fait d'une manière aléatoire. Les contraintes de temps liées au démarrage et à la période d'étude de ma recherche (Mai-Juin 2011), conjuguées avec la gestion des agendas respectifs de chacune (les rendez-vous sont fixés plusieurs semaines à l'avance), ont fait qu'au moment de concrétiser le choix des patientes, j'ai retenu les trois premières personnes qui remplissaient en même temps les critères d'inclusion et qui démarraient leur soin pendant la période précise choisie pour ma recherche. Pour ces raisons, sont donc apparues des petites différences. Par exemple, les contraintes horaires de Renée ont fait que ses séances de soin n'ont duré que trente minutes, alors que pour les deux autres patientes elles ont duré presque soixante minutes. Le nombre de séances de soin endopelvien n'a pas été le même pour l'ensemble des trois participantes. Renée a eu moins de séances et elles se sont déroulées sur une période plus courte.

4.2.2 Le mode de recueil de données : l'entretien de recherche

4.2.2.1 Entretien clinique et entretien de recherche

Il me paraît important de clarifier dans un premier temps la question du cadre de l'entretien de recherche. Mon étude se déroulant auprès de patientes que je reçois dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique, et mon intention étant d'offrir un cadre de recherche au plus près des conditions de ma pratique quotidienne des soins endopelviens, il est clair qu'il va me falloir distinguer ici ce qui est de l'ordre de la clinique et de la recherche.

Comme nous l'avons évoqué dans la partie théorique (2.1.3.5.), dans le cadre d'une séance de fasciathérapie, la dimension d'écoute des vécus et d'échange (à propos de ces vécus), permettant à la patiente de poser son attention sur ses ressentis et prises de conscience, fait partie intégrante du soin. De ce fait, l'entretien clinique intervient dans les trois temps de la séance, avant, pendant et après la séquence de thérapie manuelle. À noter que le temps consacré à l'entretien-bilan final est habituellement plus court dans le cadre de ma pratique clinique, ou bien est pratiqué de manière informelle ou distillé au fil des séances.

Dans le cadre de cette étude, l'entretien que je mène lors de ces trois (ou quatre) temps de séance prend le statut d'entretien de recherche du fait même du cadre de la recherche, qui est posé avec la patiente dès le début de la 1^{ère} séance de soin et avant que je ne commence à enregistrer l'ensemble des séances avec son accord. Dès le début de la prise en charge thérapeutique, lors de première séance et dans la phase de bilan-entretien, la personne est informée du fait qu'elle peut décrire librement ses ressentis à tout moment, et que, surtout pendant la phase de thérapie manuelle endopelvienne, je la questionnerai davantage sur ses ressentis que dans le cadre d'un suivi clinique que j'aurais effectué hors de ce cadre de recherche. C'est donc le cadre de la recherche, avec l'intention explicite et partagée de garder une attention sur mon objectif de recherche au sein même de l'acte thérapeutique clinique, qui confère à l'entretien, quelle que soit la phase du soin à laquelle il est pratiqué, la dimension d'entretien de recherche.

Bien évidemment, comme nombre de praticiens-chercheurs œuvrant dans le cadre d'une analyse qualitative, je serai confrontée à l'articulation entre contexte clinique et cadre de recherche. Il me faudra bien évidemment respecter les critères de pertinence thérapeutique, que ce soit au niveau manuel, gestuel ou verbal, me permettant d'un point de vue clinique d'ajuster les protocoles de soin tout en gardant présents les objectifs de la recherche.

4.2.2.2 Le guide d'entretien de recherche

Afin de concevoir un guide servant de base à l'entretien de recherche, je me suis inspirée de certains travaux de master précédemment effectués dans le cadre du CERAP (Courraud, 2007 ; Duprat, 2007 ; Dupuis, 2012) ayant utilisé une grille de questions ou d'items servant de guide à leur(s) entretien(s) de recherche.

Il m'a fallu également dégager les principaux thèmes à questionner, découlant directement de ma question de recherche et de mes objectifs de recherche. Conformément à la méthodologie de recherche que j'ai choisi d'appliquer, (voir chap. 4.1.3), j'ai sélectionné ces

angles de questionnement selon une dynamique prospective, c'est-à-dire en essayant d'anticiper sur les catégories à venir, en ajoutant du volume à travers certains détails. Ces thématiques questionnées feront donc le lit de l'approche catégorielle qui va suivre.

Je souhaitais questionner le contenu des vécus en restant très proche de la clinique, appréhendant notamment les ressentis physiques, le monde des émotions, les pensées, les prises de conscience, etc. Pour cela il m'a fallu envisager deux modes d'entretien : le premier, axé sur ce qu'elles vivent (en direct) ou viennent de vivre dans l'instant de la séance de soin endopelvien fasciathérapique, et le deuxième (en différé), questionnant ce qu'elles ont vécu ou pensé du travail qui a été effectué pendant l'ensemble de la prise en charge (ce qui a été important pour elles, ce qu'elles ont appris), c'est-à-dire avec davantage de recul. Les deux modes ayant chacun leur intérêt et leurs limites, j'ai choisi de les utiliser tous les deux. Je suis donc partie sur l'élaboration d'un premier guide d'entretien propre à chaque séance, ainsi que d'un deuxième guide de bilan final (de fin de prise en charge). Les guides d'entretien sont consultables en annexe.

Le 1^{er} guide d'entretien de recherche, propre à chaque séance

J'ai fait le choix de ne pas trop détailler ce guide, afin de l'utiliser principalement comme trame de base contenant les interrogations essentielles conformes aux thèmes que je souhaitais aborder.

Les thèmes à questionner se sont regroupés en trois parties, correspondant aux trois temps du déroulement d'une séance : l'entretien de début de séance, l'entretien mené pendant la séquence de thérapie manuelle endopelvienne proprement dite, et l'entretien de fin de séance, faisant suite à la séquence de thérapie manuelle. Soit : I. Bilan ; II. Pendant la séance de thérapie manuelle ; III. En post-immédiateté.

Les spécificités qui se sont dégagées de ces trois phases m'ont permis de préciser et de consolider les questions ou les thèmes de vécus à recueillir. Par exemple, pendant le soin : « Questions concernant le ressenti. Questions autour de : l'orientation, l'amplitude (objective et subjective), pression juste de concernation, le point d'appui » ; et après le soin : « Pendant le soin, avez-vous senti des tensions, des résistances, des douleurs ? Localement ? À distance ? Pourriez-vous les décrire ? » (voir en annexe). En réalité, ces thèmes correspondaient déjà à des (futurs) catégories ou sous-catégories (voir chapitre 4.2.3 méthode d'analyse) et aux orientations que je souhaitais explorer.

Le 2^{ème} guide d'entretien de recherche, de bilan final

J'ai davantage structuré ce deuxième guide d'entretien de bilan final, car il devait me servir de support à un entretien de recherche qui se déroulerait en face à face avec la patiente. J'avais l'ensemble des questions et des thèmes que je souhaitais aborder sous les yeux, contrairement à la séquence de thérapie manuelle. La trame respectait une logique et une chronologie pré-établies. Elle était constituée de quatre grands groupes de questionnements : 1°) la situation antérieure au soin (état d'esprit, relation au corps), puis 2°) comment la patiente a vécu le soin (éléments bienfaisants, confrontants, qui l'ont le plus touchée...), 3°) des questions concernant les effets du soin (rapport à soi, aux autres...), et enfin 4°) la sexualité, si l'ouverture à ce sujet se présentait. J'ai entrepris à visée exploratoire d'expérimenter ce guide d'entretien de bilan final avec deux patientes non incluses dans mon étude, et les ai questionnées en fin de prise en charge thérapeutique. Ainsi, j'ai pu valider la cohérence de ce guide par rapport à mes objectifs de recherche, affiner mes questions, et me rendre compte que je n'étais pas obligée de les formuler toutes dans l'ordre pré-établi.

L'utilisation des guides d'entretien de recherche

Pour des raisons pratiques, il n'était pas toujours aisé de consulter le guide d'entretien pendant le soin de thérapie manuelle. Il fallait composer avec l'ensemble des éléments présents pendant la séance, ce qui explique que parfois des questions ou des thèmes faisant partie de la trame de base n'ont pas été soulevés. J'ai décidé d'intégrer ce déséquilibre comme faisant partie du contexte de l'étude, et de valider cette modalité de recueil de données « ouverte ». En réalité, cette méthodologie de recueil de données est conforme à la dynamique de recherche anticipation / émergence (voir chap. 4.1.3) qui accorde une place centrale à la notion d'émergence à chaque étape du processus de la recherche, et non pas seulement lors de la phase d'analyse ou d'interprétation herméneutique.

4.2.2.3 Les différentes phases d'entretien de recherche

L'entretien de recherche de début de séance (ou entretien en différé)

L'entretien de recherche de début de séance (effectué donc *avant* la séquence de thérapie manuelle) a pour objectif de recueillir *en différé* les vécus et les effets des moments clés de la séance précédente, ainsi que leur devenir dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre les deux séances. Les éléments d'anamnèse ne font pas partie du guide d'entretien de recherche et ont fait l'objet d'un entretien clinique de début de prise en charge.

L'entretien de recherche mené pendant le soin de thérapie manuelle endopelvienne (ou entretien en temps réel)

Comme pour les autres phases d'entretien, celui-ci est en grande partie de type semi-directif : « *l'entrevue est préparée mais demeure ouverte à la spécificité des cas et à la réalité de l'acteur* » (Dépelteau, 2005, p. 328). Il a pour objectif d'écouter, d'accueillir et de recueillir les témoignages des vécus des patientes en temps réel et durant toute la durée du soin de thérapie manuelle. Cette phase d'entretien diffère sensiblement des autres, dans le sens où il y a contact physique direct entre le thérapeute et la patiente, y compris pendant les moments de dialogue verbal.

En m'appuyant sur le premier guide d'entretien de recherche établi, j'ai ciblé les questionnements concernant les ressentis organiques mais également les pensées (prises de conscience, remémorations de vécus, etc.). Je laissais la patiente témoigner spontanément, mais je pouvais également décrire ce que je faisais, ou orienter (en influençant le moins possible) l'attention de la patiente sur certains éléments se présentant pendant le soin. Je m'étais donnée un fil conducteur initial dans mon action de recherche : « Dès qu'apparaîtrait sous ma main ou serait témoigné (par la patiente) un changement organique, qu'il soit lié aux modifications toniques des fascias, aux critères spatio-temporels du mouvement (amplitude, orientation, vitesse, cadence), aux réactions organiques (chaleur...), ou bien dès que seraient témoignées des pensées (image, émotion, remémoration, prise de conscience), je formulerai des relances de mon entretien de recherche ». Cependant, cet axe pré-établi d'entretien s'est avéré plus complexe à mettre en pratique. Des questions émergeaient : « Devais-je le faire systématiquement (et interrompre le fil du soin) ? Qu'en était-il de la patiente à ce moment précis du soin ? Cela ne risquerait-il pas d'être préjudiciable au bon déroulement du soin manuel ? Y-avait-il un moment plus pertinent qu'un autre pour recueillir ces données afin de les optimiser ? » Même si dans la démarche qualitative de recherche, la subjectivité du chercheur est assumée, cette phase m'a confrontée dans ma posture de 'jeune' praticien-chercheur. En effet, fidèle à mon intention de mener cette enquête au plus proche de mon cadre professionnel clinique de kinésithérapeute-fasciathérapeute, tout en respectant le cadre et les objectifs de mon entretien de recherche, je constatais que le rythme de la séquence d'étude de recherche pouvait ne pas être le même que lorsque je pratique un soin. Même si, en fasciathérapie, le geste comporte une dimension pédagogique complémentaire à la dimension thérapeutique, et recèle un espace déjà fortement dédié aux questionnements des ressentis perceptifs pendant le soin de thérapie manuelle, cette posture (de recherche) a modifié mes

repères habituels (cliniques). J'étais partagée entre le fait de laisser la patiente vivre dans le silence des moments de grande intensité que je percevais se dérouler dans son corps et la questionner ensuite, ou bien la questionner à ce moment précis lorsqu'elle ne témoignait pas spontanément.

En fait, c'est dans la vigilance à garder une posture fortement impliquée pendant cette phase de thérapie manuelle où mon attention était soutenue et globale, ainsi qu'à être attentive à mon attitude de neutralité, que s'est imposé le choix du moment opportun. Mon intention de questionnement toujours présente, c'est lorsque je sentais en moi, et d'une manière évidente dans le corps de la patiente, une intensité croissante, plus « concernante », s'accompagner simultanément d'un gain d'espace que je la questionnais. Alors je notais que ce questionnement venait s'emboîter dans la séquence de thérapie manuelle sans déranger les critères d'évolution du processus thérapeutique. En effet, je constatais sous mes mains que la dynamique interne n'était pas interrompue par mes questionnements, ni par le témoignage de la patiente. Il existait un entrelacement entre, d'un côté mon geste thérapeutique et ses effets dans le corps, et de l'autre ce que vivait et témoignait à cet instant précis la patiente. J'ai retrouvé cette situation pour l'ensemble des participantes, si ce n'est pour Sandrine, qui ponctuellement trouvait qu'il était difficile de décrire ce qu'elle percevait car, selon elle, trop d'éléments se déroulaient simultanément.

C'est donc en me confrontant concrètement à la pratique du terrain de la recherche que les réponses à mes questionnements d'ordres méthodologique et éthique ont émergé.

L'entretien de recherche mené juste après la séance manuelle (en post-immédiateté)

Cet entretien de recherche clôture la séance et se veut ouvert sur l'approfondissement de la description des vécus témoignés pendant la séance manuelle. Ainsi, il est un prolongement de la phase d'entretien précédente, et a pour objectif de permettre à la participante de dérouler le contenu de ce qu'elle a vécu pendant le soin. C'est le moment où son expérience est encore suffisamment présente pour qu'elle puisse s'y replonger et préciser son témoignage. Cet entretien se déroule entre le moment où la patiente se relève de la table et le moment où elle quitte la pièce, et questionne éventuellement les ressentis et les vécus n'ayant pas pu être suffisamment développés pendant le soin manuel. De plus, les questions concernant davantage les effets du geste manuel trouvent ici leur juste place, comme par exemple : « Y-a-t-il eu des changements pendant le soin ? Un moment clé ? », ou bien : « Avez-vous noté une différence entre le début et la fin du soin ? »

C'est également le moment où la patiente peut commencer à dérouler les réflexions que lui inspire cette expérience et éventuellement les prises de conscience de la différence (du contraste) entre les nouvelles perceptions ou manières d'être possibles découvertes pendant le soin et ses vécus perceptifs ou comportementaux habituels.

L'entretien de recherche de bilan final

Cet entretien de recherche a succédé à la phase d'entretien précédente (en post-immédiateté) lors de la dernière séance enregistrée dans le cadre de cette étude avec chacune des patientes. Cet entretien a été effectué pour Renée à la cinquième séance, et à la septième séance pour Irène et Sandrine. L'objectif a été de revisiter certains questionnements abordés lors des séances antérieures, afin de les détailler à partir d'un point de vue *a posteriori*, et de recueillir des éléments non témoignés pendant les séances. Il s'agissait également de faire le bilan sur ce qui avait été vécu d'essentiel pour elles, dans quel état d'esprit, etc. Le questionnement sur l'ensemble des séances trouvait ici sa place.

Les trois phases d'entretien de recherche ont toutes été respectées et se sont déroulées à chaque séance et pour chacune des trois participantes. La quatrième phase d'entretien de recherche de bilan final a pu également avoir lieu une fois pour chacune.

4.2.2.4 L'enregistrement des séances

Les participantes à la recherche ont bien évidemment été informées et sont d'accord avec le fait que les séances et les témoignages seront enregistrés dans le cadre de cette étude, afin de pouvoir être retranscrits et analysés. Elles connaissent également le cadre d'anonymat utilisé et la possibilité qu'elles puissent demander que certains témoignages ou informations les concernant ne soient pas évoqués. Aucune des participantes ne demandera de modification du verbatim.

Le recueil des données s'est déroulé sur une période d'environ deux mois (entre Mai et Juin 2011) pour l'ensemble des trois participantes, et sur un nombre de séances variant de cinq à sept. J'avais initialement choisi d'enregistrer et de retranscrire l'ensemble des séances pour plusieurs raisons. Comme je choisisais d'interroger le vécu intime des personnes concernant la région du petit bassin, ces vécus se livrant, par expérience, le plus souvent de manière imprévisible et rarement à la première séance, il me semblait pertinent d'offrir à la patiente

l'opportunité de témoigner sur un laps de temps plus long. De plus, dans ce cadre de pratique spécifique, il est parfois délicat de poser des questions très directement. Il me paraissait donc important de prendre en considération cet aspect temporel dans la forme du recueil de données. Les séances ont bien toutes été enregistrées et toutes retranscrites. J'ai numéroté toutes les séances de Renée (lignes 1 à 493), d'Irène (lignes 1 à 728) et Sandrine (lignes 1 à 1287). Les données recueillies représentaient un tel volume (12 pages de verbatim pour Renée, 15 pour Irène, et 26 pour Sandrine) qu'il ne m'a pas semblé pertinent de toutes les analyser. C'est pourquoi, après réflexion et avec l'accord de ma directrice de recherche, j'ai décidé de ne choisir qu'une séance par personne pour effectuer l'analyse, afin de pouvoir rentrer davantage dans les détails des récits. Il sera présenté brièvement en début d'analyse, quelques éléments d'anamnèse pour une meilleure compréhension de chaque situation clinique.

4.2.2.5 Le choix de la séance

Le choix précis d'une séance comme objet d'étude contient une dimension évidemment subjective qu'il s'agit d'assumer de la part du chercheur, et réductrice par rapport à l'ensemble des vécus des séances.

Pour Sandrine, le choix de la séance 3 (sur les sept enregistrées et retranscrites), allant de la ligne 357 à la ligne 552, s'est imposé au vu du contexte global. Il est fondé sur deux arguments.

Tout d'abord, cette troisième séance s'appuie sur un équilibre optimal des données parmi les trois grandes séquences du soin : l'entretien de départ, la thérapie manuelle, et l'entretien post-immédiateté. La première séance était plutôt une séance de « prise de contact », où l'entretien préalable contenant l'anamnèse a été prédominant. La deuxième séance s'est révélée être plus « silencieuse », très concentrée sur le soin en thérapie manuelle proprement dit. Dans la troisième séance, l'équilibre était optimal.

De plus, à la relecture de l'ensemble du verbatim, je constate que cette séance correspond à un moment charnière par rapport à l'ensemble de la prise en charge. Pour Sandrine, le vécu d'une remémoration a fait basculer l'orientation et la tonalité du soin, et sa posture face au soin fut engagée différemment. Cette expérience perceptive et la résonance en elle l'ont interpellée si profondément, que les séances suivantes se sont enchaînées globalement sur le même mode.

Pour Renée, le choix de la séance 4 (sur les cinq enregistrées et retranscrites), allant de la ligne 194 à la ligne 346, s'est imposé également par l'équilibre présent entre les trois séquences de soin, mais également parce qu'elle reflète d'une manière optimale les moments de verbalisation chez la patiente. Renée m'était adressée pour des séances de rééducation périnéale. La mise en place du cadre thérapeutique kinésithérapique et de recherche fasciathérapique a pris du temps dans les premières séances. En effet, Renée n'avait jamais entendu parler de rééducation périnéale et ignorait en quoi cela consistait, d'où la nécessité pour moi d'expliquer davantage le cadre de travail, la démarche et les outils thérapeutiques. De plus, sa problématique d'urgenterie imposait une partie pédagogique bien connue en rééducation périnéale, qui est celle de l'explication des processus physiologiques et de la conduite nécessaire d'un calendrier mictionnel. Durant cette phase, la part de verbalisation prédomine donc plutôt du côté du thérapeute. J'ai donc attendu une séance où l'expression verbale était plus riche et plus homogène.

Pour Irène, j'ai choisi la dernière séance de soin, soit la septième associée au bilan final, allant de la ligne 496 à la ligne 728. En effet, celle-ci reflète globalement l'ensemble de ce qui a été travaillé lors des autres séances, ainsi que la tonalité générale de la prise en charge en rapport avec sa problématique. De plus, le témoignage pendant la séance, ainsi que celui en post-immédiateté, étaient riches d'informations explicatives de son vécu de la séance tout en résumant celui des séances antérieures.

Enfin, j'ai choisi de ne mettre en annexes que les verbatim des trois séances choisies ci-dessus pour cette étude, et non la totalité des séances enregistrées et retranscrites.

4.2.2.6 La retranscription des données

6a) Les couleurs

J'ai choisi de retranscrire les données des séances en utilisant des couleurs différentes pour chaque phase de soin : la couleur verte pour le début de séance, le rouge pour la séquence de thérapie manuelle, le bleu pour le moment qui suit la thérapie manuelle, et enfin le mauve pour le temps de bilan final de l'étude de recherche. J'ai eu besoin de distinguer ces différentes phases dans un objectif didactique me permettant de reconnaître visuellement et rapidement à quelle séquence de soin correspondait chaque extrait de témoignage, mais également dans

l'hypothèse de recueillir des informations spécifiques à chaque séquence lors la phase d'analyse (recoupements lors de l'analyse transversale, quantification et spécificités des données pour chaque verbatim...).

6b) Temps de silence et rythme de l'entretien

Dans une retranscription, il me semble important de représenter les moments de non dialogue, de silence ou d'écoute, de façon à être le plus fidèle possible à la dimension non verbale de l'entretien ou du soin. Ces temps sont communément représentés par des points de suspension. Cependant, il n'a pas été possible de les retranscrire en totalité, car cela aurait trop surchargé le corps du texte. Les moments de silence ont donc été en réalité beaucoup plus nombreux que ceux précisés. Ainsi, le rythme de la séance de thérapie manuelle endopelvienne notamment a été plus long que ce que peut en refléter la lecture.

4.2.3 La méthode d'analyse

4.2.3.1 Processus de construction de l'analyse classificatoire des données et de la première grille de catégories et sous-catégories

À partir des informations recueillies dans les ouvrages de P. Paillé et A. Mucchielli (2005, 2010), j'ai choisi d'entreprendre une analyse catégorielle de mes données, car cette méthodologie m'a semblé être celle qui serait la plus adaptée à l'analyse de mes données en fonction de mes objectifs de recherche. Ainsi : « *La catégorie permet de répondre directement, en quelques mots, tout au long de l'analyse, aux questions fondamentales que pose sa compréhension rigoureuse : 'Compte tenu de ma problématique, quel est ce phénomène ?' 'Comment puis-je le nommer conceptuellement ?' »* (Paillé & Mucchielli, 2010, p. 234) Je me suis également appuyée sur la lecture des travaux du CERAP, et de la méthodologie d'analyse utilisée dans le champ du paradigme du Sensible, à savoir la dynamique de recherche anticipation / émergence, qui m'a permis de construire des catégories selon une approche catégorielle anticipatrice dans un premier temps, puis émergente, dans un second.

J'ai donc entrepris d'élaborer des catégories anticipatrices. Ces catégories sont nommées anticipatrices⁵⁶ du fait qu'elles sont le fruit d'une intention de départ concernant les éléments que je cherche à étudier. Elles sont antérieures à mon travail d'analyse. Je me suis appuyée sur la connaissance issue de mes deux guides d'entretien de recherche de début d'étude, ainsi que sur mes objectifs de recherche pour établir une première trame de catégories anticipatrices. Elle se dessinait naturellement en quatre parties (I, II, III et IV), selon une chronologie logique correspondant aux trois phases du soin (entretien de début de séance, séquence de thérapie manuelle endopelvienne proprement dite, entretien post-immédiateté avec description des effets de la séance), plus une catégorie destinée aux impacts du soin dans la vie des participantes.

Ainsi, avec cette première trame catégorielle, je me suis plongée dans le verbatim le plus long (Sandrine, 26 pages), et ai tout d'abord procédé, au vu du grand volume de données, à une classification des données perceptives. J'ai choisi de prendre dans un premier temps les séquences de thérapie manuelle (sur plusieurs séances) afin de relever les items les plus témoignés en terme de mouvement, de rapport au tonus, d'espace, de globalité, etc. Il y avait donc dans mon approche une dimension d'évaluation quantitative de ces catégories qualitatives. Cette étape m'a permis d'avoir une vue d'ensemble du témoignage de cette patiente et d'affiner l'orientation de mon analyse définitive.

Par ailleurs, pour chaque catégorie, je souhaitais *a priori* mettre en relief et dissocier les vécus d'ordre « organique » (tels que les ressentis de tensions, de mouvements corporels...), des vécus d'ordre « cognitif » (les pensées, réflexions, prises de conscience, etc.). La classification des données en ce sens s'est révélée cohérente par rapport aux données présentes dans les verbatim. L'ébauche des premières sous-catégories de vécus a ainsi été créée. C'est en classant l'ensemble des données que les sous-catégories se sont installées et que j'ai pu les valider.

⁵⁶ A noter que ces catégories sont à rapprocher des « catégories *a priori* » de l'analyse qualitative. Elles tiennent compte ici par surcroît d'une dimension anticipatrice propre au paradigme du Sensible et sont donc en adéquation avec ma posture de praticien-chercheur du Sensible (voir chap. 4.1.3).

Première grille de catégories et de sous-catégories anticipatrices

<p>I. <u>Situation antérieure au soin</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Par rapport au symptôme- Par rapport à son vécu du corps- Par rapport au soin endopelvien	<p>II. <u>Vécus de la séance</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Au niveau ressentis et perceptions- Au niveau des pensées- Au niveau des remémorations corporelles- Au niveau du toucher fascia-endopelvien
<p>III. <u>Effets de la séance</u></p> <ul style="list-style-type: none">-En rapport à son symptôme ou sa demande initiale-En rapport à son apprentissage par rapport au symptôme ou sa demande initiale	<p>IV. <u>Impacts sur la vie</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Sur son rapport à son corps- Sur son rapport aux autres- Sur son rapport au monde- Sur son rapport à sa sexualité

4.2.3.2 Élaboration de la grille définitive de catégories et sous-catégories

Après m'être plusieurs fois plongée dans les lectures des verbatim, la dimension chronologique comme cadre de base des catégorisations m'est apparue moins prioritaire. Initialement cette dimension était importante à prendre en considération car j'étais *a priori* intéressée par l'observation de l'évolution des témoignages durant le soin, d'où ma motivation à les enregistrer et les retranscrire sur plusieurs séances. Le fait de décider de cibler l'étude sur une séance unique a certainement participé à m'affranchir de cet élément chronologique pour faire ressortir ce qui était l'essentiel de ma recherche, c'est-à-dire poser mon intérêt d'une manière approfondie sur la personne (son vécu subjectif), plus que sur le soin lui-même (son efficacité, son processus). C'est ainsi qu'à partir de ces catégories anticipatrices présentant plutôt une trame élaborée à partir des vécus en rapport avec les phases du soin et de la séance (avant-pendant-après), est née une autre grille plus ciblée sur les différents vécus des patientes et leurs témoignages des effets du geste thérapeutique. Cette nouvelle grille d'analyse classificatoire contient donc des catégories et des sous-catégories de nature *émergente*, puisqu'elles ont émergé d'une première phase d'analyse et d'allers-retours effectués entre mon intention (mes catégories) de départ et le contenu de mes données.

1) La première catégorie : Vécus en rapport avec le symptôme initial et son évolution au cours de la prise en charge

J'ai choisi de débiter cette analyse classificatoire par le choix d'une catégorie de vécus en rapport avec le symptôme initial, afin de rester au plus proche du cadre biomédical qui est au cœur de ma pratique de kinésithérapie spécialisée dans la rééducation pelvi-périnéale. De plus, la gêne occasionnée par le symptôme est le plus souvent le point de départ de la motivation des patientes à venir consulter et recevoir les soins. Il me paraît donc pertinent, pour une meilleure compréhension et appréhension globale des enjeux du vécu du soin, de consacrer une place importante à ces vécus initiaux et à leur devenir.

Le classement des données reflétait ensuite assez clairement les trois dimensions que j'avais appréhendées dans la première grille de vécus et déclinées sur le mode de ressenti organique, sur un mode plus cognitif, et enfin au travers de la dimension comportementale *via* la manière de gérer le symptôme. Ces trois sous-catégories me semblaient « balayer » globalement et d'une manière cohérente ce champ d'appréhension des vécus liés au symptôme, je les ai donc conservées. Ainsi, a été établie la première catégorie et ses trois (3) sous-catégories :

I. Vécus en rapport avec le symptôme initial et son évolution au cours de la prise en charge

- A) Les ressentis corporels
- B) Les réflexions et prises de conscience
- C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

2) La deuxième catégorie : Ressentis physiques perçus au cours d'une séance de fasciathérapie endopelvienne

Cette deuxième catégorie correspond à la plus grande partie des témoignages reçus concernant les ressentis physiques. Ils se sont avérés être beaucoup plus abondants pendant la séance de thérapie manuelle⁵⁷, c'est pourquoi je l'ai précisé dans la dénomination de cette catégorie. C'est en classant l'ensemble des données que me sont apparues les trois sous-catégories, qui sont donc elles aussi de nature émergente.

⁵⁷ La plus grande partie des données du verbatim concernant ce type de ressentis (physiques) était écrite en rouge, couleur correspondant aux retranscriptions concernant la séquence de thérapie manuelle (voir II. 5))

- Une partie signifiante correspondait aux vécus en lien avec des ressentis de tensions physiques qui ensuite se relâchaient. Ces données nécessitaient donc une première sous-catégorie que j'ai nommée : « *Ressentis en rapport avec ses tensions biomécaniques* ».

- Ensuite, certains vécus étaient reliés à des ressentis que je qualifiais « d'objectifs » ou objectivables, car appréhendés d'une manière plus « visible », comme par exemple les ressentis liés au mouvement de la peau quand je déplaçais objectivement ma main sur le corps de la patiente. Ils correspondaient donc directement aux mouvements (majeurs) que je pratiquais. Ainsi, j'ai dénommé cette deuxième sous-catégorie de vécus physiques « *en rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente* ». Il est à noter que pendant la séance de soin de Renée, contrairement à Irène et Sandrine, celle-ci a pratiqué des mouvements de contractions et relâchements du périnée. J'ai donc dû analyser en deux temps (II.a et II.b) les vécus de Renée, c'est-à-dire ceux « *en rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute* », puis ceux « *en rapport avec les mouvements majeurs de la patiente* ».

- Concernant la troisième sous-catégorie, certains ressentis témoignés faisaient intervenir une dimension plus « subjective », plus « invisible » (car plus interne), même s'ils restaient vécus d'une manière très concrète, comme par exemple des ressentis à distance du lieu travaillé, ou des ressentis de mouvements internes parcourant toute la globalité du corps en même temps. J'ai donc nommé la sous-catégorie regroupant l'ensemble de ces différents vécus physiques « *en rapport avec les mouvements subjectifs internes* ».

Cette troisième sous-catégorie étant riche de données, trois autres sous-parties (ou sous-sous-catégories) ont émergé de cette phase d'analyse des données : les vécus en rapport avec le tonus, la dimension cinétique, ou les effets (chaleur, globalité, détente psychique en relation avec un bien-être). Ainsi, se présente en résumé la deuxième catégorie :

II. Ressentis physiques perçus au cours d'une séance de fasciathérapie endopelvienne

- A) En rapport avec ses tensions biomécaniques
- B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente
- C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes
 - . 1) Leurs qualités toniques
 - . 2) Leurs dimensions cinétiques
 - . 3) Leurs effets

3) La troisième catégorie : Vécus corporels, prises de conscience et enrichissement identitaire

Il aura fallu beaucoup de temps de maturation pour préciser et finaliser la dernière catégorie émergente, ainsi que ses sous-catégories. Les données restantes représentaient plutôt des prises de conscience liées à la dimension sexuelle, intime et féminine (dans le sens communément employé), d'autres reliées à des vécus psycho-émotionnels (émotions, sentiments, confrontations et voie de passage, etc.), ou bien en rapport à soi, aux autres, etc. Les données concernant la sexualité, la féminité et l'intimité étant clairement exprimées et reconnaissables, et me semblant également très en lien avec la question du soin endopelvien, elles furent l'objet de la première sous-catégorie des vécus : « *Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité* ».

Pour le reste, il me semblait, malgré l'évolution de ces dernières sous-catégories, que cette forme créait une dichotomie entre le psychisme et le corps. Elle ne reflétait pas la tonalité générale des témoignages, ni la profondeur des découvertes décrites par les patientes, incluant pour moi une dimension existentielle. J'ai donc décidé de me replonger dans la réflexion autour de cette dimension, et ai relu les écrits de M.C. Josso concernant l'expérience existentielle. Ainsi, la phrase : « *l'expérience existentielle concerne le tout de la personne, elle concerne son identité profonde, la façon dont elle se vit comme être* » (Josso, 1991, p. 197), m'a permis de rebondir dans ma réflexion sur la notion d'*identité profonde*, d'expression identitaire. Ainsi, à la relecture des témoignages des patientes, j'ai pu faire le lien et laisser apparaître l'existence d'une évolution correspondant globalement à un enrichissement identitaire. Je tenais alors le fil conducteur regroupant ces données, sur lequel j'ai pu continuer à cheminer pas à pas concernant les autres sous-catégories.

Toutefois, il m'était difficile de classifier précisément les données restantes, car elles s'entremêlaient souvent entre le rapport au corps, les prises de conscience, le rapport à soi, les émotions et remémorations, la manière d'être... Plusieurs témoignages intégraient ces données en même temps, les frontières n'étant pas clairement délimitées. Je pourrais dire, d'une manière assez subjective et intuitive, que je n'arrivais pas à les ressentir « calées » entre-elles.

Une autre étape a été décisive. Le fait de travailler sur le récit phénoménologique de chacune des patientes (et de débiter l'analyse herméneutique cas par cas) m'a permis d'accéder à un degré supplémentaire de clarification dans la classification des vécus et prises de conscience concernant cette catégorie d'enrichissement identitaire. Ainsi, la dénomination des deux dernières sous-catégories : « *concernant le rapport à son corps et ses vécus psycho-émotionnels* », et : « *concernant les manières d'être dans sa vie* » se sont stabilisées en fonction

de mon cheminement au cœur du travail sur les données. Pour valider ce choix, j'ai décidé de vérifier la cohérence du cadre de ces sous-catégories en pratiquant deux colonnes, et en y rentrant les données. J'ai pu vérifier que l'ensemble de ces témoignages s'intégrait clairement dans celles-ci. Alors, la dernière catégorie et ses sous-catégories émergentes ont pu se stabiliser définitivement.

Grille définitive de catégories et de sous-catégories anticipatrices et émergentes

I. Vécus en rapport avec le symptôme initial et son évolution au cours de la prise en charge

- A) Les ressentis corporels
- B) Les réflexions et prises de conscience
- C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

II. Ressentis physiques perçus au cours d'une séance de fasciathérapie endopelvienne

- A) En rapport avec ses tensions biomécaniques
- B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente
- C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes
 - . 1) Leurs qualités toniques
 - . 2) Leurs dimensions cinétiques
 - . 3) Leurs effets

III. Vécus corporels, prises de conscience et enrichissement identitaire

- A) Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité
- B) Concernant le rapport à son corps et ses vécus psycho-émotionnels
- C) Concernant les manières d'être dans sa vie

J'utiliserai cette grille définitive de catégories et sous-catégories comme support de base pour l'analyse des données des trois patientes, soit les récits phénoménologiques et les analyses herméneutiques cas par cas.

4.2.3.3 L'analyse transversale

Lors de cette phase d'analyse, qui consiste en un croisement des données émergeant de l'analyse cas par cas de chacune des trois patientes, j'ai pu constater que la notion de *processus* était clairement présente à différents stades et à différents niveaux de l'ensemble des analyses cas par cas, au point que cette notion m'est apparue comme étant au cœur du vécu des patientes en soin de fasciathérapie endopelvienne. Ainsi, il m'a semblé pertinent de présenter mon analyse transversale en mettant en relief leur dimension processuelle. Pour cela, j'ai choisi deux formes de présentation.

Dans un premier temps (analyse transversale par catégorie), j'ai regardé de quoi était fait le croisement des résultats d'analyse (cas par cas) pour une même sous-catégorie (ex : I. C). Ne pouvant déployer cette méthodologie d'analyse pour la totalité des sous-catégories, j'ai choisi de développer celles qui me semblaient les plus représentatives de cette étude. Ainsi, j'ai décidé de sélectionner une sous-catégorie au sein de chacune des trois grandes catégories de vécu classificatoires (I, II et III), afin de présenter cette dynamique processuelle.

Dans un deuxième temps (analyse transversale par type de processus), j'ai choisi de balayer de façon panoramique les analyses (cas par cas), sans me limiter à un croisement par catégorie ou sous-catégorie. Ainsi, ne pouvant rendre compte de façon exhaustive de la richesse et de la diversité des processus à l'œuvre dans l'ensemble de ce travail, j'ai pris soin de laisser émerger les processus les plus parlants.

TROISIEME PARTIE

ANALYSE

ET

INTERPRÉTATION DES DONNÉES

5.1 IRENE

Irène, 48 ans, divorcée, a eu deux enfants nés en 1989 et 1993, et une ITG en 1992 (interruption thérapeutique de grossesse). Elle m'est adressée par son médecin gynécologue, car elle présente une dyspareunie depuis l'ablation de sa glande de Bartholin⁵⁸ droite en 2009 (volumineux kyste). Elle souffre essentiellement, à ce jour, d'une persistance de sa douleur cicatricielle périnéale post-chirurgicale.

5.1.1 Récit phénoménologique de Irène

I. VECUS EN RAPPORT AVEC LE SYMPTOME INITIAL ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

A) Les ressentis corporels

Irène, lors du court entretien verbal de début de séance, témoigne d'une amélioration indéniable de sa symptomatologie : *« C'est mieux, c'est tellement mieux, c'est évident ! »* (I7. L500) Elle poursuit : *« J'ai mes règles et ça pique un peu, mais ça n'a rien à voir avec avant. »* (I7. L500-501) La douleur en « tête d'épingle » ressentie habituellement par Irène au niveau de sa cicatrice chirurgicale périnéale (pratiquée suite à la présence d'un kyste important et douloureux de la glande droite de Bartholin), et exacerbée lors de la période des menstruations, a nettement diminué en intensité par rapport à ce qu'elle était auparavant. D'ailleurs, elle témoigne être beaucoup moins gênée : *« Je sens, mais c'est tout à fait supportable. »* (I7. L501-502) Cette douleur qu'Irène juge tout à fait tolérable s'accompagne également d'une amélioration de son état général : *« Je suis mieux globalement. »* (I7. L502)

Au début du soin de thérapie manuelle endopelvienne, Irène ressent un picotement (au niveau de sa cicatrice chirurgicale) : *« Là ça picote un peu à droite. »* (I7. L510), qui s'estompe au moment où la main externe abdominale du thérapeute bouge : *« Quand votre main d'en haut s'est déplacée à droite, je n'ai plus senti de gêne en bas. »* (I7. L534-535) Ensuite, au fur et à

⁵⁸ Glande située de chaque côté de la moitié postérieure de la vulve, dans l'épaisseur des grandes lèvres. Elles possèdent chacune un canal dans lequel s'écoule un liquide, participant à la lubrification de la région lors d'un rapport sexuel.

mesure du soin, sa gêne disparaît : « *je ne sens plus la gêne, comme si c'était endormi [...] comme si le feu était éteint...* » (I7. L541-543) Irène exprime cette amélioration au travers d'un ressenti imagé, en comparant cette absence de gêne à « un feu qui est éteint ».

B) Les réflexions et prises de conscience

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, lorsque Irène exprime ne plus sentir de gêne au niveau de sa cicatrice périnéale, elle témoigne d'une réflexion : « *I. Je ne sens plus la gêne, comme si c'était endormi [...] comme si le feu était éteint... N. Et alors, ça veut dire quoi pour vous ? I. Et bien... qu'on peut l'éteindre.* » (I7. L541-545) Pour Irène, le fait de ne plus sentir de gêne pendant le soin laisse émerger de sa pensée la possibilité d'agir positivement sur sa problématique.

Concernant ses ressentis de gêne douloureuse, Irène témoigne en post-immédiateté de ses réflexions et prises de conscience non verbalisées pendant la séquence de soin de thérapie manuelle endopelvienne : « *Et bien, tout à l'heure, à un moment, j'ai senti, puis je n'ai plus senti (la gêne), et là je me suis dit : « Ah oui, ça me prend la tête de sentir toujours cette gêne ! » » (I7. L588-589) Elle témoigne ressentir une forte tension psychique liée à sa gêne. Elle se fixe mentalement dessus et ressasse : « *et je suis repartie en vrille sur ce truc...* » (I7. L589-590) Puis Irène prend conscience de son fonctionnement : « *J'ai pris conscience que quand je focalise (sur la gêne), ça me prend la tête.* » (I7. L590-591), c'est-à-dire que lorsqu'elle se fixe sur sa problématique, cela augmente ses tensions psychiques.*

Après la séance de thérapie manuelle, Irène témoigne d'un autre vécu réflexif non témoigné pendant le déroulement du soin endopelvien, suite à un ressenti de tension périnéale : « *En fait il y avait un espèce de contraste entre une partie très détendue et encore cet endroit tendu. Alors je me suis dit : « Pourquoi ce point douloureux ? Est-ce que je sentirai toujours ça ?... Ah, si seulement ça pouvait être comme l'autre partie... » (I7. L658-661) C'est en vivant le contraste de tension dans deux endroits différents qu'Irène réfléchit et se questionne à propos de cet endroit périnéal douloureux (Pourquoi cette douleur ? Sera-t-elle toujours présente ?), et souhaite au fond d'elle-même que cet endroit se détende. Cette pensée s'est alors concrétisée par une détente : « *[...] mais comme ça s'est fait, alors je me suis dit que je pouvais peut-être... je me suis dit : « Peut-être que ça pourra disparaître ! » (I7. L664-666) Puisque cette partie a pu se détendre, alors Irène pense à ce moment-là que sa problématique pourrait disparaître.**

C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

Lors de l'entretien de fin de séquence de thérapie manuelle, Irène témoigne d'une prise de conscience concernant son symptôme : *« plus je suis détendue, moins c'est douloureux. »* (I7. L586) Elle fait le lien entre un gain de détente corporelle acquis pendant le soin et une diminution de l'intensité de sa douleur cicatricielle. Elle poursuit cette prise de conscience : *« En fait, c'est comme si cette douleur était un baromètre de mon état de détente ou de tension. »* (I7. L595-596) Irène, en utilisant l'image du baromètre, constate que la variation de sa douleur est directement liée à un état de détente plus ou moins important.

Pendant la séance de thérapie manuelle, Irène constate les modifications des tensions : *« des fois le relâchement se faisait tout seul, c'était étonnant... »* (I7. L607) Elle note avec étonnement que des parties de son corps peuvent se relâcher, sans pour autant avoir besoin de décider et commander volontairement celui-ci. Elle ajoute : *« et quand je prenais conscience que je sentais encore une résistance s'opposer, alors je me disais « Tu peux lâcher ! », et pouf, ça le faisait. »* (I7. L607-609) Lorsqu'Irène prend conscience d'une résistance à la détente, et qu'elle utilise son intention de relâcher, alors cette tension peut relâcher.

Ainsi, Irène témoigne d'une progression de cette capacité de relâchement dans sa vie quotidienne : *« maintenant, quand je me dis « Relâche toi », et bien cela a des effets plus importants. »* (I7. L643-644) Son intention de relâcher a plus d'impact. C'est dans son activité professionnelle qu'Irène témoigne des progrès, et tente de donner une explication : *« Avant, quand j'étais au travail, je pouvais de temps en temps me dire « Détends toi ! », mais jamais vraiment comme ça... comme si le corps reconnaissait mieux ce que la détente veut dire... comme s'il était un peu plus souple... et ça c'est récent ! »* (I7. L639-642) Elle a l'impression que, depuis peu de temps, son corps reconnaît davantage cet état de relâchement, comprend mieux « ce que la détente veut dire », et que le corps semble avoir gagné en souplesse. Elle complète : *« Avant, l'information de me détendre était rare dans la journée. Maintenant c'est beaucoup plus fréquent... c'est presque malgré moi... et ça je le constate plus quand je suis au travail. »* (I7. L644-646) Irène constate que l'information de détente est plus fréquente dans la journée, et qu'elle se fait presque naturellement, « malgré elle ». Elle note plus particulièrement cet état de fait dans le cadre de son exercice professionnel.

II. RESSENTIS PHYSIQUES PERÇUS AU COURS D'UNE SÉANCE DE FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVIENNE

A) En rapport avec ses tensions biomécaniques

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, Irène exprime ressentir une tension : « *Je ressens une résistance sous vos doigts, c'est dur.* » (I7. L557) La tension s'exprime sous forme d'une résistance dense, localisée au niveau des doigts de la main endopelvienne. Ce ressenti évolue vers une détente qui s'amplifie : « *Alors je sentais des zones qui se détendaient [...] j'arrivais à une détente plus poussée.* » (I7. L578-580) Irène perçoit également les effets de cette détente à distance du périnée, tout d'abord au niveau du ventre. Irène ressent au début une tension au niveau de la région abdominale, « *[...] j'ai senti que c'était tendu dans le ventre.* » (I7. L526) qui évolue vers un relâchement (lors du travail de thérapie manuelle sur son espace utérin) : « *j'ai l'impression que le ventre se détend.* » (I7. L521) Ensuite, Irène ressent une détente au niveau du cou et du diaphragme, « *I. Ça relâche dans la gorge, c'est bizarre... N. Oui, dans votre respiration aussi... I. Je ressens bien, oui.* » (I7. L561), pour ressentir les effets de détente corporelle jusqu'au niveau crânien : « *Oui, a un moment j'ai senti un relâchement dans les yeux... c'était très fort. J'ai ressenti le besoin de fermer les yeux d'ailleurs* » (I7 L654-655). Irène ressent avec intensité un relâchement oculaire accompagné du besoin de clore ses yeux, et poursuit : « *comme si je pouvais alors sentir plus ce qui se passait en bas... et ça m'a détendue.* » (I7 L655-656) Le relâchement des yeux lui permet, semble-t-il, de mieux percevoir la région périnéale, en produisant un effet de détente générale. Enfin, après la séance, lorsque le thérapeute lui demande si elle a senti de la détente dans son corps, elle témoigne la ressentir à la fois localement et à distance : « *En général plutôt localement, mais là j'ai vraiment senti à distance.* » (I7 L652)

B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente

Concernant les mouvements objectifs de déplacement des mains du thérapeute, Irène témoigne : « *Quand votre main d'en haut s'est déplacée à droite, je n'ai plus senti de gêne en bas.* » (I7. L534-535) Elle note le lien entre le déplacement objectif de la main externe du thérapeute et l'effet à distance de celle-ci sur son symptôme. De plus, elle perçoit les différentes orientations prises par les mains du thérapeute, les mouvements et la détente : « *Je sens les changements de directions différentes, quand ça bouge, quand ça se détend.* » (I7. L649-650)

Lors du travail sur l'utérus, lorsque la main abdominale du thérapeute est placée dessus (en regard de la partie crâniale utérine) et qu'il demande à la patiente si elle veut sentir son utérus, elle répond positivement. On remarque qu'Irène est en capacité de percevoir son *fundus* utérin puisqu'elle demande s'il s'agit bien de la petite boule qu'elle perçoit : « *I. C'est la petite boule, là ? N. Oui...* » (I7. L551-552).

En fin de séquence de thérapie endopelvienne, Irène ressent le besoin de modifier la position des ses membres inférieurs fléchis sur la table : « *Excusez-moi mais j'ai besoin de réajuster la position de mes jambes.* » (I7. L564) Cependant, elle ne connaît pas la raison de son geste : « *Je ne sais pas, ça s'est fait sans que j'anticipe.* » (I7. L570)

C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes

1) Leurs qualités toniques

En fin de soin endopelvien, Irène exprime être soulagée d'une tension périnéale : « *Ça soulage la tension (tension cicatricielle)... ça soulage d'un poids.* » (I7. L567), et relie cet état de relâchement périnéal à une sensation d'allègement.

2) Leurs dimensions cinétiques

Pendant le soin endopelvien, Irène ressent dans son corps un mouvement étrange : « *Je sens que ça bouge bizarre... tout seul...* » (I7. L536) Ce mouvement « bizarre », elle le sent se mouvoir indépendamment de sa volonté : « *ça bouge... tout seul...* » Elle poursuit : « *plus ça se déplace, plus ça détend.* » (I7. L536) Plus le mouvement se déploie, plus Irène ressent de la détente. De plus, cet état s'accompagne et d'une sensation de douceur : « *Ça s'adoucit, comme si ça se ramollissait* » (I7. L536-537), et d'un effet d'apaisement général du corps : « *Ça m'endort même un peu.* » (I7. L537)

3) Leurs effets

3a) La chaleur

Pendant la séquence de thérapie manuelle ciblée sur l'utérus, Irène ressent de la chaleur : « *Je sens que ça chauffe* » (I7. L529). Cette chaleur se propage au delà de la zone utérine « *ça diffuse plus haut dans le ventre et en bas.* » (I7. L531) Ainsi, Irène sent que cette chaleur gagne en étendue dans deux directions opposées, puis dans tout l'hémi-bassin gauche : « *la chaleur se déplace dans tout le bassin à gauche.* » (I7. L534)

3b) La globalité

Lorsque Irène témoigne de ses ressentis au cours du soin, elle déclare : « *J'ai l'impression que c'est un tout qui communique constamment ! C'est moi, quoi !* » (I7. L668) Irène semble faire l'expérience dans son corps d'une perception de globalité puisque « c'est un tout qui communique », et ceci d'une manière continue. Elle relie « ce tout » à sa propre personne.

3c) La détente psychique en relation avec le bien-être

En début de séquence de thérapie manuelle endopelvienne, Irène témoigne : « *ça tire et en même temps ça fait du bien...* » (I7. L519) Elle exprime ressentir un meilleur confort, un

bien-être au niveau de la zone cicatricielle travaillée. En toute fin de séance de thérapie manuelle endopelvienne, elle témoigne d'un bien-être important et qui la concerne : « *Oui, ça me fait beaucoup de bien.* » (I7. L573)

III. VECUS CORPORELS, PRISES DE CONSCIENCE ET ENRICHISSEMENT IDENTITAIRE

A) Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité

- Constat d'une difficulté à percevoir l'intérieur de son corps pendant les séances, et évolution dans son rapport à son intimité

Irène témoigne ne pas ressentir son utérus lorsque le thérapeute l'informe travailler dessus : « *Quand vous me dites pendant les séances, « Là, je suis sur votre utérus », moi je ne le sens pas ... De toute façon, ça ne m'étonne pas car on va rarement voir comme ça son intérieur du corps.* » (I7. L695-697) Irène ne le perçoit pas, mais n'est pas surprise, car pour elle ce mode d'appréhension est peu exploré dans la vie quotidienne, sauf dans les gestes habituels spécifiques à cette région : « *[...] quand on se met un tampon, ou lors des rapports, mais ce n'est pas pareil... Le frottis, le spéculum, la grossesse... ce sont des sensations tellement opposées ! Ce n'est pas évident.* » (I7. L697-699) Pour Irène, mettre un tampon périodique, avoir des rapports sexuels, des examens gynécologiques ou porter un enfant dans son ventre provoquent des sensations différentes, même « opposées » à celles qu'elle ressent pendant la séance de soin, et cela la confronte. C'est alors qu'elle s'interroge sur ce constat et témoigne de l'existence d'une probable peur ancienne siégeant dans cette région : « *ce que je me dis c'est que c'est un endroit... qui m'a peut-être toujours effrayée...* » (I7. L702-703) Elle argumente : « *J'ai pleuré quand j'ai eu mes premières règles, j'avais peur et c'était difficile lors de mes premiers rapports... je pense que j'avais peur, peur surtout d'avoir mal... Je me disais adolescente que je n'aurai pas d'enfants car j'avais très peur de l'accouchement. L'idée d'avoir un enfant dans le ventre, ça me faisait bizarre... bref, oui, c'est un endroit qui me faisait peur, et c'est ce dont j'ai pris conscience ici...* » (I7. L703-707) Irène exprime les peurs qui ont jalonné son histoire intime liée à la dimension féminine : la peur des menstruations, des rapports sexuels, de la grossesse et de l'accouchement. A travers son corps et la région du petit bassin, devenir jeune fille, femme et mère l'effrayait. C'est au cours des séances qu'elle a pris conscience et mesuré l'intensité de cette peur : « *oui, c'est un endroit qui me faisait peur, et c'est ce dont j'ai pris conscience ici...* » (I7. L707) Enfin, elle conclut : « *Je crois maintenant*

que c'est un endroit de mon corps qui ne me fait plus peur, ou du moins, je suis beaucoup plus détendue par rapport à cette partie de mon corps. » (I7. L707-709) Irène pense qu'à ce jour, cette région ne lui fait plus peur, ou du moins, qu'elle a un rapport à cette dernière plus détendu.

- Vécu corporel en séance et évolution de sa sexualité

Lors de l'entretien en post-immédiateté, au moment où Irène parle de ses tensions corporelles, elle témoigne spontanément d'un changement dans sa sexualité. Pour elle, cela a « changé la donne » : *« ce que j'ai pu apprendre ici... ce dont j'ai pu prendre conscience ici et que j'ai pu appliquer très concrètement... c'est tout simplement lors des rapports sexuels... Ça a changé la donne... » (I7. L610-612)* Un peu plus tard lors du bilan final, lorsque je lui demande si les séances ont eu un effet au niveau de sa sexualité, Irène exprime le fait que les séances l'ont détendue dans son rapport à sa sexualité : *« ces séances m'ont détendue au niveau de ma sexualité. Même si je suis venue spécifiquement pour mes douleurs, et même si j'avais une sexualité agréable, je dirais qu'il y a eu un cran supplémentaire. » (I7. L717-719)* Pour elle, même si elle n'est pas venue en soin spécifiquement pour cela, et que par ailleurs elle témoigne avoir une sexualité agréable, elle a le sentiment d'avoir progressé à ce niveau. Elle précise : *« Comme j'ai pris conscience de ce nœud à cet endroit et que ça s'est dénoué, alors forcément ça m'a apporté dans ma sexualité. » (I7. L719-721)* Pour Irène, gagner en prise de conscience et en relâchement périnéal autour de la zone qui était « nouée », l'a inévitablement aidée dans sa sexualité. Cela s'est traduit par *« un relâchement, plus de lâcher-prise, plus de confiance, moins de peur » (I7. L723)*. Le relâchement physique de ce « nœud périnéal » lui a permis de gagner en lâcher-prise psychique, en confiance, et a également diminué sa peur. Irène conclut : *« Je serai vigilante à ça dans l'avenir dans ma sexualité... c'est là que ça se note le plus. » (I7. L723-724)* Elle témoigne vouloir être attentive dans le futur à transposer cet enseignement dans sa vie sexuelle, et note que c'est au niveau de sa sexualité que les conséquences de la résolution de sa problématique est la plus flagrante.

B) Concernant le rapport à son corps et à ses vécus psycho-émotionnels

1) Prises de conscience concernant le rapport à son corps

- Prise de conscience de l'interaction existant entre l'abdomen et la région périnéale

Pendant la séance de thérapie manuelle, Irène est interpellée par l'impression d'interaction présente entre la région abdominale et périnéale concernant la détente : *« j'ai l'impression que le ventre se détend. Alors je ne sais pas de l'un ou de l'autre, qui fait quoi et comment ça interagit, mais ça aide à détendre la zone qui me gêne en bas. Peut-être que c'est*

l'inverse, mais je ne crois pas. » (I7. L521-523) Irène vit cette interaction sans pouvoir l'expliquer clairement.

- Difficulté à lâcher prise

Pour Irène, la confrontation à la détente de sa région périnéale douloureuse pose problème : *« ce n'est pas facile... ce n'est pas facile de laisser aller... »* (I7. L600) Il est difficile pour elle de se détendre et de lâcher prise mentalement.

- Reconnaissance de son comportement corporel lorsqu'il se tend

Irène est consciente de la réaction de son corps lorsqu'elle se crispe *« Bon, parce que je vois bien tout ce que je peux développer quand je me contracte. Je sens bien qu'il y a plein de choses qui se tendent... »* (I7. L614-615) Elle reconnaît et ressent le mécanisme corporel mis en action. Une accumulation de tensions se produit. Irène précise *« Oui, je sens bien les effets... j'ai mal à ce point (de cicatrice), mal au ventre, au cou, aux trapèzes, les mâchoires sont serrées... »* (I7. L615-616) Elle ressent le point douloureux périnéal et les effets douloureux plus à distance, remontant jusqu'au crâne *via* les tensions des mâchoires.

2) Les émotions

2a) L'étonnement

L'effet du geste de thérapie manuelle endopelvienne pendant le soin provoque une détente qui étonne Irène : *« des fois le relâchement se faisait tout seul, c'était étonnant... »* (I7. L607) Parfois, le relâchement est perçu spontanément et sans intention préalable de relâcher.

- Etonnement lié à un sentiment d'étrangeté perceptive

Pendant le soin manuel proprement dit, lorsque Irène sent un relâchement dans sa gorge, alors que les mains du thérapeute sont situées au niveau de son bassin, elle est étonnée : *« Ça relâche dans la gorge, c'est bizarre... »* (I7. L561) Le caractère inaccoutumé et surprenant est également témoigné lorsque Irène ressent un mouvement autonome dans son corps : *« Je sens que ça bouge bizarre... tout seul... »* (I7. L536)

2b) La joie

Lorsque Irène fait le bilan et témoigne à propos de son état de tension corporelle, elle ponctue ce vécu par un rire : *« Je sais maintenant que j'étais pire avant (rire) ! »* (I7. L639) La prise de conscience par contraste de son état antérieur lui déclenche un rire.

2c) La peur

C'est au moment où Irène exprime sa difficulté à ressentir l'intérieur de son petit bassin qu'elle témoigne d'une réflexion concernant la peur reliée à cette zone : *« ce que je me dis c'est que c'est un endroit... qui m'a peut-être toujours effrayée...[...] bref, oui, c'est un endroit qui*

me faisait peur, et c'est ce dont j'ai pris conscience ici... » (I7. L702-707) Irène a pris conscience pendant le soin que cette région l'avait certainement toujours effrayée, et pense qu'à ce jour, cette région ne lui fait plus peur, ou du moins, qu'elle a un rapport à cette dernière plus détendu : « Je crois maintenant que c'est un endroit de mon corps qui ne me fait plus peur, ou du moins, je suis beaucoup plus détendue par rapport à cette partie de mon corps. » (I7. L707-709)

C) Concernant les manières d'être dans sa vie

- Prise de conscience des tensions périnéales en lien avec les autres parties du corps

Lors du bilan final Irène fait le point sur ses prises de conscience en rapport à ses tensions corporelles : *« Je sens bien qu'il y a plein de choses qui se tendent... Oui, je sens bien les effets... j'ai mal à ce point (de cicatrice), mal au ventre, au cou, aux trapèzes, les mâchoires sont serrées... » (I7. L615-616) Irène prend conscience du lien existant entre sa douleur de cicatrice périnéale et les autres douleurs et crispations dans son corps, depuis le petit bassin jusqu'à ses mâchoires. Elle poursuit : « Je crois que je n'avais jamais senti à quel point je pouvais être tendue dans le ventre. » (I7. L620-621) Irène prend conscience pour la première fois, au travers de ses ressentis, du degré majeur d'intensité de sa tension abdominale. Ensuite, elle ajoute : « J'ai senti que les intestins tendus avaient un effet en bas, au niveau du périnée... Par exemple, maintenant cela ne m'étonne pas que j'aie des hémorroïdes facilement. C'est sûr que quand je bloque, ça doit bloquer la circulation... » (I7. L621-624) Elle ressent les effets d'une tension intestinale sur la zone périnéale, et fait un lien de cause à effet entre ses tensions digestives intestinales abdominales et ses tensions digestives dans sa partie terminale anale.*

- Prise de conscience du lien entre symptôme, blocage physique, et tension corporelle

Elle donne un nouveau sens à sa problématique hémorroïdaire : *« [...] maintenant cela ne m'étonne pas que j'ai des hémorroïdes facilement. C'est sûr que quand je bloque, ça doit bloquer la circulation... » (I7. L621-624) Selon elle, l'accumulation de tensions aurait empêché la bonne circulation vasculo-veineuse anale et rectale terminale, et lui provoque plus facilement des hémorroïdes. Elle conclut par une prise de conscience concernant son état tonique corporel : « C'est le travail de détente qui m'a fait prendre conscience à quel point j'étais tendue. » (I7. L626-627) C'est par contraste et grâce à ce travail de détente qu'Irène prend conscience de l'importance de ses tensions.*

- Prise de conscience de sa difficulté à « laisser aller »

Lors de l'entretien en post-immédiateté, lorsque Irène évoque son « auto-dialogue » pendant le soin concernant l'état de tension corporelle, elle prend conscience de sa difficulté à « laisser aller » : « *Ce n'est pas facile... ce n'est pas facile de laisser aller...* » (I7. L600)

- Prise de conscience de ses tensions physiques en lien avec un comportement dans la vie

Irène prend conscience des tensions de ses mâchoires et témoigne : « *je réalise que j'ai les mâchoires très crispées. Je suis tout le temps en lutte... Je lutte tout le temps.* » (I7. L503-504) Elle fait le parallèle entre ses fortes tensions de mâchoires et sa posture de vie en constante lutte, dans une attitude physique de combat.

- Prise de conscience du lien existant entre tension corporelle et état de stress

Concernant la prise de conscience des tensions corporelles, Irène déclare : « *Je pense que le travail qu'on a fait ici m'a fait prendre conscience de toutes les autres tensions, et que ces tensions là étaient inhérentes à mon état de stress.* » (I7. L633-635) L'expérience acquise pendant les séances lui fait prendre conscience de l'ensemble des tensions dans son corps, et de leur lien avec un état de stress personnel. Et même si elle connaissait déjà ce lien, il prend ici un caractère d'évidence : « *Même si je le savais quand même, là ça devient évident.* » (I7. L635-636)

- Gain dans sa capacité à agir et anticiper sur sa problématique de tension corporelle

Parmi les choses essentielles apprises pendant les séances, Irène témoigne de sa capacité à pouvoir agir sur son état de tension « *je peux agir quand je suis tendue, c'est-à-dire, que j'ai une action plus tôt qu'avant, comme une anticipation précoce.* » (I7. L631-632) Cette capacité peut dorénavant s'exprimer plus précocement dans sa vie quotidienne. Elle poursuit « *Comme j'en ai plus conscience, je peux agir avant d'arriver dans le rouge et avant que ça (les tensions) m'épuise.* » (I7. L632-633) Ce gain de conscience lui permet d'agir avant d'être épuisée par ses tensions.

5.1.2 Analyse herméneutique du cas de Irène

I. VECUS EN RAPPORT AVEC LE SYMPTOME INITIAL ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

A) Les ressentis corporels

Les ressentis corporels d'Irène en rapport avec sa symptomatologie de douleur de cicatrice chirurgicale périnéale (ablation d'un kyste de la glande de Bartholin) se concentrent

d'une manière prépondérante autour de cette douleur, de sa présence ressentie ou non, de la variation de son intensité et de comment Irène vit les effets de ces ressentis de douleur.

Lors du bilan-entretien de début de séance, elle note une diminution évidente de l'intensité de cette douleur en « tête d'épingle », qui pique beaucoup moins. Irène est d'autant plus enthousiaste quant à cette amélioration, que son témoignage se situe pendant la période de ses menstruations, période où cette douleur est habituellement exacerbée. Ainsi, même si la douleur est encore présente, elle déclare la vivre d'une manière tout à fait supportable. A ce stade du soin, Irène décrit donc précisément la nature de cette douleur de type picotement, avec une nette amélioration de sa symptomatologie. Cependant, lorsqu'elle ajoute qu'elle se sent mieux globalement, il n'est pas possible d'affirmer que le meilleur état général qu'elle évoque soit en lien avec la diminution de sa problématique de douleur. En effet, elle fait allusion à son état psycho-émotionnel de la séance antérieure, où très contrariée dans sa vie, elle avait exprimé son mal-être à travers des pleurs.

Lors de la séance de thérapie manuelle endopelvienne, Irène témoigne spontanément de l'évolution de ses ressentis concernant spécifiquement sa douleur cicatricielle périnéale : au début, la présence d'un picotement de petite intensité localisé sur sa cicatrice, qui au cours du soin disparaît. C'est lors d'une de ces séquences, et au moment où ma main externe abdominale bouge, qu'Irène témoigne ne plus ressentir de gêne. Ainsi, le ressenti douloureux cicatriciel, spontanément témoigné par Irène et présent au début du soin endopelvien, évolue et disparaît.

Dans l'entretien de début de séance, Irène témoigne d'une forte diminution de l'intensité de sa douleur cicatricielle qui devient tout à fait supportable dans son quotidien.

Pendant la séance de thérapie manuelle, Irène constate ne plus ressentir la douleur au moment où la main externe abdominale du thérapeute se met en mouvement.

B) Les réflexions et prises de conscience

Lorsqu'Irène témoigne pendant le soin endopelvien ne plus ressentir de gêne, elle utilise un langage imagé. Elle vit la disparition de ce ressenti comme si la douleur s'était assoupie, comme si un feu s'était éteint. Alors, quand je lui demande ce que signifie cette situation pour elle (celle du feu qui s'éteint), elle dit qu'on peut l'éteindre, c'est-à-dire qu'elle évoque à travers cette image l'espoir d'une possibilité d'agir positivement sur sa problématique. Il me semble intéressant de noter que ce témoignage paraît marquer un début de changement dans le rapport qu'a Irène avec sa douleur. Au lieu de subir sa douleur, de se sentir impuissante vis-à-vis d'elle, comme elle en témoignait en début de prise en charge de soin, Irène exprime le fait

que l'on puisse agir dessus. Même si elle ne se situe pas encore tout à fait en place de sujet lorsqu'elle emploie le pronom « on » et non le « je », ce témoignage reflète une possible nouvelle attitude face à sa problématique. Nous verrons, au cours du verbatim et au fur et à mesure de l'analyse, l'importance de la place que prend cette capacité d'action sur son symptôme douloureux, en tant qu'élément à part entière du processus thérapeutique d'Irène.

Pendant le soin, Irène, par contraste, ne ressent plus de gêne, et fait part de sa réflexion : elle évoque l'espoir d'une possibilité d'agir sur sa douleur, fait marquant d'un début de changement de regard porté sur son symptôme et sur son corps.

Dans la phase d'entretien qui suit la séquence de thérapie manuelle proprement dite, Irène témoigne avoir eu des pensées et avoir vécu des prises de conscience à deux reprises pendant le soin, mais qu'elle n'a pas verbalisées.

Tout d'abord, au moment où elle est connectée à sa gêne cicatricielle qui ensuite disparaît, elle débute un dialogue avec elle-même, et se dit que ce symptôme douloureux accapare son esprit, créant une tension psychique qui la fige dans un comportement de focalisation mentale, où elle « repart en vrille » sur sa problématique douloureuse. Elle témoigne alors prendre conscience que ce mécanisme de fixation mentale augmente ses tensions psychiques. Dans ce témoignage, Irène décline plusieurs étapes dans son processus de prise de conscience en rapport avec son symptôme de douleur cicatricielle périnéale. Dans un premier temps, elle est en contact avec sa gêne cicatricielle, puis à un moment ne la ressent plus. Ensuite, c'est au moment où elle vit dans son corps le contraste entre la présence ressentie de sa douleur et sa disparition, qu'une pensée, un « auto-dialogue », émerge. Il me semble intéressant de noter ce fait. En effet, c'est comme si la perception de ce décalage de ressenti était l'élément déclencheur, lui permettant de créer un espace propice à la réflexion et donc un espace potentiel au déploiement de ce processus de prise de conscience. Irène prend conscience de son mécanisme de focalisation mentale. Elle constate l'importance que prend cette problématique dans son espace mental en « voyant », dit-elle, qu'elle s'enferme de nouveau dans sa douleur. C'est au moment où elle constate cognitivement les effets que prend cette gêne dans sa vie, qu'elle revit dans son corps son comportement de fixation sur sa douleur. Enfin, Irène témoigne prendre conscience des effets de cette fixation mentale sur ses tensions psychiques, qui l'enferment dans sa problématique.

Irène témoigne en post-immédiateté de la prise de conscience vécue mais non verbalisée pendant le soin (exprimée sous la forme d'un auto-dialogue), de son mécanisme de focalisation mentale et des effets délétères sur son psychisme et son symptôme.

L'autre prise de conscience se déroule au moment où Irène vit le contraste tensionnel entre deux parties de son périnée, (l'une tendue du côté de la gêne et l'autre détendue). Elle se questionne alors, à propos de son point douloureux, sur le fait de sa présence et de sa persistance dans le temps, et émet en son fort intérieur le souhait qu'un jour cette partie douloureuse se détende comme l'autre. Cette pensée s'étant concrètement réalisée à ce moment là, Irène prend conscience que son intention de détendre peut avoir un effet positif sur cette zone. Forte de cette expérience porteuse d'une nouvelle perspective, elle prolonge son dialogue intérieur et se dit que si cette partie a pu se détendre sous l'effet de cette intention réflexive, alors probablement que sa problématique pourrait un jour disparaître. Ainsi, ce vécu pendant la séance de thérapie manuelle permet à Irène d'expérimenter et de prendre conscience de l'influence possible d'un changement de représentation sur un vécu corporel.

Dans ces deux témoignages concernant des réflexions et des prises de conscience, il est intéressant de noter qu'ils émergent au moment où Irène vit une situation de contraste de vécus perceptifs périnéaux localisés et « opposés » concernant, pour l'un la douleur, pour l'autre une différence de tension entre ses deux héli-périnées.

Irène prend conscience qu'une pensée et un souhait de détendre sa zone tendue cicatricielle peuvent avoir des effets concrets de détente.

Irène fait alors un lien de cause à effet en émettant l'hypothèse que sa douleur puisse un jour disparaître.

C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

Concernant son symptôme, lors de l'entretien de fin de séquence de thérapie manuelle, Irène note que plus elle est détendue, moins la gêne périnéale ressentie habituellement est douloureuse. Cette prise de conscience du lien existant entre un gain de détente corporelle acquis pendant le soin et une diminution de l'intensité de sa douleur cicatricielle lui permet de progresser dans la compréhension de ce lien et des variations d'états. Pour elle, cette douleur serait donc le baromètre de son état de tension ou de détente corporelle. Ainsi, Irène témoigne d'un lien de cause à effet vécu lors de la phase de thérapie manuelle, entre un état de tension corporelle et sa douleur périnéale.

Voici comment Irène témoigne de l'état tensionnel de son corps, de ses variations perçues, et de son action possible permettant plus de détente dans sa vie quotidienne. Tout d'abord, pendant la séance de thérapie manuelle, lorsqu'elle prend conscience dans son corps de la présence d'une résistance à la détente, et qu'elle utilise son intention de relâcher à cet endroit,

elle constate que cette tension peut se relâcher. Forte de cette expérience, Irène va ensuite utiliser cette capacité d'intention nouvellement conscientisée dans sa vie quotidienne. Ainsi, elle constate pendant la journée que son intention de relâcher dans son corps a plus d'impact, que l'information de détente est plus fréquente, et qu'elle se fait presque naturellement, « malgré elle ». C'est notamment dans le cadre de son activité professionnelle qu'Irène illustre les effets positifs de cette détente. Elle a l'impression que récemment, son corps reconnaît davantage cet état de relâchement, qu'il comprend mieux « ce que la détente veut dire », et que son corps semble avoir gagné en souplesse. Ainsi, toutes ces nouvelles prises de conscience et compréhension concernant la possibilité d'un relâchement physique corporel ayant un impact plus général de détente somato-psychique au quotidien, semblent s'intégrer dans un processus d'amélioration global de détente s'effectuant d'une manière de plus en plus autonome dans sa vie.

Notons par ailleurs, que ce processus autonome constaté dans le quotidien d'Irène s'est également révélé pendant la séance de thérapie manuelle, lorsqu'elle a noté avec étonnement que des parties de son corps pouvaient se relâcher, sans pour autant avoir besoin de décider et commander volontairement celui-ci. Ainsi, même si Irène ne l'exprime pas directement, l'ensemble de son témoignage lors du soin en thérapie manuelle conforte l'hypothèse que la nette diminution de sa douleur cicatricielle serait liée à une amélioration de son état de détente corporelle général. En tout état de cause, Irène exprime l'amélioration et la capacité nouvelle que possède son corps à pouvoir davantage se détendre, et témoigne être beaucoup moins gênée au niveau de sa douleur cicatricielle périnéale.

Irène prend conscience pendant le soin du lien existant entre un gain de détente corporelle et une diminution de l'intensité de son symptôme de gêne douloureuse cicatricielle.

Irène prend conscience des effets positifs d'une intention de détendre.

Irène décide d'expérimenter cette intention dans son quotidien, et constate une détente plus globale sur le plan somato-psychique (détente plus fréquente, plus efficace), ainsi que l'installation d'un processus autonome.

Enfin, lors du bilan final, Irène témoigne du lien existant entre sa sexualité et la gestion par la détente corporelle de sa problématique douloureuse. Selon elle, l'apprentissage et la mise en pratique des informations recueillies pendant la prise en charge lui ont permis de les transposer dans sa vie intime en faisant évoluer sa sexualité. Même si, à ses dires, elle n'est pas venue en soin spécifiquement pour cela, et que par ailleurs elle témoigne avoir une sexualité agréable, elle a le sentiment d'avoir progressé à ce niveau. Pour elle, les séances l'ont détendue

dans son rapport à sa sexualité (comme elle a pu constater que les séances l'ont détendue globalement dans son corps en ayant un effet positif sur sa douleur périnéale). Elle précise qu'elle ressent un relâchement, plus de lâcher-prise, plus de confiance et moins de peur, décrivant par là-même les vecteurs favorisant une plus grande détente globale dans sa sexualité. Ainsi, l'ensemble de ces critères et de ces étapes lui permettent de progresser dans sa capacité à accueillir avec plus de sérénité sa vie sexuelle. D'ailleurs, Irène témoigne en conclusion vouloir être attentive dans le futur à transposer cet enseignement de détente corporelle dans sa vie sexuelle, et exprime ainsi une des manières de progresser dans sa sexualité au travers de la gestion de sa symptomatologie périnéale douloureuse. Enfin, elle reprecise que c'est au niveau de sa sexualité que la résolution de sa problématique est la plus flagrante.

Irène a progressé dans sa capacité à accueillir sa sexualité avec plus de sérénité, grâce à l'apprentissage et aux prises de conscience concernant la détente corporelle pendant le soin (plus de détente, de lâcher-prise, de confiance, moins de peur)

II. RESENTIS PHYSIQUES PERÇUS AU COURS D'UNE SÉANCE DE FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVIENNE

A) En rapport avec ses tensions biomécaniques

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, Irène perçoit une tension biomécanique périnéale localisée sous mes doigts, exprimée sous la forme d'une résistance dense. Le ressenti tensionnel localisé évolue vers plus de détente au niveau du petit bassin, mais également plus à distance. Par exemple, à un moment du soin, Irène ressent une tension dans la région abdominale qui évolue vers plus de relâchement (lors du travail de thérapie manuelle sur son espace utérin). À un autre moment, elle ressent une détente au niveau de la gorge, du diaphragme via la détente de sa respiration. Lors du bilan final, Irène revient sur ce même aspect de ressenti de détente à distance du petit bassin, mais qui n'a pas été verbalisé pendant le moment du soin endopelvien. Elle a ressenti un relâchement au niveau crânien, et plus précisément au niveau de ses yeux, nécessitant le besoin de les fermer. Elle témoigne faire le lien entre le relâchement oculaire ressenti accompagné de la clôture des yeux, et le gain de ressenti perçu au niveau de son petit bassin. Ainsi, Irène perçoit une interaction entre un gain de détente dans son crâne, une meilleure perception de son petit bassin, et un effet de plus grande détente. Par contre, il n'est pas possible à ce stade du verbatim de pouvoir interpréter plus en avant, c'est-à-dire de savoir si le meilleur ressenti d'Irène au niveau de son petit bassin est en

lien direct avec le relâchement oculaire, ou si le fait de fermer les yeux lui permet de gagner dans une qualité d'attention introspective favorisant une meilleure perception périnéale. Enfin, lors du bilan, Irène témoigne avoir ressenti des relâchements dans son corps, d'habitude perçus localement au niveau du petit bassin, mais perçus plus à distance lors de la séance de ce jour.

Pendant le soin, Irène ressent une détente localisée à la zone cicatricielle périnéale, et plus à distance (ventre, diaphragme, gorge, yeux, mâchoires).

Irène fait le lien entre la détente de ses yeux et une meilleure perception de son petit bassin.

B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente

Au moment du soin endopelvien, Irène témoigne ressentir le déplacement objectif de ma main externe sur son abdomen et exprime à ce moment précis de ne plus ressentir de douleur périnéale. Ainsi, Irène a la capacité de ressentir non seulement le mouvement de ma main externe, mais également de percevoir les effets à distance du mouvement majeur de mon geste manuel thérapeutique. Le témoignage d'Irène met en évidence sa capacité à poser son attention perceptive à distance de la zone du déplacement objectif (de mon geste manuel), au sein du volume situé entre mes deux mains, faisant ainsi le lien entre les deux mains. De plus, elle témoigne ressentir les changements d'orientation pris par mes mains.

En fin de séquence de thérapie endopelvienne, Irène ressent le besoin de modifier la position des ses membres inférieurs fléchis sur la table, (alors qu'elle ne l'a jamais pratiqué auparavant), sans toutefois pouvoir expliquer ce qui a provoqué ce mouvement majeur.

Irène a la capacité de poser son attention sur plusieurs éléments en même temps pendant que les mains du thérapeute se déplacent, et d'en ressentir les effets (orientation du déplacement, volume perçu entre les mains, disparition de la gêne localisée).

C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes

1) Leurs qualités toniques

En fin de soin endopelvien, lorsque Irène ressent un relâchement au niveau de sa tension cicatricielle périnéale, elle emploie un qualificatif subjectif correspondant à de l'allègement. Elle sent que les effets du geste thérapeutique manuel procurent un « soulagement de sa tension », et va jusqu'à exprimer le sentiment d'être « soulagée d'un poids ». De quel poids parle-t-elle ? Simplement d'un allègement de sa tension physique périnéale (alors qu'elle n'a pas témoigné jusqu'ici de cette problématique), ou bien d'un ressenti concernant la dimension somato-psychoémotionnelle d'un vécu tensionnel en lien avec la symptomatologie douloureuse qui lui pèse dans sa vie quotidienne, dans sa vie intime, et qui peut poser problème dans

l'expression de sa sexualité ? La dimension subjective du ressenti exprimé par Irène ne permet pas de déployer plus amplement la question.

Lorsqu'Irène ressent un relâchement physique au niveau de sa cicatrice, elle témoigne d'un soulagement physique, et simultanément d'un vécu sur le plan somato-psychique (elle se sent soulagée d'un poids).

2) Leurs dimensions cinétiques

Pendant une séquence de soin endopelvien, Irène ressent dans son corps un mouvement interne particulier qui l'interpelle, alors que ni elle, ni moi ne bougeons. Elle semble surprise de sentir que ce mouvement se meut en elle indépendamment de sa volonté, et témoigne alors de ses effets positifs. Non seulement elle ressent dans son corps cette composante cinétique subjective et inhabituelle, mais elle témoigne du fait que, plus elle la sent se « déplacer », plus elle ressent de la détente physique. Cet état s'accompagne d'une sensation de douceur et d'un effet d'apaisement général du corps. Ainsi, à travers ce ressenti de mouvement interne subjectif, Irène objective trois dimensions intrinsèques à ce ressenti cinétique : une dimension d'autonomie, une capacité à pouvoir participer à la détente physique et à provoquer une sensation de bien-être (ressenti de douceur et d'apaisement).

Pendant le soin, Irène ressent un mouvement autonome inhabituel dans son corps. Elle note les effets de ce mouvement (détente et bien-être).

3) Leurs effets

Les effets de ces mouvements subjectifs internes ressentis sont exprimés par Irène de trois manières différentes : l'apparition d'une sensation de chaleur, un gain de globalité et un ressenti de détente psychique en relation avec un bien-être.

3a) La chaleur

C'est lors de la phase de thérapie manuelle endopelvienne, au moment de la séquence ciblée sur son utérus, qu'Irène témoigne spontanément ressentir de la chaleur qui se propage au delà de cette zone utérine, vers la région abdominale et vers la zone périnéale.

Irène ressent de la chaleur localisée (région utérine) gagner en étendue dans deux directions opposées, puis dans tout l'hémi-bassin gauche.

3b) La globalité

La dimension de globalité n'est exprimée par Irène qu'au moment de l'entretien final, lorsqu'elle témoigne à propos de son dialogue intérieur pendant la séquence de thérapie manuelle. Pendant le vécu de cette phase de réflexions intimes, elle exprime alors avoir

l'impression que c'est un ensemble de choses qui communiquent constamment entre elles, sans pour autant ajouter plus de détails concernant ce « tout qui communique ». Par contre, elle précise et fait le lien, dans la phrase suivante, entre ce ressenti et le sentiment d'elle-même puisqu'elle ajoute que son ressenti, c'est bien d'elle dont il s'agit. Ainsi, ce vécu de parties constitutives d'elle-même qui communiquent entre elles englobe une dimension existentielle où elle se reconnaît dans son individualité. Ainsi, Irène témoigne de l'impact de la séance de thérapie manuelle sur la globalité de sa personne.

Pour Irène, la dimension de globalité se vit comme un « tout qui communique » en elle, et se reconnaît, à travers le vécu de globalité, dans sa dimension de singularité.

3c) La détente psychique en relation avec le bien-être

Irène témoigne de cet effet à deux reprises, et à propos des effets de la thérapie manuelle sur sa cicatrice périnéale. Tout d'abord lors du travail sur ses résistances, elle exprime un ressenti pouvant paraître paradoxal, dans le sens où elle perçoit que cela tire, mais en même temps, cela lui fait du bien. Toutefois, cet étirement de la zone semble permettre à Irène de gagner en confort de cette région. Ensuite, en toute fin de séance de thérapie manuelle endopelvienne, elle témoigne de ce bienfait par rapport à l'ensemble du travail effectué sur sa cicatrice.

Irène témoigne des bienfaits de la détente physique dans une dimension de bien-être lors du travail sur sa cicatrice.

III. VECUS CORPORELS, PRISES DE CONSCIENCE ET ENRICHISSEMENT IDENTITAIRE

A) Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité

- Irène et son rapport au féminin et à l'intime

Lors de l'entretien de bilan final, lorsque je lui demande ce qui l'a particulièrement interpellée lors du soin, Irène témoigne de sa difficulté à percevoir l'intérieur de son corps, et prend comme exemple un moment de la séance de thérapie endopelvienne où je l'informais travailler sur son utérus. Elle constatait alors ne pas le ressentir, mais n'est pas surprise de cela, car pour elle, il est logique que si l'on n'expérimente que rarement une situation, alors elle est difficilement accessible à la perception. Selon elle, on aborde cette région dans des situations de la vie comme mettre un tampon périodique, avoir des rapports sexuels, des examens gynécologiques ou porter un enfant dans son ventre. Ces expériences provoquent des sensations

différentes, et très opposées à celles de ressentir cette région pendant le soin endopelvien, lorsqu'elle est dans situation de percevoir son utérus. A ce moment du verbatim, Irène n'éprouve pas le besoin d'approfondir davantage l'exploration des perceptions internes. C'est alors qu'elle rebondit et fait part d'une réflexion sur son petit bassin qui la questionne profondément. Elle se dit (et me confie à voix haute) que cette région l'a peut-être toujours effrayée. Irène précise sa pensée autour de ses peurs qui ont jalonné son histoire intime de femme : la peur des menstruations, des rapports sexuels, de la grossesse et de l'accouchement. Elle revisite, en les nommant, toutes les étapes charnières de sa vie de femme (devenir jeune fille, femme et mère), et constate que cela l'effrayait. Elle prend donc conscience qu'elle vivait dans son corps de femme avec la présence d'une peur sous-jacente en « toile de fond » de sa vie intime. Enfin, Irène conclut par le constat que c'est au cours des séances qu'elle a pris conscience et mesuré l'intensité de cette peur et pense qu'à ce jour, cette région ne lui fait plus peur, ou du moins, qu'elle a un rapport à celle-ci plus détendu. Ainsi, Irène témoigne au travers de ces trois séquences (ne pas souhaiter approfondir ses perceptions internes du petit bassin, exprimer la présence de peurs dans ce lieu, et penser ne plus avoir peur de cette région), de l'évolution positive de son rapport à cette région du petit bassin en lien avec des formes d'expression corporelle liées à la dimension féminine.

Irène témoigne, en fin de séance, du processus de prise de conscience de l'existence de peurs sous-jacentes anciennes reliées à son petit bassin dans sa dimension féminine.

- Vécu corporel en séance et évolution de sa sexualité

Lors du bilan final, lorsqu'Irène témoigne de ce qu'elle a appris à propos du travail en rapport avec sa cicatrice douloureuse, elle note un changement notable dans sa sexualité. L'apprentissage, les prises de conscience et la mise en pratique des informations recueillies pendant la prise en charge thérapeutique ont permis à Irène de les transposer dans sa vie intime, en faisant évoluer sa sexualité. Même si, selon elle, elle n'est pas venue en soin spécifiquement pour cela, et que par ailleurs elle témoigne avoir une sexualité agréable, elle a le sentiment d'avoir progressé à ce niveau. Il est intéressant ici de noter qu'à ce moment du témoignage, Irène met en lien des étapes charnières concernant l'évolution dans son rapport à sa sexualité, c'est-à-dire le lien existant entre la détente physique localisée au niveau du périnée, une détente plus globale somato-psychique, et le changement opéré sur sa sexualité. Le fait qu'elle ait pris conscience de ce « nœud périnéal » et qu'il se soit « dénoué », a représenté pour Irène, une aide évidente dans sa sexualité. Elle précise alors avoir progressé dans plus de relâchement, plus de lâcher-prise, plus de confiance, et ressent moins de peur. Ainsi, l'ensemble de ces critères et de

ces étapes lui permettent de se « renforcer » dans sa capacité à accueillir avec plus de sérénité sa vie sexuelle. D'ailleurs, Irène témoigne en conclusion vouloir être attentive dans le futur à transposer cet enseignement autour de la détente corporelle dans sa vie sexuelle, et exprime ainsi une des manières d'évoluer dans sa sexualité. Enfin, elle reprecise que c'est au niveau de sa sexualité que la résolution de sa problématique s'exprime de façon la plus évidente.

Irène a transposé le travail de prise de conscience de la détente corporelle dans sa sexualité, et a noté les effets positifs (plus de relâchement, de lâcher-prise, de confiance, et moins de peur).

B) Concernant le rapport à son corps et à ses vécus psycho-émotionnels

1) Prises de conscience concernant le rapport à son corps

- Prise de conscience de l'interaction existant entre l'abdomen et la région périnéale

Lors de la séance de thérapie manuelle, Irène est interpellée par un ressenti concomitant de détente corporelle au niveau de son ventre et de sa zone douloureuse périnéale. C'est au moment où elle sent son ventre se détendre qu'elle exprime son questionnement à propos d'une probable interaction entre la région abdominale et la zone périnéale. Même si elle ne peut pas expliquer clairement laquelle de ces deux régions agit sur l'autre, elle exprime malgré tout que, le ventre se détendant, elle le vit comme une aide à la détente périnéale. Puis Irène remet en question cette prise de conscience de l'effet de détente du ventre sur le périnée. Elle hésite en se disant que c'est peut-être l'inverse, puis revient sur sa position. Il est intéressant de noter de noter que c'est à travers ce questionnement qu'Irène affine sa description et l'appropriation de son expérience. Ainsi, même si, Irène ne parvient pas à (s')expliquer complètement son expérience perceptive, qui semble être inhabituelle et riche (puisqu'il se passe plusieurs choses en même temps), on voit qu'elle s'appuie sur la dimension perceptive qu'elle valide et ne remet pas en question.

Irène prend conscience, pendant le soin, de l'existence d'un phénomène d'interaction entre deux parties de son corps (la détente de la région abdominale favorise la détente périnéale).

Même si elle ne se l'explique pas, elle valide ce phénomène vécu comme une évidence perceptive.

- Difficulté à lâcher prise

Irène exprime une autre prise de conscience en rapport avec son état tonique corporel global. Le fait d'avoir travaillé sur la détente corporelle, lui a permis de prendre conscience à quel point elle était tendue. C'est par contraste qu'Irène prend conscience de l'importance de ses tensions.

Le travail de détente corporelle pendant le soin a permis à Irène de prendre conscience de son état de tension.

- Reconnaissance de son comportement corporel lorsqu'il se tend

Par ailleurs, lors du bilan final, Irène témoigne être confrontée, lorsque son corps se crispe, aux effets délétères de cette crispation dans son corps. Elle perçoit bien que sa cicatrice est alors plus douloureuse, qu'elle a mal au ventre, au cou, aux trapèzes, et que ses mâchoires se crispent. Irène est consciente des douleurs et des tensions qui augmentent et s'accumulent dans son corps, (aussi bien d'un point de vue qualitatif que quantitatif). Il est intéressant de noter qu'Irène exprime clairement, à ce moment précis et à travers cette confrontation, être consciente du lien existant entre ses tensions du corps qui s'amplifient et sa cicatrice qui devient douloureuse, alors que jusqu'à maintenant, elle ne l'avait pas verbalisé clairement.

Irène a pris conscience des effets délétères des crispations dans son corps, localement sur sa douleur cicatricielle (qui devient plus douloureuse) et à distance (tensions dans le ventre, cou, épaules, mâchoires).

2) Les émotions

2a) L'étonnement

Irène marque de l'étonnement lorsqu'elle constate qu'un relâchement tonique peut se réaliser dans son corps d'une manière spontanée, sans la participation de son intention cognitive. De plus, elle témoigne d'un étonnement lié à un sentiment d'étrangeté perceptive à deux moments différents, l'un en rapport avec les effets du relâchement ressenti dans son corps à distance de la zone pelvi-périnéale travaillée, et l'autre lorsqu'elle perçoit un mouvement autonome dans son corps, alors que ni moi ni elle ne bougeons. Ainsi, Irène exprime de la surprise lorsque son ressenti est inhabituel et ne correspond pas *a priori* à son référentiel perceptif de base, comme par exemple, lors de la séance de thérapie manuelle endopelvienne, au moment où elle ressent ce relâchement spontané, ou lorsqu'elle ressent celui-ci à distance, au niveau de sa gorge. Le sentiment d'étrangeté que ressent Irène est donc en relation avec une expérience perceptive inédite pour elle. Ainsi, il est possible de dire que ces trois moments d'expérience de ressentis vécus pendant le soin représentent pour Irène des éléments participant à son enrichissement perceptif général.

Irène manifeste de la surprise lors d'un ressenti inhabituel (d'un mouvement subjectif interne), ou lors d'un relâchement perçu spontanément dans son corps, localement ou à distance de la zone pelvienne soignée.

2b) La joie

Lors de l'entretien de bilan final, lorsqu'Irène fait le point sur son état de tension corporelle générale, elle ne peut s'empêcher de le comparer avec son état antérieur, et ponctue sa phrase par un rire. Elle a pris conscience pendant la séance de sa capacité à relâcher son corps, et donc, par contraste, de l'état de tension dans lequel elle était avant la séance. Malgré tout, selon elle, elle reste quelqu'un de tendu. Ainsi, même si elle a progressé, elle exprime avec humour le fait qu'elle se perçoit encore tendue, puisqu'elle sait maintenant qu'elle était encore plus tendue avant !

Irène manifeste un rire lorsqu'elle prend conscience de son état de détente corporelle, mais aussi de son état de tension persistant car elle le compare avec son état antérieur.

2c) La peur

Lors de l'entretien effectué en post-immédiateté, au moment où Irène exprime sa difficulté à ressentir l'intérieur de son petit bassin, elle fait le lien avec sa biographie, et témoigne avoir certainement toujours été effrayée par cette région. Elle cite la peur, adolescente, d'avoir mal lors des rapports sexuels, ainsi que celle associée à l'idée qu'un jour elle puisse accoucher. Il est intéressant de noter les conditions d'émergence de cette émotion de peur et son évolution. C'est au cours de l'analyse de sa difficulté perceptive, ressentie pendant la séance de thérapie manuelle, qu'Irène relie cette confrontation à une émotion de peur concernant la manière dont elle se percevait adolescente dans ses vécus en relation avec sa dimension féminine.

Irène a pris conscience, pendant le soin, des peurs sous-jacentes ayant jalonné tout son parcours de vie, et reliées à la région de son petit bassin et à son histoire de femme.

Irène témoigne d'un changement de point de vue en fin de prise en charge (elle est plus détendue par rapport à cette région du corps).

C) Concernant les manières d'être dans sa vie

- Prise de conscience des tensions périnéales en lien avec les autres parties du corps, et du lien entre symptôme, blocage physique, et tension corporelle

Tout d'abord, lors du bilan final, lorsqu'Irène exprime sa prise de conscience en rapport avec ses tensions corporelles, elle témoigne d'un effet autre que celui en rapport avec sa zone cicatricielle douloureuse. En effet, elle réalise que jusqu'alors, elle n'avait jamais ressenti à quel point elle était tendue dans son ventre, et que cela avait un effet sur sa zone intestinale. A

ce moment précis, elle fait un lien de cause à effet entre ses tensions digestives intestinales abdominales et ses tensions digestives dans sa partie terminale anale. Cette prise de conscience amène Irène à dérouler une étape supplémentaire dans son processus réflexif autour de cette prise de conscience et de la compréhension du fonctionnement son corps. Elle donne alors une explication personnelle à sa problématique hémorroïdaire, en formulant l'hypothèse que si elle se crispe, c'est que cela doit empêcher la bonne circulation vasculo-veineuse anale et rectale terminale et donc favoriser l'apparition la crise hémorroïdaire.

La prise de conscience de ses tensions du ventre permet à Irène une meilleure compréhension du fonctionnement de son corps et de l'apparition de sa problématique (hémorroïdaire).

- Prise de conscience de sa difficulté à « laisser aller »

Irène prend conscience d'une difficulté à lâcher-prise. C'est au cours de l'entretien faisant suite à la thérapie manuelle, lorsqu'Irène parle de son rapport à ses tensions ressenties dans son corps au niveau de la zone périnéale, qu'elle poursuit son témoignage en exprimant le fait qu'il ne soit pas facile « de laisser aller ». Même s'il n'est pas possible ici de savoir si son témoignage concerne la difficulté à relâcher cette région douloureuse périnéale, ou bien si cela a trait à une difficulté physique plus générale, il me semble intéressant de noter que le terme « laisser aller » sous-entend une dimension plus globale comportementale de lâcher-prise psycho-émotionnel. Ainsi, au travers de la confrontation dont elle témoigne, Irène exprime le lien qu'elle établit entre sa difficulté à relâcher son corps physique et sa difficulté à se détendre sur le plan psychique, soit une manière de fonctionner où le lâcher-prise n'est pas aisé. Elle ne précise pas si cette prise de conscience concernant son attitude est nouvelle pour elle ou non, mais il est clair qu'elle en déroule ici des aspects qui l'interpellent fortement.

Au travers de la prise de conscience de sa difficulté à se relâcher dans son corps, Irène prend conscience de sa difficulté à se détendre psychiquement (lâcher prise).

- Prise de conscience de ses tensions physiques en lien avec un comportement dans la vie

Une autre prise de conscience est exprimée par Irène pendant l'entretien de début de séance. Lorsqu'elle prend conscience de l'état de crispation de ses mâchoires, elle exprime dans le même élan le fait qu'elle soit « tout le temps en lutte ». Elle fait le lien entre les tensions de ses mâchoires et une posture significative dans sa vie qui témoigne d'une attitude de combat. Irène se perçoit donc comme quelqu'un qui doit tout le temps se battre dans sa vie.

Irène fait le lien entre ses crispations de mâchoires et son attitude de lutte dans la vie.

- Prise de conscience du lien existant entre tension corporelle et état de stress

Irène témoigne de la prise de conscience du lien existant entre ses tensions corporelles plus générales (autres que celles de sa région périnéale douloureuse) et un état de tension psychique et mental dû à un stress. Il est intéressant de noter que même si elle témoigne avoir pris conscience de ce lien avant même de débiter le soin, là elle le reconnaît d'une manière indéniable. Ainsi, cette prise de conscience lui permet de valider et donc d'ancrer davantage cet état de fait dans sa manière de se comporter dans sa vie.

Irène fait le lien entre ses tensions globales du corps et une tension psychique liée à un stress.

- Gain dans sa capacité à agir et anticiper sur sa problématique de tension corporelle

Parmi les choses essentielles apprises pendant les séances, Irène témoigne de sa capacité à pouvoir agir par anticipation en ce qui concerne son état de tension corporelle. Comme elle en a plus conscience, et qu'elle le ressent plus tôt, alors elle peut agir dessus, avant que ses tensions ne soient trop intenses et qu'elles l'épuisent. Ainsi, cette capacité à pouvoir agir sur ses tensions peut dorénavant s'exprimer plus précocement.

Irène peut maintenant agir par anticipation sur sa problématique de tension corporelle.

De façon générale, il est intéressant de noter l'ensemble des liens que fait Irène vers un enrichissement de la compréhension de ses mécanismes de fonctionnement. Progressivement, de la perception et de la compréhension de ses symptômes physiques, Irène prend conscience de sa manière d'être puis de sa capacité à agir sur sa problématique et donc de sa capacité à pouvoir modifier son rapport à sa posture initiale.

5.2 SANDRINE

Sandrine 48 ans, cadre supérieure, trois enfants nés en 1984, 1993 et 1995. Elle est venue en rééducation périnéale post-natale « classique » pendant un an après son deuxième accouchement, puis après son troisième. Suite à son deuxième enfant, elle présentait une pathologie d'étirement (sidération musculaire quasi totale du plancher périnéal) et une incontinence aux gaz invalidante sans trouble de la défécation (accouchement très rapide avec gros bébé de plus de 4 Kg, déchirure degré 3), qui avait bien récupéré. À ce jour, 16 ans plus tard, elle souhaite reprendre des séances, car elle est de nouveau gênée par une incontinence aux gaz (non systématique), et sent son périnée plus « fragile ».

5.2.1 Récit phénoménologique de Sandrine

I. VECUS EN RAPPORT AVEC LE SYMPTÔME INITIAL ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

A) Les ressentis corporels

Sandrine constate une amélioration de son symptôme d'incontinence au gaz : *« Étonnamment je me sens mieux. Je dis étonnamment, car on n'a pas fait de rééducation classique, et pourtant j'ai constaté que j'ai moins d'incontinence aux gaz. »* (S3. L390-391) Elle est surprise d'avoir moins de difficulté à retenir ses gaz, car sa problématique (affaiblissement du plancher périnéal et du sphincter anal) n'a pas été travaillée « classiquement ». Elle ajoute : *« et ça marche mieux quand je fais l'effort de retenir (les gaz). »* (S3. L395) Lorsque Sandrine sent la pression des gaz exercée au niveau du sphincter de l'anus, elle exprime pouvoir davantage les retenir.

De plus, pendant la séance de thérapie manuelle, Sandrine témoigne d'un autre progrès, concernant une problématique non verbalisée jusqu'à ce moment : *« En plus, par rapport aux différentes pesanteurs (périnéales) que j'ai eues ces derniers mois, cela me fait du bien. »* (S3. L421-422) Elle exprime être soulagée de la sensation d'un poids présent au niveau périnéal depuis quelque temps. Sandrine tente de décrire cette amélioration : *« Ça me réassouplit dans ces endroits où il y a eu des lourdeurs, de je ne sais pas quoi... ça dégage... ça remet de la vitalité aussi... »* (S3. L421-424) Elle perçoit plus de malléabilité dans les parties qu'elle ressentait pesantes, plus d'espace, et un regain de vitalité en elle.

B) Les réflexions et prises de conscience

Lors de l'entretien de début de séance, Sandrine exprime les pensées qu'elle a eues depuis la dernière séance, lorsqu'elle a été confrontée à une situation où elle avait du mal à retenir ses gaz : *« Je me suis d'abord dit « ne t'inquiète pas » et après ça se passe mieux. »* (S3. L396) Le fait que Sandrine se dise de ne pas s'inquiéter face à son dysfonctionnement, lui fait prendre conscience de l'amélioration de sa symptomatologie. Ensuite, elle témoigne : *« Je suis rassurée. Je ne sais pas, mais je sens qu'il y a quelque chose qui est en train de se faire. »* (S3. L396-397) Ainsi, Sandrine se sent plus sécurisée depuis la dernière séance, et pressent une évolution se produire dans sa vie.

C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

Lors de l'entretien-bilan de début de séance, Sandrine témoigne : « *Et quand vous m'avez expliqué les deux sphincters, profond et superficiel, et que j'ai pu constater que je peux maîtriser mon périnée quand vous m'avez demandé de contracter, alors ça a créé une confiance qui fait que, quand ça arrive, je stresse moins, c'est plus simple... et ça marche mieux quand je fais l'effort de retenir* (les gaz). » (S3. L392-395) Les informations reçues concernant la physiologie ano-rectale, et également le fait qu'elle reconnaisse par elle-même sa capacité à contracter, ont produit un état de confiance lui permettant de moins s'inquiéter et de constater une meilleure gestion de sa problématique (moins de stress, gestion plus simple, meilleure continence aux gaz).

II. RESENTIS PHYSIQUES PERÇUS AU COURS D'UNE SEANCE DE FASCIATHERAPIE ENDOPELVIENNE

A) En rapport avec ses tensions biomécaniques

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, Sandrine témoigne ressentir un relâchement dans tout son corps : « *Ça relâche dans la globalité de mon corps.* » (S3. L402) Elle ajoute un peu plus tard : « *ça détend, ça redonne un espace.* » (S3. L421) Lorsqu'elle ressent plus de détente, Sandrine perçoit un espace dans son corps qui auparavant n'était pas disponible. Ensuite Sandrine décrit les ressentis correspondant à ce gain d'espace au niveau de son bassin : « *D'abord, le bassin est plus large, il a plus d'espace, il est plus posé, plus en contact, plus rond, il est bien... Il a moins de tensions...* » (S3. L490-491) Elle perçoit son bassin plus large, plus posé sur la table, plus ancré, plus détendu, avec moins de tensions. Enfin, Sandrine témoigne en entretien effectué en post-immédiateté ressentir un changement vécu lors de la séquence de thérapie manuelle ciblée autour de la région utérine : « *Je sens comme c'est tellement plus souple à cet endroit.* » (S3. L520-521) Elle perçoit un gain de malléabilité, plus de souplesse à ce niveau.

B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente

Pendant la séance de thérapie manuelle, lorsque Sandrine commente son ressenti par rapport aux mouvements des mains du thérapeute, elle témoigne d'un effet : « *il y a [...] un effet, une connexion entre vos mains qui m'aident à sentir du volume.* » (S3. L412) Elle perçoit dans son corps un lien entre les deux contacts manuels du thérapeute, favorisant ainsi un ressenti de volume.

De plus, Sandrine décrit ressentir un déplacement différent pour chacune des deux mains du thérapeute : « *Oui, et ce n'est pas le même mouvement dans votre main du dessus et celle interne* » (S3. L424-425). Elle ajoute : « *(ce n'est) pas la même densité, réactivité et en même temps c'est lié.* » (S3. L425-426) Chacun des deux mouvements est différent, tant du point de vue de sa consistance que de sa cadence. Malgré ces différences Sandrine constate l'unité existant entre eux. Enfin, elle témoigne des effets des mobilisations des mains du thérapeute dans deux directions différentes : « *C'est rigolo, ça (le mouvement des mains du thérapeute) monte par le haut et ça descend par le bas, ça fait un joli mouvement, et en même temps ça dégage.* » (S3. L453-454) Sandrine témoigne d'un ressenti de dégageement dans son corps, en même temps que se déplacent les mains du thérapeute.

C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes

1) Leurs qualités toniques

Lors du soin de thérapie endopelvienne (une main endopelvienne, l'autre sur la région abdomino-pelvienne), Sandrine perçoit dans son héli-bassin gauche un volume en mouvement, de qualité particulière dans son épaisseur et sa souplesse : « *Je sens un volume à gauche qui bouge, moelleux, capitoné...* » (S3. L448) Ensuite, Sandrine témoigne : « *Ça étire sous les côtes, et comme si les tissus s'écartent et s'assouplissent, et en même temps ça se dégage dans les jambes...* » (S3. L456-457) Elle ressent des modifications dans son corps à distance de l'emplacement des mains du thérapeute, simultanément vers le haut et vers le bas de son corps : pour le thorax, une sensation d'ouverture et de malléabilité : « *comme si les tissus s'écartent et s'assouplissent* », et pour les membres inférieurs une sensation de déploiement : « *ça se dégage dans les jambes...* ». Ce « dégageement » se prolonge vers les épaules et jusqu'au crâne, via les mâchoires : « *... ça dégage vraiment très haut, dans les épaules, la mâchoire, (soupir).* » (S3. L472) L'expérience perceptive de Sandrine s'accompagne d'un soupir, d'une respiration plus ample.

2) Leurs dimensions cinétiques

En début du soin de thérapie manuelle, Sandrine témoigne : « *Je ne sais pas s'il y a un mouvement, ou ça s'aplanit ou ça s'écarte... mais il y a une sorte d'ouverture.* » (S3. L408-409) Même si elle ne sait pas exactement comment décrire ce qu'elle ressent (déplacement ?, étalement ?), Sandrine exprime vivre dans son corps une forme « d'ouverture ». Ensuite, elle est interpellée par un « drôle » de mouvement : « *Le mouvement, là, il est très marrant dans la sensation interne (de son bassin) [...] comme si ça basculait en arrière, tout seul.* » (S3. L429-

432) Sandrine ressent un mouvement de bascule postérieure qui semble se mouvoir d'une manière autonome. D'ailleurs, lorsqu'elle en reparle plus tard, elle ajoute : « *Quand c' (le mouvement) est parti en arrière, il y avait un bras de levier immense, comme si ça se levait, allez hop ! On y va ! (rire).* » (S3. L532-533) Elle décrit percevoir un mouvement de grande amplitude, avec un « *bras de levier immense* », et emploie un langage imagé pour décrire la force intérieure ressentie « *comme si ça se levait, allez hop ! On y va !* ». La description de cette perception semble la rendre joyeuse puisqu'elle rit. Sandrine continue la description de ce mouvement inhabituel : « *Je sens que ça (le mouvement ressenti) peut donner de l'espace plus grand que mon corps* » (S3. L432-433) Elle sent que ce mouvement ressenti peut prendre plus d'ampleur, au delà des limites de son corps.

De plus, Sandrine perçoit un mouvement ressemblant à une grande vague : « *ça me prenait tout le corps, comme une grande vague [...] comme une seule vague, mais rythmée, qui part du périnée et qui le relie au reste du corps.* » (S3. L537-542) Pour elle, cette vague unique et « rythmée » est perçue depuis la zone périnéale et relie l'ensemble des parties de son corps. À un autre moment du soin, Sandrine ressent la présence de deux vagues en mouvement : « *Oui, (ça change) beaucoup, comme s'il y avait deux vagues, de l'intérieur vers l'extérieur et qui se croisent en même temps, c'est bizarre...* » (S3. L474-475) Elle décrit deux vagues (intérieure et extérieure) qui s'entrecroisent au sein de son corps, phénomène vécu avec étonnement. Elle note les effets : « *Ça (le mouvement de vague) diffuse dans mes cuisses et ça descend...* » (S3. L481) Ce mouvement se déploie à distance du lieu du petit bassin, dans ses cuisses et vers le bas de son corps.

3) Leurs effets

3a) La chaleur

Pendant la séance de thérapie manuelle, en réponse à un appui plus prononcé de la main externe sur son utérus, Sandrine ressent de la chaleur : « *D'abord il y a de la chaleur, un effet, une connexion entre vos mains qui m'aident à sentir du volume... (soupir)... et à détendre en plus.* » (S3. L411-412) Puis elle la sent diffuser : « *Oui (la chaleur diffuse) [...] Au début, ça partait du haut du bassin très clairement, et là c'est plus large, plus diffus, au delà de vos mains, vers les hanches* » (S3. L417-420). Initialement la chaleur est ressentie localement, puis rayonne plus amplement et à distance vers les hanches. Enfin, Sandrine témoigne de l'effet de bien-être et de calme que produit cette chaleur : « *Il y avait la chaleur, et c'était bon cette chaleur! Ça faisait comme un lac...* » (S3. L521-522)

3b) La globalité

Lors de l'entretien de début de séance, en référence aux éléments travaillés lors de la séance précédente, Sandrine constate que le petit bassin est un lieu d'unité, où tous les registres tels que « *la vie, la mort, la peur* » sont présents : « *Le petit bassin, c'est vraiment le lieu de tous les registres [...] d'avoir un lieu où les sensations... où il n'y a pas de dualité et il y a tout... la vie, la mort, la peur...* » (S3. L362-366) De plus, Sandrine exprime avoir vécu les parties soignées comme intégrées dans une globalité : « *C'était très doux* (la séance de soin précédente). *Les facettes qui se présentaient étaient dans le tout...* » (S3. L379-380)

En début de séance de thérapie manuelle, Sandrine ressent l'existence d'un lien entre deux mouvements différents pratiqués par le thérapeute : « *[...] ce n'est pas le même mouvement dans votre main du dessus et celle interne, pas la même densité, réactivité et en même temps c'est lié.* » (S3. L424-426) Même s'ils lui semblent différents, Sandrine sent malgré tous ces mouvements reliés entre eux.

En fin de thérapie manuelle, Sandrine constate un gain de globalité en ce qui concerne le ressenti de mouvements dans son corps, sans toutefois être coupée de ses ressentis localisés au niveau de la région travaillée : « *C'*(son ressenti de mouvement) *est de plus en plus global, ça inclut toutes les jambes et en même temps c'est localisé.* » (S3. L.478-479) La perception de mouvements initialement ressentis dans le bassin gagne l'ensemble de ses membres inférieurs, pour évoluer vers un meilleur ressenti de tout son corps : « *En fait je sens davantage tout mon corps...* » (S3. L481)

En fin de séance Sandrine confirme son ressenti de globalité en rapport avec les mouvements : « *Ça* (les grands mouvements haut-bas de fin de séance) *finissait le travail, et ça me prenait tout le corps [...] Comme une seule vague, mais rythmée, qui part du périnée et qui le relie au reste du corps.* » (S3. L536-542) Sandrine ressent une vague unique qui concerne et relie tout le corps, et qui part du périnée. Ensuite, Sandrine témoigne de l'effet de ce vécu : « *ça fait tellement du bien de se reconnecter à cette globalité de soi qui bouge ensemble.* » (S3. L533-535) Elle a le sentiment d'un grand bien-être lorsqu'elle est de nouveau en contact avec cette globalité en mouvement. Elle ajoute : « *Ce qui me met en joie, c'est que je sens que mon corps se revitalise, j'ai l'impression de retrouver une globalité.* » (S3. L542-543) Retrouver une globalité, ainsi que plus de vitalité, rend Sandrine joyeuse. Enfin, elle parle de globalité lorsqu'elle ressent que tout est relié et continuellement en interaction : « *Il y a une interaction permanente entre tout de moi...* » (S3. L530)

3c) La détente psychique en relation avec le bien-être

Sandrine décrit ses ressentis de bien-être lors du soin : *« ça fait un bien fou, ça détend, ça redonne un espace. »* (S3. L421) Elle relie le sentiment de bien-être à la détente et au gain spatial ressentis dans son corps. Ce bien-être est également exprimé au moment de l'apparition de chaleur dans son corps : *« Il y avait la chaleur, et c'était bon cette chaleur! Ça faisait comme un lac... »* (S3. L521-522) À travers l'image d'un lac, Sandrine exprime cette sensation de bien-être et d'apaisement. Enfin, Sandrine a le sentiment d'un grand bien-être lorsqu'elle est de nouveau en contact avec la sensation de sa globalité en mouvement : *« ça fait tellement du bien de se reconnecter à cette globalité de soi qui bouge ensemble. »* (S3. L533-535)

III. VECUS CORPORELS, PRISES DE CONSCIENCE ET ENRICHISSEMENT IDENTITAIRE

A) Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité

Pendant la séance de thérapie manuelle, Sandrine fait le lien entre un ressenti corporel et un vécu pendant les rapports sexuels. Lorsqu'elle constate (pendant le soin) qu'elle peut avoir une perception élargie de son corps tout en restant concentrée sur une sensation plus focalisée (existant sous mes doigts endopelviens), elle témoigne réaliser ne pas pouvoir rester en contact avec ses sensations (corporelles) lorsqu'un même type de ressenti d'élargissement se produit pendant l'acte sexuel : *« Je sens que ça (le mouvement subjectif) peut donner de l'espace plus grand que mon corps et je ne perds pas la sensation...c'est dingue ! Des fois, quand je fais l'amour, je m'élargis et je perds mes sensations, là, ce n'est pas du tout la même chose, ça s'élargit tout en étant concentré sur la sensation au niveau de vos doigts... je trouve ça étonnant, mais c'est vraiment ça. »* (S3. L432-436)

B) Concernant le rapport à son corps et à ses vécus psycho-émotionnels

1) Prises de conscience concernant le rapport à son corps

- Sandrine témoigne prendre davantage conscience de son corps

Sandrine, via ses ressentis, prend mieux conscience de l'ensemble de son corps. Elle l'exprime pendant la séance de thérapie manuelle, lorsqu'elle sent le mouvement des vagues se diffuser vers le bas de son corps : *« En fait je sens davantage tout mon corps... »* (S3. L481) De plus, lors de l'entretien en post-immédiateté, c'est de son utérus via les manifestations physiques ressenties, que Sandrine prend conscience. Elle constate que cette partie du corps, plus souple, où la chaleur s'est exprimée pendant le soin, correspond à son organe utérin : *« Je*

sens comme c'est tellement plus souple à cet endroit. Il y avait la chaleur, et c'était bon cette chaleur! Ça faisait comme un lac... C'était donc bien l'utérus ? Je n'ose pas mettre de mot, car je n'y connais rien en anatomie, mais c'est bien l'utérus alors ? N. Oui, ma main était bien sur l'utérus. » (S3. L.520-524) Sandrine ressent le besoin de demander une confirmation anatomique pour valider ses ressentis en lien avec l'organe concerné.

- Son petit bassin est riche de sensations et de résonances

Lors de l'entretien de début de séance, Sandrine témoigne vivre son petit bassin comme un lieu d'unité, où tous les « registres » tels que « *la vie, la mort, la peur* » sont présents : « *Le petit bassin, c'est vraiment le lieu de tous les registres [...] d'avoir un lieu où les sensations... où il n'y a pas de dualité et il y a tout... la vie la mort, la peur...* » (S3. L362-366)

- Sandrine « récupère » un espace d'elle-même, récupère « son assise »

En fin de séance, Sandrine se met debout, prend conscience de sa posture générale et de celle de son bassin : « *Là, je me sens debout bien axée, mon bassin bien placé, je suis bien plantée, large, large pas grosse... j'ai récupéré mon assise. L'ancrage est là, super, merci !* » (S3. L550-552) Elle se sent bien axée dans sa verticalité, bien centrée dans son bassin déployé dans son espace. Elle a le sentiment d'avoir récupéré son assise, et se trouve bien ancrée.

- Sandrine a le sentiment de se reconnecter avec son corps

En fin de séance Sandrine témoigne des bienfaits de l'interaction avec le geste manuel du thérapeute : « *Ce qui me fait du bien c'est que je sens que vous allez dans votre geste là où mon corps a besoin, que vous vous accordez avec ce qui vient, et ça, ça me permet de me reconnecter...* » (S3. L543-545) Les gestes manuels accordés avec la demande profonde du corps de Sandrine lui donnent le sentiment de pouvoir se reconnecter.

2) Emotions

2a) Contexte d'émergence des émotions

Lors de l'entretien-bilan de début de séance, Sandrine précise la place des émotions dans son vécu pendant les soins : « *quand on travaille, je revisite au travers des émotions que me procurent ces mouvements à l'intérieur du corps, des facettes de moi et de ma vie.* » (S3. L366-367) Ce sont les vécus des mouvements internes subjectifs ressentis par Sandrine qui lui permettent de revivre des émotions en lien avec sa biographie.

2b) L'étonnement

Sandrine ponctue très fréquemment l'expression de ses ressentis par une marque d'étonnement. Elle utilise plusieurs adjectifs différents : « *c'est fou* » (S3.L358 ; S3.L462 ; S3.L512), « *c'est bizarre* » (S3.L362 ; S3.L475), « *c'est drôle* » (S3.L363 ; S3.L468), « *c'est*

dingue » (S3.L434), « *c'est étonnant* » (S3.L390 ; S3.L436 ; S3.L441 ; S3.L444), « *c'est incroyable* » (S3.L500 ; S3.L501 ; S3.L520). Sandrine, à travers ces nombreuses expressions, nuance l'intensité de ses vécus d'étonnement.

2c) La joie

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, lorsque Sandrine perçoit un mouvement semblant se mouvoir d'une manière autonome, celui-ci lui déclenche l'envie de rire : « *Là, le mouvement me donne envie de rigoler... comme si ça basculait en arrière, tout seul.* » (S3. L431-432) Lorsqu'elle en reparle plus tard, elle a la même réaction : « *Quand le mouvement est parti en arrière, il y avait un bras de levier immense, comme si ça se levait, allez hop ! On y va ! (rire).* » (S3. L532-533) Elle argumente : « *Il y a un côté joyeux en plus, ça fait tellement du bien de se reconnecter à cette globalité de soi qui bouge ensemble.* » (S3. L533-535) Le fait de retrouver une connexion avec une globalité d'elle-même en mouvement la rend également joyeuse. De plus, le fait de ressentir un gain de vitalité la rend joyeuse aussi bien lorsque cela a trait à la globalité de son corps : « *Ce qui me met en joie, c'est que je sens que mon corps se revitalise.* » (S3. L542), que lorsqu'elle ressent son périnée plus équilibré : « *S. Vous remarquez la pêche que j'ai, là ? N. Il y a de la joie ! S. Oui, et puis de l'énergie, quoi !* » (S3. L545-548)

- Sandrine fait le lien entre équilibre somatique, émotion de joie et vitalité psychique

En fin de séance, Sandrine témoigne se sentir revitalisée, ce qui semble la rendre joyeuse : « *S. Vous remarquez la pêche que j'ai, là ? N. Il y a de la joie ! S. Oui, et puis de l'énergie, quoi !* » (S3. L545-548) Elle enchaîne : « *Quand le périnée est libéré, je suis en forme.* » (S3. L548) Sandrine fait le lien entre l'état de son périnée rééquilibré et un regain de vitalité. Elle conclut « *Vous savez, quand je suis très fatiguée ou triste, par exemple lors des deuils, et j'en ai eu beaucoup dans ma vie, mon périnée se relâche et je le sens moins.* » (S3. L548-550) Lorsqu'elle est fatiguée ou triste, Sandrine perçoit moins son périnée et le trouve hypotonique. Quand il est rééquilibré, elle se sent revitalisé.

2d) La tristesse

Pendant le soin de thérapie manuelle endopelvienne, Sandrine témoigne ressentir une émotion de tristesse : « *je sens une montée de larmes... je suis passée d'un truc rigolo à un truc qui est triiiste, c'est étonnant... A gauche il y a un truc triste, comme si, c'est ce qui m'est venu, et bien d'aller sentir à gauche ça me rappelait des trucs tristes...* » (S3. L443-446) Elle est étonnée de ressentir un changement d'état émotionnel, le passage d'une joie à une tristesse. Pour elle, aller ressentir une partie de son bassin à gauche la renvoie à des vécus de tristesse.

Elle poursuit : « *Je sens un volume à gauche qui bouge, moelleux, capitonné... Il y a une tristesse là dedans, ouh...(soupir)... là ça change, ça se dilue un peu...* » (S3. L448-449) Elle perçoit au sein de ce volume gauche à l'intérieur de son corps une émotion de tristesse qui évolue et s'estompe un peu, puis enchaîne : « *Même si c'est triste, c'est bien, car je sens en même temps de la douceur.* » (S3. L449-450) Comme Sandrine sent dans son corps de la douceur en même temps que de la tristesse, elle témoigne recevoir favorablement cette émotion de tristesse. Elle confirme enfin la dilution de son ressenti de tristesse : « *La tristesse à gauche se dilue* » (S3. L459)

Lors de l'entretien en post-immédiateté, Sandrine témoigne de façon très précise du lien existant, selon elle, entre une modification de son état émotionnel et un changement de perception du mouvement lié au déplacement de sa main : « *Vous êtes à un endroit c'est rigolo, et ensuite le mouvement change, vous vous déplacez et boom c'est triste...* » (S.3 L503-504)

2e) La colère

Sandrine est étonnée de constater siéger, au sein de son petit bassin, des émotions de colère et de tristesse, associées à d'autres ressentis physiques : « *Il y a tout ça, là dans ce petit bassin, de la colère, de la tristesse, et de la douceur, et cette cicatrice que je ressens mais qui s'éloigne... c'est bizarre.* » (S3. L360-361) Elle constate que des émotions comme la colère et la tristesse sont réunies et co-existent dans cette région avec de la douceur et une cicatrice périnéale ressentie. Sandrine prolonge ensuite son témoignage concernant cette pluralité d'émotions, de ressentis et de sentiments : « *S. Je suis en colère et en même temps je suis dans le plaisir, l'amour. (N. Et ces deux choses opposées qui sont ensemble, cela ne vous interpelle pas ?) S. Un peu si je réfléchis, mais quand c'est mon vécu de la séance, non, parce que je suis tout ça, c'est ça qui fait moi.* » (S3.L384-387) Même si ce contraste lui paraît quelque peu surprenant, elle valide fortement son vécu de séance et reconnaît ses émotions comme étant le reflet de ce qu'elle vit et de qui elle est.

3) Remémorations

- Remémoration de bartholinite

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, Sandrine témoigne : « *C'est étonnant le nombre de perceptions, car vous voyez, votre pouce, là, en bas quand le mouvement vient de repartir, il y a un endroit, des fois, où j'ai eu mal dans ma vie, mais je ne sais pas ce que c'est...* » (S3. L441-443) Elle ressent (au moment de la réponse au point d'appui sous mes mains) un endroit de son périnée où elle se souvient avoir eu mal, sans savoir à quoi cela

correspond. Elle poursuit : *« je sens une montée de larmes... je suis passée d'un truc rigolo à un truc qui est triiiste, c'est étonnant... A gauche il y a un truc triste, comme si, c'est ce qui m'est venu, et bien d'aller sentir à gauche ça me rappelait des trucs tristes... »* (S3. L443-446)

Une émotion de tristesse et une montée de larmes apparaissent. Pour elle, aller ressentir une partie de son bassin à gauche lui remémore des souvenirs tristes. Sandrine se rappelle alors la problématique liée à ce lieu et cette émotion : *« C'est fou quand j'étais adolescente, entre 18 et 20 ans, là juste sous votre doigt à gauche... j'avais oublié cette histoire... Est ce que l'on a une glande là ? N. Oui, la glande de Bartholin. S. Voilà !!!... J'avais des bartholinites ! Ça se gonflait, j'avais super mal... oui, c'est exactement là. Elle se bouchait !... C'est possible ça ? N. Oui. S. C'est drôle de revisiter ça ! J'ai eu plusieurs fois ça... »* (S3. L461-468) Sandrine se remémore plusieurs épisodes d'inflammation de la glande de Bartholin gauche, vécus entre l'âge de 18 et 20 ans, et qu'elle avait oubliés : la glande se gonflait, le canal se bouchait et c'était très douloureux. Elle est très surprise de revisiter ses événements de vie, alors qu'elle n'y avait jamais repensé depuis, et qu'elle en avait même oublié le nom : *« C'est incroyable, je récupère des trucs de ma vie... Ces trucs de bartholinite, c'est incroyable, je n'y avais jamais repensé, j'avais même oublié le mot !... »* (S3. L500-502)

- Remémoration d'un avortement

Sandrine, suite à la séance de thérapie manuelle, témoigne d'une autre remémoration qu'elle n'a pas verbalisée pendant le soin endopelvien. Elle précise que l'émotion (de tristesse) est apparue avant même que le souvenir en image (le sens de cette émotion) ne soit remonté à sa conscience : *« C'est fou ! ... J'ai eu une montée de larmes bien avant d'avoir l'image qui est remontée de la gauche... »* (S.3 L512-513) Alors, elle revoit le lieu dans lequel elle a vécu un avortement : *« j'ai revu à ce moment là une chambre d'hôpital où j'ai avorté »* (S.3 L504-505). Lorsque je lui demande s'il existe un lien entre son ressenti corporel et l'image de l'hôpital, Sandrine confirme : *« Oui, c'était le deuxième avortement... »* (S.3 L508) Puis elle témoigne de son dialogue intérieur pendant la séance, entre l'instant présent et son passé : *« Quand vous avez dit douceur, je me rappelle alors que je m'étais pardonnée, que j'avais fait tout pour ces bébés... Et puis j'ai perçu qu'il n'y avait pas que cela à ce moment. Et c'est la douceur ressentie qui a fait que je me suis dis « reste dans la douceur, aujourd'hui tu es là, maintenant, c'est ta vie là, et maintenant elle est plus douce ! »... »* (S.3 L508-512) Lorsque le thérapeute prononce le mot « douceur » et qu'elle perçoit celle-ci dans son corps, alors elle s'appuie sur cette perception plus douce et positive (de sa réalité d'aujourd'hui) pour gérer cette remémoration (de son passé).

C) Concernant les manières d'être dans sa vie

- Sandrine change de posture par rapport aux événements de sa vie

Sandrine constate que les vécus expérimentés pendant les séances de thérapie manuelle la relient à sa biographie. *« Ils (les mouvements internes subjectifs vécus pendant la séance précédente) me reconnectent à des moments de ma vie, à mon histoire de vie. Ce qu'on a vu la première fois, c'est qu'ils réouvraient des choses que je ne regardais pas, car si j'avais dû regarder, je ne tenais pas... J'ai regardé seulement avec un point de vue, car si j'ouvrais sur les autres points de vue c'était trop douloureux... »* (S3. L371-375) La première séance l'a connectée à des événements de sa vie qu'elle n'avait regardés jusqu'à maintenant que sous un certain angle, sinon la confrontation aurait été trop difficile à gérer psychologiquement. Toutefois, dès le début de la prise en charge thérapeutique, elle accepte de changer de posture : *« La première séance, j'ai accepté de regarder autrement... Ça m'a reconnecté à des choses que je connais, que je sais déjà et pour lesquelles je ne me suis pas attardée à certains moments de ma vie, car je n'avais pas le temps ni l'énergie. »* (S3. L375-378) Le fait d'accepter de modifier son regard lui permet de se reconnecter avec des événements antérieurs connus d'elle-même mais non travaillés, car elle n'en avait pas la disponibilité, ni la force à ce moment-là de sa vie.

- Sandrine peut mieux se situer dans son bassin et donc mieux se situer elle-même

Lors de l'entretien effectué en post-immédiateté, Sandrine exprime une réflexion en ce qui concerne sa capacité à mieux se repérer dans son bassin, et donc en elle-même : *« Quand la séance s'est terminée, avec la cicatrice je me suis dit : « est-elle plus à gauche ou non ? » Et quand je me suis connectée en même temps des deux côtés, je savais que vous étiez au centre, comme si la séance m'avait permis de mieux me repérer dans mon bassin, donc en moi, et de reconnaître le milieu. »* (S3. L492-495) En fin de séance de thérapie manuelle, lorsque Sandrine se questionne sur la localisation de sa cicatrice périnéale, c'est parce qu'elle se connecte en même temps avec ses deux hémipérinéales et qu'elle perçoit la localisation des doigts du thérapeute, que Sandrine témoigne pouvoir davantage se repérer dans son bassin et en reconnaître le milieu. Alors, le thérapeute demande ce que lui procure le fait de *« reconnaître le milieu »*, et elle répond : *« Ça me rassure, ça me simplifie, ça me rend gaie, car ça m'enlève des doutes sur mes ressentis. Si je peux juste sentir plus un côté, ce n'est pas forcément déséquilibré, c'est juste pas la même sensation ! »* (S3. L497-499) Ainsi, lorsque Sandrine

gagne en perception et en compréhension de ses ressentis dans cette zone, elle exprime se sentir plus rassurée, plus gaie, et avoir moins de doutes.

- Elle trouve une stratégie pendant la séance pour gérer une remémoration douloureuse

En même temps que Sandrine se remémore un événement douloureux (un avortement) pendant le soin endopelvien, elle ressent de la douceur dans son corps, elle témoigne : *« Et c'est la douceur ressentie qui a fait que je me suis dis « reste dans la douceur, aujourd'hui tu es là, maintenant, c'est ta vie là, et maintenant elle est plus douce ! »... »* (S3. L510-512) Elle dialogue avec elle-même, et se propose de rester en contact avec ce ressenti de douceur présent à ce moment précis de la séance. Elle gère ce souvenir douloureux en s'appuyant sur la douceur ressentie et sa vie d'aujourd'hui qui est plus douce.

5.2.2 Analyse herméneutique du cas de Sandrine

I. VECUS EN RAPPORT AVEC LE SYMPTOME INITIAL ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

A) Les ressentis corporels

Sandrine a une problématique de relâchement périnéal (hypotonie et insuffisance musculaire du plancher périnéal) et souffre d'une incontinence aux gaz. Elle témoigne dans son verbatim de deux éléments différents de ressentis d'amélioration.

Tout d'abord lors de l'entretien bilan de début de séance, Sandrine exprime se sentir mieux et constate qu'elle a moins de difficulté à retenir ses gaz lorsqu'ils se présentent. Elle est étonnée de cette progression alors que nous n'avons pas rééduqué sa problématique d'une manière « classique ». En effet, concernant la prise en charge thérapeutique de ses dysfonctionnements, Sandrine n'a expérimenté que la kinésithérapie périnéale avec ses outils habituellement employés comme par exemple, l'électrothérapie et le biofeedback, ou le travail manuel endopelvien. Ainsi, la prise en charge fasciathérapique et son geste de thérapie manuelle endopelvien représentent une nouveauté pour elle. Or, comme Sandrine s'appuie sur ses référentiels antérieurs pour témoigner de son vécu, elle est surprise de cette amélioration qui ne correspond pas à ce qu'elle connaît et a déjà expérimenté. Il est intéressant de noter que Sandrine s'appuie sur la comparaison que génère en elle ses ressentis des deux approches

thérapeutiques pour exprimer son ressenti d'amélioration de son symptôme d'incontinence au gaz.

Sandrine est étonnée de constater une amélioration de son symptôme (de mieux pouvoir retenir ses gaz) alors qu'elle n'a pas fait de rééducation « classique ». Sandrine utilise la comparaison avec son état antérieur pour témoigner de son amélioration.

Ensuite, pendant la séance de thérapie manuelle, lorsque Sandrine témoigne du bienfait que lui procure le geste de thérapie manuelle, elle s'appuie sur ce ressenti pour exprimer un autre aspect de sa problématique non verbalisé jusqu'à ce moment précis de la séance. En effet, elle avait depuis quelques mois une sensation de pesanteur périnéale. Sandrine témoigne pendant la séance ressentir un geste thérapeutique qui ré-assouplit, dégage et remet de la vitalité là où ces derniers temps elle ressentait une lourdeur. Ainsi, elle témoigne d'un gain de malléabilité dans les parties qu'elle ressentait pesantes, plus d'espace, et un regain de vitalité en elle. Il est intéressant de noter le lien que fait Sandrine, au travers de son témoignage, entre le vécu d'un bienfait que procure un geste de thérapie manuelle au sein d'une séance et une problématique présente dans sa vie quotidienne.

Sandrine témoigne également de l'amélioration d'une symptomatologie qui la gênait (des pesanteurs périnéales qu'elle avait depuis quelques mois) à travers l'accès à des sensations inédites de la zone périnéale concernée (gain de vitalité, de souplesse, et sensation de dégageant).

B) Les réflexions et prises de conscience

Lorsque Sandrine exprime les pensées qu'elle a eues depuis la dernière séance, quand elle a été confrontée à une situation où elle avait du mal à retenir ses gaz, elle témoigne engager un dialogue intérieur lorsque des gaz apparaissent, en tentant de se rassurer, et donc probablement de se rassurer sur ses (nouvelles) capacités à maîtriser ses gaz. Elle constate alors l'effet positif de cet « auto-dialogue ». Ainsi, Sandrine se sent plus sécurisée dans sa vie et témoigne pressentir une évolution se produire au sein du travail thérapeutique effectué.

Sandrine constate l'effet positif sur son symptôme lorsqu'elle se rassure, via un « auto-dialogue », sur sa capacité à retenir ses gaz dans sa vie quotidienne.

C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

Lors de l'entretien-bilan de début de séance, Sandrine décrit les facteurs lui ayant permis de mieux gérer sa symptomatologie d'incontinence aux gaz, ainsi que les étapes traversées reflétant cette gestion. Le premier facteur l'ayant aidée est l'acquisition nouvelle

d'informations concernant les mécanismes de fonctionnement de la continence ano-rectale. Ensuite, le fait de prendre conscience de sa capacité à pouvoir mieux maîtriser la contraction périnéale lorsque je le lui ai demandé. Ces deux éléments exprimés permettent, selon Sandrine, de gagner en confiance et donc de moins s'inquiéter lorsque les gaz se présentent. Ainsi, elle peut gérer sa problématique dans un climat plus sécurisant qui, toujours selon elle, « simplifie » cette gestion. Alors, elle constate qu'elle est plus efficace dans sa capacité à retenir ses gaz, et donc dans sa capacité à les gérer. Il est intéressant de noter à quel point le fait de pouvoir gagner dans sa capacité à mieux maîtriser cette région périnéale, grâce à la pratique et aux informations théoriques reçues, rassure Sandrine et l'aide très concrètement dans la gestion de sa symptomatologie.

Sandrine gère mieux sa problématique (elle peut mieux maîtriser son périnée) grâce à l'acquisition de nouvelles connaissances (concernant le fonctionnement périnéal). Elle gagne alors en confiance, cela simplifie et rend efficace la gestion de son symptôme.

II. RESSENTIS PHYSIQUES PERÇUS AU COURS D'UNE SÉANCE DE FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVIENNE

A) En rapport avec ses tensions biomécaniques

Lors du soin endopelvien, Sandrine témoigne d'une évolution de l'état de ses tensions biomécaniques vers plus de détente. Tout d'abord elle ressent un relâchement dans tout son corps, provoquant un effet de détente qui s'accompagne d'une sensation de gain spatial. Lors de l'entretien effectué en post-immédiateté, Sandrine illustre précisément les effets du gain ressenti de détente et d'espace lorsqu'elle parle de son bassin : elle le perçoit plus large, plus posé sur la table, plus ancré, plus détendu, avec moins de tensions. Enfin, Sandrine témoigne en post-immédiateté des effets de la détente vécue lors de la séquence de thérapie manuelle ciblée autour de la région utérine. Elle perçoit un gain de malléabilité, et ressent plus de souplesse à ce niveau.

Pendant la séance Sandrine témoigne des effets de la détente ressentie dans son corps et dans son bassin et le reprecise en l'enrichissant lors de l'entretien en post-immédiateté (son bassin est mieux déposé, plus détendu, plus ancré).

B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, au moment où la pression manuelle de ma main externe abdominale est plus importante, Sandrine témoigne de l'existence dans son corps d'une connexion entre mes deux mains. C'est au moment où je rentre davantage dans la résistance de son abdomen que Sandrine témoigne de ce ressenti subjectif. De quoi parle-t-elle lorsqu'elle décrit cette perception de connexion (entre mes deux mains), qui de surcroît, l'aide à sentir du volume ? Se sent-elle plus concernée, plus « proche » de ses ressentis ? Le mouvement manuel convoque-t-il davantage l'attention de Sandrine, et donc l'accès à des perceptions affinées ? En tout état de cause, Sandrine témoigne de l'interaction existant entre le mouvement majeur du geste de thérapie manuelle et le ressenti d'un gain perceptif de volume dans sa dimension intracorporelle.

De plus, Sandrine peut ressentir un déplacement différent dans chacune de mes mains. Selon elle, les mouvements perçus sont de cadence et de consistance différentes, mais malgré tout reliés. Ainsi, Sandrine témoigne d'une capacité à poser son attention simultanément sur plusieurs mouvements, et de différentes natures, tout en percevant la globalité du volume en mouvement présent dans le territoire corporel soigné. Enfin, lorsque Sandrine ressent le glissement objectif de mes mains (qui ne se décollent pas de son corps), l'une se déplaçant vers le haut et l'autre vers le bas de son corps, non seulement elle ressent mes deux mains se mouvoir simultanément, mais témoigne conjointement d'une sensation de libération de la région traitée entre mes mains.

Sandrine a la capacité de poser son attention et de percevoir plusieurs ressentis en même temps pendant que les mains du thérapeute se déplacent, et d'en ressentir les effets (gain perceptif) et leur évolution (sensation de connexion entre les mains, perception de gain de volume, sensation de libération de la région traitée).

C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes

1) Leurs qualités toniques

Lors du soin de thérapie endopelvienne, au moment où apparaît la réponse intracorporelle au point d'appui que j'ai initié (alors que je ne déplace pas mes mains), Sandrine ressent du mouvement dans son héli-bassin gauche, et le décrit en utilisant un langage imagé très singulier. Elle perçoit un volume en mouvement, qui est moelleux et capitonné. Ces adjectifs évoquant une épaisseur pneumatique reflètent une qualité tonique de ressenti de Sandrine concernant ce mouvement subjectif.

De plus, Sandrine ressent des changements d'état tonique des structures de son corps à distance des mouvements initiés dans la région traitée située entre mes mains. Tout d'abord au

niveau de son thorax, elle a une sensation d'ouverture et davantage de malléabilité, accompagnée d'une sensation de dégageant qui se prolonge vers les épaules et jusqu'au crâne, *via* les mâchoires. Ensuite elle exprime cette sensation de déploiement et de dégageant dans le bas de son corps, vers ses membres inférieurs. L'ensemble de ces vécus de dégageants s'accompagnent d'un mouvement respiratoire de soupir, témoignant de l'existence d'une forme de relâchement corporel concomitant.

Sandrine décrit les modifications toniques de mouvements subjectifs internes, ressentis à distance du lieu traité (thorax, épaules, mâchoires, membres inférieurs), sous la forme de sensation de dégageant, de déploiement, d'ouverture ou de gain de malléabilité.

2) Leurs dimensions cinétiques

En début du soin de thérapie manuelle (au moment où je perçois une réaction vasculaire importante et que je lui demande ce qu'elle ressent), Sandrine témoigne d'un ressenti qui l'interpelle. Même si elle ne sait pas exactement comment décrire ce qu'elle ressent (est-ce la présence d'un mouvement, d'un étalement ou d'un écartement ?), elle exprime vivre dans son corps une sorte d'ouverture. Il est intéressant de noter que ce ressenti cinétique se traduit par un critère de dimension spatiale, un gain d'ouverture.

Un peu plus tard, elle ressent un mouvement à l'intérieur de son corps qu'elle trouve amusant et surprenant en forme de bascule postérieure, qui semble se mouvoir d'une manière autonome dans son bassin, avec la présence, selon ses dires, d'un bras de levier immense. Ce mouvement semble posséder une force intérieure, puisqu'elle le décrit d'une manière imagée, comme s'il invitait cette zone interne à se lever et à se déployer. Est-ce la première fois qu'elle rencontre ce type de perception, de mouvement autonome dans son corps ? En tout état de cause, il est intéressant de noter que ce mouvement subjectif interne vécu par Sandrine paraît puissant et que cette expérimentation semble la rendre joyeuse et lui faire du bien, puisqu'elle ponctue son témoignage par un rire. Pour Sandrine, la confrontation à ce mouvement particulier l'interpelle donc dans la joie. Elle poursuit alors son analyse des effets de ce mouvement précis, et sent qu'il peut provoquer de l'espace plus grand que son corps sans pour autant perdre sa sensation localisée interne. Ainsi, Sandrine exprime vivre non seulement la présence d'un mouvement puissant, positif et qui lui paraît autonome, mais a également l'intuition d'une amplification de celui-ci, au delà de l'espace que représente la forme de son corps.

Enfin, Sandrine exprime à deux reprises ressentir un mouvement perçu sous la forme de vague. Dans un premier temps, c'est une grande vague unique et ressentie comme globalisante puisqu'elle relie selon elle, le périnée au reste du corps. A un autre moment du soin, Sandrine

ressent le mouvement de deux vagues (intérieure et extérieure) qui s'entrecroisent au sein de son corps, et celui-ci diffuse vers le bas *via* ses cuisses. Ainsi, Sandrine témoigne de la possibilité de ressentir la co-existence de plusieurs vagues, de les vivre simultanément, et de surcroît, percevoir l'évolution et la dimension globalisante de celles-ci, puisqu'elle exprime ressentir leur diffusion dans le bas de son corps, à distance de la région traitée du petit bassin.

Sandrine ressent à plusieurs reprises des mouvements inhabituels dans son corps, décrits sous plusieurs formes (ouverture globale, mouvement antéropostérieur autonome et puissant dans le bassin ou sous la forme de vagues (interne et externe) qui s'entrecroisent et s'amplifient). Elle est également en capacité de percevoir et de témoigner des effets en elle de ces mouvements subjectifs internes (gain d'espace, de globalisation, joie, bien-être...).

3) Leurs effets

Les effets de ces mouvements subjectifs internes ressentis lors de la séquence de thérapie manuelle sont exprimés par Sandrine de trois manières différentes : l'apparition d'une sensation de chaleur, un gain de globalité, ainsi qu'un ressenti de détente psychique en relation avec un bien-être.

3a) La chaleur

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, en réponse à un appui plus prononcé de ma main externe sur son utérus, Sandrine ressent de la chaleur qui diffuse. Elle peut décrire clairement son trajet, d'abord localisé dans la partie haute de son bassin entre mes deux mains, puis descendant vers les membres inférieurs. Ensuite, Sandrine témoigne de l'effet de bien-être et de calme que produit cette chaleur, puisqu'elle le compare à un lac.

Sandrine ressent de la chaleur localisée dans le haut de son bassin se diffuser dans les membres inférieurs, et fait le lien avec un sentiment de calme et de bien-être.

3b) La globalité

Sandrine témoigne de la dimension de globalité dans toutes les phases de la séance.

Lors de l'entretien de début de séance, par rapport aux éléments travaillés lors de la séance précédente, Sandrine fait le constat, que selon elle, le petit bassin est un lieu d'unité où tous les registres, tels que la vie, la mort et la peur sont présents. Elle exprime avoir vécu dans la douceur les parties soignées, et de plus, les avoir vécues comme étant intégrées dans une globalité.

En début de séance de thérapie manuelle, Sandrine témoigne ressentir un mouvement différent dans chacune de mes deux mains, que ce soit dans sa forme, sa rythmicité et sa densité, tout en constatant le fait que ces deux mouvements sont reliés entre eux. Notons que le témoignage de Sandrine reflète sa capacité à poser son attention sur deux endroits différents simultanément, tout en les analysant spécifiquement. Ainsi, l'expression de ce vécu met en relief sa capacité à pouvoir porter un regard « distancié » sur les éléments de son expérience (prise de recul possible) permettant leur perception selon un point de vue plus global, plus unifié.

En fin de thérapie manuelle, Sandrine constate un gain de globalité en ce qui concerne le ressenti de mouvement dans son corps, dans le sens où cela concerne également ses membres inférieurs, cette globalité lui permettant de mieux ressentir tout son corps. De plus, en même temps qu'elle constate plus de globalité, elle témoigne ne pas être coupée de la perception locale du travail effectué sur son bassin. Ainsi, selon Sandrine, la perception globale de son corps n'entrave pas sa capacité à percevoir les détails au sein de celui-ci. Elle a donc la capacité et la possibilité de percevoir et analyser simultanément les détails et la globalité des ressentis de son corps.

En fin de séance, lorsque je termine le protocole de soin endopelvien par de grands mouvements sensoriels haut-bas (tête-pieds) spontanés ou provoqués, Sandrine les ressent comme prenant tout son corps et reliant le périnée au reste de ce dernier. Selon elle, cette reconnexion à ce vécu unifié de soi en mouvement lui procure un grand sentiment de bien-être accompagné également de joie, joie de se reconnecter à sa globalité, et de ressentir son corps se revitaliser. De plus, Sandrine exprime un autre aspect de la dimension de vécu de globalité lorsqu'elle décrit un phénomène d'interaction permanente entre tout d'elle-même. Il est intéressant de noter que c'est au moment où elle exprime le fait de pouvoir percevoir en même temps la globalité et les détails localisés (situés dans la région du bassin travaillée en thérapie manuelle), qu'elle parle d'une continuelle interaction entre tout d'elle-même. La perception de la globalité lui permettrait-elle de mieux percevoir les interactions entre les différents vécus au sein du corps (pourtant distincts), ainsi qu'une impression de durée de ces perceptions dans le temps ?

Sandrine témoigne d'une dimension de globalité lorsqu'elle constate que le bassin est un lieu d'unité où cohabitent de multiples et différents vécus. Sandrine ressent l'effet globalisant des différents mouvements (mains du thérapeute, mouvements ressentis plus à distance et reliant le périnée à tout son corps) ainsi qu'un sentiment d'interaction permanente entre tout d'elle-même. Elle note également les effets de ce vécu corporel plus unifié (joie, bien-être, revitalisation).

3c) Détente psychique en relation avec un bien-être

Sandrine décrit à trois reprises ses ressentis de détente psychique en relation avec du bien-être : lorsqu'elle ressent de la détente physique dans son corps, au moment où elle perçoit de la chaleur dans son corps, et lorsqu'elle décrit le bienfait que lui procure le fait de pouvoir se reconnecter avec sa globalité en mouvement. Pour cela, elle emploie un vocabulaire évocateur : « ça fait un bien fou », « ça fait tellement de bien », « c'était bon ». Sandrine associe à ces ressentis physiques liés au sentiment de bien-être, un sentiment d'apaisement (en lien avec son ressenti de chaleur) et de gain spatial.

Sandrine témoigne de la détente physique dans une dimension de bien-être lors du ressenti de chaleur, et de la reconnexion avec elle-même dans sa globalité en mouvement. Elle témoigne des effets de gain d'espace, accompagné d'un sentiment d'apaisement.

III. VECUS CORPORELS, PRISES DE CONSCIENCE ET EXPRESSION IDENTITAIRE

A) Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité

Pendant la séance de thérapie manuelle, au moment où Sandrine ressent un mouvement subjectif se déplacer d'une manière autonome vers l'arrière de son bassin, elle fait le lien entre l'effet de ce ressenti corporel et un vécu pendant les rapports sexuels. Il est intéressant de noter comment émerge ce témoignage. C'est lorsqu'elle constate, suite à ce mouvement subjectif interne, qu'elle a une perception élargie de son corps tout en restant concentrée sur la sensation existant sous mes doigts endopelviques, qu'elle témoigne ne pas pouvoir rester en contact avec ses sensations lorsqu'un même type de ressenti corporel d'élargissement se produit pendant l'acte sexuel. Plus précisément, c'est au moment où elle sent les effets du mouvement subjectif en elle (mouvement perçu comme pouvant aller au-delà de son contour physique corporel), et qu'elle s'en étonne fortement, qu'elle l'associe à une sensation déjà vécue et reconnue dans une autre situation de sa vie, lors d'un rapport sexuel. Ainsi, le mouvement subjectif interne ressenti pendant la séance semble la reconnecter à un autre ressenti pouvant s'apparenter à ce dernier. Vivre une sensation spécifique pendant un soin pourrait-il convoquer d'autres souvenirs perceptifs du même ordre ? Est-ce que ce toucher intime rencontrant la sphère où se vit la dimension sexuelle favorise cette analogie perceptive ?

De plus, il me semble très intéressant qu'elle puisse prendre conscience, par comparaison, qu'elle a tendance à perdre ses sensations lorsqu'elle a un rapport sexuel, donc de perdre une partie de son rapport à elle-même, et que dans cette situation thérapeutique précise, il lui est possible de percevoir autrement (et éventuellement de pouvoir agir autrement par la suite ?).

Le vécu subjectif de Sandrine pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne (perception élargie de son corps tout en restant concentrée sur le ressenti local périnéal), lui permet de prendre conscience de la différence de ses perceptions habituelles pendant les rapports sexuels.

B) Concernant le rapport à son corps et à ses vécus psycho-émotionnels

1) Prises de conscience concernant le rapport à son corps

- Sandrine témoigne prendre davantage conscience de son corps

A plusieurs reprises, Sandrine témoigne clairement prendre davantage conscience de son corps. Lors de l'entretien de début de séance, Sandrine témoigne vivre son petit bassin comme un lieu d'unité, où tous les registres tels que la vie, la mort et la peur sont présents dans ce lieu, sans toutefois que l'on puisse dire si son témoignage est une prise de conscience ou bien un constat qu'elle souhaite exprimer.

Pendant la séance de thérapie manuelle, lorsqu'elle perçoit le mouvement des vagues localisé au niveau de son petit bassin se diffuser plus à distance au niveau de ses membres inférieurs, elle exprime alors prendre mieux conscience de l'ensemble de son corps.

Ensuite, lors de l'entretien en post-immédiateté, lorsque je parle à Sandrine de son utérus, et *via* le dialogue instauré entre nous, elle fait le lien entre ses ressentis vécus à ce niveau pendant la séance et l'organe anatomique lui-même, prenant ainsi conscience de son utérus situé au sein de son petit bassin. Il est intéressant de noter comment cette prise de conscience émerge. En effet, c'est au moment où j'exprime que la demande essentielle de son corps pendant la séance de thérapie manuelle partait de son utérus, et que je le percevais dense et congestionné, que Sandrine rebondit sur ce constat pour exprimer son ressenti de gain de souplesse à cet endroit, tout en se remémorant la présence d'une chaleur bienfaisante vécue dans ce lieu pendant le soin. Est-ce à ce moment précis qu'elle attribue ses ressentis spécifiques à son utérus ? En tout état de cause, elle me pose alors la question de savoir si c'est bien l'utérus qui est concerné par ce qu'elle me décrit. Elle a besoin d'une confirmation, car comme elle le souligne, elle n'ose pas mettre de mot sur ce qu'elle a ressenti, puisqu'elle ne connaît pas bien son anatomie. Ainsi, par ma réponse positive, Sandrine fait le lien entre ses ressentis pendant la séance de thérapie manuelle et mon point de vue validant son témoignage, et entre ses ressentis et son anatomie utérine. À travers cette nouvelle prise conscience anatomique de

la situation et du propre vécu lié à cet organe, Sandrine gagne en connaissance perceptive de son anatomie.

Sandrine témoigne prendre mieux conscience de l'ensemble de son corps. Sandrine prend également conscience (perceptivement et cognitivement) de son organe utérin.

- Son petit bassin est riche de sensations et de résonances

Lors de l'entretien de début de séance, moment où nous faisons le point sur les effets de la séance antérieure, Sandrine témoigne vivre son petit bassin comme un lieu d'unité, où tous les « registres » tels que « la vie, la mort, la peur » sont présents. Sandrine exprime les liens qu'elle tisse entre son vécu des effets du soin sur le petit bassin, et les résonances provoquées par ses ressentis de différentes natures. Il est probable que Sandrine s'appuie sur les différentes tonalités de vécus des séances antérieures en lien avec sa biographie pour exprimer ce point de vue. En effet, les deux soins précédents ont essentiellement travaillé sur une même cicatrice périnéale, l'un d'une manière plus confrontante et l'autre d'une manière plus fluide. En tout état de cause, ce qui est intéressant à noter est le fait que Sandrine puisse enrichir la palette de perceptions et les représentations liées à son petit bassin, et qu'elle réunisse l'ensemble de ses vécus au sein d'une même unité de vécu d'elle-même.

Sandrine fait le lien entre son vécu des séances et leur résonance en elle pour enrichir la représentation qu'elle a de son petit bassin.

- Sandrine « récupère » un espace d'elle-même, récupère « son assise »

En fin de séance, Sandrine témoigne se sentir joyeuse, car elle sent que son corps se revitalise, elle a l'impression de retrouver une globalité, et de s'être reconnectée avec elle-même. Alors qu'elle me prend à témoin concernant son gain de vitalité, elle précise que c'est lorsque son périnée est libéré qu'elle se sent en forme. Elle l'illustre par le fait que lorsqu'elle est très fatiguée ou lors de deuils, elle perçoit moins son périnée et le trouve hypotonique. Ensuite, elle se met debout et dresse un bilan de sa posture au niveau du bassin. Elle se sent bien axée dans sa verticalité, bien déployée dans son espace de bassin, et a le sentiment d'avoir « récupéré son assise », d'être « ancrée ».

En fin de soin, Sandrine relie les effets de la séance (gain de vitalité dans tout son corps, périnée plus équilibré) à une modification qualitative de son rapport à elle-même (mieux axée, plus ancrée dans son bassin).

- Sandrine peut davantage se « reconnecter » avec son corps

En fin de séance Sandrine témoigne clairement du lien existant entre mon geste de thérapie manuelle et sa capacité à se « reconnecter » avec son corps (probablement sous-entendu avec elle-même). Selon elle, le fait que mes mains puissent agir à l'endroit où elle sent que son corps en a besoin, et que je puisse m'accorder avec ce qui émerge dans l'instant présent, lui permet, par l'interaction générée, de retrouver plus facilement une capacité à se relier avec son intériorité. La qualité de congruence de mon geste avec ce qui se déroule et se vit dans le corps de Sandrine, ainsi que la qualité d'accordage des mouvements présents, potentialisent probablement sa capacité à créer une qualité de réciprocité avec elle-même. Le témoignage de Sandrine n'en dit pas plus, mais il est vraisemblable que cette qualité d'interaction, au plus proche de la demande profonde de son corps, aide Sandrine à gagner en qualité de présence à elle-même.

Sandrine témoigne clairement du lien existant entre mon geste de thérapie manuelle et sa capacité naissante à se reconnecter avec son propre corps (et probablement avec elle-même).

2) Les émotions

2a) Contexte d'émergence des émotions

L'expression des émotions de Sandrine est présente dans les trois grands moments du soin à travers ses réflexions et ses ressentis corporels.

Lors de l'entretien-bilan de départ, Sandrine exprime le fait que lors des séances de thérapie manuelle, les mouvements ressentis dans son corps lui procurent des émotions qui lui font revisiter des facettes d'elle-même et de sa vie. Lorsque je fais une relance et lui demande si, pour elle, ce sont ces mouvements qui lui procurent des émotions, elle ne peut pas l'affirmer, mais confirme que ces mouvements la reconnectent à des moments de sa vie. En tout état de cause, Sandrine fait le lien entre mouvement ressenti dans son corps, émotion, remémoration et biographie corporelle, sans pour autant être en capacité de préciser l'articulation entre ces différents vécus.

Le vécu des mouvements internes subjectifs ressentis par Sandrine lui permet de revivre des émotions en lien avec sa biographie.

2b) L'étonnement

Sandrine ponctue à maintes reprises l'expression de ses ressentis par de l'étonnement, en utilisant un vocabulaire qui reflète différentes intensités. Par exemple, elle peut utiliser l'expression « c'est étonnant » et aller jusqu'à « c'est incroyable ». Ces exclamations sont

rencontrées quinze fois dans le verbatim de Sandrine, et semblent exprimer des vécus inédits lorsque l'intensité est grande, ou au minimum une confrontation avec ses référentiels habituels, en rapport avec le caractère d'étrangeté de ses vécus.

Sandrine exprime très fréquemment de l'étonnement lors de vécus inédits, ou lors de confrontations avec ses référentiels habituels.

2c) La joie

Pendant la séance de thérapie manuelle endopelvienne, lorsque Sandrine témoigne ressentir un mouvement qui lui semble se mouvoir d'une manière autonome, celui-ci lui déclenche de la joie et son témoignage est ponctué d'un rire. Selon Sandrine, deux éléments participent à ce ressenti joyeux : le fait qu'elle puisse se reconnecter avec une globalité d'elle-même en mouvement, et le fait qu'elle sente son corps se revitaliser. Nous retrouvons également ce sentiment de joie en lien avec un ressenti de revitalisation en fin de soin, lorsque Sandrine témoigne vivre son bassin plus rééquilibré.

Se reconnecter avec une globalité d'elle-même en mouvement et ressentir son corps se revitaliser contribuent, pour Sandrine, à lui faire ressentir et exprimer de la joie.

- Sandrine fait le lien entre équilibre somatique, émotion de joie et vitalité psychique

Lorsqu'elle témoigne en fin de séance ressentir de la joie reliée à un regain d'énergie, Sandrine fait le parallèle avec l'état de rééquilibration dans son bassin. Pour elle, « quand son périnée est libre, elle est en forme », c'est-à-dire qu'elle fait le lien entre rééquilibration (libération), revitalisation physique et un tonus psychique « positif ». D'ailleurs, elle témoigne que lorsqu'elle est fatiguée ou triste, son périnée est plus relâché. Ainsi, Sandrine exprime le lien étroit et les variations possibles et concomitantes existant entre son état psycho-émotionnel, l'état tonique périnéal et la présence plus ou moins intense de vitalité.

Plus Sandrine se sent revitalisée et bien sur le plan psycho-émotionnel, plus elle constate que son périnée est tonique, et réciproquement.

2d) La tristesse

A un autre moment du soin de thérapie manuelle endopelvienne, lors d'une réponse à un point d'appui dans son bassin, Sandrine sent émerger du volume travaillé une émotion de tristesse qui se manifeste par une montée de larmes. Ce volume qu'elle sent bouger dans la partie gauche de son bassin semble contenir un affect de tristesse qui se dilue peu à peu. Il est

intéressant de noter dans le verbatim que même si cette émotion est chargée de tristesse, Sandrine la reçoit favorablement, car elle ressent en parallèle de la douceur dans ce lieu traité.

Enfin, lors de l'entretien en post-immédiateté, Sandrine témoigne du lien existant, selon elle, entre un mouvement ressenti comme « changeant » dans son corps, se traduisant par un déplacement de ma main (correspondant probablement à une réponse à un point d'appui), et une modification de son état émotionnel. Elle témoigne être passée de la joie à de la tristesse au moment de cette modification d'état de ce mouvement à l'intérieur de son corps.

Sandrine témoigne, pendant la séance de thérapie manuelle, de la présence d'une émotion de tristesse semblant se situer au sein même du volume travaillé (dans le bassin), et qui évolue au fil du travail. Elle témoigne de la concomitance vécue entre un changement de mouvement (déplacement de la main du thérapeute) et un changement d'état émotionnel, ainsi que de la cohabitation d'une tristesse avec de la douceur qui l'aide à mieux accueillir cette émotion.

2e) La colère

Sandrine est étonnée de constater que dans la région de son petit bassin, il peut siéger des émotions de colère et de tristesse au sein de plusieurs autres vécus. En effet, les émotions de Sandrine se vivent et co-existent avec la présence de douceur et même de variations d'intensité de gêne de son ancienne cicatrice. Elle complète un peu plus tard son témoignage concernant cette pluralité de ressentis en exprimant, en place de sujet, vivre dans son bassin de la colère et en même temps de l'amour et du plaisir. Lorsque je lui demande si de vivre des choses si différentes au sein de son petit bassin pendant les séances de thérapie manuelle ne l'interpelle pas, elle répond par le fait que ces émotions reflétant ce qu'elle vit et donc qui elle est, alors elle peut les reconnaître comme telles au sein de ce contexte plutôt surprenant. Il est intéressant de noter comment Sandrine peut valider des situations de vécus pouvant paraître paradoxales ou inhabituelles. La force de l'évidence de son expérience perceptive lui permet de ne pas remettre en question la validation de ses ressentis vécus dans une situation pouvant sembler, d'un point de vue cognitif, contradictoire voire même inconcevable.

L'émotion de colère de Sandrine se vit au sein d'une pluralité d'autres ressentis et d'émotions. L'évidence perceptive lui permet de valider son expérience, même si elle peut paraître surprenante.

3) Les remémorations

- Remémoration de bartholinite

Pendant le soin de thérapie manuelle endopelvienne, au moment où un mouvement interne en réponse à un point d'appui initié par mon geste thérapeutique s'exprime dans son

corps, Sandrine vit le processus d'émergence d'une remémoration, et l'exprime spontanément verbalement en même temps que se déroule la séquence de soin.

Tout d'abord, elle exprime ressentir à gauche un endroit de son périnée où elle se souvient avoir eu mal à certains moments de sa vie, sans savoir à quoi cela correspond. Puis elle sent émerger une émotion de tristesse, se traduisant par une montée de larmes. Elle chemine dans son vécu et exprime le fait que d'aller ressentir sa partie gauche périnéale lui rappelle des choses tristes. Ensuite, pendant que se continue le soin, cette émotion s'atténue progressivement. Le rapport à sa tristesse change quelque peu, car elle perçoit que celle-ci est accompagnée de douceur. L'évolution est positive, car elle ressent un dégagement dans son corps à distance du périnée, une amplitude du mouvement augmentée, ainsi qu'une diminution de l'intensité de sa tristesse. Celle-ci n'est plus prédominante ; elle est encore là, mais ne la gêne pas. À un moment précis, Sandrine me pose la question de savoir si au niveau périnéal à gauche se trouve une glande. À ma réponse positive, elle témoigne de sa remémoration : elle avait vécu adolescente des épisodes d'inflammation et de douleurs de bartholinite à cet endroit précis. Elle est étonnée de revisiter ces situations, de récupérer ses événements de vie, alors qu'elle n'y avait jamais repensé depuis, et qu'elle avait même oublié le nom de cette pathologie. Sandrine reviendra d'ailleurs sur cet événement de remémoration pendant l'entretien post-immédiateté, en soulignant l'aspect surprenant d'une telle expérience vécue pendant le déroulement du soin de thérapie manuelle.

Il est intéressant d'observer la chronologie de l'émergence des éléments témoignés dans de cette remémoration, qui semble se dérouler en cinq étapes. Premièrement, Sandrine témoigne vivre un mouvement dans son bassin accompagné d'un ressenti à un endroit précis qui l'interpelle et lui rappelle qu'elle a déjà eu mal à cet endroit. Deuxièmement, apparaît une émotion de tristesse qui semble lui rappeler des événements tristes. Dans un troisième temps, le soin évoluant, la tristesse diminue et de la douceur apparaît. Ensuite elle note les effets en terme de diminution de la tristesse et en gain d'espace dans son corps, localement et à distance. Enfin, elle témoigne de ses épisodes de bartholinites quand elle était adolescente.

De plus, nous pouvons constater au travers du verbatim, que l'émergence de la remémoration apparaît dès le début de cette séquence du soin, lorsque mon pouce, posé à l'endroit de l'implantation de sa glande de Bartholin, a commencé à se déplacer dans une autre direction proposée par son corps. En effet, c'est à ce moment précis que Sandrine témoigne savoir qu'elle a déjà eu mal à cet endroit, sans pouvoir en dire plus.

Cinq étapes significatives du déroulement de l'expression d'une remémoration biographique peuvent être dégagées du témoignage de Sandrine : un ressenti initial localisé à l'endroit de l'ancien

vécu de la problématique remémorée, l'émergence d'une émotion liée à cette remémoration, la dilution physique partielle de cette émergence émotionnelle, les effets en terme de gain spatial et diminution de la tristesse, et enfin la remémoration et la verbalisation de la signification de ce ressenti initial.

- Remémoration d'un avortement

Sandrine, lors de l'entretien en post-immédiateté, témoigne d'une autre remémoration, mais non verbalisée pendant le soin endopelvien proprement dit. C'est au moment où elle revient sur ses vécus de remémoration de bartholinite, en témoignant récupérer des parties de son histoire de vie de femme concernant cette région, et à l'instant où elle reparle de ses changements d'états émotionnels (passage rapide de l'état de rire à la tristesse), que Sandrine choisit le moment d'exprimer la remémoration d'un de ses avortements. Cette remémoration s'est objectivée à travers l'émergence de l'image de la chambre d'hôpital où elle avait vécu cette intervention médicale. De plus, elle précise que l'émotion de tristesse (montée de larmes) est apparue avant le souvenir en image de cette remémoration, et donc avant que le sens de cette émotion soit remonté de la partie gauche de son petit bassin.

Sandrine témoigne d'une manière très personnelle de la façon dont elle a vécu et comment s'est gérée cette remémoration. Pendant qu'elle revivait l'émotion et le souvenir de cet événement dans le silence, j'ai prononcé le mot « douceur »⁵⁹. Selon Sandrine, ce mot l'a reconnectée au présent du moment du soin. À cet instant précis, elle a ressenti dans son corps de la douceur. Alors elle s'est appuyée sur ce vécu de douceur présent dans son corps pour instaurer un dialogue intérieur entre celui-ci et son vécu passé. Elle explique qu'elle a pu reconnaître et valider le fait que sa vie aujourd'hui est plus douce qu'au moment où elle a procédé à cet avortement, qu'elle s'était pardonnée, que c'était du passé...

Pour Sandrine, ce dialogue intime ancré dans un présent emprunt de douceur et devenu plus serein, lui a permis de gérer la remémoration de ce moment douloureux de sa vie.

C) Concernant les manières d'être dans sa vie

- Sandrine change de posture par rapport aux événements de sa vie

⁵⁹ A noter que l'emploi du mot « douceur » n'a pas été employé de façon arbitraire ou dans une visée inductive, mais dans un objectif purement descriptif. En effet, ce terme était en lien avec ce que je percevais sous mes mains à ce moment précis de la séquence endopelvienne. L'état tonique des structures tissulaires s'était modifié. La consistance des tissus était devenue plus souple et se propageait à distance. Je la percevais comme plus moelleuse, plus douce. L'intensité et l'amplitude de cet état tonique étaient telles, qu'il m'a semblé important de signifier à la patiente ce changement d'état. J'ai alors prononcé le mot « douceur », qui reflétait au mieux le ressenti présent sous mes doigts.

En début de séance, Sandrine témoigne du fait que le soin de thérapie manuelle la relie à sa biographie, à son histoire de vie. C'est lors de la première séance de la prise en charge que, selon elle, ces mouvements ont « ré-ouvert des choses » qu'elle connaissait, mais qu'elle n'avait abordées auparavant que sous certains aspects, lui permettant ainsi de pouvoir gérer ces événements vécus trop douloureusement. À ce jour, Sandrine a accepté de les regarder autrement et de changer de posture vis-à-vis d'eux, afin de pouvoir davantage les appréhender dans leur pleine dimension.

Grâce aux mouvements internes subjectifs vécus lors d'une séance, et qui l'ont re-connectée à sa biographie, elle est en capacité de regarder autrement certains événements douloureux de sa vie.

- Sandrine peut mieux se situer dans son bassin et donc mieux se situer elle-même

Lors de l'entretien effectué en post-immédiateté, Sandrine témoigne des effets positifs du soin de thérapie manuelle endopelvienne concernant sa capacité à mieux se situer dans son espace du petit bassin. C'est parce qu'elle se connecte en même temps avec ses deux hémipérinéales, et parce qu'elle perçoit la localisation des mes doigts endopelviens, que Sandrine témoigne pouvoir davantage se repérer dans son bassin - et donc en elle - et d'en reconnaître le milieu. Il est intéressant de noter que l'aide apportée ne concerne pas spécifiquement sa capacité à mieux repérer les parties de son bassin, mais également sa capacité à mieux se situer elle-même dans son bassin.

De plus, lorsque je lui demande ce que lui apporte le fait de reconnaître « le milieu » de son petit bassin, Sandrine exprime se sentir rassurée, car elle a moins de doutes par rapport à ce qu'elle peut ressentir. Pour elle, cela simplifie la perception de son petit bassin, son analyse et sa compréhension, ce qui la rend plus joyeuse. Il est intéressant de noter le lien que fait Sandrine entre un gain perceptif validé, une clarification de la compréhension de ses ressentis, un gain de confiance et la joie qui en découle. Le fait de mieux percevoir physiquement lui permet de mieux comprendre ses ressentis. Alors, à ce moment précis, sa manière de se vivre change : elle se sent rassurée et plus gaie.

Sandrine témoigne de l'évolution de son rapport avec elle-même. C'est par contraste entre les ressentis de ses deux hémipérinéales que Sandrine peut mieux situer le milieu de son bassin, et ainsi mieux se situer dans son bassin, et donc mieux se situer elle-même. Elle remarque que ce processus a des effets positifs sur le plan somato-psychique (simplification, clarification, confiance, joie).

- Sandrine trouve une stratégie pendant la séance pour gérer une remémoration douloureuse

En même temps que Sandrine se remémore un événement douloureux (un avortement) pendant le soin endopelvien, elle ressent de la douceur dans son corps. Au moyen d'un dialogue avec elle-même, elle se propose de rester en contact avec ce ressenti de douceur présent à ce moment précis de la séance. Elle gère ce souvenir douloureux en s'appuyant le douceur ressentie, ainsi que sur sa vie d'aujourd'hui qui est plus douce. Ainsi, Sandrine choisit d'appréhender le contenu perceptif et la résonance émotionnelle d'un vécu douloureux ancien et revisité pendant la séance, à partir d'un ressenti de douceur vécu au même moment de cette réminiscence.

Sandrine choisit de ne pas rester en contact avec la résonance émotionnelle liée à un événement douloureux ancien, mais de garder en priorité le contact avec la douceur ressentie dans son corps pendant qu'elle vit cette remémoration.

5.3 RENEE

Patiente sud-américaine de 28 ans, assistante de direction, sans enfant, ni grossesse. Elle présente depuis l'âge de 9 ans des urgences mictionnelles sans fuites, et une pollakiurie (15 mictions par jour) persistantes et invalidantes. Herpès génital depuis l'âge de 17 ans. Période de crises d'angoisse il y a 10 ans. Son médecin gynécologue lui a prescrit des séances de rééducation périnéale, et un médicament inhibiteur de la vessie pendant le mois précédent notre premier rendez-vous.

5.3.1 Récit phénoménologique de Renée

La méthodologie étant identique, pour des raisons de concision et de clarté de l'ensemble de mon mémoire, je choisis de placer l'intégralité du récit phénoménologique de Renée dans les annexes.

5.3.2 Analyse herméneutique du cas de Renée

La méthodologie étant identique, pour des raisons de concision et de clarté de l'ensemble de mon mémoire, je choisis de placer l'intégralité de l'analyse herméneutique de Renée dans les annexes.

6 Analyse transversale herméneutique, résultats de recherche et discussion

Lors de cette phase d'analyse, j'ai pu constater que la notion de *processus* est clairement présente à différents stades et à différents niveaux, au point que cette notion m'est apparue comme étant au cœur du vécu des patientes en soin de fasciathérapie endopelvienne. Ainsi, il m'a semblé pertinent de présenter les résultats de mon analyse transversale en mettant en relief leur dimension processuelle.

6.1 ANALYSE TRANSVERSALE DES PROCESSUS PAR CATEGORIE

J'ai choisi, dans un premier temps, de regarder de quoi est fait le croisement des résultats d'analyse (cas par cas) pour une même sous-catégorie (ex : I. C). Ne pouvant déployer cette méthodologie d'analyse pour la totalité des sous-catégories, j'ai choisi de développer celles qui me semblaient les plus représentatives de cette étude. Ainsi j'ai sélectionné une sous-catégorie au sein de chacune des trois grandes catégories de vécu classificatoires (I, II et III).

6.1.1 Processus d'évolution de la gestion du symptôme

Pour cette première partie d'analyse, j'ai choisi de m'intéresser à la sous-catégorie des vécus en rapport avec la gestion du symptôme initial dans la vie quotidienne (I. C), et ce, comme précisé précédemment, sous l'angle de leur dynamique processuelle. J'ai pu mettre en évidence un axe commun composé d'un ensemble de six étapes clés présent dans l'évolution du déroulement de la gestion du symptôme pour les trois patientes, alors que chacune a une problématique différente, et la vit singulièrement.

1) Élément déclencheur du processus de gestion du symptôme

Un élément, ou un ensemble de facteurs déclenchants, a permis aux trois personnes d'initier un changement dans la gestion de leur symptôme. Il est intéressant de noter qu'il diffère pour chacune. Il peut se produire, par exemple, dans le contexte d'un vécu pendant la séance de thérapie manuelle (Irène), d'une activité professionnelle (Renée) ou d'un entretien de début et durant la séance (Sandrine). La forme également diffère. Pour Renée, c'est une prise

de conscience de son comportement délétère (de mictions d'anticipation). Pour Irène, il s'agit d'un *fait de connaissance*⁶⁰, c'est-à-dire d'une prise de conscience qui se fait pendant la séance et grâce à la perception d'un ressenti nouveau pour elle (au moment où elle perçoit dans son corps la présence d'une résistance à la détente et qu'elle utilise son intention de relâcher à cet endroit, elle constate que cette tension peut effectivement se relâcher). Sandrine prend conscience que des informations théoriques reçues à la séance précédente (concernant les mécanismes de fonctionnement de la continence ano-rectale), ainsi que de nouvelles capacités sensitivo-motrices (sa capacité à pouvoir mieux maîtriser la contraction périnéale lorsque je le lui ai demandé), lui ont permis de gagner en confiance vis-à-vis de son symptôme.

2) Mise en action dans la vie quotidienne

Les prises de conscience (issues pour certaines de perceptions nouvelles) ont incité chacune des trois patientes à prendre la décision de les mettre à l'épreuve dans leur vie quotidienne. Ainsi, concrètement Renée prend la décision et parvient à changer son comportement habituel (puisqu'elle choisit de ne pas aller uriner avant la réunion, et d'attendre de voir l'évolution). Irène, décide d'utiliser sa nouvelle capacité (d'intention de relâcher) vécue lors de la séance, dans sa vie quotidienne. Quant à Sandrine, forte de cette nouvelle confiance, elle trouve de nouvelles stratégies (elle engage un dialogue intérieur lorsque des gaz apparaissent, et tente de se rassurer). Les prises de conscience semblent donc représenter une force d'impulsion qui les invite à une mise en action.

3) Constat des effets positifs et validation de l'amélioration de leur gestion du symptôme

Cette mise en pratique a permis aux trois patientes de constater les effets positifs de leur nouvelle manière de gérer leur symptôme et d'en témoigner. Renée a pu gérer l'urgence (grâce aux informations théoriques et à la pratique d'exercices périnéaux) qui s'est présentée pendant la réunion professionnelle. Irène constate pendant la journée (surtout lors de son activité professionnelle) que son intention de se relâcher dans son corps a plus d'impact, que la détente est plus fréquente, et qu'elle se fait presque naturellement, « malgré elle ». Enfin, Sandrine constate qu'elle a pu retenir ses gaz lorsqu'ils se sont présentés dans la journée.

⁶⁰ La notion de *fait de connaissance* fait référence ici au « Modèle des sept étapes de la transformation » élaboré par D. Bois, comprenant trois étapes concernant la sphère perceptivo-cognitive (fait d'expérience, fait de conscience, fait de connaissance) et quatre concernant la sphère cognitivo-comportementale (prise de conscience, prise de décision, passage à l'action, retour réflexif). Ces étapes sont clairement décrites dans l'ouvrage de E. Berger, *La somato-psychopédagogie* (Berger, 2006, p. 135-193).

4) Effets des séances sur un plan psycho-émotionnel

Il est intéressant de constater que les effets positifs de ce processus ne se résument pas simplement à l'expression de l'amélioration du symptôme, mais se prolongent, d'après les participantes, par la manifestation d'effets dans une dimension plus globale d'elles-mêmes. Un sentiment commun d'apaisement se dégage de l'analyse du vécu des trois patientes. De plus, chacune décrit le prolongement de cet état par d'autres effets concernant cette dimension globale (corps/psychisme). Renée se sent plus sereine, et a moins peur. Irène ressent plus de détente globale dans son corps (et dans sa sexualité), et plus de bien-être. Sandrine se sent plus en confiance, et a moins de peur.

5) Changement d'attitude dans leur manière d'envisager leur problématique dans l'avenir

Les étapes précédentes ont permis de consolider la part active entreprise par les patientes dans leur cheminement. Chaque personne a pu s'approprier le constat des effets positifs et ainsi participer à leur processus de stabilisation au travers d'une nouvelle ou meilleure capacité à gérer le symptôme. Renée possède un degré supplémentaire de liberté dans ses activités quotidiennes (puisque'elle est moins préoccupée, et qu'elle a plus de maîtrise de son symptôme). Irène témoigne de sa capacité à anticiper et à agir sur son état de tonus corporel et donc de pouvoir agir sur sa douleur (sa douleur est le baromètre de son état de tension corporelle). Sandrine se sent plus en confiance, et peut gérer plus simplement ses incontinences au gaz. Un changement d'attitude a donc pu s'opérer.

6) Retour réflexif sur cette nouvelle capacité à agir sur le symptôme

La dernière étape relevée dans ce processus de gestion du symptôme concerne la compréhension que tirent les patientes de ces expériences, reflet de leur capacité à tirer un sens de leurs expériences vécues des étapes précédentes. Qu'ont-elles appris ? Renée témoigne d'une meilleure compréhension de ses comportements en rapport avec le symptôme, donc de sa capacité à pouvoir davantage agir pour les changer. Irène a mieux compris ce que « détendre son corps » veut dire, et constate la mise en route d'un processus autonome (elle a moins besoin de penser à se détendre dans la journée). Sandrine, grâce à une meilleure compréhension cognitive et au constat d'une meilleure efficacité, a appris à gagner en confiance. Le fait de gagner en confiance et d'être dans un état de mieux-être général, permet à chacune de gagner un degré supplémentaire de liberté et d'autonomie, porteur d'espoir concernant la gestion de son symptôme et sa manière de le vivre.

DISCUSSION :

Concernant ce processus d'appréhension de la gestion du symptôme par les trois patientes de cette étude, il est notable que si je le rapproche des concepts théoriques de la fasciathérapie, il est en de nombreux points et à chacune des étapes identifiées, très proche de deux modèles majeurs, le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive (MPC) (Berger 2009 ; Bois, 2005, 2006 ; Large 2007 ; Santos 2012) et le modèle des sept étapes de la transformation (Berger 2006 ; Bois 2005, 2006 ; Large 2007 ; Santos 2012) élaborés par D. Bois. Je n'ai pas abordé ces modèles en première intention dans le cadre théorique, car la notion de transformation n'est pas contenue dans la question de recherche. Cependant, à ce stade de l'analyse, il me semble important de réintroduire ces modèles du fait de l'émergence de la dimension de processus au sein même des différents vécus des patientes. Ainsi, il est possible de dire qu'il y a une modifiabilité perceptivo-cognitive, dans le sens où il y a *évolution de plusieurs représentations* (concernant le symptôme, ou concernant ses propres capacités de gestion), *à partir d'une perception corporelle nouvelle* (en lien avec le symptôme) ou grâce à la perception d'un état métapsychique (état de bien-être, de confiance). On pourrait même parler ici de modifiabilité perceptivo-cognitive-comportementale, dans le sens où il y a également des liens qui sont témoignés par les patientes entre *une manière différente* (plus sereine, plus efficace) *de gérer le symptôme* (donc un comportement différent) et une modification de représentations (cognitive). Par ailleurs, il est également possible d'entrevoir des points de convergence entre ces (six) étapes et le modèle des sept étapes de la transformation. Les personnes témoignent bien d'un fait d'expérience correspondant au contexte de soin spécifique de fasciathérapie endopelvienne (expérience extra-quotidienne⁶¹), de différents faits de conscience (ressentis, perceptions, états), de faits de connaissance (signification spontanée émergeant pendant le temps de la pratique manuelle), de prises de conscience (signification se précisant par la suite et par contraste avec des modes de fonctionnement habituels), et parfois même de prises de décision, de mises en action (dans le quotidien) et de retours réflexifs (sur leur nouvelle façon d'appréhender ou de gérer leur symptôme).

La dimension perceptive et expérientielle semble bien souvent être au cœur, voire même à la racine de ces différents niveaux de processus de gestion du symptôme. Ces résultats

⁶¹ Cadre d'expérience inédite favorisant l'enrichissement des différents types de perception. Voir cadre théorique concernant la fasciathérapie (chapitre 2.1.1.2)

d'analyse me semblent intéressants à mettre en perspective avec le contexte de la kinésithérapie et de la rééducation pelvi-périnéale. En pratique, la prise en charge thérapeutique de la gestion du symptôme s'inscrit dans le volet kinésithérapique « éducation de la patiente ». Classiquement, le périnéologue aide à l'apprentissage d'exercices (apprentissage des contractions et relâchements, prise de conscience des tensions périnéales...), donne des informations théoriques (anatomo-physiologiques...) et pratiques (massage de cicatrice, mise en place d'un calendrier mictionnel...), des conseils d'hygiène de vie, etc. Or, nous savons aujourd'hui que cette dimension kinésithérapique d'éducation de la patiente s'est enrichie des connaissances didactiques et psychologiques développées en science de l'éducation, en instaurant un nouveau champ d'étude et de pratique nommé « Education Thérapeutique du Patient » (Gatto, Garnier & Viel, 2007 ; H.A.S, 2007). Dans les programmes spécifiques mis en place, la posture du thérapeute change quelque peu. Comme le souligne J. Y. Bouchet : « *De la simple information, on est progressivement passé à une stratégie d'accompagnement du patient* ». (2010, p. 73). Quant au patient, il devient « *un partenaire des soignants [...] et participe à l'analyse des résultats et aux décisions thérapeutiques et éducatives* » (d'Ivernois & Gagnaire, 2007, p. 57-58). M. Gedda va plus loin lorsqu'il affirme que le patient « *doit sortir du rôle passif que l'habitude sociale et le 'fossé du savoir' entre soigné et soignant ont institué, [...] la particularité de cette approche étant de reconnaître et faire appel aux compétences du patient, au sens qu'il donne aux événements.* » (2005, p. 2). Ainsi, lorsque je constate dans les résultats de cette étude de recherche que l'approche fasciathérapique de la rééducation périnéale place le sujet au cœur de son processus de soin et prend en compte la part de savoir de la patiente, basée sur ce qu'elle perçoit et comprend de son expérience pour élaborer ses savoir-faire propres concernant sa gestion du symptôme, alors je peux entrevoir des points de convergence avec le contexte kinésithérapique « d'Education Thérapeutique du Patient ».

6.1.2 Processus d'évolution des tensions biomécaniques pendant la séance

Pour cette deuxième partie d'analyse, j'ai choisi de m'intéresser à la sous-catégorie de la deuxième catégorie concernant les vécus en lien avec les tensions biomécaniques éprouvées par la patiente pendant la séance (II. A). Cet aspect de vécu de séance me semble particulièrement intéressant pour mieux comprendre ce que vivent les patientes de cette dynamique d'évolution psychotonique interne déclenchée, comme il a été précisé dans le cadre théorique (chapitre 2.1.1.2.2) et pratique (chapitre 3.2), au moment du point d'appui manuel dans le geste en

fasciathérapie. Comme le précise C. Courraud, « *Le point d'appui manuel reconfigure l'architecture tonique et psychique de la personne qui passe d'un état de tension à un état de relâchement* » (2009, p. 214). Dans cette étude, que disent les patientes de cette dynamique d'évolution tension/relâchement, dans le cadre bien particulier d'une problématique gynécologique et d'une pratique de toucher endopelvien ?

J'ai pu constater que les trois patientes témoignent de ce ressenti de relâchement. Surprise du nombre et de la richesse des différents processus émergeant de cet effet de relâchement des tensions biomécaniques, j'ai voulu présenter ici quelques focus⁶² permettant d'éclairer la dynamique à l'œuvre.

1) Processus de tension-relâchement-détente et effets de la détente

Initialement, deux des trois patientes témoignent ressentir une tension localisée au niveau du petit bassin en début de soin de thérapie manuelle. Toutes les trois sentent ensuite un premier effet correspondant à un relâchement de cette zone. Puis apparaît un deuxième effet directement relié au premier, c'est-à-dire un ressenti de relâchement dans le corps plus à distance du petit bassin, qui se prolonge par un effet de détente encore plus générale. Progressivement, les effets de détente s'expriment dans une dimension plus singulière, comme par exemple le ressenti d'une modification de la consistance des structures tissulaires (gain en souplesse et en malléabilité, pour Renée et Sandrine), effets qui se prolongent eux-mêmes par d'autres effets sur le plan perceptif (gain de perception de cette zone pour Renée, et gain d'espace pour Sandrine).

DISCUSSION :

J'ai qualifié l'ensemble de ce processus d'effets perceptifs concomitants ou successifs, qui s'entrelacent et se potentialisent dans le moment de la séance, et qui peuvent eux-mêmes engendrer d'autres effets... de *processus en « boule de neige »* (voir paragraphe ci-après).

2) Processus d'enrichissement perceptif de type « boléro »

Lorsqu'elles témoignent, certaines patientes peuvent ajouter à la description de leur expérience une précision supplémentaire, surtout lorsque les entretiens de recherche sont menés à différents temps de la séance (ce qui favorise l'appropriation et la description des vécus). Ainsi l'une d'elle (Irène), lors du bilan final, lorsqu'elle évoque ses ressentis de relâchement

⁶² Contrairement au paragraphe précédent, il ne s'agit pas d'étapes.

vécus pendant la séance manuelle, ajoute un vécu supplémentaire non verbalisé pendant le soin (concernant le relâchement au niveau des yeux). Ce vécu constitue donc un élément venant s'ajouter aux autres effets de relâchement déjà « comptabilisés » (relâchement de la région périnéale, puis relâchement à distance : abdominal, diaphragmatique, gorge).

DISCUSSION :

J'ai qualifié ce processus d'effet « boléro⁶³ », dans la mesure où il y a un processus de type « additionnel » ou d'enrichissement (des perceptions). Dans ce cas précis, on pourrait probablement dire qu'il y a à la fois un processus en boule de neige (le relâchement des yeux est peut-être engendré par les relâchements précédents) et boléro (il y a ajout d'un élément perceptif, et ajout de sa description dans un second temps de la verbalisation).

3) Processus d'appropriation des vécus

Pendant le soin, les trois participantes témoignent de ressentis en lien avec le déroulement de la séance endopelvienne. De façon générale, cette phase d'entretien de recherche en temps réel permet juste aux patientes de décrire de façon succincte leurs vécus perceptifs ou leurs prises de conscience. C'est lors de l'entretien de recherche effectué en post-immédiateté (juste après le soin) que ces vécus sont repris et souvent affinés. Ainsi, l'une d'elles (Sandrine) témoigne pendant le soin de thérapie manuelle de l'effet de détente. Le moment de l'entretien post-immédiateté lui donne la possibilité de revenir sur ses ressentis et de les reformuler (elle précise ainsi sa perception de gain d'espace au niveau de son bassin, et l'aborde différemment). Cette patiente semble alors aborder son vécu de séance avec une certaine prise de recul par rapport à ce même vécu initialement témoigné pendant le soin de thérapie manuelle proprement dit.

DISCUSSION :

Le temps intermédiaire (même s'il n'est que de quelques minutes parfois), ainsi que l'enrichissement de la description des temps forts de la séance, semblent participer d'une étape d'appropriation de son vécu. En même temps qu'elle partage son expérience, la patiente peut

⁶³ Le terme « boléro » fait à la fois référence au « boléro de Ravel », bien sûr, dans lequel un instrument à la fois fait son entrée et s'ajoute à la partition globale. Il fait référence également au protocole pédagogique du même nom, utilisé en Psychopédagogie perceptive (Bois), et consistant à donner à la personne un élément de précision à la fois (consigne, description), lui permettant d'orienter son attention sur des éléments qu'elle peut percevoir.

l'intégrer, la comprendre (lui donner sens) et faire évoluer ses représentations (concernant son corps notamment).

Ce dernier point me semble tout à fait fondamental en ce qui concerne les objectifs de soin en rééducation pelvi-périnéale. En effet, concernant le monde du petit bassin (comme nous l'avons vu sur le plan théorique), certaines expériences sont souvent mal vécues. Dans ce processus d'appropriation, la patiente est présente d'une manière incontournable à ce qui se déroule. Elle reste sujet de son expérience, et ne fait pas que confier son corps à un thérapeute pour un soin, comme il est parfois constaté en pratique rééducative. Ainsi, le fait de pouvoir, pendant la prise en charge thérapeutique, cheminer dans l'intégration, la compréhension, la signification de son expérience perceptive et donc de son appropriation, participe à la dynamique processuelle de « réparation » de la patiente vis-à-vis de ses vécus traumatisants (accouchement mal vécu, trauma sexuel, etc.), menant jusqu'à un possible changement de regard sur ses vécus et les événements qui y sont reliés (voir ci-dessus le modèle de MPC).

4) Processus de connaissance par contraste⁶⁴

Dans cette étude, les trois patientes font chacune l'expérience, à de nombreuses reprises, de ressentis nouveaux au sein de leur corps qu'elles comparent spontanément à d'autres ressentis (perçus antérieurement ou à un autre endroit de leur corps) et qui leur apparaissent de ce fait significativement différents, « par contraste ». La personne effectue « *une sorte de comparaison entre le connu et l'inconnu à travers une activité cognitive de discrimination, d'association, de remémoration* » (Florenson, 2010, p. 62).

Dans ce paragraphe consacré au processus d'évolution des tensions biomécaniques pendant la séance de thérapie manuelle, je prendrai l'exemple d'une des patientes (Renée) qui suit l'évolution d'une tension perçue initialement dans la partie gauche de son bassin (lorsqu'elle témoigne ressentir la partie gauche plus détendue, elle constate, par contraste, que la partie droite est plus tendue). Ce constat se produit par contraste dans le sens où le ressenti de changement concernant un état tonique vécu dans le présent (tension qui se relâche à gauche) révèle par contraste un autre état tonique de tension situé ailleurs et dont la patiente n'avait pas forcément conscience auparavant.

DISCUSSION :

⁶⁴ *La connaissance par contraste* (Bois, 2007) est un concept utilisé par D. Bois dans sa thèse de Doctorat, pour mettre en relief ce moment particulier de la transformation des représentations chez des adultes en formation.

Il est intéressant de retrouver dans cette recherche ce processus de connaissance par contraste, déjà étudié antérieurement⁶⁵, mais qui est ici mis en évidence dans l'analyse des vécus des femmes pendant une séance de thérapie manuelle. On peut faire l'hypothèse que ce processus (de discrimination perceptive) participe à la finesse des ressentis dont elles témoignent, et qui leur serviront de repères et de référentiels par la suite dans leur vie quotidienne (dans la gestion de leurs tensions et de leurs symptômes, mais aussi, comme abordé ultérieurement, dans d'autres secteurs de leur vie).

6.1.3 Processus d'enrichissement du rapport à la sexualité

Pour cette troisième partie d'analyse, j'ai choisi de m'intéresser à la sous-catégorie : vécus corporels, prises de conscience et enrichissement identitaire, concernant la sexualité (III. A). Il me semble en effet pertinent d'étudier comment apparaissent et sont traités, lors du travail concernant l'étude des vécus perceptifs liés à une séance de thérapie manuelle sur le petit bassin, des témoignages concernant leur sexualité, alors que les patientes ne sont pas venues initialement en soin avec une demande ou une problématique concernant ce domaine. C'est d'ailleurs dans l'objectif (anticipé) d'explorer cette catégorie de vécus que le thème de la sexualité fait partie de mon guide d'entretien de bilan final (voir chapitre 4.2.2.2.). Par ailleurs, il m'a semblé très intéressant d'observer les vécus des patientes sur ce thème de la sexualité, dans le cadre d'un soin endopelvien qui touche directement, comme j'ai pu l'exposer dans le cadre théorique, aux domaines de l'intime et du féminin...

Dans le cadre de cette recherche, deux patientes sur trois ont abordé la question de leur sexualité.

Pour l'une d'elles (Irène), deux temps de la séance ont été propices à son témoignage. Lors de l'entretien juste après la séance (en post-immédiateté), lorsqu'elle témoigne à propos des tensions dans son corps, elle fait spontanément le lien avec ce qu'elle en a appris dans sa sexualité (comment cela a « changé la donne »). Ensuite, lors du bilan final (faisant suite à l'entretien post-immédiateté), lorsque je lui demande si les séances ont eu un effet au niveau de sa sexualité, son témoignage a été riche et précis, au point que j'ai pu repérer certaines étapes clés dans son processus d'enrichissement lors de la prise en charge en fasciathérapie.

⁶⁵ dans les travaux universitaires du CERAP

- 1) Apprentissage de la détente corporelle (perçu localement au niveau de la cicatrice périnéale, puis plus généralement)
- 2) Transposition de cette capacité de détente dans sa vie sexuelle
- 3) Effets constatés : somatique (plus de relâchement), psycho-affectif ou métapsychique (plus de confiance, plus de lâcher-prise)
- 4) Acquisition d'une nouvelle connaissance et d'un nouveau savoir-faire ou savoir-être (cela a changé la donne au niveau de sa sexualité)
- 5) Prise de décision (d'être vigilante dans l'avenir à maintenir cette nouvelle attitude dans sa sexualité)
- 6) Retour réflexif (c'est au niveau de sa sexualité que la résolution de sa problématique est la plus flagrante)

Pour l'autre patiente (Sandrine), son témoignage spontané apparaît pendant la séance de thérapie manuelle (au moment où elle ressent un mouvement se déplacer d'une manière autonome vers l'arrière de son bassin). J'ai pu, dans ce cas aussi, repérer plusieurs étapes dans le déroulement de son processus d'enrichissement, qui se jouait lui dans le temps de cette seule séance de fasciathérapie (car pas de recueil de type bilan final pour Sandrine dans le verbatim retenu).

- 1) Ressenti d'un mouvement subjectif (de bascule antéro-postérieure dans son bassin), accompagné d'un état affectif (de joie)
- 2) Effet constaté (sensation de vivre un mouvement plus large que son corps sans perdre la sensation localisée au niveau du périnée)
- 3) Lien fait avec son vécu dans la sexualité
- 4) Prise de conscience (elle réalise qu'elle peut perdre ses sensations pendant un rapport sexuel et qu'elle peut ne pas les perdre en séance)
- 5) Apprentissage : possibilité de voir et faire autrement, c'est-à-dire de transposer une nouvelle capacité dans sa vie (sexuelle)

DISCUSSION :

Il n'est pas surprenant de constater dans cette recherche un impact important des séances de soin endopelvien dans la sphère de la vie sexuelle des patientes. Je suis cependant frappée de constater ici à quel point un déroulement de processus est à l'œuvre. Dans les deux situations analysées, la patiente s'appuie sur un ressenti corporel fort (en termes de perception, mais aussi au sens d'une nouvelle façon de voir les choses qu'il emporte avec lui). C'est cet inédit

perceptif ou perceptivo-cognitif qui servira de base au processus de transformation parfois décidé intentionnellement ou parfois constaté (sans intention préalable de changement) par les patientes. Il est retrouvé presque point par point⁶⁶, dans les étapes vécues par elles, les étapes clés des deux modèles théoriques précédemment cités (le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive et le modèle des sept étapes de la transformation). À noter que ces étapes du processus de transformation observées dans le cadre de la Psychopédagogie perceptive (PPP)⁶⁷ ont été déclinées sous plusieurs formes dans les travaux de recherche au sein du CERAP, mais elles n'ont pas été avant cette recherche illustrées dans le cadre de vécus en rapport avec la sexualité.

6.2 ANALYSE TRANSVERSALE PAR TYPE DE PROCESSUS

Dans ce deuxième temps de mon analyse transversale, j'ai choisi de balayer de façon panoramique les analyses (cas par cas), sans me limiter à un croisement par catégorie ou sous-catégorie. Ainsi, ne pouvant rendre compte de façon exhaustive de la richesse et de la diversité des processus à l'œuvre dans l'ensemble de ce travail, j'ai pris soin de laisser émerger les processus les plus parlants.

6.2.1 Processus d'enrichissement perceptif en « boule de neige »

Comme je l'ai mentionné ci-dessus (voir paragraphe I.B : Processus de tension-relâchement-détente), j'ai qualifié l'ensemble du processus d'effets perceptifs concomitants ou successifs, qui s'entrelacent et se potentialisent dans le moment de la séance, et qui peuvent eux-mêmes engendrer d'autres effets... de *processus en « boule de neige »*.

J'ai pu également observer dans mon analyse ce type de processus en boule de neige entre un vécu (ou un enchaînement de vécus) de nature perceptive et un vécu de type affectif ou cognitif, alimentant ou amplifiant lui-même à son tour un autre vécu perceptif ou une nouvelle prise de conscience.

⁶⁶ Je ne commenterai pas ces points ici de façon détaillée.

⁶⁷ La Psychopédagogie perceptive est une discipline académique à laquelle appartient la fasciathérapie.

Ainsi une patiente (Sandrine) témoigne-t-elle se sentir joyeuse, lorsqu'elle sent que son corps se revitalise (impression de retrouver une globalité, de s'être reconnectée avec elle-même).

Une autre (Irène) témoigne en post-immédiateté d'un processus d'enrichissement perceptif en boule de neige non relaté pendant la séance. À partir de son ressenti de gêne cicatricielle qui a comme effet au cours du soin de disparaître, cet effet devient la cause (l'élément déclencheur) d'un processus réflexif, *via* un dialogue intérieur.

DISCUSSION :

Cette dynamique en boule de neige, qui englobe tous les secteurs constitutifs de la personne, met bien en relief la possibilité pour les femmes qui consultent, de vivre de multiples sensations (de nature perceptive, cognitive, affective...) qui s'enrichissent au fil de la séance, et donc se potentialisent. Dans le monde de la rééducation périnéale, le kinésithérapeute périnéologue, durant la prise en charge thérapeutique, pose des questions aux patientes concernant leurs ressentis. Toutefois, sa posture n'est pas fréquemment orientée vers un questionnement approfondi de ceux-ci, avec la connaissance qu'ils emportent en « arrière-scène » la possibilité pour la patiente de s'engager dans un processus (en boule de neige) de potentialisation du soin, donc d'amélioration du symptôme. Ainsi la connaissance, par les professionnels, de ce processus porteur d'une meilleure efficacité du traitement, nous rendrait plus attentifs à soutenir, voire solliciter la patiente dans son effort de verbalisation et de déploiement de processus d'enrichissement perceptif. Nous serions alors plus vigilants à ne pas rester dans une approche de soin à prédominance mécaniste.

Quant à ce processus en boule de neige exprimé dans sa dimension spécifique *perceptivo-perceptive*, il me semble peu abordé dans le champ de la Psychopédagogie perceptive. Dans cette étude, on observe maintes fois, dans de nombreuses catégories et sous-catégories qui interrogent les vécus, et notamment pendant la séance (I.A, II.A, B et C, et même III.B), que les participantes décrivent des effets (ou une évolution) de leurs ressentis. Il y a toute une richesse d'étapes, de diffusion ou d'évolution des perceptions (comme analysées dans le paragraphe I.B Processus de tension-relâchement-détente par exemple), qui me semble importante à mettre en relief dans cette phase de résultats d'analyse.

Ce processus d'évolution progressif en boule de neige des perceptions participe probablement à la qualité de l'enrichissement perceptif décrit par les patientes et à son intégration au quotidien, y compris dans l'évolution de leur rapport à leur corps et à la gestion de leur symptôme.

6.2.2 Passage d'un vécu somatique à un vécu d'un état métapsychique

J'appelle ici « vécu somatique » tous les types de témoignage des patientes concernant des vécus de type ressenti physique, que l'on pourrait qualifier également de vécus organiques. Les tensions biomécaniques et leur évolution vers une qualité de relâchement me semble appartenir à ce registre. D. Bois qualifie *d'état métapsychique* (2013), des états qui concernent la pensée, mais issus d'un vécu incorporisé de sa pensée (c'est pourquoi il parle « d'état »), comme le calme, la sérénité, le repos, la confiance...

Ainsi les participantes à cette étude témoignent-elles à de nombreuses reprises de ce type de processus, que j'ai recueillis et analysés.

Lorsque Renée pratique l'alternance de contractions et relâchements des muscles périnéaux, elle exprime ressentir plus de détente (vécu somatique), mais témoigne également de ressentis de tonalités et de niveaux différents à propos de sa manière de pratiquer les exercices ; elle ressent plus d'ouverture, un gain d'espace et de confiance (état métapsychique).

Lorsque les trois patientes ressentent les effets d'un relâchement dans leur corps, elles témoignent toutes ressentir un sentiment d'apaisement. Renée se sent plus sereine et a moins peur. Irène ressent plus de détente globale dans son corps (et dans sa sexualité), et plus de bien-être. Sandrine se sent plus en confiance, et a moins de peur.

Lorsque Renée et Sandrine témoignent ressentir de la chaleur dans leur petit bassin, toutes deux associent à cet effet un sentiment de bien-être.

Lorsque Sandrine témoigne en fin de séance ressentir de la joie reliée à un regain d'énergie, elle fait le parallèle avec l'état de rééquilibration dans son bassin. Pour elle, « quand son périnée est libre, elle est en forme », c'est-à-dire qu'elle fait le lien entre rééquilibration (libération), revitalisation physique et tonus psychique « positif ». D'ailleurs, elle témoigne que lorsqu'elle est fatiguée ou triste, son périnée est plus relâché (dans le sens moins tonique). Ainsi, Sandrine exprime-t-elle le lien étroit et les variations possibles et concomitantes existant entre son état psycho-émotionnel, l'état tonique périnéal et la présence plus ou moins intense de vitalité.

DISCUSSION :

Il est à noter que l'objectif de cette étude n'est pas d'analyser les processus décrits pour prouver ou justifier des hypothèses concernant leur genèse (comme dans une approche positiviste), mais bien d'analyser les phénomènes dont témoignent les patientes (« comment » cela se passe pour elle), selon une approche phénoménologique.

Ici, ce qui me semble intéressant à préciser, est l'apparition d'un état métapsychique. Ces femmes témoignent au cours d'une séance de fasciathérapie endopelvienne, et au décours de ressentis somatiques, qu'il leur est possible d'éprouver des états « positifs » tels que de la confiance, du bien-être, etc. Or, l'apparition de ces états pourraient sembler paradoxale, compte tenu du contexte délicat de la prise en charge thérapeutique (soin endopelvien, problématique gynécologique, parfois même antécédents traumatiques, etc.). En fait, je constate que la pratique de ce geste thérapeutique offre aux femmes un repère positif, qui pourrait même dans certains cas servir d'ancrage à une évolution de leurs représentations et stratégies comportementales (comme on l'a vu précédemment pour le processus d'évolution de gestion du symptôme).

6.2.3 Processus de remémoration corporelle pendant le soin de thérapie manuelle

Sur les trois patientes, l'une d'entre elles présente ce que l'on appelle *une remémoration corporelle*⁶⁸, c'est-à-dire qu'un souvenir va émerger pendant le soin manuel. Comme constaté dans l'analyse de son témoignage, ce phénomène est clairement lié au toucher manuel dans une zone porteuse d'une histoire dont la personne ne se souvient pas nécessairement avant ce moment de remémoration.

La remémoration corporelle n'a pas été abordée directement dans le cadre théorique, car ce thème ne représente pas l'objet direct de mon étude. Toutefois, il est intéressant de le relier avec le concept élaboré par D. Bois de *voie de résonance d'un choc*⁶⁹, (Bois, 1990, p. 65-80 ; Quéré, 2004, p. 199-209 ; Quéré 2010, p. 100-106), selon lequel un choc physique, psychique ou émotionnel interagit avec le corps d'une personne : « *Confronté au traumatisme, le corps réagit dans sa biologie et dans sa physiologie. Un traumatisme s'inscrit toujours dans les tissus, perturbant momentanément les fonctions nerveuses, la circulation sanguine, la rythmicité des tissus d'enveloppe, la liberté articulaire et le psychisme. Cet ensemble de réactions non décelables par les examens médicaux classiques mais bel et bien inscrites dans le corps constitue la voie de résonance d'un choc.* » (Bois, 2006, p. 172.) Certains événements et leurs

⁶⁸ D. Bois, dans son ouvrage 'Le moi renouvelé', parle « d'immobilité » et de « mémoire corporéisée » (Bois, 2006, p. 58-62) pour évoquer ce phénomène de remémoration corporelle ou *remémoration sensorielle* qu'il développe à d'autres reprises (littérature grise).

⁶⁹ Selon ce modèle théorique, suite à un choc, un processus de réactions corporelles (en chaîne ou simultanées) est décrit : trois concernent le plan physique (système nerveux et vasculaire, fascias et tonus musculaire), deux impliquent la perception (perturbation des rythmes et désertion sensorielle), et deux concernent l'installation de la pathologie et du mal-être.

tonalités de vécus associés ne seraient pas évacués en totalité chez une personne, et resteraient en partie figés dans certains endroits du corps, pour ensuite tomber progressivement dans l'oubli. Ces zones formeraient dans le corps des résistances, des densités, des immobilités. Dans notre pratique en fasciathérapie, comme le précise D. Bois, « *Quand la main remet en mouvement l'immobilité, elle libère du même coup l'éprouvé emprisonné dans le corps, et c'est au moment où le corps le réactualise que le patient réalise que cet éprouvé s'apparente à un souvenir et que ce souvenir peut remonter à la surface.* » (2006, p. 59-60)

Le témoignage de cette patiente (Sandrine) concernant le vécu d'une remémoration de bartholinite illustre clairement ce phénomène, qu'elle exprime spontanément au moment où elle ressent un mouvement dans son corps, consécutif à une réponse à un point d'appui initié par mon geste thérapeutique.

- 1) Ressenti initial (localisé à l'endroit de l'ancien vécu de la problématique remémorée)
- 2) Emergence d'une émotion de tristesse (montée de larmes)
- 3) Dilution physique partielle de cette émergence émotionnelle en même temps qu'apparaît un ressenti de douceur
- 4) Evolution des ressentis (diminution de la tristesse, gain d'espace au sein de son corps)
- 5) Remémoration et verbalisation de la signification de ce ressenti initial (elle me questionne sur l'existence éventuelle d'une glande située au niveau de son ressenti, puis témoigne de sa remémoration.

Ce premier temps de remémoration sera suivi d'un deuxième temps (lors de l'entretien en post-immédiateté), au cours duquel cette patiente aura accès au souvenir du vécu d'un avortement. C'est au moment où elle revient sur ses vécus de remémoration de bartholinite (en témoignant récupérer des parties de son histoire de vie de femme concernant cette région) et à l'instant où elle reparle de ses changements d'états émotionnels (passage rapide de l'état de rire à la tristesse), que Sandrine exprime cette remémoration dont j'ai pu observer le processus.

- 1) Emergence d'une émotion de tristesse (montée de larmes)
- 2) Emergence de l'image de l'hôpital où elle a vécu l'intervention médicale et remémoration de l'événement
- 3) Reconnexion avec le moment présent lorsque j'ai prononcé le mot douceur (dans un but descriptif de l'état de relâchement sous mes mains)
- 4) Ressenti de douceur dans son corps déclencheur de l'étape suivante
- 5) Instauration d'une stratégie de gestion de la remémoration douloureuse : dialogue intérieur avec son passé douloureux, à partir de son ressenti de douceur présent dans son corps (reconnaissance, réconciliation...)

DISCUSSION :

A propos de ce dernier temps du processus décrit, il est intéressant de noter que la remémoration d'un vécu douloureux peut être accueillie et gérée dans le présent de façon non douloureuse par la personne, ce qui pourrait sembler *a priori* paradoxal. N. Quéré a déjà observé ce phénomène, et fait mention de l'action thérapeutique à ce sujet : « *L'action thérapeutique en fasciathérapie offre souvent des reviviscences de l'événement stressant, qui ne « remonte » pas sous forme d'image, mais de sensation. Cette sensation — peur, tristesse, colère — présente lors du moment du stress est re-vécue par la personne et lui permet de se remémorer l'événement. Le geste thérapeutique permet de diluer l'effet de mal-être que le souvenir pourrait générer à nouveau.* » (2009, p. 224)

Il y aurait beaucoup à dire, en complément de ce qui est présenté ci-dessus, sur ce processus de remémoration corporelle observé ici dans le cadre d'un soin endopelvien en fasciathérapie. En revanche, ce qui me semble intéressant à souligner est la position de la kinésithérapie pelvi-périnéale et du kinésithérapeute face à ces formes d'émergence de vécus liés aux biographies corporelles des femmes et de leur bassin. Nous ne sommes pas préparés dans notre enseignement de base de kinésithérapeute à accueillir de tels phénomènes, et nous nous sentons souvent démunis devant une telle situation professionnelle (effet de surprise), ne sachant que faire (méconnaissance, pas d'outils à notre disposition), comment nous situer (limite de la compétence avec la psychologie) et doutant de nos capacités thérapeutiques (stratégies « sauvages »). L'exemple ci-dessus, montre à quel point, même s'il est difficile d'anticiper cette émergence, le déploiement de son expression se déroule d'une manière cohérente avec ce que perçoit le thérapeute et ce que vit la patiente (lorsque le cadre relationnel instauré est celui de la réciprocité actuante), et indépendamment de nos intentions, projections, désirs, etc. La stabilité et la confiance issues de ce contexte permettent à la patiente comme au thérapeute de laisser se dérouler sans crainte l'émergence de ces vécus. Le kinésithérapeute, face à l'évidence d'une telle cohérence installée et vécue *quasi* naturellement, peut garder une continuité dans son accompagnement des différentes phases de ce processus, jusqu'à la séquence de dilution et de rééquilibration finale. La remémoration en soi ne pose plus problème aux deux acteurs du soin, puisque « *même la remémoration d'un événement traumatisant est acceptée totalement quand le goût de soi, disparu lors du choc, réinvestit le corps dans cet instant du présent. C'est même le goût de soi retrouvé qui cicatrise la blessure* » (Bois, 2006, p. 60).

6.2.4 Processus de verbalisation du vécu

J'ai souhaité mettre la parole des patientes au centre de cette étude et de ce fait, comme déjà vu dans le cadre théorique, le cadre pratique et la méthodologie, la verbalisation est présente à de nombreuses étapes de cette recherche. Cette verbalisation est bien évidemment complexe et dépend de nombreux facteurs. Je ne reprendrai pas ici les (nombreux) éléments d'analyse qui confirmeraient les processus de verbalisation (à médiation corporelle) déjà mis en évidence dans d'autres travaux de recherche menés dans le cadre de la Psychopédagogie perceptive. Je préfère donner ici quatre exemples permettant de mettre en relief des processus émergents de verbalisation des vécus.

1) Dynamique de réciprocité entre la verbalisation de la patiente et celle du thérapeute

Lors d'une séance, à un moment donné, il peut s'instaurer un dialogue entre le thérapeute et la patiente, qui participe intimement au processus de verbalisation. Concernant l'une des patientes (Sandrine), c'est lors de l'entretien en post-immédiateté qu'a eu lieu un échange concernant le travail spécifique de la région utérine pendant le soin de thérapie manuelle. J'ai pu dénombrer plusieurs étapes successives dans cette dynamique de verbalisation amenant la patiente à faire le lien entre ses ressentis vécus au niveau de son utérus pendant la séance et l'organe anatomique lui-même, enrichissant ainsi la connaissance de son anatomie corporelle, dans ses dimensions perceptive et cognitive.

1) Information du thérapeute concernant un élément essentiel du déroulement du soin (besoin de travail sur l'utérus qui était congestionné)

2) La patiente rebondit en témoignant d'effets supplémentaires de ressentis perceptifs dans cette région (gain en malléabilité et présence d'une chaleur bienfaisante)

3) La patiente demande confirmation, à savoir si ses ressentis ci-dessus concernent bien son utérus (car elle dit ne pas bien connaître son anatomie)

4) Je lui confirme que ces ressentis étaient bien en lien avec ce que je percevais dans l'évolutivité du soin

5) Prise de conscience perceptive et cognitive de son utérus situé au sein de son petit bassin.

DISCUSSION :

Dans l'exemple de verbalisation étudié ici, on voit bien que la parole de la personne ne se donne pas nécessairement en une fois, que le sens et la compréhension ont nécessité une

clarification (pour la patiente elle-même), et que cette clarification a été rendue possible par le dialogue et la réciprocité avec le thérapeute. J'ai souvent observé dans cette étude l'importance de l'apport d'informations aux patientes, soit de ce que je ressens sous mes mains (dans leur corps), soit une connaissance médicale (anatomie ou physiopathologie). Mais au-delà de l'information que je fournis à la patiente, il me semble que c'est bien souvent l'espace d'écoute que je lui offre qui permet au processus de verbalisation de se dérouler jusqu'à son terme.

Ce dernier point me semble important dans le contexte du soin en pelvi-périnéologie. Accueillir la parole et recueillir le vécu des femmes demande de connaître la valeur de ces témoignages aussi bien sur un plan humain que sur un plan thérapeutique.

2) Dynamique de créativité de la verbalisation de la patiente

En ce qui concerne la complexité et la richesse des processus de verbalisation, je prendrai un deuxième exemple, ou plutôt un deuxième éclairage, celui des métaphores, forme d'expression totalement spontanée de la part des patientes. Je constate en effet dans les témoignages que des verbalisations de vécus sous forme métaphorique sont fréquentes, qu'elles se retrouvent chez les trois participantes et dans les trois phases de la séance (avant, pendant, et après le soin de thérapie manuelle).

Par exemple, en ce qui concerne le vécu des tensions, une des patientes (Renée) parle de pâte à modeler qui se ramollit, une autre (Irène) évoque la douleur ressentie et ses fluctuations comme étant le baromètre de ses tensions. Quant à leur vécu d'un mouvement subjectif interne, pour deux d'entre elles (Renée et Sandrine), il prend une forme de vague, et l'une (Renée) le compare à une description de la terre qui tourne (lenteur), ou d'un fœtus qui bouge dans l'utérus (apesanteur). Enfin, la métaphore d'un moteur grippé est utilisée lors de la description des contractions pratiquées avant de les avoir ressenties et pratiquées (par contraste) d'une manière plus sensorielle.

DISCUSSION :

Ces métaphores permettent aux patientes de s'approcher de la description de ressentis inédits ou différents des référentiels habituels, parfois étonnants, comme elles l'ont souvent exprimé. Ces formes métaphoriques semblent également convenir à la verbalisation de la dimension perceptive (ou sensorielle) des vécus éprouvés au cours du travail effectué sur le mode de la fasciathérapie. De manière plus subjective, je dirais que ces expressions métaphoriques voire poétiques me touchent particulièrement, et qu'elles rendent particulièrement bien compte de la richesse du vécu des patientes.

3) Dynamique d'expression sous forme de paradoxes

Je souhaitais relever le caractère paradoxal de nombreux aspects du vécu des patientes. Ces paradoxes peuvent concerner plusieurs secteurs : les émotions, les tensions physiques, mais également des états métapsychiques ou des remémorations corporelles. Par exemple, j'ai pu dégager des analyses cas par cas des vécus réunissant un mélange d'émotions (colère, tristesse) vécues en même temps qu'un ressenti de douceur, le vécu d'une remémoration traumatique et de douceur en même temps, le vécu d'une tension localisée et en même temps de détente à proximité, un vécu de tension et de bien-être simultané (ça tire, mais en même temps ça fait du bien).

Concernant les vécus paradoxaux exprimés en terme d'espace, certains ressentis physiques sont témoignés lorsqu'ils sont perçus simultanément dans des directions opposées, comme à propos du mouvement subjectif interne, ou lorsque cela concerne la chaleur, ou lors du déplacement des mains du thérapeute. Les perceptions peuvent être ressenties d'une manière paradoxale lorsqu'elles sont vécues localement et en même temps à distance, ou bien en même temps localement et globalement, ou même un ressenti qui étonnamment s'élargit tout en restant concentré.

DISCUSSION :

Cet aspect de l'analyse des témoignages me semble intéressant du fait qu'il nous montre que, dans les conditions de la fasciathérapie endopelvienne, des aspects difficiles du travail dans la région du petit bassin peuvent être amortis ou compensés par d'autres aspects du vécu du corps et de perceptions agréables ou inattendues, et ce de façon parfois simultanée.

De plus, cette dimension de vécus paradoxaux serait à rapprocher du concept d'entrelacement des contraires (Merleau-Ponty, 1964) en phénoménologie, ou de non prédominance (Bois, 2011b) en psychopédagogie perceptive ; la présence de deux phénomènes apparemment opposés qui en fait se potentialisent, rompt avec une vision binaire ou manichéenne d'une situation. Cela contribue à ouvrir les patientes à un changement de représentation concernant leur corps et ce qui peut s'y dérouler, dans le sens où elles constatent (avec ces paradoxes), qu'elles peuvent faire l'expérience, au sein de leur corps, de la coexistence de phénomènes (apparemment antinomiques) à laquelle elles ne s'attendaient pas du tout, et qui leur permet de relativiser leur point de vue.

4) Types de vécus en fonction des différentes phases de la séance

Enfin, je voulais apporter un élément de précision concernant l'analyse des verbatim, sur le plan de la temporalité. En effet, comme je l'ai expliqué dans le chapitre méthodologique (4.2.2.6), il m'a paru *a priori* intéressant d'utiliser des couleurs différentes en fonction du moment de la verbalisation au cours de la séance, ce qui permet très rapidement de les repérer dans l'analyse classificatoire (les couleurs), donc les moments de verbalisation correspondant à chaque catégorie et sous-catégorie de vécu.

Brièvement je dirais, concernant la catégorie I. des *vécus en rapport avec le symptôme initial*, que la majorité des témoignages se sont regroupés lors de l'entretien en début de séance, si ce n'est pour Irène qui témoigna de ses réflexions et de la gestion de son symptôme surtout en post-immédiateté et lors du bilan final (ce qui n'est pas surprenant du fait de sa problématique de tension périnéale et de son vécu de détente pendant la séance).

Concernant la catégorie II., *les ressentis physiques perçus au cours de la séance de fasciathérapie endopelvienne*, tous les témoignages s'y attachant ont été évidemment vécus pendant cette phase, mais j'ai pu également observer que toutes les patientes sont revenues sur ces vécus au moment de l'entretien en post-immédiateté. C'est le plus souvent lorsque les ressentis étaient perçus d'une manière intense ou surprenante que ces témoignages ont été revisités lors de la phase en post-immédiateté.

Concernant la catégorie III. des *vécus, prises de conscience et enrichissement identitaire*, ainsi que ses sous-catégories, j'ai pu noter qu'une participante n'a témoigné de sa sexualité que lors du soin endopelvien, et une autre uniquement lors du bilan final. Les émotions se sont exprimées dans toutes les phases du soin. Enfin, concernant les prises de conscience et les manières d'être dans sa vie, les trois patientes les ont exprimées en dehors de la phase de thérapie manuelle proprement dite. Ce constat n'est pas surprenant, étant donnée la nécessité (décrite en Psychopédagogie perceptive) d'une certaine temporalité (d'une durée plus ou moins longue) pour qu'émergent et s'incarnent ces étapes de transformation (voir « le modèle des sept étapes de la transformation »).

CONCLUSION GÉNÉRALE

A) Résultats de recherche et retour sur les objectifs de recherche

Vient le moment de synthétiser les résultats de cette recherche.

Lors de cette étude, je désirais connaître le vécu des patientes lors d'un soin de fasciathérapie endopelvienne et ce qu'elles rapportaient de ce geste thérapeutique et de ses effets. J'ai donc été amenée à formuler trois objectifs de recherche, dans une dynamique d'anticipation /émergence, de manière à ce que cette recherche se construise autour d'une cohérence qui traverse toutes les étapes de la recherche. Ces objectifs étaient les suivants :

1- Identifier et catégoriser les différents types de vécus décrits par les patientes en termes de vécu du symptôme, de vécu de la séance de thérapie manuelle, et d'impacts sur leur vie

2- Observer et appréhender le contenu de ces vécus

3- Mettre en relief les vécus témoignés par les femmes consultant pour troubles du petit bassin en lien avec un soin de fasciathérapie endopelvienne ou avec ses effets

1) Mise en relief des vécus par l'approche catégorielle

Je souhaitais donc dans un premier temps (et en cohérence avec mon premier objectif de recherche), identifier et catégoriser les différents vécus témoignés par les patientes en termes de vécu du symptôme, de vécu pendant la séance de thérapie manuelle, et d'impacts du geste thérapeutique et (du vécu) de la séance sur leur vie.

L'étape de classification des données, à partir de l'élaboration de la première grille de catégories et sous-catégories anticipatrices (voir chapitre 4.2.3.1), m'a permis tout d'abord d'objectiver les contenus de vécus et de les recenser en quelque sorte. Cette première phase de résultat montre la prédominance des ressentis somatiques ou organiques témoignés. Ceci n'est pas surprenant en soi, du fait du cadre de ma recherche (la pratique de thérapie manuelle), mais il est à noter la prépondérance des vécus liés aux ressentis de mouvements (mouvements objectifs ainsi que mouvements subjectifs internes). À ces ressentis de mouvements se sont déclinés des effets subjectifs pour l'ensemble des trois patientes : ressentis de chaleur diffusant dans tout le corps, états de détente psychique en relation avec un ressenti de bien-être, et ressentis de gain de globalité (effets à distance de la zone périnéale traitée, mouvements

ressentis dans tout le corps, sentiment d'être plus unifiée...). De plus, de nombreux moments concernant des variations d'états de tension vers plus de détente corporelle ont été évoqués.

Ainsi cette étape d'observation et de classification des données, à partir de l'élaboration d'une première grille de catégories et sous-catégories anticipatrices a abouti, *via* un travail d'affinage des catégorisations de vécus, à l'élaboration d'une deuxième grille d'analyse (voir chapitre 4.2.3.2). Cette grille définitive de catégories et de sous-catégories anticipatrices et émergentes (p. 93) représente une deuxième phase de résultats de recherche, en ce sens qu'elle permet d'appréhender de façon panoramique les vécus témoignés par les patientes concernant l'objet de recherche. Ainsi cette étape répond-elle pleinement au premier objectif posé.

2) Mise en relief des vécus par l'analyse phénoménologique et l'analyse herméneutique cas par cas

Il m'a fallu, dans un second temps (et en cohérence avec mon deuxième objectif de recherche), me plonger dans le cœur de mes données, de manière à pouvoir observer et appréhender le contenu de ces vécus, c'est-à-dire étudier de quoi ils étaient faits.

En réalité ce deuxième temps d'approfondissement n'est pas nécessairement séparé de la phase précédente de catégorisation des vécus, car comme nous l'avons vu dans la méthodologie (chapitre 4.2.3.2), j'ai dû effectuer de nombreux allers-retours entre l'analyse phénoménologique et l'affinage catégoriel émergent de ce mouvement d'analyse. Cette étape m'a permis d'élaborer un récit phénoménologique pour chaque participante, ce qui représente une troisième phase de résultat, dans le sens où chacun de ces récits permet d'appréhender une manière singulière de témoigner d'une séance de fasciathérapie endopelvienne et de ses effets.

La clarification des différents vécus en rapport avec le symptôme (ressentis corporels, réflexions et prises de conscience, et gestion du symptôme dans le quotidien), ainsi que tous les ressentis somatiques perçus au cours de la séance de fasciathérapie endopelvienne en sont issus. Quant aux vécus corporels en lien avec les prises de conscience des patientes dans leur rapport avec leur corps, leur sexualité, leur féminité, leurs émotions ainsi que leurs manières d'être dans la vie, il en ressort une grande richesse, tant d'un point de vue perceptif que réflexif, comportemental et existentiel. La dimension de sujet apparaît clairement, ainsi que les mises en lien que font chacune des participantes entre toutes ces différentes facettes de vécus, les conduisant parfois même jusqu'à changer de posture comportementale et de regard sur les vécus d'événements passés. À titre d'exemple, il a été possible de noter, suite à la séance, que

les patientes avaient le sentiment de pouvoir se « reconnecter » et récupérer des espaces d'elles-mêmes (leur assise, leur bassin), ou de découvrir de nouvelles capacités et stratégies pour agir sur leur symptôme ou sur leur vie quotidienne (décider de ne plus se voir comme morcelée...), ou bien de reconnaître leur mécanisme de fonctionnement (tension en lien avec un comportement de lutte dans sa vie, difficulté à lâcher-prise dans la sexualité).

Ces exemples d'approfondissement d'appréhension des contenus de vécus sont issus à la fois du travail d'analyse phénoménologique et de l'analyse herméneutique cas par cas. Cette dernière étape m'a permis de pénétrer le récit des participantes depuis ma propre posture et expérience, tout en restant ancrée dans la description, la résonance et le sens que ces vécus pouvaient avoir pour chacune d'elles. Les analyses herméneutiques cas par cas représentent donc une quatrième phase de résultat de recherche, me permettant, par un mouvement de surplomb, de mettre en relief de façon synthétique certains temps forts de ces vécus. A titre d'exemple, je citerai un extrait d'analyse herméneutique : « *Pendant le soin, Irène, par contraste, ne ressent plus de gêne, et fait part de sa réflexion : elle évoque l'espoir d'une possibilité d'agir sur sa douleur, fait marquant d'un début de changement de regard porté sur son symptôme et sur son corps* » (p. 111).

En ce sens, cette phase de résultat répond à mon deuxième objectif de recherche, tout en contribuant à répondre également au troisième objectif énoncé.

3) Mise en relief des vécus par l'analyse transversale et les processus qui s'en dégagent

Une autre manière de mettre en relief les vécus témoignés par les femmes consultant pour troubles du petit bassin en lien avec un soin de fasciathérapie endopelvienne ou avec ses effets (en cohérence avec mon troisième objectif de recherche), a consisté à laisser émerger de mon analyse transversale (chapitre 6) une autre forme de résultats que celle qui s'est organisée sous forme de catégories.

Ainsi il m'est apparu clairement que, sur l'ensemble des analyses des trois patientes, la présence de processus était au cœur des vécus. Je me suis donc appuyée sur ce fil conducteur pour présenter quelques uns des résultats de mon étude qui m'ont semblé particulièrement intéressants, soit parce qu'ils représentent une surprise ou une nouveauté (pour moi-même ou sur le plan scientifique), soit parce qu'ils me semblent receler une information qui pourrait être prise en compte dans le monde du soin en pelvi-périnéologie.

Je citerai ici quelques exemples de la grande variété de processus observés dans mes résultats de recherche. Il m'a semblé par exemple particulièrement surprenant, alors que chacune des trois patientes est confrontée à une problématique différente et a une manière singulière de gérer son symptôme, d'avoir pu dégager un processus commun aux trois patientes (en six étapes), concernant l'évolution de la gestion de leur symptôme. La nature de cette évolution et les ressources sur lesquelles elles s'appuient grâce au vécu des séances de fasciathérapie endopelvienne me paraissent également très intéressantes, et porteuses en termes de perspectives thérapeutiques.

Un autre exemple concerne l'évolution des tensions biomécaniques ressenties pendant la séance, d'un vécu d'un état de tension corporelle vers davantage de relâchement. Il s'en dégage une grande richesse de processus. Pour cette seule sous-catégorie (II.A), j'ai pu mettre en évidence quatre types de processus à l'œuvre : un processus de tension-relâchement-détente et effets de la détente (ou processus d'enrichissement perceptif en « boule de neige »), un processus d'enrichissement perceptif de type « boléro », un processus d'appropriation des vécus et un processus de connaissance par contraste.

Enfin, il a été intéressant de pouvoir analyser deux exemples de processus de remémoration corporelle, vécus par l'une des patiente pendant le soin en thérapie manuelle, nous permettant, en tant que thérapeute, d'avoir une meilleure compréhension du cheminement, de la progressivité et des enjeux présents à chaque étape de son processus. Ainsi l'on voit, par exemple, comment une patiente peut apprendre à gérer la remémoration d'un vécu douloureux (du passé) en coexistence avec un vécu de grande douceur (dans le présent).

De manière générale, ces résultats de recherche offrent une perspective radicalement nouvelle dans la manière d'appréhender le vécu des patientes dans le champ de la pelvi-périnéologie. En ce qui concerne la psychopédagogie perceptive, la notion de processus, ainsi que la nature même des processus à l'œuvre, s'ils ne représentent pas une nouveauté conceptuelle offrent néanmoins un champ d'application nouveau, aussi bien dans leur cadre de recherche (le toucher endopelvien fasciathérapique, les patientes présentant des troubles du petit bassin) que dans la dimension thématique du vécu exploré (l'intime, le féminin, le témoignage en temps réel pendant une séance de thérapie manuelle).

B) Apports personnels et professionnels de ma recherche

Me situant dans une démarche d'analyse qualitative, il me semble important de me retourner sur mon expérience (d'avoir mené à son terme une démarche de recherche) et d'observer quels en ont été les enjeux et les impacts. Ainsi j'esquisserai ici certains d'entre eux.

Je constate tout d'abord que mon parcours de praticienne et de pédagogue était extrêmement prégnant lorsque j'ai abordé cette étude de recherche. Il m'a fallu beaucoup de temps pour assouplir ma posture et ma pensée, portées par des convictions et des référentiels issus des modèles de la kinésithérapie et de la fasciathérapie qui ont fait leurs preuves. L'enjeu était de taille. Puisque l'objet de ma recherche était tourné vers le vécu des patientes, comment me laisser altérer par ces données sans déconstruire ma pratique professionnelle ? Je me surprénais fréquemment dans le désir d'expliquer (le « pourquoi ») plutôt que de rechercher le « comment » de la chose étudiée, ou bien d'interpréter certaines données de manière totalement arbitraires (notamment lors de l'élaboration des récits phénoménologiques), alors que cela n'était évidemment pas mon objectif, comme s'il s'agissait d'un réflexe de ma pratique qu'il me fallait suspendre. S'immerger dans les données tout en gardant une forme de recul, rester dans une rigueur demandée par le cadre de ce travail et en même temps pouvoir s'en affranchir, et s'autoriser à en sortir (notamment dans les phases d'analyse herméneutique et d'analyse transversale), pouvoir remettre en question mes pensées, sans douter de mes capacités à rebondir, fut un apprentissage tout au long de ce travail de recherche.

C) Perspectives

1) Autres thèmes de recherche

Au cours de ce travail de recherche, d'autres questionnements et thèmes de recherche ont émergé. Il m'a d'ailleurs fallu les identifier de façon à veiller à ce que ces intérêts émergents ne me fassent pas dévier de mon axe de recherche.

J'aurais aimé notamment explorer les effets de mes consignes verbales sur la patiente pendant le soin (quelle influence sur ses vécus perceptifs, ses compréhensions, ses mises en en action ? selon quels types de consigne ?). Par ailleurs, il m'aurait paru intéressant d'évaluer les effets du geste thérapeutique sur le plan de son efficacité thérapeutique, notamment sur une pathologie spécifique (sur un seul type de symptôme). Pour cela, il aurait fallu que je situe ma démarche dans un paradigme de recherche positiviste, de façon à pouvoir mener une évaluation quantitative. J'aurais pu également cibler le travail de recherche sur la dynamique gestuelle

périnéale (contractions-relâchement), car ce volet rééducatif représente un outil central en pelvi-périnéologie. Enfin, au vu de la richesse du cadre théorique et du cadre pratique, modéliser ma pratique de fasciathérapie appliquée à la sphère pelvi-périnéale me semblerait également pertinent.

Ces thèmes d'intérêt et ces élans seront peut-être le point de départ d'un autre travail de recherche, dans un cadre académique ou d'un laboratoire de recherche.

2) Prolongement de ma recherche

Je souhaite tout d'abord que les résultats de cette étude puissent me permettre de mieux communiquer auprès des professionnels masseurs kinésithérapeutes pelvi-périnéologues. Ainsi ai-je pu mettre en discussion, au cours de ce travail (chapitres 6.1 et 6.2), certains résultats de recherche avec le contexte théorique et pratique de notre profession. J'ai pu évoquer notamment que : « La dimension perceptive et expérientielle semble bien souvent être au cœur, voire même à la racine de ces différents niveaux de processus de gestion du symptôme. Ces résultats d'analyse me semblent intéressants à mettre en perspective avec le contexte de la kinésithérapie et de la rééducation pelvi-périnéale. En pratique, la prise en charge thérapeutique de la gestion du symptôme s'inscrit dans le volet kinésithérapique « éducation de la patiente ». [...] Or, nous savons aujourd'hui que cette dimension kinésithérapique d'éducation de la patiente s'est enrichie des connaissances didactiques et psychologiques développées en science de l'éducation, en instaurant un nouveau champ d'étude et de pratique nommé « Education Thérapeutique du Patient » (Gatto, Garnier & Viel, 2007 ; H.A.S, 2007). [...] Ainsi, lorsque je constate dans les résultats de cette étude de recherche que l'approche fasciathérapique de la rééducation périnéale place le sujet au cœur de son processus de soin et prend en compte la part de savoir de la patiente, basée sur ce qu'elle perçoit et comprend de son expérience pour élaborer ses savoir-faire propres concernant sa gestion du symptôme, alors je peux entrevoir des points de convergence avec le contexte kinésithérapique « d'Education Thérapeutique du Patient » ». (p. 155-156) ; « Cette dynamique en boule de neige [...] met bien en relief la possibilité pour les femmes qui consultent, de vivre de multiples sensations (de nature perceptive, cognitive, affective...) qui s'enrichissent au fil de la séance, et donc se potentialisent [...] Ainsi la connaissance, par les professionnels, de ce processus porteur d'une meilleure efficacité du traitement, nous rendrait plus attentifs à soutenir, voire solliciter la patiente dans son effort de verbalisation et de déploiement de processus d'enrichissement perceptif. » (p. 162-163)

J'espère également que les résultats de ces travaux contribueront à enrichir le champ théorique ainsi que le champ pratique de la fasciathérapie et de la psychopédagogie perceptive, notamment en ce qui concerne l'abord et l'accompagnement des femmes présentant une problématique liée au petit bassin et/ou dans un processus d'enrichissement de la dimension singulière et intime de « l'être-femme-sujet ».

Enfin, je pense que cette recherche pourra continuer à enrichir ma propre pratique, aussi bien dans ma posture de praticienne que de formatrice (en pelvi-périnéologie et en fasciathérapie appliquée à la sphère pelvienne).

Ces travaux pourraient trouver un prolongement à travers la rédaction d'articles spécialisés, ciblés sur certains aspects ou résultats de ma recherche.

BIBLIOGRAPHIE

Rééducation pelvi-périnéale

- Bourcier, A. (2005). *Dysfonction du plancher pelvien*. Paris : Elsevier 2 tomes
- Bourcier, A & Juras, J. (1986). *Urodynamique et réadaptation en urogynécologie*. Paris : Vigot
- Bourcier, A., Amarenco, G., Bonierbale, M., Dentz, J.P., Juras, J., Mamberti-Dias, A., Perrigot, F., Roman, F., Touchais, J.Y. & Weber, J. (1989). *Le plancher pelvien*. Paris : Vigot
- Cappelletti, M.C. (2003). « *Les métiers du toucher* ». En ligne <http://www.journees-perinologie.com>, onglet « Ethique »
- Caufriez, M. (2010). « *Abdominaux et périnée : mythes et réalités.* ». M.C. Editions
- Colangeli-Hagège, H. (2004). *La rééducation périnéale postnatale : les racines d'une controverse*. Mémoire de DESS d'éthique médicale et hospitalière. Espace éthique de l'AP-HP. Université de Marne-la vallée
- Deffieux, X., (dir) (2011). *Manuel pratique d'urogynécologie*. Paris : Elsevier Masson SAS
- Dr de Gasquet, B., Pourroy, J.D., Roux, D., Dr Roy, P., Valancogne, G., Dr Watier, A. (2001). *Contipations : solutions*. Clamecy, Nièvre : Robert Jauze
- Dr de Gasquet, B. (2003). *Abdominaux : arrêtez le massacre*. Clamecy, Nièvre : Robert Jauze
- Doucé, F. (2010). *Rééducation du périnée selon l'eutonie de Gerda Alexander*. Romans-sur-Isère, Drôme : Ardhome Editions
- Galliac-Alanbari, S. (2005). *Rééducation périnéale féminine : mode d'emploi*. Clamecy, Nièvre : Robert Jauze
- Guérineau, M., Robert, R., Labat, J.J, Bensignor, M. (2003). *Les douleurs périnéales : traitement kinésithérapique*. Revue Kinésithérapie Scientifique N° 434, juin 2003, p. 33-42
- Grosse, D., Sengler, J. (1998). *Rééducation périnéale*. Paris : Masson
- Kegel, A. (1948). *Progressive resistance exercise in the fonctionnal restoration of perineal muscles*. Am J Obstet Gynecology 1948:56:238-48
- Kegel, A. (1951). *Physiologie therapie for urinary stress incontinence*. J Amer Med Asso. 1951:146,915-7
- Planté, A. F. (2012). *Impact psychologique de l'incontinence urinaire*. Article. Interbloc Tome XXXI. N°2, avril-juin 2012, p. 120-123
- Valancogne, G. (1993). *Rééducation en colo-proctologie*. Paris : Masson
- HAS. Haute Autorité de Santé. En ligne <http://www.has-sante.fr>.

Ostéopathie pelvi-périnéale

- Ageron-Marqué, C. (2000). *Ostéopathie en gynécologie : guide pratique*. Bruxelles : Ed. Satas
- Barral, J.P., Mercier, P. (2004). *Manipulations viscérales 1*. Paris : Elsevier
- Bonneau, D., Mares, P., Vautravers, P., Hérisson, C. (dir.) (2011). *Algies périnéales et thérapies manuelles*. Montpellier : Sauramps Médical
- Curtill, P., Métra, A. (2005). *Traité pratique d'ostéopathie viscérale*. Troisième édition. Paris : Frison Roche
- Hebgen, E. (2011). *Ostéopathie viscérale*. Paris : Maloine
- Hérisson, C., Vautravers, P., (dir.) (2007). *Ceinture pelvienne, sacro-iliaques et thérapies manuelles*. Montpellier : Sauramps Médical
- Shweitzer, C. (2005). *Ostéopathie intrapelvienne et arbre gynécologique : sexualité et identité*. Clamecy, Nièvre : Robert Jauze
- Woodall, P. (1983). *Principes et pratiques ostéopathique en gynécologie*. Paris : Frison-Roche

Philosophie du toucher

- Andrieu, B. (2008). *Le toucher, se soigner par le corps*. Paris : Ed. Les Belles Lettres
- Bonneton-Tabaries, F., Lambert-Libert, A. (2009). *Le toucher dans la relation soignant-soigné*. Paris : Med-line
- De Koninck, T. (2002). *De la dignité humaine*. Paris : PUF
- Le Breton, D. (2009). Le sens des sens : le toucher. *Les cahiers de l'observatoire : Les sens de la peau*, n° 6, p. 5-10. In Site *Observatoire Nivea*, http://www.observatoirenivea.com/Cahier_all.aspx ?Page=2
- Vinit, F. (2007). *Le toucher qui guérit*. Paris : Belin

À propos du soin

- Attely, M.-W. (2010). *Le corps de l'infirmière : Paradoxes et non-dits d'un corps à corps*. Thèse de doctorat sous la direction de C. Delory-Momberger, Université Paris 13/Nord
- Bouchet, J. Y. (2010). *Place du kinésithérapeute dans une unité transversale pour l'éducation des patients*. Revue Soins Cadre, N° 73. Paris : Elsevier Masson
- De Rivoyre, F. (2006). *Wilhelm Reich et la révolution sexuelle*. Paris : Punctum Editions
- Gedda, M. (2005). *Pas de kinésithérapie sans éducation thérapeutique*. En ligne : <http://www.ipcem.org>
- Gatto, F., Garnier, A. & Viel, E. (2007). *Education du patient en kinésithérapie*. Montpellier : Sauramps Médical
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrive le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris : Masson
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin*. Paris : L'Harmattan
- Honoré, B. (2009). *Le soin en perspective*. Paris : Ed. Seli Arslan
- d'Ivernois, J. F. & Gagnayre, R. (2007). *Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du*

patient. En ligne : <http://ifsicrf09122.unblog.fr/files/2011/06/evaluerletppatient1.pdf>

Josso, C. (1991). *L'expérience formatrice : un concept en construction*. in Courtois, Pineau *La formation expérientielle des adultes*. Paris : La documentation française

Josso, M.C. (2010). Les narrations du corps dans les récits de vie en lien avec les niveaux en profondeur du prendre soin de soi. In Actes du CIPA IV, Natal (Br) : Ed. Paulus/Edifurn

Perraut Soliveres, A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : PUF

Reach, G. (2010). *Une théorie du soin : souci et amour face à la maladie*. Paris : Ed. Les belles lettres

Van Manen, M. (1999). The pathic Nature of Inquiry and Nursering. In Madjar I., Walton J. (eds), *Nursing and the experience of illness*. Rutledge, 17-35

Le soin et le féminin

André, J. (1994). *La sexualité féminine*. Paris : PUF

Anzieu, A. (2004). *La femme sans qualité : Esquisse psychanalytique de la femme*. Paris : Dunod

Ballanger et Rischmann (1995). *Incontinence urinaire de la femme*. Rapport présenté au 89e Congrès de l'Association Française d'Urologie, Paris, Progrès en Urologie, Volume5, p.739-893 En ligne <http://www.urofrance.org>

Bellego, D. (2009). *Masculin féminin, l'initiation amoureuse*. Paris : Guy Trénadiel

Chia, M. (1986). *Le Tao de l'amour retrouvé. L'énergie sexuelle féminine*. Paris : Guy Trénadiel

Depondt-Gadet, M. (2012). *Qi gong au féminin*. Ed. Chariot d'Or

El Feki, M., Desjardins, J.Y., Crépault, C., Bureau, J., (2010). « *La sexothérapie : quelle thérapie choisir en sexologie clinique ?* ». Bruxelles : De Boeck

Flaumenbaum, D. (2006). *Femme désirée, femme désirante*. Paris : Payot et Rivages

Gellman, C. (2009). *Créativité en sexothérapie*. Article. En ligne <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmVwYXBzeXxneDo0MDk5NTc5Mzc5Yjc5YWVx>

Képès, S. (2001). *Le corps libéré : psychosomatique de la sexualité*. Paris : Ed. Syros

Képès, S., Brenot, P. (1998). *Relaxation et sexualité*. Paris : Odile Jacob

Lachowsky, M. (2005). *Un temps pour les femmes*. Paris : Odile Jacob

Lachowsky, M., Wivaver, D. (2007). *Aspects psychosomatiques de la consultation en gynécologie*. Paris : Elsevier Masson

Lansac, J., Berger, C., Magnin, G. (1983). *Obstétrique pour le praticien*. Paris : Ed. De Boek Simep

Mourichon, L. (2012). *Sexualité. Maternité. Paroles de femmes*. Paris : Robert Jauze

Piontek, M. D. (2006). *Les secrets de la sexualité féminine*. Paris : Le courrier du Livre

Soutoul, J.H, Bertrand, J., Body, G. (1994). *La consultation en gynécologie*. Paris : Ellipses

Van Lysebeth, A. (1993). *Pranayama, la dynamique du souffle*. Paris : Flammarion

Anthropologie, philosophie, sociologie et histoire du corps

- Bard, C. (1995). *Les Filles de Marianne. Histoire des féminismes. 1914-1940*. Paris : Fayard
- Butler, J. (2005). *Humain, Inhumain. Le travail critique des normes*. Entretien. Paris : Ed. Amsterdam
- Butler, J. (2006). *Défaire le genre*. Paris : Ed. Amsterdam
- Clenet, J. (1998). *Représentations, formation et alternance*. Paris : l'Harmattan, Alternances et Développement
- Dorlin, E. (2008). *Sexe, genre et sexualités : introduction à la théorie féministe*. Paris : PUF, coll. Philosophies
- Duby, G., Perrot, M. (dir.). (1991-1992). *Histoire des femmes en Occident*. Paris : Plon
- Eid, G. (2001). *L'intimité ou la guerre des sexes ; le couple d'hier à demain*. Paris : L'Harmattan Coll. Logiques sociales
- Jodelet, D. (1993) *Les représentations sociales, regard sur la connaissance ordinaire*, in Revue Sciences Humaines, n° 27
- Le Breton, D. (2005). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : PUF
- Lowen, A. (1979). *La Bio-énergie*. Ed Sand : Le corps à vivre
- Matray, B. (2004). *La présence et le respect. Ethique du soin et de l'accompagnement*. Paris : Desclée de Brouwer
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le Visible et l'Invisible*. Paris : Gallimard (éd. 2010)
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image, son public*. Paris : PUF
- Perrot, M. (1998). *Les Femmes ou les silences de l'histoire*. Paris : Flammarion
- Perrot, M. (2006). *Mon histoire des femmes*. Paris : Seuil
- Riot-Sarcey, M. (2006). *Histoire du féminisme*. Paris : Ed. La Découverte, coll. Repères, 2^e édition
- Reich, W. (1971). *L'analyse caractérielle*. Paris : Ed. PBP

Méthodologie de recherche

- Albarello, L. (2004). *Devenir praticien-chercheur. Comment réconcilier la recherche et la pratique sociale*. Bruxelles : De Boeck
- Bois, D. (2011). *Le paradigme du Sensible appliqué à la recherche. L'approche dynamique anticipatrice*. Littérature grise
- Bois, D., Bourhis, H. & Bothuyne, G. (2013). La dynamique de recherche anticipation / émergence : approche catégorielle innovante du récit autobiographique d'une patiente ayant traversé l'épreuve du cancer. Colloque RIFREQ : *Du singulier à l'universel*. Université de Montpellier
- Boyd, C.O. (2001). Phenomenology, the method. In Munhall (ed.). *Nursing Research: A qualitative perspective* (pp. 93-122). New York : Jones and Bartlett
- Craig, E.P. (1978). *La méthode heuristique : une approche passionnée de la recherche en sciences humaines*. Traduction du Chapitre II, consacré à la méthodologie, la thèse doctorale de l'auteur, « The heart of the teacher, a heuristic study of the inner world of teaching ». Boston University Graduate

School of Education, trad. Ali. Hamein, automne 1988

De Lavergne, C. (2007). « *La posture du praticien-chercheur : un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative* ». Revue « Recherches qualitatives », Hors série n°3, p. 28-43

Dépelteau, F. (2005). *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Laval (Québec) : De Boeck.

Depraz, N. (1999). *Husserl*. Paris : Armand Colin

Kohn, R-C. (1986). *La recherche par les praticiens : l'implication comme mode de production de connaissances*. Bulletin de psychologie, tome XXXIX- N°377, p. 817-82

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological Research Methods*. Thousand Oaks : Ed. Sage

Mucchielli, A. (2004). Méthode d'analyse phénoménologique. In A. Mucchielli (dir.). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin, p. 191-192

Paillé, P. ; Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin

Paillé, P. ; Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin

Fasciathérapie et Psychopédagogie perceptive

Arni, C. (2009). *Corps et formation en fasciathérapie : Une nouvelle pratique du toucher à l'épreuve de la phénoménologie*. Mémoire de licence en Sciences de l'éducation, Université Catholique de Louvain (F.O.P.A). Belgique

Austry, D. (2009). Le touchant touché dans la relation au sensible : une philosophie du contact. In Bois, D. ; Josso, M-C. ; Humpich, M. (dir.) (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie* Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui, p137-163

Austry, D. ; Berger, E. (2010). Le chercheur du Sensible : sa posture entre implication et distanciation. In, *Réciprocités*, N°4, p. 13-18, CERAP, Université Fernando Pessoa, Porto

Barbier-Godard, C. (2013). *Fasciathérapie et problématiques abdomino-lombo-pelviennes chez la femme enceinte*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto

Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui

Berger, E. (2009). *Rapport au corps et création de sens dans la formation d'adultes : étude à partir du modèle somato-psychopédagogique*. Thèse de Doctorat en sciences de l'éducation, Paris VIII

Berger, E. (2009a). Praticiens-chercheurs du Sensible : vers une redéfinition de la posture d'implication. In Bois, D. ; Josso, M-C. ; Humpich, M. (dir.) (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie* Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui, p. 167-189

Bertrand, I. (2010). *Accompagnement en somato-psychopédagogie et renouvellement du rapport à soi*. Mémoire de master en psychopédagogie perceptive. Porto : Université Fernando Pessoa

- Bois, D. (1989). *La vie entre les mains*. Paris : Guy Trédaniel
- Bois, D. (2001). *Le sensible et le mouvement*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Bois, D. (2002). *Un effort pour être heureux*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Bois, D. (2005). *Corps sensible et transformation des représentations : propositions pour un modèle perceptivo-cognitif de la formation*. Tesina en didactique et organisation des institutions éducatives. Séville : Université de Séville
- Bois, D. (2006). *Le Moi Renouvelé : introduction à la somato-psychopédagogie*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Bois, D. (2007). *Le Corps Sensible et la transformation des représentations chez l'adulte : vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de Doctorat européen en didactique et organisation des institutions éducatives. Université de Séville
- Bois, D. (2007a). *Le Corps Sensible et la transformation des représentations chez l'adulte : vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de Doctorat européen en didactique et organisation des institutions éducatives. Université de Séville. Résumé de thèse. En ligne [http : //www.cerap.org](http://www.cerap.org)
- Bois, D. (2010). Littérature grise
- Bois, D. (2011b). *La « loi de non prédominance » : l'âme du paradigme du Sensible*. Les leçons sur le Sensible : leçon 4. <http://danis-bois.fr/?p=1141>
- Bois, D., Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. In, *Réciprocités*, N°1, p. 6-22, CERAP, Université Fernando Pessoa, Porto
- Bois, D., Berger, E. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris : Guy Trédaniel
- Bois, D., Josso, M-C., Humpich, M. (dir.) (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Bois, D., Humpich, M. (dir.) (2009). *Vers l'accomplissement de l'être humain: soin, croissance et formation*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Bouchet, V. (2006). *Psychopédagogie et motivation immanente*. Mémoire de mestrado PPP, Université Moderne de Lisbonne
- Bourhis, H. (2007). *Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives*. Mémoire de Master II recherche : Education tout au long de la vie, Paris VIII
- Bourhis, H. (2009). *Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives : accéder à la réciprocité actuante*. In D. Bois & M. Humpich (dir.), *Vers l'accomplissement de l'être humain*. Ivry : Ed. Point d'Appui, p. 293-304
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle*. Thèse de Doctorat en sciences de l'éducation, Paris VIII
- Courraud, C. (2007). *Toucher psychotonique et relation d'aide : l'accompagnement de la personne dans le cadre de la kinésithérapie et de la fasciathérapie..* Mémoire de master en psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne

- Courraud, C. (2009a). *Le point d'appui de l'être*. In Bois, D., Humpich, M. (dir.) (2009). *Vers l'accomplissement de l'être humain: soin, croissance et formation*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui, p. 201-209
- Courraud, C. (2009b). *L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie*. In Bois, D. ; Josso, M-C. ; Humpich, M. (dir.). *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie* Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui, p. 196-220
- Courraud-Bourhis, H. (1999). *Biomécanique sensorielle*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Courraud-Bourhis, H. (2002). *Le sens de l'équilibre*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Courraud-Bourhis, H. (2005). *Biomécanique sensorielle et biorythmie*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- De Nardi, M. (2010). *La gymnastique sensorielle périnatale*. Paris : Le Souffle d'Or
- De Nardi, M. (2012). *La relation materno-fœtale mise à l'œuvre dans la Gymnastique Sensorielle Périnatale*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto
- DLF. Dictionnaire de la langue française par internet
- Devoghel, B. (2011). *Enseigner la gymnastique sensorielle en terrain atypique*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto
- Duprat, E. (2007). *Relation au corps sensible et image de soi - Application auprès d'une population de personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université Moderne de Lisbonne
- Dupuis, C. (2012). *Fibromyalgie, douleur et fasciathérapie, étude des effets somatiques, psychiques et sociaux*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université Fernando Pessoa, Porto
- Duval, T. (2010). *Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. Étude auprès de patients suivis en fasciathérapie*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto
- Eschalier, I. (2009). *La gymnastique sensorielle pour tous*. Paris : Guy Trédaniel
- Eschalier, I. (2011). *Didactique et dialectique de la gymnastique sensorielle*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto
- Florenson, M.H. (2010). *L'émergence du sujet Sensible. Enquête auprès de personnes suivies en somato-psychopédagogie*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto
- Florenson, M.H., & Humpich, M. (Coll.) (2012). *L'Emergence du Sujet Sensible*. Collection Point d'Appui Sciences, Ivry-sur-Seine : Ed. Point d'Appui
- Heusdens, J.P. (2006). *Histoire de vie, mémoire du corps*. Mémoire de master en PPP, Université Moderne de Lisbonne
- Hillion, J. (2006). *Passer à l'action*. Paris : Ed. Eyrolles
- Hillion, J. (2010). *Écriture et processus de transformation. Analyse d'une expérience d'atelier d'écriture auprès de personnes engagées dans une démarche en psychopédagogie perceptive*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto

- Humpich, M. et Bois, D. (2007). *Pour une approche de la dimension somato-sensible en recherche qualitative*. In *Recherches Qualitatives – Hors Série – numéro 3*, Actes du colloque Bilan et Perspectives de la Recherche Qualitative, Association pour la recherche qualitative, Québec
- Humpich, M., Lefloch-Humpich, G. (2009). L'émergence du sujet sensible : itinéraire d'une rencontre au cœur de soi. In Bois, D. ; Josso, M-C. ; Humpich, M. (dir.). *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie* Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui, p. 73-103
- Laemmlin-Cencig, D. (2007). *La somato-psychopédagogie et ses dimensions soignantes et formatrices*. Mémoire de master en psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne
- Laemmlin-Cencig, D. (2012). *La dimension soignante et formative en somato-psychopédagogie*. In *Réciprocités n°6*, Novembre 2012. Ed. Point d'Appui, téléchargeable <http://www.cerap.org/revue.php>
- Large P. (2007). *Corps sensible et transformation en somato-psychopédagogie*, Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne
- Lefloch-Humpich, G. (2008). *Rapport au sensible et expérience de la relation de couple*. Mémoire de master en Psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne
- Marchand H. (2005). *Intérêt d'une démarche de santé qui interroge le rapport au corps : propositions théoriques et pratiques de la somato-psychopédagogie*, Mémoire de Master 1 en Sciences de l'éducation, Université Lille 3
- Marchand, H. (2012). *Les processus de subjectivation des contenus de vécus du Sensible - Etude du passage entre un vécu de son corps à un vécu de soi*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université F. Pessoa, Porto
- Noël, A. (1995). *La gymnastique sensorielle selon la Méthode Danis Bois*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Noël A. (2002). *La perception kinesthésique et son rôle dans la gestion et la prévention du stress*, Mémoire de Diplôme Universitaire « Aspects biologiques et psychosociologiques du stress », Université René Descartes, Paris
- Quéré, N. (2004). *La pulsologie Méthode Danis Bois*. Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui
- Quéré, N. (2008). *Stress et kinésithérapie. Comment peut-on évaluer une dimension de stress chez les patients traités en relaxation, massage et fasciathérapie ?* Mémoire D.U. « Stress, traumatisme et pathologies » sous la direction du Dr Thurin, Université Paris VI
- Quéré, N. (2009a). *Stress et kinésithérapie*. Mémoire de DU « stress, traumatisme et pathologies ». Université Paris VI, Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière. Paris : www.ankf.fr Presse scientifique
- Quéré, N. (2009b). *Les traces de l'expérience : pour une compréhension de l'engrammage corporel de l'histoire individuelle : étude de la voie de résonance d'un choc de Danis Bois*. In Bois, D. ; Josso, M-C. ; Humpich, M. (dir.). *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie* Ivry sur Seine : Ed. Point d'Appui, p. 221-244

- Quéré, N. (2010). *La fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto
- Santos, C. (2012). *Le sujet formateur Sensible - Analyse qualitative de l'influence de la posture de sujet Sensible sur l'action pédagogique auprès d'une population de formateurs universitaires*. Thèse de doctorat en Sciences de l'Education, Université Paris XIII/Nord
- Schreiber, F. (2011). *L'accompagnement verbal en gymnastique sensorielle - Etude croisée de la parole du formateur et des témoignages des participants*. Mémoire de Mestrado en PPP, Université F. Pessoa, Porto

ANNEXES

GUIDE D'ENTRETIEN POUR CHAQUE SEANCE

I. BILAN-ENTRETIEN DE DEBUT DE SEANCE

Bilan de départ :

- Bilan initial médical (anamnèse, etc...)
- Bilan perceptif en début de séance

Bilan de la séance précédente en début de la nouvelle séance (entretien en différé)

- « Y a-t-il du nouveau ? »

II. PENDANT LA SEANCE DE THERAPIE MANUELLE

Questions concernant essentiellement les ressentis

- Dès que j'ai un élément de la spirale, je relance : Que ressentez vous ?, etc...
- Questions concernant les critères du mouvement (orientation, amplitude, vitesse, cadence)
- Perceptions des plus objectives aux subjectives
- Questions à poser lors des réponses aux points d'appuis (Sentez-vous l'arrêt?, Sentez-vous un changement ?)

III. EN POST-IMMEDIATETE

Questions sur les ressentis

- Pendant le soin, avez-vous senti des tensions, des résistances, des douleurs ? Localement ? A distance ? Pourriez-vous les décrire?
- Avez-vous senti un relâchement ? Cela s'est-il accompagné d'un sentiment ?
- Avez-vous eu des pensées, des images, des émotions, des remémorations ?
- Avez-vous eu des prises de conscience ?

Questions concernant davantage les impacts du geste fasciathérapique

- Y a-t-il eu plusieurs phases dans le soin, des changements ? Un moment clé ? Au changement de prise ou autre ? Comment le décririez-vous ? (Si oui, on reprend les différentes phases du soin (dans un premier temps, un deuxième temps, etc...))
- Pourriez-vous dire si vous avez noté des différences entre le début du soin et la fin ? A quels niveaux ? Quels critères vous permettent de le dire ?

GUIDE D'ENTRETIEN DE BILAN FINAL

EN FIN DE PRISE EN CHARGE

1°) Questions en rapport à la situation antérieure au soin

- Dans quel état d'esprit étiez-vous avant de démarrer les séances ? Aviez-vous anticipé le soin? Aviez-vous des a priori ? Appréhendiez-vous ces séances ?

- Comment viviez-vous votre corps, votre relation à votre corps ? (dim. féminin)

Connaissiez vous cette région du corps ? Quel rapport de proximité avec vos ressentis? Quels sentiments associés ou qualificatifs associés ? Vous êtes-vous posé des questions autour de cette zone, problématique ?

- Ressentis par rapport à ce toucher spécifique endopelvien

-Avant de démarrer les séances, aviez-vous une appréhension par rapport à ce travail en interne ? D'habitude, ce toucher en interne, comment est-il vécu ? (gynéco)

-Lors du soin, ce toucher, comment l'avez-vous appréhendé ? Vous a-t-il gêné ou aidé? Cela a-t-il évolué au fil de la séance ?

2°) Questions autour de comment la patiente a vécu le soin : d'une manière générale sur l'ensemble des séances, puis plus précisément lors d'une séance de thérapie manuelle (lien entre subjectivité corporelle et les états d'être)

- Qu'est-ce qui vous a le plus touché, marqué pendant le déroulement du (es) soin (s) ?
Quel est votre ressenti le plus fort ?

- Est ce qu'il y a des choses qui vous ont fait plus particulièrement du bien ?

- Est ce qu'il y a des choses qui vous ont plus particulièrement confrontée, gênée ? Si oui, à quel moment ? Comment avez-vous réagi ? Ont-elles évoluées au cours de(s) la séance(s) ?

3°) Questions plus perceptivo-cognitives

- Qu'avez-vous appris d'essentiel pendant ces séances ?

- Les séances ont-elles eu des effets dans votre rapport aux autres ?

- Est-ce que ce travail a changé votre façon de voir ou d'appréhender : votre problème ? (sous questions ?), votre corps ? (sous questions ?), votre rapport au soin ?

4°) A propos de la sexualité et du couple

- Ces séances ont-elles eu une incidence sur votre sexualité?
- Sur votre rapport au couple ?
- Eveillent-elles l'envie d'approfondir cette dimension ?
- Ces séances font-elles émerger des questions spécifiques ?

VERBATIM DE RENÉE

192 **Séance 4 du 24 Mai 2011**

193

194 **Entretien de début de séance**

195 N. Vous deviez refaire un calendrier mictionnel...

196 R. Oui, je sais, mais je ne l'ai pas fait, j'ai oublié, et je devais faire quelques exercices
197 pour détendre, et je vous avoue ces derniers temps je ne l'ai pas fait.

198 N. Bon, et comment ça va au niveau des urgences mictionnelles?

199 R. Oui, j'ai moins de problèmes, j'y pense moins, et c'est avec le temps qu'on va voir
200 tout ça. Ça prend de moins en moins de place, ça commence à se calmer.

201 N. La preuve, c'est que vous avez oublié de faire le calendrier... (*rire*)

202 R. Oui, et même les exercices, je les ai oublié. Il faut dire que j'avais une semaine très
203 chargée.

204 N. Bon, on avait dit qu'aujourd'hui on ferait un travail au niveau des muscles pour bien
205 pouvoir ressentir l'état tonique, comme un peu lors de la deuxième séance où je vous
206 avais montré comment mobiliser le périnée sans trop crispé. Avez-vous encore des
207 urgences ?

208 R. Lundi, avant une réunion je n'y suis pas allée, alors que d'habitude j'y vais
209 systématiquement, et là je me suis dit : « je vais essayer de ne pas y aller et on va
210 voir ». Et puis pendant la réunion j'ai eu envie, j'ai fait les exercices toute seule dans
211 mon coin comme vous m'avez dit, et c'est passé, j'ai oublié, j'ai continué, je suis
212 passée à autre chose. Je ne suis pas restée fixée dessus avec la peur... alors c'est
213 bien pour moi ! C'est fou comment donner quelques informations ça change déjà.

214

215 **Thérapie manuelle endopelvienne (2^{ème} séance)**

216 (*La personne s'allonge.*)

217 R. J'aurais dû faire mes exercices...

218 N. (*Je lui réexplique les intérêts du travail musculaire périnéal.*). On va aller revoir si
219 vous avez bien compris les exercices et puis on va voir tout cet équilibre entre la
220 vessie, l'utérus, le bassin pour voir s'il y a des tensions, des freins qui pourraient irriter
221 la vessie. D'accord ?

222 R. D'accord.

223 N. (*intromission des doigts...*). On se pose... Si vous sentez que mes doigts bougent,
224 c'est par rapport aux informations de votre corps. Ce n'est pas moi qui vais déclencher
225 le mouvement, d'accord ?

226 R. Ok.

227 N. Je me mets en point neutre et j'écoute, j'observe et cela me permet de faire déjà un
228 bilan. Pour vous c'est pareil. Vous pouvez vous poser, écouter, ressentir, soit la zone
229 autour de mes doigts, soit celle entre mes deux mains, par exemple dans le volume
230 entre mes mains... ou l'arrière de votre bassin... ou le volume entre votre sacrum et
231 votre ventre.

232 R. Je peux sentir que c'est tendu.

233 N. Alors c'est tendu où?

234 R. A gauche dans le petit bassin, en bas.

235 N. Qu'est-ce qui vous fait dire que c'est plus tendu à gauche qu'à droite ?

236 R. Ça tire plus, c'est plus dur, je ne sais pas vraiment décrire, c'est plus épais, plus
237 resserré... plus collé, plus compact.

238 N. Vous pouvez délimiter l'espace qui est tendu ?

239 R. Non, je ne crois pas...

240 N. Sentez-vous si c'est très localisé ou bien si ça va plus loin ?

241 R. Un petit peu au niveau du ventre, toujours plus à gauche qu'à droite.

242 N. Ok, on va partir de cette zone, là. Laissez bien détendre... Vous pouvez me dire si

243 ça vous gêne, ou s'il y a des choses qui changent.

244 R. Ça tire, mais ça fait du bien dans la main du dessus, celle qui plonge vers

245 l'intérieur.

246 N. Vous sentez l'espace entre mes deux mains ?

247 R. Oui. Je sens la main du dessus qui va vers le haut et la main intérieure qui va vers

248 le bas.

249 N. Oui, c'est ça... Sentez-vous là le changement ?

250 R. Oui, c'est plus souple, plus détendu. Comme une pâte à modeler qui se ramollit.

251 N. Sentez-vous de la chaleur ?

252 R. Oui.

253 N. Elle est où ?

254 R. Elle est plus à gauche mais elle diffuse vers la droite... elle continue à diffuser.

255 N. Où ça ?

256 R. En bas du bassin, comme si ça prenait plus d'espace.

257 N. En fait, ç'est comme si ça étirait des élastiques.

258 R. Oui, ça tire.

259 N. Premier petit bilan : Y a t-il une différence entre le côté droit et le côté gauche ?

260 R. Oui, c'est plus élastique, c'est plus... je me sens à l'aise. Il y a moins de pression,

261 c'est calme, l'endroit est calme, et la gauche maintenant est plus détendue que la

262 droite (*rire*). C'est un peu plus symétrique, mais je sens mieux maintenant comment

263 mon côté droit est tendu, et je sens aussi l'arrière tendu.

264 N. Oui, d'ailleurs mes doigts sont attirés vers l'arrière.

265

266 R. Et j'ai plus conscience des deux côtés, oui, comme si ils se mettaient en accord, en

267 phase, les morceaux avec les autres. C'est plus homogène.

268 N. Vous avez toujours cette chaleur ?

269 R. Oui. C'est comme si la chaleur avait provoqué la détente.

270 N. Mes gestes ont plus d'amplitude... Point d'appui...

271 R. Ça tire dans mon côté droit.

272 N. Ça répond comme ça à l'intérieur... Je reviens au milieu, comme au départ.

273 R. Vos doigts tournent.

274 N. Oui, c'est parce que cela veut travailler l'arrière... Retour position neutre. D'autres

275 choses à rajouter ? Des remarques à faire ?

276 R. Le côté droit s'est plus tendu vers la fin... Ça bouge bizarrement !

277 N. Ça bouge comment ?

278 R. Comme si on regardait la rotation de la terre, très douce... Je ne sais pas, comme

279 si c'était des vagues très très... qui prennent leur temps, dans un rythme très...
280 comme un bébé dans le ventre de sa mère j'imagine. Il y a un côté aquatique.

281 N. C'est agréable ?

282 R. Oui, c'est vivant, il y a de la vie.

283 N. C'est le fait que c'est en mouvement que vous trouvez que c'est vivant ou c'est

284 autre chose ?

285 R. Oui, c'est le mouvement, c'est là, c'est réveillé, c'est conscient, je ne sais pas...

286 N. Pourriez-vous dire qu'entre le début et la fin de la séance, c'est plus réveillé, plus

287 conscient ?

288 R. Oui.

289 N. Vous essayez de faire doucement un serré pour voir... et relâchez. Laissez
290 descendre, s'ouvrir et relâcher. Vous sentez que vous le faites en plusieurs étapes
291 pour relâcher ?
292 R. Oui, je n'arrive pas à le faire d'un seul coup comme vous m'avez déjà dit.
293 N. On réessaye ? Laisser se déployer, s'aérer... encore une fois...
294 R. Ah oui, ça relâche plus vite et c'est plus facile à faire.
295 N. Je suis d'accord avec vous. (*Elle le fait plusieurs fois et cela se bonifie*).
296 R. Je sens une détente plus importante.
297 N. A quoi vous le sentez ?
298 R. Je sens que c'est plus ouvert, il y a plus de confiance et de maîtrise dans le
299 mouvement. Au début c'est comme un moteur qui n'a pas d'huile, avec des
300 mouvements brusques, découpés, sans continuation. A la fin, c'est plus fluide et plus
301 facile, et je peux aller plus loin. Je peux contracter plus, et voir mieux combien de
302 temps je peux tenir la contraction. Je suis plus consciente du mouvement.
303 N. Et le relâchement ?
304 R. Avec cette maîtrise, le relâchement vient plus facilement.
305 N. Bon, ok. (*fin de soin manuel*)
306
307 **Post-immédiateté**
308 N. C'est toujours intéressant de pouvoir comparer entre le début et la fin des
309 mouvements... Par exemple, quand vous le faites rapide et haché, ça fait quoi ?
310 R. Ça fait plus de tension que de relaxation. C'est comme si j'étais plus pressée.
311 L'autre manière c'est plus fluide, plus lent. C'est comme si la force... comme si ça se
312 canalisait, s'organisait... et quand c'est haché ce n'est pas pareil. Ça prend plus de
313 place pour faire, je ne sais pas comment dire vraiment en français, il me manque du
314 vocabulaire.
315 N. Et quand ça prend plus de place, ça fait du bien ?
316 R. Oui, c'est comme une grande vague, qui monte et qui couvre le sable. Oui, c'est
317 plus positif.
318 N. Ça harmonise un peu ?
319 R. Oui, c'est ça, ça prend plus en compte de choses. Au début c'est que ça, que le
320 mouvement des muscles, avec un but limité, et après ça prend en compte le contexte,
321 autour et plus loin, c'est ça.
322 N. Etes-vous étonnée de constater la différence entre les deux manières de faire la
323 contraction, celle qui est plus rapide et tendue et l'autre plus lente et plus fluide ?
324 R. Non, je vois plus comme une meilleure maîtrise, donc c'est mieux fait. On apprend,
325 donc je peux ajouter des choses.
326 N. Trouvez-vous que la séance a un effet sur l'ensemble du corps ?
327 R. Absolument ! Oui, je me décontracte (*rire*). J'aurais presque envie de dormir
328 maintenant.
329 N. Et la chaleur, vous êtes toujours en contact ?
330 R. Moins, c'était plus là au début, quand ça a commencé à lier les choses, à me lier
331 entre le bas et le haut. Ça m'a aidée à me concentrer. Là mon bassin est tranquille, je
332 suis relax.
333 N. C'est intéressant de faire cet exercice pour vous. « Je peux faire sans être tendue,
334 il existe un espace de moi où je peux être détendue »... Je ne peux que vous
335 encourager de le faire.
336 R. Oui, c'est important que je commence à voir la chose entière et pas seulement
337 comme un morceau. (*bâillement*)
338 N. Aller ! Bonne nuit ! ...

339 R. *En partant* : Il faut toujours que je fasse des choses, même quand je suis très
340 fatiguée. Quand je m'allonge, c'est que vraiment je ne peux pas faire autrement. J'ai
341 du mal avec les horaires. Quand je ne fais rien, je sais que ce n'est pas rien faire, que
342 c'est prendre le temps pour soi, de se détendre... mais j'ai toujours l'impression que je
343 pourrais faire quelque chose d'utile. Je sais que ce n'est pas inutile, mais je me dis
344 « tu aurais pu faire ceci, ou cela »... Je ne sais pas à quoi c'est lié... peut être le
345 stress de mes études après une journée de travail. Quand je rentre le soir et que je
346 suis fatiguée, je me juge, et alors je me dis « allez... il faut faire ci, il faut faire ça ».

VERBATIM D'IRÈNE

496 **Séance 7 du 28 Juin 2011 avec bilan final**

497

498 **Entretien de début de séance**

499 N. Comment ça va ?

500 I. Bien ! C'est mieux, c'est tellement mieux, c'est évident ! J'ai mes règles et ça pique
501 un peu, mais ça n'a rien à voir avec avant. Je sens, mais c'est tout à fait supportable...
502 Je suis mieux globalement. Je ne pleure plus comme la dernière séance, mais je
503 réalise que j'ai les mâchoires très crispées. Je suis tout le temps en lutte... Je lutte
504 tout le temps.

505 N. Bon, on fait une petite séance et un bilan général?

506 I. Ok.

507

508 **Thérapie manuelle endopelvienne (6^{ème} séance)**

509 N. Je me pose. Vous me dites si vous avez une gêne... Ça va ?

510 I. Là ça picote un peu à droite.

511 N. Pour information, je suis juste posée au centre, en position neutre, et n'appuie pas
512 spécifiquement sur le côté droit. Alors on va aller voir plus précisément la droite. Est-
513 ce que la gêne augmente ?

514 I. Non, pas vraiment.

515 N. Là, je suis sur la cicatrice. Je travaille sur la cicatrice... Je sens comme un volume
516 plus grand sur ce côté, un peu plus tendu que les autres fois. Le ressentez-vous ?

517 I. Oui, je suis d'accord avec vous. Quand j'ai mes règles, c'est toujours un peu comme
518 ça, comme si c'était congestionné... Là, ça s'atténue... ça se relâche... Là, ça tire et
519 en même temps ça fait du bien...

520 N. Sentez-vous des pulsations sous mes doigts ?

521 I. Non, mais j'ai l'impression que le ventre se détend. Alors je ne sais pas de l'un ou de
522 l'autre, qui fait quoi et comment ça interagit, mais ça aide à détendre la zone qui me
523 gêne en bas. Peut-être que c'est l'inverse, mais je ne crois pas.

524 N. Donc ça veut dire que si ça relâche dans le ventre, c'est qu'il y a de forte chance
525 que ça relâche en bas, c'est ça ?

526 I. Oui, oui, et j'ai senti que c'était tendu dans le ventre.

527 N. Oui, je vous le confirme de mon côté... surtout à la jonction entre vessie-utérus et
528 ventre... en fait, le toit du petit bassin.

529 I. De toute façon, en ce moment, j'ai mal au ventre... Je sens que ça chauffe.

530 N. A quel endroit ?

531 I. Deux endroits... Ça diffuse plus haut dans le ventre et en bas.

532

533 N. Après mon point d'appui, c'est venu vers la gauche, vous sentez ?

534 I. Oui, la chaleur se déplace dans tout le bassin à gauche. Quand votre main d'en haut
535 s'est déplacée à droite, je n'ai plus senti de gêne en bas. (*dissociation de mes deux*
536 *mains*)... Je sens que ça bouge bizarre... tout seul... plus ça se déplace, plus ça
537 détend. Ça s'adoucit, comme si ça se ramollissait... Ça m'endort même un peu.

538 N. Et bien oui, quand ça se détend localement, cela a des effets sur l'état global du
539 corps.

540

541 I. Je ne sens plus la gêne, comme si c'était endormi.

542 N. C'est-à-dire ?

543 I. Comme si le feu était éteint...

544 N. Et alors, ça veut dire quoi pour vous ?

545 I. Et bien... qu'on peut l'éteindre.

546 N. Quel est l'état qui pourrait arrêter ce « feu » ?
547 I. Peut-être que le relâchement du ventre suffirait... et le masser.
548 N. Là je suis sur votre utérus. Vous souhaitez que je vous le fasse sentir ?
549 I. Oui.
550 N. Alors posez votre main là, comme ça...
551 I. C'est la petite boule là ?
552 N. Oui... Il demande à être travaillé, donc on y va... (*grand mouvement de circularité postérieur... travail sur les faisceaux postérieurs des releveurs, la main externe se déplace vers la zone du sacrum et de l'articulation sacro-coccygienne*)
553
554 ...
555
556 N. Et là, que ressentez-vous ?
557 I. Je ressens une résistance sous vos doigts, c'est dur.
558 N. C'est sur une cicatrice très profonde. Je ne sais pas laquelle, mais c'est une
559 cicatrice obstétricale, pas la dernière opération... Je suis vraiment dessus, dans la
560 zone dure...
561 I. Ça relâche dans la gorge, c'est bizarre...
562 N. Oui, dans votre respiration aussi...
563 I. Je ressens bien, oui. (*Elle réajuste la position de ses membres inférieurs.*) Excusez-
564 moi mais j'ai besoin de réajuster la position de mes jambes.
565 N. Oui, c'est très juste, car ça travaille dans votre colonne vertébrale, et le bassin
566 voulait s'aligner autrement... (*Gros travail sur une résistance de cicatrice qui lâche.*)
567 I. Ça soulage la tension... ça soulage d'un poids.
568 N. C'est en train de se terminer... J'attends la fin du travail... Qu'est-ce qui fait que
569 vous avez réajusté vos jambes ?
570 I. Je ne sais pas, ça s'est fait sans que j'anticipe. Je devais fatiguer... je ne sais pas.
571 N. Bon, ok... petit bilan. Observez et ressentez bien la différence entre le début et la
572 fin du soin... Bon !... Voilà une bonne séance sur les cicatrices...
573 I. Oui, ça me fait beaucoup de bien.
574
575 **Entretien post-immédiateté et bilan final**
576 N. Vous diriez quoi par rapport aux tensions, aux résistances ?
577 I. Je dirais que j'ai senti ce point, mais il y a des moments où il s'éteignait. Alors je
578 sentais des zones qui se détendaient...
579 N. Autour, au dessus ?
580 I. Autour, sauf quand ça s'éteignait... j'arrivais à une détente plus poussée.
581 N. Donc vous faites le lien entre une sensation douloureuse, et le fait que vous pouvez
582 relâcher ou non...
583 I. Oui, certainement... il faut que je les oublie...
584 N. Oublier quoi ?
585 I. Ces zones douloureuses, ces zones dures... Ça participe aussi de la détente... plus
586 je suis détendue, moins c'est douloureux.
587 N. Il faut que je les oublie, ça veut dire quoi ?
588 I. Et bien, tout à l'heure, à un moment, j'ai senti, puis je n'ai plus senti, et là je me suis
589 dit : « Ah oui, ça me prend la tête de sentir toujours cette gêne ! », et je suis repartie
590 en vrille sur ce truc... J'ai pris conscience que quand je focalise, ça me prend la
591 tête.
592 N. Et alors ?
593 I. Alors je me suis dit « Détends-toi et tu vas oublier ça ! »... comme ça l'a déjà fait
594 d'ailleurs pour la douleur qui était à l'entrée, et qui a cédée assez vite. En fait, c'est

595 comme si cette douleur était un baromètre de mon état de détente ou de tension, c'est
596 ça, non ?

597 N. Oui, mais il n'y a pas que la tête qui commande dans l'histoire. En effet, l'intention
598 est fondamentale, mais parfois cela ne suffit pas. L'enjeu est de trouver une qualité de
599 rapport avec soi même où il existe un accordage entre la tête et le corps.

600 I. Oui, oui, je sais, mais ce n'est pas facile... ce n'est pas facile de laisser aller...

601 N. Mais est-ce la première fois que vous prenez conscience d'une manière aussi
602 subtile ?

603 I. Oui, oui, sans doute, même si je sais fondamentalement que de s'occuper de son
604 corps, d'en prendre soin, de faire vivre son corps... mais là c'est comme si il y avait un
605 degré de plus.

606 N. Qu'avez-vous ressenti pendant les séances qui puisse vous faire dire cela ?

607 I. Par exemple, des fois le relâchement se faisait tout seul, c'était étonnant... et quand
608 je prenais conscience que je sentais encore une résistance s'opposer, alors je me
609 disais « Tu peux lâcher ! », et pouf, ça le faisait. Maintenant, très concrètement, par
610 rapport à la cicatrice à l'entrée, ce que j'ai pu apprendre ici... ce dont j'ai pu prendre
611 conscience ici et que j'ai pu appliquer très concrètement... c'est tout simplement lors
612 des rapports sexuels... Ça a changé la donne...

613 N. Hum...

614 I. Bon, parce que je vois bien tout ce que je peux développer quand je me contracte.
615 Je sens bien qu'il y a plein de choses qui se tendent... Oui, je sens bien les effets...
616 j'ai mal à ce point, mal au ventre, au cou, aux trapèzes, les mâchoires sont serrées...

617 N. Pour vous maintenant c'est évident que tout ça peut être relié ?

618 I. Oui mais ce n'est quand même pas facile. Je dirais comme s'il y avait un ensemble
619 en bas, bassin et ventre, et un monde plus en haut avec la tête et la cage
620 thoracique... Je crois que je n'avais jamais senti à quel point je pouvais être tendue
621 dans le ventre. J'ai senti que les intestins tendus avaient un effet en bas, au niveau
622 du périnée... Par exemple, maintenant cela ne m'étonne pas que j'ai des
623 hémorroïdes facilement. C'est sûr que quand je bloque, ça doit bloquer la
624 circulation...

625 N. Qu'est ce qui vous a fait prendre conscience que vous étiez tendue ?

626 I. C'est le travail de détente qui m'a fait prendre conscience à quel point j'étais
627 tendue.

628 N. C'est ce que vous avez appris d'essentiel pendant les séances ?

629 I. Oui, mais pas seulement.

630 N. Alors quoi d'autre ?

631 I. Que je peux agir quand je suis tendue, c'est-à-dire, que j'ai une action plus tôt
632 qu'avant, comme une anticipation précoce. Comme j'en ai plus conscience, je peux
633 agir avant d'arriver dans le rouge et avant que ça m'épuise... Je pense que le travail
634 qu'on a fait ici m'a fait prendre conscience de toutes les autres tensions, et que ces
635 tensions là étaient inhérentes à mon état de stress... Même si je le savais quand
636 même, là ça devient évident.

637 N. Qu'est ce qui vous fait dire que c'est évident ?

638 I. Je ne sais pas trop... c'est certainement lié à la prise de conscience... Je sais
639 maintenant que j'étais pire avant (*rire*) ! Avant, quand j'étais au travail, je pouvais de
640 temps en temps me dire « Détends toi ! », mais jamais vraiment comme ça... comme
641 si le corps reconnaissait mieux ce que la détente veut dire... comme s'il était un peu
642 plus souple... et ça c'est récent ! J'avais beau le savoir, quand je fais du stretching, par
643 exemple... maintenant, quand je me dis « Relâche toi », et bien cela a des effets plus
644 importants. Avant, l'information de me détendre était rare dans la journée. Maintenant

645 c'est beaucoup plus fréquent... c'est presque malgré moi... et ça je le constate plus
646 quand je suis au travail.
647 N. Qu'avez vous senti pendant cette séance, car je ne vous ai pas beaucoup
648 guidée ?
649 I. Je sens les changements de directions différentes, quand ça bouge, quand ça se
650 détend.
651 N. Localement, à distance ?
652 I. En général plutôt localement, mais là j'ai vraiment senti à distance.
653 N. Ah oui ?
654 I. Oui, a un moment j'ai senti un relâchement dans les yeux... c'était très fort. J'ai
655 ressenti le besoin de fermer les yeux d'ailleurs... comme si je pouvais alors sentir plus
656 ce qui se passait en bas... et ça m'a détendue.
657 N. Avez eu des images, des pensées, des remémorations ?
658 I. J'ai eu des pensées par rapport à ce que je vous ai dit tout à l'heure... En fait il y
659 avait un espèce de contraste entre une partie très détendue et encore cet endroit
660 tendu. Alors je me suis dit : « Pourquoi ce point douloureux ? Est-ce que je sentirai
661 toujours ça ?... Ah, si seulement ça pouvait être comme l'autre partie... »
662 N. Et alors ?
663 I. Après, ça s'est ré-endormi... Bon ce n'est pas vraiment le bon terme, parce que s'il y
664 a endormi ça implique que ça se réveille, mais bon !... mais comme ça s'est fait, alors
665 je me suis dit que je pouvais peut-être... je me suis dit : « Peut-être que ça pourra
666 disparaître ! ».
667 N. Qui parle à qui ?
668 I. J'ai l'impression que c'est un tout qui communique constamment ! C'est moi, quoi !
669 N. Mais précisément quelles facettes de vous ?
670 I. La facette optimiste, sage, qui parle à celle qui est l'inverse, que peu de gens
671 connaissent, que je ne montre que très rarement.
672 N. Et celle-là, elle est comment ? Vous dites souvent « Je me prends la tête »... ça
673 serait cette facette là ?
674 I. Oui, celle qui mouline, celle qui n'a aucun espoir, qui est totalement pessimiste, celle
675 avec un regard presque suicidaire, très mentalisée, qui prend le dessus pendant les
676 grands moments de crise et qui mouline... Même quand j'étais petite j'étais comme ça,
677 je tenais par la volonté...
678 ...
679 N. Dans quel état d'esprit vous étiez en démarrant les séances ?
680 I. Dans un état très positif, car je venais pour chercher de l'aide.
681 N. Aviez-vous des *a priori* ?
682 I. Non, surtout que je ne savais pas du tout comment ça allait se passer.
683 N. Et ça, ce n'était pas stressant ?
684 I. Non, j'appréhendais un peu car sur l'ordonnance, le médecin avait prescrit une
685 sonde vaginale, mais je savais que je pourrais vous dire en détail ce qui me gênait.
686 N. Même sur le toucher en interne lui-même, pas d'appréhension ?
687 I. Non, peut-être un peu d'appréhension par rapport à ma douleur, mais j'ai pris
688 conscience de certaines choses très vite, et dès la deuxième séance j'étais détendue
689 par rapport à la douleur... et que ces séances allaient atténuer, voire faire disparaître
690 les douleurs.
691 N. Y a-t-il quelque chose qui vous a particulièrement confronté ?
692 I. Non... mais une chose qui n'a peut-être rien à voir, mais dont je me rends compte,
693 c'est que je perçois assez difficilement l'intérieur de mon corps.
694 N. Et ça, ça vous confronte ?

695 I. Non, c'est juste un constat. Quand vous me dites pendant les séances, « Là, je suis
696 sur votre utérus », moi je ne le sens pas ... De toute façon, ça ne m'étonne pas car on
697 va rarement voir comme ça son intérieur du corps... juste quand on se met un tampon,
698 ou lors des rapports, mais ce n'est pas pareil... Le frottis, le spéculum, la grossesse...
699 ce sont des sensations tellement opposées ! Ce n'est pas évident.

700 N. Est-ce que ça vous donne envie d'aller plus loin par rapport aux perceptions
701 internes ?

702 I. Non, mais ce que je me dis c'est que c'est un endroit... qui m'a peut-être toujours
703 effrayé... J'ai pleuré quand j'ai eu mes premières règles, j'avais peur et c'était difficile
704 lors de mes premiers rapports... je pense que j'avais peur, peur surtout d'avoir mal...
705 Je me disais adolescente que je n'aurai pas d'enfants car j'avais très peur de
706 l'accouchement. L'idée d'avoir un enfant dans le ventre, ça me faisait bizarre... bref,
707 oui, c'est un endroit qui me faisait peur, et c'est ce dont j'ai pris conscience ici... Je
708 crois maintenant que c'est un endroit de mon corps qui ne me fait plus peur, ou du
709 moins, je suis beaucoup plus détendue par rapport à cette partie de mon corps.

710 N. Cette prise de conscience, vous la reliez à un moment précis des séances ou
711 c'est tout un ensemble ?

712 I. C'est un ensemble. J'en ai pris conscience assez rapidement, mais ça s'est
713 consolidé un peu plus à chaque fois.

714 N. En ce qui concerne la sexualité et le couple, nous en avons déjà pas mal parlé lors
715 d'une séance, mais pourriez-vous me dire si les séances ont fait émerger des
716 questions particulières par rapport à votre sexualité ?

717 I. Non, mais ces séances m'ont détendue au niveau de ma sexualité. Même si je suis
718 venue spécifiquement pour mes douleurs, et même si j'avais une sexualité agréable,
719 je dirais qu'il y a eu un cran supplémentaire. Comme j'ai pris conscience de ce nœud
720 à cet endroit et que ça s'est dénoué, alors forcément ça m'a apporté dans ma
721 sexualité.

722 N. Ça s'est traduit comment ?

723 I. Par un relâchement, plus de lâcher-prise, plus de confiance, moins de peur... Je
724 serai vigilante à ça dans l'avenir dans ma sexualité... C'est là que ça se note le plus.

725 N. Bon, pour les autres questions... comme on a beaucoup parlé pendant les séances,
726 nous concluons là dessus. En tout cas, je vous remercie.

727 I. C'est moi qui vous remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et pour votre
728 accompagnement.

VERBATIM DE SANDRINE

355 **Séance 3 du 26 Mai 2011**

356

357 **Entretien de début de séance**

358 S. C'était fou la différence entre la dernière séance et l'autre.

359 N. Vous diriez quoi ?

360 C'est aussi moi ! (*rire*). Il y a tout ça, là dans ce petit bassin, de la colère, de la
361 tristesse, et de la douceur, et cette cicatrice que je ressens mais qui s'éloigne... c'est
362 bizarre. J'étais dans un autre registre. Le petit bassin, c'est vraiment le lieu de tous les
363 registres. C'est drôle !

364 N. Qu'est-ce que vous trouvez drôle ?

365 S. En vérité, le mot n'est pas juste, mais d'avoir un lieu où les sensations... où il n'y a
366 pas de dualité et il y a tout... la vie la mort, la peur... et quand on travaille, je revisite
367 au travers les émotions que me procurent ces mouvements à l'intérieur du corps, des
368 facettes de moi et de ma vie.

369 N. Pour vous, ces mouvements internes vous procurent des émotions ?

370 S. Je ne sais pas, mais en tout cas, ils me reconnectent à des choses que je
371 connais, juste certaines... Ils me reconnectent à des moments de ma vie, à mon
372 histoire de vie. Ce qu'on a vu la première fois, c'est qu'ils réouvraient des choses que
373 je ne regardais pas, car si j'avais dû regarder, je ne tenais pas.... J'ai regardé
374 seulement avec un point de vue, car si j'ouvrais sur les autres points de vue c'était
375 trop douloureux... La première séance, j'ai accepté de regarder autrement... Ça m'a
376 reconnecté à des choses que je connais, que je sais déjà et pour lesquelles je ne me
377 suis pas attardée à certains moments de ma vie, car je n'avais pas le temps ni
378 l'énergie.

379 N. Et la dernière fois ?

380 S. C'était très doux. Les facettes qui se présentaient étaient dans le tout...

381 N. Plein de choses cohabitent, il y a donc des passerelles ?

382 S. Je ne parlerais pas de cohabitation, car je suis tout ça et à certains moments
383 apparaissent certaines choses, d'autres moments non, mais la présence est toujours
384 aussi forte. Je suis en colère et en même temps que suis dans le plaisir, l'amour.

385 N. Et ces deux choses opposées qui sont ensemble, cela ne vous interpelle pas ?

386 S. Un peu si je réfléchis, mais quand c'est mon vécu de la séance, non, parce que je
387 suis tout ça, c'est ça qui fait moi.

388 N. Au point de vue des symptômes, comment vous vous sentez par rapport au
389 périnée ?

390 S. Étonnamment je me sens mieux. Je dis étonnamment, car on n'a pas fait de
391 rééducation classique, et pourtant j'ai constaté que j'ai moins d'incontinence aux gaz.
392 Et quand vous m'avez expliqué les deux sphincters, profond et superficiel, et que j'ai
393 pu constaté que je peux maîtriser mon périnée quand vous m'avez demandé de
394 contracter, alors ça a créé une confiance qui fait que, quand ça arrive, je stresse
395 moins, c'est plus simple... et ça marche mieux quand je fais l'effort de retenir. Je me
396 suis d'abord dit « ne t'inquiète pas » et après ça se passe mieux. Je suis rassurée. Je
397 ne sais pas, mais je sens qu'il y a quelque chose qui est en train de se faire.

398

399 **Thérapie manuelle endopelvienne (3^{ème} séance)**

400 N. On prend le temps de prendre ses marques, de relâcher dans le ventre. J'attends
401 une information émergeant du lieu du Sensible... Que ressentez-vous ?

402 S. Ça relâche dans la globalité de mon corps.

403 N. Ressentez-vous s'il y a une partie de votre corps qui a plus de mal à se poser ?

404 S. Les mâchoires, la gorge et un peu le périnée.

405 ...

406 N. Percevez-vous des petites modifications en bas ? (*forte réaction vasculaire locale*
407 *avec une réaction de désengorgement, aération au niveau utérin.*)

408 S. Oui, tout à fait. Je ne sais pas s'il y a un mouvement, ou ça s'aplanit ou ça
409 s'écarte... mais il y a une sorte d'ouverture.

410 N. J'appuie un peu plus avec ma main supérieure. Sentez-vous les effets ?

411 S. D'abord il y a de la chaleur, un effet, une connexion entre vos mains qui m'aident à
412 sentir du volume... (*soupir*)... et à détendre en plus.

413

414 N. Etes-vous toujours connectée avec cette chaleur ou moins ?

415 S. Si, si...

416 N. Est-ce qu'elle diffuse ?

417 S. Oui.

418 N. Et où ? Dans quelle direction ?

419 S. Ça a changé. Au début, ça partait du haut du bassin très clairement, et là c'est
420 plus large, plus diffus, au delà de vos mains, vers les hanches... en tout cas ça fait un
421 bien fou, ça détend, ça redonne un espace. En plus, par rapport aux différentes
422 pesanteurs que j'ai eues ces derniers mois, cela me fait du bien. Ça me réassouplit
423 dans ces endroits où il y a eu des lourdeurs, de je ne sais pas quoi... ça dégage...
424 ça remet de la vitalité aussi...oui, et ce n'est pas le même mouvement dans votre
425 main du dessus et celle interne, pas la même densité, réactivité et en même temps
426 c'est lié.

427 N. C'est ça....Vous sentez quoi là ?

428 S. Je ne sais pas, car j'ai été connectée avec une grande douceur et ça m'a un peu
429 déconcentrée. Le mouvement, là, il est très marrant dans la sensation interne.

430 N. C'est-à-dire ?

431 S. Ben, quand on parlait de dimension subjective, et bien là le mouvement me donne
432 envie de rigoler... comme si ça basculait en arrière, tout seul. Je sens que ça peut
433 donner de l'espace plus grand que mon corps et je ne perds pas la sensation...c'est
434 dingue ! Des fois, quand je fais l'amour, je m'élargis et je perds mes sensations, là, ce
435 n'est pas du tout la même chose, ça s'élargit tout en étant concentré sur la sensation
436 au niveau de vos doigts... je trouve ça étonnant, mais c'est vraiment ça. C'est toujours
437 relié avec votre main du haut.

438 N. Voilà la réponse au point d'appui... Juste pour information, quand vous parliez du
439 mouvement en arrière, ma main plongeait très profondément vers votre coccyx, en
440 circularité, et cela correspondait vraiment à ce que vous décriviez...

441 S. C'est étonnant le nombre de perceptions, car vous voyez, votre pouce, là, en bas
442 quand le mouvement vient de repartir, il y a un endroit, des fois, où j'ai eu mal dans
443 ma vie, mais je ne sais pas ce que c'est... je sens une montée de larmes... je suis
444 passé d'un truc rigolo à un truc qui est triiiste, c'est étonnant... A gauche il y a un truc
445 triste, comme si, c'est ce qui est venu, d'aller sentir à gauche ça me rappelait des
446 trucs tristes...

447 N. Point d'appui... (*Soupir...*). Voilà la réponse au point d'appui.

448 S. Je sens un volume à gauche qui bouge, moelleux, capitonné... Il y a une tristesse
449 là dedans, ouh...(soupir)... là ça change, ça se dilue un peu... Même si c'est triste,
450 c'est bien, car je sens en même temps de la douceur.

451 N. Ok, appuyez-vous bien là-dessus. (*mouvements, relances rythmiques, dilution*
452 *progressive*)

453 S. C'est rigolo, ça monte par le haut et ça descend par le bas, ça fait un joli
454 mouvement, et en même temps ça dégage.

455 N. Où ?
456 S. Ça étire sous les côtes, et comme si les tissus s'écartent et s'assouplissent, et en
457 même temps ça se dégage dans les jambes...(*soupir*), ouh !... ça dégage...
458 N. Oui.
459 S. La tristesse à gauche se dilue.
460 N. Ça veut dire que vous la sentez moins ?
461 S. Elle n'est plus la tonalité dominante, elle est là, mais elle ne me gêne pas... C'est
462 fou quand j'étais adolescente, entre 18 et 20 ans, là juste sous votre doigt à gauche...
463 j'avais oublié cette histoire... Est ce que l'on a une glande là ?
464 N. Oui, la glande de Bartholin.
465 S. Voilà !!!... J'avais des bartholinites ! Ça se gonflait, j'avais super mal...oui, c'est
466 exactement là. Elle se bouchait !... C'est possible ça ?
467 N. Oui.
468 S. C'est drôle de revisiter ça ! J'ai eu plusieurs fois ça... Ça tire mais ça fait du bien.
469 Cette glande, elle sert à quoi ?
470 N. Elle participe à la lubrification...
471 S. Ah, je me souviens, à 18 ans... je me souviens très bien de l'amoureux que j'avais
472 à l'époque... ça dégage vraiment très haut, dans les épaules, la mâchoire, (*soupir*).
473 N. Là, ça change ?
474 S. Oui, beaucoup, comme s'il y avait deux vagues, de l'intérieur vers l'extérieur et en
475 même temps, c'est bizarre... Il y a trop de choses, je n'arrive pas à parler en même
476 temps.
477 N. Ok, pas de problème.
478 S. C'est de plus en plus global, ça inclut toutes les jambes et en même temps c'est
479 localisé.
480 N. Comment vous pouvez dire toutes les jambes ? Ça se traduit comment ?
481 S. Ça diffuse dans mes cuisses et ça descend... en fait je sens davantage tout mon
482 corps...ça me dégage.
483 ...
484 N. On rentre dans le moelleux d'une résistance (*grand mouvement global du bassin*
485 *en circularité postérieure*). C'est comme si c'était autre chose qui travaillait. (*Travail*
486 *dans le sacrum et la colonne vertébrale... Fin de séquence de soin qui s'impose*).
487
488 **Post-immédiateté**
489 N. On fait le point par rapport à vos perceptions dès le début de la séance ?
490 S. D'abord, le bassin est plus large, il a plus d'espace, il est plus posé, plus en contact,
491 plus rond, il est bien... Il a moins de tensions... Il y a un mélange de plein de choses,
492 et quand la séance s'est terminée, avec la cicatrice je me suis dit « est-elle plus à
493 gauche ou non ? » Et quand je me suis connectée en même temps des deux côtés, je
494 savais que vous étiez au centre, comme si la séance m'avait permis de mieux me
495 repérer dans mon bassin, donc en moi et de reconnaître le milieu.
496 N. Et ça vous fait quoi de retrouver la symétrie, ou le milieu ?
497 S. Ça me rassure, ça me simplifie, ça me rend gaie, car ça m'enlève des doutes sur
498 mes ressentis. Si je peux juste sentir plus un côté, ce n'est pas forcément
499 déséquilibré, c'est juste pas la même sensation ! Par contre, pour mieux sentir mon
500 côté gauche il faut que je me concentre... C'est incroyable, je récupère des trucs de
501 ma vie... Ces trucs de bartholinite, c'est incroyable, je n'y avais jamais repensé, j'avais
502 même oublié le mot !... Le rire, la tristesse, ça bascule en un quart de
503 seconde. Vous êtes à un endroit c'est rigolo, et ensuite le mouvement change, vous
504 vous déplacez et boom c'est triste... j'ai revu à ce moment là une chambre d'hôpital

505 où j'ai avorté, et vloop, vous dites le mot douceur et je me rappelle qu'en fait je suis
506 dans la douceur et ce n'est pas grave, et puis c'est du passé...

507 N. Vous reliez cette perception à une image d'hôpital ?

508 S. Oui, c'était le deuxième avortement... Quand vous avez dit douceur, je me rappelle
509 alors que je m'étais pardonnée, que j'avais fait tout pour ces bébés... Et puis j'ai perçu
510 qu'il n'y avait pas que cela à ce moment. Et c'est la douceur ressentie qui a fait que je
511 me suis dis « reste dans la douceur, aujourd'hui tu es là, maintenant, c'est ta vie là, et
512 maintenant elle est plus douce ! »... C'est fou ! ... J'ai eu une montée de larmes bien
513 avant d'avoir l'image qui est remontée de la gauche...

514 ...

515 N. Quand j'avais la main au niveau de votre utérus, c'était très dense et
516 congestionné.

517 S. C'est ça, c'est exactement ça.

518 N. Je peux dire que la demande du corps, aujourd'hui est partie directement de votre
519 utérus... ça s'imposait.

520 S. Mais c'est incroyable, c'est super !... Je sens comme c'est tellement plus souple à
521 cet endroit. Il y avait la chaleur, et c'était bon cette chaleur! Ça faisait comme un lac...
522 C'était donc bien l'utérus ? Je n'ose pas mettre de mot, car je n'y connais rien en
523 anatomie, mais c'est bien l'utérus alors ?

524 N. Oui, ma main était bien sur l'utérus.

525 S. Il est déjà 14 heures ? Je perds complètement la notion du temps pendant ces
526 séances. Merci ! ... Je me sens vraiment dans ma globalité. C'est une porte d'entrée
527 incroyable ce travail de fasciathérapie !

528 N. Ça vous fait quoi de vous dire qu'on travaille localement et qu'en même temps il y a
529 des effets dans la globalité de qui vous êtes ?

530 S. ...Il y a une interaction permanente entre tout de moi... En fait, ça ne m'étonne pas,
531 car j'ai déjà expérimenté que tout est lié. Ce qui est particulier ici c'est l'amplitude de la
532 dimension subjective... Quand c'est parti en arrière, il y avait un bras de levier
533 immense, comme si ça se levait, allez hop ! On y va ! (*rire*). Il y a un côté joyeux en
534 plus, ça fait tellement du bien de se reconnecter à cette globalité de soi qui bouge
535 ensemble.

536 N. Et les derniers grands mouvements haut-bas ?

537 S. Ça finissait le travail, et ça me prenait tout le corps, comme une grande vague qui
538 faisait flouf, flouf...

539 N. Et ça vous faisait quoi, car manifestement vous avez le sourire, donc ça faisait du
540 bien.

541 S. Comme une seule vague, mais rythmée, qui part du périnée et qui le relie au reste
542 du corps. Ce qui me met en joie, c'est que je sens que mon corps se revitalise, j'ai
543 l'impression de retrouver une globalité. Ce qui me fait du bien c'est que je sens que
544 vous allez dans votre geste là où mon corps a besoin, que vous vous accordez avec
545 ce qui vient, et ça, ça me permet de me reconnecter... Vous remarquez la pêche que
546 j'ai, là ?

547 N. Il y a de la joie !

548 S. Oui, et puis de l'énergie, quoi ! Quand le périnée est libéré, je suis en forme. Vous
549 savez, quand je suis très fatiguée ou triste, par exemple lors des deuils, et j'en ai eu
550 beaucoup dans ma vie, mon périnée se relâche et je le sens moins. Là, je me sens
551 debout bien axée, mon bassin bien placé, je suis bien plantée, large, large pas
552 grosse... j'ai récupéré mon assise. L'ancrage est là, super, merci !

RÉCIT PHÉNOMÉNOLOGIQUE

DE

RENÉE

Patiente sud-américaine de 28 ans, assistante de direction, sans enfant, ni grossesse. Elle présente depuis l'âge de 9 ans des urgences mictionnelles sans fuites, et une pollakiurie (15 mictions par jour) persistantes et invalidantes. Herpès génital depuis l'âge de 17 ans. Période de crises d'angoisse il y a 10 ans. Son médecin gynécologue lui a prescrit des séances de rééducation périnéale, et un médicament inhibiteur de la vessie pendant le mois précédent notre premier rendez-vous.

I. VECUS EN RAPPORT AVEC LE SYMPTOME INITIAL ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

A) Les ressentis corporels

Renée constate une amélioration de son symptôme d'urgence mictionnelle depuis la dernière séance : *« Oui, j'ai moins de problèmes [...] ça prend de moins en moins de place, ça commence à se calmer. »* (R4. L199-200). Elle exprime ainsi une diminution de la fréquence des mictions et du caractère envahissant des urgences.

B) Les réflexions et prises de conscience

Lorsque Renée témoigne *« Oui, j'ai moins de problèmes, j'y pense moins [...] ça prend de moins en moins de place, ça commence à se calmer. »* (R4. L199-200), elle exprime se sentir moins préoccupée par ses urgences, et de fait moins accaparée (envahie) dans son quotidien : *« j'y pense moins [...] ça prend de moins en moins de place »* (R4. L199-200). Elle reste cependant prudente sur le devenir de cette amélioration : *« c'est avec le temps qu'on va voir tout ça. »* (R4. L199-200). Par ailleurs, lorsque Renée s'appuie sur les informations reçues lors des dernières séances, elle est surprise des effets positifs en rapport à sa symptomatologie : *« C'est fou comment donner quelques informations ça change déjà. »* (R4. L213).

C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

Dans l'entretien de début de séance, Renée explique comment elle a essayé de gérer sa problématique dans sa vie professionnelle au quotidien : *« Lundi, avant une réunion je n'y suis pas allée, alors que d'habitude j'y vais systématiquement, et là je me suis dis : « je vais essayer de ne pas y aller (uriner) et on va voir. » »* (R4. L208-210). Elle décide, avant une réunion professionnelle, de ne pas se comporter comme habituellement. Elle choisit de différer sa miction, et de voir les probables effets de cette nouvelle attitude sur sa symptomatologie. Pendant la réunion professionnelle, au moment où apparaît un besoin mictionnel, elle pratique

des exercices périnéaux et note les effets positifs sur son symptôme : « *Et puis pendant la réunion j'ai eu envie (d'uriner), j'ai fait les exercices toute seule dans mon coin comme vous m'avez dit, et c'est passé* » (R4. L210-211). Elle constate que la pratique des exercices (appris pendant les séances précédentes) lui fait disparaître son envie d'uriner, et qu'ensuite l'envie n'est pas revenue : « *et c'est passé, j'ai oublié, j'ai continué, je suis passée à autre chose.* » (R4. L211-212). Elle conclut par un constat positif de la gestion de son symptôme : « *Je ne suis pas restée fixée dessus avec la peur... alors c'est bien pour moi !* » » (R4. L212-213). Renée se félicite de ne pas être restée « accrochée » à la peur qui accompagne sa problématique d'urgence mictionnelle.

II. RESENTIS PHYSIQUES PERÇUS AU COURS D'UNE SÉANCE DE FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVIENNE

A) En rapport avec ses tensions biomécaniques

Le premier constat de ressenti dont témoigne Renée en début de séance de thérapie manuelle endopelvienne concerne un état de tension : « *Je peux sentir que c'est tendu.* » (R4. L232), qu'elle localise dans la partie gauche de sa région périnéale « *à gauche dans le petit bassin, en bas* » (R4. L234). Renée précise : « *Ça tire plus, c'est plus dur, [...] c'est plus épais, plus resserré... plus collé, plus compact.* » (R4. L236-237) Elle ressent cet endroit plus en tension, plus dense, plus compact. Au cours du soin, Renée témoigne de l'évolution des tensions ressenties (dans cette région du petit bassin) : « *et la gauche maintenant est plus détendue que la droite (rire)[...] je sens mieux maintenant comment mon côté droit est tendu, et je sens aussi l'arrière tendu.* » (R4. L262-263)

Pendant le soin de thérapie manuelle endopelvienne, Renée témoigne d'un changement de ressenti au niveau de ses tensions : « *Oui, c'est plus souple, plus détendu.* » (R4. L250) L'état initial de tension se modifie vers plus de relâchement (dans son bassin). Cette évolution de l'état tonique, Renée la décrit à l'aide d'une métaphore : « *Oui, c'est plus souple, plus détendu. Comme une pâte à modeler qui se ramollit.* » (R4. L250)

De plus, lors de la phase de travail de contraction périnéale⁷⁰, Renée témoigne également gagner en qualité de relâchement : *« Ah oui, ça (les muscles périnéaux) relâche plus vite et c'est plus facile à faire [...] Je sens une détente plus importante. »* (R4. L296) Renée complète et précise les effets de ce gain de relâchement pendant cette phase de travail des muscles périnéaux : *« Je sens que c'est plus ouvert, il y a plus de confiance et de maîtrise dans le mouvement. »* (R4. L298-299) Elle ressent plus d'ouverture, une meilleure maîtrise et plus de confiance dans la pratique des contractions et des relâchements du périnée, et témoigne que ce gain de maîtrise facilite la phase de travail de relâchement périnéal : *« Avec cette maîtrise, le relâchement vient plus facilement. »* (R4. L304)

B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente

Lors des manœuvres manuelles de déplacement du thérapeute, Renée perçoit le déplacement en rotation des doigts de la main interne du thérapeute : *« Vos doigts tournent. »* (R4. L273) Elle perçoit également le déplacement des deux mains du thérapeute dans deux directions différentes : *« Je sens la main du dessus qui va vers le haut et la main intérieure qui va vers le bas. »* (R4. L247-248)

Lors de la phase de travail de contractions périnéales, après avoir effectué plusieurs alternances de contractions et de relâchements des muscles du périnée, Renée exprime son vécu : *« Ah oui, ça (les muscles périnéaux) relâche plus vite et c'est plus facile à faire [...] Je sens une détente plus importante [...] et je peux aller plus loin. Je peux contracter plus, et voir mieux combien de temps je peux faire la contraction. »* (R4. L294-302) Elle témoigne d'une évolution. Elle a la sensation d'une pratique de contraction facilitée grâce à un meilleur relâchement périnéal : *« Ah oui, ça relâche plus vite et c'est (le travail) plus facile à faire. »* (R4. L294) Elle a également la sensation de gagner en amplitude *« je peux aller plus loin »* (R4. L301), en force et en durée *« Je peux contracter plus, et voir mieux combien de temps je peux faire la contraction. »* (R4. L301-302)

De plus, quand Renée parvient à pratiquer une contraction périnéale d'une manière plus sensorielle, elle décrit ce qu'elle ressentait lorsqu'elle la pratiquait d'une manière essentiellement motrice à travers un langage imagé, métaphorique : *« Au début c'est comme un*

⁷⁰ Pendant le soin endopelvien, la prise endovaginale et abdominale du thérapeute ne change pas et est 'en point neutre' au moment de la séquence de travail de contraction périnéale, moment où la patiente pratique une alternance de contractions et de relâchement des muscles du périnée.

moteur qui n'a pas d'huile, avec des mouvements brusques, découpés, sans continuation. » (R4. L299-300)

C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes

1) Leurs qualités toniques

Lors du bilan intermédiaire pendant le soin de thérapie manuelle, Renée témoigne de sa sensation de détente : *« Oui, c'est plus élastique, c'est plus... je me sens à l'aise. » (R4. L260)* C'est dans une dimension plus subjective et en matière d'élasticité que Renée exprime un changement d'état de tension dans son corps. Elle ressent un gain d'élasticité (comparable à un gain en mobilité au sein de son état tonique), en y associant un effet de bien-être : *« je me sens à l'aise. » (R4. L260)* Renée complète son ressenti de bien-être dans la phrase suivante : *« Il y a moins de pression, c'est calme, l'endroit est calme » (R4. L260-261)*

2) Leurs dimensions cinétiques

A la fin d'une séquence de thérapie manuelle dite « de résolution », au moment où les mains du thérapeute s'immobilisent en position neutre et ne bougent pas, Renée témoigne ressentir un mouvement qui la surprend : *« Ça bouge bizarrement ! » (R4. L276)* Lorsqu'elle essaie d'expliquer ses ressentis par rapport à ce mouvement « bizarre », elle emploie une métaphore poétique : *« Comme si on regardait la rotation de la terre, très douce... Je ne sais pas, comme si c'était des vagues très, très... qui prennent leur temps, dans un rythme très... comme un bébé dans le ventre de sa mère j'imagine. Il y a un côté aquatique. » (R4. L278-280)* Pour décrire ce mouvement, Renée utilise des qualificatifs tels que la douceur du mouvement *« Comme si on regardait la rotation de la terre, très douce... » (R4. L278)*, et la sensation de mouvements ondulatoires lents *« Je ne sais pas, comme si c'était des vagues très, très... qui prennent leur temps » (R4. L278-279)*. Lorsque le thérapeute demande à Renée si ce mouvement ressenti est agréable, elle répond : *« Oui, c'est vivant, il y a de la vie. » (R4. L282)* Elle perçoit dans ce mouvement « qu'il y a de la vie », et poursuit en semblant faire le lien entre le mouvement (sans plus de précision) et une perception conscientisée : *« Oui, c'est le mouvement, c'est là, c'est réveillé, c'est conscient. » (R4. L285)*

Lorsqu'elle pratique le travail d'alternance de contractions et relâchements du périnée d'une manière sensorielle, Renée exécute ces mouvements en s'appuyant sur le mouvement subjectif interne. Elle décrit alors une amélioration qualitative de ce travail : *« c'est (le travail pratiqué) plus fluide, plus lent. C'est comme si la force... comme si ça se canalisait, s'organisait... » (R4. L311-312)* Ces mouvements pratiqués sont ressentis d'une manière plus

fluide et plus lente, et Renée témoigne d'une « force » qui semblerait réorganiser, réaxer. Lorsqu'elle essaie de décrire les critères de cette « force » qui facilitent sa contraction, elle utilise également une métaphore : *« Oui, c'est comme une grande vague, qui monte et qui couvre le sable. Oui, c'est plus positif. »* (R4. L316-317) Elle utilise l'image d'une vague qui couvre le sable, cette image donnant une coloration positive à cette force vécue dans le travail périnéal. De plus, lorsque Renée pratique d'une manière plus sensorielle les contractions périnéales, elle témoigne d'une évolution de celles-ci : *« Ça prend plus en compte de choses. Au début c'est que ça, que le mouvement des muscles, avec un but limité, et après ça prend en compte le contexte, autour et plus loin. »* (R4. L319-321) Elle exprime ressentir dans cette progression une prise en considération plus importante et un territoire plus largement impliqué des éléments concernés par la contraction périnéale.

3) Leurs effets

3a) La chaleur

Pendant le soin endopelvien Renée témoigne ressentir localement de la chaleur qui se propage : *« Oui. (Je sens la chaleur) [...] Elle est plus à gauche mais elle diffuse vers la droite... elle continue à diffuser. [...] En bas du bassin, comme si ça prenait plus d'espace. »* (R4. L252-256) Renée situe précisément la localisation de cette chaleur dans le bassin, et perçoit en temps réel l'amplitude de sa propagation, *« comme si ça prenait plus d'espace. »* (R4. L256) Pour Renée, la chaleur semble apporter un relâchement : *« C'est comme si la chaleur avait provoqué la détente. »* (R4. L269)

3b) La globalité

Lors du soin de thérapie manuelle endopelvienne Renée témoigne : *« Et j'ai plus conscience des deux côtés (des deux héli-périnéés), oui, comme si ils se mettaient en accord, en phase, les morceaux avec les autres. C'est plus homogène. »* (R4. L266-267) En gagnant en conscience de la région pelvi-périnéale, Renée a la sensation d'un accordage et d'une mise en phase entre les différents éléments de cette partie du corps (rééquilibration), et ressent plus d'homogénéité, c'est-à-dire plus d'unité et donc de globalité dans la région soignée.

Lorsque Renée pratique la contraction périnéale sensorielle, elle témoigne également d'un gain de globalité : *« Oui, c'est ça, ça prend plus en compte de choses. Au début c'est que ça, que le mouvement des muscles, avec un but limité, et après ça prend en compte le contexte, autour et plus loin, c'est ça. »* (R4. L319-321) Ce gain s'exprime dans une dimension quantitative *« ça prend plus en compte de choses »* (R4. L319) et vers plus d'étendue *« ça prend en compte le contexte, autour et plus loin »* (R4. L320-321).

De plus, lors de l'entretien en post-immédiateté, lorsque le thérapeute demande à Renée si elle trouve que la séance a eu un effet sur l'ensemble du corps, elle répond positivement : « *Absolument !* » (R4. L326-327) Enfin, elle confirme ce vécu de globalité par une injonction : « *Oui, c'est important que je commence à voir la chose entière* (le bassin avec le reste du corps) *et pas seulement comme un morceau.* » (R4. L336-337) Renée souhaite dorénavant appréhender la vision de son corps d'une manière plus globale, son bassin non coupé du reste de son corps.

3c) La détente psychique en relation avec le bien-être

Pendant le soin de thérapie manuelle, Renée exprime les bienfaits perçus dans son corps en rapport avec le tonus : « *Ça tire, mais ça fait du bien...* » (R4. L244-245) Renée sent que cela « tire » tout en exprimant que cela lui fait « du bien ». Elle exprime également un sentiment de confort lié au gain d'équilibration tonique dans son corps : « *Oui, c'est plus élastique, c'est plus... je me sens à l'aise.* » (R4. L260) Enfin, lorsqu'elle témoigne : « *Là mon bassin est tranquille, je suis relax.* » (R4. L331), Renée exprime un sentiment d'apaisement.

III. VECUS CORPORELS, PRISES DE CONSCIENCE ET ENRICHISSEMENT IDENTITAIRE

A) **Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité**

Il n'y a pas de verbatim exprimé par Renée à cette séance qui concerne cette catégorie de classification de vécus.

B) **Concernant le rapport à son corps et à ses vécus psycho-émotionnels**

1) Prises de conscience concernant le rapport à son corps

- Prise de conscience d'un changement d'état tonique périnéal relié à un ressenti de bien-être

Lors du bilan intermédiaire pendant le soin de thérapie manuelle, Renée témoigne d'un changement d'état de tension dans son corps qu'elle associe à une prise de conscience d'un état de bien-être : « *Oui, c'est plus élastique, c'est plus... je me sens à l'aise.* » (R4. L260) Renée complète ce ressenti de bien-être par le vécu de calme en elle : « *Il y a moins de pression, c'est calme, l'endroit est calme* » (R4. L260-261).

- Prise de conscience de son rapport au corps morcelé

En fin d'entretien post-immédiateté, après avoir commenté sa manière de pratiquer les différentes contractions périnéales et au comment où le thérapeute lui conseille de s'entraîner chez elle, Renée témoigne d'une prise de conscience concernant son rapport au corps : « *Oui, c'est important que je commence à voir la chose entière* (le bassin avec le reste du corps) *et pas seulement comme un morceau. (baillement)* » (R4. L336-337) Renée souhaite dorénavant appréhender son corps d'une manière plus globale, son bassin non coupé du reste de son corps.

2) Les émotions

2a) L'étonnement

Renée exprime un sentiment d'étonnement : « *Ça bouge bizarrement !* » (R4. L276) lorsqu'elle fait l'expérience d'un ressenti nouveau, exprimé sous la forme d'un ressenti en rapport avec le mouvement subjectif interne.

2b) Le rire

Lorsque Renée fait un premier bilan de ses ressentis pendant la séance de thérapie manuelle et qu'elle compare l'évolution entre les deux héli-périnéées, elle ponctue ce témoignage par un rire : « *Il y a moins de pression, c'est calme, et la gauche maintenant est plus détendue que la droite (rire).* » (R4. L260-262) Ensuite, c'est lorsqu'elle témoigne des effets de détente que procure le travail sur la globalité du corps qu'elle associe à ce constat un rire : « *Oui, je me décontracte. (rire)* » (R4. L327)

C) **Concernant les manières d'être dans sa vie**

- **Prise de conscience d'une manière de se comporter jugeante vis-à-vis d'elle-même**

Lors de l'entretien de début de séance, Renée témoigne ne pas avoir fait les exercices préconisés lors de la dernière séance : « *je devais faire quelques exercices pour détendre, et je vous avoue ces derniers temps je ne l'ai pas fait.* » (R4. L196-197) Puis, lorsqu'elle s'allonge sur la table, elle témoigne : « *J'aurais dû faire mes exercices...* » (R4. L217)

En fin de séance et au moment de partir, Renée témoigne d'une facette récurrente de son comportement et de sa personnalité : « *Il faut toujours que je fasse des choses, même quand je suis très fatiguée.* » (R4. L339-340) Renée doit « toujours faire » et s'oblige à continuer, même si elle sent que sa demande profonde serait de se poser, de prendre du temps, d'arrêter de faire : « *Quand je m'allonge, c'est que vraiment je ne peux pas faire autrement.* » (R4. L340) Ne rien « faire » et prendre du temps pour elle sont deux éléments qui lui posent problème : « *Quand je ne fais rien, je sais que ce n'est pas rien faire, que c'est prendre le temps pour soi, de se détendre... mais j'ai toujours l'impression que je pourrais faire quelque*

chose d'utile. » (R4. L341-343) Renée associe ne rien faire à l'inaction vue à travers une représentation équivalant à de l'inutilité, voire à de l'oisiveté. Elle est consciente du non fondé de son raisonnement, mais elle n'arrive pas à surmonter cet état de fait et à changer de comportement. Elle se sent tiraillée et se débat dans ses contradictions : *« Quand je ne fais rien, je sais que ce n'est pas rien faire » (R4. L341)*. Enfin, Renée a une attitude jugeante par rapport à ces pensées et son comportement : *« Quand je rentre le soir et que je suis fatiguée, je me juge, et alors je me dis « allez... il faut faire ci, il faut faire ça ». » (R4. L345-346)*

ANALYSE HERMÉNEUTIQUE DU CAS

DE

RENÉE

I. VECUS EN RAPPORT AVEC LE SYMPTOME INITIAL ET SON EVOLUTION AU COURS DE LA PRISE EN CHARGE

A) Les ressentis corporels

Lorsque Renée témoigne de ses vécus en rapport avec son symptôme initial d'urgence mictionnelle et de son évolution, en constatant que cela prend de moins en moins de place et que cela commence à se calmer, elle ne semble pas témoigner directement de ses ressentis corporels. La dimension perceptive corporelle n'est pas clairement exprimée. Son témoignage évoque davantage un ressenti appartenant à un registre psycho-affectif, un sentiment qui l'amène à exprimer le fait qu'elle ait moins de problèmes avec ce symptôme.

Le symptôme d'urgence mictionnelle de Renée commence à se calmer et prend de moins en moins de place.

B) Les réflexions et prises de conscience

Lorsque Renée témoigne moins penser à sa problématique dans son quotidien, cela signifie pour elle une amélioration de son symptôme, et représente donc un élément positif de référence. Toutefois, remarquons le fait que de « moins y penser », c'est-à-dire de témoigner d'une dimension plutôt cognitive en rapport avec sa symptomatologie, est néanmoins reliée à une dimension de ressenti corporel, celle de moins être gênée par ces urgences.

De plus, lorsque Renée constate que les informations (théoriques) reçues - c'est-à-dire celles que je lui ai données oralement au cours de la séance précédente - ont participé à l'amélioration de sa symptomatologie, elle exprime et objective son besoin de mieux comprendre les mécanismes (neurophysiologiques) du comportement vésical pour aller mieux. D'autre part, à travers cette expérience, elle témoigne d'un nouveau mode d'apprentissage qu'elle sous-estimait, puisqu'elle est étonnée de constater les effets positifs de l'apport d'informations sur l'amélioration de son symptôme. Nous voyons donc ici que la dimension cognitive joue un rôle important pour Renée dans son mode d'apprentissage.

Renée pense moins à sa problématique d'urgence. Elle est étonnée de constater les effets bénéfiques des informations théoriques sur l'amélioration de son symptôme.

C) La gestion du symptôme dans la vie quotidienne

Concernant la gestion proprement dite de sa problématique, lorsque je me plonge dans son récit phénoménologique, je constate que Renée témoigne de plusieurs étapes dans sa capacité à gérer son problème d'urgence mictionnelle au sein de son activité professionnelle.

Tout d'abord elle témoigne d'une étape réflexive, qui s'appuie sur la prise de conscience qu'elle va systématiquement uriner avant une réunion professionnelle de peur de ne pas pouvoir y aller si une envie urgente se présente. Elle tient compte de ces éléments pour prendre la décision de ne pas reproduire ce comportement habituel. Ainsi, elle arrive à se distancier d'une attitude systématique délétère et décide d'en observer les effets. Ensuite, il est à noter que les exercices préconisés antérieurement et qu'elle a compris et intégrés, sont un repère et une manière de gérer positivement sa problématique. En effet, elle constate qu'elle peut mettre en pratique ces exercices dans la situation de crise qui se présente à elle pendant la réunion professionnelle. Elle se rend compte que cette nouvelle attitude lui permet de surmonter cette crise. Elle en valide donc les effets positifs. Forte de ce constat, Renée témoigne pouvoir gérer un peu plus sereinement sa problématique, et être un peu moins cristallisée sur sa peur de ne pas pouvoir contrôler un besoin d'uriner. Renée arrive donc à se distancier de son comportement habituel, l'observer, l'analyser, mettre en pratique des conseils, et ainsi introduire un nouveau comportement.

L'ensemble de ces éléments représente des étapes d'apprentissage d'une meilleure maîtrise de son symptôme, dans le sens où cette expérience positive lui donne la possibilité de gagner un degré supplémentaire de liberté dans ses activités quotidiennes puisqu'elle est moins préoccupée, et lui procure une autre manière de faire face à sa symptomatologie d'urgence mictionnelle. Il y a à la fois nouveauté, et changement dans plus de maîtrise. Si cette meilleure maîtrise, porteuse d'espoir pour Renée, se réitère dans le temps, cela peut alors présager d'une plus grande confiance envers ses capacités à gérer sa problématique et ainsi pouvoir potentiellement initialiser un changement de rapport à son corps et donc à elle-même dans sa vie au quotidien.

Renée témoigne de plusieurs étapes dans la gestion de son symptôme.

Elle constate les effets positifs et sa capacité à mieux gérer son symptôme.

Elle est plus sereine et moins cristallisée sur sa peur initiale de ne pas pouvoir le gérer.

Début de changement de rapport à son corps et d'attitude comportementale dans son quotidien.

II.a). RESENTIS PHYSIQUES PERÇUS AU COURS D'UNE SÉANCE DE FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVIENNE

A) En rapport avec ses tensions biomécaniques

En premier lieu, lors de la phase de bilan initial (ma main externe étant abdominale basse et l'autre endopelvienne en point neutre d'écoute, donc toutes deux immobiles), Renée témoigne percevoir une tension localisée au niveau du petit bassin à gauche, qui lui semble dure, résistante et dense, qu'elle n'arrive toutefois pas à circonscrire précisément. Puis, pendant la première phase de soin, où cette partie est traitée par voie directe, elle témoigne ressentir le changement d'état tonique de cette région. Elle perçoit davantage de relâchement. Ainsi, elle qualifie cette partie de plus souple, plus détendue. Ensuite, après quelques séquences de soin de thérapie manuelle, lors d'un premier bilan, elle témoigne gagner en perception de la partie gauche de son petit bassin, mais elle ressent également, probablement par comparaison, la partie droite plus tendue, ainsi qu'une autre tension située au niveau du périnée postérieur.

Le témoignage de Renée objective donc plusieurs formes de ressentis en rapport avec ses tensions de petit bassin, en lien avec les trois temps de questionnement lors des phases du soin de thérapie manuelle endopelvienne (bilan initial, séquence de soin, bilan intermédiaire) : dans un premier temps, un ressenti de tension endopelvienne localisée à gauche ; puis dans un second temps, une modification du tonus vers plus de ressenti de relâchement ; et enfin le témoignage d'une meilleure perception de cette zone localement traitée, ainsi que d'une prise de conscience tensionnelle à deux autres endroits dans un voisinage direct. Concernant les ressentis en rapport avec les tensions mécaniques, Renée ne témoigne spontanément que de ressentis localisés au niveau du petit bassin et non pas à distance de la zone du petit bassin, c'est-à-dire dans les autres parties de son corps.

Renée ressent une tension dans la zone périnéale qui se relâche. Elle témoigne d'une meilleure perception, et par contraste, ressent d'autres endroits en tension.

B) En rapport avec les mouvements majeurs du thérapeute ou de la patiente

Renée témoigne ressentir des mouvements en lien direct avec les mouvements majeurs de mes deux mains. Concernant les mouvements de la main interne, elle en parle à deux reprises. Tout d'abord lorsqu'elle sent les doigts internes se déplacer dans un mouvement de rotation, puis au moment où elle exprime ressentir mes deux mains se déplacer dans deux directions différentes et opposées, la main interne se déplaçant vers le bas de son corps, l'externe vers le haut de son corps. Ainsi, Renée peut ressentir au même moment le mouvement de chacune des mes deux mains, c'est-à-dire qu'elle a la capacité de poser son attention simultanément à deux endroits différents de son corps, et donc de pouvoir prendre du recul (de la perspective) par rapport à cette attention, lui permettant ainsi d'englober un espace perceptif large.

Lorsqu'elle perçoit les mains du thérapeute se déplacer, Renée témoigne de sa capacité à prendre du recul par rapport à ses ressentis, en pouvant poser son attention simultanément dans deux endroits différents de son corps.

C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes

1) Leurs qualités toniques

Lors du soin en thérapie manuelle, au moment où Renée exprime ressentir plus de détente et de souplesse au niveau de la région périnéale traitée, elle y ajoute des qualificatifs subjectifs reliés à une dimension et à un champ lexical de bien-être. Par exemple, elle trouve l'endroit qui est travaillé « calme », et témoigne dans la même phrase se sentir « à l'aise ». Elle fait donc le parallèle entre un sentiment de mieux-être et un gain d'élasticité, ce dernier étant comparable à un gain de mobilité au sein de son état de tonus. De plus, Renée utilise l'outil de la métaphore pour exprimer son ressenti subjectif de détente localisée, celle d'une « pâte à modeler qui se ramollit ».

Lorsque Renée ressent plus de détente et de souplesse au niveau périnéal, elle trouve l'endroit calme, et témoigne simultanément d'un vécu sur le plan somato-psychique (elle se sent à l'aise).

2) Leurs dimensions cinétiques

Lors d'une séquence de soin dite de « résolution » où mes mains sont immobiles, Renée témoigne à cet instant précis ressentir dans son corps un mouvement qu'elle qualifie de « bizarre ». Ce mouvement étrange paraissant la surprendre, étant donné que ni Renée ni moi-même ne bougeons de façon objective, elle ne peut le décrire qu'au travers d'un langage métaphorique. Ainsi, pour exprimer la dimension de lenteur ressentie dans ce mouvement, elle utilise une image s'apparentant à celle « de vagues qui prennent leur temps ». Pour décrire la douceur ressentie dans ce mouvement, elle utilise l'image de la terre (globe terrestre) qui tourne doucement, « très douce ». Ensuite et selon elle, ce mouvement pourrait s'apparenter à l'image d'un « bébé dans le ventre de sa mère », avec une dimension d'apesanteur qu'elle qualifie « d'aquatique ». Les dimensions de lenteur, de douceur, de bien-être, d'autonomie de ce mouvement, exprimée rythmiquement par un mouvement de vague et de rotation douce, ainsi que la sensation allégée d'apesanteur, qualifient donc la dimension cinétique (de mouvement, de mobilité) subjective interne ressentie par Renée à ce moment du soin. De plus, elle fait le lien entre ce mouvement ressenti et une meilleure perception, ainsi que plus de conscience. Cette dimension de conscience en lien avec la dimension de perception paraît particulièrement intéressante à souligner. Renée témoigne bien que quelque chose devient plus conscient quand

c'est plus éveillé perceptivement pour elle. Si c'est plus réveillé, c'est que c'est sans doute plus présent, donc plus disponible à sa conscience. Enfin, lorsque je lui demande si ce mouvement est agréable, Renée répond par l'affirmative. Elle témoigne que c'est vivant, qu'il y a de la vie.

Pendant le soin, Renée ressent un mouvement autonome inhabituel dans son corps (lent, doux, léger, aquatique, apaisant) qu'elle ne peut décrire que par métaphore (vague, rotation lente de la terre, bébé dans l'utérus). Elle peut également témoigner des effets de ce mouvement (plus de perception, de conscience) ou de ses caractéristiques (sensation que c'est vivant, qu'il y a de la vie).

3) Leurs effets

3a) La chaleur

Renée témoigne pendant le soin ressentir de la chaleur localisée à l'endroit traité. Ensuite, elle la ressent se diffuser dans tout le bassin. Enfin, elle prend conscience à travers ce vécu, du lien probable existant entre un ressenti de chaleur dans son corps et un ressenti de détente. Cette expérience (du lien pouvant exister entre chaleur et détente corporelle localisée) vient donc potentiellement enrichir le vécu perceptif de Renée, sans toutefois témoigner d'effets plus à distance. Cependant, il paraît intéressant de souligner que Renée passe d'un vécu de ressenti d'ordre physique (sensation de chaleur), à un vécu d'ordre somato-psychique, puisqu'elle parle de détente. En effet, la notion de détente semble davantage évoquer une dimension de bien-être psychique plutôt qu'une dimension de relâchement physique. Ainsi, Renée témoigne du lien existant entre un ressenti physique et un effet sur le psychisme.

Renée ressent de la chaleur localisée se diffuser dans le bassin, et fait le lien avec un sentiment de détente.

3b) La globalité

Renée exprime la dimension de globalité de deux manières différentes. Tout d'abord, d'une manière indirecte au cours du soin de thérapie manuelle, au travers d'une prise de conscience concernant la région de ses deux héli-bassins. Elle témoigne prendre conscience d'un « accordage » et d'une « mise en phase » entre les différents éléments constituant cette région du corps, d'une plus grande homogénéité. Si Renée peut dire qu'il y a accordage, c'est qu'elle a pu faire un lien entre les deux parties de son bassin, tout du moins au moment où elle le témoigne. Elle a pu également instaurer l'écoute d'un phénomène de synchronisation de ses deux héli-bassins, puisqu'elle témoigne prendre conscience d'une « mise en phase ». De plus, Renée témoignant de plus d'homogénéité, ces prises de consciences peuvent être révélatrices d'un processus plus général de rééquilibration de cette région. Enfin, ce sentiment

d'homogénéité sous-entendant un gain d'unité, le vécu de Renée évoque de fait un gain de globalité dans cette région soignée.

Ensuite lors de l'entretien en post-immédiateté, Renée exprime cette dimension de ressenti de globalité d'une manière directe. En effet, elle répond clairement qu'elle trouve que la séance a un effet sur l'ensemble de son corps.

En toute fin de séance, Renée fait part d'une réflexion concernant la dimension de globalité en rapport avec son corps. Elle exprime le désir de commencer à voir son corps d'une manière plus globale, son bassin non coupé du reste. La forme d'expression utilisée par Renée semble plutôt s'apparenter à une prise de décision concernant sa relation à son bassin et à son corps.

Renée exprime le vécu de la dimension de globalité dans son corps de trois manières différentes : indirectement, directement et sous la forme d'une prise de décision de se voir dorénavant d'une manière plus globale.

3c) La détente psychique en relation avec le bien-être

L'effet de détente psychique en relation avec un bien-être est relié, selon Renée, aux effets provoqués par la sensation de détente physique. Elle se sent plus « à l'aise », son bassin est « tranquille », elle est « relax ». Un sentiment de confort et d'apaisement accompagne ainsi les effets de ces ressentis de détente physique.

Renée ressent les effets de la détente physique sur un plan somato-psychique de l'ordre du bien-être (elle se sent plus à l'aise, relax).

II. b). RESENTIS PHYSIQUES PERÇUS AU COURS D'UNE SÉANCE DE FASCIATHÉRAPIE ENDOPELVIENNE

(PENDANT LA SÉQUENCE CONCERNANT LE TRAVAIL ACTIF DE CONTRACTIONS ET RELÂCHEMENTS DU PÉRINÉE⁷¹)

⁷¹ Au cours de la séance de soin de Renée que j'ai choisie pour cette étude, il s'est déroulé une séquence de travail actif de contractions et relâchements du périnée. Il m'a semblé pertinent de l'individualiser dans mon analyse, afin d'en dégager ses spécificités au sein de cette catégorie (II.b). Les ressentis physiques concernant la phase de travail actif du périnée sont ici analysés de la même manière que pour ceux de la phase spécifique de thérapie manuelle (II.a), c'est-à-dire selon la méthodologie et l'organisation catégorielle et sous-catégorielle présenté précédemment (II.a).

Notons que pendant la phase du soin où Renée pratique plusieurs contractions et relâchements du plancher myo-fascial périnéal, la prise manuelle thérapeutique endovaginale et abdominale ne change pas, et reste immobile en point neutre.

A) et B) En rapport avec les mouvements majeurs effectués par la patiente et ses tensions biomécaniques

Tout d'abord, concernant les ressentis en rapport avec les mouvements majeurs de contractions et de relâchement, et en relation avec leur état de tension, Renée témoigne d'une évolution de l'état tonique. Elle constate une plus grande capacité de relâchement des muscles périnéaux pendant la phase de retour de la contraction périnéale, et témoigne des effets de cette meilleure détente acquise pendant les exercices. Elle ressent plus de maîtrise dans la pratique de ses mouvements, plus d'ouverture, ainsi que le sentiment de plus de confiance. Elle constate également que la réciproque est vraie : avec une meilleure maîtrise des mouvements, la qualité de relâchement « vient plus facilement ». Pour Renée, grâce au gain de relâchement du tonus périnéal, la gestuelle majeure est ainsi facilitée dans les deux phases du mouvement, c'est-à-dire pendant le temps de la contraction périnéale, comme pour le temps du relâchement de celle-ci. Renée met clairement en évidence cette interaction existant entre ces deux phases de la gestuelle. Pour elle, lorsque la contraction « se relâche plus vite, la contraction est plus facile à faire », et précise les effets positifs sur sa contraction périnéale : elle constate qu'elle peut gagner en amplitude, en force et en temps de maintien de sa contraction.

De plus, au fur et à mesure de la pratique de ces mouvements, quand Renée parvient à faire une contraction périnéale d'une manière plus sensorielle⁷², elle décrit sous une forme métaphorique comment elle la ressentait initialement. Pour elle, cette manière de contracter était comparable à un « moteur grippé », c'est-à-dire faite de mouvements brusques, découpés, manquant de fluidité.

En résumé, Renée témoigne d'une capacité à pouvoir décrire précisément les ressentis des différents états toniques de son périnée, puis à comparer et à analyser les exercices de « contractions-relâchements » et leur évolution.

⁷² La contraction périnéale sensorielle en fasciathérapie se pratique selon les protocoles pédagogiques de la biomécanique sensorielle, comme par exemple, la lenteur sensorielle, l'intention portée sur la direction linéaire du mouvement, l'attention soutenue pendant toute la durée du mouvement, l'apprentissage de la pratique du point d'appui, etc.

Renée constate une meilleure maîtrise des mouvements de contractions et relâchements des muscles périnéaux (meilleure qualité de relâchement, contraction plus facile, plus forte, plus ample, plus fluide). Elle témoigne d'un gain d'ouverture et de confiance.

C) En rapport avec les mouvements subjectifs internes

1) Leurs qualités toniques

Il n'y pas de verbatim exprimé par Renée à cette séance qui concerne cette catégorie de classification de vécus.

2) Leurs dimensions cinétiques

Dans une dimension plus subjective de rapport à ses ressentis et en lien avec l'aspect cinétique de ces mouvements de contractions et relâchements périnéaux, c'est lorsque Renée peut les pratiquer d'une manière sensorielle qu'elle témoigne de deux aspects novateurs. Premièrement, elle constate une bonification du travail effectué avec, entre autre, plus de lenteur et de fluidité, mais surtout témoigne ressentir, lors des contractions, une prise en considération plus importante et un territoire plus largement impliqué des éléments concernés par ces contractions périnéales.

Deuxièmement, dans sa manière de pratiquer les contractions, elle parle d'une « force » qui semble canaliser et réorganiser le travail effectué, le réaxer. Parle-t-elle de la force motrice employée pour mobiliser son périnée ? Fait-elle plutôt allusion à la force du mouvement interne qui donne l'impression de ressentir une propulsion en amont de la force motrice, et qui la soutient ? Elle ne peut préciser les critères de cette « force » qu'au travers d'une métaphore correspondant à l'image d'une « grande vague, qui monte et qui couvre le sable ». De mon point de vue, cette métaphore de grande vague évoquerait plutôt une force autonome à sa propre volonté plutôt qu'une force motrice.

3) Leurs effets

3a) La chaleur

Il n'y pas de verbatim exprimé par Renée à cette séance qui concerne cette catégorie de classification de vécus.

3b) La globalité

La dimension de globalité dans la pratique des exercices périnéaux est exprimée par Renée sous forme d'un gain, dans le sens où lorsqu'elle pratique les contractions, l'exercice prend en considération plus d'éléments, et dans un contexte plus large.

3c) La détente psychique en relation avec le bien-être

Il n'y pas de verbatim exprimé par Renée à cette séance qui concerne cette catégorie de classification de vécus.

Renée ressent plus de lenteur, de fluidité et de globalité. Elle parle d'une « force » qui semble canaliser et réorganiser le travail de contraction et relâchement des muscles périnéaux.

III. VECUS CORPORELS, PRISES DE CONSCIENCE ET ENRICHISSEMENT IDENTITAIRE

A) Concernant la sexualité, la féminité, l'intimité

Il n'y pas de verbatim exprimé par Renée à cette séance qui concerne cette catégorie de classification de vécus.

B) Concernant le rapport à son corps et à ses vécus psycho-émotionnels

1) Prises de conscience concernant le rapport à son corps

- Prise de conscience d'un changement d'état tonique périnéal relié à un ressenti de bien-être

Lors du bilan intermédiaire pendant le soin de thérapie manuelle, Renée témoigne d'une prise de conscience concernant le rapport à son corps. C'est lorsqu'elle fait le bilan de ses ressentis entre le côté droit et le côté gauche de son petit bassin qu'elle témoigne percevoir plus de souplesse au niveau de la région périnéale traitée. Il est intéressant de noter qu'elle associe cette prise de conscience d'un changement d'état de tension de son petit bassin à un sentiment de bien-être, puisqu'elle témoigne se sentir à l'aise. C'est parce qu'elle sent un gain de détente physique qu'elle fait le lien avec une dimension psycho-affective de rapport à son corps.

- Prise de conscience de son rapport au corps morcelé

En toute fin de séance, après avoir commenté les effets dans son corps de la présence de chaleur et sa manière de pratiquer les différentes contractions périnéales, Renée témoigne d'une prise de conscience du rapport à son corps morcelé. C'est au moment où je lui conseille de s'entraîner chez elle, que Renée exprime le désir de commencer à voir son corps d'une manière globale et non plus fragmenté. Il est intéressant de noter la manière dont Renée verbalise son désir. La forme d'expression s'apparente davantage à une prise de décision semblant inaugurer un début de changement dans sa manière d'être en relation avec son corps. Par contre, le lien avec le contexte de verbalisation précédant cette phrase n'est pas clairement établi.

2) Les émotions

2a) L'étonnement

Renée exprime un sentiment d'étonnement lorsqu'elle témoigne vivre un ressenti nouveau de mouvement au sein de son corps, qu'elle perçoit comme « bizarre ». Ainsi, Renée met en évidence le caractère surprenant et inédit d'une telle perception pendant la séance de thérapie manuelle.

2b) Le rire

J'ai pu relever dans son verbatim que Renée ponctue par un rire l'expression de ses ressentis corporels à deux moments précis. À un moment, elle constate pendant le soin de thérapie manuelle que suite au travail effectué, elle perçoit l'hémi-périnée - initialement plus tendu - comme plus détendu que l'autre côté. De fait, le constat de ressentir le côté initialement moins tendu comme plus tendu en comparaison, semble provoquer un décalage dans la cohérence de ses repères, ce qui certainement la surprend ! De plus, le fait que la zone perçue par Renée comme tendue lors du bilan de départ soit perçue modifiée (plus détendue), et ceci indépendamment de sa volonté, puisque que cet événement se déroule pendant la phase de thérapie manuelle proprement dite et donc que Renée n'agit pas directement sur le phénomène de tension perçue initialement, peut également participer au décalage dans la cohérence de ses repères. Ainsi, le caractère inattendu et insolite de cette émergence perceptive peut-être à l'origine d'une réaction émotionnelle de rire. À un deuxième moment, dans la phase post-immédiateté, lorsque je lui demande si la séance semble avoir eu un effet sur l'ensemble de son corps, elle répond qu'elle peut se décontracter, et ponctue son témoignage par un rire, ce qui semble là encore témoigner qu'elle est touchée, peut-être même joyeuse de ce constat ou de son ressenti.

Renée exprime de l'étonnement lorsqu'elle perçoit un mouvement inédit dans son corps.

Renée exprime le rire contemporanément à des vécus perceptifs en rapport avec une modification de l'état tonique de son corps.

C) **Concernant les manières d'être dans sa vie**

- Prise de conscience d'une manière de se comporter jugeante vis-à-vis d'elle-même

Après l'entretien de début de séance, où Renée témoigne avoir oublié de faire les exercices préconisés lors de la séance précédente, c'est au moment où elle s'allonge sur la table, qu'elle se dit qu'elle aurait dû faire les exercices. Plusieurs questions et hypothèses concernant Renée dans son rapport à son corps et à elle-même peuvent émerger. Quel cheminement

intérieur amène Renée à exprimer une telle phrase? Son témoignage représente-t-il un début de prise de conscience concernant une demande de changement d'attitude? Le fait de s'allonger sur la table lui remémore-t-il l'importance et l'intérêt de s'entraîner à pratiquer ses exercices ? Est-ce une demande de nouvelle gestion de son rapport à son corps et à elle-même qui émerge ? Même si la tonalité de cette phrase (semblant quelque peu jugeante voire culpabilisante vis-à-vis d'elle-même) peut correspondre à une situation où Renée se sent « tiraillée », ce moment pourrait représenter une tension constructive. Selon la façon dont on l'appréhende, cette réflexion pourrait porter en elle une ouverture, une voie de passage possible pour la gestion de sa problématique qui est celle de pratiquer davantage ses exercices.

Son attitude jugeante sur ses pensées et son comportement, créant une confrontation, est également exprimée en fin de séance, lorsque Renée témoigne d'une situation quotidienne lorsqu'elle rentre chez elle le soir après une journée de travail. Elle est tiraillée entre le fait d'écouter ses besoins profonds de repos lorsqu'elle est fatiguée et de poser un acte en conséquence, et les représentations négatives qu'elle possède concernant le fait de se reposer. Elle semble dans son propos regretter de ne pas suffisamment prendre en compte ses besoins et ne pas s'autoriser à les valider alors qu'elle en a conscience, ou qu'elle commence à en prendre conscience. Renée témoigne d'une manière très personnelle d'être en rapport avec elle-même, en se débattant dans ses contradictions peut-être exacerbées du fait de nouvelles façons de percevoir son corps.

Renée prend conscience d'une manière de se comporter jugeante vis-à-vis d'elle-même, pouvant refléter une demande de nouvelle gestion de son rapport à son corps et à elle-même.

