

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

DÉCRIRE ET EXPLICITER LES COMPÉTENCES DE LA DANSE-THÉRAPEUTE :
UNE ÉTUDE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LAURA DEMAY

JUIN 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Ce document est le fruit d'un long, exigeant et enrichissant travail et représente également la fin de mon parcours doctoral en psychologie. Je souhaite ici prendre le temps de remercier les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cette thèse.

Je tiens, en premier lieu, à remercier chaleureusement mes deux directrices de thèse, Florence Vinit, professeure au département de psychologie et Nicole Harbonnier, professeure au département de danse. Vous m'avez soutenue et nourrie intellectuellement et humainement durant toutes les étapes de ma thèse et je vous en suis profondément reconnaissante. Merci d'avoir cru en moi, en ce projet, et de m'avoir co-supervisée avec autant de constance, de passion, de bienveillance et d'écoute.

Mes remerciements vont également aux membres de mon jury Pierre Plante et Sophie Gilbert, professeurs au département de psychologie de l'UQAM et Tetiana Lazuk, danse-thérapeute et chercheure à la faculté des arts et sciences de Concordia, qui ont accepté de lire mon travail et de l'évaluer.

J'adresse mes sincères remerciements à Amanda, Bianca, Christina et Diane, les quatre danse-thérapeutes rencontrées dans le cadre de cette thèse. Vos prénoms ont été modifiés, mais vous vous reconnaissez certainement. Merci pour vos généreux témoignages, riches de sens. Votre regard sur votre pratique m'a rappelé l'importance de m'ouvrir au mouvement qui est en moi.

Merci aussi à l'Association canadienne de danse-thérapie pour ses ressources d'informations sur la thérapie par la danse et le mouvement ainsi que ses offres d'activités éducatives auxquelles j'ai pu participer en début de parcours.

Je remercie mes collègues de l'université, de stages et de travail qui m'ont touchée, inspirée et m'ont appuyée au fil de mes études.

J'adresse aussi ma gratitude aux professeurs en psychologie et en danse que j'ai croisés durant mon parcours et qui m'ont partagé et transmis leur savoir ainsi que leur passion. Je tiens à remercier particulièrement la professeure Raphaële Noël qui a fait naître, lorsque j'étais étudiante au

baccalauréat, mon intérêt pour la clinique infantile, une pratique remplie d'imaginaire, de corps qui bougent et de symbolique. Je remercie également la professeure Irène Krymko-Bleton qui m'a introduit au merveilleux monde de la clinique périnatale, lieu où la dimension de la corporéité s'insère au cœur des rencontres. De plus, j'aimerais saluer Chantale Desgroseilliers, professeure de danse et amie, dont la passion contagieuse pour la technique Limòn et la qualité d'enseignement hors pair ont nourri et grandement inspiré la danseuse en moi.

J'exprime ma gratitude à mes superviseuses et mentors cliniques, Marie-Hélène Veilleux, Amélie Benoit, Marie-Alexia Allard et Jessica Lara-Carrasco. Je porte et garde précieusement en moi vos enseignements théoriques et cliniques qui me servent d'ancrage dans ma pratique clinique.

Un grand merci également aux patients que j'ai accompagnés en psychothérapie qui m'ont beaucoup appris.

Je tiens aussi à remercier Johane Doyon, amie de ma famille et professeure en technique d'éducation spécialisée au Cégep de l'Outaouais, qui m'a introduite à l'art-thérapie en m'invitant à une exposition d'œuvre à l'organisme les *Impatients*. J'étais adolescente à l'époque, mais je me souviens encore de l'œuvre d'un des exposants qui m'avait profondément touchée et montré comment l'art pouvait exprimer, avec puissance, les peines et les souffrances. Une semence a été plantée ce jour-là.

Un grand merci à mes chères amies, Pascale-Audrey, Karine, Florence et Isabelle. Chacune à votre façon, vous m'avez encouragée, écoutée et motivée. Merci pour les moments de légèreté et de partage qui ont fait toute la différence et permis de continuer. Mélissa, Serge et Suzanne, merci beaucoup pour votre belle présence, votre gentillesse et votre générosité durant toutes ces années.

Je remercie également ma psychologue Pascale M. Lehoux qui m'a accompagnée durant les périodes plus difficiles et éprouvantes de ce parcours.

Je désire exprimer ma sincère gratitude à Jici Lord-Gauthier qui m'a soutenue et accompagnée durant cette longue odyssée doctorale. L'aventure aurait été beaucoup plus ardue, vraiment moins amusante et inspirante sans ta présence à mes côtés. Je te remercie profondément pour toute l'aide,

l'écoute et le support sous toutes ses formes que tu m'as offerts. Je t'en serai toujours reconnaissante.

Un grand merci à ma famille pour son amour, ses encouragements, ses précieux conseils et son indéfectible soutien. Je remercie particulièrement mon frère Daniel et mon père qui, par leur écoute et leur regard bienveillant, ont toujours su m'inspirer la confiance nécessaire à la réalisation des différentes étapes de ce projet. Merci à mes parents qui m'ont éveillée à la culture et aux arts et qui, par leur curiosité et leur grande sensibilité humaine, ont joué un rôle central dans le développement de ma propre sensibilité clinique et artistique.

À toutes les personnes qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette thèse et au développement de la professionnelle que je suis aujourd'hui, je vous remercie.

En terminant, j'aimerais saluer et remercier le professeur et regretté Bernd Jager. Lier la psychologie au monde des arts et des humanités était central dans la pensée de M. Jager. Ce sont ses enseignements qui ont redonné un sens à mes études en psychologie.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	II
LISTE DES FIGURES	X
LISTE DES TABLEAUX.....	XI
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	XII
RÉSUMÉ.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 REVUE DE LITTÉRATURE ET QUESTION DE RECHERCHE	12
1.1 REVUE DE LITTÉRATURE.....	12
1.1.1 <i>Données probantes</i>	<i>12</i>
1.1.2 <i>Définition de la TDM, son application et ses visées thérapeutiques.....</i>	<i>14</i>
1.1.3 <i>Principes thérapeutiques relationnels de la TDM.....</i>	<i>19</i>
1.1.4 <i>La TDM et la diversité des méthodes de travail corporel.....</i>	<i>23</i>
1.1.5 <i>La définition de la compétence.....</i>	<i>26</i>
1.2 QUESTION DE RECHERCHE	28
1.3 OBJECTIF DE RECHERCHE.....	30
1.3.1 <i>Objectifs spécifiques de recherche</i>	<i>30</i>
CHAPITRE 2 CADRE CONCEPTUEL.....	31
2.1 LA DANSE, UNE PRATIQUE UNIVERSELLE ET ATEMPORELLE	31
2.2 LES ORIGINES ARTISTIQUES ET THÉORIQUES DE LA TDM.....	33
2.3 LA TDM ET LA FORMATION PROFESSIONNELLE	45
2.4 LA QUESTION DU CORPS.....	46
2.4.1 <i>Distanciation de la pensée scientifique et de la pensée cartésienne</i>	<i>47</i>
2.4.2 <i>Le corps vécu selon la pensée de Merleau-Ponty.....</i>	<i>48</i>
2.4.2.1 <i>L'enracinement de l'existence dans l'espace</i>	<i>50</i>
2.4.3 <i>L'édification du corps.....</i>	<i>53</i>
2.4.4 <i>Le corps relationnel, un espace potentiel.....</i>	<i>56</i>
2.5 CONSIDÉRATIONS TERMINOLOGIQUES.....	63
CHAPITRE 3 MÉTHODE DE RECHERCHE	66

3.1	MÉTHODE DE RECHERCHE QUALITATIVE	67
3.2	PARADIGME CONSTRUCTIVISTE	68
3.3	POSTURE THÉORIQUE PHÉNOMÉNOLOGIQUE INTERPRÉTATIVE	69
3.3.1	<i>L'attitude phénoménologique de la chercheuse</i>	71
3.4	QUELQUES ÉLÉMENTS DE NOTRE RÉCIT ET MISE EN LUMIÈRE DE NOS PRÉSUPPOSÉS ET DE NOS RÉFÉRENCES EXPÉRIENTIELS.....	71
3.5	PROCÉDURES ET DÉROULEMENT DE LA PRODUCTION DE DONNÉES	75
3.5.1	<i>Processus d'échantillonnage</i>	75
3.5.2	<i>Recrutement des participantes</i>	77
3.5.3	<i>Déroulement des entretiens</i>	79
3.5.3.1	Première rencontre : l'entretien semi-dirigé	80
3.5.3.2	Deuxième et troisième rencontre : l'entretien d'explicitation.....	81
3.5.3.3	Modalités, structure et durée des entretiens	87
3.5.3.4	Entretien spontané et informel : retour des participantes sur le processus d'entrevue	89
3.6	MÉTHODE D'ANALYSE DES DONNÉES	90
3.6.1	<i>L'analyse phénoménologique interprétative (IPA)</i>	90
3.6.2	<i>La procédure détaillée de la méthode d'analyse IPA</i>	91
3.7	RIGUEUR MÉTHODOLOGIQUE ET ÉTHIQUE	95
3.7.1	<i>Critères de scientificité</i>	95
3.7.2	<i>Considérations éthiques</i>	97
CHAPITRE 4 RÉSULTATS		101
4.1	PRÉAMBULE : PRÉSENTATION DES PARTICIPANTES	102
4.1.1	<i>Présentation d'Amanda</i>	102
4.1.2	<i>Présentation de Bianca</i>	103
4.1.3	<i>Présentation de Christina</i>	103
4.1.4	<i>Présentation de Diane</i>	104
4.2	PRÉSENTATION DU DÉROULÉ TEMPOREL D'UNE SÉANCE DE THÉRAPIE PAR LA DANSE ET LE MOUVEMENT POUR CHACUNE DES PARTICIPANTES.....	105
4.2.1	<i>Amanda</i>	105
4.2.2	<i>Bianca</i>	107
4.2.3	<i>Christina</i>	110
4.2.4	<i>Diane</i>	112
4.3	ANALYSES INDIVIDUELLES DES COMPÉTENCES MISES EN ŒUVRE PAR LES DANSE-THERAPEUTES DANS UNE SÉANCE DE DANSE-THERAPIE	114
4.3.1	<i>Amanda</i>	114

4.3.1.1	Les compétences relationnelles et éthiques chez Amanda.....	114
4.3.1.1.1	Définir son cadre déontologique et éthique.....	115
4.3.1.1.2	Instaurer un climat relationnel de confiance et de dialogue.....	115
4.3.1.1.3	Assurer un travail simultané d’ancrage, de présence et d’ouverture à soi et à l’autre	117
4.3.1.1.4	Être garante de la mémoire et de la continuité des séances	118
4.3.1.2	Les compétences d’ajustement somatique chez Amanda	118
4.3.1.2.1	Écoute et résonance de sa propre expérience corporelle.....	118
4.3.1.2.2	Attention à l’expérience singulière et actuelle de l’autre.....	120
4.3.1.2.3	Lecture aiguisée du corps en mouvement et de son expressivité.....	120
4.3.1.2.4	Observation de l’interaction des corps et de l’impact de celle-ci sur l’expérience actuelle du client	121
4.3.1.2.5	Mobilisation d’un travail réflexif implicite et d’une compréhension clinique de l’expérience somatique.....	122
4.3.1.3	Les compétences liées à la démarche thérapeutique chez Amanda	123
4.3.1.3.1	Faciliter l’accès à un travail corporel	124
4.3.1.3.2	Soutenir une exploration de l’expérience émotionnelle par un approfondissement de l’expérience corporelle	125
4.3.1.3.3	Viser une intégration incarnée et durable du travail corporel.....	127
4.3.1.3.4	Maintenir la relation et une communication non verbale avec l’autre.....	127
4.3.1.4	Fondements axiologiques et théorico-cliniques de la danse-thérapeute	128
4.3.2	<i>Bianca</i>	132
4.3.2.1	Les compétences relationnelles et éthiques chez Bianca	132
4.3.2.1.1	Ajustement à l’expérience singulière et actuelle de l’autre.....	132
4.3.2.1.2	Ajustement à l’expérience temporelle de l’autre et du processus thérapeutique	134
4.3.2.2	Les compétences d’ajustement somatique chez Bianca.....	135
4.3.2.2.1	Écoute et analyse de son expérience de contre-transfert somatique	136
4.3.2.2.2	Incorporation et reflet empathique de l’état corporel de l’autre.....	137
4.3.2.2.3	Lecture aiguisée du corps dynamique et en mouvement.....	139
4.3.2.2.4	Mobilisation de connaissances théoriques, cliniques et expérientielles du corps.....	140
4.3.2.3	Les compétences liées à la démarche thérapeutique	142
4.3.2.3.1	Valoriser une exécution sentie et coordonnée du mouvement.....	143
4.3.2.3.2	Favoriser l’engagement du client dans l’espace en tant que rapport fondamental au monde.....	145
4.3.3	<i>Christina</i>	148
4.3.3.1	Les compétences relationnelles et éthiques chez Christina.....	148
4.3.3.1.1	Aménager un espace thérapeutique soutenant, confortable et sécuritaire.....	148
4.3.3.1.2	Présenter une posture neutre et non directive.....	149
4.3.3.1.3	Entretenir des interventions thérapeutiques contenantes, conditionnelles au maintien d’une hygiène de vie chez la danse-thérapeute	151
4.3.3.2	Les compétences d’ajustement somatique	153
4.3.3.2.1	Écoute et reflet de sa propre expérience corporelle de résonance émotionnelle.....	153

4.3.3.2.2	Attention et accordage sensible et nuancé à l'expérience singulière et actuelle de l'autre.....	154
4.3.3.2.3	Lecture aiguisée du corps en mouvement dans son rapport à l'espace.....	155
4.3.3.3	Les compétences liées à la démarche thérapeutique.....	157
4.3.3.3.1	Utilisation de modalités expressives propres à des cliniques spécifiques.....	158
4.3.3.3.2	Soutenir un investissement corporel et incarné de l'expérience actuelle.....	160
4.3.3.3.3	Viser un élargissement du répertoire émotionnel par un enrichissement du répertoire de mouvement ...	161
4.3.4	<i>Diane</i>	164
4.3.4.1	Les compétences relationnelles et éthiques chez Diane.....	164
4.3.4.1.1	Se porter garante des besoins de chaque individu, du groupe et du processus thérapeutique	165
4.3.4.1.2	Soutenir l'engagement corporel et relationnel au sein du groupe par l'exemple et le mouvement	167
4.3.4.1.3	Soutenir la régulation et l'expression du vécu de chacun par son propre engagement corporel	168
4.3.4.1.4	Se positionner en retrait du groupe au bénéfice d'une exploration et d'une évolution thérapeutique du mouvement	169
4.3.4.2	Les compétences d'ajustement somatique chez Diane	170
4.3.4.2.1	Accueil et résonance de sa propre expérience corporelle	170
4.3.4.2.2	Attention sensible à l'expérience singulière et actuelle de l'ensemble des individus.....	172
4.3.4.2.3	Observation et écoute des besoins de variations du mouvement	173
4.3.4.2.4	Ajustement de son positionnement spatial en fonction de celui des individus et de leur engagement corporel et relationnel.....	174
4.3.4.3	Les compétences liées à la démarche thérapeutique	175
4.3.4.3.1	Maintenir un espace thérapeutique contenant	175
4.3.4.3.2	Soutenir une ouverture à l'autre et à l'espace par un éveil sensoriel du corps	177
4.3.4.3.3	Favoriser une synchronisation rythmique des mouvements au sein du groupe	179
4.3.4.3.4	Soutenir une exploration symbolique et expressive du geste.....	180
4.3.4.3.5	Ancrer ses interventions dans une tradition populaire de la danse	181
4.4	ANALYSE TRANSVERSALE DES COMPÉTENCES MISES EN ŒUVRE PAR LES DANSE-THÉRAPEUTES DANS UNE SÉANCE DE DANSE-THÉRAPIE.....	184
4.4.1	<i>Le domaine des compétences relationnelles et éthiques</i>	186
4.4.2	<i>Le domaine des compétences d'ajustement somatique</i>	188
4.4.3	<i>Le domaine des compétences liées à la démarche thérapeutique</i>	190
4.4.4	<i>Conclusion sur l'analyse transversale</i>	192
CHAPITRE 5 DISCUSSION		195
5.1	INTÉGRATION CONCEPTUELLE DES RÉSULTATS ET DE LA THÉORIE SELON LES CINQ THÈMES TRANSVERSAUX RECUEILLIS	198
5.1.1	<i>Introduction</i>	198
5.1.1.1	Client ou patient? Position terminologique de la chercheure.....	199
5.1.2	<i>Une expérience du sensible en première personne</i>	200

5.1.3	<i>Une posture d'écoute fondamentalement ouverte à l'autre</i>	203
5.1.4	<i>Une résonance réflexive</i>	214
5.1.5	<i>La dimension somatique de l'expérience perçue comme fondatrice de la thérapie</i>	218
5.1.6	<i>La démarche thérapeutique de la danse-thérapeute : une approche holistique</i>	225
5.2	BILAN DE LA PRÉSENTE RECHERCHE	228
5.2.1	<i>Un rappel du champ d'étude dans lequel s'inscrit cette thèse</i>	228
5.2.2	<i>Retombées de cette recherche</i>	229
5.2.2.1	Apport de la thèse à la profession de danse-thérapeute	230
5.2.2.2	Apport de la thèse à la profession de psychothérapeute, de psychologue et aux autres professionnels en contexte de relation d'aide ou de soins.....	231
5.2.3	<i>Limites de la recherche</i>	235
5.2.4	<i>Pistes de réflexion pour des recherches ultérieures</i>	237
	CONCLUSION	239
	ANNEXE A CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	245
	ANNEXE B MESSAGE DE RECRUTEMENT – VERSION FRANCOPHONE	247
	ANNEXE C MESSAGE DE RECRUTEMENT – VERSION ANGLOPHONE	250
	ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – VERSION ANGLOPHONE	253
	ANNEXE E QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE – VERSION ANGLOPHONE	257
	ANNEXE F GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – VERSION ANGLOPHONE	260
	ANNEXE G GUIDE D'ENTRETIEN D'EXPLICITATION – VERSION ANGLOPHONE	263
	ANNEXE H NOTES RÉFLEXIVES POST-ENTRETIEN	268
	RÉFÉRENCES	270

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1 Figure illustrant une vue d'ensemble du cadre d'analyse de Laban	38
Figure 4.1 Figure illustrant les compétences transversales relevées dans le travail des danse-thérapeutes.....	185

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Grille de lecture de l'analyse du mouvement selon Laban	39
Tableau 4.1 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Amanda	131
Tableau 4.2 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Bianca	147
Tableau 4.3 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Christina	163
Tableau 4.4 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Diane...183	

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ATDMC	Association de thérapie par la danse et le mouvement au Canada
ADTA	<i>American Dance Therapy Association</i>
LMA	<i>Laban movement analysis</i>
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
TDM	Thérapie par la danse et le mouvement

RÉSUMÉ

La thérapie par la danse et le mouvement (TDM) est une pratique thérapeutique émergente dans le domaine de la santé psychologique et physique. Elle s'inscrit dans le champ des pratiques de soins à médiation corporelle, en plus de rejoindre celles de la thérapie par les arts et de la psychothérapie. La TDM est une méthode psychothérapeutique qui utilise les éléments de la danse (la conscience du corps, le rythme, le temps, l'espace, le geste, la posture) comme cadre de travail thérapeutique (ATDMC, s.d.-a). Grand nombre des études sur la TDM démontrent les effets bénéfiques de cette pratique, mais peu de ces écrits décrivent ce qui est fait par la danse-thérapeute pour soutenir ce processus psychothérapeutique. La rigueur des méthodologies sur la TDM varie également et beaucoup d'études qualitatives se limitent à des illustrations cliniques. Notre étude apporte ainsi un nouvel éclairage sur la TDM en explicitant l'expérience vécue de quatre danse-thérapeutes certifiées et ayant plus de cinq années d'expérience professionnelle. La conduite méthodologique de cette recherche présente une démarche qualitative s'inscrivant dans une approche phénoménologique et interprétative. À partir de deux méthodes d'entretien, soit l'entretien semi-dirigé et l'entretien d'explicitation, trois entretiens individuels ont été réalisés avec chacune des danse-thérapeutes. Suivant la méthode d'analyse phénoménologique interprétative (Smith et Osborn, 2008), l'analyse permet de dégager dix compétences transversales communes au travail des danse-thérapeutes, regroupées selon trois domaines : (a) les compétences relationnelles et éthiques (b) les compétences d'ajustement somatique et (c) les compétences liées à la démarche thérapeutique. L'analyse démontre également en quoi la compétence centrale des danse-thérapeutes repose sur une capacité de résonance et d'accordage sensible des corporalités. Ces résultats permettent d'approfondir la compréhension de l'expertise de la danse-thérapeute, ce qui peut soutenir la formation, la supervision et la construction de l'identité professionnelle des danse-thérapeutes. Ils invitent également à réfléchir à la portée clinique, pratique et théorique de cette expertise pour la psychothérapie, la psychologie et la santé.

Mots clés : thérapie par la danse et le mouvement, phénoménologie, corps, entretien d'explicitation, psychothérapie, compétence professionnelle

ABSTRACT

Dance movement therapy (DMT) is an emerging therapeutic practice in the professional world of psychological and physical health. It falls within the field of body-mediated care practices, and connects with those of art therapy and psychotherapy. DMT is a psychotherapeutic method that uses the elements of dance (body awareness, rhythm, time, space, gesture, posture) as a therapeutic framework (DMTAC, s.d.-a). Many of the studies on DMT demonstrate the beneficial effects of this practice, but few of these writings describe what is done by the dance therapist to support this psychotherapeutic process. The quality of the methodologies also varies, and many qualitative studies are limited to clinical illustrations. Our study sheds new light on DMT by documenting the lived experience of four certified dance therapists with over five years of professional experience. The present research is based on a qualitative research methodology and presents a phenomenological and interpretative theoretical approach. Using two interview methods, the semi-structured interview and the explanatory interview, three individual interviews were conducted with each dance therapist. Following the method of interpretative phenomenological analysis (Smith and Osborn, 2008), the analysis identified ten transversal competencies common to the work of the dance therapists, organized according to three domains: (a) relational and ethical competencies, (b) somatic adjustment competencies, and (c) competencies related to the therapeutic process. The analysis also demonstrates that the core competency of dance therapists lies in their ability to resonate and sensitively attune to the lived bodies. These findings provide a deeper understanding of dance therapists' expertise, which can support training, supervision, and the construction of dance therapists' professional identity. They also invite reflection on the clinical, practical, and theoretical significance of this expertise for psychotherapy, psychology, and healthcare.

Keywords : dance and movement therapy, phenomenology, body, explicitation interview, psychotherapy, professional competence

INTRODUCTION

*Movement is the medium in which we live our lives.*¹

(Chace,²Johnson et Wooten, 1961, p. 30)

Le mouvement est le premier langage du corps, « notre langue maternelle », affirme Maxine Sheets-Johnstone (2015), philosophe américaine influente de la phénoménologie de la danse. Le nouveau-né ne vient pas au monde dans l'immobilité, mais vient au monde dans le mouvement, explique-t-elle. Dès ses premiers instants de vie, c'est par l'expérience du mouvement que le nourrisson joue avec son corps et le découvre. L'enfant qui, spontanément, donne un coup de pied sur le coussin ou instinctivement tente d'attraper le jouet posé au loin, se découvre, découvre son propre corps et ses possibilités dans le cours du mouvement, voire même du geste. (Simms, 2008). Le mouvement confirme ainsi le fait que le corps est une possibilité d'action et une manière de s'orienter vers le monde (Simms, 2008). Dans sa rencontre avec le monde, le nourrisson apprend comment explorer ses sens et ses gestes (Simms, 2008). Ainsi, l'intégration du corps du nourrisson comme vecteur de relation et de sensation s'inscrit d'abord par l'expérience de celui-ci en mouvement, ouvert à ce qui lui est présent et affecté par celui-ci. Le nouveau-né explore naturellement son monde, ressent et observe ses expériences, joue avec celles-ci, depuis un corps dynamique perpétuellement en relation (Winnicott, 1971).

Nous soutiendrons dans cette thèse que l'être humain est un être de corps, d'affects et de langage. Plus précisément, nous verrons comment la thérapie par la danse et le mouvement (TDM) se veut

¹ « Le mouvement est le véhicule par lequel nous vivons nos vies. » [Notre traduction] Citation de John Martin (1893-1985), premier critique de la danse moderne aux États-Unis, formulée dans l'article *Our real lives are lived in rhythm and movement* par Chace, Johnson et Wooten (*Journal of Health, Physical, Recreation*, 1961, pages 30-56).

² Marian Chace (1896-1970), pionnière de la thérapie par la danse et le mouvement aux États-Unis.

une rencontre intersubjective entre la³ danse-thérapeute et son patient, une rencontre à la fois sensible et motrice, où se déploie notre existence par un jeu de corps reliés à l'autre, à l'espace et au temps (Lesage, 2008). Cette rencontre entre deux corps en séance thérapeutique dévoile par le fait même un processus créateur, porteur de sens et de nouvelles manières d'être-au-monde (Meekums, 2002). Nous tenterons ici de décrire et de mieux comprendre cet acte acteur en contexte psychothérapeutique, d'après la perspective de la danse-thérapeute à l'œuvre.

Problématique de recherche

La TDM, pratique thérapeutique émergente dans le monde professionnel de la santé physique et psychologique, s'inscrit dans le champ des pratiques thérapeutiques à médiation corporelles, en plus de rejoindre celles de la thérapie par les arts et de la psychothérapie. Elle intègre des connaissances issues « des approches psychothérapeutiques, de la psychologie, du mouvement sensorimoteur et développemental, de l'analyse du mouvement et des neurosciences » (Association de la thérapie par la danse et le mouvement au Canada (ATDMC), s.d.-a), ainsi que « des éléments de la danse (conscience corporelle, rythme, temps, espace, geste, posture dynamique) » (ATDMC, s.d.-a). L'approche de la TDM recoupe ces différentes disciplines et utilise de façon privilégiée l'exploration et l'expression du corps en mouvement, au cœur de sa pratique (ATDMC, s.-d.-a).

Par une reconnaissance accrue des bienfaits de l'art et de la culture dans le mieux-être de l'individu et des collectivités, il se développe au Québec de nombreuses initiatives de terrain insérant l'art en milieu de soins, dans les milieux de vie et en milieu communautaire. Le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSSS, 2020) rapporte l'émergence de nombreuses initiatives alliant la santé et la culture dans le réseau de la santé et les services sociaux. Prenons en exemple l'initiative du ministère de la Culture et des Communications du Québec et du Centre hospitalier de l'Université de Montréal ayant travaillé conjointement à l'élaboration d'un *guide pratique pour*

³ L'utilisation du genre féminin permet de rendre compte de la plus grande représentativité des femmes dans la communauté canadienne de danse-thérapie. Ceci dit, il est utilisé sans discrimination et dans le but d'alléger le texte.

appuyer la mise en œuvre d'initiatives artistiques et culturelles en milieu de soins et de services sociaux (MCC et CHUM, 2012). Ce guide répertorie, entre autres, sept initiatives de terrain ayant fait place à l'art et à la culture en milieux de soins de santé. Ces initiatives culturelles incluent entre autres les champs artistiques de la musique, de la danse, de la littérature, du cinéma, de la peinture et l'accès à des expositions d'œuvres. Selon le MSSS (2020), deux approches se distinguent de ces initiatives, à savoir des activités culturelles et artistiques s'inscrivant dans une approche thérapeutique, et des activités culturelles et artistiques visant une humanisation des soins et des milieux de vie. Nous notons en effet l'émergence de différentes pratiques artistiques et soignantes, avec des visées préventives, éducatives, thérapeutiques, présentant des retombées positives (Chaire de recherche UQAM pour le développement des pratiques innovantes en art, culture et mieux-être, 2019).

La TDM fait partie de ces pratiques novatrices. Effectivement, depuis plus d'un demi-siècle, « l'utilisation du mouvement humain à des fins éducatives et thérapeutiques a conquis progressivement de nombreux adeptes » (Le Camus, 1984, p. 7). Plus précisément, il semble y avoir un intérêt important dans la communauté internationale pour la pratique de la TDM. Aux États-Unis, depuis la fondation de l'*American Dance Therapy Association* (ADTA) en 1966, la TDM a réussi à s'intégrer au sein de cliniques psychiatriques et est devenu un domaine d'étude offert dans plusieurs universités américaines (Geuter, 2015). En 2004, à Hannover en Allemagne, 22 chercheurs en provenance de dix pays différents présentent leurs projets de recherche au premier Colloque international sur la recherche en TDM (Koch et Bräuninger, 2005). Cette initiative est répétée l'année suivante en coopération avec la *German Society for Dance Research* à Pforzheim en Allemagne (Koch et Bräuninger, 2006; Koch, 2006). Trente-neuf chercheurs de 14 pays différents y ont présenté leurs travaux de recherche sur la TDM. Des données empiriques sur l'efficacité thérapeutique de la pratique ont été présentées ainsi que des aspects théoriques et méthodologiques de cette pratique. À plus petite échelle, au Canada, l'engouement y est tout aussi important. Par l'ouverture du Centre national de danse-thérapie aux Grands Ballets Canadiens en 2013, par l'implantation d'études pilotes dans des milieux de soins en partenariat avec des universités au Québec et en Ontario (<https://grandsballets.com/fr/centre-national-de-danse-therapie/partenariats>), par l'implication éducative et scientifique de l'Association de thérapie par la danse et le mouvement du Canada (ATDMC) et de certains membres de l'*American Dance-*

Therapy Association (ADTA), et l'intérêt partagé par de nombreux professionnels de diverses disciplines, force est de constater que la volonté d'étudier la profession de danse-thérapeute et d'investir la question du lien entre la danse et la santé répond à un besoin manifeste.

Par une pratique artistique, l'homme cherche à faire apparaître quelque chose de son monde, et ce, par un travail saisissant d'ouverture, d'affranchissement et de créativité. L'homme fait œuvre de création sublimant les mouvements de son monde interne en un symbole, une esthétique, une image, une mélodie. « [...] L'art préside à notre éducation sentimentale en chantant les maux qu'il évoque » dit joliment le phénoménologue et herméneute Paul Ricoeur (1957, p. 6). Martha Graham (1992), danseuse et chorégraphe américaine influente du courant de la danse moderne au XX^e siècle, affirme que la danse a toujours su remplir sa fonction « [symbolisante] de l'accomplissement de la vie » (p. 9). Poétiquement, similaire à la musique, aux arts visuels, au théâtre et à l'écriture, la danse est un art qui permet à l'homme de voyager et de mettre en forme ses souvenirs, ses habitudes, ses craintes, ses joies et ses désirs. L'exploration de ces chemins intérieurs peut donner à voir, à sentir, à vivre, un large éventail d'expériences sentimentales et existentielles.

Ensemble de « [m]ouvements volontaires, harmonieux, rythmés, ayant leur fin en eux-mêmes » (Prudhommeau, 1986, p. 8), la danse implique l'humain dans toute sa capacité motrice et son expressivité gestuelle. Elle est une pratique expressive pouvant offrir à l'humain le plaisir de bouger, de se sentir exister, d'éprouver sa capacité et sa liberté motrice et d'en jouir. À travers le temps et les cultures, la danse a rempli différentes fonctions. Elle fut pratiquée à des fins de guérisons et de communications spirituelles, à des fins d'expressions artistiques et spectaculaires, à des fins thérapeutiques et cathartiques, à des fins de divertissement, etc. (Prudhommeau, 1986). Aujourd'hui, dans les milieux de soins hospitaliers et de la santé en général, la danse est parfois utilisée telle une discipline artistique favorisant le bien-être, la santé et humanisant les milieux hospitaliers et les interventions de soins (Goodill, 2016). La TDM, plus spécifiquement, a recours à la danse et au mouvement notamment pour sa fonction thérapeutique. Les notions de performance et de maîtrise de la technique sont alors mises de côté, laissant place au processus de créativité, à l'improvisation et à l'expression libre et spontanée des mouvements.

Dans la même lignée que la phénoménologie, la TDM est une approche thérapeutique qui refuse la dichotomie séparant le corps et la pensée. Elle conçoit le corps et la psyché comme une entité.

Elle propose un échange animé et influent entre le mouvement, l'éprouvé corporel, émotionnel et la communication verbale. Le dialogue entre ces éléments devient le vecteur des changements au sein du processus thérapeutique. Insérée dans un cadre thérapeutique, la TDM propose une intervention créative et dynamique qui tend vers le déploiement créatif de l'individu et vers l'intégration de son bien-être personnel (ADTA, 2020a ; ATDMC, s.d.-a ; DTAA, 2022 ; EADMT, 2021).

Plus concrètement, chez des individus en souffrance, la possibilité d'expression verbale et non verbale est parfois limitée, inhibée, débordante. Lorsqu'ils sont envahis par une souffrance physique ou psychique, il leur est difficile de mettre des mots sur leurs émotions ou leurs sensations. Le langage a ainsi du mal à se dire, à se construire et la capacité à raconter les maux est coupée. « Les événements traumatiques sont presque impossibles à verbaliser », énonce le psychiatre et auteur américain Bessel van der Kolk (2018, p. 314). Dans de telles circonstances, le corps peut devenir malgré lui vecteur expressif du sujet, à la fois porte-parole et porteur de ce qui s'inscrit silencieusement à l'intérieur de l'être souffrant. Alors, celui-ci peut exprimer par son corps, par des gestes signifiants, par sa façon d'être-au-monde, une souffrance qui échoue à se dire autrement. « Dans ses façons de se tenir, de se mouvoir, quelque chose se dit du sujet, qui peut être déchiffré » (p. 67), nous dit Benoît Lesage (2012) médecin et danse-thérapeute français. En effet, dans l'exploration de l'expressivité de son corps, le sujet révèle un monde d'affects, d'images et de représentations (Lesage, 2012). En raison de sa capacité à mettre en jeu le geste selon des qualités et des modalités corporelles spécifiques (poids, espace, temps, énergie), le corps offre un mode d'expression qui est à la fois sensible, nuancé et porteur de sens.

Les paragraphes précédents introduisent la notion de la danse et de ses fonctions à travers l'histoire et présentent la définition de la TDM ainsi que l'intérêt grandissant par la communauté scientifique pour cette pratique. Bien que le champ d'études de la TDM soit encore en émergence, il existe à ce jour de plus en plus d'études scientifiques cherchant à prouver et à démontrer les effets et les fonctions bénéfiques de cette pratique (Goodill, 2016 ; Kotch et al., 2014). Parallèlement, nous notons qu'un grand nombre de ces études sont des études qualitatives et qu'elles se limitent à des descriptions qualitatives ou des études de cas rapportées par des professionnels du domaine (Kotch et al., 2014). Cette tendance à la description qualitative des effets thérapeutiques de la TDM (p. ex. réduction de la douleur physique, régulation de l'humeur et des émotions, amélioration des

habiletés relationnelles et de communication, etc.) est due, entre autres, à la nature même de la thérapie par les arts qui privilégie la créativité et la subjectivité comme manière d'aborder l'expérience humaine (Borowsky et Linesch, 1993). Au vu de ces constats, nous avons abordé la TDM non pas dans une intention de prouver l'efficacité de cette pratique mais de la décrire. Plus précisément, nous avons orienté notre regard sur ce qui est fait par la danse-thérapeute pour soutenir ce processus thérapeutique dans le but de préciser la démarche qu'elle met en œuvre quand le mouvement dansé est utilisé en tant qu'outil et objet thérapeutique.

Questions et objectifs de recherche qui ont guidé cette thèse

Pour réaliser ce projet de recherche, nous avons analysé les publications scientifiques portant sur le travail de la danse-thérapeute et de ce qui est mis en œuvre à l'intérieur même d'une séance de danse-thérapie. Nous avons également étudié les recherches décrivant les méthodes, les principes et les techniques enseignés dans la formation professionnelle de danse-thérapeute. Nous avons ainsi pu dégager dans un premier temps, les assises théoriques et pratiques liées à la TDM, ainsi que les différents contextes thérapeutiques dans lesquels se pratique cette profession. Ces lectures ont été comparées et discutées entre elles. Elles ont aussi permis de cerner des questions non explorées portant sur une meilleure compréhension du travail de la danse-thérapeute. Elles ont ainsi mené à l'élaboration de notre cadre théorique, de notre question de recherche ainsi qu'à nos objectifs de recherche. La revue systématique de la littérature nous amène à plusieurs questions restées jusqu'à maintenant sans réponse : Comment se déroule une séance de danse-thérapie ? Concrètement, qu'est-ce qui est fait et vécu durant une séance de danse-thérapie ? En interaction avec son patient, en quoi consistent les savoirs de la danse-thérapeute ? Où va l'attention de la danse-thérapeute en séance ? Comment les danse-thérapeutes intègrent-ils leur savoir théorico-clinique à même une séance thérapeutique ?

Nous nous sommes ainsi intéressés à décrire les différentes composantes qui sont mobilisées et mises en action par la danse-thérapeute au cours d'une séance de danse-thérapie. Nous avons valorisé également le point de vue de la danse-thérapeute, c'est-à-dire la manière dont elle vit son expérience au cours d'une séance de TDM et la partage. Dans cette perspective, notre recherche a

été guidée par la question suivante : comment une danse-thérapeute met-elle en œuvre ses compétences professionnelles dans un processus thérapeutique en danse-thérapie ? Cette question nous a amené à formuler les deux objectifs de recherche suivants : 1) décrire et documenter une séance de danse-thérapie du point de vue de la danse-thérapeute et 2) documenter les compétences mises en œuvre dans la relation de cette dernière avec son patient.

Méthode utilisée

Afin d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons élaboré une démarche de recherche qualitative. Nous avons recruté quatre danse-thérapeutes ayant plus de cinq années d'expérience professionnelle et avons réalisé trois entrevues individuelles avec chacune d'elles. Les données ont été recueillies à l'aide de deux méthodes d'entretien, soit l'entretien semi-dirigé et l'entretien d'explicitation. Nous avons choisi la technique d'explicitation puisqu'elle permet de décrire finement l'action réalisée et d'explicititer le sens donné à cette dimension de l'expérience. Au total, 12 entrevues ont été réalisées et retranscrites intégralement. Les entrevues ont ensuite été analysées à l'aide de la méthode d'analyse phénoménologique interprétative (IPA) telle que décrite par Smith et Osborn (2008).

Structure de la thèse

La thèse se compose de cinq chapitres.

Le premier chapitre situe et problématise le projet de recherche. Nous y présentons une revue de littérature de la TDM, de son application théorico-clinique et de ses visées thérapeutiques. L'état de la connaissance en TDM est d'abord abordé selon des données probantes. L'identité propre à la TDM en tant que méthode psychothérapeutique est également définie afin de la situer au sein des approches psychothérapeutiques centrées sur le corps. Nous tentons ensuite de définir la notion de compétence dans le champ de la psychothérapie. La question de recherche et les objectifs de

recherche spécifiques qui nous ont guidés dans l'exploration du vécu des danse-thérapeutes en exercice sont finalement présentés.

Le deuxième chapitre expose le cadre conceptuel de la thèse. Nous présentons d'abord une mise en contexte historique de la TDM avant d'aborder les notions du corps et d'espace d'après une perspective phénoménologique (Merleau-Ponty, 1945, 1964). Ces deux notions représentent les assises théoriques de l'étude. Une section est également consacrée à la question du corps selon une perspective psychanalytique étant donné l'influence de cette théorie dans le développement de la TDM et de notre allégeance de clinicienne à cette discipline. Nous ouvrons ensuite une réflexion sur la TDM d'après une perspective phénoménologique. Nous terminons ce chapitre en abordant quelques considérations terminologiques relatives aux notions de perception, de geste et de mouvement.

Le troisième chapitre aborde de manière détaillée la démarche méthodologique appliquée à l'étude. Nous présentons en premier lieu les fondements théoriques qui ont sous-tendu les choix méthodologiques effectués ainsi que l'héritage théorique et expérientiel dans lequel s'est inscrite la procédure de recherche. L'ensemble du déroulement de la collecte et de l'analyse des données est ensuite présenté. Le chapitre se termine en énumérant les critères de scientificité et les considérations éthiques relatives à ce projet d'étude.

Le quatrième chapitre est divisé en quatre sections distinctes et est consacré à la présentation des résultats de l'analyse des entrevues menées avec les danse-thérapeutes. En lien avec les objectifs de recherche définis ci-haut, nous donnons la parole aux danse-thérapeutes et décrivons les compétences qu'Amanda, Bianca, Christina et Diane mettent en œuvre dans leur travail. Nous concluons ce chapitre en présentant notre lecture transversale de ces données.

Le cinquième chapitre propose une discussion sur les résultats de recherche qui est mise en dialogue avec les études et les théories présentées précédemment. Nous soulignons aussi les limites de la thèse ainsi que les apports de cette recherche pour les domaines de la danse-thérapie, de la psychologie, de la psychothérapie et de la santé.

Enfin, en conclusion, nous rappelons les grandes étapes accomplies pour réaliser cette recherche et ouvrons sur quelques réflexions.

Avis au lecteur

Avant de poursuivre, nous attirons l'attention du lecteur sur quatre points.

D'abord, nous avons décidé de préserver la langue originale de la majorité des extraits de documents cités en anglais, étant donné la présence importante de la communauté anglophone dans le domaine de la TDM. Cela permet également de mieux rendre compte de la pensée des auteurs sans perdre ou transformer le sens du texte original. Une traduction libre de chaque extrait cité en anglais est insérée en note de bas de page.

Ceci étant dit, lorsque nous jugeons que présenter l'extrait en anglais trahirait la fluidité de la phrase, l'extrait a été traduit en français et inséré directement dans le texte. Le cas échéant, l'extrait original est présenté en note de bas de page.

De plus, certains termes utilisés dans la littérature anglophone sur la thérapie par la danse et le mouvement posent des difficultés particulières de traduction. Si nous procédons à une traduction littérale de ces termes, cette traduction ne nous semble pas acceptable étant donné la perte ou la réduction de sens du mot en anglais. Afin de rendre compte du même vouloir-dire que les mots originaux et d'éviter une confusion sémantique dans cette thèse, nous présentons notre propre traduction de ces termes spécifiques et proposons des équivalences en français.

Check-in Moment d'accueil

Core Centre du corps

Echoing Reflet en écho

Effort Dynamique

Embodiment Intégration corporelle

Mirroring Reflet corporel

Perceived experience Expérience sentie

Processing Élaboration

Le terme *Embodiment* est un terme difficile à traduire en français. Nous avons pensé à laisser ce terme tel quel dans sa langue originale, tel qu'il est souvent fait dans la littérature. Cela assurerait la préservation de la valeur sémantique du mot. Ceci étant dit, puisque cette thèse innove en français nous proposons d'introduire du vocabulaire de travail en français et de proposer une traduction de notre cru.

Troisièmement, tel que mentionné précédemment, la pratique de la TDM se rattache à différentes pratiques de soins et l'étude de celle-ci implique inévitablement l'intégration de savoirs qui se situent à l'interface entre la psychologie, la psychothérapie, la thérapie par les arts, la somatique et la danse. De ce fait, lorsqu'il est question de réaliser une étude sur la TDM, le chercheur est confronté inévitablement à un large champ de connaissances pouvant contribuer à la réflexion sur cette discipline. Ainsi, il nous semble nécessaire de qualifier la nature du regard et l'angle d'approche qui seront posés sur les phénomènes à l'étude (Paillé et Mucchielli, 2016). Effectivement, « [o]n ne peut pas tout dire sur une expérience, le discours en est presque inépuisable. Il faut faire des choix, et ces choix sont des choix théoriques » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 122). En ce sens, nous énonçons que la présente étude est une thèse de doctorat en psychologie qui s'inscrit plus spécifiquement dans un cadre théorique phénoménologique. Bien que nous tenterons de dresser un « états des lieux » des acquis théorico-cliniques liées à la discipline de la TDM, notre univers interprétatif sur le sujet sera constitué de référents principalement psychologiques.

Finalement, le dernier paragraphe relate le vécu de la chercheuse principale. Celle-ci a voulu parler pour elle-même et s'adresser aux lecteurs à la première personne du singulier. Je tiens à exprimer qu'en raison de cette multidisciplinarité, tout au long de ce projet doctoral, j'ai été habitée par un sentiment d'imposture. Bien qu'il se fasse aujourd'hui plus discret, ce sentiment demeure toujours.

En toute transparence, il fut difficile et exigeant d'étudier et de parler d'une profession qui n'est pas la nôtre, mais qui reste connexe à celle-ci. D'autant plus que ma tâche principale fut d'approcher par la pensée une profession qui se réalise d'abord dans l'expérience. Ainsi, encore aujourd'hui, même si je peux affirmer avoir étudié la danse-thérapie en profondeur, une certaine retenue à parler « de ce que je sais » m'habite toujours.

« Un homme se penche sur la maternité », c'est ce que le psychanalyste Donald Winnicott tient à dire à ses lectrices en début d'ouvrage:

Je suis un homme et, par conséquent, je ne peux savoir réellement ce que c'est que de voir là, emmitouflé dans un berceau, un petit morceau de ma personne, un petit morceau de moi ayant une vie indépendante et pourtant dépendant et qui, peu à peu devient une personne. Seule une femme peut vivre cette expérience. (Winnicott, 1971, p. 9)

Reprenant de manière similaire cette humble démarche, je tiens à dire que je ne suis pas danse-thérapeute, je ne peux donc pas savoir réellement ce que fait une danse-thérapeute dans son travail. Je suis (bientôt) une psychologue qui s'intéresse à la danse-thérapie et qui s'est penchée sur ce sujet. Je suis également danseuse, mais cela ne se substitue pas au fait d'être danse-thérapeute. Je n'ai jamais incarné le rôle et la posture de danse-thérapeute, et je n'ai donc pas l'intention d'expliquer ce qu'est la danse-thérapie et ce qui se passe en séance. Appuyée des connaissances que j'ai apprivoisées à travers le parcours de cette recherche et du discours partagé par les danse-thérapeutes que j'ai rencontrées, je travaillerai à décrire ce que j'ai appris de cette profession et ce que signifie les descriptions que j'avancerai.

CHAPITRE 1

REVUE DE LITTÉRATURE ET QUESTION DE RECHERCHE

1.1 Revue de littérature

1.1.1 Données probantes

Une revue de la littérature portant sur la TDM démontre que celle-ci se veut une méthode d'intervention utile et viable. Les articles publiés décrivant l'efficacité et les bénéfices de la TDM traitent des problématiques suivantes : l'oncologie (Dibbell-Hope, 2000 ; Ginsburg et Goodill, 2009 ; Goodill, 2005 ; Ho, 2005 ; Sandel et al., 2005 ; Serlin et al., 2000 ; Tortora, 2019); la démence (Hill, 2009; Rainbow et al, 2020) ; les maladies cardiovasculaires (Neto, Menezes et Carvalho, 2014); le trouble du spectre de l'autisme (Behrends, Müller et Dziobek, 2012; Devereaux, 2012); le parkinson (Earhart, 2009; Michels et al., 2018); les troubles d'apprentissage (Unkovich, Butté et Butler, 2017⁴); le trouble du déficit de l'attention (Grönlund, Renck et Weibull, 2005); l'anxiété (Erwin-Grabner et al., 1999), la dépression (Bräuninger, 2018 ; Jeong et al., 2005; Pylvänäinen et al., 2015); le trauma (Devereaux, 2008 ; Gray, 2001; Harris, 2002 ; 2008 ; Koch et Weidinger-Von der Recke, 2009 ; Lee et al., 2013 ; Pierce, 2013) ; le fonctionnement social intergénérationnel, l'hypoactivité, la gestion du stress et l'amélioration de la qualité de vie (Bräuninger's, 2005), la détresse au niveau de l'image corporelle et les troubles alimentaires (Meekums et al., 2012 ; Muller-Pinget et al., 2012).

Ces études qualitatives et quantitatives démontrent en quoi la TDM se veut une thérapie intéressante, qu'elle soit utilisée comme thérapie principale ou comme thérapie complémentaire à une intervention psychosociale ou médicale. En effet, nombre de ces études rapportent que la TDM, selon la problématique travaillée, soulage et réduit les difficultés émotionnelles, la douleur

4 Nous faisons référence ici à la publication d'un livre et non d'un article. Au sein de cet ouvrage y sont présentées des études de cas et des exemples d'interventions en TDM auprès de personnes aux prises avec des troubles d'apprentissages.

physique, favorise une intégration cognitive, affective et sociale, améliore l'estime de soi, l'humeur, la perception du bien-être, les capacités fonctionnelles et les habiletés relationnelles et de communication.

Internationalement, on peut noter de nombreuses avancées dans la recherche sur la TDM (Cappello, 2008 ; 2013 ; Koch et Bräuninger, 2005 ; 2006). Toutefois, un grand nombre de recherches publiées sont davantage de l'ordre d'études pilotes, de projets au niveau maîtrise ou doctoral, d'observations cliniques ou d'études de cas. Il semble également y avoir un nombre important de travaux sur le processus et le déroulement de thérapie expérientielle et exploratoire, décrivant les effets positifs de l'utilisation expressive et créative du mouvement dans une forme thérapeutique. La TDM étant un domaine relativement nouveau et en recherche constante de définition de lui-même (Meekums, 2002; Payne, 1992; 2013), il semble y avoir un besoin criant et partagé de prouver l'efficacité de cette approche thérapeutique. Les études s'appuyant sur des données probantes, cherchent ainsi à démontrer les bénéfices de cette pratique. L'apport grandissant des études sur la TDM dans le champ des neurosciences semble confirmer ce besoin (Berrol, 2006; Damasio, 1994; Hart, 2008; Homann, 2017 ; Jeong et al., 2005; Panksepp, 1998; Sossin et Amighi, 1999). Par ailleurs, les recherches dans ce champ d'expertise analysent des résultats scientifiques observables quant à l'effet neurologique de la TDM : l'interrelation et la communication existant entre le fonctionnement des structures cérébrales et l'expérience corporelle d'un travail en TDM (Cruz, 2006; Homann, 2007); l'engagement simultané des processus somatiques, émotionnels et perceptifs (Damasio, 1999; Homann, 2010); la pertinence de la TDM dans le travail sur la mémoire implicite, la formation et l'intégration des expériences affectives et préverbales (Gaensbauer, 2004; Ledoux, 1998; Rothschild, 2000); la capacité neurophysiologique de l'empathie et l'interaction humaine par le système des neurones miroirs⁵ (Berrol, 2006 ; Gallese, 2003, 2005; Iacoboni, 2008;

⁵ Les neurones miroirs constituent un système de neurones impliqué dans les processus d'apprentissage par observation et imitation. Elles sont des neurones moteurs qui s'activent de façon automatique et identique lorsqu'une personne fait une action et observe une autre personne faire ce même geste. Ce phénomène rend compte comment « dans certaines opérations mentales, il n'y aurait pas de différence entre l'exécution motrice d'une action et la perception sensible, ou visuelle de cette action : l'extérieur et l'intérieur se trouve ici pour ainsi dire dans un rapport de miroir [...] » (Rosa, 2921, p. 227). Les neurones miroirs ont été identifiées et étudiées originellement par une équipe de chercheurs italiens (Rizzolatti et Craighero, 2005). Leurs recherches et celles de leurs successeurs éclairent et documentent d'un point de vue neurobiologique les processus relationnels en TDM tel que l'imitation, l'empathie et l'intersubjectivité (Homann, 2010).

Mc Garry et Russo, 2011 ; Rizzolatti et Craighero, 2005) ; les implications respectives du cerveau droit et du cerveau gauche dans l'intégration des processus émotionnels, perceptifs et dans le processus de l'attachement (Hart, 2008, Levy, 1995; Robbins, 1986; Schore, 2003).

1.1.2 Définition de la TDM, son application et ses visées thérapeutiques

Plusieurs auteurs et praticiens (Vaysse, J., Lesage, B., Sack, J., Chace, M., Payne, H., Erfer, T.), définissent la TDM comme un travail thérapeutique d'élaboration psychique et de réappropriation corporelle. L'Association américaine de la thérapie par la danse et le mouvement (ADTA, 2020a) va dans le même sens et définit la TDM comme suit : « *The psychotherapeutic use of movement to promote emotional, social, cognitive and physical integration of the individual.*⁶ » La TDM vise donc à restaurer une intégration du corps, de la pensée et de l'esprit, vers un état de bien-être physique, psychique, émotionnel et social. Elle s'appuie sur la prémisse que la façon dont nous bougeons et habitons notre corps reflète nos expériences, nos processus émotionnels et psychologiques. Nos résistances physiques et psychiques sont ainsi influencées par les modulations dans la qualité expressive du geste et du mouvement, dans les variations toniques, posturales et respiratoires, ainsi que dans le rapport du corps à la gravité, à l'espace et au temps (Bernstein, 1986; Espenak, 1981; Kornblum, 2008 ; Lesage, 2012).

Dans cette optique, la TDM porte une attention particulière au mouvement du corps, tel qu'il se présente et se dévoile en thérapie. En effet, le mouvement du corps, composante centrale de la danse, est à la fois l'outil et l'objet thérapeutique (ADTA, 2020a ; ATDMC, s.d.-a ; Fraenkel, 1983). Il est utilisé comme moyen d'évaluation et comme mode d'intervention (ATDMC, s.d.-a). Il communique, exprime, tout en remplissant la fonction même de symbolisation. La danse-thérapeute et psychologue Sabine Trautmann-Voigt va dans le même sens :

The basis of dance and motion in Dance Therapy is the body: in its interplay of movement, perception and meaning. [...] Dance Therapy focuses on associative self-expression through movement, as well as formulated ideas, shaped feelings and

⁶ « L'utilisation psychothérapeutique du mouvement afin de favoriser une intégration émotionnelle, sociale, cognitive et physique de l'individu. » (ADTA, 2020a) [Notre traduction]

*articulated perceptions, all assuming visible shape in danced representations.*⁷ (2015, p. 850)

La TDM, adoptée en tant que thérapie principale ou complémentaire à une autre forme de thérapie (psychothérapie, ergothérapie, physiothérapie, traitement médical), s'adresse à tous : enfants, adolescents, adultes et personnes âgées. Utilisée en tant que thérapie individuelle, de couple, familiale, de groupe, elle se pratique dans divers milieux : hôpitaux, institutions de réhabilitation et de réadaptation, centre de la petite enfance, milieu carcéral, milieu scolaire, pratique privée. Elle s'avère une intervention efficace chez les individus ayant des difficultés développementales, médicales, sociales, physiques et psychologiques (ATDMC, s.d.-a ; Stanton-Jones, 1999), où le traitement est axé sur leurs capacités expressives, communicatives et adaptatives (ATDMC, s.d.-a). Comme pour les psychothérapies conventionnelles, les objectifs thérapeutiques de la TDM varient selon l'âge et la problématique à traiter. Selon les besoins du patient et les objectifs thérapeutiques établis, différents thèmes sont travaillés dans l'espace thérapeutique (p. ex. la conscience du corps et son inscription dans l'espace, la conscience de l'espace et du temps, la coordination perceptuelle et motrice, l'impulsivité et le contrôle, la capacité relationnelle et de coopération, la régulation et l'intégration émotionnelle, l'expressivité gestuelle et émotionnelle, etc.) (ADTA, 2020a ; Bellia, 2001, cité dans Lesage, 2012, p. 114).

En TDM avec les enfants, l'attention est souvent portée sur leur développement psychomoteur, sur les processus d'apprentissage, le besoin et la nécessité chez ceux-ci de construire un lien social thérapeutique sécurisant, d'augmenter leur sensibilité à soi et à l'autre et de travailler leur sentiment d'intégrité corporelle (Erfer et Ziv, 2006 ; Koch et Nelson, 1998 ; Kornblum, 2008 ; Sherborne, 1990). Les principes du jeu, du travail de symbolisation, de l'improvisation et du transfert sont utilisés (Kossak, 2009 ; Stanton-Jones, 1999). La danse-thérapeute peut se servir de divers accessoires (p. ex. musique, oreillers, écharpes, balles, couvertures) afin de soutenir le mouvement et d'élargir l'imaginaire de l'enfant. De plus, une variété de modes communicationnels non verbaux tels que le toucher, la musique, le son, le rythme, la respiration, le contact visuel ou la

⁷ « Le fondement de la danse et du mouvement en thérapie par la danse est le corps : dans son interaction entre le mouvement, la sensation et la signification. [...] La danse-thérapie se concentre sur l'expression associative de soi par le mouvement, ainsi que sur les idées formulées, les sentiments mis en forme et les perceptions articulées, qui prennent tous une forme visible dans des représentations dansées. » (Trautman-Voigt, 2015, p. 850) [Notre traduction]

proprioception accompagne et augmente l'expressivité du mouvement, afin d'élargir l'expérience corporelle et de permettre un travail d'expression (Kornblum, 2008; Erfer et Ziv, 2006; Sakiyama et Koch, 2003).

La littérature porte avant tout sur le travail thérapeutique de groupe plutôt que sur la thérapie individuelle. Le travail thérapeutique de la TDM en contexte de groupe permet notamment : d'éveiller les problématiques de limites et le processus d'individuation (Lesage, 2012) ; d'augmenter la sensibilité kinesthésique, la conscience de soi, du corps et de son acceptation (Chaiklin, 1975) ; de travailler la spontanéité et l'authenticité de l'expression (Bartenieff, 1972) ; d'augmenter l'intégration physique et émotionnelle (Dosamantes-Alperson, 1979; Fletcher, 1979); d'augmenter la capacité à la proximité physique et à la synchronicité dans le mouvement (Schmais et Felber, 1977; Schmais, 1985). Ces progrès thérapeutiques se manifestent suite à différentes modalités de relation et d'engagement du corps vécues par l'individu au sein du groupe. En effet, comme en psychothérapie conventionnelle de groupe, l'individu peut être : un joueur participatif ou non au sein du groupe ; il peut tantôt sentir qu'il est enveloppé, protégé, valorisé par le groupe ; ou bien se sentir absent, exclu, différencié du groupe (Lesage, 2012; Yalom, 1995). Ainsi, tout au long de la thérapie, ces différents niveaux relationnels sont sollicités selon la problématique individuelle de chacun. Finalement, le contexte du groupe amène l'individu à travailler son rapport à l'autre, son appartenance au groupe et sa différenciation ou son individuation par rapport à celui-ci (Lesage, 2012 ; Yalom, 1995).

La revue de littérature présentée précédemment nous informe de la tendance actuelle en recherche à fournir des données observables et quantifiables. En effet: « *[b]ecause DMT is increasingly used to treat a variety of behavioral, psychological, and medical conditions, it is important to address the increasing standards of evidence-based medical research.*⁸ » (Kotch et al., 2014, p. 46) Cette propension à démontrer les avantages et l'efficacité de la TDM se justifie également par la méconnaissance générale de la profession et par conséquent, le besoin dans la communauté

⁸[p]arce que la DMT est de plus en plus utilisée pour traiter une diversité de conditions comportementales, psychologiques et médicales, il est important de satisfaire aux exigences toujours plus élevées de la recherche médicale fondée sur données probantes. (Kotch et al., 2014, p. 46) [Notre traduction]

professionnelle de démystifier la pratique. À cet effet, Kotch et al. (2014) rappellent le besoin actuel de mener des recherches fondées sur des données probantes afin de garantir la survie la profession et de promouvoir la TDM auprès des prestataires en matière de soins de santé et d'éducation.

Cependant, il est à préciser que nombres d'écrits de danse-thérapeutes sont d'abord des textes cliniques qui relatent et illustrent des cas vécus. En fait, bien que la recherche en TDM ait pris de l'ampleur dans les dernières décennies (Kotch et al. 2014), la plupart des recherches menées au cours des 50 dernières années ont porté sur des descriptions qualitatives et des études de cas (Hervey, 2009). En fait, la TDM est au départ une intervention thérapeutique qui n'a pas fait ses preuves depuis un contexte académique de recherche scientifique rapportant des données probantes, mais d'après l'expérience clinique en milieu hospitalier rapportée par les danse-thérapeutes eux-mêmes. Cette genèse explique notamment la carence actuelle d'études scientifiques à devis qualitatifs décrivant ce qui est vécu dans une séance de danse-thérapie. Par ailleurs, puisqu'il y a une motivation partagée dans la communauté de la TDM à faire connaître la profession et la faire dialoguer avec d'autres disciplines (c.-à-d. la psychologie, la médecine, la physiothérapie), les textes cliniques rapportent davantage les besoins, les bénéfices et les changements perçus chez les patients, dits premiers bénéficiaires de la thérapie. Nous remarquons dans le contenu des écrits et des articles cités précédemment que ceux-ci sont orientés vers les effets de la TDM sur le bien-être du patient. Également, dans la revue de littérature présentée, nous apprenons les principes clés appliqués et travaillés dans une séance de TDM. Bien que très pertinentes, ces informations nous en disent peu sur le processus thérapeutique, du point de vue expérientiel et subjectif des acteurs.

À cet égard, il existe dans le champ de la TDM une grande variété d'approches et d'expériences tant au niveau de l'orientation théorique que méthodologique (Payne 1992; Puxeddu, 2017). Au sein de leur travail, les danse-thérapeutes utilisent différentes approches et techniques thérapeutiques. Par ailleurs, la littérature fait ressortir les fonctions thérapeutiques et les principes théoriques essentiels sur lesquels s'appuient les danse-thérapeutes. En effet, les auteurs et praticiens du milieu s'entendent sur les principales fonctions et principes théoriques qu'adopte la danse-thérapeute lorsqu'elle est en séance et en lien avec son patient. Ces concepts de base de la TDM recourent différents modèles et champs théoriques d'influence.

Premièrement, le patient, la danse-thérapeute et le cadre thérapeutique sont les trois principes et fonctions consensuels d'un travail thérapeutique en TDM (Lesage, 2012). La danse-thérapeute est toujours garante du cadre thérapeutique qu'elle s'assure de définir et de préserver. Cela permet d'offrir à l'individu ou au groupe un espace de confiance sécurisant et contenant (Dibbell-Hope, 2000 ; Payne, 1992). De plus, la danse-thérapeute veille à ce que ce dispositif thérapeutique soit suffisamment souple pour permettre l'exploration d'expériences nouvelles par le patient. Ce dernier pourra prendre des risques dans l'exploration de ses mouvements et des limites de ceux-ci, de son expression émotionnelle et psychique (Lesage, 2012).

Deuxièmement, la relation thérapeutique est médiée par la danse-thérapeute qui reflète ou soutient le mouvement du patient. Cela est réalisé, dans une certaine mesure, de manière non verbale (Meekums, 2002). À tous les instants de la thérapie, la danse-thérapeute observe et ajuste la qualité et l'intensité de ses propositions selon les dires kinésiques et émotionnels de son patient (Erfer et Ziv, 2006). La danse-thérapeute oriente ainsi ses interventions selon une des deux méthodologies suivantes : soit elle propose des gestes au patient afin qu'il se les approprie, travaille d'après les formes dansées émises et trouve un sens singulier à ceux-ci ; soit le patient propose ses propres gestes qui sont mis en valeur, intensifiés, organisés par la danse-thérapeute, donnant lieu à un travail associatif et pouvant mener à une expression symbolique du geste (Lesage, 2012). Afin de mettre en œuvre une de ces deux méthodologies, la danse-thérapeute établit une relation de confiance et s'engage corporellement auprès de son patient, par l'accueil, en écho, ou l'amplification du mouvement de ce dernier tel qu'il se dévoile en thérapie (Lesage, 2012 ; Homann, 2010).

Troisièmement, la pratique de la TDM exige un savoir-être, soit des qualités relationnelles, que l'on retrouve également dans la pratique d'autres formes de thérapies par les arts et de psychothérapies. En effet, selon divers auteurs du milieu, la danse-thérapeute se doit de démontrer une écoute profonde et multisensorielle, une tolérance à l'imprévu, une ouverture à la surprise, une grande capacité d'empathie et une capacité à travailler de manière créative avec les limites de l'espace thérapeutique (Kornblum, 2008 ; Kossak, 2009). En effet, la professionnelle rencontre son patient dans un espace et un temps donné qu'est celui de l'espace thérapeutique. Le patient arrive dans cet espace sous un mode distinctif d'engagement de son corps et des relations (Lesage, 2012). À partir de cette rencontre, la danse-thérapeute co-construit la session. Elle s'ajuste

continuellement aux dires de son patient et fait évoluer la session d'après les forces et les limites gestuelles présentées par celui-ci (Kornblum, 2008 ; Levy, 2005). Ensemble, ils investissent l'espace-temps selon les paramètres du mouvement suivant : la dynamique, l'espace et le temps (Lesage, 2012). La danse-thérapeute analyse l'expressivité et l'exécution qualitative du geste et du mouvement dansé. Pour ce faire, elle s'appuie sur des grilles d'analyse du mouvement qui sont fiables et précises, telles que *Laban movement analysis*, *Kestenberg movement profil* et *Bartenieff Fundamentals*.

Rudolf Laban (1879-1958) et ses successeurs, dont Irmgard Barteneiff (1900-1981), ont effectivement élaboré des outils d'analyse du mouvement très rigoureux qui orientent l'attention des acteurs vers les qualités temporelles, spatiales et énergétiques du geste (Lesage, 2012). Nous reviendrons sur l'apport de la pensée de Laban dans le développement des fondements théoriques de la TDM, à la section *Les origines artistiques et théoriques de la TDM* (2.2).

1.1.3 Principes thérapeutiques relationnels de la TDM

La relation thérapeutique joue un rôle central dans le travail des danse-thérapeutes. La conceptualisation théorico-clinique du processus d'installation et de maintien de la relation thérapeutique est enseignée aux élèves en TDM et est conçue comme l'assise fondamentale permettant un changement thérapeutique (Young, 2017). Cette conception du changement thérapeutique, qui passe par la qualité de l'alliance thérapeutique, est commune à toutes formes d'approches et de traitements psychothérapeutiques (Clarkson, 1994; Norcross et Lambert 2011).

[L]es recherches et les données probantes nous apportent des éclairages intéressants, mais ne devraient pas nous faire oublier cet aspect fondamental de notre travail. D'ailleurs, nombreuses sont les études qui démontrent que, indépendamment de l'approche et des techniques utilisées, c'est avant tout la qualité du lien thérapeutique qui garantit le succès de l'entreprise. (Brillon, 2011, p. 20)

Young (2017) réinsère la dimension du mouvement dans la relation thérapeutique en TDM et propose une définition éclairante de la relation thérapeutique par le mouvement (TMR) en TDM :

The TMR is a shared presence of body, mind, and spirit between the dance/movement therapist and client where healing occurs within the safe containment of a creative collaboration, and results in a resonance. Rooted in the tenets of humanism, it is born

*out of one's to kinesthetically attune and respond to the implicit and explicit movements of another informed by knowledge of one's own body sensations and movements as well as continual observation and assessment of the client's movement*⁹. (Young, 2017, p. 104)

La littérature spécifique à la pratique de la thérapie par les arts permet d'explorer la question des principes thérapeutiques relationnels mis en œuvre par les danse-thérapeutes. Elle donne un aperçu des techniques et des concepts utilisés par les art-thérapeutes, afin d'entrer en lien avec leurs patients, de communiquer et de s'ajuster au discours de ces derniers (Kossak, 2009).

Intégration corporelle

La TDM peut être conceptualisée comme une approche thérapeutique promouvant un processus d'intégration corporelle (Koch et Fischman, 2011). À travers son histoire et en interaction avec son environnement, tout individu développe des manières d'agir, de se tenir et d'habiter son corps. Dans l'idée d'une unité du corps et de l'esprit, les manifestations corporelles d'une personne sont considérées comme une représentation de son histoire relationnelle (Marlock et al., 2015). Ainsi, la perspective d'intégration corporelle est essentielle en TDM (Whitehouse, Adler et Chodorow, 1999). « [Le corps], ses expressions, ses mouvements et son interaction avec l'environnement jouent un rôle central dans l'explication de la perception, de la cognition, de l'affect, des attitudes, du comportement et de leurs interrelations.¹⁰ » (Koch, 2006, cité dans Koch et Fishman, 2011, p. 60) Pour Kossak (2009), la notion d'intégration corporelle « réfère à une intelligence centrée sur le corps qui informe sur la façon dont on connaît et expérimente le monde.¹¹ » (Kossak, 2009, p.14)

⁹ « Le TMR est une présence partagée du corps, de la pensée et de l'esprit entre la danse-thérapeute et le client, où le processus de guérison se réalise à travers une collaboration créative, sécurisante et contenant, ce qui résulte en une résonance. Ancrée dans les principes de l'humanisme, la TMR est née de la capacité d'une personne à s'accorder sur le plan kinesthésique et à répondre aux mouvements implicites et explicites d'une autre personne, en s'appuyant sur la connaissance de ses propres sensations et mouvements corporels ainsi que sur l'observation et l'évaluation continues du mouvement du client. » (Young, 2017, p. 104) [Notre traduction]

¹⁰ « [...] its expressions, its movement, and interaction with the environment play central roles in the explanation of perception, cognition, affect, attitudes, behavior, and their interrelations. » (Koch, 2006, cité dans Koch et Fishman, 2011, p. 60) [Notre traduction]

¹¹ « The term "embodied" or "embodiment" refers to a body-centered intelligence that informs how one knows and experiences the world. » (Kossak, 2009, p.14)

En d'autres termes, par l'écoute du corps, celui-ci fait œuvre de connaissance. En TDM, l'intégration corporelle peut représenter un travail de conscientisation de la respiration, des impulsions kinésiques, des sensations et des émotions qui influencent les mouvements corporels (Kossak, 2009).

Reflét¹² corporel

La technique du reflét corporel consiste en un processus de reflét et de support empathique à travers le mouvement. Sandel (1993) précise qu'il implique une « participation à l'expérience totale du mouvement d'une autre personne, c'est-à-dire les schémas, la qualité, les émotions, le ton, etc.¹³» (p. 100). Lorsqu'elle reflète l'expérience de l'autre, la danse-thérapeute observe et imite corporellement le discours kinésique du patient, afin d'élargir son répertoire verbal et non-verbal, sa capacité d'empathie et sa capacité perceptive des états émotionnels d'autrui (Behrends, Müller, Sziobek, 2012 ; Mc Garry et Russo, 2011 ; Payne, 2013).

Le reflét corporel est à distinguer de l'empathie. En effet, la thérapeute n'a pas besoin de refléter le vécu de l'autre pour être dans une disposition empathique envers celui-ci. En ce sens, Sandel (1993) explique que le reflét corporel est une technique d'intervention que l'on peut retrouver dans un processus d'empathie (mais pas nécessairement) et est souvent utilisé en TDM comme première étape pour établir une connexion empathique avec l'autre.

Accordage thérapeutique

En TDM, le concept d'accordage thérapeutique réfère à une relation inter-corporelle, une expérience perceptive et sensorielle, de communication, d'ajustement, de coordination, de

¹² La notion de reflét rejoint ici celle utilisée en psychologie. La « réponse en reflét » est une technique d'intervention utilisée en psychologie qui permet au thérapeute de manifester l'empathie qu'il éprouve envers son client afin que celui-ci se sente écouté. Le thérapeute fait un reflét lorsqu'il répète, reformule ou paraphrase ce que le client a dit. Il existe plusieurs types de reflét. Par exemple, le thérapeute peut faire un reflét simple et répéter simplement ce que le client a dit, ou encore faire un reflét d'émotion où il met au jour l'émotion derrière le discours partagé.

¹³ « *participating in another's total movement experience, i.e., patterns, quality, emotional, tone, etc.* » (Sandel, 1993, p. 100)

coopération et de sentiment d'unité avec soi et l'autre (Hove et Risen, 2009 ; Kossak, 2009 ; Schelsinger, 1981). Plus précisément, « *[t]herapeutic attunement can be viewed as being based on an embodied awareness of rhythmic flow, and on mutual connections that occur when there is an intense process of deep listening, kinesthetic awareness, and deep attention to what is occurring in the moment*¹⁴. » (Kossak, 2009, p. 15)

Ce concept, même si nommé et mis en pratique, semble être encore vague et pas tout à fait défini. Certains praticiens vont utiliser le terme *synchronicité*, d'autres vont parler *d'expérience thérapeutique incarnée*. En anglais, les termes « *flow* », « *synchronicity* », « *being at one with another being* » et « *attunement* » semblent interchangeables.

En outre, il existe diverses techniques et approches corporelles de mouvement et de danse (*Body Mind Centering*, Expression primitive, Mouvement authentique, *The Chace circle*) d'éducation somatique et d'analyse du mouvement (*Bartenieff Fundamentals*, *Laban Movement Analysis*, *Kestenberg Movement Profile*) – tel que mentionné précédemment - qui correspondent aux valeurs des danse-thérapeutes et alimentent la culture de ces derniers. Il y a également différentes mises en application de celles-ci, selon le parcours éducatif et professionnel de chaque danse-thérapeute et le type de population avec lequel chacune travaille.

Somme toute, dans sa pratique, la danse-thérapeute fait l'usage de différentes techniques et approches thérapeutiques. Elle se réfère à différentes théories et écoles de pensée, et applique une méthodologie qui requiert le développement de compétences spécifiques (Puxeddu, 2017). L'héritage artistique et théorique qui a contribué au développement du champ de la TDM joue également une influence sur la pratique de la danse-thérapeute mais sera présenté dans le prochain chapitre (2.2 *Les origines artistiques et théoriques de la TDM*).

¹⁴ « La synchronisation thérapeutique peut être considérée comme étant basée sur une conscience incarnée du flux rythmique, et sur les connexions mutuelles qui se produisent lorsqu'il y a un processus intense d'écoute profonde, de conscience kinesthésique, et d'attention profonde à ce qui se passe dans le moment. » (Kossak, 2009, p. 15) [Notre traduction]

1.1.4 La TDM et la diversité des méthodes de travail corporel

Il y a un intérêt grandissant pour l'inclusion du corps dans le champ de la psychothérapie (Hartley, 2004). Les psychologues et psychothérapeutes intègrent de plus en plus l'expérience corporelle dans leur processus et utilisent différentes méthodes ou techniques thérapeutiques pour travailler avec le corps et à partir de celui-ci.

Les approches psychothérapeutiques centrées sur le corps sont classifiées ou définies comme des thérapies psychocorporelles (*body psychotherapy* en anglais). C'est un terme générique qui représente toute modalité psychothérapeutique utilisant des techniques corporelles visant à soutenir la communication entre le patient et le psychothérapeute sur ce qui est vécu et ressenti en séance (Heller, 2008). Les approches suivantes sont des thérapies qui font partie du champ de pratique des thérapies psychocorporelles : la psychothérapie biodynamique, la psychothérapie corporelle intégrée, la psychothérapie sensorimotrice, la *somatic experiencing* – pour ne nommer que celles-ci.

Les thérapies psychocorporelles recouvrent un champ de pratique vaste et varié (Röhrich, 2009 ; Young, 2011) embrassant un large éventail de paradigmes et de modèles théoriques (Marlock et al., 2015). Chaque approche a ses spécificités particulières et sa façon de travailler avec le corps, mais ce qui les unit est la capacité à prendre en compte la complexité de l'interaction dynamique entre le corps, la psyché et l'esprit, compris comme un tout fonctionnel (Marlock et al., 2015). Ces approches s'écartent ainsi de la dualité cartésienne corps-esprit et travaillent sur la relation du sujet au monde à partir de ses expériences corporelles. Nous jugeons important de bien définir et délimiter ce champ de pratique afin de mieux situer le travail propre à la TDM.

D'abord, il est important de souligner que toutes les méthodes de travail corporel n'ont pas recouru au corps dans une visée thérapeutique. Nous pouvons penser ici à l'exercice aérobique ou au massage de détente. De plus, il existe plusieurs techniques ou approches qui font usage du corps dans l'intention d'améliorer la condition physique ou l'état mental de la personne sans viser une mobilisation de la sphère psychique ou somatique, par exemple, la physiothérapie, l'ergothérapie, certaines techniques de massage, etc. (Mcneely, 1987, cité dans Hartley, 2004). En effet, Lesage le dit clairement :

[L]'art en lui-même n'est pas thérapeutique, pas plus que la danse ou le travail du corps. L'histoire est là pour nous montrer que nombre d'artistes, de danseurs, et de travailleurs du corps ont vécu dans la pathologie. On en dira d'ailleurs autant de la parole : parler, en soi, ne soigne pas. (Lesage, 2012, p. 7)

C'est le dispositif et le cadre thérapeutique dans lequel s'inscrit la parole ou autre forme d'expression qui peut permettre un travail d'élaboration psychique ou de conscientisation du monde interne de la personne.

Les thérapies psychocorporelles se différencient des méthodes de travail corporel dites méthodes somatique ou thérapies centrées sur le corps (*body-oriented therapies* en anglais). En effet, ces dernières regroupent un ensemble de méthodes corporelles qui abordent spécifiquement le corps dans sa dimension vivante, vécue et sensible (Joly, 1993). Leur démarche vise à accroître la conscience du corps telle qu'elle est perçue de l'intérieur par la personne (Hanna, 2017; Hartley, 2004;) :

Quand un être humain est observé de l'extérieur, c'est-à-dire du point de vue de la troisième personne, c'est la manifestation du corps humain que l'on perçoit. Mais, lorsque ce même être humain est observé à partir du point de vue de la première personne, de ses propres sensations proprioceptives, c'est une manifestation complètement différente qui est perçue : le soma humain. (Hanna, 2017, p. 1)

Ainsi, les méthodes somatiques reconnaissent l'interrelation entre le corps, l'esprit et la psyché et utilisent le corps comme avenue afin d'amener la personne vers une plus grande conscientisation de la dimension somatique de son expérience. Ces méthodes ont certainement des retentissements psychologiques, mais ne s'insèrent pas dans un cadre de travail psychothérapeutique (Marlock et al., 2015). La méthode *Alexander*, la méthode *Feldenkrais*, l'Eutonnie, le *Body-mind centering*, le Mouvement authentique, la Gymnastique holistique, l'Haptonomie, certaines techniques de yoga et de respiration, et plusieurs autres, font partie de ce vaste champ de pratique somatiques centrées sur le corps vécu. Plusieurs de ces pratiques sont expérientielles et sollicitent une participation plus active du patient que d'autres (Hartley, 2014). Certaines mettent l'accent davantage sur la dimension éducative où c'est la « démarche d'éveil et d'élargissement de la propre conscience corporelle » du sujet qui est travaillée (Joly, 1993, p. 2). Selon la méthode utilisée, le développement d'un rapport sensible et attentionné au corps et aux schèmes de mouvements sentis

de l'intérieur peut être soutenu par des exercices corporels dans le mouvement, dans le contact du corps à corps, ou guidé par le toucher thérapeutique ou la voix du praticien.

Ainsi, bien que ces méthodes de travail corporel s'ancrent toutes dans une vision holistique et incarnée de l'expérience humaine, elles « [...] n'adressent pas et n'intègrent pas directement la question de la psyché dans leurs approches, ne font pas directement de l'expérience psychologique le centre de leur démarche thérapeutique, et ne mettent pas l'emphase non plus sur la relation client-thérapeute [...] »¹⁵ (Marlock et Weiss, 2015, p. 11). Elles sont donc considérées comme des pratiques somatiques ou centrées sur le corps et non des thérapies dites psychocorporelles.

Dans le sillage de ce qui précède, la TDM est comprise comme une méthode de thérapie psychocorporelle mais elle cherche à préserver et à défendre son identité propre (Marlock et Weiss, 2015). Effectivement, la TDM se considère aujourd'hui comme une méthode psychothérapeutique à part entière avec ses champs d'influence distincts et définis. L'emphase mise sur le travail du corps en mouvement en tant qu'outil d'intervention et d'expression est un des éléments qui distingue le travail particulier de la TDM. En effet, tel que nous l'avons évoqué plus haut, la conscience et l'attention du thérapeute s'orientent vers l'expérience psychologique vécue en séance, et ce, à travers une utilisation créative et expressive du mouvement et de la danse.

La démarche somatique¹⁶, comprise comme le développement d'une plus grande conscience sensorielle de son expérience vécue, est intégrée dans plusieurs approches psychothérapeutiques, notamment lorsque le travail est réalisé autour d'enjeux profonds et préverbaux (Marlock, 2015). À ce sujet, la TDM intègre dans sa pratique clinique des techniques issues d'approches d'éducation somatique. Par exemple, la méthode de *Body-mind Centering* est une méthode couramment utilisée en TDM (Hartley, 2004 ; Meekums, 2002). Ce faisant, la danse-thérapeute ne se positionne pas comme une rééducatrice somatique mais s'implique autant que son patient dans un dialogue

¹⁵ « [...] *these methods do not specifically and systematically address and integrate the psyche in their various approaches, do not directly make psychological experience the focus of their therapeutic work, and do not highlight the client-therapist relationship [...]* » (Marlock et Weiss, 2015, p. 11)

¹⁶ Le terme somatique renvoie à l'expérience du corps « tel qu'il est perçu de l'intérieur, une perception à la première personne. » (Hanna, 2017, p. 2)

corporel avec celui-ci. Elle privilégie l'expérience sensorimotrice, imaginaire, relationnelle reliée au corps et au mouvement, et introduit des objectifs thérapeutiques qui se concentrent autour d'un travail de construction du corps et d'intégration du matériel psychique qui en émerge.

1.1.5 La définition de la compétence

À notre connaissance, il n'existe pas une définition officielle et consensuelle de la notion de compétence en psychothérapie. De plus, il existe peu d'études concernant les caractéristiques liées au concept d'efficacité chez le psychothérapeute (Lecomte et al., 2004). Ceci dit, en lien avec la notion d'efficacité ainsi que les habiletés à acquérir dans le développement de la compétence chez le futur clinicien, Lecomte et al. affirment ceci :

Au-delà des compétences techniques et spécifiques, il est possible de dégager l'objectif central que tout programme de formation d'un psychothérapeute devrait assigner : offrir au psychothérapeute en formation la possibilité d'intégrer les savoirs théoriques, les savoirs techniques et le savoir-être dans l'interaction spécifique avec le client. (Lecomte et al. 2004, p. 90)

Les auteurs discutent, entre autres, de la nécessité chez le clinicien qui souhaite intervenir de façon efficace et sensible, d'être capable d'articuler les « aspects très techniques » avec l'expérience du psychothérapeute et de la relation thérapeutique (Lecomte et al., 2004).

Lorsque nous quittons le domaine de la psychologie, nous constatons que la question de la compétence semble être plus documentée dans le domaine de l'éducation. Il semble y avoir une plus grande uniformité dans la manière de définir la compétence chez le praticien ou le pédagogue (Basque, 2015). Voici deux définitions proposées par des auteurs du milieu qui rejoignent et complètent la pensée de Lecomte et al. (2004) :

Une compétence est un savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun (Lasnier, 2000, p. 481).

Une compétence est une capacité d'action efficace face à une famille de situations, qu'on arrive à maîtriser parce qu'on dispose à la fois des connaissances nécessaires et

de la capacité de les mobiliser à bon escient, en temps opportun, pour identifier et résoudre de vrais problèmes (Perrenoud, cité dans Brossard, 1999, p. 16).

Finalement, *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de psychologue au Québec* produit par l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) (2011) définit la compétence en termes de résultats attendus et de visée :

[L]a capacité d'une personne à utiliser, dans l'action, des ressources dites externes, comme le matériel et l'information, et des ressources dites internes, c'est-à-dire ses connaissances, ses habiletés et ses qualités. [...] [L]a personne fait appel à son jugement et aux attitudes et aux comportements appropriés pour accomplir son travail, analyse une situation complexe, résoudre des problèmes, proposer des actions ainsi que pour interagir avec d'autres personnes et établit avec celle-ci une relation de respect, de confiance et de réciprocité¹⁷. (OPQ, 2011, p. 5)

À titre d'exemple, « être capable d'évaluer l'état psychologique d'une personne, ou encore, une situation vécue par une personne, un groupe de personnes, une population cible ou une organisation qui requiert une expertise en psychologie » est une compétence associée à la profession de psychologue qui a été identifiée par l'OPQ (2011, p. 24). De plus, *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de psychologue au Québec* relate les assises de l'exercice de la profession, celles-ci étant décrites comme indissociables des compétences. Elles réfèrent au contexte de réalisation des dimensions opérationnelles des compétences (p. ex. l'ensemble des actions qui se rapportent à la relation avec le client, aux relations interprofessionnelles et au travail d'équipe), les éléments de connaissance sous-jacents et les habiletés associées à la maîtrise des compétences (p. ex. le fonctionnement psychologique de l'individu, les fondements biologiques du comportement humain, l'intervention psychologique) ainsi que les attitudes et les comportements professionnels attendus de la part des psychologues (p. ex. faire preuve d'une bonne connaissance de soi, d'empathie, d'une pensée analytique, faire preuve de souplesse et de capacité d'adaptation) (OPQ, 2011).

¹⁷ Cette définition s'appuie notamment sur des travaux effectués autour de la notion de compétence dans des pays européens ainsi sur des méthodes d'analyses des professions utilisées par les ministères québécois dans la formation et le développement de la main d'œuvre (OPQ, 2011).

1.2 Question de recherche

Après avoir circonscrit la définition de la TDM et de la clientèle à laquelle elle s'adresse, nous avons pris connaissance d'études qui s'intéressent à ce domaine, des problématiques étudiées et de l'intérêt actuel pour les données probantes scientifiques et la documentation théorique. Nous avons également pris connaissance de la valeur qu'accorde la TDM à la construction et au maintien d'une relation thérapeutique, et ce, afin de soutenir un changement thérapeutique. De plus, nous avons situé la TDM dans le champ des méthodes thérapeutiques corporelles, défini la notion de compétence et présenté brièvement les assises sur lesquelles s'appuie le psychologue en exercice pour maîtriser ses compétences. Somme toute, nous remarquons que la littérature offre peu de contenu sur l'application par la danse-thérapeute des différents concepts théoriques et principes thérapeutiques clés présentés plus haut. La danse-thérapeute se réfère à ces notions dans la dimension pratique de sa formation et de sa pratique professionnelle certes, mais comment intervient-elle lorsque vient le temps de mettre en œuvre ces concepts dans la réalité de la thérapie ? Par exemple, comment parvient-elle concrètement à démontrer une écoute profonde et multisensorielle ? Et comment utilise-t-elle les dimensions somatiques de son expérience au sein de la rencontre thérapeutique. En quoi cela se différencie-t-il de la manière dont la corporéité est utilisée en thérapie habituellement ? Dans l'action même de la thérapie, comment observe-t-elle et ajuste-t-elle la qualité et l'intensité de ses propositions kinésiques et verbales ? Et de quelle information(s) a-t-elle besoin ou utilise-t-elle pour déterminer sa prochaine intervention ?

La présentation de la recension des écrits et de la problématique nous amène à formuler la question de recherche suivante : Comment la danse-thérapeute met-elle en œuvre ses compétences professionnelles dans un processus thérapeutique en danse-thérapie ?

Rappelons que cette recherche s'insère dans le cadre d'une formation doctorale en psychologie. Ainsi, sachant que la construction et l'ajustement continu de la relation thérapeutique est centrale dans toutes formes de psychothérapie, sachant également que la place du corps en mouvement, composante centrale en TDM, offre une perspective interactive différente que celle documentée dans une psychothérapie verbale, nous estimons qu'il est pertinent de s'intéresser à l'expérience de la danse-thérapeute en séance thérapeutique, ainsi qu'aux dimensions intercorporelles et intersubjectives qu'elle met en œuvre.

De plus, nous croyons que le fait de s'intéresser et de chercher à documenter l'expertise de la danse-thérapeute et ce qu'elle met en œuvre dans l'exercice de sa profession peut permettre un enrichissement des connaissances pratiques enseignées dans les milieux d'enseignement, de formation continue et de supervision en TDM. Aussi, cela pourrait nourrir les réflexions en psychologie sur la question de la place donnée à l'expérience du corps et de son expressivité en psychothérapie.

Finalement, par l'entreprise de cette thèse, nous souhaitons donner la voix à l'expérience de la clinicienne, celle que l'on n'entend pas assez souvent de par son exigence de « discrétion absolue » (Freud, 1949), et d'écouter les différents niveaux d'expériences qui résonnent dans son discours. Nous sollicitons de ce fait la parole incarnée de la danse-thérapeute et proposons de décrire le savoir dont elle dispose.

1.3 Objectif de recherche

- 1) décrire une séance de danse-thérapie du point de vue de la danse-thérapeute
- 2) documenter les compétences mises en œuvre dans la relation de la danse-thérapeute avec son patient

1.3.1 Objectifs spécifiques de recherche

- a) Décrire l'activité professionnelle de la danse-thérapeute autour de ses différents savoirs
- b) Explorer les différentes dimensions (verbales, non-verbales, motrices et expressives) de l'interaction entre la danse-thérapeute et son patient lors d'une intervention thérapeutique
- c) Expliciter le vécu sensoriel, kinésique, émotionnel et cognitif de la danse-thérapeute

CHAPITRE 2

CADRE CONCEPTUEL

*I love to dance because I was scared to speak.
When I was moving, I could feel¹⁸.*

(Baush, 2002)

Nous présentons dans ce chapitre une synthèse des lectures qui ont orienté la réalisation de cette recherche et éclairé notre compréhension de la profession de danse-thérapeute. Les premiers écrits qui seront présentés sont ceux liés aux fondements historiques de la TDM. Nous situerons d'abord la danse dans l'histoire et feront ensuite un survol des origines artistiques et théoriques de la TDM. Nous exposerons ensuite la formation théorico-clinique à acquérir et la démarche à effectuer pour porter le titre et exercer la profession de danse-thérapeute. Puisque le corps dans ses mouvements et son expressivité est une dimension centrale de la TDM, il s'en suivra par la suite une réflexion sur la question du corps. Nous présenterons les textes théoriques et philosophiques sur la phénoménologie et la psychanalyse qui ont été consultés. Pour conclure, étant donné la multidisciplinarité impliquée dans l'étude de la TDM, nous précisons la définition de certains termes utilisés dans cette thèse, afin d'éviter toute ambiguïté de sens.

2.1 La danse, une pratique universelle et atemporelle

La danse est l'art de l'expression par le geste. Elle s'exprime par le corps, qui est l'ancrage même par lequel la vie est vécue. La danse est une pratique universelle, atemporelle et d'une grande valeur pour l'être humain. « L'histoire de la danse, c'est presque l'histoire de l'humanité ! » (1986, p. 7), avance Prudhommeau, historienne française de la danse. L'homme a en effet toujours dansé. La

¹⁸ Citation tirée de Roy, S. (2010, 30 mars). Step-by-step guide to dance: Pina Bausch/Tranztheater Wuppertal. The Guardian. <https://www.theguardian.com/stage/2010/mar/29/dance-pina-bausch-tanztheater-wuppertal>

danse a toujours été là pour l'homme, « plus ou moins développée, plus ou moins en honneur, mais toujours présente » (1986, p. 7). Elle l'a accompagné à travers son histoire, où elle fut un phénomène social d'intégration, un facteur de lien, un art de vivre, un agent de communication. À travers le temps, la danse a su adopter tantôt un rôle de rassemblement et de cohésion, tantôt un rôle éducatif, tantôt un rôle d'expression artistique, tantôt un rôle spirituel, mystique, sublimatoire, tantôt un rôle thérapeutique et de guérison. Depuis toujours, les hommes s'émancipent, se libèrent, s'expriment, partagent, jouent, prient, s'évadent, créent, par la danse. En fait, Prudhommeau précise que « [la danse] est un phénomène intimement lié à la civilisation dans laquelle elle se développe. Elle reflète les préoccupations majeures, mais aussi les goûts et les tendances » (1987, p. 87). Encore aujourd'hui, la danse se présente sous d'innombrables formes portées par des intentions différentes. Nous pouvons penser ici aux danses religieuses (célébration d'un rite de passage, prière en l'honneur du soleil ou de la pluie, rencontre avec les dieux, cérémonie magique, rite de sorcellerie, etc.), aux danses de divertissements (danses folkloriques, danses de cour et des paysans au Moyen- Âge, danses de bal ou de salon, danses de rue, etc.), aux danses spectaculaires (danse classique, danse moderne, danse de salon chorégraphié, danse de l'opéra chinois, etc.).

Somme toute, à travers le temps, hommes et femmes ont communiqué et célébré par la danse. Or, dans la culture moderne occidentale contemporaine, trop de gens estiment que la danse est un art savant, réservé à une population spécifique et à un corps spécifique, « sous prétexte qu'il y faudrait un corps agile et exercé » (2012, p. 23), appuie France Schott-Billman, danse-thérapeute et psychanalyste française. Par leur différence, les hommes, les personnes âgées, les personnes avec un handicap s'excluent souvent de cette activité. Toutefois, dans les cultures indigènes et anciennes, la danse était une activité qui faisait partie intégrante de la vie. Par exemple, à l'époque de l'Antiquité, tout le monde dansait, ajoute-t-elle : « les vieux, les jeunes, les boiteux, les bossus, avec ce qu'il a et ce qu'il n'a pas » (2012, p. 25). Ainsi, les anciens reconnaissaient l'importance des arts à l'équilibre individuel, social et cosmique. Effectivement, plusieurs grands penseurs, tels Platon, Socrate et Aristote, ont intégré la danse dans leur philosophie (Sheet-Johnstone, 1984). Précisément, la civilisation grecque donnait aux arts en général une place prépondérante au fleurissement de la culture. La danse relevait d'une célébration de la vie en communauté. En fait, pour le futur citoyen, l'éducation des arts était indispensable. « *Plato did not think of dance as an optional course of instruction, as an elective, but as a required disciplining of the physical*

*movement so natural to young children*¹⁹», appuie la phénoménologue Maxine Sheet-Johnstone (1984, p. 63). Le futur soldat devenait plus fort, plus courageux, plus harmonieux, plus sage, notamment par la pratique de la danse. Les pratiques artistiques, engageaient l'ensemble de l'être et visaient à intégrer l'individu à sa communauté et à le mettre en harmonie avec le cosmos. Enfin, les arts faisaient partie de l'éducation des hommes et représentaient un art de vivre.

Le présent travail s'articule dans un cadre de référence théorique humaniste. C'est pour cela que nous attachons une attention particulière à la place des arts et de la danse dans l'Antiquité gréco-romaine ; or, l'humanisme plonge ses racines dans la Renaissance européenne, cette transformation profonde de la société médiévale sur les plans intellectuel, culturel et artistique, qui a replacé l'homme au centre des préoccupations de celle-ci en s'inspirant de l'Antiquité (Delumeau, 1993).

En renouant avec les textes de l'Antiquité, les hommes de la Renaissance se sont intéressés à la manière dont les Anciens pensaient les arts, la littérature, l'amour (Delumeau, 1993; Jager, 2017). Ils ont adopté cette perspective selon laquelle, à travers les arts, considérés comme modes premiers de l'exploration de la condition humaine, l'homme donne du sens à la vie, raconte son histoire et celle d'autrui. L'humanisme de la Renaissance ne perçoit pas d'abord la danse comme une pratique religieuse, une pratique corporelle ludique ou un art savant, mais bien comme une manière de se rencontrer et de se raconter (Lawler, 1964).

2.2 Les origines artistiques et théoriques de la TDM

Pour décrire, mieux comprendre, documenter, voire penser le travail de la danse-thérapeute d'aujourd'hui, il semble naturel et essentiel de se questionner sur l'histoire de cette discipline, et plus particulièrement sur les liens qui se sont forgés entre les domaines de la danse, de la psychologie et du soin. Nous réalisons ainsi un survol historique de la TDM et dressons un portrait des assises artistiques et théoriques du développement de la TDM.

¹⁹ « Platon ne considérait pas la danse comme un cours facultatif, comme une option, mais comme une discipline obligatoire du mouvement physique si naturel chez les jeunes enfants. » (Sheets-Johnstone 1984, p. 63) [Notre traduction]

La TDM est une pratique thérapeutique relativement jeune, qui puise ses sources dans la danse moderne, cette dernière s'inscrivant dans le courant de la pensée humaniste. Parente de l'art-thérapie, pratique plus courante qui se popularise au XIX^e et XX^e siècles, la TDM naît aux États-Unis durant la première moitié du XX^e siècle et en Europe au début de la seconde moitié du XX^e siècle.

Courant de danse qui « prend ses racines à la fin du XIX^e siècle à partir d'une recherche qui se situe en marge des courants dominants rationalistes de l'époque » (Lesage, 2012, p. 336), la danse moderne se veut libre et expressive (Le Moal, 2008). Effectivement, en réaction aux codes établis de l'art de l'époque, le courant de la danse moderne priorise l'expérience et l'expression individuelles du danseur. La danse moderne se distancie du corps « contraint et maîtrisé » de la danse classique et met l'accent sur la créativité, l'expérience sensorielle du mouvement et le ressenti. Le corps s'affranchit ainsi des conventions traditionnelles, ce qui conduit à des changements majeurs dans l'exécution de la danse et du mouvement: les danseurs délaissent les pointes et exécutent leurs mouvements surtout pieds nus ; le tronc - pas seulement les membres inférieurs – devient moteur du geste; le torse s'exerce peu à peu dans toutes sortes de mouvements où chaque vertèbre de la colonne peut être articulée séparément; le corps est utilisé dans différents axes et niveaux de l'espace, pour ne nommer que ces exemples (Boursier, 1978; Ginot et Michel, 2008).

Les pionniers de la danse moderne – tels que Isadora Duncan, Ruth Saint-Denis, Ted Shawn – s'inspirent, entre autres, de la pensée et des travaux de François Delsarte, théoricien du mouvement du XIX^e siècle. Ils travaillent à une danse qui traduit une certaine esthétique du sentiment, où le corps est capable d'expression à partir d'éléments affectifs et intuitifs (Gauthier, 2012).

D'où ce corollaire-clé de la danse moderne : l'intensité du sentiment commande l'intensité du geste. Il s'agit d'une différence fondamentale – en principe du moins – avec la danse académique qui recherche l'exécution, portée au maximum de beauté formelle, de gestes codifiés sans rapport direct avec l'état mental de l'exécutant. » (Boursier, 1978, p. 228)

La danse moderne se définit alors par une nouvelle liberté du corps et du mouvement. La génération « pionnière » de la danse moderne donne à la danse une dimension expressive où le corps tout entier devient impliqué dans le mouvement et est développé dans un nouveau rapport à lui-même et à l'espace.

Marian Chace (1896-1970), Mary Whitehouse (1911-1979), Trudi Schoop (1903-1999), ont d'abord été des danseuses du courant américain de la danse moderne ; elles sont ensuite devenues pionnières de la TDM. Elles adaptent initialement des méthodes d'enseignement utilisées dans leurs cours de danse afin de travailler dans un but thérapeutique auprès de patients en milieu psychiatrique et d'anciens combattants (Lesage, 2012).

Marian Chace, fondatrice de l'ADTA en 1966, commence à travailler à l'Hôpital psychiatrique Saint-Elisabeth à Washington, D.C. en 1942. Sharon Chaiklin (s.d., cité dans ADTA, 2020b; Sandel et al. 1993), élève de Chace et membre fondatrice de l'ADTA, raconte qu'à l'époque, au sein de l'hôpital, de plus en plus de vétérans de la seconde guerre mondiale manifestaient de la souffrance psychologique. Dans le champ de la psychiatrie biologique, cette époque précède également l'émergence de pratiques médicales utilisant la médication psychotrope. Il y avait ainsi une certaine ouverture au sein des professionnels pour de nouvelles méthodes de traitement, notamment en contexte de groupe. C'est dans ce contexte que Marian Chace commence à offrir et à créer des activités nommées « *Dance for communication* », activités qui signent les balbutiements de ce qui est devenu aujourd'hui la TDM.

Nous citons ici un touchant témoignage d'un des psychiatres de l'hôpital décrivant avec surprise les effets de la nouvelle thérapie développée et menée par Marian Chace durant les années 1940 :

À voir ces patients psychotiques, très malades, et Melle Chace danser, on a l'impression qu'au travers de ce moyen, les patients ont la possibilité de faire un pas hors de leur monde resserré (« *step out their constricted world* ») et pour certains s'ouvrir vers l'extérieur/les autres (« *reach outward* »). Leurs mouvements semblent libres, faciles, confortables, [...] exprimant en déplacement et rythme ce qu'ils ne peuvent exprimer en mot ou en comportements sociaux conventionnels. Ce qu'ils font est à attribuer aux qualités inhabituelles de Melle Chace en tant que danse-thérapeute mais c'est aussi pour nous le rappel qu'il y a peu, pour ne pas dire aucun malade réellement « inaccessible ». (Chaiklin, 1975, cité dans Vaysse, 2006, p. 27)

Notant l'efficacité de leur travail, réalisé initialement de manière intuitive, les pionnières de la TDM commencent à faire des recherches sur les théories existantes en psychologie pouvant les orienter dans leur méthode de travail (Hartley, 2004). Les assises théoriques des modèles actuels de la TDM sont influencées notamment par les méthodes de pratique originellement élaborées par Marian Chace (Sandel et al., 1993).

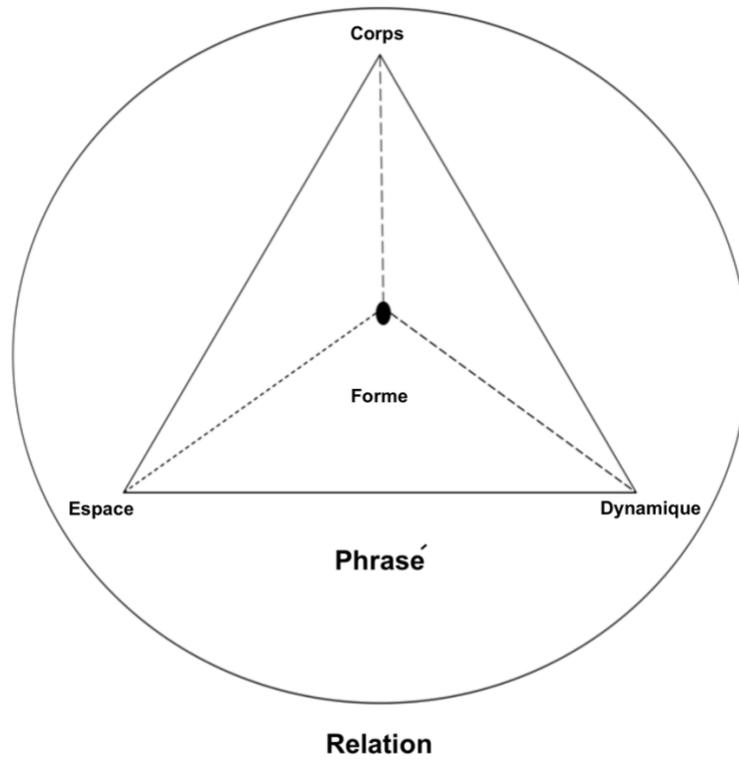
La danse-thérapie plonge aussi ses racines dans la « danse d'expression », un courant européen de la danse moderne qui prend son essor au début du XX^e siècle, à l'ère de l'expressionnisme artistique (Trautmann-Voigt, 2015). Des traits communs vont se dégager de ce courant aux identités et esthétiques multiples, dont la danse solo. Pratique qui puise dans le vécu sentimental du danseur, elle favorise notamment la proposition de nouveaux vocabulaires gestuels (Ginot et Michel, 2008). Le théoricien Rudolf Laban (1879-1958) représente une figure importante de ce courant et du développement de la danse à cette époque. En effet, son travail sur l'étude du mouvement humain offre à la danse un corpus théorique complet – et encore largement utilisé – en matière de compréhension et d'analyse du corps en mouvement (Ginot et Michel, 2008). Les travaux de Laban s'insèrent dans la communauté de la danse et sont enseignés dans des écoles et des centres de recherche en Europe et aux États-Unis.

La théorie de Laban propose l'étude des composantes de bases de tout mouvement du corps dans ses propriétés physiques et qualitatives, suggérant que les aspects du geste sont l'expression de l'expérience sensible et motivationnelle du danseur. En effet, « Laban s'intéressait peu à l'aspect technique du geste dansé, et recherchait avant tout l'ouverture de ses possibilités qualitatives, expressives et relationnelles. » (Harbonnier-Topin, Dussault et Ferri, 2016, p. 2) Le théoricien développe le système d'analyse du mouvement nommé *Laban Movement Analysis (LMA)*. Le LMA est une méthode et un langage permettant de décrire, visualiser et documenter une variété de mouvements humains, selon quatre grands axes soit le corps, l'espace, la forme et la dynamique (*Laban Bartenieff Institute of movement studies*, 2022). Cette systématique du mouvement permet ainsi de penser l'exécution du geste d'un point de vue kinesthésique, sensoriel et cognitif.

Nous présentons ici un schéma de base illustrant l'Analyse du mouvement selon Laban, selon les quatre facteurs du LMA. En parallèle à cette illustration, nous présentons un tableau exposant les questions qui peuvent être formulées pour décrire chacun de ces facteurs de mouvement²⁰.

²⁰ Le schéma et les questions sont tirés de Hackney, P. (1998). *Making connections. Total body integration through Bartenieff fundamentals*. Gordon and Breach.

Figure 2.1 Figure illustrant une vue d'ensemble du cadre d'analyse de Laban



Source: Hackney, P. (1998). Making connections. Total body integration through Bartenieff fundamentals. Gordon and Breach

Tableau 2.1 Grille de lecture de l'analyse du mouvement selon Laban

Corps	Comment est-il organisé? <i>Quel(s) type(s) de connexion(s) organisent l'ensemble du corps ?</i> <i>Quelles sont les parties du corps qui bougent ?</i> <i>Où le mouvement s'initie-t-il dans le corps ?</i> <i>Comment le mouvement traverse-t-il le corps?</i>	Respiration Connexion (p. ex. verticale, transversale, à partir du centre du corps) Attitude corporelle Coordination Lieux corporels inhibés, actifs (p. ex. parties du corps qui ne participent pas au mouvement) Lieux corporels d'initiation
Dynamiques	Quelle sont les qualités de mouvement? <i>Comment le danseur investit-il le mouvement selon les quatre facteurs?</i>	Espace Poids Temps Flux
Forme	Quelles formes prend le corps? <i>La forme change-t-elle par rapport à soi ou par rapport à l'environnement ?</i> <i>Quelle est le principal élément ou la qualité qui influence le processus de changement ?</i>	Formes corporelles (p. ex. linéaire, sphérique) Flux de forme (ce qui soutient la mise en forme) Modalités de changement de forme (p. ex. mouvement directionnel) Qualités de forme (p. ex. s'avancer, s'abaisser)
Espace	Comment est-il utilisé? <i>Quel volume occupe la kinesphère du danseur et comment est-elle vécue?</i> <i>Où se dirige le mouvement?</i> <i>Comment le mouvement est-il organisé dans l'espace?</i> <i>Quelles sont les dimensions spatiales investies?</i>	Kinesphère Directions Plans Diagonales Transversales
Phrasé	Comment le danseur combine-t-il les différents facteurs de mouvement? <i>Quels facteurs sont utilisés et comment sont-ils organisés dans le mouvement?</i>	
Relations	Comment sont-elles établies? <i>Comment les différentes qualités de mouvement interagissent-elles ensemble : entre les différentes parties du corps, avec autrui et avec l'espace?</i>	

Sources:

- Hackney, P. (1998). *Making connections. Total body integration through bartenieff fundamentals.* Gordon and Breach.
- Lesage, B. (2012). *La danse dans le processus thérapeutique.* Érès.

Plusieurs danseuses du courant européen de la danse moderne, dont Marie Wigman et Trudi Shoop, séjournent aux États-Unis durant la seconde guerre mondiale, portant avec elles l'enseignement de Laban. Leurs idées artistiques y sont bien reçues et contribuent au développement du champ de la danse, dont profitera la TDM (Vaysse, 2006).

Les outils d'analyse de mouvement développés par Laban, et ensuite par Irmgard Bartenieff, sont à ce jour une référence théorique clé dans la pratique des danse-thérapeutes (Hartley, 2004). En fait, la formation aujourd'hui de TDM inclut le système d'analyse du mouvement de Laban, et à notre connaissance, nombre de danse-thérapeutes aux États-Unis ont la certification CMA (*Certified movement analysis*), certification donnée par l'institut américain *Laban/Bartenieff Institute of Movement Studies* (LIMS)²¹.

L'émergence de la psychologie à la fin du XIX^e siècle s'insère en parallèle aux remaniements historiques de la danse que nous venons d'évoquer. « Cette quasi-simultanéité [des courants] facilite l'association de la danse, quel qu'en soit le style, à une pensée à visée thérapeutique dans le sens où elle s'avère très intéressée par les mécanismes intérieurs sous-jacents à l'expressivité visible » (Vaysse, 2006, p. 88). Nous sommes ainsi à une époque-charnière où le monde de la danse rencontre celui de la psychologie. L'attention que portera la psychologie – et particulièrement la psychanalyse – sur les processus internes de l'individu, la théorisation du fonctionnement de l'appareil psychique ainsi que la fonction du corps comme véhicule expressif des conflits internes et dépositaire de l'histoire de l'individu, aura une influence considérable dans la théorisation de la TDM.

Circonscrire les ancrages théoriques de la TDM est une tâche difficile et hasardeuse. En effet, nous notons chez les pionnières de cette discipline un croisement d'influences dans l'élaboration de leur technique et de leurs réflexions théoriques (c.-à-d. un métissage entre les parcours professionnel, culturel et artistique des danseuses qui sont inévitablement influencés par le contexte social et politique dans lequel ils s'inscrivent). De plus, la démarche même de la danse-thérapeute se veut ouverte, inventive et fertile. Tenter de définir à proprement parler une filiation théorique va à l'encontre du processus créateur que la TDM continue de promouvoir (Vaysse, 2006), et qui varie

²¹ <https://labaninstitute.org>

selon le professionnel. Finalement, le caractère nouveau et mouvant de cette profession nous donne peu de recul historique, rendant la tâche encore plus délicate. Par ailleurs, cette absence de délimitation du champ théorique renforce toutefois l'importance de préciser les principaux appuis théoriques qui ont travaillé la profession depuis ses débuts et nous amène à proposer ici ses principales filiations.

Dans le champ de la psychologie et de la psychothérapie, nous retenons notamment l'influence de théories sur la psychologie du développement, la psychologie analytique ainsi que des références théoriques psychanalytiques. Nous présentons de manière succincte les références sur lesquels se sont appuyés les pionniers de la TDM dans le développement de leurs techniques et modalités de travail.

Pour Marian Chace, la danse est une forme de communication et il est possible d'interagir à travers celle-ci. Elle reconnaît en effet la possibilité pour l'individu de s'exprimer émotionnellement à travers une élaboration symbolique et rythmique du mouvement, soutenu par l'établissement d'une relation thérapeutique empathique et de confiance (Sandel et al., 1993). L'approche de Chace est ainsi très centrée sur la communication et relation au sein d'un groupe. Dans le développement de sa méthode de travail, Chace est influencée par l'enseignement de la psychanalyse. Elle s'inspire, entre autres, de la pensée de la psychanalyste Frieda Fromm-Reichmann, qui reconnaît « l'importance des phénomènes corporels [c.-à-d. sensations et symptômes physiques] dans le traitement psychothérapeutique²² » [Notre traduction] (Siegel, 1993, p. 169). Chace comprend et interprète « la posture, la tension musculaire, les schémas respiratoires et les difficultés de coordination comme des manifestations de conflits intérieurs » [Notre traduction] (Siegel et al., 1999, p. 13). Il est également possible de repérer dans sa pratique l'introduction de quelques préceptes psychanalytiques, dont la notion d'ajustement aux stades de développements et aux défenses psychologiques des patients :

Chace's method of reflecting in her own body the moods and rhythms of her patients replicated in a direct way the mirroring which had been missing in her patient's development. She appears to have been able to an amazing degree to create the

²² « the importance of body phenomena in a psychotherapeutic treatment. » (Siegel, 1993, p. 169)

*conditions of the rapprochement phase in which the toddler loves to share his experiences with the significant other but is also extremely vulnerable to even brief separations. Chace was also able to tolerate well the storms of the separation-individuation time when precursors of defenses are in their nascent state. Patients who do not talk about their difficulties will show in their pushing way, not looking at the therapist, ignoring the therapist's coming and going, and in their imitation of her behavior, the physical precursors of later psychological defense mechanisms*²³. (Siegel, 1993, p, 171)

Mary Whitehouse s'inspire de la pensée du psychiatre Carl Gustav Jung et utilise la danse comme médium d'exploration de l'inconscient (Lesage, 2012). Whitehouse « emprunte le terme jungien *d'imagination active* ou *créative* pour évoquer le processus pendant lequel – la conscience étant présente mais non directive – la vie intérieure et fantasmatique peut affleurer et s'exprimer activement par la poésie, la sculpture, la peinture... et la danse » (Vaysse, 2006, p. 103). Whitehouse développe sa technique qu'elle nomme *Mouvement authentique* où celui qui se meut (*the mover*) doit apprendre à se laisser bouger par le mouvement et à partir de ses impulsions intérieures chargées d'émotions, d'histoire passées, de fantaisies, de rêves: « *If you follow your innermost feelings and let these impulses room to develop into physical action, then this would be Active Imagination in motion, just as the visualization of internal images represents Active Imagination in fantasy*^{24 25}» (Whitehouse, 1963, cité dans Trautman-Voigt, 2015, p. 852).

²³ « La méthode de Chace, qui consistait à refléter dans son propre corps les humeurs et les rythmes de ses patients, reproduisait de manière directe la fonction de miroir qui avait fait défaut dans le développement de ses patients. Elle semble avoir été capable, à un degré étonnant, de créer les conditions de la phase de rapprochement dans laquelle le jeune enfant aime partager ses expériences avec son autre significatif mais est aussi extrêmement vulnérable aux séparations, même si celles-ci sont brèves. Chace a également été capable de bien tolérer les crises de la période de séparation-individuation lorsque les mécanismes de défenses sont à peine développés. Les patients qui ne parlent pas de leurs difficultés montreront, dans leur façon de résister, en ne regardant pas le thérapeute, en ignorant les mouvements de va-et-vient du thérapeute et en imitant son comportement, les précurseurs physiques des mécanismes de défense psychologiques ultérieurs. » (Siegel, 1993, p. 171) [Notre traduction]

²⁴ « Si vous suivez vos sensations les plus profondes et laissez ces impulsions se développer en une action physique, il s'agira alors de l'Imagination active en mouvement, tout comme la visualisation d'images internes représente l'imagination active fantasmatique. » (Whitehouse, 1963, cité dans Trautman-Voigt, 2015, p. 852) [Notre traduction]

²⁵ Nous n'avons pu accéder à la source originale citée dans Whitehouse, M.S. (1963). *Physical movement and personality*. Lecture for the Analytic Psychology Club, Los Angeles, CA.

Native de la Suisse, Trudi Shoop émigre en Californie du Sud dans les années 40. Elle utilise dans sa pratique les éléments fondamentaux de la danse et du mouvement (c.-à-d. posture, geste, mouvement, image du corps, rythme, respiration) et vise à élargir les possibilités d'expression des patients par le développement de la conscience du corps et de leur environnement (Trautman-Voigt, 2015; Lesage, 2012). Elle travaille auprès de patients souffrant de schizophrénie et est influencée par la pensée de Jung, notamment sur ses travaux sur le concept de dissociation. Shoop observe chez ses patients des manifestations corporelles de clivage qu'elle met en lien avec les processus psychiques propres à la psychose dissociative :

Je me souvenais des propos du professeur de psychiatrie Eugène Bleuler (rencontré à Zurich [et disciple de Jung]) sur la dissociation (*die spaltung, the split*). Je voyais maintenant dans le corps du schizophrène (*schizophrenic body*) le terme qu'il utilisait pour définir la pensée du schizophrène (*schizophrenic mind*). Ils étaient dissociés dans leurs tensions (musculaires), dans leurs expressions [...]. Ces clivages semblent survenir dans chaque composante du mouvement ou dans chacune de leurs combinaisons. (Shoop et Mitchell, 1974, p. 67)

Nous retrouvons dans l'œuvre de Shoop d'autres références jungiennes telles que le concept d'énergie vitale créatrice, qui semble renvoyer au concept freudien de libido qu'elle cherche « à éveiller par un travail corporel » (Lesage, 2012, p. 339). La dimension qui prévaut dans sa pratique est celle d'un travail de symbolisation de l'expérience psychique par le corps et à travers le mouvement.

En France, vers la fin des années 1950, Rose Gaetner (1924-2011) introduit la danse à des fins thérapeutiques en contexte hospitalier pédopsychiatrique (Vaysse, 2006). Danseuse classique et psychomotricienne²⁶ de formation, elle est connue particulièrement pour son travail auprès d'adolescents souffrant de troubles psychotiques et autistiques. Sur le plan théorique, Gaetner s'intéresse notamment à l'impact de l'état émotionnel du patient sur son organisation tonique et posturale. Elle s'appuie sur les travaux des psychanalystes Sigmund Freud, Julian de Ajuriaguerra et du psychologue Henri Wallon. Elle propose une pratique centrée sur le renforcement narcissique à travers un travail d'imitation en miroir, ainsi que sur l'investissement d'une danse coordonnée

²⁶ Le travail de psychomotricien.ne est une profession paramédicale reconnue en France par l'État. Le ou la psychomotricien.ne se spécialise dans l'évaluation et l'intervention des troubles psychomoteurs, proposant une prise en charge globale du patient d'un point de vue fonctionnel et psychologique.

basée sur la forme et l'esthétique de la musique et la danse classique (Gaetner, 2000; Lesage, 2012; Vaysse, 2006). Les notions de stades du miroir, d'identification primaire, de dialogue tonico-émotionnel, et de l'art comme processus de sublimation sont retrouvés dans ses écrits. Elles sont réfléchies à la lumière de la pratique de la danse-thérapeute et utilisées dans sa compréhension conceptuelle.

Dans les paragraphes précédents, nous nous sommes penchés sur la filiation de la danse moderne, courant qui a historiquement le plus influencé la TDM en Amérique du Nord. Précisons au passage que la TDM puise ses sources aussi dans le courant primitiviste s'inspirant de la culture jazz et du folklore noir américain. De ce courant s'est développé une technique de danse nommée *Expression primitive*, introduit initialement par le danseur et chorégraphe haïtien HERNS Duplan. Cette technique est retravaillée par la psychanalyste France Schott-Billman (assistante de Duplan). Elle en fait une technique en TDM qui s'appuie sur des concepts psychanalytiques de Lacan et de Freud.

D'un point psychanalytique topique, Schott-Billman (2001) compare le domaine du « primitif » à la dimension de l'inconscient et au domaine du *ça*. « La danse, [en Expression primitive], est un art qui humanise, pour autant que symboliser ses pulsions suppose d'avoir réussi à limiter leur toute-puissance, donc à se libérer de leur esclavage en les contraignant à se couler dans des moules symboliques socialisants » (Schott-Billman, 2015, p. 36). À partir de rythmes organiques de pulsation, de balancement et de répétition, Schott-Billmann oriente son travail autour des fonctions festives et socialisantes de la danse (Vaysse, 2006). Depuis une vingtaine d'années, son approche est enseignée dans différents pays d'Europe.

Soulignons enfin l'apport des méthodes thérapeutiques expressives et expérientielles développées au cours des années 1960-1970 aux États-Unis dans la théorisation de la TDM (Geuter, 2015; Trautmann-Voigt, 2015). Cette époque représente une période féconde pour la psychologie humaniste et se démarque notamment par le développement de nouvelles notions en psychothérapie telles que le concept de l'empathie, de la conscience de soi, d'introspection, du besoin d'auto-actualisation, ainsi que de techniques thérapeutiques non directives. Ainsi, en lien avec la TDM:

[i]n an atmosphere receptive to such concepts as sensing one's body and holistic experiences in the here and now, possibilities were being explored to regain the

*potential of using body language, movement, rhythmic-dynamic expression, and the ability to express oneself using artistic symbolism to treat psychological and psychosomatic disorders*²⁷. (Traumann-Voigt, 2015, p. 849)

2.3 La TDM et la formation professionnelle

Aujourd'hui, la profession de danse-thérapeute est encadrée par des instances officielles, comme l'ATDMC et l'ADTA, qui visent « à promouvoir, soutenir et perfectionner la pratique de la TDM » (ATDMC, s.d.-b). Ici ou à l'international, selon les normes de ces associations officielles, la pratique de la profession de danse-thérapeute demande une formation universitaire de niveau maîtrise. Cette dernière exige une formation théorique en psychologie, en observation et analyse du mouvement, en plus de suivre plusieurs cours théoriques et d'accomplir des stages cliniques supervisées en TDM (ADTA, 2020c).

À ce jour, puisqu'il n'existe toujours pas d'organisme canadien de certification de la TDM, les danse-thérapeutes souhaitant pratiquer au Canada doivent adhérer à l'accréditation de l'ADTA. Afin d'obtenir le titre de *Registered Dance/Movement Therapist (R-DMT)*, l'accréditation américaine propose deux voies possibles de formation. La première consiste en l'obtention d'une maîtrise accréditée en danse-thérapie aux États-Unis ou dans un autre pays offrant un programme d'étude équivalent. La deuxième se nomme la « voie alternative ». Cette option requiert un diplôme universitaire de niveau maîtrise ou supérieur dans un domaine connexe relié à la santé, les arts ou la danse. En plus, l'étudiant doit avoir un minimum de cinq années d'expérience en danse, compléter des cours théoriques de deuxième cycle en TDM, anatomie et en psychologie, et faire 700 heures de stage (ADTA, 2020c ; ATDMC s.d.-b).

L'accréditation R-DMT représente le premier niveau de compétence pouvant être obtenu afin de pratiquer la profession de danse-thérapeute dans un milieu clinique ou scolaire. La certification intitulée *Board Certified Dance/Movement Therapist (BC-DMT)* peut être obtenue après

²⁷ « Dans une atmosphère réceptive à des concepts tels que la perception du corps et les expériences holistiques dans l'ici et le maintenant, des nouvelles pistes étaient explorées afin de retrouver le potentiel de l'utilisation du langage corporel, du mouvement, de l'expression rythmique et dynamique et de la capacité de s'exprimer par le moyen du langage artistique et symbolique dans le traitement des troubles psychologiques et psychosomatiques. » (Traumann-Voigt, 2015, p. 849) [Notre traduction]

l'obtention de l'accréditation R-DMT et la réalisation d'exigences et d'expériences cliniques supplémentaires. Cette accréditation offre la possibilité aux danse-thérapeutes d'enseigner et d'offrir de la supervision dans le domaine et, si cela est souhaité, de développer une pratique privée (ADTA, 2020c).

Nous avons jusqu'ici survolé la littérature entourant les assises artistiques et théoriques sur lesquelles s'est développée la profession de danse-thérapeute. Nous avons également exposé la démarche académique exigée aujourd'hui pour l'obtention de l'accréditation du titre de danse-thérapeute. Nous rappelons que notre objectif de recherche vise à décrire une séance de TDM du point de vue de la danse-thérapeute et de documenter les compétences qu'elle met en œuvre. Pour développer une compréhension de l'expertise professionnelle de la danse-thérapeute, il nous semblait nécessaire de prendre connaissance du passé et du présent qui constitue cette profession. Nous avons ainsi consulté divers écrits qui nous ont permis de nous informer et de réfléchir à l'histoire, aux fondements de la TDM et à la formation des danse-thérapeutes.

Lesage (2012) nous rappelle que danser concerne le corps et que le sujet danse, bouge, se met en action en fonction du rapport qu'il entretient avec son corps. De plus, tel qu'il a été mentionné précédemment, le corps en mouvement et son expressivité est une composante centrale en TDM : il est à la fois le moyen d'évaluation et le mode d'intervention de la danse-thérapeute (ATDMC, s.d.-b). Nous ouvrons subséquemment une réflexion théorique sur la question du corps dans la clinique et situons plus spécifiquement la TDM dans une perspective existentielle phénoménologique.

2.4 La question du corps

L'historien Vigarello (2000) rappelle que la question du corps est complexe et que l'espace du corps est un espace qui est très peu homogène. Effectivement, ce qu'on appelle « corps » peut se définir à partir de muscles, de tissus, d'une certaine apparence, d'une expression, d'éléments psychologiques, d'éléments matériels, d'une multitude de gestes, etc. Ainsi, lorsque nous ouvrons une réflexion sur le corps, nous sommes confrontés à différentes perspectives sociologiques, philosophiques et scientifiques sur la représentation même de celui-ci. Ces différences fondamentales de points de vue teintent notre lecture du corps et notre investissement à son égard.

À titre d'exemples et d'un point de vue scientifique, la médecine - et plus particulièrement en occident - conçoit le corps dans son sens anatomique. Le corps devient un organisme constitué de structures chimiques ou physiques, ou un objet d'investigation. L'être qui est malade est alors réduit à son corps, où le clinicien cherche à trouver « dans le corps » ce qui cause la douleur ou le mal-être. La dimension expérientielle de la maladie est rejetée ou passe en second plan (Perrier, 2016). En neurologie ou en neuropsychologie, le corps est « cet intermédiaire qui nous fournit du matériel sensoriel que notre cerveau élabore ensuite sous forme de représentations » ou de circuits neuronaux (Wykretowicz et al., 2015, p. 389). En psychologie, le corps n'est pas forcément pensé comme tel, mais plutôt réfléchi à travers ses manifestations, c'est-à-dire à travers les rêves, les émotions, les actions et comportements, les pensées, les réactions contre-transférentielles, etc. Par exemple, selon la perspective de Freud, le corps est à la fois siège de l'énergie libidinale et lieu symptomatique (Bernard, 1995; Dejours, 2009). Selon une perspective existentielle, il est pensé plutôt comme ancrage et lieu d'ouverture au monde. Ou encore, selon certaines orientations psychocorporelles, le corps est appréhendé comme lieu dépositaire et d'expression des conflits psychiques.

Dans cette section sur la question du corps, nous abordons et situons le corps d'après une perspective successivement naturaliste/cartésienne, phénoménologique et psychanalytique, soit trois courants de pensée qui attribuent au corps « des caractères » spécifiques et distincts. Nous terminons en inscrivant la TDM dans la perspective phénoménologique, soit l'approche philosophique existentielle que nous avons sélectionnée pour penser et ancrer théoriquement cette pratique.

2.4.1 Distanciation de la pensée scientifique et de la pensée cartésienne

La conscience historique contemporaine, « conscience directrice des sciences humaines modernes » (Dutt, 1998, p. 33), influence le regard que l'on porte sur le corps. En effet, héritière de la pensée cartésienne, la pensée moderne a longtemps pensé le corps comme un élément de connaissance que l'on instrumentalise et que l'on manipule. Cette pensée rejoint en fait celle de la pensée dite scientifique, où il y a tentative d'objectivation du corps. Selon cette attitude, le corps est premièrement biologique, désincarné, enlevé d'un contexte originalement signifiant. Ainsi, avant

de penser comme Merleau-Ponty à l'expérience du corps telle une donnée constitutive de l'existence humaine, le corps est placé du côté de l'extériorité, où il est pensé comme machine, matière, masse, réduit à un instrument de l'homme, faisant de celui-ci une réalité soumise, distincte, *mutée* par l'âme (LeBreton, 2002). « [I]l est certain que moi, c'est-à-dire mon âme, par laquelle je suis ce que je suis, est entièrement et véritablement distincte de mon corps, et qu'elle peut être ou exister sans lui », affirme Descartes dans *Méditations métaphysiques* (1641, p. 119).

Perpétuellement dans l'ombre des traditions philosophiques platonicienne, chrétienne et cartésienne, le corps est finalement interrogé soit en référence à l'âme, à l'esprit, à la conscience, sièges de la pensée rationnelle, mais n'est jamais suffisant en lui-même (Richir, 1993). Qu'il soit cette chose matérielle ou une *prison de l'âme* telle que l'énonce Platon, le corps est considéré comme inférieur à l'esprit, continuellement pensé en référence à un autre, à la raison, lui donnant sa consistance et sa reconnaissance. Le corps s'oppose ainsi à l'esprit, identifié selon Descartes comme « substance immatérielle » et dont l'attribut principal est la pensée (Gillot, 2007). Il faudra attendre le développement de la pensée humaniste existentielle et phénoménologique pour réfléchir à l'existence autrement, et établir un nouveau rapport entre la conscience et le corps. Le platonisme sera renversé et le dualisme cartésien unifié. La pensée phénoménologique repense alors l'existence comme un être au monde qui est incarné et situé. Plus spécifiquement, elle reconnaît que l'existence humaine est située dans le temps et l'espace puisqu'elle se vit dans et par le corps, donnant une place à l'expérience comme mode de connaissance (Bernard, 1995). C'est à partir de cette compréhension conceptuelle que s'installe ainsi une réflexion existentielle sur le corps vécu.

2.4.2 Le corps vécu selon la pensée de Merleau-Ponty

Dans *Phénoménologie de la perception* (1945), Merleau-Ponty se distance de la dualité ontologique corps-esprit et renonce au statut de spectateur auquel la philosophie cartésienne a réduit la conscience. Il pense l'engagement de la conscience dans le monde et cherche à rendre à celle-ci « l'épaisseur et l'opacité d'une existence », c'est-à-dire une corporéité (Merleau-Ponty, 1945). Ainsi, il ne cherche pas à descendre la conscience dans le corps, mais de rejoindre le corps et la conscience en une unité, où on ne parle plus du corps, n'y de la conscience, mais de l'être.

S'inspirant de la phénoménologie de Merleau-Ponty, le philosophe Michel Bernard définit la notion de « corporéité » comme suit:

[L]a dimension instable, hétérogène et multiple du corps, compris non plus comme réalité objective mais réseau sensoriel, pulsionnel et imaginaire. La corporéité recouvre une entité meuble, faite d'activité perceptive et fictionnalisante, modulée par l'histoire individuelle et collective du sujet, où matérialité corporelle, désir, pulsion, langage, geste et imaginaire s'entrecroisent et s'interpénètrent. (Ginot, 1999, p. 707)

La phénoménologie de la corporéité explique que l'engagement de l'être dans son expérience, passe directement par l'expérience vécue du corps. Elle soutient que « l'existence est une incarnation perpétuelle » (Merleau-Ponty, 1945, p. 194), antérieure à la distinction de l'objet et du sujet. L'être se réalise lui-même dans sa relation aux choses, et ce, à travers un corps engagé dans une relation de va-et-vient entre soi et le monde. Autrement dit, c'est depuis l'expérience d'une subjectivité, indifférenciée du moi et du monde, depuis « l'événement transcendantal » (Merleau-Ponty, 1945, p. 466) que l'être se réalise. Le corps dit phénoménologique représente alors une dimension incarnée du sujet, originairement lié au monde, à soi et à l'autre, dont les limites du corps-objet et du corps-sujet sont brouillées. Plus simplement, il s'agit donc d'un corps qui est à la fois véhicule expressif et manière d'être-au-monde. Notre corps est ce « nœud de significations vivantes dans lesquelles on ne peut distinguer la matière " sensible " de la forme " intelligible " » énonce la philosophe Françoise Dastur (1993, p. 18). À la fois touché et touchant, senti et sentant, l'être entre en communication « dans le milieu équivoque de l'être incarné » (Dastur, 1993, p. 15). Le corps n'est donc ni totalement un corps-sujet, ni totalement un corps-objet, mais un être appartenant au monde en tant que « corps vécu », donc sensible, éprouvé, ouvert à de nouvelles relations et expériences.

L'expérience du toucher par exemple, est une expérience perceptive partagée. Je ne peux toucher l'autre sans être touché moi-même, me plaçant à la rencontre de moi et de l'autre (Bois, Josso et Humpich, 2009). Terrain fertile de l'expérience, le corps est par conséquent pensé comme un corps relationnel, une ouverture à l'autre. Lié aux autres corps et aux choses, il coexiste avec eux. « L'incomplétude de mon corps, son ambigüité comme corps touchant et corps touché, [...] sont des structures du corps lui-même et pour les comprendre, [...] il faut *être* ce dont on *parle* et " communiquer intérieurement avec le monde, le corps et les autres, et être avec eux au lieu d'être à

côté d'eux " » (Dastur, 1993, p. 17). Dans *Le visible et l'invisible* (1964), Merleau-Ponty décrit cette expérience du corps comme un vécu réversible et entremêlé à deux dimensions, c'est-à-dire qui est à la fois sensible et signifiant. Il introduit la notion de chair du monde, soit « cette membrure du monde, structure à laquelle j'appartiens, et qui empiète sur moi » (Merx, 2016, p. 46). Si le corps est à la fois chose parmi les choses et ce « champ de présence ouverte » qui se détache d'elles, la chair est cette insertion réciproque du corps sentant dans le corps sensible. Je ne perçois les choses que parce qu'elles m'entourent et me traversent, parce qu'elles s'inscrivent en moi et me confirment. L'inscription charnelle du corps parmi les choses, devient en ce sens l'unique moyen d'aller au cœur de celles-ci, en le faisant monde et en les faisant chair (Merleau-Ponty, 1964).

2.4.2.1 L'enracinement de l'existence dans l'espace

Si le corps phénoménologique n'est pas posé à côté de la conscience, il n'est pas non plus séparé ou uni à celle-ci. En fait, le corps n'est plus de l'ordre d'une représentation, mais vécu dans son engagement au monde, « dans un mouvement d'existence » (Merleau-Ponty, 1945). De plus, Merleau-Ponty nous enseigne que l'expérience propre du corps nous arrive à travers celle d'un corps sensible, mouvant et perceptif. La vision, le toucher, le mouvement, l'expérience motrice sont des manières de nous lier au monde et d'y accéder. Plus précisément encore, ces expériences nous traversent grâce à un corps qui n'est pas dans l'espace, mais qui est à l'espace, c'est-à-dire qui répond aux sollicitations s'exerçant sur lui sans aucune représentation (Merleau-Ponty, 1945). Effectivement, le corps en mouvement habite l'espace au sens où il ne subit pas l'espace (ni le temps), mais l'assume de manière active, le modifie et le structure par ses actions. Ainsi, « [l]e mouvement n'est pas la pensée d'un mouvement et l'espace corporel n'est pas un espace pensé ou représenté. Chaque mouvement volontaire a lieu dans un milieu, sur un fond qui est déterminé par le mouvement lui-même. » (Merleau-Ponty, 1945, p. 160). Selon le phénoménologue, l'expérience perceptive, le mouvement ou la motricité sont donc compris comme « intentionnalité originale ». En ce sens, « la conscience est originairement non pas un "je pense que" mais un "je peux" » (Merleau-Ponty, 1945, p. 160).

De plus, pour Merleau-Ponty, l'espace n'est pas un milieu clos, organisé, logique dans lequel se disposent les choses (Madioni, 2004; Simms, 2008). L'espace est identifié plutôt comme « le moyen par lequel la position des choses devient possible » (Merleau-Ponty, 1945, p. 163). Simms

explique autrement que l'expérience de la spatialité nous parvient par une expérience sensible du corps qui à partir de celui-ci ouvre l'espace en lieux signifiants :

*Touch gives us the contours of things at arm's reach, their texture, their coolness, their weight. [...] The ear pinpoints coming and going and, especially in the dark, is attuned to the particular sounds that announce a comforting or threatening presence in space. The nose provides us with the traces of things that have happened or will happen in this particular space, and the memories it leaves with us are the deepest and least reflected.*²⁸ (Simms, 2008, p. 28)

Pour comprendre la réalité de l'espace, il ne faut donc pas envisager l'espace comme point duquel je me déplace ou en termes de contenu ou d'étendue, mais envisager le corps et l'espace dans une dynamique relationnelle de réciprocité et d'enveloppement. La corporéité est effectivement déjà à l'espace. Le sujet est ainsi concerné par l'espace de par sa condition humaine incarnée et située. Il éprouve et s'approprie les choses à partir d'une seule perspective, soit celle de son corps, qui s'inscrit dans un espace et même un temps qui lui sont propres.

Comme nous commençons à le voir, la relation du sujet à son monde est un aspect central de la réflexion phénoménologique (Madioni, 2004). En psychologie clinique, la démarche thérapeutique phénoménologique, ou préférablement la psychothérapie dite existentielle pour reprendre la terminologie du psychiatre et philosophe Ludwig Binswanger, cherche à mieux comprendre et à saisir le *vécu*, et ce, à partir d'une réflexion sur l'existence telle qu'elle se présente et se manifeste en clinique. Pour le phénoménologue, rappelons-le, le corps est à l'espace et le monde est donné à l'être par l'espace. Ainsi, chaque existence dans son *être-au-monde* réalise une ouverture au monde et ne peut être compris qu'à partir du monde du sujet, de son *espace vécu* (Madioni, 2004). Nous proposons ici de mieux comprendre comment d'un point de vue clinique, s'articule la question de la spatialité dans la pensée de Binswanger.

²⁸ « Le toucher nous donne les contours des choses à portée de main, leur texture, leur fraîcheur, leur poids. [...] L'oreille repère les allées et venues et, surtout dans l'obscurité, est à même de percevoir ces sons particuliers qui annoncent une présence réconfortante ou menaçante dans l'espace. Le nez nous fournit les traces de ce qui s'est passé ou se passera dans cet espace particulier, et les souvenirs qu'il nous laisse sont les plus profonds et les moins réfléchis. » (Simms, 2008, p. 28) [Notre traduction]

Dans *Le problème de l'espace en psychopathologie* (1998), Binswanger s'intéresse à la question de l'expérience de la spatialité dans la pathologie. En donnant au corps son statut existentiel, il invite à analyser les structures d'espace qui marquent l'expérience du malade comme des structures *existentielles* dévoilant le sens de son rapport au monde, lequel s'ordonne autour d'articulations spatiales telles que la chute et l'ascension (Binswanger, 2012; Delbraccio, 2009). Par exemple, l'auteur analyse l'expérience vécue de la déception et la comprend comme une chute : « ontologiquement parlant, nous heurtons le fond », souligne-t-il (Binswanger, 2012, p. 41). Binswanger observe ainsi les modes d'être de ses patients et analyse leurs comportements spatiaux et dysfonctionnements dans l'expérience de l'espace (De Gandt, 2006). La phénoménologue et psychanalyste Caroline Gros, qui a consacré une thèse à Binswanger, précise ainsi ce propos :

[...] Binswanger se tourne vers les *formations de sens* spatiales toujours en formation *en nous* pour relever que notre conscience *intime* de l'espace est *en perpétuelle variation*. [...] l'espace en tant qu'il est celui de notre prise plus ou moins ferme sur le monde, est sujet à des turbulences. Qu'elle se manifeste par des hauts et des bas, des sautes d'humeur, des sentiments d'ivresse et de légèreté, la coloration de l'espace est la manière dont le monde s'ouvre à nous. (Gros, 2009, p. 246)

Pour donner un second exemple plus détaillé de la notion de l'espace *vécu* en clinique, Binswanger étudie l'expérience de la manie et détermine une manière d'exister propre à cette psychopathologie. Il décrit le mode d'existence « bondissant » de la manie. D'un point de vue temporel, la personne vit dans l'instantanéité et d'un point de vue spatial, elle bondit à la surface des choses (Gros, 2009). Le rapport à l'espace de la personne maniaque est alors caractérisé par un rétrécissement des distances et une perte de relief (De Gant, 2006).

Dans la manie, les analyses subtiles de Binswanger montrent que la spatialité maniaque est rétrécie d'une autre manière. Tout est proche, rapidement à portée, tout est possible et accessible. Les tâches à accomplir sont toutes aisées, avec un sentiment de toute puissance et une allure générale de bondissement ou de sautillerment. (De Gant, 2006, p. 122)

Ainsi selon cette analyse existentielle, la légèreté et la fuite des idées de la manie renvoient au manque de pénétration et de profondeur du sujet dans son rapport au monde, compris comme une carence spatiale ou un appauvrissement de l'espace chez celui-ci (Gros, 2009).

Somme toute, à travers ses analyses sur la spatialité, Binswanger appréhende l'univers situé et singulier du malade et propose une compréhension originale de la psychopathologie par une analyse de la signification existentielle des phénomènes psychiques.

Ces conceptions de la corporéité et de la spatialité nous font voir comment aucun phénomène ne peut être saisi hors de sa position et de sa manifestation dans l'espace - et le temps (Madioni, 2004). C'est par le corps, noué au monde, que l'espace est donné au sujet (Madioni, 2004; Merleau-Ponty 1945). Ainsi, l'expérience vécue se constitue depuis cette connexion étroite et directe entre le corps et le monde, où par son expérience perceptive, le corps « habite le sens qu'il exprime » (Lebrument, 2013, p. 377). Pris dans le champ de la signification, le corps est le moyen de percevoir, de s'engager et de donner un sens au monde (Young, 2017). Cette compréhension phénoménologique du corps vécu sera au cœur de notre étude, puisqu'elle permet de réfléchir au statut existentiel du corps en thérapie et de réhabiliter par le fait même le patient ainsi que la thérapeute dans leur statut de sujets, tous deux entrelacés au monde et parties prenantes de l'expérience thérapeutique (Delabracio, 2009; Lesage, 2012).

2.4.3 L'édification du corps

Avant de poursuivre, nous tenons à préciser que l'appel à la théorie psychanalytique dans ce présent chapitre a pour raison la forte influence de celle-ci dans les théorisations de la TDM (Dosamantes-Beaudry, 2007), comme nous avons pu le constater dans la section 2.2 *Les origines artistiques et théoriques de la TDM*.

De plus, nous avons donné une place à la question du corps dans une perspective psychanalytique étant donné notre allégeance de clinicienne à la pensée psychanalytique. Dans une recherche qualitative, « si l'on accepte d'explorer la proximité et la subjectivité qu'elle implique inévitablement, il faut alors accepter que cette même subjectivité agira avant même la rencontre avec le sujet. » (Drapeau et Letendre, 2001, p. 76) En ce sens, dans l'entreprise de cette recherche et plus spécifiquement dans la délimitation de notre cadre théorique, nous ne pouvons prétendre adopter une objectivité absolue et nous présenter libre de toutes orientations théoriques, intérêts cliniques, présupposés implicites, intuitions, etc. (Drapeau et Letendre, 2001 ; Paillé, 2016). Ceci dit, nous reconnaissons que l'engagement de notre subjectivité « doit se doubler d'une

objectivisation de son propre groupe d'appartenance » (Paillé et Mucchielli, 2006, p. 18) afin qu'elle n'aveugle pas notre quête et n'affecte pas notre rigueur scientifique. En annonçant ainsi notre allégeance à la théorie psychanalytique, nous en prenons d'abord conscience et faisons ensuite le choix d'inclure ce référent à notre cadre théorique. Nous nous assurons également que notre regard de clinicienne ne prend pas le pas sur notre regard de chercheuse, mais qu'il alimente plutôt notre activité de recherche de manière dialogique (De Lavergne, 2007).

Revenons à la question du corps.

Bien que l'on donne de plus en plus de place au corps dans la clinique d'aujourd'hui, la pratique de la psychologie ne semble toujours pas « échapper à l'attitude collective ancienne de clivage » (Willeman, 2004) du corps et de l'esprit. De plus, la clinique est grandement influencée par le visage scientifique de la médecine contemporaine (Martens, 2008). Le corps est perçu comme secondaire à l'élaboration de la pensée, comme secondaire à la parole (Dumet, 2004). S'il est questionné, il est alors interrogé en référence à la conscience, mais n'est jamais suffisant en lui-même. Le corps qui est inévitablement présent, charnel et perçu, devient donc un « lieu symptomatique » (Dejours, 2002, p. 229), un obstacle au travail de symbolisation de la psyché. Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste français, explique que dans le milieu psychanalytique traditionnel orthodoxe, l'apparition d'un trouble somatique chez le clinicien est considérée « comme l'aveu d'une vulnérabilité inadmissible chez un analyste, voire incompatible avec l'exercice de la psychanalyse justement » (Dumet, 2004, p. 83). Certes, la clinique dominante d'aujourd'hui ne se veut pas aussi étroite et catégorique quant à sa pratique, mais elle se penche tout de même vers une vision du corps physiologique et symptomatique qui se manifeste, mais que l'on cherche à taire.

Cela étant dit, il est important de nuancer ce propos et de souligner que la psychanalyse est en fait un des rares lieux où l'on retrouve et élabore la présence du corps dans la conception théorique (p. ex. Anzieu, 1985; Ferenczi, 1934; Freud, 2012; Klein, 1959; Winnicott, 1971). Ces auteurs accordent notamment de l'importance au contre-transfert d'après les problématiques où le langage échoue à se dire (p. ex. périnatalité, expérience du nourrisson, autisme, trauma). Le corps du thérapeute, par exemple, est défini comme « scène pour le contre-transfert », « le relai de l'appareil mental » (Dumet, 2004), un espace fertile de ressentis physiques, émotionnels, kinésiques,

sensoriels, accompagnant et ancrant le travail psychique d'un éprouvé corporel. Les auteurs témoignent également de l'expérience corporellement engagée du sujet dans la fondation de son individualité et de son identité (Nichols, 2010). L'attention est portée notamment sur l'importance des relations infraverbales et de leur influence sur le développement des limites corporelles et psychiques (Goodill, 1987).

Aux balbutiements de la théorie psychanalytique, au début du XX^e siècle, le corps est perçu comme un lieu de combustion, réservoir biologique des pulsions. La théorie freudienne nous le démontre et influence grandement cette perspective. En effet, dans *Pulsions et destins de pulsions*, Freud (2012) énonce que « [...] la pulsion se veut le représentant psychique des stimuli issus de l'intérieur du corps et qui parvient à l'âme [...] » (p. 169). La source de la pulsion se dit ainsi somatique, provenant d'un corps anatomo-physiologique. La psychanalyse propose donc d'abord l'idée du corps comme un corps-objet pulsionnel qui se développe par élaboration psychique et symbolique.

Cependant, le corps ne se réduit pas à un corps libidinal, il passe ensuite au statut de corps fantasmé. Plus exactement, la pulsion se projette sur une image du corps dit fantasmatique. L'image du corps est forgée et comprise comme une représentation mentale de soi (Bergson, 1939). « En vivant intensément sa libido [...] l'enfant n'appréhende son corps qu'à travers les projections fulgurantes de ses désirs, c'est-à-dire dans ses relations imaginaires avec celui ou celle qui doit les satisfaire » (Bernard, 1995, p. 76). L'enfant vit ainsi son corps selon la nature, l'intensité, la direction de ses des besoins et des désirs qu'il suscite. L'énergie libidinale se plaçant ici au service de la formation de l'image du corps, la théorie psychanalytique sous-tend que le corps fait œuvre du moi, « il est ce par quoi le Moi peut exister » (Bernard, 1995, p. 84). En d'autres termes, l'identité fondamentale du sujet est édifiée à partir de l'intégration d'un moi corporel, d'une enveloppe psychique, soit d'un « moi-peau », tel que théoriserà un peu plus tard le psychanalyste français Didier Anzieu (1985).

Puis, cette théorie se déploie et se complexifie. Par les expériences cliniques, le corps est en effet malgré lui, interrogé (Dumet, 2004 ; Martens, 2008). Le statut du corps fait figure d'une présence oubliée. Il est l'ailleurs, le manque, la frustration, le *négatif*. Ainsi, malgré la résistance à vouloir lui donner sa consistance et sa pertinence, la théorie psychanalytique se développe en butant sur les impasses du transfert et n'ignore plus la présence de celui-ci dans l'espace thérapeutique. Le

corps est pensé comme révélateur d'un contre-transfert mal métabolisé, mais encore peu appréhender dans sa densité charnelle.

Parmi les auteurs psychanalytiques qui ont permis l'ouverture et l'approfondissement d'une réflexion sur l'expérience du corps en clinique, on peut citer Sandor Ferenczi (1934) et son intérêt pour les troubles somatiques. Considéré comme le grand-père de la psychosomatique actuelle, Ferenczi questionne l'origine et la structuration psychique de certaines maladies organiques. Ferenczi est très sensible aux manifestations somatiques de ses patients, notamment à leur expérience sensorielle et perceptive (Bernard, 1995). Nous pouvons aussi souligner l'apport de Didier Anzieu qui à travers sa théorie du *Moi-peau* (1985), propose une « topologie de la sensualité » et étudie les fonctions contenantantes de la peau, du moi et de la pensée (Anzieu et al., 1993 ; Cupa, 2006). Sur le modèle de la réflexivité sensorielle, Le *Moi-peau* est pensé comme une « enveloppe de maternage » où la mère enveloppe le nourrisson de ses soins et veille à répondre aux besoins psychiques et physiques de celui-ci, lui procurant les expériences sensorielles nécessaires à son intégrité corporelle et psychique (Cupa, 2006). Enfin, il est pertinent de mentionner Françoise Dolto qui à partir de sa théorie sur l'*Image inconsciente du corps* (1984), souligne le rôle essentiel du corps dans le processus d'édification narcissique de l'enfant. Elle soutient notamment l'apport du langage de l'adulte adressé à l'enfant dans l'élaboration et la structuration de son *Image du corps*. Pour Dolto (1987), la dimension du langage renvoie à tout ce qui est du domaine du dire, mais également à tout ce que l'enfant voit, sent, entend, observe autour de lui, et tout ce qu'il fait, entend et pense de ce qu'il perçoit.

2.4.4 Le corps relationnel, un espace *potentiel*

Le pédiatre et psychanalyste britannique Donald Winnicott développe une perspective originale et influente en ce qui a trait à l'importance donnée à la dimension corporelle dans les développements affectif et créatif de l'enfant. Plusieurs praticiens de la TDM se réfèrent à ses écrits, particulièrement dans la pratique infantile ou dans une lecture du développement psychique (Berger, 2012 ; Bloom, 2006 ; Hartley, 2004; Meekums, 2002; Payne, 1992; Tortora, 2004, 2013). L'attention est portée notamment sur l'importance des relations préverbaux et de leur influence sur la construction des limites corporelles et psychiques (Goodill, 1987). Nous développons

brèvement cette pensée en situant l'activité de jeu chez l'enfant dans son processus de maturation psychique.

Winnicott s'est beaucoup intéressé à la question du jeu chez l'enfant. Ses analyses se sont moins orientées vers une description du contenu du jeu de l'enfant que vers la manière dont celui-ci joue et se construit psychiquement à travers l'activité de jeu. Dès sa naissance, l'enfant sait jouer (Krymko-Bleton, 2013 ; Romano, 2010 ; Winnicott, 1975). Très tôt, l'enfant dissipe les frontières du réel et « se laisse agir par le jeu. » (Ricoeur, 2013, p. 12) Tel qu'énoncé en introduction, c'est depuis le mouvement que l'enfant joue avec son corps et le découvre. Et c'est par son corps-en-jeu qu'il découvre les objets qui l'entourent et qu'il les manipule. Selon Winnicott, le jeu libre d'un enfant est compris comme un langage et une expérience structurante. Le jeu libre est une expérience créative et créatrice qui est thérapeutique en elle-même et est signe de santé. Selon l'auteur, la capacité à jouer se développe progressivement au sein de la relation entre le nourrisson et son parent (Winnicott, 1975).

Winnicott (1956; 1971) explique que les soins continus de la mère *suffisamment* adaptés aux besoins de l'enfant jouent un rôle fondamental dans l'édification de ses assises psychiques. Ils permettent d'offrir au bébé un espace qui est à la fois sécurisant et dans lequel il peut s'initier au monde, l'explorer et prendre des risques (Hartley, 2004). Winnicott (1956; 1971) explique que les soins continus de la mère *suffisamment* adaptés aux besoins de l'enfant jouent un rôle fondamental dans l'édification de ses assises psychiques. En effet, ils permettent d'offrir au bébé un espace qui est à la fois sécurisant et dans lequel il peut s'initier au monde, l'explorer et prendre des risques (Hartley, 2004).

Quelques semaines précédents et suivants la naissance de son bébé, la mère fait preuve d'une grande sensibilité et délicatesse lui permettant de se mettre à la place de son enfant et de répondre le plus adéquatement possible aux besoins de celui-ci. Winnicott (1956) nomme cet « état très spécifique » la *préoccupation maternelle primaire*. De plus, les attitudes maternelles, élaborées par Winnicott (1956), telles que le *holding* (portage) et le *handling* (maniement), témoignent de la grande sensibilité des bébés quant à la façon dont ils sont portés et soignés. La continuité des soins et la qualité des réponses vocales, corporelles et gestuelles de la mère (ou de l'environnement nourricier) permettent à l'enfant de se sentir porté et contenu dans ses expériences sensorielles et

ses angoisses. Dès lors, l'enfant peut progressivement s'éprouver, se sentir et constituer son enveloppe corporelle, qui représente l'assise fondamentale dont l'enfant a besoin pour se construire psychiquement. Dans des conditions favorables, une maman qui allaite son enfant lui donne des soins, le nourrit et lui donne à manger. Ce faisant, elle l'enveloppe aussi de ses bras, de son toucher, de son regard et de paroles signifiantes reflétant son expérience et celle de son enfant. À son tour, le nouveau-né placé dans les bras de sa mère, définit le contour de son propre corps en épousant la courbe allant du bras et au sein de celle-ci. Ainsi, ces échanges charnels, sensibles, intimes, affectifs entre le parent et son enfant permettent d'accorder l'enfant à son propre corps. Peu à peu, le corps-enveloppe de l'enfant s'édifie. Ce dernier développe un sentiment d'unité et d'intériorité corporelle, ce qui lui permet d'éprouver les limites entre soi et l'autre et de contenir son vécu psychique.

La question de l'édification des frontières corporelles et psychiques chez l'enfant est d'une grande importance pour les danse-thérapeutes en ce sens qu'elle nourrit leur compréhension clinique de l'expérience corporelle observée en séance. À ce sujet, la danse-thérapeute Bonnie Meekums explique:

Winnicott made the important point that the body ego is based on bodily experiences. Through the mother's holding, the infant learns that it has a skin, the limits of which define 'me' and 'not me' (Winnicott, 1987). This allows for concepts like 'inside of me'. The body thus becomes equated with the self. The infant who does not receive adequate maternal holding may experience one of four 'unthinkable anxieties' (Winnicott, 1987). These are: going to pieces; falling forever; having no relationship to the body; and having no orientation. These are essentially body or movement metaphors and as such may become manifest in the body movement and posture of the individual²⁹. (Meekums, 2002, p. 26)

Revenons maintenant à la question du jeu. L'émergence du jeu symbolique pour l'enfant est comprise comme cet *espace potentiel* où la créativité se manifeste et se déploie, un lieu qui se situe

²⁹ Winnicott a fait remarquer que le moi corporel est basé sur les expériences corporelles. En étant tenu par sa mère, le nourrisson apprend qu'il a une peau, dont les limites définissent le "moi" et le "non-moi" (Winnicott, 1987). Cela permet des concepts tels que "à l'intérieur de moi". Le corps est ainsi associé au moi. Le nourrisson qui n'est pas suffisamment tenu par sa mère peut éprouver l'une des quatre "angoisses impensables" (Winnicott, 1987). Il s'agit de : se briser en morceaux ; tomber en chute libre ; se sentir dissocié du corps ; se sentir désorienté. Ce sont essentiellement des métaphores du corps ou du mouvement qui peuvent se manifester dans les mouvements et la posture de l'individu. » (Meekums, 2002, p. 26) [Notre traduction]

entre ce qui était initialement le bébé et son parent (Winnicott, 1975). Les réponses de la mère « suffisamment » ajustées aux besoins de l'enfant, ne préservent pas celui-ci dans un état d'illusion et favorisent alors une « interaction créatrice » avec son environnement (Ciccone, 1997, p. 26). Il s'installe en effet un travail d'intégration psychique du rapport à la présence et à l'absence physique et psychique du parent. L'enfant développe son activité de penser, soit sa capacité à métaboliser et à se représenter ses expériences dans son monde interne.

Les enseignements de Winnicott (1975) sur *l'espace potentiel* envisagé au sens d'une relation de confiance tissée entre le bébé et son parent sont très riches au regard des diverses expériences d'enfants et d'adultes que l'on peut rencontrer dans l'espace thérapeutique. Cela ouvre effectivement la réflexion sur la notion du jeu chez l'individu, comprise, pour reprendre les mots de Winnicott (1975), comme « une entrée créatrice dans l'existence » (p. 110). Selon l'auteur, le processus psychothérapeutique reflète ces échanges précoces entre la mère et son enfant et se situe dans cet *espace potentiel* entre le patient et le thérapeute. En effet, « la psychothérapie s'effectue là où les deux aires de jeux se chevauchent, celle du patient et celle du thérapeute » précise-t-il (p. 109) Lieu où la réalité objective et subjective des acteurs coexiste, l'espace thérapeutique est ainsi conçu comme un lieu de jeu et de créativité (Meekums, 2002). À cet effet, Winnicott ne cesse de le dire : « c'est en jouant et seulement en jouant que l'individu, enfant ou adulte, est capable d'être créatif et d'utiliser sa personnalité tout entière » (p. 110). Ainsi, l'auteur parle aux thérapeutes et les invite à soutenir la capacité de jouer de leurs patients, c'est-à-dire d'être créatif dans le travail thérapeutique (1975). Il les invite à s'ouvrir aux pulsions créatives, motrices et sensorielles qui peuvent se manifester en séance, et à suivre le processus d'association de la pensée des patients.

La présentation des écrits psychanalytiques ne prétend pas tout dire sur la conceptualisation du corps en psychanalyse qui est beaucoup plus complexe, mais donne quelques points de repères théoriques des processus psychodynamiques sur lesquelles les danse-thérapeutes s'appuient pour comprendre et penser leurs interventions. De plus, bien qu'elle s'inscrive dans un postulat philosophique distinct de celui de la phénoménologie, la pensée psychanalytique prolonge la conclusion de l'analyse de la corporéité que nous avons présentée plus haut : « notre corps est non seulement relation avec l'espace environnant, mais ne peut se vivre que dans et par le corps d'autrui » (Bernard, 1995, p. 54). Effectivement, à travers les écrits notamment de Winnicott, nous avons vu comment le corps s'éprouve et s'édifie par ses échanges et ses interactions avec l'expérience

corporelle de l'autre (Bernard, 1995). Cette idée sera particulièrement utile lorsqu'il sera question de réfléchir à la dynamique relationnelle entre la danse-thérapeute et son patient.

2.5 La thérapie par la danse et le mouvement dans la perspective phénoménologique

Le danseur étant intrinsèquement lié à son corps, son expérience subjective ne peut faire autrement qu'être ancrée dans son rapport au monde et dans ce qu'il exprime corporellement (Leduc, 2010). Parler d'un travail thérapeutique où le corps est au cœur du processus, impose de regarder le corps comme vecteur de notre être-au-monde, et le mouvement humain comme « une réalisation d'une incarnation », nous dit Fraleigh, phénoménologue allemande de la danse (1996, cité dans Leduc, 2007, p. 126). Certes, je bouge car j'ai un corps que je possède et utilise, mais je bouge depuis un corps vécu, engagé dans le monde ; un corps créateur, pris dans le sens.

Considérant cette prémisse, le projet d'une TDM se veut une mise en scène du *pouvoir être* de l'homme, qui est entrelacé avec le monde, où le corps est créé incessamment dans un jeu d'interactions toniques, sensorielles, motrices, émotionnelles. Les dynamiques et la qualité du mouvement réalisées par l'homme portent une intention, une attitude, qui rappelle sa manière *d'être-au-monde*. C'est donc par la médiation d'un « corps mouvant et sensible » (Lesage, 2012, p. 9) qu'un travail thérapeutique de restauration de l'être en lien avec le monde devient possible. Dans sa manière d'être à l'espace et au temps, il y a exploration et externalisation chez l'homme de ses états internes, ses besoins et ses émotions. Le mouvement, inséré au cœur du travail thérapeutique, organise l'homme dans sa globalité et aide celui-ci à retrouver une implication dynamique avec son monde. Lesage soutient ce propos :

Chaque posture, chaque geste, est une façon d'être, de recevoir, de se présenter. Le corps, dont la création est aussi celle du sujet, n'est pas un instrument de l'être, un objet qu'il manierait, mais son écrin, sa représentation. [...] Dans ses façons de se tenir, de se mouvoir, quelque chose se dit du sujet, qui peut être déchiffré. Enfin, cette expressivité peut être explorée et servir de révélateur dans le sens où un sujet en visitant les différentes catégories d'expression découvre des affects, des images, des représentations [...]. (Lesage, 2012, p. 68)

Somme toute, la TDM différencie le corps de l'organisme, réinsérant l'homme dans un récit de soi subjectif et contextualisé. Par un travail de consolidation du rapport au corps, de l'enveloppe

corporelle et psychique, et par un travail étayé et émancipé des éprouvés corporels, le corps rattache la conscience à un point de référence permanent, à une marque de continuité. Le mouvement dansé, lui, déroule une manière de vivre et de se rapporter au temps. « La temporalité du geste est liée à la conscience du temps », nous rappelle Lesage (2012, p. 88). Bachelard, philosophe français de la poésie et de la science, nous dit également que « le temps n'est rien, s'il ne se passe rien » car « le temps est essentiellement affectif » (1965, p. 25). Attentive à la qualité gestuelle du patient, la TDM met en œuvre des corps créatifs et nuancés. Le *geste coordonné* est travaillé afin d'être constituant même de l'inscription d'une entité stable et continue dans l'espace et le temps. « En se développant dans l'espace, le geste déploie la spatialité et l'assume. En se déroulant, il crée le temps. Par ses modulations énergétiques, il conditionne l'intensité de la présence » (Lesage, 2012, p. 30). Le mouvement n'est donc point séparé du sens du mouvement en lui-même, mais est le sens, l'expérience en soi, indicible et en constante création :

Ce n'est donc pas la répétition d'un mouvement mais l'expérience du geste et par là la "fabrique du sens" qui donne le sens (direction) aux sens. Elle organise à partir de là une plasticité des phénomènes respiratoires, posturaux et perceptifs qui façonne ainsi la structure fluctuante que l'on appelle "corps". (Godard, 1994, p. 30)

Dans un processus de TDM, la danse-thérapeute ne peut fondamentalement pas s'installer dans une position d'éducateur, ou d'expert, mais se doit elle aussi de s'impliquer. En effet, une rencontre thérapeutique est une rencontre intersubjective, comprise comme la rencontre entre deux êtres incarnés. La danse-thérapeute ne peut parvenir à parler le même langage que son patient, si elle se restreint dans une entité corporelle prédéfinie, délimitée, sans regard et sans visage: elle a fondamentalement besoin du lien à l'autre pour elle aussi exister. La danse-thérapeute instaure alors avec son patient un dialogue corporel qui l'interpelle tout autant (Kaylo, 2003), où il y a accordage dans le lien thérapeutique. Semblable à une œuvre d'art, c'est la relation dite intersubjective avec l'autre, dans un espace partagé, qui amène la rencontre, le dialogue, la co-construction de sens. « Un roman, un poème, un tableau, un morceau de musique, sont des individus, c'est-à-dire des êtres où l'on ne peut distinguer l'expression de l'exprimé, dont le sens n'est accessible que par un contact direct et qui rayonnent leur signification » (Dastur, 1933, p. 42). Ces paroles nous éclairent sur la réalité de la rencontre thérapeutique. Elle n'est pas dans l'œuvre musicale, ni dans celui qui écoute ou qui danse, mais dans l'espace mutuel partagé. C'est dans l'expérience, dans le lien à l'autre, que l'on fait l'expérience de nous-mêmes.

Même si la TDM ancre sa posture théorique d'après une ontologie du corps post-cartésienne, respectant le corps vécu tel une source active de connaissances (Payne, 2013), à notre connaissance, il existe peu d'articles se penchant sur la pratique de la TDM d'après une posture existentielle-phénoménologique. L'exception réside peut-être dans *The Body in Phenomenology and Movement Observation*, un article de Janet Kaylo (2003), auteure américaine reconnue dans le milieu de l'éducation et de la thérapie somatique. Cet écrit explore la question de l'observation du corps en mouvement dans la profession de danse-thérapeute d'après la théorie de l'intersubjectivité. Brièvement, Kaylo explique comment la danse-thérapeute se doit d'apprendre à parler du mouvement en ne séparant point le sens de ce dernier. Le mouvement observé n'est pas seulement un langage du corps, une représentation de celui-ci, mais un acte indéterminé, un processus créatif, en constante interaction avec celui de l'observateur.

*L'article *The Therapeutic movement relationship in dance/movement therapy: A phenomenological study* de Young (2017), danse-thérapeute américaine et professeure au département de thérapie par les arts créatifs au *Columbia College*, à Chicago, propose pour sa part une définition de la relation thérapeutique par le mouvement. Dans une démarche de recherche phénoménologique, Young vise à décrire l'essence et le sens de la relation thérapeutique par le mouvement. Elle ancre son étude dans une conception du corps vécu, soit ce lieu d'ancrage permettant à l'individu de se lier au monde et d'y habiter (Young, 2017). Plus spécifiquement, selon Young, le mouvement corporel ouvre à une connaissance sensible du monde et nous met en présence de soi, des choses et de l'autre.*

Finalement, rejoignant la pensée de la philosophe et danse-thérapeute hongroise Katalin Vermes (2011), la réflexion phénoménologique de la TDM que nous venons de présenter, nous amène à concevoir cette approche thérapeutique comme une expérience fondamentalement intersubjective et intersensorielle qui se vit depuis un corps, des mouvements, une danse, compris comme des modalités d'être-au-monde. À travers la recherche, nous tenterons d'approfondir cette compréhension phénoménologique de la TDM en la mettant en relation avec les compétences dont dispose la danse-thérapeute.

2.5 Considérations terminologiques

La nature inductive de la démarche de recherche qualitative impose un travail d'aller-retours continus entre les données de terrain et les écrits. Effectivement, le regard théorique du chercheur est toujours en construction et la théorie en elle-même se présente comme un objet toujours inachevé, en constante transformation (Paillé et Mucchielli, 2016). Lors de l'articulation du matériau de recherche avec la théorie, il nous a semblé nécessaire de communiquer au lecteur la signification que nous attachons à certains mots et concepts.

Avant de conclure ce chapitre, nous proposons donc de faire un détour terminologique et de préciser le sens spécifique de quelques mots avec lesquels nous articulerons notre pensée au cours des prochains chapitres. Cela permettra de poser plus précisément la problématique et de garantir une certaine cohérence interprétative lorsque nous ferons appel à la théorie dans nos travaux sur le terrain. De plus, étant donné la juxtaposition de différents champs de connaissances et de pratiques impliquée dans cette étude, nous reconnaissons le risque d'utiliser un concept dont le sens diffère d'une discipline à l'autre. Ce détour terminologique servira à la fois d'éviter toute ambiguïté de sens et de rendre compte du sens que nous donnerons aux concepts discutés.

Mouvement et Geste

Hubert Godard, danseur, pédagogue et chercheur dans le domaine de l'analyse du mouvement, présente une définition du mouvement et du geste et les distingue clairement :

On peut dès lors distinguer le mouvement, compris comme un phénomène relatant les stricts déplacements des différents segments du corps dans l'espace – au même titre qu'une machine produit un mouvement – et le geste, qui s'inscrit dans l'écart entre ce mouvement et la toile de fond tonique et gravitaire du sujet : c'est-à-dire le pré-mouvement dans toutes ses dimensions affectives et projectives. C'est là que réside l'expressivité du geste humain, dont est démunie la machine » (2008, p. 237)

Dans *Geste, mouvement, action : Analyse lexical et sémantique des concepts*³⁰, Dubois et al. (2002) offrent une définition du mouvement et du geste qui complète la définition de Godard. Ils précisent que le terme de « mouvement » désigne un changement de position et s'applique indifféremment à des corps humains, des objets animés ou inanimés. À la différence du geste qui lui est défini comme un terme à caractère typiquement humain (corps humain et agent animé) exprimant « une signification et une intention » (Dubois et al., 2002, p. 21). Le mouvement se définit par le temps et l'espace tandis que le geste, lui, ne précise rien de ces deux paramètres (Dubois et al., 2002).

La perception

La notion de perception se distance ici du processus cognitif de « traitement de l'information » permettant d'interpréter l'environnement à partir des informations sensorielles. Nous inscrivons la notion de perception dans son sens phénoménologique. La perception réfère à l'expérience sensible telle qu'elle se présente à nous et plus spécifiquement à la connaissance qui est saisie par les sens. Elle représente « le rapport vivant de celui qui perçoit avec son corps et avec le monde » (Merleau-Ponty, 1945, p. 241). Godard supporte cette définition et donne un exemple du phénomène de la perception :

Le visible et le kinesthésique étant totalement indissociables, la production du sens lors d'un évènement visuel ne saurait laisser intact l'état de corps de l'observateur : ce que je vois produit ce que je ressens, et réciproquement mon état corporel travaille à mon insu l'interprétation de ce que je vois. (2008, p. 239)

L'exemple ci-dessus décrit la perception visuelle, mais pourrait être transposé à tout phénomène corporel perceptif (proprioception, toucher, goûter).

En terminant, ce chapitre a permis de situer notre sujet d'étude. La pensée des divers auteurs présentés nourrit notre réflexion de la TDM et ouvre sur des questions relatives à l'expertise de la danse-thérapeute. Les prochaines pages permettront de rendre compte du processus méthodologique et des étapes parcourues qui nous ont permis de mieux comprendre une séance de

³⁰ Chapitre tiré de Bril, B. et Roux, V. (2002). *Le geste technique : réflexions méthodologiques et anthropologiques*. Érès.

TDM du point de la danse-thérapeute ainsi que les compétences professionnelles qu'elle met en œuvre au sein de la relation thérapeutique.

CHAPITRE 3

MÉTHODE DE RECHERCHE

La vraie philosophie est de rapprendre à voir le monde, et en ce sens une histoire racontée peut signifier le monde avec autant de « profondeur » qu'un traité de philosophie.

(Merleau-Ponty, 1945, p. XVI)

Écoutons donc le danseur [...] ramener jusque dans l'écriture les mots (formulés ou non) qui germent au cœur de l'acte, ou qui viennent se mettre sur lui dans le retour d'une expérience passée. Mots chargés de la dépense du corps, terminologie forte et précise, née dans l'éclair d'une prise de conscience.

(Louppe, 1995, p.16)

La revue de littérature a permis dans un premier temps de construire et de représenter conceptuellement l'objet de notre recherche. Plus spécifiquement, elle a amené à nous interroger sur les compétences professionnelles des danse-thérapeutes et les différentes dimensions vécues dans un processus thérapeutique. Nous avons exploré ces questionnements à travers la réalisation d'une recherche qualitative dont nous présentons ici la méthode. Du grec *methodos*, *meta* signifiant *qui suit* et *odos* signifiant *voie*, le mot méthode renvoie étymologiquement à la « poursuite d'une voie » (Gaffiot, 1934; Van Manen, 2015). Nous présentons donc la voie, le chemin, que nous avons tracé pour arriver à l'élaboration de nouvelles connaissances.

La rencontre avec tout objet d'étude est un acte mouvant et qui se rapporte à un contexte situé et à un savoir incarné en constante évolution. Le regard du chercheur puise à un ensemble de référents théoriques où la « théorie est elle-même liée à une série de positions paradigmatiques, [où] elle incarne une vision du monde bien définie, elle a une histoire, et [...] continue de subir des transformations » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 129). En ce qui concerne notre étude, ces référentiels théoriques représentent nos fondements philosophiques et ontologiques, des postulats

de nature épistémologique, des préjugés et certains présupposés, des savoirs formels sur la psychologie et la danse et des savoirs plus implicites liés à notre expérience pratique de la psychologie clinique et de la danse. Cette thèse s'est ainsi construite et édifiée à travers ces différents éléments qui constituent notre « univers de référence » (Paillé et Mucchielli, 2016). Tout au long de l'étude, nous avons réalisé des choix épistémologiques, méthodologiques et théoriques, qui furent inévitablement teintés par l'héritage philosophique, théorico-clinique et expérientiel dans lequel nous nous inscrivons. Il est important d'interroger ces différents référents afin de prendre conscience des éléments d'ordre théorique et interprétatif qui se sont engagés entre les acteurs de la recherche (De Lavergne, 2007; Paillé et Mucchielli, 2016). De plus, il est essentiel de rendre compte de leur cohérence et de leur pertinence, afin de circonscrire notre positionnement épistémologique, de valider les connaissances qui ont émergé de cette recherche et de discuter du fondement et de l'élaboration de ces connaissances.

Dès lors, nous nous engageons dans ce chapitre en situant notre savoir et en faisant preuve de transparence par rapport à notre positionnement de chercheure et notre contexte. Nous exposerons dans un premier temps la méthode de recherche retenue pour la réalisation de cette étude et les raisons justifiant le choix de cette méthode. Puisqu'ils donnent le ton à la procédure méthodologique et aux connaissances qu'elle entend développer, les fondements épistémologiques sur lesquels repose cette recherche seront ensuite décrits. Nous nous présenterons ensuite au lecteur et exposerons quelques présupposés, référents expérientiels et éléments de notre récit qui ont motivé et orienté cette recherche. Nous expliciterons par la suite la procédure ainsi que les choix et les techniques employés pour recueillir et analyser notre matériel de données. Finalement, nous détaillerons les critères de validités scientifiques et les précautions éthiques qui ont été adoptés tout au long de l'étude.

3.1 Méthode de recherche qualitative

La présente recherche s'inscrit dans une méthode de recherche qualitative qui s'intéresse à décrire et à comprendre les phénomènes étudiés plutôt que de les démontrer, de les mesurer ou de les quantifier. La recherche qualitative ne s'oppose pas à l'approche quantitative, mais s'ouvre au sujet dans la singularité et la complexité de son expérience. En effet, cette méthode scientifique s'attache « à comprendre les significations que les individus donnent à leur propre vie et à leurs expériences.

Le point de vue, le sens que les acteurs donnent à leurs conduites ou à leur vie est matière d'observation et de recherche » (Anadón, 2006, p. 15). Le chercheur qui décide d'entreprendre une recherche qualitative reconnaît ainsi que l'objet de son étude est dépendant d'un contexte et relève d'une subjectivité (Bioy, Castillo et Koenig, 2021). Cette subjectivité est source de richesse et de savoir et permet d'approfondir notre compréhension de l'expérience humaine.

Notre objectif de recherche fut de documenter une séance de danse-thérapie du point de vue de la danse-thérapeute, autour des compétences mises en œuvre dans sa relation avec son patient. Le choix de la méthode de recherche qualitative nous a semblé pertinent pour l'étude de ce phénomène étant donné qu'elle permet de se rapprocher de la vie humaine dans sa complexité et sa mouvance, telle qu'elle se donne à voir et s'appréhende (Paillé et Mucchieli 2016). Nous avons ainsi visé la compréhension et la profondeur de l'expérience professionnelle des danse-thérapeutes. Nous nous sommes intéressées à un échantillon restreint de danse-thérapeutes mais qui a été étudié dans sa complexité.

De plus, tout en nous inscrivant dans un processus de compréhension des compétences de la danse-thérapeute, nous avons tout de même saisi qu'il y avait une importante dimension expérientielle dans la mise en œuvre de celles-ci, comme d'ailleurs pour la profession de danseur (Bienaise, 2008). Ainsi, il nous paraissait logique de privilégier une méthode qualitative de production et d'analyse des données puisqu'elle nous permettait d'étudier les compétences des danse-thérapeutes en demeurant proches de celles qui les mettent en œuvre. Nous avons donc placé au centre de nos préoccupations la singularité du vécu des danse-thérapeutes et leurs diverses manières d'être en lien avec elles-mêmes, avec l'autre et le monde. Ce faisant, nous avons pu cultiver un lien étroit avec le caractère empiriste et expérientiel de cette profession (Bienaise 2008; Leduc, 2005). La méthode de recherche qualitative s'est ainsi imposée d'elle-même offrant « la possibilité d'examiner en profondeur et de poser un regard scientifique sur la dimension du faire » (Leduc, 2005, p. 5).

3.2 Paradigme constructiviste

Notre méthode de recherche s'inscrit dans un paradigme de recherche constructiviste. La recherche qui s'ancre dans cette posture reconnaît l'existence simultanée de plusieurs réalités qui ne

s'excluent pas mutuellement. La réalité est comprise en fait comme « une réalité vécue par un être humain et, de ce fait, elle est mouvante, multiple et située » (Santiago-Delefosse et Del Rio Carral, 2017, p. 20). Ainsi, la réalité à laquelle nous nous sommes intéressées est la subjectivité de chacune des danse-thérapeutes engagées dans leur propre expérience professionnelle. Nous avons donc valorisé la pensée singulière, contextualisée et dynamique de ces professionnelles.

De plus, la pensée constructiviste envisage la réalité étudiée comme étant co-construite par de multiples facteurs (subjectifs, sociaux, culturels, politiques) et donc dépendante des acteurs en situation et déterminée par l'interaction entre ces derniers (Bioy, Castillo et Koenig, 2021; Ponterrotto, 2005). Selon cette perspective, nous reconnaissons que nous avons nous aussi participé à la construction de la connaissance et que les résultats obtenus ont émergé de l'interaction entre nous et l'objet d'étude « dans un mouvement continu et réciproque d'influence mutuelle » (Proulx, 2019, p. 56). Mucchielli (2009) nomme ce principe du constructivisme le principe de l'expérimentation, où la connaissance est intimement liée à l'expérience du chercheur et à son activité vécue. Ainsi, « l'individu n'est donc pas considéré comme un réceptacle passif d'information reflétant une réalité objective, mais comme un acteur qui participe pleinement à la construction du réel à travers une activité continue d'interprétation de son « monde vécu » » (Bioy, Castillo et Koenig, 2021, p. 27).

Nous avons donc répondu à ces exigences du constructivisme en posant la subjectivité ainsi que l'activité réflexive et interprétative des participantes et de la chercheuse principale comme moteur de l'activité de recherche. De ces points de vue épistémologiques, nous avons adopté une modalité de compréhension herméneutique de la réalité. Les significations qui ont émergé se sont construites à travers un dialogue interactif et interprétatif entre la chercheuse et les participants de l'étude (Ponterrotto, 2005). Finalement, puisque cette démarche dialogique implique autant l'autre que l'être qui va à la rencontre de cet autre (Paillé et Mucchielli, 2016), la posture constructiviste donne une place centrale à l'intersubjectivité et aux préjugés du chercheur dans l'accès à la connaissance.

3.3 Posture théorique phénoménologique interprétative

La démarche qualitative de cette recherche s'inscrit dans une posture théorique phénoménologique et interprétative. Selon le professeur Van Manen (1984), la recherche phénoménologique

s'intéresse à l'expérience telle qu'elle est vécue dans sa réalité immédiate avant d'être conceptualisée ou catégorisée. Cette approche propose donc un contact de proximité avec le monde et « se questionne sur l'essence même des phénomènes avec l'objectif de révéler les structures significatives internes au monde vécu » (Anadón, 2006, p. 19). Pour ce faire, nous avons donc procédé à l'étude de ce qui est apparu, de ce qui est venu à la conscience des participantes, soit à leur expérience vécue (Antoine et Smith, 2017). Concrètement, nous avons favorisé l'expression la plus subjective des participantes (Antoine et Smith, 2017) en utilisant des instruments de collecte et d'analyse de données qui ont permis aux sujets de se révéler et de révéler leur propre expérience professionnelle singulière (Anadón, 2006). Cette présence donnée au sujet et à sa singularité a permis d'accéder à l'expérience authentique de la danse-thérapeute telle que vécue, sentie et éprouvée (Forget et Paillé, 2012).

De plus, toujours selon Van Manen (1984), le chercheur d'approche phénoménologique-interprétative travaille sur deux perspectives simultanément : l'examen phénoménologique des données et l'interprétation herméneutique de celles-ci (Anadón, 2006). Le chercheur vise donc à la fois la description immédiate de l'expérience vécue ainsi que la compréhension du sens de cette expérience. En d'autres termes, « la recherche phénoménologique se veut à la fois descriptive et compréhensive » résume Anadón (2006, p. 19). Nous nous sommes ainsi intéressées à la description de l'expérience des danse-thérapeutes, mais également au sens qui s'est construit dans le partage détaillé de leur expérience. Pour y parvenir, nous avons joué un rôle actif dans l'activité d'interprétation de la signification donnée à leur expérience. En ce sens, pendant que « les participants essaient de donner un sens à leur monde ; le chercheur essaie de donner un sens aux participants qui essaient de donner un sens à leur propre monde » (Smith et Osborn, 2008, p. 53). Cette double herméneutique (Smith et Osborn, 2008), nous a permis d'identifier le phénomène étudié à partir du point de vue des participantes, mais nous a aussi donné à réfléchir au sens que l'on peut comprendre de celui-ci au-delà des significations données par ces dernières.

Cette approche phénoménologique et interprétative est cohérente avec nos présupposés sur le travail de la danse-thérapeute. Nous supposons en effet qu'il y avait des pensées, des procédures et des raisonnements qui sous-tendaient l'activité professionnelle des danse-thérapeute dont elles n'étaient pas nécessairement conscientes ou qui étaient peu tangibles et difficiles à décrire. En ce sens, nous envisagions qu'il était certainement difficile pour ces dernières de décrire et d'élaborer

l'ensemble des compétences qu'elles mettent en œuvre sans passer par un effort de construction de sens et de réflexivité.

3.3.1 L'attitude phénoménologique de la chercheure

Paillé et Mucchielli (2016) font la distinction entre la posture et l'attitude du chercheur. La posture réfère à l'identité construite du chercheur sur le plan théorique et « tient lieu, en quelque sorte, de toile de fond de l'interprétation » (p. 140). L'attitude relève plutôt de la manière dont le chercheur va approcher, appréhender et traiter le matériel de la recherche. Elle renvoie au « type de regard posé sur le réel ainsi [qu'au] statut accordé aux données de l'enquête » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 140). Certaines attitudes de bases sont donc requises pour mener une recherche qualitative et plus spécifiquement pour garantir un bon ancrage empirique des données. En effet, Deslauriers (1991) décrit en quoi la qualité du climat d'entrevue influence la qualité des réponses données par les participants. Ainsi, le chercheur doit faire preuve d'une attitude empathique caractérisée par une écoute attentive et un respect de l'autre et de ses témoignages. Cela exige du chercheur qu'il honore le témoignage rendu, l'entende et accorde de la valeur à l'expérience qui est exprimée. Nous croyons que cette attitude est essentielle dans un contexte où nous cherchons à entendre la parole subjective et incarnée des danse-thérapeutes et à soutenir la mise en mots de leur vécu. Paillé et Mucchielli (2016) précisent que cette qualité d'écoute de l'autre et la compréhension de son expérience advient lorsque le chercheur exige de soi « un certain silence intérieur et une disponibilité à ce qui est, à ce qui se présente à soi » (p. 143). En procédant ainsi, nous avons accordé à l'expérience de l'autre l'espace de parole nécessaire pour que celle-ci soit entendue, qu'elle nous touche et nous transforme.

3.4 Quelques éléments de notre récit et mise en lumière de nos présupposés et de nos références expérientiels

Tel que mentionné plus tôt dans notre cadre théorique, dans une démarche de recherche qualitative, le chercheur ne peut faire *table rase* de ses propres connaissances, attentes préalables, convictions, représentations, etc. (Drapeau et Letendre, 2001). Il rencontre effectivement le phénomène à travers le filtre de sa subjectivité. Ceci étant dit, le chercheur « ne peut prétendre être entièrement maître de la rencontre avec les sujets, [mais] il n'en demeure pas moins responsable du dispositif

de recherche en ce qui a de rigoureux » précisent Drapeau et Letendre (2001, p. 76). Ainsi, dans un souci de transparence, de sincérité et d'engagement phénoménologique envers la parole de l'autre, nous rendons compte ici des éléments de notre subjectivité qui ont influencé notre parcours de recherche et qui ont joué un rôle dans la rencontre et l'interprétation du phénomène étudié (Tracy, 2010). Cet état des lieux est effectivement essentiel à une application rigoureuse de la démarche qualitative. Elle invite à réfléchir à l'attitude et au type de regard posé sur les données et à remettre en question ce qui de l'ordre de l'acquis (Paillé et Mucchielli, 2016).

Sans entrer dans un dévoilement de soi qui dépasserait le cadre de cette recherche, nous nous permettons de présenter d'abord quelques éléments de notre histoire qui ont donné naissance à cette recherche et qui ont orienté sa conduite. Étant donné que nous faisons référence ici à l'expérience personnelle et subjective de la chercheuse principale, le « je » sera utilisé pour cette section.

Éléments de mon récit qui ont influencé le parcours de cette recherche

La pratique instrumentale de la musique fut au cœur de mes activités d'enfant. Ayant grandi au sein d'une fratrie de musiciens, nombre de moments de plaisir et de partage harmonieux sont nés par le lien de la musique. La maîtrise de l'instrument et du souffle m'a permis aussi de jouir d'une aisance dans le jeu. Je travaillais à discipliner le geste pour ensuite lui faire confiance. Les vibrations du hautbois pouvaient alors se faire sentir et le corps venait à bouger au rythme de la mélodie comme pour amplifier ou suivre ses effets. La musique m'a conduite à la danse. Aujourd'hui, de manière rétrospective, je comprends que c'est le plaisir d'être en mouvement et de bouger au son de la musique qui m'a menée à la danse. Passer des séquences gestuelles répétées et plus contenues du jeu instrumental à une utilisation globale et plus étendue du corps dans la danse a eu un effet très libérateur. La musique me faisait vivre; la danse m'a fait exister.

J'ai toujours dansé pour le plaisir, mais j'étais déjà étudiante au baccalauréat en psychologie lorsque j'ai entrepris une pratique plus disciplinée de la danse. La danse est effectivement devenue pour moi un lieu d'existence et d'expression nécessaire pour ma santé. À l'heure de préciser mes intérêts de recherche en psychologie, j'ai alors investi la question du lien entre les arts et leurs effets thérapeutiques. Cela va sans dire que mon vécu expérimental en danse a rejoint ma curiosité intellectuelle en psychologie. Je me questionnais à l'époque comment l'art pouvait engager la

créativité d'une personne et soutenir l'expression de son individualité. Je me suis alors impliquée au sein de l'organisme les *Impatients* et j'ai participé à des activités organisées par l'ATDMC. J'ai alors été sensibilisée à l'application de l'art-thérapie et de la danse-thérapie en contexte de soins. Ces expériences m'ont confirmé en quoi les art-thérapies pouvaient à leur façon conférer un effet de langage aux patients, là où la parole fait défaut et est en souffrance. Elles m'ont ainsi poussé à vouloir mieux comprendre le processus psychothérapeutique à l'œuvre dans une séance d'art-thérapie. Mon amour de la danse et mon affinité pour cet art m'ont naturellement orientée vers la danse-thérapie. À travers cette thèse, j'ai décidé d'étudier l'application concrète de cette approche thérapeutique et de donner la parole aux danse-thérapeutes.

À travers ma pratique plus soutenue de la danse, j'ai été particulièrement interpellée par la technique de danse moderne *Humphrey-Limon*. La spécificité esthétique de cette technique réside dans son rapport très proche à la musique, dans sa force d'expression dramatique et pour la traduction à travers le mouvement des différentes dimensions émotionnelles et spirituelles de l'expérience humaine (Ginot et Marcelle, 2008). Le danseur qui s'exerce à cette technique explore le spectre complet des mouvements du corps dans leur rapport à la gravité et à l'espace et favorise une utilisation consciente de la respiration dans le mouvement. Je tiens à parler de la rencontre de cette technique, car je reconnais que ces apprentissages, aussi personnels soient-ils, m'ont fait percevoir plus d'une fois les possibilités expressives, relationnelles et parfois même cathartiques de la danse. « *In the dance I feel I am living completely* », nous dit José Limón (cité dans Pollack et Humphrey Woodford, 1993, p. 41). Ce fut en effet si enrichissant de s'ouvrir à une exploration et un dialogue entre soi et le monde par le mouvement. Ainsi, je reconnais que la rencontre avec la technique moderne *Humphrey-Limon* est venue soutenir mon désir d'ouvrir une conversation entre la danse, comprise comme un événement et un lieu de possibles, et l'expérience humaine. Rappelons d'ailleurs que la danse moderne a eu un impact décisif sur le développement de la TDM.

Mise en lumière de mes présupposés et référents expérimentiels

En ce qui concerne mes présupposés, je trouve important de nommer d'abord la dimension temporelle et scolaire inhérente à la réalisation de cette thèse. Ce présent projet a débuté en 2014 lorsque j'ai commencé mon doctorat et s'est donc réalisé en parallèle à nos apprentissages en recherche et en psychologie clinique. Je constate ainsi que ma compréhension de certains concepts

abordés dans la thèse a évolué à travers le temps. Par exemple, j'ai commencé à acquérir de l'expérience clinique en 2016 lors de mon premier stage au Centre de services psychologiques de l'UQAM et je n'ai depuis pas quitté le monde de la clinique. Ainsi, grâce à ma formation académique en psychologie et mon expérience ensuite en tant que clinicienne, je reconnais avoir développé un certain savoir conceptuel et expérientiel des habiletés et des compétences qu'un psychothérapeute peut mettre en œuvre dans un processus psychothérapeutique.

De plus, dans le cadre de ma pratique, j'observe des similarités avec la TDM dans la façon d'aborder l'expérience thérapeutique. Effectivement, depuis 2016, je tends à donner une place de choix à la créativité et à l'expression corporelle de mes patients. Je rencontre notamment des enfants avec lesquels j'utilise le jeu et le dessin comme modalités de communication et comme moyens leur permettant de se construire sur le plan psychique. Au fil de l'évolution de ma pratique, j'ai développé aussi un intérêt pour l'écoute et l'observation des manifestations corporelles et somatiques, venant enrichir ma compréhension clinique de ce qui se joue cliniquement dans la relation avec mes patients. L'intérêt pour cette lecture du corps fut alimenté entre autres par ma rencontre de la psychologie humaniste à travers mes études en psychologie (philosophie existentielle et phénoménologique), ma rencontre avec les données de cette étude, mon propre vécu personnel psychothérapeutique (approche psychodynamique et humaniste gestaltiste) ainsi que ma pratique corporelle personnelle de la danse et du yoga.

Aussi, j'identifie qu'à travers la pratique de la danse plus largement, j'ai développé une certaine connaissance des techniques de danse (p. ex. ce que signifie un transfert de poids ou un travail d'ancrage au sol) et du vocabulaire qui s'y rattache. Je constate que cela m'a permis parfois de comprendre un peu plus intuitivement certains mots ou de déceler plus finement les actions décrites par les danse-thérapeute rencontrées.

Ainsi, lors du travail de proximité avec les données, j'ai veillé à ce que l'ensemble de ce savoir d'ordre pratique et théorique se place au service d'une meilleure compréhension du phénomène et soutienne l'expression de ma « sensibilité théorique et expérientielle ». Il a permis effectivement de cultiver en moi un espace de réflexion et d'activer au moment opportun « les éléments pertinents d'ordre théoriques ou expérientiels susceptibles de faire avancer la compréhension de la situation à l'étude » (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 137).

Finalement, bien qu'ayant développé, en toute modestie, une certaine expérience professionnelle de la psychothérapie, je reconnais être étrangère à la pratique de la profession de danse-thérapeute en elle-même. Effectivement, je n'ai pas suivi la formation universitaire accréditant le titre de danse-thérapeute. Je n'ai donc pas entrepris des heures de cours et de stages liés à l'exercice de cette profession. J'estime que cette distance par rapport à la pratique très concrète de la danse-thérapie a contribué à maintenir une distance avec le phénomène étudié. Cela a effectivement facilité ma prise de position phénoménologique sur l'expérience où j'ai veillé à jeter un regard naïf, nouveau et réceptif sur ce qui se présentait à moi.

3.5 Procédures et déroulement de la production de données

Dans cette section, nous présenterons la démarche réflexive qui permet de justifier nos choix et nos procédures méthodologiques balisées par nos considérations épistémologiques, notre question et nos objectifs de recherche, ainsi que les éléments qui ont soutenu la rigueur méthodologique et éthique. La mise en application très concrète de nos choix méthodologiques sera également explicitée.

3.5.1 Processus d'échantillonnage

Type d'échantillon : échantillon typique

Pour notre recherche, nous avons sélectionné quatre danse-thérapeutes. La taille de l'échantillon nous a permis de développer une compréhension riche et située de leur expérience professionnelle respective. Nous avons soigneusement approché les danse-thérapeute en fonction de leur expérience vécue et réelle du phénomène à l'étude. Ces décisions sont justifiées notamment par le choix de notre méthode d'analyse des données qui sera présentée en détail ci-après à la section 3.6.1. *Méthode d'analyse phénoménologique interprétative.*

Antoine (2017) énonce que la méthode d'analyse interprétative (IPA) « se situe à une échelle individuelle puisqu'on s'intéresse à des vécus singuliers tout en s'inscrivant dans la perspective phénoménologique d'un être-au-monde, en relation, immergé dans un langage et dans un contexte » (p. 45). En ce sens, l'IPA se réalise généralement sur un mode d'enquête idiographique, c'est-à-dire qu'elle se concentre sur l'étude détaillée et approfondie d'un phénomène particulier selon la

perspective des personnes particulières, dans un contexte donné (Antoine et Smith, 2017). Nous avons donc construit notre échantillon selon la méthode non probabiliste d'échantillon de cas typique (Deslauriers, 1991). Ce type d'échantillon consiste à « fournir des renseignements à partir de quelques cas jugés représentatifs de l'ensemble » (Deslauriers, 1991, p. 58).

À cette étape de la recherche, il était difficile d'identifier la capacité des futures participantes à offrir une réflexivité sur leur pratique et à avoir suffisamment de perspective sur celle-ci pour décrire les compétences qu'elles exercent. Effectivement, ce phénomène peut être décrit comme « évanescence » et est difficile à identifier (Savoie-Zajc, 2009). Ainsi, la question centrale dans notre processus d'échantillonnage fut la suivante : « *comment pouvons-nous nous assurer que les danse-thérapeutes sélectionnées aient une expérience vécue du phénomène étudié?* » Nous avons alors ciblé des participantes ayant une expérience professionnelle préalablement définie par les critères de sélection suivants :

Critères de sélection

Afin de participer à l'étude, les danse-thérapeutes devaient répondre aux critères de sélection suivants :

a) avoir cinq années ou plus d'expérience de terrain en tant que danse-thérapeute

Ce critère visait à garantir une certaine familiarisation avec la profession et une aisance dans la pratique. Nous souhaitons que les danse-thérapeutes sélectionnées aient suffisamment d'expérience professionnelle pour pouvoir rendre compte de leur pratique et l'expliquer.

b) être toujours actif sur le terrain en tant que danse-thérapeute, au moment de la première rencontre et pour les trois temps de la recherche ;

Ce critère visait à s'assurer que la danse-thérapeute ait en mémoire des expériences professionnelles relativement récentes sur lesquelles elle pouvait penser sa pratique. Le cas échéant, nous devions vérifier auprès de la professionnelle si elle était disposée à exercer un retour réfléchissant sur sa pratique.

c) posséder une formation accréditée en danse-thérapie reconnue par l'Association américaine de danse-thérapie (ADTA) ou par une autre association officielle qui présente des critères d'accréditation équivalents ;

Ce critère visait à garantir une certaine homogénéité dans la qualité, la formation et la compétence professionnelle des danses-thérapeutes. Ces dernières devaient donc détenir une formation accréditée en danse-thérapie. Celle-ci devait être reconnue par l'Association américaine de danse-thérapie ou par une association équivalente, respectant les différents critères nécessaires attributifs au titre professionnel de danse-thérapeute.

d) travailler auprès d'une clientèle en santé mentale

Puisque cette recherche cherche à entretenir un dialogue entre la pratique de la danse-thérapie et celle de la psychologie clinique, nous souhaitons que les danse-thérapeutes travaillent ou aient travaillé auprès d'une clientèle aux prises avec une problématique en santé mentale.

e) parler français ou anglais.

Nous souhaitons rencontrer des participantes qui parlent le français ou l'anglais afin de faciliter la communication entre ces dernières et la chercheuse principale. Nous voulions éviter toute interférence linguistique possible dans la saisie de l'expérience et dans notre compréhension de celle-ci.

Finalement, étant donné que nous avons initialement un petit bassin populationnel et que notre étude représentait une première intention compréhensive et interprétative du phénomène, nous avons décidé de ne pas réduire notre définition initiale « de l'expertise de la danse-thérapeute » à une modalité de pratique (c.-à-d. thérapie individuelle, de groupe, de couple, etc.) ou à un type de clientèle spécifique (c.-à-d. enfant, adolescent, adulte, aîné).

3.5.2 Recrutement des participantes

Le recrutement des participantes a débuté en juillet 2017 et s'est terminé en juillet 2018. Nous avons envoyé un message courriel à la direction de l'ATDMC afin de solliciter leur aide pour le

recrutement. Une liste de noms regroupant l'ensemble des danse-thérapeutes certifié pratiquant au Canada nous a alors été partagée. Cette liste se trouve aujourd'hui en accès libre sur le site même de l'ATDMC. Le recrutement s'est fait par un appel personnalisé aux danse-thérapeutes. Un premier contact avec une des participantes potentielles avait déjà été établi il y a quelques années lors d'un atelier de l'ATDMC auquel nous avons participé.

Nous avons en premier lieu sollicité les danse-thérapeutes pratiquant et demeurant au Québec. Un message électronique personnalisé a alors été envoyé aux danse-thérapeutes potentielles présentant succinctement le contexte et les objectifs de l'étude ainsi que nos critères de sélection. Les danse-thérapeutes intéressées au projet de recherche étaient invitées à nous répondre par un message électronique ou par téléphone.

Une sollicitation en ligne a également été réalisée, mais aucune danse-thérapeute n'a répondu à notre invitation via cette méthode de recrutement. La sollicitation en ligne a été effectuée par la publication d'une affiche de recrutement sur le babillard virtuel de l'ATDMC et de la Société québécoise pour la recherche en psychologique (SQRP). Cette même affiche a également été partagée avec notre direction de recherche qui l'a diffusée dans ses réseaux de contacts. L'affiche de recrutement a été rédigée et publiée en français et en anglais (voir annexes A et B). En 2017, il existait peu de danse-thérapeutes certifiés au Québec qui répondaient à tous nos critères de sélection. Cette contrainte du terrain nous a donc demandé d'entrer aussi en contact avec des danse-thérapeutes qui ne pratiquaient pas au Québec.

Nous avons contacté au total sept danse-thérapeutes. De ces sept danse-thérapeutes, une d'entre elle a refusé de participer à l'étude pour un motif personnel. Une autre danse-thérapeute a refusé de participer à l'étude. Le motif du refus n'a pas été partagé. Une troisième danse-thérapeute n'a pas donné suite à l'invitation envoyée. Nous avons par la suite organisé une rencontre téléphonique individuelle avec chacune des danse-thérapeutes intéressées. Cette prise de contact a permis de :

- 1- établir un premier contact verbal avec chacune des participantes ;
- 2- vérifier si les critères de sélection étaient bien respectés ;
- 3- donner les détails du déroulement de la recherche ;
- 4- répondre à toute question potentielle des participantes sur le projet de recherche.

À l'issue de cette rencontre,

les danse-thérapeutes pouvaient confirmer ou non leur participation à l'étude. Au final, nous avons recruté quatre danse-thérapeutes. Au moment des entretiens, les participantes avaient entre 5 et 31 années d'expérience clinique de la danse-thérapie. Trois d'entre elles étaient accréditées en tant que danse-thérapeute par l'ADTA et la quatrième était accréditée par l'Association de psychothérapie par la danse et le mouvement du Royaume-Uni (ADMP UK). Les quatre participantes parlaient anglais et pratiquaient auprès d'une clientèle en santé mentale.

3.5.3 Déroulement des entretiens

Formulaire de consentement et questionnaire socio-démographique

Nous avons mené au total douze entrevues, soit un entretien semi-dirigé et deux entretiens d'explicitation avec chacune des participantes (trois entretiens par participantes). Une semaine avant la première entrevue, nous avons envoyé un message électronique comprenant en pièce jointe le formulaire de consentement et un questionnaire socio-démographique. Nous avons pris soin de traduire ces documents en anglais, la langue parlée des quatre danse-thérapeutes (voir annexe D et E). Chacune des participantes était invitée à prendre connaissance des informations présentées dans le formulaire de consentement. Elles étaient également invitées à remplir le formulaire socio-démographique et à nous le retourner. Ce questionnaire nous a permis de dresser un portrait professionnel des participantes (c.-à-d. leur formation professionnelle, leurs modalités de pratiques actuelles ainsi que les approches théoriques sur lesquelles elles appuient leur travail). Finalement, nous leur avons fait part de notre disponibilité pour toute question concernant le projet de recherche.

Au début de la première entrevue, nous avons résumé les grandes lignes de notre projet de recherche avec chacune des participantes et nous avons lu intégralement le formulaire de consentement avec elles. Après obtention de leur consentement verbal, nous leur avons demandé de signer le formulaire de consentement que nous avons ensuite signé à notre tour. Une copie de ce formulaire complété a été envoyée par message électronique à chacune des participantes suite à la première entrevue.

3.5.3.1 Première rencontre : l'entretien semi-dirigé

Justification du premier outil de production de données sélectionné (entretien semi-dirigé)

Dans une perspective constructiviste et phénoménologique-interprétative de la recherche, l'entretien semi-dirigé est la modalité de production des données souvent indiquée (Savoie-Zajc, 2009). De plus, cette technique d'entretien se montre compatible avec la démarche idiographique sur laquelle repose notre démarche d'analyse IPA (Antoine et Smith, 2017). En effet, l'entretien semi-dirigé permet de décrire et de clarifier ce qui ne peut être observé et offre un accès privilégié à l'expérience humaine dans sa complexité (Savoie-Zajc, 2009). À travers une interaction interpersonnelle apparaissant sous la forme d'une conversation, le chercheur se rapporte à un ensemble de thèmes qu'il souhaite explorer avec le participant, mais désire en même temps entrer dans le monde perçu de celui-ci et le parcourir (Smith et Osborn, 2008). Le sens du phénomène émerge ainsi d'une co-construction entre les deux acteurs où le chercheur aide le participant à partager son expérience singulière et à s'en approcher autant que possible à travers le sens qu'il lui donne (Antoine et Smith, 2017).

Déroulement de la conduite des entretiens semi-dirigés

Puisque notre recherche porte sur la compréhension du sens que les danse-thérapeutes donnent à leur expérience professionnelle, l'entretien semi-dirigé a été préconisé comme méthode d'entretien pour débiter la démarche réflexive entre la chercheuse et les participantes. L'entretien semi-dirigé a été réalisé à l'aide d'un guide d'entretien qui reprenait une liste de questions ouvertes élaborées préalablement (voir annexe F). Les questions posées abordaient différents thèmes de relance qui nous semblaient pertinents et relatifs à l'explicitation de la compétence de la danse-thérapeute. Plus spécifiquement, l'objectif de cette première rencontre était de favoriser une compréhension au niveau conscient du savoir-faire de la danse-thérapeute. Ce sont les connaissances et les actions déjà conceptualisées par la danse-thérapeute que nous voulions interroger et explorer à ce moment de la recherche. Nous faisons référence ici aux savoirs expérientiels, théoriques, procéduraux et pratiques que les danse-thérapeutes avaient acquis dans leur formation et leur expérience de travail. À travers cette première entrevue, chaque danse-thérapeute était invitée à parler de ce qu'elle vit, pense et met en application dans son travail.

Lors de l'entretien semi-dirigé, nous avons établi une alliance entre la participante et la chercheuse principale, lien que l'on a veillé à maintenir durant les trois temps de la recherche. Effectivement, le chercheur est en mesure de développer une compréhension riche du phénomène à l'étude par l'établissement d'un rapport étroit et une qualité de relation avec chacun des participants (Savoie-Zajc, 2009). Nous avons donc interrogé et guidé la participante à travers ses réponses, tout en s'assurant d'installer et de préserver un climat relationnel chaleureux, respectueux de l'autre et empathique, conditions propices à l'instauration d'un dialogue (Deslauriers, 1991). De plus, bien qu'ayant un ordre préétabli de questions à poser, nous sommes demeurées flexibles dans la conduite de l'entretien et avons suivi le cheminement de pensée de la participante. Pour le chercheur, lorsque l'entrevue est conduite de cette manière, le participant tient un rôle d'expert et reçoit ainsi l'espace de parole pour partager son expérience singulière et donner du sens à celle-ci (Smith et Osborn, 2008). À la lumière des réponses de la participante, les questions initiales prévues ont donc parfois été modifiées afin de questionner les nouveaux thèmes intéressants et importants qui émergeaient à même l'entretien.

3.5.3.2 Deuxième et troisième rencontre : l'entretien d'explicitation

Nous avons poursuivi la production des données en utilisant la technique d'entretien d'explicitation (Vermesch, 2011). Ce type d'entretien vise à expliciter l'action par un retour réfléchissant sur celle-ci, de manière à ce que le participant en prenne conscience. Le concept de pré-réflexion, représente l'idée de la dimension pré-réfléchie, antéprédicative de notre expérience vécue. Toute action se compose d'une certaine opacité, voire d'une dimension vécue non conscientisée. Cette dimension non consciente porte, par définition, un contenu non élaboré par le langage. L'action est donc vécue, mais non nommée, voire non réfléchie. La technique d'entretien d'explicitation permet par conséquent d'accéder à l'expérience subjective et singulière d'un sujet, de rendre accessible et de mettre en mots les différentes parties implicites de son action vécue ainsi que d'explicitier l'action vécue à la fois dans sa partie autonome et sa partie consciente (Vermesch, 2011).

Précisions historiques et méthodologiques sur la technique d'entretien d'explicitation

Dans les années 1970, influencé par les limites méthodologiques de la recherche expérimentale dans l'étude du fonctionnement de l'intelligence, le psychologue Pierre Vermesch développa de

nouvelles méthodologies d'observation de l'activité intellectuelle. Celles-ci l'ont amené à proposer une technique d'entretien novatrice. À l'époque, il cherchait à documenter les actes cognitifs des sujets, par exemple les activités de mémorisation et d'attention, autrement que par la résolution de problèmes. En fait, il avait constaté que le déroulement effectif de ces actes cognitifs restait invisible pour le chercheur, mais accessible pour le sujet, acteur principal de ses actions. Il voulut dès lors questionner le sujet sur ce à quoi lui seul pouvait accéder. Il développa son étude sur des problématiques qui étaient ancrées dans la réalité du sujet questionné (Vermesch, 2013). Vermesch (1998) utilise le terme « tâches écologiques » désignant les problèmes pour lesquels les participants « avaient une motivation personnelle à les dépasser parce que c'était inscrit dans leurs propres projets de réussite et de vie » (p. 2). Cette spécificité méthodologique l'amena à rompre avec le paradigme de la psychologie expérimentale. Il valorisa alors le point de vue à la première personne, où la personne questionnée put mettre en évidence le déroulement complexe de ses processus cognitifs. Il voulut également choisir des tâches qui impliquaient des opérations cognitives, donc inobservables, mais qui se prêtaient toutefois à l'observation « dans le sens où chaque élément du raisonnement, chaque étape de l'activité cognitive était traduite en gestes manifestes (par exemple tourner des boutons pour régler un appareil) » (Vermesch, 1998, p. 2).

Vermesch développa subséquemment une technique d'entretien qui donna « le primat à la description de l'action » (Vermesch, 2013). L'action est finalement pour Vermesch une connaissance dite autonome. Cette attention donc au vécu de l'action orienta le questionnement épistémologique vers la description de comment se réalise une activité vécue : dans ce que le sujet a fait, comment il a incarné ses représentations et comment l'action s'est réellement déroulée pour celui-ci (Vermesch, 2013). Aujourd'hui, la mise en pratique de l'entretien d'explicitation s'avère un outil utile « dans l'exercice [...] d'accompagnement d'une personne » (Legault, 2015, p. 2) désirant s'informer et prendre conscience d'éléments de son action qui lui sont implicites et réalisés de manière non consciente. La démarche d'explicitation aide la personne à la mise en mot de son « faire » et à une meilleure appropriation de celui-ci. L'entretien d'explicitation se pratique dans des domaines de formation, de recherche, d'accompagnement, en relation d'aide et en éducation.

Justification du deuxième outil de production de données sélectionné (entretien d'explicitation)

Le deuxième et le troisième entretiens avaient comme objectif de faire apparaître de manière descriptive le vécu réel et spécifié d'une ou plusieurs séances de danse-thérapie. La technique d'explicitation semblait être une méthode de production de données pertinente puisqu'elle permet de questionner l'action vécue, le cœur même de la pratique de la danse-thérapeute. En effet, cette dernière s'engage dans le travail thérapeutique par son corps qui s'exprime dans le mouvement et la danse. En ce sens, il est important de saisir que « le corps possède aussi une conscience de lui-même, une conscience incarnée, indépendante de la conscience réfléchie » (Forget et Paillé, 2012, p. 3). Nous reconnaissons ainsi qu'il y avait certainement des actions de la danse-thérapeute qu'elle réalisait, mais dont elle n'était pas nécessairement consciente. En choisissant la technique d'entretien d'explicitation, nous souhaitons nourrir la connaissance de la danse-thérapeute du déroulement de sa pratique au niveau des actions qu'elle réalise. La prise de conscience ne visait pas seulement une conscience réflexive, mais une conscience qui s'enrichirait d'une meilleure connaissance émotionnelle, kinésique et sensorielle. Nous cherchions à amener une description aussi affinée et approfondie que possible du vécu expérientiel, subjectif et professionnel de la danse-thérapeute.

Celle-ci a donc été questionnée selon son point de vue et a livré un discours subjectif de son expérience. Cette précision épistémologique est importante, car chaque danse-thérapeute interviewée a été invitée à mettre en mots (et parfois en gestes) son expérience, documentant des données de l'action inaccessible à un observateur extérieur (Vermesch, 2011). En effet, les pensées, les désirs, les sensations, les émotions sont des aspects de l'action vécue non réfléchie. Seul celui qui a vécu ces aspects subjectifs peut y accéder et les décrire.

Description de la conduite et du déroulement des entretiens d'explicitation

La technique d'entrevue de l'explicitation s'opère à partir d'une situation concrète vécue par le participant. De manière très active et directive, le chercheur guide le participant afin de l'amener vers une position de parole incarnée, retournant dans le déroulement de l'action passée. À titre d'exemple, en cours d'entretien, la chercheuse peut être amenée à poser des questions comme celles-ci : « comment savez-vous que vous devez placer votre main sur l'épaule de votre client ? »,

« Et quand vous faites ce mouvement, comment vous y prenez-vous pour le faire ? » Ainsi, dans cet exemple, le chercheur tente d'informer la danse-thérapeute du déroulement de l'action en elle-même, dans son processus et ses unités élémentaires (Vermesch, 2011). Effectivement, « le questionnement descriptif est là pour documenter le détail de l'action effectuée, jusqu'à être suffisamment bien informé pour comprendre la logique intrinsèque de production de la réponse », nous explique Vermesch (2011, p. 86). Cette forme d'accompagnement offre donc une prise d'informations nouvelles, détaillées et précises quant à l'action vécue et maintenant partagée.

Les deux entretiens d'explicitation visaient à expliciter quelques moments significatifs vécus lors d'une ou plusieurs séances de danse-thérapie. Quelques jours avant le premier entretien d'explicitation, nous avons envoyé un message électronique à la participante l'invitant à réfléchir à trois moments où elle a eu l'impression de réaliser une intervention ou une action compétente en tant que danse-thérapeute. Nous présentons ici le contenu de ce message :

Hello name of participant,

In order for you to have an idea of how the interviews will be constructed, here is the main question that will orient our conversation together:

« I invite you to choose three moments where you felt you lived a skillful action or a skillful intervention as a professional dance movement therapist. »

There is nothing to prepare in advance. I simply wanted to give you a little bit of time to let the moments come back to you.

I will guide you throughout the interview.

L'entretien d'explicitation s'inscrit dans une posture relationnelle originale dans laquelle les rôles de l'intervieweur et de l'interviewé sont définis et distincts. L'entretien d'explicitation présente une relation dissymétrique où le chercheur canalise et guide l'exploration tandis que le participant s'absorbe dans son expérience passée (Vermesch, 2011). Par conséquent, Vermesch (2011) précise qu'il est nécessaire « de clarifier le rôle de chacun et le but visé » (p. 107). De plus, l'auteur

mentionne « qu'il n'est déontologiquement pas souhaitable et techniquement pas possible d'aller dans ce domaine sans précautions, ni garantie pour l'interviewé » (Vermesch, 2011, p. 6).

Compte tenu de la précédente clarification, nous avons débuté l'entretien d'explicitation par la mise en place d'un contrat de communication explicite. Nous avons demandé formellement l'accord de la participante « à la questionner de manière approfondie, y compris sur sa pensée privée » (Vermesch, 2001, p. 6). Nous avons également rappelé que son engagement était volontaire et pas obligatoire. Par la suite, tout au long de l'entretien, nous nous sommes assurés de revisiter ce contrat en présentant des formulations conversationnelles de celui-ci, afin de laisser l'ouverture à la participante d'exprimer ses réticences ou ses fermetures à l'élaboration (Vermesch, 2011). Voici deux exemples de formulations proposées par Vermesch (2011) qui nous ont servi de modèles: « Je vous propose, si vous êtes d'accord, de reprendre ce point plus en détail » ; « Êtes-vous d'accord qu'on aille plus loin ? » (p.107)

Après la proposition d'un contrat de communication, nous avons orienté l'attention de la danse-thérapeute vers un moment vécu lors d'une séance de danse-thérapie où elle a eu l'impression de réaliser une intervention ou une action compétente. Ce moment a été spécifié dans le temps et dans l'espace. Nous avons tenté par la suite d'évoquer la situation dite de référence. Nous avons alors formulé des relances d'appui ou d'aide (voir Guide d'entretien d'explicitation - Annexe G) afin de guider et amener la danse-thérapeute vers une position de parole incarnée, « dans laquelle la personne est davantage en contact avec son expérience passée qu'avec la situation présente de communication en entretien » (Legault, 2015, p. 14). Autrement dit, nous avons évité de formuler des questions qui orientaient la danse-thérapeute vers l'explicitation de ce qui justifiait son action, mais plutôt vers une description du déroulement de celle-ci. De là, l'entretien a été guidé par les verbalisations rapportées de la danse-thérapeute et par nos relances. En somme, l'entretien s'est tricoté autour de « trois classes fonctionnelles de relance » (Legault, 2015, p. 6) : la focalisation, l'élucidation et la régulation qui ont permis de guider l'interviewée dans le choix de son moment précis (objet de la discussion), dans l'évocation ainsi que dans la description et la fragmentation de son action vécue (Vermesch, 2011).

Finalement, lorsqu'une difficulté se présentait dans la synchronicité de la communication ou dans le déroulement de l'entretien (Vermesch, 2011), nous nous sommes référées aux divers éléments

verbaux et non-verbaux manifestés par l'interviewée. Par exemple, le rythme et la tonalité de la voix, la posture, la gestuelle et le vocabulaire utilisés. De plus, tout en préservant une écoute sensible et ouverte, un « maintien en prise » a parfois été nécessaire lorsqu'il y avait besoin de canaliser la verbalisation de la danse-thérapeute vers une mise en mots de l'implicite, vers le vécu détaillé de son action. Nous terminions l'entrevue en ramenant tranquillement la participante en « position de parole habituelle ». Nous avertissions dix minutes avant cette sortie que l'entretien allait bientôt se terminer.

La conduite du deuxième entretien d'explicitation s'est réalisée de la même manière que le premier. Nous sommes revenues sur quelques éléments évoqués au deuxième temps de la recherche, éléments que nous souhaitons approfondir. Cela a permis de procéder à un « degré de fragmentation » plus fin (Vermesch, 2011, p. 197) du déroulement de l'action, et ce, afin d'élucider à nouveau le vécu, voire de préciser la spécificité de l'action même. L'approfondissement de la mise en mots de l'action a permis d'orienter l'entretien vers une verbalisation plus raffinée du vécu émotionnel, sensoriel, perceptif et cognitif (Vermesch, 1996, cité dans Forget et Paillé, 2012).

Formation de la chercheuse à la technique de l'entretien d'explicitation

Cette technique d'entretien requiert inévitablement une fluidité dans la formulation des questions et des relances, une dextérité dans « la finesse d'observation » (Vermesch, 2011, p. 117) ainsi que dans l'adaptation au comportement de l'interviewé. Une formation de base ainsi qu'une pratique de cette technique d'accompagnement fut par conséquent nécessaire.

À l'hiver 2015, nous nous sommes formées à la technique de l'entretien d'explicitation de l'action. Dans le cadre de notre cursus doctoral lié à la thèse, nous avons complété le cours *Formation à l'entretien d'explicitation de l'action*, offert par le professeur et phénoménologue invité Maurice Legault. Le cours a été donné à l'UQAM au département de danse. De plus, durant la production des données, nous avons été appuyées par nos deux directrices qui ont également été formées à cette technique. Elles ont écouté attentivement les trois premiers entretiens d'explicitation et nous ont guidées dans la formulation des questions, des relances et dans le maintien de notre posture d'intervieweuse.

3.5.3.3 Modalités, structure et durée des entretiens

Les entretiens semi-dirigés ont duré entre 1h18 et 1h25 minutes. Ils se terminaient lorsque l'ensemble des thèmes que nous souhaitions aborder avaient été couverts. Les entretiens d'explicitation ont duré entre 1h00 et 1h40 minutes. Il est à noter que la réalisation d'entretiens d'explicitation implique un grand niveau de concentration tant pour l'intervieweur que l'interviewé. La durée des entretiens d'explicitation a par conséquent été déterminée par le désir de la danse-thérapeute à poursuivre ou non la description de son vécu et par le niveau de fatigue ressenti chez les deux acteurs présents. Nous soulignons également le fait que pour accompagner une personne en position de parole incarnée il est nécessaire qu'elle soit guidée vers un ralentissement de son débit verbal (Vermesch, 2011). Lorsque son débit ralentit, cela indique en effet qu'elle est en train de découvrir sa pensée et est en contact avec le vécu de sa pensée qu'elle met en mots (Depraz, 2012; Vermesch, 2011). À plusieurs reprises dans un même entretien, l'interviewé peut aussi sortir de sa position de parole incarnée. La parole de l'interviewé doit alors être à nouveau canalisée vers le vécu de son action. De ce fait, nous constatons que ces caractéristiques propres à l'évocation ont rallongé la durée de certains entretiens d'explicitation.

Dix minutes au début de chaque entretien ont été utilisées pour rappeler les aspects centraux traités dans le formulaire de consentement et décrire le déroulement de la séance à venir. Dix à quinze minutes à la fin de chaque séance ont été utilisées pour revenir librement sur le déroulement de la séance. Ce temps final non dirigé a permis d'offrir aux danse-thérapeutes un moment de transition avant de clore formellement la rencontre. Chaque entrevue a été enregistrée avec un support audionumérique. Quelques notes manuscrites ont également été rédigées durant les entretiens afin de retenir des éléments abordés par les participantes sur lesquels nous désirerions revenir plus tard dans le même entretien.

Dans une perspective de recherche constructiviste, le chercheur s'engage dans une démarche itérative, dans le sens que ses méthodes de production et d'analyse des données sont appelées à être modifiées ou adaptées en fonction de la connaissance qui émerge au fur et à mesure de l'avancement de la recherche (Mucchielli, 2005). Nous avons ainsi adapté les guides d'entretien

en fonction des données qui sont ressorties des questionnaires sociodémographiques et des thèmes qui ont émergé au fil des entrevues. Les guides présentés en annexe sont les guides « modèle » construits initialement. Dans la réalité du terrain, les guides sont demeurés suffisamment « souples » et ont évolué au fil de la production des données (Mucchielli, 2005). Après chaque entrevue, nous notons librement le déroulement de l'entretien, ce que nous avons observé, ressenti et pensé durant l'entrevue (voir annexe H – notes réflexives post-entretien). Un temps d'écoute de l'enregistrement a aussi été dégagé entre chaque entrevue. À la lumière de l'entrevue écoutée et en préparation de la prochaine avec la même participante, nous identifions les thèmes et les questions spécifiques que nous souhaitons explorer et adaptons le guide d'entretien prévu à cet effet.

Les entrevues se sont déroulées entre le 16 octobre 2017 et le 30 septembre 2018. Les douze entrevues ont été réalisées dans la langue principale des participantes, soit en anglais. En raison de la distance géographique entre les danse-thérapeutes et nous-mêmes tous les premiers entretiens (entretiens semi-dirigé) ont été réalisés par vidéoconférence avec l'application zoom. Pour la réalisation du deuxième et du troisième entretiens, nous nous sommes déplacées dans les villes où travaillaient et demeuraient les danse-thérapeutes. Nous avons décidé de procéder ainsi pour le deuxième et le troisième temps de la collecte, car nous voulions minimiser les barrières possibles entre les participantes et nous-mêmes, à savoir les barrières de l'écran et de la langue. En ce sens, nous souhaitons également faciliter le dialogue et l'ouverture entre chacune des participantes et nous-mêmes. De plus, il nous semblait que le cadre relationnel dans lequel s'inscrit l'explicitation serait plus facile à établir et à maintenir en présentiel.

Pour la première participante, nous nous sommes rencontrées à son domicile (Ontario). Pour la deuxième participante, nous nous sommes rencontrées à son studio où elle travaille (Ontario). Pour la troisième participante, nous nous sommes rencontrées en premier dans un studio de musique réservé près de son lieu de résidence (Québec). Pour le troisième et dernier entretien, cette même danse-thérapeute étant de passage à Montréal, nous nous sommes rencontrées dans un bureau de l'Université aménagé à cet effet. Pour la quatrième participante, nous nous sommes rencontrées à son domicile (Ontario).

3.5.3.4 Entretien spontané et informel : retour des participantes sur le processus d'entrevue

Deslauriers (1991) précise qu'il existe dans le processus de production des données en recherche qualitative, une autre forme d'entrevue dont on fait rarement état, soit celle de la « conversation informelle, spontanée, parfois ultra-confidentielle, que la personne interrogée accorde au chercheur » (p. 37). Cette forme de conversation peut offrir au chercheur des informations pertinentes, porteuses de sens, voire lui offrir une compréhension de l'expérience qu'il n'aurait pas découverte autrement (Deslauriers, 1991).

Le processus d'entrevue a été investi positivement par les quatre danse-thérapeutes rencontrées. Durant le processus et à la fin des entrevues, elles ont partagé combien il était rare d'avoir un espace pour à la fois parler de leur travail et observer finement les actions qu'elles mettent en œuvre. Plus spécifiquement, en lien avec les entretiens d'explicitation, les danse-thérapeutes furent étonnées de constater la quantité d'informations qui pouvaient émerger d'une seule intervention. Ces réactions semblent mettre en évidence l'efficacité de notre méthode d'entretien. Nous avons effectivement offert un encadrement à l'intérieur duquel les danse-thérapeutes ont pu non seulement exprimer leur compréhension de leur travail dans leurs propres termes, mais également développer une compréhension au-delà de ce qu'elle pensait initialement de leur travail. Ces constats rejoignent les réactions des danse-thérapeutes sur l'objectif général de la recherche. Sous forme de conversation courtoise après les entretiens, chacune à sa manière a exprimé sa curiosité et son désir de réentendre ce qu'elles avaient partagé de leur travail, mais elles étaient également désireuses d'entendre comment leurs collègues percevaient leur travail et décrivaient leur expérience. Les entretiens étant confidentiels, ces données n'ont bien sûr pas été partagées, mais chaque participante a exprimé un vif intérêt pour prendre connaissance de cette thèse après soutenance. La mise en récit de moments significatifs semble ainsi avoir été pertinente, bénéfique et constructive pour les participantes. De plus, l'effet des entretiens sur les participantes nous a informé sur le travail même des danse-thérapeutes. Après réflexion cela nous a amené à confirmer le fait que le travail de la danse-thérapeute est peu tangible, se réalise dans l'expérience et peut donc être difficile à mettre en mots. L'ensemble de ces constats a été noté dans notre journal de bord sous forme de notes descriptives et a nourri notre processus d'analyse des données.

3.6 Méthode d'analyse des données

3.6.1 L'analyse phénoménologique interprétative (IPA)

Dans le cadre de cette recherche, nous avons réalisé une démarche d'analyse qualitative. Paillé et Mucchielli (2016) précisent que l'analyse qualitative est essentiellement une activité de production de sens qui émerge de la rencontre entre la sensibilité du chercheur et l'expérience du participant à la recherche. En ce sens, la tâche du chercheur qualitatif est de dégager le sens que le participant à la recherche a construit de sa réalité, et donc d'aller au-delà de ce qu'évoquent initialement les données brutes pour en extraire une signification (Blais et Martineau, 2006).

La méthode d'analyse choisie pour l'examen de nos données est l'analyse phénoménologique interprétative (IPA) telle que décrite par Jonathan Smith et Mike Osborn (2008). L'IPA est une approche d'analyse inductive qui consiste en l'exploration détaillée de la manière dont les participants donnent un sens à leur monde personnel et social (Smith et Osborn, 2008). De plus, il s'agit d'une approche décrite comme expérientielle où, à travers l'analyse du discours, le chercheur tente d'accéder « aux interconnexions entre l'expérience inscrite corporellement, les réactions émotionnelles, la construction de significations et enfin entre le partage oral ou écrit de cette expérience » (Antoine et Smith, 2017, p. 376).

La méthode d'analyse IPA est dite phénoménologique puisque le chercheur s'intéresse à la manière dont le sujet perçoit le phénomène étudié et tente de s'approcher autant que possible de la description immédiate de cette expérience. Puisque la présente recherche visait à connaître la manière dont les danse-thérapeutes perçoivent leur travail et créent du sens de leur propre expérience, l'IPA nous apparaissait appropriée comme choix de méthode d'analyse de nos données. De plus, Smith et Osborn (2008) précisent que l'IPA est une méthode pertinente lorsque le chercheur s'intéresse à un phénomène complexe, nouveau ou encore qui s'inscrit dans un processus. L'IPA semblait ainsi répondre à la fois au caractère embryonnaire et exploratoire de cette recherche ainsi qu'à notre désir d'interroger la démarche thérapeutique de la danse-thérapeute. De plus, l'exercice d'analyse selon la méthode IPA constitue un processus dynamique où le chercheur s'engage dans une relation interprétative avec le matériel (Smith et Osborn, 2008). Il réalise en

effet une démarche herméneutique par laquelle advient une compréhension de l'expérience et se construit peu à peu une interprétation.

Bien que l'acte d'analyse soit d'abord une activité humaine qui sollicite la sensibilité et l'ouverture d'esprit du chercheur, Paillé et Mucchielli (2016) rappellent qu'elle implique également l'application d'un ensemble méthodique d'opérations matérielles (p. ex. manipulations, schématisation, écriture) et cognitives (p. ex. inférences, interprétations) qui doivent être menées avec rigueur et effectuées de manière délibérée. Nous nous attacherons donc maintenant à présenter les opérations réalisées dans notre démarche d'analyse IPA.

3.6.2 La procédure détaillée de la méthode d'analyse IPA

Avant tout, l'IPA n'est pas une méthodologie directive. Antoine et Smith (2017) rappellent en effet que les guides qui ont été développés en IPA constituent un cadrage souple. La méthode peut donc être ajustée en fonction de la problématique, de la réalité du terrain et de la manière personnelle du chercheur à travailler (Smith et Osborn, 2008). Dans notre cas, notre démarche d'analyse s'est réalisée en dix étapes qui se sont découpées en trois grands cycles d'analyse.

Premier cycle d'analyse

1) En premier lieu, nous avons procédé à la retranscription intégrale de chaque *verbatim*. Nous avons retranscrit l'ensemble des verbatim à l'aide du logiciel *OTranscribe*. Les informations non-verbales jugées pertinentes (gestuelle, rire, silence, pause, grande respiration) ont été intégrées aux verbatim. Les transcriptions ont été importées dans le logiciel de traitement de texte *Word*. Des marges d'annotation de part et d'autre du texte ont été insérées dans la mise en forme du texte. Chaque ligne des verbatim a ensuite été numérotée et les textes ont été imprimés sur du papier blanc. Une conscientisation de notre attitude phénoménologique face aux données a également été faite et maintenue tout au long du travail d'analyse.

2) Smith et Osborn (2008) recommandent d'analyser individuellement chacune des entrevues afin de s'immerger dans l'univers de chaque participante. Pour nous familiariser avec le matériel, nous avons alors effectué une lecture globale et une écoute de l'enregistrement du premier entretien. Les

marges d'annotation ont alors été utilisées afin de noter librement les points signifiants ou intéressants du discours.

3) Nous avons procédé au repérage et à la délimitation des unités de sens qui se sont offertes à nous. Le passage d'une unité de sens à l'autre a été marqué et délimité par un crayon de couleur. Phrase après phrase, nous avons identifié ensuite en marge de ces unités le thème ou le processus sous-jacent émergeant du discours ou encore des pistes d'interprétation ou de questionnements relatifs au contenu (Antoine et Smith, 2017).

4) Un tableau d'analyse a ensuite été construit à l'aide du logiciel de traitement de texte *Word*. Sur le plan technique, le tableau a été divisé en quatre colonnes intitulées: unités de sens, énoncés phénoménologiques, thèmes et associations interprétatives. Les unités de sens qui avaient été délimitées à l'étape 3 ont alors été consignées dans la première colonne du tableau d'analyse.

5) Nous avons ensuite abordé le texte de manière linéaire et procédé à un travail simultané de traduction des unités de sens et d'élaboration des énoncés phénoménologiques. Les unités de sens ont alors été considérées dans leur entièreté « en analysant la structure du discours et l'évolution des termes utilisés » (Antoine et Smith, 2017, p. 17). Nous avons également veillé à rester proches du témoignage de la participante et à reprendre les mots utilisés par celle-ci afin de ne pas introduire des termes ou des notions ayant une connotation théorique.

6) Notre sixième opération analytique fut l'identification des thèmes dans le discours. Ces étapes d'analyse consistaient en la saisie de la qualité essentielle de ce qui était dit dans l'énoncé phénoménologique. Selon Smith et Osborn (2008), l'identification du thème nécessite un niveau d'abstraction un peu plus élevé pour le chercheur. Concrètement, les énoncés phénoménologiques ont été transformés en expressions ou en phrases très concises capturant ce qui se joue dans le discours tout en demeurant ancrées dans la singularité de ce qui est dit (Smith et Osborn, 2008). Les thèmes ont été consignés dans la troisième colonne du tableau. Afin de nous permettre de préserver une justesse dans la dénomination des thèmes, nous retournions régulièrement à notre question de recherche. Nous nous posions ainsi la question suivante: *qu'est-ce que cela nous dit de la compétence de la danse-thérapeute?* Puisque nous avons effectué nous-mêmes les entretiens, nous avons également quelquefois fait appel au contexte gestuel et émotionnel dégagé durant les

entretiens qui avait été noté dans notre journal de bord. Cela nous a permis de saisir et de valider le sens de certaines portions du discours.

Une fois le premier entretien analysé, nous sommes passées au second et ainsi de suite. Les étapes 2 à 6 de l'analyse ont été répétées pour les 11 autres entretiens. Portées par le récit des participantes, au fur et à mesure de cette première phase d'analyse, nous pouvions voir des thèmes majeurs, mineurs ou isolés, se profiler, se répéter et attirer notre attention (Lionet, 2021). De plus, afin de nous familiariser avec la méthode d'analyse, nous nous sommes entraînées « au codage » avec nos directrices de recherche pour les étapes 3 à 6 de la première entrevue. Finalement, nous avons utilisé la quatrième colonne du tableau pour noter nos réflexions analytiques, interprétatives et théoriques qui émergeaient durant la lecture du discours et l'identification des thèmes. Cela nous a permis de préserver notre rigueur analytique, à savoir de nous dégager de nos présupposés, de préserver notre attitude d'ouverture et de naïveté à l'endroit des données et de ne pas être prises dans un biais de sélection des informations (Lionet, 2021). Nos directrices de recherche ont pu également consigner leurs propres associations dans cette quatrième colonne lorsqu'elles nous soutenaient dans notre lecture analytique.

Deuxième cycle d'analyse

7) Une fois l'ensemble des entrevues analysées isolément, nous avons regroupé et reporté sur un support général l'ensemble des thèmes identifiés dans le discours de chaque participante. Nous avons ensuite structuré cette masse d'information en regroupant peu à peu les thèmes en plus grands thèmes (Antoine et Smith, 2017). Smith et Osborn (2008) précisent que cette étape consiste en un travail de mise en ordre plus analytique et théorique, où le chercheur tente de créer du sens entre les thèmes qui émergent. En effet, à cette étape de l'analyse, les sous-thèmes et les thèmes comportant certaines caractéristiques communes, convergentes ou complémentaires ont été regroupés, fusionnés, subdivisés ou renommés aboutissant peu à peu à une structure thématique ordonnée en arborescence (Antoine et Smith, 2017).

8) Le travail analytique s'est poursuivi dans un échange continu avec nos directrices de recherche nous permettant de clarifier, d'éclaircir et de nuancer nos pistes de compréhension et d'interprétation et ainsi densifier l'analyse des données (Antoine et Smith, 2017). Cette

triangulation des perspectives a effectivement permis d'amener un « consensus intersubjectif » entre les chercheuses et de soutenir la consistance et la cohérence de notre analyse (Barbier, 2006; Yardley, 2008).

Les étapes 7 et 8 ont été répétées pour les trois autres participantes. Afin d'être en mesure de bien discerner les phénomènes convergents, divergents et nouveaux qui pouvaient émerger entre les participantes, le discours de chaque participante a d'abord été analysé séparément. Une structure relative pour chaque participante a donc été élaborée.

Troisième cycle d'analyse

9) Après avoir complété ces huit étapes d'analyse, nous avons entrepris l'écriture des résultats pour chacune des participantes individuellement. Cette dernière étape d'analyse est décrite comme une autre forme d'analyse, soit l'analyse en méthode écriture, où le chercheur s'engage dans une activité discursive et narrative. À travers l'écriture des résultats, nous avons donc prolongé notre travail réflexif des analyses et transformé les thèmes en un récit narratif (Antoine et Smith, 2017; Smith et Osborn, 2008). En écrivant, nous avons donné un second souffle à notre analyse: nous n'avons pas seulement consigné nos résultats, mais nous avons également développé et exposé notre pensée (Paillé et Mucchielli 2016). Ainsi, l'écriture nous a permis de déployer notre analyse, mettre davantage en relief les significations ainsi que prendre conscience de nouveaux liens et des défauts dans les liens entre les phénomènes relevés dans les étapes d'analyse précédentes (Antoine et Smith, 2017; Paillé et Mucchielli, 2016).

10) Portée par cette pensée dans l'écriture qui s'est développée au fil de l'analyse, des thèmes transversaux se sont imposés à nous. Dans un autre document dédié à cet effet, au fil de l'écriture, nous avons pris soin d'inscrire ces liens associatifs qui ont fait office de ligne directrice pour l'étape d'analyse transversale décrite dans le chapitre des résultats à la section 4.4.

Pour terminer, nous précisons que l'analyse s'est réalisée dans une démarche itérative. Tout au long des trois cycles d'analyse, nous avons maintenu une interaction de proximité avec le texte (Smith et Osborn, 2008). Nous avons réalisé des allers-retours dialogiques entre les verbatim et notre travail d'interprétation du matériel qui n'a pas cessé de se développer et d'évoluer.

3.7 Rigueur méthodologique et éthique

Nous présentons dans la dernière section de ce chapitre les procédés de validité scientifique qui permettent de rendre compte de la fiabilité et de la valeur de notre recherche et des résultats obtenus (Proulx, 2019). Nous décrirons également les précautions éthiques qui ont été prises tout au long de la réalisation de cette recherche.

3.7.1 Critères de scientificité

Nous rappelons que dans un paradigme de recherche constructiviste, les données et les résultats de la recherche émergent de l'interaction entre le chercheur et son objet d'étude (Proulx, 2019). Ainsi, la connaissance qui est produite ne peut être répliquée dans différents contextes, car elle ne peut faire fi de son contexte d'émergence et ne peut donc être considérée « fidèle » comme l'entend la recherche quantitative. En recherche qualitative, il est plutôt question de la fiabilité des résultats où le chercheur veille à mener sa recherche consciencieusement, consciemment et adroitement (Paillé, 2006). Suivant cette logique, nous décrirons ici les standards de qualité et de rigueur spécifiques à la recherche qualitative que nous nous sommes évertués à respecter, ceux-ci étant cohérents avec notre paradigme de recherche, nos fondements épistémologiques et philosophiques.

Au cours de cette étude, nous avons travaillé à répondre aux critères d'évaluation proposés par Yardley (2008 ; 2017) qui concernent la sensibilité du chercheur au contexte, l'engagement et la rigueur méthodologique de ce dernier, la cohérence et la transparence de la recherche et finalement l'impact et l'importance de celle-ci.

Selon Yardley (2008 ; 2017), le chercheur présente une *sensibilité au contexte* lorsque son étude prend soin de clarifier et de circonscrire la théorie et la recherche existante sur le phénomène étudié. Les chapitres I et II de la présente thèse rendent compte du travail préalable de description des écrits et des théories liés au phénomène étudié. Les découvertes que nous avons faites sur le terrain nous ont aussi guidées vers de nouvelles lectures. Ces lectures ont aiguisé notre sensibilité théorique (Paillé et Muchielli, 2016) et ont alimenté par le fait même notre description théorique du phénomène.

De plus, ce chercheur est sensible à la perspective des participants sur le phénomène à l'étude et au contexte socioculturel et linguistique de la recherche ainsi qu'à la manière dont ces éléments influencent le sentiment d'aisance des participants à parler librement de leur expérience (Yardley, 2008; 2017). Nous avons pris soin de réaliser les entrevues dans la langue maternelle des participantes afin qu'elles ne se sentent pas limitées dans le partage de leur expérience. Le fait qu'elles aient pu s'exprimer dans leur propre langue a certainement facilité la connexion de ces dernières à leur vécu corporel et émotionnel. De plus, nous estimons que notre expérience à la fois en danse et psychologie clinique a fait en sorte que les participantes ont pu s'identifier un peu à nous. Ceci a possiblement facilité l'élaboration de leur expérience. Durant les entrevues, comme décrit dans la section sur le déroulement des entretiens, nous avons offert un encadrement et des situations de dialogue favorables à l'ouverture et au partage. Finalement, tout au long de notre processus analytique, nous sommes restées vigilantes à ne pas imposer des catégories ou des théorisations préconçues sur les données. Nous avons ainsi fait preuve de sensibilité face à celles-ci en adoptant une conduite de travail qui a permis d'entendre la singularité des témoignages des danse-thérapeutes et des significations générées par celles-ci.

Le chercheur doit aussi faire preuve *d'engagement et de rigueur* dans sa démarche méthodologique. Concrètement, celui-ci doit démontrer en quoi sa démarche est suffisamment profonde et étendue pour justifier les nouvelles connaissances présentées. La chercheuse principale de cette étude a réalisé l'ensemble des étapes de la production et de l'analyse des données ce qui démontre d'abord un premier engagement soutenu de celle-ci par rapport à son matériel de recherche. Avant la production des données, nous avons également suivi un cours universitaire sur l'entretien d'explicitation afin de nous former rigoureusement à cette technique. De plus, nous avons pris soin de rédiger dans un journal de bord les observations, réflexions théoriques, questions, intuitions, et autres idées de lecture qui nous sont venues à l'esprit durant le processus de production et d'analyse des données. Ces notes ont certainement nourri notre pensée, le développement de nos analyses et le sens que nous avons donné aux données (Deslauriers, 1991). Nous avons également réalisé des discussions avec notre direction de recherche, ce qui nous a permis de confronter notre positionnement subjectif et de soutenir, par le fait même, les principes d'interaction et de réflexivité retrouvés dans un processus de recherche qualitatif (Barbier, 2006).

Toujours selon Yardley (2008; 2017), le chercheur fait preuve aussi de *cohérence* et de *transparence*. Il s'agit d'offrir une description claire et détaillée des choix et des procédures méthodologiques ainsi que des fondements théoriques qui ont permis de donner un sens aux données, aux résultats et à la recherche réalisée (Proulx, 2019). Le chercheur doit ainsi rendre compte de la compatibilité des résultats obtenus avec la méthode utilisée. À travers ce présent chapitre, nous avons présenté et justifié les choix théoriques et les ancrages épistémologiques qui ont permis d'orienter notre objet d'étude, la façon de produire et d'analyser les données. De plus, nous avons transmis le plus clairement possible au lecteur les différentes étapes de notre démarche méthodologique ainsi que les raisons qui justifient sa conduite. Dans la rédaction de notre rapport, nous avons veillé à présenter suffisamment de données (c.-à-d. extraits de *verbatim*, tableaux et schémas synthétiques des thèmes relevés) permettant de montrer au lecteur sur quoi se sont fondées nos interprétations analytiques. Les annexes placées à la fin de cet exposé supportent aussi notre démarche de transparence en offrant à ce dernier davantage de détails sur notre méthode de production des données.

Finalement, l'*impact* et l'*importance* de la recherche fait référence à la nécessité que la présente étude génère de nouvelles connaissances pertinentes et puisse apporter des compréhensions nouvelles sur le phénomène étudié et le faire avancer. Nous détaillerons à la section 5.2 *Bilan de la présente recherche* les retombées et les impacts de cette étude pour les participantes à cette recherche, la TDM, la psychologie et le domaine de la santé de manière plus générale. De plus, nous rappelons que toute recherche qualitative se situe dans une perspective évolutive. Nous verrons ainsi en quoi l'étude du phénomène a transformé notre appropriation de celui-ci, ce que Mucchielli (2009) nomme le principe de récursivité de la connaissance. Notre manière de concevoir aujourd'hui l'expertise de la danse-thérapeute a changé. L'objet d'étude a un nouveau sens, une nouvelle texture, une plus grande profondeur (Proulx, 2019).

3.7.2 Considérations éthiques

La présente recherche visait à élargir la connaissance que nous avons de la profession de danse-thérapeute. Pour ce faire, nous sommes allées à la rencontre de quatre danse-thérapeutes. Le déroulement de la recherche a par conséquent exigé une démarche scientifique honnête, rigoureuse et structurée qui a tenu compte de l'éthique de recherche avec des êtres humains. Cette démarche

a été menée de manière responsable, dans le respect des normes scientifiques, éthiques et professionnelles telles que décrites par le Groupe en éthique de la recherche (ger.ethique.gc.ca).

Le consentement et le droit de retrait

L'éthique de recherche avec des êtres humains exige d'abord « [l]e respect de la dignité de la personne » (ger.ethique.gc.ca, p. 8), principe éthique fondamental établi par les organismes de recherche fédéraux CRSH (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada), CRSNG (Conseil de recherches en sciences naturelles et génie du Canada), IRSC (Institut de recherche en santé du Canada). Nous avons appliqué ce grand principe en reconnaissant la valeur intrinsèque des danse-thérapeutes, leur droit au respect et au traitement juste et équitable.

Concrètement, nous nous sommes assurées que le consentement à la participation à l'étude fut libre, éclairé et continu (ger.ethique.gc.ca, p. 9). Tel que décrit précédemment, lors de la première rencontre d'entrevue, le formulaire de consentement a été lu de manière éclairée avec chacune des participantes. Nous sommes assurées que les participantes soient avisées qu'elles étaient: 1) libre de participer à l'étude ; 2) libre de répondre ou non aux questions qui allaient leur être posées ; 3) libre de se retirer de l'étude à tout moment, et ce, sans crainte de préjudices à leur égard. De plus, nous avons communiqué avec soin les buts, les avantages et les risques prévisibles liés à la participation à cette recherche, tels que détaillés dans le formulaire de consentement (voir Annexe D).

L'évaluation des risques pour les participants

Le projet de recherche présentait peu de risques physiques ou psychologiques. Toutefois, il est important de souligner que la méthode principale de production de données que nous avons sélectionnée visait la prise de conscience de la partie implicite et préréfléchie de l'action de la danse-thérapeute. Ainsi, en cours d'entretien d'explicitation, nous étions attentives aux éléments nouveaux relatifs à l'action et à la pensée privée qui pouvaient émerger dans le discours de la danse-thérapeute. Nous étions conscientes que ces informations nouvelles et inattendues pouvaient faire émerger des émotions fortes, significatives, voire inconfortables chez la participante. Au moment de la production des données, la chercheuse principale avait acquis un peu d'expérience

en psychologie clinique à travers son premier stage au Centre de Services Psychologiques de l'UQAM (2016-2017). Elle avait également développé une expérience d'écoute active et d'accompagnement dans le cadre de ses expériences de bénévolat antérieures (Centres d'écoute) ainsi que dans le cours d'*Entretien d'explicitation de l'action*. Ces expériences nous ont permis d'avoir une lecture plus sensible des informations verbales et non verbales d'inconfort manifestes chez les participantes durant le partage de leur expérience. Elles ont permis également d'écouter avec empathie le récit de ces dernières et d'ajuster avec sensibilité la profondeur de l'élaboration selon le niveau de vulnérabilité, d'inconfort ou de fatigue perçu durant les entrevues.

Le droit à la confidentialité

Tout participant à une recherche le droit au respect de la vie privée et à la confidentialité de l'information confiée. Ainsi, afin de maintenir un lien de confiance avec chacune des participantes et d'assurer l'intégrité au projet de recherche, il fut de notre devoir éthique de respecter ce droit tout au long de l'étude (ger.ethique.gc.ca, p. 57).

Lors de la première entrevue avec chacune des participantes, nous les avons informées que l'anonymat et la confidentialité de toutes les informations partagées étaient préservés. Nous avons précisé par ailleurs que la notion de confidentialité connaissait certaines limites puisqu'il était possible que des citations issues du discours des danse-thérapeutes soit utilisées. Ceci étant dit, nous avons insisté sur le fait que l'anonymat était préservé pour toute citation utilisée. De plus, nous avons expliqué les procédures envisagées dans l'enregistrement, la conservation et le traitement des informations recueillies. La chercheure principale ainsi que nos deux directrices de recherche furent les seules personnes qui ont eu accès à l'information enregistrée et notée aux trois temps de la production de données ainsi que durant le processus d'analyse. Ceci étant dit, l'identité des participantes n'a jamais été divulguée à nos directrices. Finalement, nous veillerons à ce que toutes les données brutes récoltées soient détruites après la soutenance de la thèse.

Ceci complète la présentation de notre démarche méthodologique. Ce chapitre a été rédigé dans un souci de rigueur et de transparence. Notre intention était de fournir au lecteur les renseignements nécessaires lui permettant de mieux connaître comment la recherche a été conduite, tant dans son organisation que dans son orientation. Il fait voir aussi au lecteur « l'envers du projet », pour

reprendre l'expression de Deslauriers (1991), soit le travail qui fut mené pour parvenir aux résultats que nous présenterons dans le chapitre qui suit.

CHAPITRE 4

RÉSULTATS

Lorsque j'écris, je fais l'expérience d'une altérité.
Je suis autant scribe qui écoute qu'écrivain qui crée.

(Schmitt, 2000, p. 253)

Notre thèse vise à décrire une séance de danse-thérapie du point de vue de la danse-thérapeute et à documenter les compétences mises en œuvre dans la relation de ce dernier avec son client. Nous présentons dans ce chapitre les résultats de notre analyse phénoménologique interprétative des entrevues menées auprès de quatre participantes. Nous donnons ici la parole aux danse-thérapeutes et nous raconterons ce que nous comprenons du sens qu'elles ont donné à leur expérience (Antoine et Smith, 2017). Nous tenons à souligner que dans la méthode d'analyse phénoménologique interprétative (IPA), le moment d'écriture des résultats consiste en la dernière étape d'analyse des données. En effet, Antoine et Smith (2017) rappelle que cette étape représente un prolongement du travail réflexif des analyses. Nous poursuivons ainsi la construction des significations qui ont émergé de l'expérience partagée par les participantes et poussons notre fonction interprétative dans le processus d'analyse afin de traduire les thèmes en un récit narratif (Smith et al., 2008).

Avant de débiter la présentation des résultats, nous offrons une brève description des participantes (4.1). Le lecteur pourra ainsi situer le parcours professionnel et le contexte de travail actuel de chaque danse-thérapeute. Nous fournirons ensuite une description du déroulement temporel d'une séance-type de danse-thérapie selon chaque participante (4.2). Ceci permettra de donner un aperçu de l'organisation et de la structure très concrète et appliquée d'une séance de danse-thérapie. Dans un troisième temps, nous présenterons les dimensions essentielles ayant émergé de l'analyse qualitative des données de chacune des quatre participantes (4.3). Les compétences spécifiques qui se sont dégagées des entrevues analysées seront décrites et définies. Pour terminer, à travers une lecture transversale des données, nous formulerons une structure comparative des thèmes saillants et récurrents ressortis des entrevues (4.4). Les compétences communes au travail des danse-thérapeutes seront présentées.

Rappelons que l'analyse des données de recherche concerne 12 entrevues, soit 3 entrevues par participante. L'ensemble des entrevues a été réalisé en anglais.

4.1 Préambule : Présentation des participantes

Nous partageons ici une brève description des participantes : leur province de résidence et de pratique professionnelle, leur formation universitaire et leur accréditation professionnelle, leurs approches théorico-cliniques et la clientèle avec laquelle elles travaillent³¹. Les informations offertes proviennent du questionnaire sociodémographique complété par chacune des participantes, avant leur première entrevue. Par souci de fidélité aux propos écrits des danse-thérapeutes, nous avons conservé la terminologie théorico-clinique utilisée par chacune d'entre elles.

4.1.1 Présentation d'Amanda

Amanda est une femme de 39 ans. Elle parle anglais et vit en Ontario. Amanda a étudié aux États-Unis. Elle détient une maîtrise en *Somatic counselling psychology*, avec une concentration en thérapie par la danse et le mouvement. Elle est une danse-thérapeute accréditée (R-DMT³²) par l'Association américaine de danse-thérapie (ADTA). Elle est également conseillère canadienne certifiée (CCC) par l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie (ACCP).

En 2007, Amanda débute la pratique de la danse-thérapie. Depuis, la danse-thérapeute travaille en bureau privé, soit chez elle ou dans des espaces de studio loués. En bureau privé, habituellement, Amanda rencontre des clients en individuel âgés de 7 à 85 ans. Ces derniers présentent différentes problématiques de santé physique et mentale, tels que l'anxiété, la dépression, le stress et la douleur chronique. La danse-thérapeute travaille également auprès d'individus souffrant de troubles de

³¹ La communauté de danse-thérapeutes au Canada est encore petite. Afin de préserver la confidentialité des participantes, nous avons omis de préciser leur ville de résidence, le(s) nom(s) du(des) milieu(x) où elles travaillent ainsi que les noms des universités où elles ont étudié. Nous avons également attribué un pseudonyme à chacune des participantes afin de masquer leur identité et de préserver leur anonymat.

³² L'accréditation R-DMT représente le premier niveau d'entrée dans la profession et signifie que le professionnel est prêt à l'emploi en tant que thérapeute par la danse et le mouvement dans un cadre clinique et/ou éducatif (ADTA, 2020c).

comportements, de difficultés relationnelles, d'insomnie, d'une insatisfaction générale à l'égard de la vie. Amanda fait aussi de la thérapie de groupe. Dans son travail clinique, la danse-thérapeute s'appuie sur les fondements théoriques de la thérapie par la danse et le mouvement, où le mouvement se veut une forme de communication et un levier au changement. Durant les séances, la professionnelle utilise un vaste éventail de techniques psychothérapeutiques. En effet, elle se réfère à des techniques liées à la thérapie analytique, la thérapie aldérienne, la thérapie existentielle, la thérapie centrée sur la personne, la thérapie gestaltiste, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie familiale et des approches postmodernes (création artistique, travail de relaxation, techniques centrées sur la solution).

4.1.2 Présentation de Bianca

Bianca est une femme et a 40 ans. Elle parle anglais et vit en Ontario. Bianca est danse-thérapeute de formation et est accréditée professionnellement par l'*Association for dance movement therapy UK (ADMT UK)*³³. Elle détient également une formation en psychothérapie sensori-motrice et est membre du Collège des psychothérapeutes de l'Ontario. Bianca pratique la thérapie par la danse et le mouvement depuis 12 ans. Elle travaille en pratique privée et auprès d'organisations communautaires. Actuellement, elle fait principalement de la thérapie individuelle et rencontre des adultes de tous âges. Dans son travail, la danse-thérapeute se spécialise auprès de clients souffrant de traumatismes développementaux, de troubles de l'attachement, d'anxiété, de dépression et de troubles dissociatifs. Bianca repose sa pratique sur les modèles théoriques et techniques relationnels suivants : la théorie de l'attachement, la psychologie somatique et le modèle *Trauma-Informed*.

4.1.3 Présentation de Christina

Christina est une femme de 31 ans. Elle parle anglais et vit en Ontario. Christina est danse-thérapeute accréditée (BC-DMT³⁴) par l'Association américaine de danse-thérapie (ADTA). Elle

³³ L'ADMP UK assure le respect des codes de conduites de la profession de danse-thérapeute au Royaume-Uni (ADMP UK, 2021). Actuellement, les danse-thérapeutes au Canada adhèrent au code d'éthique de l'ADTA et de l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie (ATDMC, s.d.-b).

³⁴ L'accréditation BC-DMT reconnaît que le professionnel a obtenu le niveau avancé de la pratique de la thérapie par la danse et le mouvement, niveau certifié par le Conseil de l'Association. Il signifie à la fois que le professionnel a atteint un niveau professionnel avancé et qu'il est prêt à offrir de la supervision, de

est également psychothérapeute inscrite au registre de l'Ordre des psychothérapeutes autorisés et des thérapeutes autorisés en santé mentale de l'Ontario (CRPO/OPAO). Elle détient une maîtrise en counseling et spiritualité ainsi qu'une maîtrise en counseling et thérapie par la danse et le mouvement. Christina a débuté la pratique de la TDM en 2011 dans le cadre de ses stages de formation et a obtenu son diplôme de thérapeute par la danse et le mouvement en 2014.

Aujourd'hui, la danse-thérapeute travaille en contexte public (centre de santé communautaire) où elle offre de la thérapie individuelle, de couple et familiale. Elle rencontre des personnes de tous âges aux prises avec des problématiques psychologiques diverses telles que l'anxiété, la dépression, la dépendance, l'abus et le trauma. Christina travaille également en contexte communautaire (Centre d'aide aux victimes d'agressions sexuelles) où elle rencontre des hommes et des femmes adultes victimes d'agressions sexuelles. Elle y offre des thérapies de groupe et individuelles. Dans son travail clinique, la danse-thérapeute s'appuie sur les techniques relationnelles de l'approche *Marian Chace* (techniques d'ajustement, *mirroring*, travail en cercle, la rythmique), de la théorie psychodynamique (notions d'inconscient, de l'association libre, des mécanismes de défense) et de certaines notions théoriques de la thérapie gestaltiste (notions de l'ici et maintenant, d'*awareness* et de *wholeness*).

4.1.4 Présentation de Diane

Diane est une femme de 65 ans au moment des entrevues et est une danse-thérapeute retraitée depuis 2013. Diane parle anglais et vit en Ontario. Diane est une danse-thérapeute accréditée par l'Association américaine de danse-thérapie (ADTA). Elle détient un diplôme de baccalauréat en psychologie et une maîtrise en sciences sociales - concentration en thérapie par la danse et le mouvement. Diane détient également un diplôme universitaire en arts de la scène.

Diane a commencé à pratiquer la TDM en janvier 1986. À travers sa carrière, cette professionnelle a travaillé notamment en contexte institutionnel (Centre d'hébergement de soins de longues durées) et communautaire (Logement communautaire pour personnes âgées). Elle a travaillé

la formation sur la thérapie par la danse et le mouvement et à s'engager dans une pratique privée (ADTA, 2020c).

principalement en contexte de thérapie de groupe auprès de personnes âgées de plus de 50 ans souffrant de limitations physiques au niveau moteur et sensoriel, de troubles psychologiques tels que la dépression et de troubles neurocognitifs tels que la démence et la maladie d'Alzheimer. Les objectifs visés dans sa pratique étaient d'augmenter l'autonomie des résidents, d'améliorer la qualité de vie et d'élargir leur répertoire de mouvement afin de faciliter leur interaction avec l'environnement. Aujourd'hui, Diane poursuit son implication au sein de la communauté canadienne de danse-thérapeutes en offrant des services de supervision et de mentorat à des danse-thérapeutes et à des étudiants en TDM.

4.2 Présentation du déroulé temporel d'une séance de thérapie par la danse et le mouvement pour chacune des participantes

Nous présentons ci-dessous le déroulement temporel des séances types de TDM telles que décrites et partagées par chacune des participantes lors des entretiens semi-dirigés. La structure temporelle de chaque séance y est présentée ainsi que les dispositions formelles qui organisent le cadre thérapeutique et la rencontre entre la danse-thérapeute et son(ses) client(s).

Lors des entretiens semi-dirigés nous avons invité les participantes à décrire le déroulement d'une séance de danse-thérapie. Étant donné la nature exploratoire de cette thèse, elles étaient libres de nous parler de leur expérience en contexte individuel ou de groupe, selon leur préférence. Amanda a choisi de décrire une séance de danse-thérapie individuelle. Bianca a présenté la structure type d'une séance de danse-thérapie et a fait part des particularités d'une séance individuelle et de groupe. Christina et Diane ont chacune raconté le déroulement d'une séance de danse-thérapie de groupe.

4.2.1 Amanda

Habituellement, au début d'une rencontre, Amanda s'assied avec son client. Elle prend le temps de le saluer et d'établir un lien avec lui. Elle veut que le client sente qu'il a été reconnu et qu'elle est là pour lui. Cela peut être fait simplement par un contact visuel ou un sourire. Parfois c'est la thérapeute qui commence à parler, parfois c'est le client. Par son accueil verbal bienveillant, la thérapeute indique au client que l'espace thérapeutique est un espace sécuritaire. De plus, en début

de rencontre, Amanda évalue quel est l'état général du client et cherche à s'y ajuster corporellement. La thérapeute va alors observer la réceptivité du client à son intervention. Elle porte ainsi attention aux réponses corporelles de ce dernier selon ce qu'elle fait avec son propre corps et s'ajuste en conséquence.

Amanda prend ensuite le temps d'observer quel thème sera exploré durant la séance. Certains clients arrivent avec un thème qu'ils veulent explorer immédiatement. Avec d'autres, la danse-thérapeute revient sur la séance passée, demande s'il y a eu des changements depuis. Lorsque le client commence à s'exprimer, Amanda modifie alors sa façon d'écouter. Elle se détache des mots et se concentre davantage sur la manière d'être du client dans son ensemble. Elle écoute ce qui est dit et observe simultanément le corps du client. À ce moment-là, Amanda examine également ce qui se passe à l'intérieur de son propre corps. Elle évalue alors ce qui circule entre les deux corps. Amanda va par la suite amener l'attention du client à ce qui se passe dans son corps. Par exemple : « J'entends que tu es frustrée avec un membre de ta fratrie... je remarque qu'au même moment, ta voix s'élève vers le haut. Je me demande comment est ta respiration en ce moment ? » La thérapeute essaiera ensuite d'approfondir l'exploration de l'expérience corporelle du client.

Amanda explique qu'elle peut passer la séance à rechercher une cohérence entre les pensées et les réponses corporelles du client. Elle porte alors attention au déplacement du mouvement, aux mouvements répétitifs et aux endroits du corps où se déplace son attention, remarquant que quelque chose est pris dans le corps.

La question de la confidentialité, des limites et de l'instauration du cadre thérapeutique sont trois autres éléments qui sont travaillés en cours de séance. Avec les enfants, la professionnelle cherche à offrir un espace thérapeutique qui est à la fois ouvert et contenu. Quant à son rôle de thérapeute, Amanda essaie de trouver le juste équilibre entre être une personne avec qui l'enfant peut s'amuser et avoir confiance, tout en se séparant du rôle d'ami, de parent ou d'enseignant. De manière régulière, elle s'assure donc de définir clairement et à l'aide d'exemples adaptés à l'âge de l'enfant, son rôle de thérapeute et la notion de la confidentialité. Avec les adultes, la danse-thérapeute vise à instaurer des limites au sein du processus thérapeutique. La professionnelle soulève à cet effet qu'elle soutient l'expression libre de l'adulte tout en installant des limites thérapeutiques afin que celui-ci puisse éventuellement s'approprier son expérience. En ce qui a trait à la définition du

travail thérapeutique, la professionnelle sent que les adultes ont déjà des attentes quant au déroulement de la séance thérapeutique, voire même parfois quant aux interventions de la danse-thérapeute. Cette dernière veille donc à bien définir verbalement la notion de confidentialité ainsi que son rôle de thérapeute et pourquoi elle est présente avec eux aujourd'hui.

À la fin de la séance, il est important pour Amanda que les pieds du client soient bien ancrés au sol. En ce sens, Amanda s'assure que le client ressente la pièce dans laquelle il se situe, qu'il ressente son corps, sa force, et qu'il puisse quitter la rencontre avec des éléments tangibles et applicables à l'extérieur de la séance. Pour ce faire, Amanda peut utiliser des techniques de focalisation (p. ex. incorporation de la respiration et de la visualisation) ou réviser des éléments travaillés durant la séance. Amanda attend généralement le signal du client indiquant qu'il est prêt à clore la séance pour terminer officiellement la rencontre.

4.2.2 Bianca

Bianca explique que toute séance de danse-thérapie, qu'elle soit en individuel ou en groupe, se construit autour d'un cadre de travail de référence préalablement défini. Une séance de danse-thérapie commence toujours par un *check-in* – un moment d'accueil. En thérapie de groupe, le *check-in* est décrit plutôt comme le *warm-up* – le réchauffement. Durant cette étape initiale, la danse-thérapeute tente de dégager le thème qui sera exploré durant la séance. La rencontre se poursuit et la thérapeute introduit des façons d'explorer le thème ou d'élargir ce qui est déjà en train de se développer. Vers la fin de la séance, le travail thérapeutique est orienté autour d'un reflet de l'expérience par la thérapeute et une intégration de celle-ci chez le ou les participantes.

Ceci étant dit, Bianca souligne qu'une séance de danse-thérapie peut se déployer de multiples façons et sous différentes formes. Par exemple, la professionnelle mentionne que dans une thérapie de groupe, il y a beaucoup plus de personnes qui apportent du matériel à l'expérience, ce qui influence inévitablement la manière dont va se dérouler la séance. En thérapie individuelle, le ou les choix d'intervention(s) de la thérapeute va dépendre du client spécifiquement et du thème qu'il amène en début de séance. De plus, la thérapeute souligne que chaque client arrive avec son niveau de disposition et de conscience corporelle, influençant l'orientation et le déroulement d'une séance de danse-thérapie. Pour certaines personnes, la capacité à reconnaître une sensation corporelle sera

quelque chose qui devra être travaillée en cours de processus tandis que pour d'autres cela peut-être une pratique plus familière. Finalement, le stade développemental du groupe ou même la salle dans laquelle a lieu la séance, sont d'autres facteurs qui peuvent influencer la manière dont se déroule une séance de danse-thérapie.

Séance de groupe

Pour Bianca, en thérapie de groupe, le travail de réchauffement des corps représente une préparation de ce qu'elle nomme le « contenant » (*the container*). Habituellement durant le réchauffement, la professionnelle observe les rythmes qui se manifestent ou les petits mouvements que certaines personnes explorent. Par l'utilisation de techniques comme le *mirroring*³⁵, la thérapeute élargit ensuite les mouvements ou les rythmes gestuels perçus, et introduit peu à peu des façons d'explorer ce ou ces thèmes. Les mouvements qui émergent peuvent être très variés d'un participant à l'autre ou à l'inverse, une similitude entre les gestes des participants peut apparaître. Parfois, durant la séance, les participants peuvent refléter eux aussi, un ou des gestes perçus.

Séance individuelle

Bianca débute une séance individuelle avec le *check-in*. Lorsque la thérapeute et le client s'assoient, la thérapeute pose premièrement des questions telles que : *Comment arrivez-vous en séance ? Comment vous sentez-vous aujourd'hui ?* La thérapeute et le client parlent ensuite d'un ou des éléments explorés lors de la séance précédente (p. ex. l'exploration d'une nouvelle posture corporelle liée à une nouvelle pensée ou à une nouvelle émotion, l'exploration d'une nouvelle façon de se percevoir et de percevoir le monde), et discutent de comment ce ou ces élément(s) se sont présentés dans le corps au courant de la semaine, et si le client est parvenu à retrouver la sensation corporelle travaillée la séance précédente. Le *check-in* se poursuit, et la danse-thérapeute questionne le client sur ce dont il aimerait parler aujourd'hui. Le client peut commencer à parler de quelque chose qui s'est passé dans sa vie au courant de la semaine ou de comment il se sent actuellement. Lorsque Bianca et le client discutent verbalement, la danse-thérapeute observe la

³⁵ Nous rappelons que le *mirroring* consiste en une technique de reflet et de support empathique à travers le mouvement.

posture corporelle de celui-ci. Elle peut ensuite refléter la posture observée ou certains gestes du client qu'elle perçoit. Elle peut aussi questionner ce dernier sur sa respiration ou ce qui se passe dans son corps pendant qu'il parle de sa préoccupation. Cette étape en début de séance vise à soutenir le client dans sa capacité à reconnaître ses sensations et réactions corporelles. Par la suite, la thérapeute choisit l'intervention appropriée afin d'explorer physiquement la préoccupation racontée. Le choix d'intervention est fait en fonction de la nature des objectifs thérapeutiques et de la problématique (p. ex. travail sur des enjeux développementaux et d'attachement ou travail de régulation du système nerveux après un événement traumatique), précise la danse-thérapeute.

La parole constitue un élément très important d'une séance de danse-thérapie. La danse-thérapeute explique que certaines personnes peuvent être moins confortables à bouger avec leur corps ou à établir une relation avec leur corps et le mouvement. Elle précise que selon le besoin et l'aisance du client, l'échange verbal et le *check-in* en début de séance, permettrait ainsi de donner des repères au client et d'expliquer ce qui sera fait durant la séance. En cours de séance, la parole permet également de refléter l'expérience corporelle du client et d'apporter de la curiosité à l'égard de celle-ci.

Au courant de la rencontre, la thérapeute s'ajuste à l'état corporel du client en reflétant corporellement cette expérience. Par la suite, Bianca amène de la curiosité à l'expérience corporelle du client, et ce, afin de permettre à celui-ci de prendre contact avec son expérience. Progressivement, lorsque le client devient plus conscient ou plus capable de reconnaître ce qui s'active dans son corps lorsqu'il parle d'une préoccupation, la thérapeute pourra introduire de nouvelles expériences ou des jeux de mouvements. À ce stade-ci de la rencontre, des accessoires pourraient alors être utilisés dans l'exploration. Ils pourraient aussi explorer les dynamiques et réactions relationnelles et émotionnelles qui ressortent de l'exploration.

Finalement, la danse-thérapeute est attentive aux besoins développementaux et relationnels du client. Ceux-ci ne sont pas nécessairement encore conscientisés par le client. Au courant de la séance, selon le stage développemental travaillé, le client et la thérapeute peuvent incarner des expériences relationnelles internes vécues précédemment par le client. Les différents mouvements, les exercices et les danses réalisés ensemble, aident le client à éclairer et à clarifier les pensées et

les émotions entourant cette expérience ou bien même, à découvrir dans la danse de nouveaux éléments représentant une nouvelle posture relationnelle à adopter.

4.2.3 Christina

Pour Christina, les séances de thérapie de groupe débutent généralement par un moment d'introduction et une période de réchauffement (*warm-up*). Elles se poursuivent ensuite par une période de développement et se terminent par un moment de fermeture (*closure*). La danse-thérapeute précise par ailleurs que son cadre thérapeutique se veut un cadre relativement souple. La préparation des séances de danse-thérapie de cette professionnelle comprend toujours des accessoires. Elle a également accès à différentes listes de pièces musicales qu'elle sélectionne selon le besoin émotionnel et relationnel des individus ou du groupe. Le choix des accessoires varie selon ce qu'elle a envie d'utiliser le jour même de la séance et durant le déroulement de celle-ci. En séance, la thérapeute ajuste ainsi son choix d'accessoires selon le client et ce qui est à portée de main.

Durant le moment d'introduction, Christina prend toujours le temps de se présenter et d'expliquer brièvement ce que c'est la TDM. Elle explique que la TDM est souvent une activité nouvelle pour ses clients. Elle précise aussi que bouger leurs corps peut être vulnérabilisant pour la clientèle avec laquelle elle travaille. Par conséquent, en introduction, elle s'assure d'offrir à ses clients un espace sans jugement où ils peuvent se sentir soutenus et encouragés par les uns et les autres.

Après ce moment d'introduction d'une durée de quelques minutes, la danse-thérapeute et les clients se mettent en mouvement. À ce moment-là, Christina tente de réduire la communication orale et de se distancer du langage, et tente de se rapprocher davantage du mouvement et de donner la place à ce qu'il a à dire. La professionnelle explique que les patients peuvent parfois s'accrocher au langage car cela est sécurisant. Ils peuvent également rire et plaisanter. Donc, pour permettre aux clients d'entrer dans leurs corps et de permettre à la danse de s'exprimer, elle et ses patients tentent de laisser les mots de côté.

La danse-thérapeute aime toujours commencer ses séances en cercle. Christina explique que le cœur du travail en thérapie de groupe représente un travail de synchronisation du groupe, où tous

les clients font les mêmes mouvements, s'accordent corporellement les uns aux autres ou tentent de refléter le mouvement de l'autre (*mirroring*). Ceci étant dit, Christina peut parfois laisser l'exploration du mouvement guider le groupe. Il peut alors y avoir des clients qui se distancient et explorent de manière individuelle. Toutefois, au courant de la séance le groupe va souvent et naturellement revenir en cercle. Christina illustre cette idée en décrivant des oiseaux qui reviennent en groupe pour migrer ensemble. Lorsque la thérapeute perçoit que des patients explorent le mouvement par eux-mêmes, elle peut les guider vers une plus grande exploration expérientielle et indépendante du mouvement. Et à l'inverse, lorsqu'elle perçoit le groupe revenir ensemble, elle comprend que les patients sont à la recherche d'une connexion et d'un échange entre eux, ou souhaitent être vus et montrer quelque chose d'eux-mêmes. Christina peut à ce moment proposer une activité de groupe et utiliser des accessoires.

Durant la période de développement, la danse-thérapeute initie l'exploration et l'élaboration à partir d'un thème qui émerge au sein du groupe. Ce thème peut être des paroles dites par des clients, une image, des mots, des émotions, des anciens souvenirs, une qualité de mouvement, la température extérieure qui inspire les patients (p. ex. la tombée de la pluie), etc. La danse-thérapeute porte attention à ces éléments qui émergent et qu'elle perçoit. Elle s'appuie sur un de ces thèmes afin d'entrer dans un processus d'exploration avec le groupe. Le thème est ensuite développé. La danse-thérapeute tient à préciser que cette exploration n'est pas nécessairement une exploration en profondeur qui ouvre à une élaboration verbale sur le contenu qui est travaillé. Dans un contexte de thérapie de groupe, puisque la thérapeute ne travaille pas nécessairement avec les mêmes clients pendant plusieurs semaines et plusieurs mois, elle peut moins se permettre d'élaborer verbalement ce qui est mis en œuvre.

De plus, au courant de la séance, la danse-thérapeute aime atteindre un moment où les clients semblent s'être bien exercés. Selon Christina, c'est à ce moment-là que la résistance des clients peut tomber, permettant d'élaborer le contenu plus inconscient qui émerge. Éventuellement, la danse-thérapeute vise une consolidation du matériel qui a émergé afin qu'ils puissent partir de la séance et être disposés à continuer leur journée. Christina illustre cette dynamique de travail par une courbe de distribution en cloche.

4.2.4 Diane

Pour Diane, une séance de danse-thérapie de groupe débute avec une période d'éveil qui vise à susciter la sensation de présence à soi et aux autres participants présents dans l'espace de thérapie. La séance se poursuit ensuite avec une période de réchauffement (*warm-up*). Selon la danse-thérapeute, le *warm-up* est un réchauffement physique visant à réveiller le corps, à le préparer à bouger et à augmenter la zone de confort du client à se déplacer dans l'espace et à bouger avec les autres. Ce moment de réchauffement et d'activation des corps est habituellement initié par la danse-thérapeute et peut s'actualiser de différentes façons, tel que par une respiration, un rire, un geste rythmé, une salutation animée, l'utilisation d'un accessoire, etc. La danse-thérapeute explique qu'elle va moduler le choix de son intervention selon ce qu'elle reçoit et perçoit des clients. Elle reconnaît ainsi qu'il y a différentes interventions possibles qu'elle peut appliquer afin d'entrer dans le groupe et interagir avec celui-ci. Par exemple, si la danse-thérapeute perçoit que le groupe est initialement déjà très animé et prêt à interagir, elle se déplacera rapidement vers ce lieu d'interaction. À l'inverse, si elle remarque que le groupe est fatigué, timide, ou même peu éveillé et peu alerte, elle visera à offrir un rythme de réchauffement plus lent.

Peu à peu, à travers l'activation et la mobilisation des corps, la danse-thérapeute cherche à percevoir et à atteindre une synchronicité rythmique au sein du groupe dans le rythme et dans les mouvements réalisés, et ce, afin de soutenir une relation et une communication entre les clients. Pour ce faire, elle peut proposer des mouvements ou des gestes répétés, et soutenir l'attention de ces derniers vers l'évolution du rythme de ceux-ci. La danse-thérapeute peut aussi utiliser des accessoires afin de soutenir la mobilisation corporelle de chaque individu. La danse-thérapeute donne en exemple le mouvement de tendre vers l'avant afin de donner quelque chose de soi à l'autre, au centre du groupe ou de donner quelque chose à faire passer aux autres. L'idée est de mobiliser une personne pour la faire sortir de sa position d'immobilité et de lui permettre d'atteindre la plénitude de son potentiel de mouvement. Les clients peuvent être groupés ensemble (à deux) ou en interaction les uns avec les autres (p. ex. se tenir les mains). Après la période de réchauffement, le développement de la séance peut prendre différentes directions. La danse-thérapeute explique que lorsque la cohésion est retrouvée au sein du groupe et que le mouvement répété est synchronisé, la forme du mouvement qui se développe à travers le rythme peut alors être exagérée et explorée.

La danse-thérapeute vise également à ce que le groupe se synchronise dans l'espace. Pour ce faire, elle peut introduire une respiration puis déployer ce mouvement respiratoire dans l'espace. Elle observe par la suite si les clients sont capables de porter leur attention sur la danse-thérapeute ou s'ils sont capables de suivre une orientation dans le mouvement proposé. Diane peut aussi observer comment les clients exécutent le mouvement proposé ou comment ils semblent se sentir durant la réalisation de ce mouvement. La danse-thérapeute mentionne que cette intervention permet également d'initier un moment de transition pour les clients, c'est-à-dire de les soutenir vers un investissement dynamique et un déploiement vertical de leur corps (p. ex. se mettre debout). Elle souligne également que cette intervention peut être utilisée à tout moment de la séance lorsque la danse-thérapeute veut recentrer le groupe ou elle-même repenser le déroulement de la séance. Diane précise que l'utilisation de l'espace pour sa clientèle est particulièrement difficile en raison du fait que les clients sont âgés et passent beaucoup de leur temps en position assise.

La danse-thérapeute veille à ce qu'il se déploie une connexion sociale au sein du groupe. Diane rappelle les origines sociales de la danse et tente d'offrir ce lien social à ses patients. Cette connexion peut prendre différentes formes. Elle donne deux exemples : la danse-thérapeute soutient le rythme dans le mouvement et invite chacun des patients à conscientiser qu'ils sont présents, debout et ensemble ; la danse-thérapeute devient le véhicule entre les patients et établit les liens entre eux. Elle se positionne au centre du cercle, et tend la main d'un côté à l'autre du cercle.

Pour terminer, Diane rappelle qu'elle pratique principalement auprès d'une population âgée ce qui influence inévitablement la façon dont elle travaille ainsi que son approche thérapeutique. Durant ses séances de danse-thérapie, il y a parfois des aidants naturels ou des soignants présents pour aider les clients à se lever, à danser en petit groupe ou tous ensemble. Elle travaille aussi parfois en collaboration avec un musicothérapeute ; elle partage alors la durée de la séance avec ce dernier et ses séances sont plus brèves.

4.3 Analyses individuelles des compétences mises en œuvre par les danse-thérapeutes dans une séance de danse-thérapie

Les entrevues ont été analysées à partir de la méthode d'analyse phénoménologique interprétative (IPA) (Smith et Osborn, 2008). Nous relevons dans l'ensemble des discours analysés des dimensions essentielles au déploiement de l'expertise de la danse-thérapeute dans un processus thérapeutique. Ces dimensions ont été formulées et regroupées selon trois grands domaines de compétence, soit des (1) compétences relationnelles et éthiques, des (2) compétences d'ajustement somatique ainsi que des (3) compétences liées à la démarche thérapeutique. De ces domaines ont découlé des compétences spécifiques au travail des danse-thérapeutes qui seront décrits individuellement pour chaque participante. L'explicitation de ces compétences sera accompagnée d'extraits de verbatim mettant en relief le travail interprétatif de la chercheure.

Pour éviter que le texte ne soit trop lourd, nous écrirons au présent le récit que nous, en tant que chercheure, avons reconstitué à partir des faits relatés par les participantes. De plus, nous emploierons le conditionnel lorsque nous avancerons une tentative d'interprétation ou d'explication d'un phénomène, ou encore, lorsque ce temps de verbe aura été utilisé de manière délibérée par la ou les participantes. Ceci étant dit, nous reconnaissons que l'usage du présent ne signifie pas que l'expérience décrite est définitive et réalisée toujours de la même façon.

4.3.1 Amanda

4.3.1.1 Les compétences relationnelles et éthiques chez Amanda

Pour Amanda, les séances de danse-thérapie semblent être guidées par des compétences relationnelles et éthiques prédéfinies. Ces compétences réfèrent à une posture de maintien d'un cadre thérapeutique soutenant le déploiement du processus thérapeutique. La façon de poser ce cadre thérapeutique prendrait forme de quatre façons : en définissant son cadre déontologique et éthique (4.3.1.1.1) ; en instaurant un climat relationnel de confiance et de dialogue (4.3.1.1.2) ; en assurant un travail simultané d'ancrage, de présence et d'ouverture à soi et à l'autre (4.3.1.1.3) ; en étant garante de la mémoire et de la continuité des séances (4.3.1.1.4).

4.3.1.1.1 Définir son cadre déontologique et éthique

Auprès de son client, Amanda s'assure de bien définir son cadre déontologique et éthique. Pour ce faire, elle explique clairement la fonction et la nature du travail en danse-thérapie. La danse-thérapeute souligne en quoi l'espace thérapeutique représente un lieu sécuritaire, sans jugement, sans attente de performance, visant à soutenir l'exploration libre de soi. De plus, la danse-thérapeute présente les règles sur la confidentialité ainsi que sur ses limites (p. ex circonstances exceptionnelles où elle doit légalement communiquer à un tiers un renseignement protégé par le secret professionnel). Auprès des enfants, Amanda peut illustrer verbalement la notion de la confidentialité et leur rappeler qu'elle se porte garante de leur sécurité. Lorsque la danse-thérapeute communique les règlements liés au secret professionnel, elle établit des frontières professionnelles entre elle et le client, définissant ainsi son rôle thérapeutique. En effet, dans la relation avec son client, la danse-thérapeute cherche à intervenir d'une manière bienveillante avec celui-ci tout en maintenant le caractère professionnel de cette relation.

J'ai souvent dit (auprès d'enfants): « Tu ne m'invites pas aux fêtes d'anniversaire, je ne suis pas un ami. Mais nous partageons des choses, comme des amis, et nous rions et jouons comme des amis, mais c'est dans un but différent et ce but est de t'aider, de te soutenir... pour réaliser les choses que tu veux réaliser. »

Avant d'entamer un suivi thérapeutique avec un client, la danse-thérapeute tient compte de la problématique et des attentes de celui-ci et s'assure d'exposer ses limites professionnelles, si le motif de consultation venait à être en dehors de son champ d'expertise.

4.3.1.1.2 Instaurer un climat relationnel de confiance et de dialogue

Dans son travail, Amanda valorise l'instauration d'une relation de confiance et de dialogue entre elle et son client. Il est important pour la danse-thérapeute de créer un climat relationnel qui se veut positif pour ce dernier. Lors de séances avec des enfants, elle vise parfois à instaurer un climat qui est axé davantage sur le plaisir. De plus, Amanda respecte le niveau de confort relationnel et corporel de son client et prend ainsi en compte les résistances corporelles de ce dernier. Concrètement, elle respecte le rythme d'exploration et d'élaboration corporelle du client ainsi que les réactions et les besoins émotionnels de ce dernier. Cette sensibilité à l'autre s'exprime à travers

la capacité d'Amanda à modifier son choix d'intervention et à moduler sa position spatiale par rapport au client, et ce, afin de trouver le juste niveau de présence selon l'aisance de ce dernier.

Mais à ce moment précis, je me suis dit qu'elle avait besoin ou qu'elle voulait plus d'espace. Cette position est trop directe. [...] Je ne voulais pas qu'elle ouvre les yeux et qu'elle me voit la regarder. Je me sens mal à l'aise. Je suis nerveuse à l'idée qu'elle ouvre les yeux et qu'elle me voit, juste là. Je ne suis pas, je ne me sens pas posée. Comme avant, je marchais un peu partout et j'essayais de trouver mon orientation, ma distance et mon rythme.

Il semble effectivement important pour la danse-thérapeute de respecter l'espace du client. Dans l'extrait ci-dessus, cela passe par une attention chez la danse-thérapeute à ce que sa position ne soit pas frontale pour son client afin de lui laisser l'espace dont il a besoin.

La danse-thérapeute sollicite également une posture de « non-savoir » face à l'expérience vécue et partagée. Elle se tourne vers cette expérience, porteuse de sens, dans l'idée d'être instruite par celle-ci et d'être mieux informée cliniquement. La professionnelle fait ainsi preuve d'une attitude d'ouverture, de curiosité et d'apprentissage face à l'expérience qui n'est pas la sienne. Dans le choix de ses interventions, Amanda tolère le sentiment d'incertitude inhérent à cette attitude d'écoute de l'altérité.

[C]'est en fait très agréable, comme c'est, c'est vraiment bon pour moi de ne jamais avoir l'impression de savoir ce que je fais, ce qui semble vraiment bizarre. Mais ça me permet de rester constamment sur mes gardes et de chercher constamment plus de musique ou de regarder le corps de l'autre. [E]t honnêtement, ça me fait grandir en tant qu'être humain. Parce que je n'ai que mon expérience vécue, comme je n'ai que moi, mais quand d'autres personnes me parlent et partagent avec moi et bougent avec moi, j'en sais un peu plus sur l'expérience vécue et je n'aurais pas obtenu cela en me contentant de moi, je l'ai obtenu d'eux.

Durant l'exploration thérapeutique, la danse-thérapeute cherche ainsi à préserver un équilibre entre son expertise professionnelle et l'expertise du client sur sa propre expérience. Cette recherche d'équilibre assurerait finalement la mise en œuvre d'un dialogue entre la professionnelle et le client soutenant une croissance relationnelle réciproque et une co-construction du travail thérapeutique.

4.3.1.1.3 Assurer un travail simultané d'ancrage, de présence et d'ouverture à soi et à l'autre

Pour Amanda, le maintien d'un cadre thérapeutique est conditionnel à un travail senti d'ancrage, de présence et d'ouverture à soi et à l'autre. Pour ce faire, la danse-thérapeute travaille activement à écouter et à vérifier son expérience corporelle ressentie. Plus concrètement, à travers la séance, elle vise à maintenir chez elle une sensation d'ancrage au sol. La danse-thérapeute nous précise qu'elle peut s'ancrer de manière physique et par la visualisation (p. ex. penser à la sensation d'ancrage par une activité de visualisation de racines sortant des pieds et s'enracinant au sol). Elle peut aussi centrer son attention sur sa respiration et sur les parties de son corps qui sont en contact avec le sol et prendre conscience de la qualité sensorielle de son expérience (p. ex. la sensation de texture ou de chaleur de ses pieds en contact avec le sol). Ces stratégies d'ancrage permettent à la danse-thérapeute de maintenir son attention dans le moment présent afin de ne pas se laisser saisir complètement par son expérience et celle de son client et de demeurer ainsi présente et disponible pour ce dernier. Autrement dit, l'observation de soi serait une manière pour la danse-thérapeute de réguler son expérience sentie et de se différencier de l'expérience de son client. Cela a aussi un effet sécurisant pour le patient et assure une exploration contenue du matériel thérapeutique.

[I]l y a deux choses je suppose. J'essaie vraiment de rester ouverte pour la laisser faire ce qu'elle veut. [...] donc, je dois me mettre hors du chemin quand ces moments arrivent. J'essaie juste de rester ouverte, ouverte, ouverte, mais j'essaie aussi de m'ancrer. Donc je ne veux pas m'y perdre. Comme je ne veux pas juste « foufff ! », tu sais comme, s'élever et partir. [...] Je veux vraiment être présente pour elle et tenir l'espace pour elle. Donc, il y a définitivement un ancrage qui se passe consciemment.

Parallèlement, la danse-thérapeute est présente et ouverte à ce qui est vécu en séance afin de favoriser une exploration libre du mouvement dans l'espace. Elle écoute sans jugement l'expérience sentie, émotionnelle et cognitive du patient et se laisse être affectée par ce qui se développe et ce qui se présente à elle. Cela exige pour la danse-thérapeute de faire preuve de réceptivité sensorielle et corporelle. Ce faisant, elle s'ouvre aux informations communiquées par les corps : l'orientation et la disposition spatiale, la posture, la mise en forme du corps, la qualité des gestes et des mouvements, les propos verbaux et les différentes sensations venant du corps. En d'autres mots, l'observation de la qualité de présence à soi et à l'autre représenterait une recherche d'équilibre posturale permettant de faire sentir au patient qu'il est accompagné et d'offrir à celui-ci un encadrement de son expérience émotionnelle et corporelle.

4.3.1.1.4 Être garante de la mémoire et de la continuité des séances

À travers les séances thérapeutiques, la danse-thérapeute s'assure de porter en mémoire le contenu et le vécu clinique travaillé avec le client. La danse-thérapeute vise parfois à réorienter son intervention en tenant compte du motif de consultation initial du patient ou des objectifs thérapeutiques travaillés lors d'une séance passée. Elle favorise aussi avec le patient un travail de reconnexion à soi et au travail thérapeutique passé, ce qui implique par exemple de faire un retour sur une ou des séances passées. Ce faisant, la danse-thérapeute semble faire à la fois un travail de mémorisation et de liaison du contenu élaboré entre les séances se portant garante de l'expérience temporelle du patient.

Donc au départ, quand je m'assois avec le client, je me reconnecte. [...] Certaines personnes arrivent et il y a quelque chose d'urgent dont elles veulent discuter, alors bien sûr, nous y allons. Et parfois, avec d'autres clients, je revois notre dernière séance et les objectifs, s'il y a des devoirs à faire et s'il y a quelque chose qui a changé pour eux depuis la dernière fois que nous nous sommes rencontrés.

Ainsi, la danse-thérapeute ferait preuve de flexibilité et d'adaptation par rapport aux contenu clinique qui émerge dans la rencontre. Elle s'appuie sur l'information connue préalablement dans l'observation du nouveau contenu amené, tout en travaillant à partir des associations du client.

4.3.1.2 Les compétences d'ajustement somatique chez Amanda

Dans son travail, Amanda veille à demeurer ajustée à l'expérience subjective de l'autre et à la dynamique relationnelle en cours. Pour permettre cet ajustement relationnel, la danse-thérapeute mobiliserait une expertise d'écoute et d'observation de sa propre expérience corporelle et de celle de l'autre. Cette expertise serait accompagnée d'un travail réflexif et d'une compréhension clinique de l'expérience perçue permettant une lecture et une analyse aiguisée de l'expérience du corps.

4.3.1.2.1 Écoute et résonance de sa propre expérience corporelle

Dans sa relation avec le client, la danse-thérapeute écoute de manière soutenue sa propre expérience corporelle. Nous relevons d'abord que pour être disposée à écouter son expérience, la danse-thérapeute fait un travail de distanciation de son activité cognitive, où elle met à distance ses pensées ou les mots communiqués par son client. La danse-thérapeute se tourne ensuite vers son

vécu intérieur et manifeste un état de présence et une posture d'ouverture face à son ressenti corporel. Amanda semble mettre ainsi en œuvre une activité d'observation intérieure. Elle rapporte qu'elle peut observer la qualité de sa respiration, la qualité de son champ perceptif, l'orientation spatiale de son énergie, l'activité dynamique de sa posture. Elle peut aussi porter attention à des sensations logées dans des parties spécifiques de son corps (p. ex. sensation de froid au niveau de ses doigts, sensation d'avoir une boule dans la gorge), à la présence d'expériences internes de tension qui sont inconfortables ou nouvelles (p. ex. sensation de légèreté dans le corps), à l'expression dynamique et spatiale d'une émotion ressentie (p. ex. sensation d'être élevée corporellement par la joie).

Je ne suis plus aussi alerte. [...] Je ne suis pas inquiète de savoir si elle va ouvrir les yeux et me voir en premier. [...] comme si le haut de ma poitrine était détendu, plus souple. Elle n'est pas aussi rigide et elle n'est pas tirée vers l'avant. Mon énergie n'est plus vers l'extérieur. Elle est vers l'intérieur. [...] j'ai l'impression que ma respiration n'est pas forcée. Je me sens beaucoup plus ouverte dans ma poitrine. Et je ne me penche pas en avant [...] donc, c'est comme si votre cœur s'ouvrait plus, ce qui n'est pas un sentiment de confinement.

Amanda se laisserait ainsi sentir son corps et écouterait les significations qui en émergent. Effectivement, ces expériences perceptives renseignent Amanda sur elle-même mais aussi sur le client, à savoir sur ce qu'il peut éprouver ou ressentir à un niveau corporel ou émotionnel. À partir de cette activité de résonance, la danse-thérapeute fait un travail conscient de vérification de l'origine de son ressenti corporel ou de son émotion afin de départager les vécus de chacun et de vérifier si elle ne porte pas en elle des sensations corporelles ou des émotions vécues par l'autre. Plus informée sur la réalité actuelle de son client, la danse-thérapeute peut alors orienter sa prochaine intervention de manière plus ajustée.

Pour être en mesure d'accueillir son expérience sentie et de la différencier de celle de son client, nous notons la nécessité chez la professionnelle d'avoir une bonne connaissance de soi à un niveau corporel. C'est-à-dire de connaître ses réactions ou sensations corporelles habituelles afin de les différencier de celles qui ne lui appartiendraient pas:

[...] mais il y a des fois où je suis comme, je me connais assez bien, comme : oh, je sens toujours ce truc dans mon épaule. Ça c'est à moi. Oh, ma respiration va normalement jusqu'ici, donc je sais que cette respiration peu profonde est un *pattern*

typique à moi quand je suis nerveuse ou que je n'y pense pas vraiment ou autre, mais cette douleur dans le bas du dos, ce n'est pas la mienne. Pas typiquement à moi. [...] et ce picotement dans mes doigts, aussi pas typiquement à moi.

4.3.1.2.2 Attention à l'expérience singulière et actuelle de l'autre

Amanda est attentive à l'expérience singulière et actuelle de l'autre. Dans l'orientation de ses interventions, elle tient compte de l'âge, du niveau et des modalités de langage, des besoins développementaux, des limites physiologiques et des conditions médicales de son client. La professionnelle recherche également à percevoir chez celui-ci un alignement harmonieux entre le langage et le corps en mouvement. Elle est par conséquent attentive à la cohérence entre les informations verbales communiquées par le client et les informations corporelles qu'elle perçoit.

De plus, la danse-thérapeute observe le besoin et la qualité d'expression verbale et émotionnelle du client et s'organise pour répondre ou reconnaître ce qui est exprimé. La danse-thérapeute priorise en effet le besoin corporel ou émotionnel qui est présent et qui s'exprime avec suffisamment d'intensité, même si cela implique un réajustement des objectifs prévus pour la rencontre ou une mise en suspens du travail en cours.

Et au fur et à mesure que nous travaillons avec l'objectif initial, de plus en plus de choses se développent et parfois tu dois t'occuper de ces éléments là avant de pouvoir s'orienter vers l'objectif prévu. [...] parce que parfois, vous savez, elle arrive avec un tel mal de tête et elle vient d'avoir des injections de cortisone dans les pieds, alors elle est comme : « je ne peux pas vraiment danser » et elle est en colère. Donc nous ne dansons pas, et nous ne nous occupons pas vraiment d'enjeux liés à son enfance, mais on s'occupe de la douleur.

Amanda ajuste ainsi ses interventions en fonction du matériel clinique qui émerge dans l'ici et le maintenant de la rencontre. Cette attention nuancée aux besoins et aux réponses perçues ou exprimées permettrait de maintenir vivant le dialogue entre elle et son client.

4.3.1.2.3 Lecture aiguisée du corps en mouvement et de son expressivité

Amanda parvient à ajuster ses interventions en favorisant une lecture du corps en mouvement et de son expressivité. Nous précisons que cette compétence représenterait une sous-dimension essentielle à la compétence d'*attention à l'expérience singulière et actuelle*. Nous notons d'abord

que cette lecture du corps s'exprime à travers une ouverture du champ perceptif de la danse-thérapeute, lui permettant de mieux percevoir l'expérience corporelle du client, soit son positionnement spatial et sa posture, la qualité de son regard, de son expression faciale, de ses gestes et de sa voix, et d'entendre son discours verbal. De plus, la lecture aiguisée du corps passe par une analyse qualitative du mouvement dans sa dimension dynamique, rythmique et spatiale. Plus précisément, la danse-thérapeute ouvre son attention sur les éléments constitutifs du geste et sur le caractère affectif et expressif qu'il suscite. Pour faire cela, elle s'appuie aussi sur la théorie de l'*Effort* de l'analyse du mouvement selon Laban.

Je regarde ce qu'on appelle les *efforts*, c'est à dire la quantité d'énergie qui traverse un mouvement. Donc est-ce que le mouvement est brusque et rapide, ou lent et est-il comme proche ou loin de son corps ? Je cherche des schèmes de mouvement, donc des mouvements répétitifs, d'auto-apaisement, par exemple, fait-elle quelque chose pour se calmer. [...] Donc je cherche ces... je regarde ce que le corps a à me dire.

La façon dont le client exprime corporellement et émotionnellement le mouvement ou le geste est une donnée clinique importante pour Amanda. En effet, dans la manière pour le patient d'investir son mouvement et de le déployer dans l'espace, quelque chose serait exprimé à travers celui-ci, tel un langage. Lorsqu'un mouvement est proposé par la danse-thérapeute ou travaillé avec celle-ci, une réponse émotionnelle ou corporelle peut émerger (p. ex. la perception d'un sentiment de détente suite à un mouvement répété). Amanda est ainsi attentive à cette expressivité et réactivité du corps en mouvement. Elle veille à repérer les changements et les différences dans la qualité d'exécution du mouvement et leur impact sur l'humeur et l'état général du client.

4.3.1.2.4 Observation de l'interaction des corps et de l'impact de celle-ci sur l'expérience actuelle du client

Les ajustements relationnels de la danse-thérapeute s'appuie sur une observation de l'interaction corporelle entre elle-même et le client et de son impact sur ce dernier. Pour Amanda, le client est corporellement engagé dans une rencontre à l'autre et à l'espace. Les corps sont liés l'un à l'autre et interagissent ensemble. Chacun des corps a une manière de s'organiser, d'investir et d'occuper l'espace. Partant de ce fait, Amanda est attentive aux états de corps du client, son rapport à lui-même, à l'espace et à l'autre. Elle est aussi sensible à l'effet possible de la tenue de son corps et de son expressivité sur l'expérience de l'autre et sur la dynamique relationnelle. L'attention de la

danse-thérapeute est donc portée sur l'effet de sa qualité de présence et de son positionnement spatial sur la qualité d'accordage entre elle et le patient. Elle observe également la qualité d'investissement de l'espace chez le patient à un niveau énergétique et dynamique, et sur les changements corporels, physiologiques (p. ex. ton de la voix) et posturaux de celui-ci.

Donc, s'ils sont en train de faire ça (geste du bras qui s'ouvre vers la gauche), je peux, vous savez, peut-être le faire plus grand ou l'étendre, ou le rendre plus petit. Et parfois ils ont besoin que je me retire, parfois ils ont besoin que je retourne contre le mur et dans le coin, et ils ont tout l'espace pour eux, vous savez ? Donc, comment mon corps interagit avec leur corps dans cet espace définit aussi mon rôle, donc je peux arriver très fort et plus calme, ou je peux aussi me retirer et leur donner l'espace dont ils ont besoin.

Amanda veille alors à organiser son corps et à adapter sa présence dans l'espace en fonction du positionnement du corps et de la qualité du mouvement de l'autre. Concrètement, elle recherche le juste positionnement de son corps dans l'espace et ajuste son orientation spatiale, la tonicité et la posture de son corps, le rythme de son intervention (p. ex. son mouvement, son débit de parole). Elle accueille également ses réactions émotionnelles et ses sensations corporelles liées à la nouvelle position et disposition de son corps. Ces expériences l'informent alors sur le besoin de l'autre et lui permettent d'évaluer la qualité de la relation entre les deux.

La danse-thérapeute précise que cette activité d'observation de son orientation et de sa disposition corporelle n'est habituellement pas une activité cognitive qui est de l'ordre d'un processus de pensée, mais plutôt une activité qui, pour elle, se réalise de manière plus instinctive et organique. En d'autres mots, dans une forme d'adhésion à ces expériences précognitives, la posture d'ajustement se jouerait d'abord à un niveau pré-réfléchi.

4.3.1.2.5 Mobilisation d'un travail réflexif implicite et d'une compréhension clinique de l'expérience somatique

Nous notons dans le discours d'Amanda en quoi son expertise d'écoute et d'observation du corps est accompagnée d'un travail réflexif sur le sens clinique de la situation perçue. Les gestes ou réactions dont elles témoignent, comme une interaction spécifique entre différentes parties du corps, une répétition au niveau de l'expérience corporelle, émotionnelle ou sensorielle, la présence de gestes isolés, une nouvelle manière de déployer un mouvement, des réactions de retraits et

d'ouverture corporelle et émotionnels, pour en nommer quelques-uns, suscitent chez Amanda un processus de réflexion favorisant une compréhension clinique de ce qui est développé. La danse-thérapeute porterait son regard sur le travail thérapeutique qui est en cours et mobiliserait une pensée sur cette expérience somatique.

Donc, j'étais témoin de la division du corps dans sa danse et j'ai vu le côté droit de son corps commencer à traverser la division du corps, à travers la ligne centrale de son corps, et interagir avec le côté gauche de son corps pour lui apporter du support. Donc le côté droit était presque en train de mater le côté gauche. De toute façon, même dans le mouvement qu'elle faisait avec ses épaules, [le côté droit se soulevait] pour soulever le côté gauche, et si son coude bougeait sur son côté gauche, sa main droite venait le déplacer.

De même, la danse-thérapeute observe la qualité de la relation entre elle et le client et réfléchit à la portée clinique de ses propres réactions ou propositions.

Eh bien, pour elle, la sécurité était une très grande priorité. (...) Elle s'ouvrait quand elle se sentait en sécurité et elle se fermait quand elle ne se sentait pas en sécurité. Donc mes indices seraient si elle se retirait émotionnellement et physiquement, elle n'avait pas l'impression que je comprenais ou que je la rencontrais et qu'elle se sentait en insécurité. Mais si elle continuait sur cette voie avec moi, je savais que c'était bon.

La compréhension qui émerge de la réflexivité du thérapeute devient alors du nouveau matériel clinique à prendre compte dans le travail thérapeutique. Dans un effort d'ajustement à l'autre, la danse-thérapeute utilise ces nouvelles données pour évaluer la qualité du processus thérapeutique en cours, modifier ses interventions ou propositions ainsi que remettre en question sa compréhension initiale du phénomène observé.

4.3.1.3 Les compétences liées à la démarche thérapeutique chez Amanda

Nous venons de présenter comment, dans un processus thérapeutique, la danse-thérapeute met en œuvre une posture définie de maintien du cadre thérapeutique ainsi qu'une attitude d'ajustement relationnel depuis une lecture aiguisée du corps. De ces compétences résulte une orientation spécifique des interventions thérapeutiques. Selon le patient et le processus thérapeutique en cours, Amanda applique différentes interventions et techniques se rattachant à une visée thérapeutique définie, soit celle d'une exploration corporelle, sentie et incarnée de l'expérience. Cette visée

thérapeutique se travaillerait et s'organiserait selon les quatre axes de travail suivant : faciliter l'accès à un travail corporel (4.3.1.3.1) ; soutenir un approfondissement de l'expérience corporelle, émotionnelle et relationnelle (4.3.1.3.2) ; viser une intégration incarnée et durable du travail corporel (4.3.1.3.3) et maintenir la relation et une communication non verbale avec l'autre (4.3.1.3.4).

4.3.1.3.1 Faciliter l'accès à un travail corporel

Amanda utilise diverses interventions afin de faciliter le travail avec et par le corps. Elle reconnaît la résistance et la difficulté chez nombre de client à parler du corps et à se relier à celui-ci. De manière progressive, la danse-thérapeute cherche à ce qu'ensemble ils puissent accéder au corps et y travailler de manière plus confortable.

[E]t j'essaye d'enlever cette, cette peur de travailler avec le corps. Très souvent, je ne sais pas si la peur est le bon mot, mais juste [courte pause], ils ne sont pas aussi à l'aise habituellement à juste travailler avec leur corps.

La danse-thérapeute utilise des stratégies thérapeutiques afin de contourner la résistance et de déclencher le travail avec le corps. Dans le discours d'Amanda, il est évoqué que les accessoires (p. e x. balles, coussins, écharpes, musique) sont particulièrement utiles à cette étape du processus puisqu'ils permettent une mobilisation et un éveil du corps. L'utilisation des accessoires favorise l'action par un engagement dynamique du corps, en offrant la possibilité au client de s'exprimer de manière différente ou d'augmenter la sensation de confort ou de plaisir dans le fait de se mouvoir. L'accessoire jouerait ainsi un rôle de soutien, de distraction et de facilitateur dans l'exploration corporelle.

En tant que danse-thérapeute, nous savons que nous travaillons avec le corps, mais nous n'entrons pas dans une séance en disant : « Allô, je vais regarder votre corps et votre corps ne ment pas et je vais vous aider à soulager votre douleur et élargir votre répertoire de mouvements. » Ils seraient juste comme : « Ouin, noon. » Mais nous apportons les accessoires pour adoucir le jugement du corps. Nous pouvons alors être avec le corps sans pour autant dire « Je regarde ton corps. » Et ils sont plus à l'aise à bouger quand ils sont comme : « Oh ouais, c'est vraiment amusant, et ça fait du bien. »

Amanda donne également de la place au langage en questionnant avec curiosité l'expérience qui est sentie par le patient ou en reflétant verbalement l'expérience corporelle qu'elle perçoit. La

thérapeute peut relier l'émotion véhiculée par le client à une réaction du corps qu'elle observe. Ces techniques d'intervention permettraient de développer peu à peu chez le client une posture d'observation de son corps ainsi que d'instaurer un dialogue entre les différentes sphères de son expérience.

J'ai l'habitude de les ramener dans leur corps : [...] ok, j'ai remarqué ça et j'entends ça. Donc, par exemple : « J'entends que tu es vraiment frustré avec ton frère ou ta sœur (...) et je remarque que ta voix est un peu rauque quand tu le dis, je me demande comment est ta respiration actuellement ? » Et donc, j'utilise quelque chose pour les amener dans leur corps, juste quelque chose de très léger.

4.3.1.3.2 Soutenir une exploration de l'expérience émotionnelle par un approfondissement de l'expérience corporelle

Dans un second temps, le travail thérapeutique est orienté vers une exploration du vécu émotionnel du client. Ce travail s'appuie sur un approfondissement de l'expérience corporelle qui est présente, facilitant ainsi l'accès au vécu émotionnel et à son expression. Il s'agit de susciter un travail par le corps permettant au client d'accéder à de nouvelles sensations internes ou des éprouvés corporels, ressources qui donneraient à sentir plus aisément ce qui est éprouvé émotionnellement.

[E]t je trouve que le processus émotionnel quand on travaille avec le corps est beaucoup plus doux. Je trouve que les clients s'ouvrent plus et je ne veux pas dire qu'ils me disent tout, mais c'est comme s'ils étaient ouverts à l'espoir, à des possibilités et au potentiel de guérison. Humm, mais quand ils sont dans leur tête, parfois c'est vraiment difficile d'accès. [...] je suppose que mon angle est le corps et je lui fais confiance, et je crois en lui. Et pour moi [...] le corps a un répertoire émotionnel beaucoup plus large dans lequel nous pouvons puiser en faisant les mouvements et en les élargissant.

[P]lus tu vas profond dans le corps avec quelqu'un, et moins tu parles, plus intense est la sensibilité, et par cela je ne parle pas d'émotion, mais de sensation.

La danse-thérapeute travaillerait en plusieurs étapes afin d'approfondir l'expérience. À travers différentes stratégies d'interventions, elle aide le client à sentir son expérience, à se l'approprier voire même à l'explorer. Par des questions ouvertes accompagnées de gestes, elle peut soutenir le client à décrire son expérience et l'amener à préciser la localisation interne de l'expérience sentie. La danse-thérapeute favorise également un état de présence réflexive chez le client à ses propres gestes. Dans l'exemple plus haut (4.3.1.3.1), la danse-thérapeute pouvait reconnaître verbalement

une gestuelle qui était répétée (dans l'idée de soutenir une observation du corps). Ici, la danse-thérapeute apporterait un deuxième niveau à l'exploration et questionnerait le besoin de ce geste. Que cherche-t-il à dire, à communiquer? Une verbalisation de l'intention implicite du geste est ainsi explorée afin de clarifier l'expérience, de mieux la comprendre ou de se la représenter. La présence du corps de la thérapeute qui reflète l'expérience du client peut aussi faciliter la sensation et la description de l'expérience. Par exemple, la technique du miroir permet à la danse-thérapeute d'incarner le vécu émotionnel du client en reflétant les qualités de son mouvement. Le patient voit son expression à travers l'autre et parvient à être plus en contact avec lui-même.

J'ai donc reflété son mouvement pour elle, parce que peut-être elle n'était pas consciente de la façon dont elle bougeait. Donc, j'ai incarné son mouvement du mieux que j'ai pu et j'ai montré certains des mouvements qu'elle faisait [...]

Refléter en miroir c'est exactement comme s'il y a un miroir. Ce que je veux être c'est une réplique exacte d'elle. Donc, je veux m'asseoir comme elle s'assoit, je veux parfois respirer comme elle respire. Et où elle pointe (sur son corps), je veux avoir le même endroit qu'elle. Donc, quand elle me regarde et que je fais son geste, elle le voit et le ressent.

La conduite des différentes interventions évoquées aurait pour objectif d'orienter peu à peu le travail vers un élargissement du répertoire de mouvement. La danse-thérapeute oriente alors son attention sur la façon chez le client de négocier et d'habiter son geste.

Donc, et puis, j'essaie aussi d'élargir le répertoire émotionnel. HHumm en utilisant le corps. Donc, je regarde la qualité du mouvement et le mouvement, les patrons de mouvement et [...] partout où mon attention est retenue, quand je remarque qu'il y a quelque chose de coincé dans le corps [...] et parfois c'est un mouvement répétitif qu'ils font tout le temps, et alors tu dis : « OK, il y a quelque chose là. »

Amanda cherche à approfondir le vécu émotionnel du client à travers une exploration du geste ou de l'action perçue. Elle peut observer la prévalence d'un geste ou d'une qualité de mouvement au détriment des autres, et vise à moduler ou à nuancer les qualités du geste. Ce faisant, elle invite verbalement et corporellement le client à élargir son action, à proposer un nouveau geste ou à apporter une nouvelle dynamique au mouvement. En jouant sur les dimensions qualitatives du geste, le client serait amené à s'éprouver différemment et à investir de nouvelles sensations, de nouvelles émotions, voire même de nouveaux vécus relationnels.

4.3.1.3.3 Viser une intégration incarnée et durable du travail corporel

Il est essentiel pour Amanda que le client puisse sentir une intégration des changements dans son corps, ce qui soutient le travail thérapeutique. Cela signifie que pour qu'il y ait un changement durable de l'expérience, celle-ci doit être sentie dans le corps. Pour permettre cette intégration, Amanda dispose de différentes techniques d'intervention : techniques de focalisation, de visualisation et de respiration. Les éprouvés corporels qui sont étudiés concernent des exercices autour du poids et de la gravité favorisant un ancrage sensoriel chez le client ainsi qu'une liaison corps-pensée. La mise en place de ce moment d'ancrage permet au patient de se centrer sur soi et sur l'expérience qui a été travaillée, dans l'idée de consolider cette expérience et de créer une empreinte corporelle des changements.

[E]t ensuite à la fin de la séance, il est vraiment important pour moi que leurs pieds soient ancrés sur le sol avant que nous terminions une séance et par cela je veux dire : qu'ils sentent la pièce, qu'ils sentent leur corps, qu'ils se sentent fort, qu'ils savent en quelque sorte où nous sommes allés, mais qu'ils aient aussi quelque chose de tangible à emporter avec eux quand ils quittent la séance.

4.3.1.3.4 Maintenir la relation et une communication non verbale avec l'autre

Pour permettre une rencontre du corps et soutenir son exploration, il semble essentiel de maintenir la relation et une communication non verbale avec l'autre. Selon les propos d'Amanda, la relation en elle-même donne ainsi lieu à une orientation de travail spécifique. De façon différente à la compétence de lecture du corps explicitée à la section 4.3.1.2.3, la compétence explicitée ici est la capacité chez la danse-thérapeute à proposer différentes modalités d'interventions qui facilitent ou entretiennent la connexion thérapeutique à l'autre.

Amanda présente une sensibilité à la qualité du dialogue et ajuste son choix d'intervention en fonction de celle-ci. Cet accordage se joue à un niveau tonique et postural ainsi qu'à un niveau spatial et énergétique. L'échange entre le client et la danse-thérapeute est dynamique et co-construit par la réalité vécue des deux acteurs en mouvement.

[D]onc j'essaie, j'essaie de me connecter principalement à un niveau non verbal avec eux. Encore une fois, en miroir et en jouant avec les plans. Ici, devant et derrière, et comment ils existent dans leur kinésphère. Et parfois je pousse les limites là où ils sont,

et parfois je m'assoie avec eux exactement là où ils sont rendus. Cela dépend vraiment de la rétroaction que je reçois de leur corps en fonction de ce que je fais aussi. [Court silence] Donc c'est une, c'est une danse constante. [...] Parfois je me penche en avant, parfois je me penche en arrière, parfois je peux commencer de manière vraiment calme, parfois je deviens vraiment rigide.

Étant donné la modulation des états de corps, de l'expérience et du mouvement en séance, la danse-thérapeute veille aussi à questionner et à vérifier la qualité du lien et de l'interaction des corps dans l'espace. Elle peut proposer des interventions qui permettent d'amener l'attention dans le mouvement présent et dans la communication avec l'autre (p. ex. avec l'aide d'accessoires). Elle utilise également des stratégies d'interventions qui permettent d'établir la relation avec l'autre (p. ex. technique en miroir, jeux structurés et non structurés avec les enfants) et de la soutenir (p. ex. reflet et validation émotionnel).

Le maintien de la communication et le soin donné à la qualité de la relation ont une importance encore plus particulière à certains moments de la thérapie. Par exemple, lors du début et de la fin d'une séance, ou lorsqu'une activité est émotionnellement ou corporellement éprouvante pour le client. Ces exemples illustrent des moments où la capacité d'échange et d'interaction avec l'autre est possiblement plus difficile ou limitée pour le client.

4.3.1.4 Les fondements axiologiques et théorico-cliniques de la danse-thérapeute.

Nous relevons dans le discours d'Amanda que des fondements axiologiques et théorico-cliniques sous-tendent l'ensemble de ses interventions. En effet, la danse-thérapeute semble avoir une représentation définie du corps et porter en elle des fondements théoriques et cliniques qui donnent à la fois sens à son travail et l'orientent.

La danse-thérapeute reconnaît la complexité de l'expérience subjective de soi et de l'autre. Elle serait consciente des différents niveaux de profondeur derrière une demande thérapeutique et valoriserait une posture de « non-savoir » et d'écoute face à l'expérience de l'autre. Cette capacité chez la danse-thérapeute à suspendre en quelque sorte son savoir pour entendre celui de l'autre, s'appuierait sur une vision holistique de l'expérience humaine. Amanda valorise en effet ce qui vient du corps et a confiance en celui-ci. Il semble essentiel pour la danse-thérapeute d'offrir au

client un espace pour qu'il puisse développer une confiance en son corps et l'investir dans son processus de guérison.

Donc pour moi, je fais plus confiance à ce que mon corps me dit qu'à ce que mon cerveau me dit, à moins que je ne sente qu'ils sont alignés.

[N]ous utilisons plutôt nos pensées pour trouver un chemin de guérison plutôt que dans notre corps. Et ils sont en fait complètement, complètement entrelacés, ils sont juste complètement entrelacés, et les gens le savent. Fondamentalement, ils le savent, tu dois juste créer un espace où ils peuvent se reconnecter avec ça.

Selon la professionnelle, le corps est ainsi un levier thérapeutique permettant une ouverture à des émotions et sensations potentielles. Ainsi, la tolérance au « non-savoir » évoquée plus haut serait garante de l'accès au savoir corporel que le client porte en lui. La danse-thérapeute cherche à guider le patient vers ce savoir corporel non-conscientisé.

Amanda reconnaît que les pensées peuvent régulièrement bloquer l'exploration comparativement à la capacité du corps à faire circuler une sensation. La danse-thérapeute s'autorise ainsi à suivre le mouvement qui se présente à elle, car elle s'appuie sur une conception du corps qui tend naturellement vers la guérison³⁶.

Et quand j'ai une montée de sensations comme ça, quelle que soit la sensation, quand j'ai une montée de sensations, je pense que nous sommes exactement là où nous devons être. Je n'ai aucune idée de ce qui va se passer mais quelque chose est très vivant en ce moment. [...] donc mon travail consiste à suivre la séquence qui se développe, quelle qu'elle soit. Humm douleur ou légèreté ou même si c'est juste une séquence de mouvement, je la suis. Et quand j'ai une montée de sensations, mon instinct ou mon intuition me dit : « Oui, suis ça, suis ça, suis ça, c'est là où tu dois aller. »

Il y aurait donc une source de vérité dans la dynamique corporelle à laquelle le patient a accès. En ce sens, la danse-thérapeute fait part de la dynamique interne spontanée du corps, soit une coordination fonctionnelle, attendue et recherchée dans le mouvement. Il y aurait peu de blocage dans le mouvement et le corps serait capable de défaire ses tensions.

³⁶ Le mot « guérison » renvoie au terme « *healing* » utilisé par la danse-thérapeute.

Afin d'offrir aux lecteur une vue d'ensemble des compétences relevées dans le travail d'Amanda, nous présentons dans le tableau ci-dessous (Tableau 4.1) une synthèse de celles-ci.

L'exposé récapitulatif des compétences suit la logique suivante :

- Dans la première colonne de gauche du tableau, nous retrouvons le domaine de compétence. Chacun des domaines renvoie à un ensemble homogène de compétences spécifiques au travail de la danse-thérapeute.

- Dans la colonne du centre, nous retrouvons les compétences spécifiques associées au travail de la danse-thérapeute. Les compétences spécifiques sont présentées sous la forme d'un énoncé, lequel est formulé par un verbe actif à l'infinitif.

- Dans la colonne de droite, nous explicitons les actions qui se rattachent à chacune des compétences spécifiques. Cette colonne renvoie à la dimension opérationnelle des compétences spécifiques relevées dans le travail de la danse-thérapeute.

Nous précisons que les tableaux récapitulatifs des compétences relevées pour les trois autres participantes seront organisés selon la même structure.

Tableau 4.1 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Amanda

Domaine de compétences	Compétences spécifiques	Compétences explicitées
Compétences relationnelles et éthiques	Définir son cadre déontologique et éthique	- Installer un lieu sécuritaire, non jugeant, soutenant - Présenter les règles de confidentialité - Établir les frontières professionnelles entre le client et la thérapeute
	Instaurer un climat relationnel de confiance et de dialogue	- Respecter le confort corporel et relationnel du patient - Respecter la juste distance avec le client - Adopter une posture de « non-savoir » face à l'expérience vécue
	Travailler l'ancrage, la présence et l'ouverture à soi et à l'autre	- Maintenir une sensation d'ancrage au sol et une connexion avec le client - Réguler son expérience sentie
	Se porter garante de la mémoire et de la continuité entre les séances	- Favoriser un travail de mémorisation et de liaison du contenu élaboré entre les séances
Compétences d'ajustement somatique	Écouter et faire résonner sa propre expérience corporelle	- Observer son expérience sentie et la différencier de celle du client - Nécessiter une bonne connaissance de soi à un niveau corporel
	Porter attention à l'expérience actuelle et singulière de l'autre	- Ajuster ses interventions en fonction du matériel clinique qui émerge dans l'ici et maintenant
	Favoriser une lecture aiguisée du corps en mouvement et de son expressivité	- Ouvrir son champ perceptif - Analyser qualitativement le mouvement au niveau rythmique, dynamique et spatial - Orienter l'attention sur la caractère affectif et expressif du geste
	Observer l'interaction des corps et impact de celle-ci sur expérience du client	- Orienter l'attention sur l'effet de la tenue des corps, de leur expressivité et de leur investissement spatial sur la qualité d'accordage entre thérapeute et client.
	Mobiliser un travail réflexif et compréhension clinique de l'expérience somatique	- Mobiliser une pensée clinique sur le travail thérapeutique en cours - Évaluer la qualité du processus thérapeutique
Compétences liées à la démarche thérapeutique	Faciliter l'accès à un travail corporel	- Contourner la résistance et déclencher un travail avec le corps - Diriger l'attention du client vers une disposition d'observation du corps, par des techniques d'intervention (accessoires, reflet verbal)
	Soutenir une exploration de l'expérience émotionnelle par un approfondissement de l'expérience corporelle	- Soutenir le client dans la sensation et la description de son expérience corporelle - Soutenir un état de présence réflexive chez le client à ses gestes - Orienter l'attention du client vers un élargissement du répertoire du mouvement, par un travail sur les dimensions qualitatives du geste
	Viser une intégration incarnée et durable du travail corporel	- Créer une empreinte corporelle des changements - Favoriser un ancrage sensoriel et un travail de liaison corps-pensée par des techniques d'intervention (focalisation, visualisation, respiration)
	Maintenir la relation et une communication non verbale avec l'autre	- Ajustement du choix d'intervention en fonction du dialogue tonique, postural, spatial et énergétique entre le client et la thérapeute - Soutenir la qualité du lien thérapeutique et de l'interaction des corps par des techniques d'intervention (accessoires, technique en miroir, jeux structurés et non structurés, reflet émotionnel)

4.3.2 Bianca

4.3.2.1 Les compétences relationnelles et éthiques chez Bianca

Les séances de danse-thérapie chez Bianca sont guidées par des compétences relationnelles et éthiques prédéfinies. Ces compétences font référence à une posture intentionnelle d'ajustement soutenant l'actualisation du processus thérapeutique. La posture d'ajustement à l'autre est une action centrale dans le travail de Bianca. Elle est comprise ici comme un dispositif préalable à mettre en place et à maintenir au sein du travail thérapeutique, tel l'aménagement d'un cadre thérapeutique. À cet effet, Bianca veille à s'ajuster à l'expérience singulière et actuelle du client (4.3.2.1.1), et à l'expérience temporelle de celui-ci et au travail thérapeutique (4.3.2.1.2).

4.3.2.1.1 Ajustement à l'expérience singulière et actuelle de l'autre

La danse-thérapeute reconnaît que son client porte en lui son histoire et qu'il est unique. Ainsi, lorsqu'elle s'ajuste à son client, elle met en œuvre sa sensibilité dans l'expérience singulière et actuelle de celui-ci. Plus précisément, cette sensibilité s'exprime par une attention à l'expérience corporelle, physiologique et affective du client, qui se manifeste dans l'ici et maintenant de la rencontre (p. ex. la posture du corps, la circulation de l'énergie, l'émotion ressentie, la capacité de concentration, le besoin de repos, la qualité du geste, les tensions musculaires, les mécanismes psychologiques à l'œuvre, etc.).

De plus, cet ajustement à l'autre est répété dans le temps. Effectivement, Bianca porte une attention à la qualité de ses interventions et de son accordage à ce dernier. La danse-thérapeute suit alors un des principes de la TDM, à savoir de rejoindre le client dans l'état où il est. Ce faisant, la thérapeute préconise le système d'engagement social (*social engagement system*). Ainsi l'ajustement à l'autre passe par un travail d'accordage à l'état corporel du client en reflétant cette expérience avec son propre corps. La thérapeute précise qu'une grande partie de cet ajustement initial se fait spontanément, voire de manière intuitive.

Donc si un client arrive et qu'il est totalement effondré et affalé sur sa chaise et qu'il a très peu d'énergie dans son corps et que je fais le contraire au début de la séance, il va y avoir un décalage dans la synchronisation.

Cette capacité à refléter corporellement l'état corporel de l'autre est explicité à la section 4.3.2.2. où nous décrivons l'expertise d'écoute et d'observation des corps en mouvement mise en œuvre par la danse-thérapeute.

L'ajustement se joue aussi en fonction de la disposition corporelle actuelle du client (p. ex. la capacité à reconnaître et à identifier une sensation corporelle interne). L'orientation du travail thérapeutique varie ainsi en fonction du niveau de présence et de la capacité de régulation du client ainsi que de la capacité chez celui-ci à conscientiser son expérience corporelle.

Par ailleurs, Bianca relève dans son discours l'impossibilité pour tout danse-thérapeute de s'ajuster parfaitement à l'autre. Elle nomme qu'il est plutôt important pour la danse-thérapeute d'avoir l'intention de s'ajuster à l'autre afin que celui-ci se sente accompagné dans son exploration. L'ajustement à l'autre passerait donc par la présence d'une sensibilité éthique et relationnelle chez la danse-thérapeute. Cette sensibilité s'exprime par la demande et le maintien du consentement du client. La thérapeute reconnaît l'importance de demander la permission à explorer le vécu corporel de l'autre en partenariat avec celui-ci. De ce fait, pour permettre cette exploration corporelle, il doit y avoir eu un accord préalable entre le thérapeute et le client de partager ensemble cette expérience. En somme, l'ajustement relève de l'intention et d'un consentement dans le partenariat avec l'autre.

La demande de consentement est différente selon le contexte thérapeutique. En contexte de thérapie individuelle, la demande de consentement se veut un travail en continu, c'est-à-dire que la danse-thérapeute doit s'assurer qu'il est maintenu tout au long du suivi. En contexte de thérapie de groupe, le consentement est demandé habituellement au début de la séance.

Alors nous devons de temps en temps le vérifier [le mouvement de l'autre]. Et pas seulement commencer à imiter, tu sais, commencer à le faire. [...] il y a tellement de choses différentes qui peuvent ressortir pour un client. N'est-ce pas ? Comme, « c'est mon mouvement, tu sais, tu me copies. » [...] Et donc je demande toujours la permission : « Est-ce que c'est OK si je fais ça ? Peut-être nous allons juste essayer... Qu'est-ce que ça fait si je le fais aussi ? »

De plus, la professionnelle adopte une posture d'incertitude et de curiosité devant l'expérience du client. Elle reconnaît la limite de son expérience perceptive et notamment de ce qu'elle observe

corporellement chez l'autre. La danse-thérapeute irait alors à la rencontre de l'expérience du client afin de vérifier, de mieux comprendre cliniquement l'expérience qui est en cours et de s'y ajuster.

Par exemple, je pourrais remarquer les épaules du client se lever et je pourrais remarquer que je me sens moi-même un peu anxieuse. Et je pourrais vérifier cela, je pourrais vérifier cela verbalement. Donc, ça se manifeste dans le corps, mais je vais le vérifier avec le client [...] juste vérifier comme : « Est-ce que vous sentez tendu en ce moment ? Il y a-t-il une tension dans le haut de votre corps ? Je pense que je vois vos épaules remonter. »

4.3.2.1.2 Ajustement à l'expérience temporelle de l'autre et du processus thérapeutique

La posture d'ajustement s'exprimerait aussi à l'intérieur d'un processus qui est temporel. Pour Bianca, cela se fait par la reconnaissance et le respect de la durée de travail et du rythme d'exploration de son client. La danse-thérapeute fait ainsi preuve d'une sensibilité éthique et relationnelle s'exprimant par le respect de la temporalité du client et de l'évolution du travail thérapeutique.

Dans la relation thérapeutique, Bianca suit la qualité d'expression corporelle du client et reconnaît le temps de travail parfois nécessaire avant de pouvoir intégrer une activité sollicitant une mise à jour des dynamiques relationnelles et émotionnelles chez la personne. Bianca s'assure également d'instaurer un climat relationnel calme, sécurisant et rassurant pour le client. Pour ce faire, la thérapeute est soucieuse de ne pas faire intrusion dans le vécu de ce dernier, ou veille à ce que l'expérience relationnelle thérapeutique ne soit pas vécue comme envahissante corporellement (p. ex. perception de danger et de la réactivation d'une expérience traumatique). Dans le choix de ses interventions, la danse-thérapeute prend en considération les répercussions cliniques possibles chez le client (c.-à-d. sentiment d'abus, d'intrusion). Elle établit un ordre dans les activités et les interventions proposées selon la nature des symptômes manifestes.

Il se peut que je voie un client faire un mouvement pendant plusieurs séances et ne pas l'amener à prendre contact avec ça, ce n'est pas le bon moment. Cela pourrait le submerger ou le retraumatiser.

Et bien si quelqu'un a des crises de panique, des crises d'anxiété, nous allons travailler sur certaines ressources, certaines ressources somatiques, sur les moyens de réguler le système nerveux avant que [...] nous créions une danse ensemble. Il s'agira peut-être

de quelques petits mouvements que l'on répète. Et on travaillera sur cette sorte de synchronisation et de *mirroring* [...] pour peut-être une plus longue période de temps.

De plus, Bianca évoque une particularité appréciée de la thérapie individuelle, soit la possibilité de pouvoir rejoindre le besoin spécifique du client, offrant conséquemment un processus thérapeutique unique et ajusté à chacun. À ce propos, Bianca module l'objectif et sa fonction thérapeutique selon le besoin développemental et actuel du client et de son état de santé. Plus précisément, la définition du rôle du thérapeute ainsi que des objectifs thérapeutiques, varient en fonction du stade développemental du client, du besoin relationnel de celui-ci, de la qualité des symptômes qui sont manifestés et travaillés. L'objectif thérapeutique varie ainsi dans le temps et selon ce qui est mis à jour dans le processus thérapeutique.

Et bien mon rôle... Je suppose, [courte pause] ça dépend où nous sommes dans le processus thérapeutique.

[D]e jouer en sécurité, jouer et explorer en sécurité. Donc cela pourrait être le but du traitement et ça pourrait prendre cinq ans pour quelqu'un. Ça pourrait aussi ne jamais être le but. Un objectif pourrait être de ne pas avoir des crises de panique tous les jours, c'est juste, ça dépend. Cela dépend juste, je pense, du client vraiment. Donc [...] ça peut être, ça peut aller dans la création d'une danse, comment on se sent de créer quelque chose.

La définition du rôle, de la fonction de la thérapeute ainsi que des objectifs thérapeutiques sont également influencés par la compréhension conceptuelle et théorique de cette dernière. La professionnelle a été formée dans plusieurs approches psychothérapeutiques (TDM, psychothérapie sensori-motrice, psychothérapie par les arts). Selon les besoins et les symptômes manifestés par le client, la thérapeute adopte des interventions provenant de ces différentes approches.

4.3.2.2 Les compétences d'ajustement somatique chez Bianca

En séance, le processus décisionnel de la danse-thérapeute est dynamique et est alimenté par différents éléments d'ordre corporel, émotionnel, relationnel et cognitif auxquels elle porte attention. Afin de préciser et d'orienter son intervention, la danse-thérapeute mettrait en œuvre une expertise d'écoute et d'observation de sa propre expérience corporelle et de celle de l'autre. Cette

expertise est secondée par une mobilisation de connaissances pratiques, théoriques et cliniques dans le cours même de ses interventions.

4.3.2.2.1 Écoute et analyse de son expérience de contre-transfert somatique

Dans son travail, Bianca porte attention à ses réactions corporelles et émotionnelles lui donnant de l'information à la fois sur le vécu de l'autre et sur son propre vécu en interaction avec l'autre. Ce faisant, la danse-thérapeute s'appuie sur l'écoute de son contre-transfert somatique. Bianca parle du contre-transfert somatique comme une expérience non-verbale sentie en elle (c.-à-d. émotions, sentiments, sensations) mais qui est liée à une expérience émotionnelle ou corporelle appartenant au client. Par exemple, dans la relation avec le client, la danse-thérapeute peut ressentir un vécu d'anxiété l'informant de l'expérience émotionnelle sentie chez le client mais qui n'a pas encore été verbalisée en séance. Pour illustrer autrement cette idée, Bianca peut soudainement sentir une sensation d'apesanteur et un changement qualitatif de sa relation avec la gravité indiquant possiblement l'absence d'ancrage et la présence d'une tension corporelle interne chez le client. Lorsque la danse-thérapeute écoute son contre-transfert somatique, elle s'informe également de la qualité de la relation avec son client.

Pour parvenir à écouter son expérience contre-transférentielle, nous notons en quoi cela nécessite un travail complexe chez la danse-thérapeute. Effectivement, elle doit départager ce qui appartient à l'expérience corporelle sentie en elle et comprendre cliniquement la raison pour laquelle le vécu de l'autre est ainsi exprimée par son corps.

Et puis vous devez choisir: est-ce que ce que je ressens viens du client, est-ce que c'est parce que je suis mal à l'aise avec la colère ou est-ce que la colère n'est pas encore dans la pièce ? Est-ce que la colère arrive d'une autre manière, indirectement ? Donc je suppose que [...] je pourrais penser que ça peut émerger, que vous avez vraiment un sentiment fort que vous n'aviez pas avant cette séance. Mais ça fait partie du travail. C'est comme : est-ce que c'est à moi ? C'est à qui ? C'est à moi ou c'est au client ? Et est-ce qu'en ce moment, je suis en quelque sorte je suis en train de le contenir ? Dans mon corps ? Peut-être que c'est parce que c'est trop dur pour le client de le contenir ? Ou peut-être que c'est parce que c'est une partie dont ils ne sont pas encore conscients ? C'est peut-être une émotion qu'ils n'étaient pas autorisés à ressentir dans leur histoire... donc, ils l'expriment d'une autre manière.

Cette écoute exige pour Bianca un travail d'aller-retour entre les sphères corporelle, sensorielle et verbale de son expérience. Elle se laisse sentir l'expérience qu'elle vit à un niveau somatique, corporel et émotionnel tout en prenant conscience à un niveau cognitif des liens associatifs et des réflexions qui émergent de cette expérience.

J'ai souvent cette image avec ce client [...] je suis présente à cette image et il y a une impulsion en moi d'envelopper le client, d'envelopper le corps entier du client. [...] Je veux dire, il y a quelque chose à propos d'un ... dans mon corps. Ouais, c'est un sentiment, c'est en fait un sentiment assez affectueux. Ouais, c'est un sentiment d'amour que j'ai qui est similaire à ce sentiment où tu sais que quelqu'un a besoin d'un câlin. [...] et c'est au centre de mon corps.

Je suis présente à une image de vraiment, il y a quelque chose d'infantile. Une sensation, une sensation de mon corps de vouloir offrir un contenant pour le corps du client. [...] Si je pouvais envelopper ce client dans quelque chose. Vous savez [courte pause] fournir un contenant, comme point de référence, quelque chose contre lequel pousser... pour toute cette tension qui est dans le corps.

Nous comprenons ainsi que l'expérience contre-transférentielle devient à la fois un levier pour l'exploration de l'expérience émotionnelle et corporelle de l'autre ainsi que de la relation thérapeutique. Bianca utilise en effet son contre-transfert somatique pour guider sa lecture du vécu du client ou de la relation thérapeutique. Lorsque nécessaire, l'exploration de la réaction contre-transférentielle peut ensuite se faire par la parole (p. ex. questionnements ouverts, reflet verbal) ou par une interaction via le geste ou le mouvement. Ce faisant, la danse-thérapeute ne nomme pas directement la sensation ou l'émotion vécue par le client, proposant alors une intervention qui amène progressivement le client à explorer et à sentir son expérience.

Donc je pense que la question était probablement : « Je me demande ce que ça ferait de sentir une pression de l'extérieur, de la contenance venant de l'extérieur, pour votre corps ? »

Parfois, je le nomme et je vais être curieuse à propos de cela. Vous savez : « Je me demande si nous pouvons être curieux de cela ensemble ? »

4.3.2.2.2 Incorporation et reflet empathique de l'état corporel de l'autre

En séance, Bianca met en œuvre un travail d'accordage corporel à l'expérience de l'autre. Cela se joue avant tout à un niveau non-verbal et sensoriel, et représente un processus d'incorporation du

mouvement du client afin de sentir l'expérience vécue de celui-ci. Concrètement, la danse-thérapeute oriente son attention dans la manière dont le mouvement traverse le corps de l'autre dans les gestes, les tensions corporelles, les postures, la respiration, etc. Elle va ensuite prendre en elle le mouvement ou le geste de l'autre et essayer de le sentir dans son propre corps.

Ce jeu d'accordage des corps nécessite également une disposition naturelle d'empathie et d'imitation chez la danse-thérapeute. En effet, afin de rejoindre le client dans son expérience, la danse-thérapeute reflète de manière empathique l'état corporel de celui-ci. Bianca peut soutenir cette posture d'empathie en modulant sa qualité d'expression verbale (p. ex. débit de parole, ton de la voix) à celle de l'autre. Elle peut aussi ajuster la qualité de ses gestes, de sa posture, de sa respiration, de la tonicité de son corps à l'expérience actuelle de l'autre. Elle peut finalement demander au client de rapporter une description qualitative et située de son expérience, offrant alors d'avantage d'*input* sensoriels à la danse-thérapeute pour s'accorder.

Je pourrais demander : « comment, comment savez-vous dans votre corps que c'est la bonne quantité de pression. » Vous savez, donc ce genre de questions, comme : « Ok, donc ça ressemble à la bonne quantité de pression ? Qu'est-ce qui dans votre corps vous dit que c'est la bonne quantité de pression ? » Ce genre de question est différent de : « Comment savez-vous que je pousse assez fort... ? » La formulation est vraiment importante comme... « quoi dans votre corps vous dit que c'est la bonne pression ? »

Ce travail d'accordage permet à la danse-thérapeute d'obtenir de l'information sensible et concrète sur ce qui est expérimenté et senti chez le client. La danse-thérapeute va ainsi d'abord connaître et mieux comprendre l'expérience de l'autre à travers sa propre expérience sensible. La danse-thérapeute se livrait ici à un exercice de partage et de résonance des états corporels.

C'est pas juste demander au client « comment ça va, comment tu te sens ? » [...] c'est pas juste demander au client « comment cela est senti dans ton corps ? » Mais c'est vraiment essayer de s'accorder à un aspect non verbal de leur expérience. Et d'apprendre, d'obtenir l'information en faisant l'action, en l'essayant dans le corps [...].

Par ailleurs, Bianca fait part que cette manière de s'accorder à l'autre représente un lieu interne connu dans son corps, telle une mesure expérientielle sur laquelle elle peut s'appuyer pour s'engager et s'accorder avec son client.

4.3.2.2.3 Lecture aiguisée du corps dynamique et en mouvement

En relation avec son client, la danse-thérapeute présente une lecture soutenue et aiguisée du corps en mouvement. Elle met l'accent sur l'activité dynamique du corps vécu en séance, soit dans sa manière de se présenter, de se tenir, de s'éprouver et de se relier à l'autre. Pour mettre en application cette lecture du corps, la danse-thérapeute porterait son attention à la manière dont le client met en forme et oriente son mouvement. Concrètement, elle est attentive à l'évolution et aux modulations qualitatives du mouvement dans sa dimension spatiale et temporelle ainsi qu'aux dynamiques de mouvement à l'intérieur même du corps (p. ex. utilisation du poids dans le corps, relation du corps de la personne à la gravité, relation entre les parties supérieures et inférieures du corps).

Encore une fois, je pense que ça revient à cette respiration. [L]a respiration [la participante démontre l'expiration], elle est devenue coordonnée dans une sorte de *pattern* : *expirer et pousser, inspirer, expirez et pousser*. Et nous nous plions sur le côté et sur l'autre côté, et il y a un rythme qui se développe.

Cette lecture du corps se ferait en tandem avec une analyse clinique du mouvement. Selon Bianca, lorsque le client élabore corporellement son expérience, il investit une intention, un vécu émotionnel, des éprouvés corporels. En notant les qualités posturales, gestuelles et expressives, la professionnelle opèrerait alors une forme de traduction du vécu de l'autre ou de la relation thérapeutique. À titre d'exemple, Bianca peut observer des réactions corporelles chez le client (p. ex. un changement de regard ou une contraction musculaire) indiquant peut-être un changement d'humeur ou de l'état général du client. Ce faisant, Bianca mettrait en œuvre un travail de traduction clinique ou de déchiffrement de ce qui est exprimé par le corps.

Je pouvais visuellement voir la respiration au centre de son corps. Et je me demande s'il y avait d'autres indices qui indiquaient qu'elle était plus détendue. Je pense que ses épaules se sont abaissées. [...] il y a tellement de détails que... mais l'expression du visage, le retour verbal et la respiration sont importants ici.

La cliente veut se lever. Elle dit qu'elle veut se lever. Et je pense aussi qu'elle est devenue plus grande dans son corps. Comme si sa colonne vertébrale s'alignait. Et elle s'est avancée dans sa chaise. [...] et elle parle d'être en mouvement : « Peut-être qu'être en mouvement, vous savez, quelque chose dans le fait d'être en mouvement, m'aidera à rester concentrée. »

Tel que nous pouvons le comprendre dans le dernier extrait, l'apport du langage est une donnée constructive pour la danse-thérapeute dans sa lecture analytique du corps. En effet, la professionnelle utilise le langage pour apporter de la curiosité, refléter, questionner ou préciser l'expérience corporelle ou émotionnelle vécue ainsi que de préparer les corps (du client et de la thérapeute) au prochain mouvement ou à la prochaine interaction. La danse-thérapeute s'appuie aussi sur l'information verbale communiquée par le client, information qui sollicite la réflexivité de ce dernier, et qui permet de vérifier la congruence entre ce qui est rapporté verbalement et l'expérience corporelle qu'elle perçoit. Cela permet ainsi de mieux guider ou d'orienter la thérapeute dans sa ou ses prochaines interventions.

[J]e pense que je cherche à voir l'expansion du centre du corps, si ça correspond au mieux-être exprimé par le client. Est-ce qu'il y a de la respiration qui entre ? Et je peux attirer l'attention sur ça, si je vois ça : « Oh, c'est presque comme si une respiration était possible ou disponible ? Humm plus d'espace pour la respiration dans votre corps, le remarquez-vous ? Le ressentez-vous ? » Je vais peut-être faire remarquer, vérifier cela avec le client.

4.3.2.2.4 Mobilisation de connaissances théoriques, cliniques et expérientielles du corps

Nous notons dans les propos de Bianca qu'elle mobilise des connaissances expérientielles, théoriques et cliniques du corps dans le cours même de ses interventions. L'expertise d'écoute et d'observation des corps que nous avons évoquée plus haut serait ainsi accompagnée d'un travail réflexif et pratique chez la danse-thérapeute lui permettant de sentir, de penser et de préciser son action.

Bianca oriente sa lecture des phénomènes en thérapie en s'appuyant sur les concepts théorico-cliniques propres à la TDM et à la psychothérapie sensori-motrice. Les éléments tirés de la TDM, telles que l'attention portée sur les différents modes de communication du corps ou sur les dynamiques internes propres au mouvement informent Bianca sur sa qualité d'ajustement avec son client ainsi que sur les besoins de celui-ci. De plus, influencée par sa formation en psychothérapie sensorimotrice, la danse-thérapeute présente en parallèle une compréhension neurobiologique de ce qui est travaillé en thérapie. À titre d'exemple, elle peut se représenter la zone cérébrale qui est impliquée lors d'une connexion non-verbale et sensorielle avec le client, ou même reconnaître la fonction de soutien et de régulation du système nerveux apporté par l'utilisation d'un accessoire.

Les interventions de la danse-thérapeute sont également guidées par ses connaissances théorico-cliniques et expérientielles sur le corps en mouvement. Cela lui permettrait d'exercer un raisonnement conceptuel du phénomène observé ou de son intervention. Ce raisonnement n'est pas nécessairement communiqué au client, mais sous-tend son intervention et précise à un niveau somatique sa compréhension du vécu observé.

Je pense qu'il y a quelque chose de très jeune dans ce moment car, vous savez, il y a un stade de développement très précoce dans ce moment. Je me sens vraiment comme une mère dans ces moments-là. Comme dans l'action de porter, de porter et de contenir. C'est là que je sens que ce moment existe dans ma conceptualisation de celui-ci. Dans la conceptualisation du corps, c'est l'absorption du poids et de quelque chose venant de l'extérieur.

Les connaissances qu'elle a sur le corps permettent également à Bianca d'évaluer l'écart entre ce qui est observé et ce qui est souhaité dans l'exécution du mouvement ou du geste. Bianca parle de la notion de *body-knowing*, soit de ses connaissances préalables du corps dans son fonctionnement mécanique et anatomique.

Il s'agit à la fois d'une réflexion sur le corps et d'une connaissance du corps. Je sais que la légèreté du haut du corps doit être soutenue par une assise, ou sinon vous allez vous envoler. Et cette cliente dit se sentir comme si elle volait, et ce n'est pas le cas, mais ce n'est pas une sensation d'envol agréable. Elle se regarde, elle ne se sent pas, elle ne se sent pas dans son corps, son corps est vide. Donc, je reçois beaucoup d'informations de sa part sur la façon dont, que c'est une qualité désagréable dans le corps. Mais je sais aussi que [...] la sensation de légèreté a besoin d'être contenue ou d'être ancrée, pour équilibrer la structure. [...] donc, ça c'est une connaissance du corps.

Cet extrait démontrerait la capacité chez la danse-thérapeute d'appuyer sa compréhension de ce qui est en jeu à la fois sur un savoir sur le corps quant à son besoin d'équilibre structurel et sur le retour verbal de la cliente sur son expérience.

Par ailleurs, nous notons qu'à ces connaissances du corps s'ajoute une confiance et un ancrage chez la danse-thérapeute dans sa propre expérience corporelle vécue en séance. La danse-thérapeute semble être capable de sentir la modulation ou l'adaptabilité spontanée des qualités du geste. Ainsi en séance, elle utiliserait son expérience corporelle comme une sorte de boussole afin de reconnaître à un niveau somatique si le geste exécuté soutient l'équilibre du client. Par son expérience de la danse et du mouvement, nous pouvons dire que la danse-thérapeute porte la trace

de la séquence organique du mouvement, restée en mémoire. Cela nous renvoie à l'importance chez la danse-thérapeute d'avoir une bonne connaissance et expérience de son propre corps en mouvement, afin de pouvoir orienter ses interventions en fonction de cette connaissance expérientielle du mouvement.

[J]e pense que j'ai commencé le mouvement de cette façon. J'ai abordé le mouvement en pliant les genoux. Parce que je ne me sentirais pas bien dans mon corps si je bloquais mes genoux, ça ferait mal à mes genoux en fait. [...] oui c'est intéressant comment ce mouvement s'est développé. On travaille toujours les bras, ça fait du bien d'aller d'un côté à l'autre avec ça maintenant. Et puis je le fais avec mon, avec mon corps et elle n'a pas encore intégré cet élément du mouvement. Donc [...] il y a un certain nombre de choses sur lesquelles elle essaie de se concentrer: sur la respiration, sur sa respiration, et puis cette coordination fonctionnelle a juste besoin d'un rappel : « Oh je pense peut-être que les genoux pourraient avoir un certain équilibre ou une certaine fluidité ici. »

Elle enlace et serre cet oreiller. Je le vois et je peux... il y a des informations qui sont juste sensorielles à propos de ce moment. Quelque part dans ma mémoire, je sais que c'est bon de serrer. [Rires] Vous savez, d'une certaine manière, mon corps fait le lien entre serrer et relâcher, peut-être ? Mais peut-être que son corps ne fait pas le lien entre serrer et relâcher. Son système est différent.

4.3.2.3 Les compétences liées à la démarche thérapeutique

Nous avons décrit comment au sein de la relation thérapeutique, Bianca met en place une posture intentionnelle d'ajustement à l'autre. Elle cherche également à préciser et à ajuster ses interventions à partir d'une lecture sensible et analytique du corps en mouvement. Il semble découler de ces compétences une orientation spécifique des interventions thérapeutiques préalablement définies par la danse-thérapeute. En effet, nous relevons en quoi les interventions cliniques de la danse-thérapeute seraient étayées d'une visée thérapeutique prédéfinie ainsi que d'une représentation du corps dans l'espace. Ainsi, Bianca pense et conçoit ses interventions cliniques en valorisant une exécution sentie et intégrée du mouvement (4.3.2.3.1) et en favorisant l'engagement du client dans l'espace en tant que rapport fondamental au monde (4.3.2.3.2)

4.3.2.3.1 Valoriser une exécution sentie et coordonnée du mouvement

Valoriser une exécution sentie du mouvement

La danse-thérapeute valorise une exécution sentie du mouvement qui est travaillé. Pour ce faire, la danse-thérapeute accompagne le client dans un processus d'observation et d'écoute sensorielle de son propre corps. À travers différentes techniques d'interventions (p. ex. reflet corporel ou verbal du vécu corporel), Bianca favorise le contact du client avec son expérience corporelle, ce qui amène celui-ci à une conscientisation de celle-ci. Peu à peu, la danse-thérapeute oriente l'attention vers les sensations disponibles dans le corps. L'objectif entretenu par la danse-thérapeute serait d'amener le travail vers une exploration et un approfondissement de l'expérience sentie. Bianca souligne par ailleurs l'importance de la formulation des questions dans ses interventions. Adéquatement posées, elles permettent de guider le client dans la description qualitative des éprouvés et des sensations ressentis.

J'utilise ma voix et je démontre de la curiosité avec ma voix, en reconnaissant la posture. Humm refléter avec ma voix que la posture se réalise chez elle, et puis attirer notre attention vers cela, et faire des sons de curiosité, comme : « Oh ! Vous savez, il y a cette posture qui se réalise actuellement. » Et ainsi obtenir, demander un peu d'information à ce sujet : « Est-ce que vous vous sentez bien en ce moment ? Est-ce que ça augmente la tension ou diminue la tension, d'être recroquevillé vers l'intérieur ? »

Cet extrait illustre aussi en quoi la danse-thérapeute aide le client à mieux sentir son corps pendant l'exécution du mouvement ou de l'exploration en cours. À cet effet, nous retenons l'importance de la présence lors de l'exécution du mouvement. Pour Bianca, être présent c'est être capable de sentir son corps et d'écouter les sensations qui y sont disponibles.

Parce que je veux, je pense à ce stade, m'assurer que le client est présent, toujours présent, et pas seulement en train de bouger mécaniquement. Ressentir le corps dans les mouvements que nous faisons.

En ce sens, être présent, c'est aussi être corporellement lié à soi, à l'autre, à l'objet et de le sentir.

[D]onc en allant vers un objet, comme l'oreiller, un oreiller, et en le serrant, et en sentant qu'il était là, et en sentant les textures, ça l'a aidée à être présente et à sentir un objet réel. Et maintenant on pousse contre le, comme si elle pouvait sentir que c'est un vrai mur.

Pour illustrer autrement cette idée, la danse-thérapeute peut encadrer temporellement un mouvement en proposant de délimiter le début et la fin du mouvement. Ce faisant, elle crée une contenance à même le mouvement du client, ce qui a pour effet de favoriser une sensation de présence chez lui lors de l'exécution de son mouvement.

Afin de soutenir la sensation de présence chez le client, la danse-thérapeute travaille parfois à construire des ressources somatiques avec le client, soit des repères corporels internes sur lesquels ils peuvent s'appuyer durant l'exploration. Les éprouvés corporels qui sont travaillés ici sont liés à des sensations d'ancrage et de centration du corps, sensations qui semblent permettre l'instauration d'une intériorité structurante chez le client.

La danse-thérapeute peut également favoriser l'accès à de nouvelles sensations ou éprouvés corporels par l'usage de diverses stratégies d'interventions (accessoires, jeux de mouvements, jeux relationnels). Par exemple, Bianca observe un état émotionnel chez le client (p. ex. sentiment d'anxiété, d'agitation et d'étourdissement) et propose l'utilisation d'un accessoire spécifique. Ensemble, ils observent et étudient les nouvelles sensations corporelles que procurent cet objet (p. ex. utiliser un poids lourd, le placer sur une partie du corps et observer ensemble la capacité à mieux sentir les pieds au sol). L'accessoire utilisé augmente ainsi sensorialité du client, soutenant une intégration corporelle de l'expérience vécue.

Valoriser une exécution coordonnée du mouvement

Il est important pour Bianca d'intégrer le vécu émotionnel ou l'étude corporelle travaillée dans une certaine harmonie du mouvement. La respiration semble être un aspect sensoriel de l'expérience qui permet de soutenir cette harmonisation. Bianca peut ainsi proposer des interventions qui conduisent à moduler la qualité de la respiration. La danse-thérapeute porte alors une attention

spécifique à la régulation du souffle du client dans son mouvement et valorise une respiration qui est dynamique et fluide.

Je cherche la respiration, partout où elle pourrait entrer dans le corps, pendant que nous poussons toujours les bras vers l'extérieur. J'observe les endroits où la respiration peut entrer dans le centre du corps : du mouvement dans la poitrine ou les côtes.

La notion de la quantité de mouvement qui traverse le corps semble être un autre aspect de l'expérience qui favorise une exécution plus coordonnée du mouvement. Par une attention à la qualité d'exécution du mouvement, Bianca peut par exemple percevoir un manque de circulation dans le mouvement entre les parties du corps, et intervenir afin d'amener de la fluidité dans le mouvement et d'introduire une qualité de mouvement opposée, non disponible actuellement dans le corps.

En thérapie par la danse et le mouvement, on remarque qu'il n'y a pas beaucoup de flux³⁷ dans le corps. Son mouvement se passe en parties, désarticulé peut-être, et pas fluide. Donc nous pourrions introduire une intervention, et l'intervention pourrait être d'introduire une certaine fluidité dans le mouvement.

4.3.2.3.2 Favoriser l'engagement du client dans l'espace en tant que rapport fondamental au monde

Le travail de la danse-thérapeute s'inscrirait dans une conception prédéfinie de la relation du corps à l'espace compris ici comme une représentation de soi dans le monde. La notion de spatialité, c'est-à-dire la manière dont le client investit l'espace et s'y déploie, semble fondamentale pour Bianca. En séance, elle reconnaît qu'il y a de multiples façons pour les corps de communiquer et d'interagir ensemble et dans l'espace. Le contenu qui y est travaillé s'organise ainsi selon les

³⁷ Précision terminologique : nous reprenons ici le terme « flux » utilisé par la danse-thérapeute, « *there is not much flow in the body... his movement are happening in parts, disjointed maybe and not fluid.* », pour désigner un manque de circulation et de fluidité dans le mouvement. Nous tenons toutefois à préciser que le terme Flux-Flow « prend un tout autre sens dans le vocabulaire spécialisé du LMA où il identifie un facteur de l'Effort qui qualifie l'alternance entre le lâcher prise et le contrôle du mouvement. » (Harbonnier-Topin, Dussault et Ferri, 2016, p. 2)

différentes qualités de mouvement et se déploie selon différentes intentions spatiales et relationnelles.

Alors j'ai décidé de diriger le client : « Orientons-nous vers l'espace dans lequel nous nous trouvons », comme pour aller en quelque sorte au-delà d'où est mon corps en fonction de l'espace. Donc, nous avons commencé à regarder les objets et moi je lui ai suggéré d'aller les toucher.

Mais une des choses importantes dans ma façon de travailler est l'improvisation, l'improvisation du mouvement. Donc avoir accès à l'ensemble du spectre des dynamiques du mouvement... comme en danse. Vous savez, penser aux éléments du mouvement. [...] penser à la façon dont le corps se lie à l'espace. Humm l'espace en termes d'occuper ou de ne pas occuper l'espace avec le corps. Et puis l'espace entre les gens. L'espace entre le thérapeute et les autres participants ou le client. Alors, que signifie l'espace ? Ça c'est un élément de la danse.

Dans ce dernier extrait, la danse-thérapeute vise à élargir l'expressivité et la qualité gestuelle du client en travaillant la capacité chez celle-ci à se relier à l'espace. À ce sujet, la danse-thérapeute conçoit qu'une personne dite « équilibrée » ou « en santé » a accès à un plus grand éventail des dynamiques de mouvement ou est davantage capable de moduler les qualités de mouvement. Selon Bianca, cela traduit une certaine adaptabilité chez le client et une capacité chez celui-ci à incarner différentes émotions ou états d'être. Par exemple, cela peut s'exprimer par la capacité chez le client à utiliser de manière improvisée ou spontanée l'ensemble des possibilités de qualités de mouvement, ou par la capacité à approfondir ou jouer avec ces qualités de mouvement tout en se sentant en sécurité. Il semblerait ainsi que ce travail de nuance, de modulation ou d'exploration des différentes dynamiques du mouvement permettrait éventuellement de conduire à un plus grand investissement spatial chez le client.

Afin d'offrir au lecteur une vue d'ensemble des compétences relevées dans le travail de Bianca, nous présentons dans le tableau suivant (Tableau 4.2) une synthèse de celles-ci.

Tableau 4.2 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Bianca

Domaine de compétences	Compétences spécifiques	Compétences explicitées
Compétences relationnelles et éthiques	S'ajuster à l'expérience singulière et actuelle de l'autre	-Demander et maintenir le consentement du client -S'ajuster à l'expérience corporelle, physiologique et affective manifestée dans l'ici et maintenant -Refléter l'expérience perçue avec son propre corps -Adopter une posture d'incertitude et de curiosité devant l'expérience
	S'ajuster à l'expérience temporelle de l'autre et du processus thérapeutique	-Respecter la temporalité et le rythme de travail thérapeutique du client -Instaurer un climat relationnel calme, sécurisant et rassurant -Moduler l'objectif et sa fonction thérapeutique selon le besoin développemental et actuel du client et de son état de santé
Compétences d'ajustement somatique	Écouter et analyser son expérience de contre-transfert somatique	-Se laisser sentir l'expérience vécue à un niveau somatique, corporel et émotionnel - Départager son expérience sentie du vécu de celle de l'autre et mobiliser une compréhension clinique de cette expérience
	Incorporer et refléter l'état corporel de l'autre	-Prendre en soi le mouvement ou le geste de l'autre et le sentir dans son propre corps - Présenter une disposition d'empathie et d'imitation - Ajuster la qualité de ses dires verbaux, de ses gestes, de sa posture, de sa respiration, de la tonicité de son corps à l'expérience de l'autre. - Favoriser une résonance des états d'êtres corporels
	Favoriser une lecture aiguë du corps dynamique et en mouvement	- Orienter l'attention sur les modulations qualitatives du mouvement au niveau spatial et temporel - Favoriser un travail de traduction de l'activité du corps dans ses qualités posturales, gestuelles et expressives
	Mobiliser des connaissances théoriques, cliniques et expérientielles du corps	- S'appuyer sur les concepts théorico-cliniques à la TDM et à la PSM. - S'appuyer sur les connaissances théorico-cliniques et pratiques du corps dans son fonctionnement mécanique, anatomique et dynamique -Utiliser son expérience corporelle afin de reconnaître à un niveau somatique l'évolution spontanée ou attendue du geste
Compétences liées à la démarche thérapeutique	Valoriser une exécution sentie et coordonnée du mouvement	- Accompagner le client dans une observation et une écoute sensorielle de son corps -Favoriser une sensation de présence lors de l'exécution du mouvement -Favoriser une exécution harmonieuse du mouvement par une attention à la qualité d'exécution de celui-ci
	Favoriser l'engagement du patient dans l'espace en tant que rapport fondamental au monde	- Élargir l'expressivité et la qualité gestuelle du mouvement

4.3.3 Christina

Nous tenons d'abord à préciser que cette participante a explicité son action en parlant à la fois de son travail en thérapie de groupe et en thérapie individuelle. Elle a toutefois naturellement orienté son discours vers l'interaction client-thérapeute, peu importe le contexte de thérapie. L'analyse des données pour cette participante s'est donc attardée à la description des compétences de la relation client-thérapeute, indépendamment du contexte de thérapie. C'est sous cet angle spécifique que nous présentons le travail de la danse-thérapeute. Toutefois, nous préciserons si la participante a spécifié une action ou une intervention propre à un contexte de thérapie (individuel ou groupe).

4.3.3.1 Les compétences relationnelles et éthiques chez Christina

Comme nous l'avons relevé pour Amanda et Bianca, les séances de danse-thérapie de Christina semblent être conduites par des compétences relationnelles et éthiques prédéfinies. Ces compétences renvoient à une posture de maintien d'un cadre thérapeutique défini qui soutient la relation et le travail thérapeutique. Nous constatons plus spécifiquement en quoi la posture de maintien d'un cadre thérapeutique est un élément essentiel dans la rencontre thérapeute-client, qui peut être compris à la fois comme un garde-fou et un moteur de l'intervention thérapeutique.

La façon de poser ce cadre pour la danse-thérapeute passerait par l'aménagement d'un espace thérapeutique soutenant, confortable et sécuritaire (4.3.3.1.1), la présentation d'une posture thérapeutique neutre et non directive (4.3.3.1.2) par l'entretien d'interventions thérapeutiques contenant et conditionnelles au maintien d'une hygiène de vie personnelle (4.3.3.1.3).

4.3.3.1.1 Aménager un espace thérapeutique soutenant, confortable et sécuritaire

Christina aménage un espace thérapeutique qui est soutenant, confortable et sécuritaire pour le client. Pour ce faire, elle met d'abord en place un espace de rencontre qui est ouvert et non jugeant. La danse-thérapeute fait preuve de respect pour l'intimité et le caractère confidentiel du contenu partagé par le client. En groupe, elle engage l'ensemble des clients à faire de même. De plus, elle s'assure de présenter une posture corporelle qui est non intimidante et à maintenir un contact visuel bienveillant.

Pour Christina, la notion de sécurité est un élément qui fait partie du cadre thérapeutique et qui est essentiel dans l'implication de l'intime et du partage chez le client. La danse-thérapeute veille ainsi à la sécurisation du client, c'est-à-dire qu'il demeure dans un état où celui-ci ne sent pas envahi émotionnellement ou inconfortable physiquement dans son exploration du mouvement ou du geste. La danse-thérapeute est de ce fait attentive à l'expérience émotionnelle et l'expression corporelle du client (p. ex. l'expression faciale, la qualité du regard, la posture et la tension corporelle), l'informant sur le sentiment d'aisance et de sécurité actuel de celui-ci. En groupe plus spécifiquement, la danse-thérapeute prend en considération le confort corporel et l'engagement relationnel de chacun des clients au sein de l'espace thérapeutique.

[...] donc je m'assure que tout le monde se sent en sécurité et à l'aise, que personne ne souffre, que personne n'est en détresse ou mal à l'aise. Je peux aussi voir si les gens s'échangent un contact visuel ou sont à l'aise avec le contact visuel. Si quelqu'un est plus réservé, il peut ne pas établir de contact visuel avec moi. Cela permet donc de savoir où ils en sont.

[...] nous sommes juste assis sur le sol, il y a une moquette verte. Parce qu'elle avait le choix de s'asseoir sur les canapés ou sur le sol et c'était plus confortable pour elle de s'asseoir sur le sol. Et on est assis l'un à côté de l'autre et la maison et la scène [de jeu] sont exposées devant nous et je sais qu'elle se sent en sécurité. On a passé assez de temps ensemble pour sentir qu'elle a une grande confiance dans le processus.

4.3.3.1.2 Présenter une posture neutre et non directive

En séance, Christina reconnaît l'impact de sa présence et de son implication sur la qualité de la relation et du travail thérapeutique. Elle choisit de ce fait d'adopter une posture neutre et non directive afin de soutenir la connexion du client avec sa thérapeute et de ne pas interférer dans le processus d'élaboration de ce dernier. Pour ce faire, la danse-thérapeute aménage un espace relationnel où elle fait preuve d'une implication contrôlée au sein de la relation et où il existe une délimitation claire concernant ce qui est soustrait à la vue et au savoir du client.

Ainsi, bien que la danse-thérapeute est présente activement dans le travail et la relation thérapeutique, Christina ne s'implique pas personnellement. Elle fait peu de dévoilement de soi et demeure dans une neutralité dans sa manière de se présenter physiquement.

Mais la même chose se produit dans un cadre individuel, lorsque je m'assois dans la pièce, par exemple je ne croise pas les jambes, j'essaie de m'asseoir d'une manière très neutre et je ne porte pas beaucoup de bijoux, des choses comme ça, parce que je travaille avec beaucoup de personnes démunies et je sais que pour me connecter avec elles, je dois être plus neutre, ne pas me sentir vraiment différente ou me sentir riche.

À ces propos, lorsque le client démontre de la curiosité envers la réalité personnelle de la thérapeute, Christina peut comprendre cette inclinaison comme un besoin chez le client de se lier à elle. La danse-thérapeute soutient à la fois ce besoin tout en se montrant garante de la nature thérapeutique de la relation, et redirige alors les questions posées vers le travail thérapeutique en cours.

Une partie de mon travail consiste à ... je ne me sens jamais vraiment proche de mon client, par exemple je ne dévoile jamais d'informations personnelles, c'est juste ma façon de faire. Je sais que d'autres thérapeutes font les choses différemment, mais personnellement c'est plus à propos du client. Et je veux que le client se guide lui-même là où il veut aller, et donc j'essaie vraiment de me tenir à l'écart ainsi que ma vie personnelle et ma directivité, pour que le client puisse aller là où il a besoin d'aller, sans que je sois dans le chemin.

Tel qu'il est souligné dans cet extrait, pour Christina, le maintien d'une posture de neutralité remplirait une fonction de soutien du travail thérapeutique permettant au client une élaboration libre de son expérience. L'adoption d'une posture de neutralité disposerait la danse-thérapeute à une attitude non directive envers le client et son discours. Christina accueille ainsi les résistances du client et demeure respectueuse du rythme d'élaboration de ce dernier. Cela exige aussi une confiance en la portée constructive du processus en cours.

Mais vous savez, parfois, je pourrais mener le groupe dans la mauvaise direction [petit rire] mais je suppose que j'espère juste que d'une manière ou d'une autre, nous allons arriver à un point où quelqu'un découvre quelque chose sur lui-même qui est nouveau ou intéressant [...].

J'ai juste ce sentiment profond que quelque chose d'important est en train de se passer. J'ai l'impression que nous allons arriver quelque part ensemble, nous allons aller quelque part ensemble et nous allons juste faire confiance au processus ensemble.

Par ailleurs, la danse-thérapeute nuance le vécu de cette attitude non directive en contexte de groupe et en individuel. Elle explique qu'en groupe, il est parfois plus difficile de questionner et d'adresser directement et verbalement ce qui est observé - étant donné le nombre de personnes impliquées -

exigeant alors chez la professionnelle une plus grande confiance et tolérance à l'incertitude du processus thérapeutique à l'œuvre.

4.3.3.1.3 Entretien des interventions thérapeutiques contenant, conditionnelles au maintien d'une hygiène de vie chez la danse-thérapeute

Il est essentiel pour Christina qu'elle puisse offrir des interventions thérapeutiques qui contiennent le vécu partagé du client ainsi que les besoins émotionnels de celui-ci. Cette capacité de contenance s'exprime d'abord par une qualité de présence perceptible chez la danse-thérapeute, où elle démontre des signes non-verbaux traduisant son accueil bienveillant et son ouverture à ce qui se présente à elle (p. ex. un regard, un sourire, un déplacement vers le groupe ou le client). Elle se manifeste aussi par la capacité chez la danse-thérapeute à rejoindre le client dans l'état où il se trouve et à offrir une écoute et une attention aux dires de celui-ci (c.-à-d. dires verbaux, non-verbaux, symboliques). Cela se prolonge par une attention chez la professionnelle à la qualité de ses formulations verbales. Christina peut par exemple offrir des réponses de reflets traduisant ce qui est élaboré ou poser des questions simples au client afin de l'accompagner dans son exploration. Par une verbalisation sensible et immédiate du vécu exprimé, la danse-thérapeute offre des paroles qui rassurent et valident le vécu émotionnel du client. Il s'agit d'offrir des mots qui ont un effet contenant pour celui-ci, c'est-à-dire d'instaurer un soutien psychologique d'étayage et de sécurisation de sa vulnérabilité.

Afin de fournir des interventions contenant, Christina peut aussi proposer des interventions qui délimitent et circonscrivent concrètement et physiquement le contenu élaboré (p. ex. clôturer verbalement ou symboliquement la scène jouée, en contexte de groupe, repositionner les clients dans une disposition de cercle fermé).

Donc, nous aurions probablement trouvé un moyen de ranger la scène, nous ne l'aurions pas simplement laissée là, nous aurions trouvé un moyen de transformer la scène et nous aurions fait quelque chose avec l'agresseur. Mais on ne serait pas parti comme ça [...] on aurait mis la scène de côté et puis on serait passé à une activité de mouvement pour conclure [...] soit avec le foulard, soit avec... Oui, ça aurait donné le sentiment de quelque chose d'inachevé parce que tous ces éléments, ces éléments ambigus faisaient partie de l'histoire donc... la façon dont elle range la maison fait partie de l'histoire, donc cela fait partie de clôturer le partage et d'aller de l'avant et de continuer.

Nous avons parlé de « fermer la fermeture éclair », c'est-à-dire de s'assurer que ce qui s'est passé est bien complété.

Pour être en mesure de contenir l'expérience de l'autre, nous notons également la nécessité chez la danse-thérapeute d'être disponible sur le plan émotionnel et corporel. À cet effet, Christina semble faire preuve de vigilance dans sa manière de livrer la lecture de ce qu'elle perçoit, et veille à exprimer une expérience d'elle-même qui est stable et soutenante. Au contact de l'autre, elle reconnaît que l'expérience partagée de celui-ci peut l'affecter et mobiliser chez elle des réactions émotionnelles ou corporelles la rendant moins disponible à recevoir et à porter la souffrance de l'autre.

[P]arce que je dois être, je dois être plus transparente. Je ne peux pas leur refléter quelque chose qui n'est pas assez stable pour eux. Donc je remarque quand ça arrive, c'est comme si j'avais mon propre travail à faire et que je n'étais pas assez disponible émotionnellement pour eux.

Cet extrait introduit l'idée que la capacité chez la professionnelle à contenir l'expérience de l'autre est conditionnelle à l'investissement d'un travail sur soi. Ainsi, en dehors des séances, Christina s'occupe de son bien-être personnel et veille à entretenir une saine hygiène de vie quotidienne. Procédant ainsi, la danse-thérapeute explique qu'elle travaille activement à ne pas emmagasiner corporellement la souffrance de l'autre.

[J]e dois être plus détendue et laisser les tensions se relâcher. Je marche à l'heure du lunch, j'essaie de manger très bien, je bois beaucoup d'eau et j'écoute de la musique en rentrant chez moi, et il y a certaines choses que je fais pour m'assurer que je me libère. Je laisse partir toutes les tensions que j'ai... Je ne veux pas stocker celles des autres. J'en ai assez des miennes [petits rires].

Je pense que cela a à voir avec ma propre vie personnelle. Oui, si je suis bien reposée, si je prends bien soin de moi et si je suis spirituellement nourrie... je suis suffisamment bien pour aller dans des lieux où les gens ne vont pas bien et où ils souffrent vraiment, et être forte pour eux et de contenir ça [...] et c'est difficile pour moi parce que je suis une « *body person* », je vais ressentir cela en moi.

Nous retenons en effet que cela peut être exigeant pour la danse-thérapeute d'offrir des interventions contenant et que cette exigence se diffuse dans son quotidien et dans le rapport

qu'elle entretien à son corps à travers notamment l'alimentation, le besoin de détente, de soins spirituels et de plaisir.

Notons que cette sensibilité organique éprouvée par la danse-thérapeute sera explicitée ci-après à la section : *4.3.3.2.1 Écoute et reflet de sa propre expérience corporelle de résonance émotionnelle.*

4.3.3.2 Les compétences d'ajustement somatique

Dans son travail, Christina cherche à s'ajuster à l'expérience subjective de l'autre. Afin de maintenir cet ajustement relationnel, la danse-thérapeute mobilise une expertise d'écoute et d'observation de sa propre expérience corporelle et de celle de l'autre – tel qu'il a été relevé pour Amanda et Bianca.

4.3.3.2.1 Écoute et reflet de sa propre expérience corporelle de résonance émotionnelle

Nous relevons dans le discours de Christina en quoi sa capacité d'ajustement relationnel passe par une écoute empathique du vécu émotionnel de l'autre. Cette écoute s'exprime par un accueil chez la danse-thérapeute de sa propre expérience corporelle et une attention à la résonance émotionnelle qui en émerge. Concrètement, la danse-thérapeute se laisse être affectée et est réceptive aux sensations internes et profondes ressenties en elle suscitées par le vécu émotionnel du client. La danse-thérapeute rapporte que ces sensations peuvent être ressenties soit au niveau de son cœur ou au centre de son corps. Elle compare le lieu de ces sensations à des centres d'énergie dans son corps, tel des chakras, qu'elle veille à garder ouverts afin de permettre une circulation libre et fluide de l'énergie du corps.

Les propos de Christina évoquent une expérience interne de mouvements sensoriels et émotionnels qui influencent sa lecture de ce qui est vécu chez l'autre et au sein du processus thérapeutique. La danse-thérapeute semble vivre en résonance avec son client, où elle se connecte à ce qui est éprouvé à l'intérieur d'elle afin de sentir la réalité émotionnelle de l'autre.

Émotionnellement, lorsque les clients développent quelque chose qui a à voir avec leur souffrance ou leur histoire traumatique ou quoi que ce soit qui soit émotif pour eux, je ressens définitivement une sorte de résonance émotionnelle en moi et ça ne me dérange pas de le faire. Je ressens, je ne sais pas, je ressens comme une douleur à mon âme («

a pain soul »), comme si je me torturais toujours, mais c'est pour... je sais que je peux gérer ça et je sais que nous allons grandir ensemble.

Je me connecte avec mon client en étant empathique et je le fais habituellement à travers mes expressions faciales, et je suppose que je ressens quelque chose en moi et ensuite je fais en sorte que mon visage reflète ça et parfois je ressens beaucoup d'empathie pour le client et je ne sais pas par où ça passe, mais j'espère juste que ça les guide, j'espère qu'ils sentent que je les vois et que je comprends le thème de leur conflit.

Dans le dernier extrait, la danse-thérapeute nous explique qu'elle cherche à se synchroniser avec l'état émotionnel du client en favorisant une compréhension empathique du vécu de celui-ci. Pour y parvenir, elle semble s'appuyer sur ce qui est vivant et éprouvé en elle et refléter par son corps ce qu'elle ressent en elle. Son expérience corporelle de résonance serait ainsi utilisée comme une donnée sensorielle féconde lui permettant d'accompagner son client et de se relier à celui-ci.

4.3.3.2.2 Attention et accordage sensible et nuancé à l'expérience singulière et actuelle de l'autre

Christina porte une attention sensible et nuancée à l'expérience singulière du client. À tout moment de la séance, elle veille à prendre en considération la réalité médicale, physiologique, corporelle et émotionnelle actuelle de celui-ci. De plus, Christina fait preuve de souplesse dans la structure de ses séances et le choix de ses interventions, et propose des interventions ajustées aux besoins et à la réalité actuelle du client. En cours d'activité ou pendant l'exécution d'un mouvement, la danse-thérapeute peut aussi questionner le client et lui demander des retours verbaux sur son expérience sentie (p. ex. l'émotion et le sentiment éprouvé, la présence d'un inconfort corporel, relationnel ou kinesthésique). Ensemble, ils peuvent alors préciser le soutien émotionnel ou corporel dont le client a besoin à cet instant de la rencontre.

Je reste en contact avec ce qui pourrait leur être aidant au cours de la séance. Je ne veux pas m'écarter du chemin ou les laisser hors du chemin ou les laisser dévier tout simplement, donc il est certain que le fait de vérifier et d'obtenir une rétroaction m'aide à me sentir connectée au client.

Cette qualité d'attention et d'accordage engendrait ainsi un centrage chez la danse-thérapeute dans le ici et maintenant de la rencontre et sur le processus à l'œuvre.

En groupe, Christina reconnaît que l'espace thérapeutique est un lieu où chaque client peut éprouver diverses expériences psychologiques par rapport au groupe et au sein de celui-ci. Elle s'ouvre ainsi à la variabilité possible des besoins de chacun et ajuste ses interventions en fonction des réponses corporelles et émotionnelles manifestées. La danse-thérapeute reconnaît également qu'une même activité peut être vécue différemment pour chacun et veille à respecter cette différence. Ceci dit, la danse-thérapeute vise parallèlement un fonctionnement groupal, où elle cherche à intégrer ces expériences individuelles au sein du travail thérapeutique de groupe. La danse-thérapeute peut alors solliciter l'aide d'un tiers (p. ex. l'animateur qui est présent) ou réaliser une intervention spécifique avec un accessoire (p. ex. une écharpe, un élastique, un ballon, un parachute) pour soutenir le dialogue entre ces deux catégories d'expérience.

[T]out le monde pourrait vouloir faire un câlin à cette personne de manière individuelle. Mais cette personne peut avoir besoin de temps seul, elle peut ne pas vouloir faire partie du groupe. Alors je pourrais apporter un accessoire que tout le monde peut tenir ou que tout le monde peut sentir une sorte de connexion avec la personne, mais ça ne serait pas nécessairement un contact physique.

4.3.3.2.3 Lecture aiguisée du corps en mouvement dans son rapport à l'espace

Christina demeure ajustée à l'expérience de l'autre en maintenant une lecture aiguisée du corps en mouvement dans son rapport à l'espace. Cette lecture du corps s'exprime dans un premier temps par une attention à la présentation et à la modulation qualitative de la posture. La danse-thérapeute observe l'état et la tenue du corps du client, soit la manière dont celui-ci porte son corps, fait usage de celui-ci et le met en forme. La danse-thérapeute peut noter le ou les modes de présence du client (p. ex. la qualité du regard, les fluctuations de la disponibilité à l'autre ou à l'environnement), un changement au niveau de l'organisation de la posture (p. ex. l'aisance avec laquelle le client réalise un geste ou passe d'une posture à l'autre,) ou la qualité d'appui et d'ancrage au sol (p. ex. la présence d'une lourdeur corporelle).

Je remarque lors de l'échauffement, comment, comment peut-on dire, s'il est souple... oh vous êtes danseuse, donc vous pouvez reconnaître si quelqu'un utilise son corps: s'ils sont souples, s'ils sont agiles, ou s'ils sont maladroits dans leurs mouvements ou s'ils ne sont pas très flexibles...

Donc, ce serait encore quelque chose de non-verbal, que j'aurais remarqué. Probablement juste comme une sensation de liberté, je me souviens qu'elle avait plus

de rythme dans sa démarche, on pourrait dire qu'elle semblait plus détendue... Probablement comme les épaules, probablement juste comme une légèreté que j'aurais remarquée juste parce qu'elle était plus légère sur ses pieds...

L'attention que la danse-thérapeute porte à la qualité de la posture la conduit à observer le mouvement et ses qualités gestuelles en référence à l'espace. Ainsi, lorsque la danse-thérapeute présente une lecture aiguisée du corps en mouvement, elle observe la manière dont la personne spatialise et module la qualité de sa présence. Concrètement, elle est attentive aux manifestations corporelles et visibles caractérisant une modulation de l'énergie qui est dégagée du corps et en interaction avec l'environnement.

Probablement son corps mais aussi je pense plus comme son esprit (« *her spirit* »), ce qui se passe au niveau des longueurs d'onde dans l'air, ce qui se passe, ce qui vient, comme une sorte d'énergie. Je suppose que c'est presque comme une montée d'énergie qui sort du corps [...] comme les vibrations du corps, c'est une sorte d'échange avec l'air je suppose.

Elle porte également attention à la manière dont les corps s'orientent, se déploient et se déplacent dans l'espace environnant, c'est-à-dire comment le client ou elle-même investit les différentes niveaux et plans de l'espace dans leur mouvement.

Donc probablement l'amplitude du mouvement, probablement s'il est grand ou en expansion, je me dirais qu'elle utilise le mouvement dans son plein potentiel [...] si elle sourit, si elle rit, si elle saute, ce sont des sortes de mouvements non verbaux qui suscitent la joie ou Humm probablement l'utilisation de l'espace. Si elle utilise tout l'espace, pas seulement le petit coin, elle utilise beaucoup d'espace, essaie de nouvelles choses, joue peut-être avec des niveaux de mouvements, vers le haut, vers le bas...

Parce que je pense que lorsque je sens que j'ai besoin d'une connexion, c'est plutôt à un niveau horizontal, donc je le ressens dans l'espace de mon cœur. Le niveau vertical est en haut et en bas, mais l'horizontal est dans l'espace. C'est pourquoi j'ai l'impression qu'en réunissant tout le monde, les espaces du cœur se rapprochent et il y a trop de gens qui se font face et c'est très apaisant.

Pour permettre cette lecture aiguisée du corps en mouvement, Christina se réfère, entre autres, à la grille d'analyse de mouvement de Kestenberg. À partir de ce dispositif d'analyse, elle évalue quelles qualités de mouvement sont utilisées par le client et peut distinguer par exemple la prédominance d'une qualité gestuelle sur une autre. Cette lecture analytique du mouvement lui

permet de déterminer quelles qualités de mouvements à proposer pour soutenir le ou les besoins psychologiques perçus chez le client.

À la lumière des verbatim cités, la danse-thérapeute veille à observer la modulation des qualités posturales et gestuelles car elles sont chargées d'une certaine signification. Pour la danse-thérapeute, le corps en mouvement serait conçu comme support d'une expression du client. La danse-thérapeute semble ainsi favoriser une lecture aiguë du corps en mouvement, car les gestes susciteraient un état corporel ou une attitude affective, communiquant des informations cliniques sur la réalité émotionnelle, physiologique et relationnelle de celui-ci.

4.3.3.3 Les compétences liées à la démarche thérapeutique

Dans les sections précédentes, nous avons détaillé la manière dont Christina met en œuvre une posture de maintien d'un cadre thérapeutique. Nous avons également décrit les différentes actions et habiletés qu'elle applique afin de s'ajuster à l'expérience subjective de l'autre, et ce, à partir d'une expertise d'écoute et d'observation de l'expérience corporelle.

En parallèle à l'expertise d'écoute et d'observation des corps que nous avons décrit, la danse-thérapeute prend soin de varier ses modalités thérapeutiques selon la clientèle avec laquelle elle travaille. Il lui est alors possible de mettre en œuvre une lecture clinique de l'expérience où elle s'attarde plus particulièrement aux niveaux d'expressions émotionnelles et symboliques du client. Christina nous parle de l'utilisation de modalités expressives, comme le jeu thérapeutique et la parole, comme voie pour une mise en sens de l'expérience vécue (4.3.3.3.1) De plus, dans une lecture transversale des compétences relationnelles, éthiques et d'ajustement somatique explicitées, nous relevons que la danse-thérapeute présente une orientation spécifique et définie de ses interventions thérapeutiques. Ainsi, Christina propose des interventions qui soutiennent un investissement corporel et incarné de l'expérience actuelle (4.3.3.3.2) et un élargissement du répertoire émotionnel par un enrichissement du répertoire de mouvement (4.3.3.3.3)

4.3.3.3.1 Utilisation de modalités expressives propres à des cliniques spécifiques

a) Entretenir les possibilités narratives du client par une verbalisation de l'expérience

En séance, l'usage des mots est particulièrement important pour Christina. Elle peut effectivement recourir à des interventions verbales comme une stratégie d'intervention. Selon la danse-thérapeute, les mots aident à traduire, à clarifier, à valider l'expérience racontée, soit l'expérience qui est élaborée par le corps, les mots ou dans le jeu.

Plus spécifiquement, auprès d'une clientèle ayant été vécu une expérience traumatique, la danse-thérapeute accorde une valeur à la verbalisation de l'expérience permettant de soutenir les possibilités narratives du client. De manière concrète, la verbalisation du vécu du client donne lieu à une écoute particulière chez la danse-thérapeute et à des interventions orientées autour de la résilience du sujet face à l'évènement traumatique. Appuyée de son savoir théorico-clinique sur la thérapie narrative, elle explique être attentive à ses choix de mots et que ceux-ci doivent faire sens et résonner pour le client. Elle cherche à procéder ainsi afin de soutenir les comportements adaptatifs du client devant son vécu traumatique. La danse-thérapeute va ainsi dans son choix de mots mettre de l'emphase sur les actions que le client a prises pour survivre afin de donner une nouvelle signification à son vécu. Plus largement, ses interventions s'orientent vers la narration de l'expérience traumatique et sur le soutien du vécu émotionnel élaboré en séance.

Je me sentais donc probablement un peu tendue, je voulais m'assurer que je ne manque rien, que je rassemble tous les éléments et que j'essaie d'aligner les éléments d'une nouvelle manière qui permettra au client de se sentir aidé. Probablement juste comme un sentiment d'anticipation que vous savez, c'est vraiment important ce que je dis et chaque mot doit avoir un sens ou résonner pour que l'effet du récit du trauma narratif ne soit pas perdu et que le client entende ce qu'il a besoin d'entendre pour qu'il puisse s'adapter cette réalité de survivant.

b) Soutenir un travail de symbolisation par un usage créatif de l'accessoire ou du jeu

La danse-thérapeute fait part que les accessoires propres à la danse-thérapie et le jeu libre peuvent être utilisés comme médium et outil d'expression émotionnel pour le client. D'après la professionnelle, cela aiderait à maintenir le processus d'élaboration à un niveau figuré, permettant au client de créer une distance avec son expérience et de rendre le travail d'élaboration moins

menaçant et plus sécuritaire pour celui-ci. D'ailleurs, Christina parle à un moment de l'accessoire comme un « objet transitionnel » qui facilite le passage d'un état émotionnel à un autre. En contexte individuel comme en contexte de groupe, nous relevons cette habileté chez la danse-thérapeute à soutenir le contenu symbolique qui émerge à travers un usage créatif de l'accessoire ou du jeu.

Je pense ce qui fait que l'intervention est efficace, c'est d'utiliser les accessoires de la thérapie par le mouvement de la danse pour aider la jeune fille à partager. Mais il n'y avait pas toujours beaucoup de mots. Elle utilisait les foulards et nous avions des animaux. Elle avait choisi un animal pour elle et un animal pour l'agresseur. Et cela l'a aidée, je pense, à se détacher de l'histoire, d'une manière qui l'a aidée à la percevoir d'une nouvelle manière, ou à se sentir plus en sécurité pour parler de ce qui s'est passé.

[D]onc nous avons essayé, il y avait beaucoup de variations expérientielles différentes avec l'accessoire, je me souviens qu'il a été mêlé et ensuite démêlé. Donc symboliquement, nous avons parlé qu'il y a comme de l'étirement, donc oui nous pouvons étirer notre état psychologique et revenir et grandir et donc juste une reformulation verbale de ce qui a transparu dans le mouvement.

Auprès d'une clientèle infantile, la danse-thérapeute peut proposer le jeu spontané comme modalité de communication et d'interaction avec l'enfant. Effectivement, Christina démontre des habiletés dans la gestion et la compréhension de la communication symbolique pratiquées par les enfants. À titre d'exemple, elle peut observer et analyser la qualité des dynamiques relationnelles entre les personnages du jeu ou la qualité des gestes de l'enfant (p. ex. la rapidité des réponses gestuelles dans le jeu). De là, la danse-thérapeute génère une compréhension psychologique de la situation clinique qu'elle met en lien avec le vécu émotionnel et relationnel de l'enfant. Ce faisant, Christina favoriserait une lecture du jeu symbolique de l'enfant et crée, à même le jeu, des liens de sens de ce qui est mis en scène.

Eh bien, dans son récit, l'agresseur essayait d'entrer dans sa chambre. Et c'est la deuxième fois, la première fois il est entré et il y a un abus, mais c'était important pour elle de parler de la deuxième fois quand elle était près de la porte. Et donc je sais que le chat, il y avait quelque chose entre... le chat faisait un obstacle pour sa propre sécurité entre l'agresseur et... Donc le foulard était, donc elle utilisait l'accessoire pour protéger le chat essentiellement. Donc elle barrait la porte de la chambre à coucher en utilisant les écharpes pour montrer ce filet de sécurité [...]. Je pense qu'elle revivait probablement un peu la peur qu'elle aurait ressentie, comme avoir un adulte qui essaie de lui faire faire quelque chose qu'elle n'appréciait pas, qu'elle n'aimait pas, qui ne semblait pas bien, donc définitivement je pense qu'il y avait un peu de peur vécue qu'elle revivait.

4.3.3.3.2 Soutenir un investissement corporel et incarné de l'expérience actuelle

Il est important pour la danse-thérapeute que le travail thérapeutique s'oriente progressivement vers un investissement corporel et incarné de l'expérience actuelle. Cela signifie que lorsque le client éprouve un besoin ou une émotion, la danse-thérapeute organise sa ou ses prochaines interventions pour que cette expérience soit à la fois explorée et répondue par le corps et à travers celui-ci.

La personne cherche à être soutenue et comment faire pour que cela arrive à travers le mouvement ? Comment faire en sorte que cela se concrétise ? Dans l'espace avec nos corps pour cette personne ?

Et donc, souvent un client a besoin d'un mouvement apaisant pour, essentiellement, se calmer. Il peut s'agir d'un balancement, d'une oscillation ou d'un mouvement de succion, ce sont tous des mouvements égaux sur le plan développemental [...] Ces mouvements donnent à la personne un sentiment de confort, un sentiment d'apaisement [...]. Je vais encourager tout le groupe à le faire, mais aussi la personne...

La danse-thérapeute semble ainsi appeler à un travail d'activation et d'exploration du corps qui se charge de vivre, de sentir, voire de soutenir l'expérience actuelle à travers le mouvement. Afin de soutenir cet investissement du corps, la danse-thérapeute soutient le client dans une observation de son expérience corporelle et de l'activité sensorielle qui en émerge. Elle utilise différentes stratégies thérapeutiques pour y parvenir. Elle peut par exemple proposer l'usage et la manipulation d'un accessoire afin de créer des repères sensoriels sécurisants et susciter une expérience d'ancrage chez le client. Elle peut également refléter verbalement des changements corporels observés chez le client (p. ex une réduction de tension musculaire au niveau des épaules, une exécution d'un nouveau geste avec une nouvelle qualité d'appui), amenant l'attention du client vers la variation de ses états corporels vécus. En plus du retentissement sur la conscience corporelle du client, nous notons que l'étude de ces éprouvés corporels ouvre la voie à des possibilités thérapeutiques. Effectivement, cela donnerait lieu à un travail d'édification et de centration du corps permettant au client de se sentir ancré dans son corps, connecté avec celui-ci, le disposant alors à une qualité de présence à soi et au monde.

[D]onc l'accessoire [grand élastique circulaire] permet un changement aussi, c'est quelque chose de tactile, et les gens sont vraiment à l'intérieur de leur monde émotionnel, et ils peuvent s'accrocher à quelque chose qui les ancrent. Parce que les

gens sont vraiment émotionnellement vulnérables et à nus, et donc s'ils s'accrochent physiquement à quelque chose, ils peuvent revenir au moment présent et s'ancrer et établir un contact visuel.

J'essaie de m'assurer qu'à la fin, les gens sont, ils paraissent, la façon dont ils portent leur corps et ils peuvent être fatigués, mais j'espère qu'ils sont peut-être plus confiants dans leur corps, ou peut-être qu'ils ont un peu plus de dignité ou ce genre de sentiment émotionnel par rapport à eux-mêmes. [...] et je regarde ce qui permet de créer une connexion avec eux-mêmes pour qu'ils se sentent plus habités dans leur propre corps (« *at home in their own bodies* »).

4.3.3.3 Viser un élargissement du répertoire émotionnel par un enrichissement du répertoire de mouvement

La deuxième orientation thérapeutique que nous relevons dans le travail de Christina est celle de viser un enrichissement du répertoire de mouvement. En favorisant l'exploration et l'expérimentation de diverses qualités de mouvement, elle conduit le client à s'éprouver différemment et à nuancer son expérience émotionnelle. Cela lui donne accès à certains vécus émotionnels qui sont manquants, non investis ou omis.

Oui, je pense que nous apprenons à réguler le mouvement avec notre corps et que nous pouvons mieux réguler les états émotionnels parce qu'ils se produisent dans notre corps, alors j'ai cette idée... si j'aide les gens à moduler différents types de mouvement et différentes polarités de mouvement, alors ils peuvent le faire avec leurs états émotionnels et remarquer qu'il y a des polarités. Ils n'ont pas toujours besoin de se sentir triste, ils n'ont pas toujours besoin de se sentir en colère, il y a d'autres états disponibles qui peuvent être ressentis à l'intérieur de nos corps, nous avons juste à bouger notre corps pour nous faire sentir de cette façon.

Nous notons que les interventions thérapeutiques liées à cet objectif de travail varient. La danse-thérapeute peut recourir à la musique, à des images ou à des accessoires afin de favoriser l'induction, l'amplification ou l'exploration du mouvement. Elle peut aussi offrir des propositions exploratoires centrées sur l'investissement de nouvelles qualités de mouvement. À titre d'exemple, elle peut reprendre des gestes du client sur le mode de l'imitation (c.-à-d. technique du miroir) ou sur celui de « réponses en mouvement » en proposant un nouveau geste ou une nouvelle qualité au mouvement. Le travail thérapeutique s'oriente alors vers une modulation des qualités de mouvement dans ses composantes rythmique et spatiale. Christina peut inviter le client à explorer

différentes qualités rythmiques du geste, et à se mouvoir dans l'espace selon différents plans et niveaux d'exécution du geste.

Je me souviens d'entrer dans un mouvement avec beaucoup d'intensité, puis d'en sortir avec moins d'intensité. C'est une sorte de rythme de naissance et de surgissement (« *birthing and surging* »). J'ai parlé des 10 rythmes, comme entrer dans quelque chose, en sortir... Mais mon travail aurait été d'étendre le mouvement qu'elle faisait en quelque chose de plus grand ou plus petit et ensuite... donc juste jouer avec les variations de tempo du mouvement.

Afin d'offrir au lecteur une vue d'ensemble des compétences relevées dans le travail de Christina, nous présentons dans le tableau suivant (Tableau 4.3) une synthèse de celles-ci.

Tableau 4.3 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Christina

Domaine de compétences	Compétences spécifiques	Compétences explicitées
Compétences relationnelles et éthiques	Aménager un espace thérapeutique soutenant, confortable et sécuritaire	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un espace ouvert et non jugeant - Respecter l'intimité et le caractère confidentiel du contenu partagé - Orienter l'attention sur l'expérience émotionnelle et l'expression corporelle qui informe sur le sentiment d'aisance et de sécurité du client
	Présenter une posture neutre et non directive	<ul style="list-style-type: none"> - Faire preuve d'une implication contrôlée au sein de la relation - Être garante de la nature thérapeutique de la relation thérapeutique - Accueillir les résistances du client et respecter le rythme d'élaboration de celui-ci
	Entretenir des interventions thérapeutiques contenant, conditionnelles au maintien d'une hygiène de vie chez la danse-thérapeute	<ul style="list-style-type: none"> - Faire preuve d'une qualité de présence bienveillante, ouverte et ajustée - Proposer des interventions qui délimitent et circonscrivent le contenu élaboré - Incarné une présence stable et soutenante
Compétences d'ajustement somatique	Écouter et refléter sa propre expérience corporelle de résonance émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Se laisser être affectée et réceptive à ses sensations internes et profondes afin de sentir la réalité émotionnelle de l'autre - Refléter corporellement ce qui est ressentie et éprouvée en elle
	Porter attention et s'accorder à l'expérience singulière de l'autre	<ul style="list-style-type: none"> - Centrer l'attention dans le ici et maintenant et sur le processus à l'œuvre - S'ajuster aux besoins de chacun et aux réponses corporelles et émotionnelles manifestées
	Favoriser une lecture aiguisée du corps en mouvement dans son rapport à l'espace	<ul style="list-style-type: none"> - Orienter l'attention sur la présentation et la modulation qualitative de la posture - Observer le mouvement et ses qualités gestuelles en référence à l'espace - Lecture analytique du mouvement appuyée sur la grille d'analyse de mouvement de Kesternberg
Compétences liées à la démarche thérapeutique	Utiliser des modalités expressives propres à des cliniques spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Entretenir les possibilités narratives du client par une verbalisation de l'expérience - Soutenir un travail de symbolisation par un usage créatif de l'accessoire ou du jeu
	Soutenir un investissement corporel et incarné de l'expérience actuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Soutenir le client dans une observation de son expérience corporelle, ainsi que de l'activité sensorielle qui en émerge
	Viser un élargissement du répertoire émotionnel par un enrichissement du répertoire de mouvement	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser l'induction, l'amplification ou l'exploration du mouvement par différentes stratégies thérapeutiques (accessoires, musique, images)

4.3.4 Diane

Nous rappelons qu'au courant de sa carrière, Diane a principalement travaillé en contexte de thérapie de groupe. Nous présentons par conséquent ce que nous comprenons du sens que Diane a donné à son expérience en tant que danse-thérapeute à l'œuvre en contexte de groupe.

De plus, nous avons relevé dans le discours de Diane l'utilisation du terme « groupe » ou « résidents » pour désigner l'ensemble des individus avec laquelle elle travaille. Le terme « résidents » est employé notamment lorsqu'elle décrit son travail en contexte institutionnel. Lorsque la participante décrit son action dans une interaction individuelle, nous notons qu'elle fait aussi usage du terme « client ». Dans le but d'honorer à la fois les propos de la participante, mais de donner aussi une vue d'ensemble de ses compétences indépendamment de son lieu de pratique, nous utiliserons exclusivement les termes « groupe » et « client ».

4.3.4.1 Les compétences relationnelles et éthiques chez Diane

Comme auprès des autres danse-thérapeutes de cette étude, les séances de danse-thérapie menées par Diane semblent être guidées par des compétences relationnelles et éthiques sur lesquelles s'actualise le travail thérapeutique. La danse-thérapeute fait preuve de sensibilité et de responsabilité face aux besoins et au vécu de l'autre, du groupe ainsi qu'au déroulement du processus thérapeutique. Afin de mettre en œuvre cette sensibilité et cette responsabilité à l'égard de l'autre, Diane participe activement et s'implique au sein du groupe. Cette participation passerait par l'adoption chez la danse-thérapeute de trois dispositions thérapeutiques spécifiques. Ainsi, selon l'expérience en cours, Diane peut se porter garante des besoins de chaque individu, du groupe et du processus thérapeutique (4.3.4.1.1), soutenir l'engagement corporel et relationnel des clients au sein du groupe par l'exemple et dans le mouvement (4.3.4.1.2), soutenir la régulation et l'expression du vécu de chacun par son propre engagement corporel (4.3.4.1.3) et se positionner en retrait du groupe au bénéfice d'une exploration et d'une évolution thérapeutique du mouvement (4.3.4.1.4).

4.3.4.1.1 Se porter garante des besoins de chaque individu, du groupe et du processus thérapeutique

En séance, la danse-thérapeute se porte garante des besoins physiologiques, corporels, émotionnels d'elle-même, de chaque individu et du groupe. En effet, en vertu de sa fonction de thérapeute, il semble être son devoir de veiller à la sécurité physique ainsi qu'aux besoins de tous. Premièrement, Diane explique qu'il est important qu'elle soit capable de voir l'ensemble des clients dans l'espace. Elle porte donc une attention spécifique à son expérience perceptive visuelle par rapport à son propre positionnement spatial. La danse-thérapeute peut également déterminer le positionnement spatial des collaborateurs présents (c.-à-d. un proche aidant, un assistant bénévole), et ce, afin qu'eux aussi soient en mesure de répondre du mieux possible aux besoins perçus (p. ex. un besoin d'encouragement, de support physique, de soutien émotionnel). À cet effet, Diane évoque son appréciation de la présence d'un autre professionnel en séance (p. ex. un musicothérapeute). Cela diminue la responsabilité de la prise en charge pour la danse-thérapeute et offre une plus grande variété d'interventions thérapeutiques, permettant possiblement une réponse plus ajustée aux besoins des personnes.

De plus, lorsque Diane se porte garante des besoins de tous, elle se montre sensible à l'expérience actuelle de chacun et à la variabilité des besoins manifestés. Cette sensibilité passerait par un respect chez Diane de ces différences individuelles, soit une acceptation de celles-ci telles qu'elles sont, sans jugement.

Parce qu'il s'agit d'un groupe vulnérable, fragile, dont il faut s'occuper et qui est à risque, c'est une question de sécurité, je suppose. Mais c'est aussi une question de respect, cette personne est fatiguée, il n'y a aucun doute, qu'elle doit s'asseoir.

Ceci dit, la danse-thérapeute précise qu'elle accueille les différences individuelles sans nécessairement tenter de répondre à chacune d'entre elles. Ce qui est essentiel d'un point de vue éthique pour Diane c'est de soutenir prioritairement la personne ou le groupe de personne qu'elle considère « la plus vulnérable » - « *the weakest one* » - sur le plan émotionnel ou corporel (p. ex. une fatigue physique ou une difficulté au niveau de la régulation émotionnelle). Diane peut alors reconnaître verbalement ou par un geste l'état actuel de la personne ou du groupe en question. Elle peut ensuite proposer une intervention non directive qui vise à répondre à ce besoin ou à soutenir

simplement la réponse corporelle ou gestuelle qui se déploie spontanément chez le sujet ou le groupe.

Et une personne voulait se lever et danser, mais le reste des individus semblaient être contents de rester assis. Donc, je n'ai pas incité tout le monde à se lever. Tout d'abord, il y avait un grand nombre de personnes. Donc je n'ai pas suivi, je pense que j'aurais pu rester un moment debout avec cette personne. Mais je n'ai pas dit aux autres de se lever, et le collaborateur m'a interrogé à ce sujet par la suite. Et je lui ai dit que j'avais choisi de ne pas suivre l'exemple de cette personne, et elle a été surprise parce qu'elle pensait que tout était permis. Tous les mouvements sont valables, c'est de la danse thérapie, on devrait pouvoir faire ce qu'on veut. Je n'ai pas dit non, nous n'allons pas nous lever, je ne l'ai juste pas suivi. Je l'ai laissé faire, parce que la majorité était de l'autre côté. Mais la majorité est différente de ce que je viens de vous décrire. Je viens de vous décrire une situation où la majorité est toujours debout et où le plus faible se retire. Je vais soutenir la plus vulnérable. Et dans l'autre situation, j'ai aussi soutenu ce qu'on pourrait appeler les plus faibles, mais ils étaient la majorité.

Cette préoccupation soutenue pour les besoins de chacun et du groupe peut être vécue comme une pensée distrayante ou envahissante pour la danse-thérapeute. En effet, Diane relève l'importance de parfois renoncer à cette « nécessité de prise en charge », et de concentrer son attention sur l'activité thérapeutique en cours. Diane explique que cela exige un détachement conscient et senti des stimulations externes (c.-à-d. ce qu'elle observe) et internes (c.-à-d. ce qu'elle pense et ressent) qui peuvent la distraire. En faisant ainsi volontairement abstraction de ces stimulations, la danse-thérapeute se « laisse aller » à l'expérience présente et devient plus attentive à ce qui se déploie devant elle. Dans son corps, elle se sent alors plus posée et le rythme de sa respiration est plus régulier, fluide et confortable.

[...] que j'ai été submergée de plein de stimulations, pour initier et encourager le mouvement, pour travailler à travers la transition et puis j'ai juste commencé à laisser aller, et à laisser le groupe s'occuper de lui-même pour ce moment, à renoncer à l'effort que je dois fournir. Donc, mais ce n'est pas seulement un heureux lâcher-prise, il y a une lutte avec le besoin de garder, comme je l'ai dit, une attention à toutes les distractions potentielles. Je veux protéger ce beau moment, mais ensuite... Le fait que je m'inquiète des distractions est une distraction pour moi-même. Donc j'essaie de lâcher prise, je regarde la division entre être responsable de ce qui va se passer ensuite et m'autoriser à être dans le moment présent avec eux.

4.3.4.1.2 Soutenir l'engagement corporel et relationnel au sein du groupe par l'exemple et le mouvement

Lorsque la danse-thérapeute soutient l'engagement corporel et relationnel du client, elle présente une disponibilité et une ouverture authentique à l'expérience de l'autre. Cela signifie qu'elle favorise une qualité de présence et d'attention face au vécu du client. Diane démontre un réel intérêt envers l'expérience de l'autre, elle prend le temps d'être avec celui-ci et cherche à le rejoindre dans l'état et l'espace où il se trouve. Ce faisant, elle semble installer un climat relationnel sur lequel elle peut s'appuyer pour ensuite encourager les clients à se mouvoir ou à les soutenir dans leur exploration du mouvement.

Le stéréotype est celui de quelqu'un qui n'est pas connecté au point qu'il ne me voit pas. Et ce n'est pas seulement dire il est l'heure de manger, de se lever, de prendre un bain, de faire ceci et cela [Elle réfère ici aux soins de base et personnels donnés au sein de l'institution]. C'est, s'ils voient vraiment et prennent le temps. Prendre le temps d'être avec les gens comme ils sont. C'est une partie très très importante du travail.

Et ensuite je dois les accompagner, me lever et être avec eux, pendant que je les fais cheminer. Et même si c'est assis, si c'est des formes sur le sol, un rythme et une connexion les uns avec les autres, peu importe ce que c'est, je dois toujours vouloir être là et leur montrer le chemin et les aider.

Diane s'insère ensuite au sein du groupe et s'implique dans le travail thérapeutique. Pour ce faire, elle adopte différentes conduites thérapeutiques, où elle montre l'exemple et guide l'exploration. Ces propositions thérapeutiques seraient caractérisées par un travail plus directif chez la danse-thérapeute et parfois même pédagogique. Par exemple, par le travail en miroir, la danse-thérapeute peut imiter et refléter les mouvements des clients, favorisant une ouverture et un engagement relationnel envers autrui. Dans l'extrait ci-dessous, la danse-thérapeute ajuste sa qualité d'exécution du mouvement et offre une exécution simplifiée du mouvement, ce qui maintient l'engagement des clients dans le mouvement et au sein du groupe.

Et c'est quelque chose que je m'efforce d'obtenir, à différents degrés, dans différents groupes. Je veux, et c'est un de mes objectifs, que tout le monde bouge ensemble. Donc, par exemple, la dimension spatiale d'un mouvement rythmique est difficile. Les petites actions rythmiques répétitives sont plus faciles à réaliser pour les gens, donc je leur donne le chemin le plus facile pour s'engager dans le mouvement et pour s'intégrer dans un groupe de personnes, pour qu'ils fassent partie du groupe.

Cet engagement actif de la danse-thérapeute par l'exemple et dans le mouvement, sollicite inévitablement sa propre activité corporelle et énergétique. À cet effet, Diane soulève qu'elle s'appuie sur ce vécu, tel un levier d'intervention, pour favoriser l'activation corporelle des patients.

Je sais que j'utilise mon propre processus dans ce scénario en ce sens que si j'étais, disons, debout avec eux et que nous étions juste en train de faire un transfert de poids, ou qu'il y avait un moyen de regarder ou de se rapprocher de quelqu'un pour qu'ils soient debout avec moi et qu'ils tiennent la main de quelqu'un ici dans un cercle ou... peu importe ce que nous étions en train de faire ou de taper dans les mains... je serais en train de déployer ma propre énergie pour donner l'exemple, pour les rencontrer là où ils sont et les diriger doucement vers d'autres mouvements. Tout cela tombe dans la catégorie de l'enseignement, je veux vous montrer quelque chose et vous l'enseigner, mais ce n'est pas aussi simple que ça. C'est plus comme, allons de l'avant !

4.3.4.1.3 Soutenir la régulation et l'expression du vécu de chacun par son propre engagement corporel

À la lumière des deux compétences explicitées précédemment, nous constatons que le travail de la danse-thérapeute en contexte de groupe peut être exigeant et vécu comme un effort physique et mental, soit une réalité qui semble important de décrire. Effectivement, se porter garante des besoins de tous ou soutenir l'engagement corporel et relationnel des clients, suppose une sollicitation et une implication corporelle et émotionnelle soutenue chez la professionnelle. À ce propos, nous repérons dans le discours de Diane un corps qui est parfois essoufflé, vulnérabilisé, surchargé, vécu au service de la thérapie.

Je veux donc les mettre au défi et les encourager à aller au-delà de cette limite initiale et ils sont heureux de s'asseoir, mais ils veulent se lever et ils se lèvent et ils sont avec moi. Donc ce genre d'encouragement est fatiguant pour moi comme pour eux. Donc, je reviens à prendre un moment pour laisser cela se déposer. Je leur donne peut-être une pause, mais je me donne aussi une pause et une chance de réévaluer ce qui se passe.

En lien avec cet effort que demande son travail, nous notons l'importance chez la danse-thérapeute de pouvoir à la fois réguler les besoins du groupe et du processus thérapeutique, tout en veillant à respecter ses propres limites personnelles. Pour assurer cet équilibre et cette attention à soi, la danse-thérapeute évoque la nécessité de faire confiance au dispositif de groupe et à sa fonction de contenance, ainsi qu'au travail thérapeutique qui a été mis en place. Cela lui permet de donner de l'espace à son propre vécu dans ses dimensions somatiques, physiques, émotionnelles et cognitives.

Nous précisons que la dimension de contenance du dispositif de groupe sera définie à la section *4.3.4.3.1 Maintenir un espace thérapeutique contenant.*

4.3.4.1.4 Se positionner en retrait du groupe au bénéfice d'une exploration et d'une évolution thérapeutique du mouvement

La troisième disposition thérapeutique que nous avons relevée est la capacité chez la danse-thérapeute à se positionner en retrait du groupe au bénéfice d'une exploration et d'une évolution thérapeutique du mouvement. Concrètement, Diane exerce une retenue volontaire de ses propositions thérapeutiques et de son investissement dans le mouvement dansé afin que le groupe ou le patient s'engage par lui-même de « son propre mouvement ». Ce faisant, la danse-thérapeute semble s'entraîner dans un jeu relationnel où elle veille à laisser la place à l'autre d'être, à l'expression du mouvement entre soi et l'autre ou entre soi et le groupe.

L'autre chose est que le musicothérapeute est souvent toujours engagé dans son art. Donc s'il chante, il chante, sa voix n'est pas à 25%, il chante à 100%. Et la danseuse en moi est toujours en train de danser et de s'éloigner pour laisser l'autre danser plus. Je danse et je me retire. Et donc, je ne suis jamais vraiment, je ne suis pas là pour danser. Je suis... la danse est entre moi et l'autre personne. C'est cette chose entre nous, ce n'est pas juste moi qui vais là pour danser. Où un musicothérapeute pourrait en fait, ce qu'il fait est entier, c'est la chose dans sa totalité. Cette personne chante une chanson et c'est entier. Ce n'est jamais entier avec moi. C'est ce que l'autre personne y apporte, qui complète la danse.

Diane demeure ainsi dans une disposition thérapeutique où elle suit le mouvement qui se déploie et s'ajuste à celui-ci. Diane ne s'inscrit pas ici dans une posture où elle guide et propose des mouvements précis ou des exercices ciblés. Elle semble s'inscrire plutôt dans une posture où elle sait s'abstenir et adopter des niveaux variables de retenue. Elle se place ainsi dans une position d'accompagnement à caractère soutenant où ses propositions gestuelles sont au service de l'autre et de la danse. Finalement, Diane aurait besoin de l'autre ou du groupe pour donner du sens au contenu qui est exploré. C'est en effet dans la réciprocité de la rencontre qu'un travail de co-construction de l'expérience semble se déployer.

4.3.4.2 Les compétences d'ajustement somatique chez Diane

Comme nous l'avons relevé pour les autres danse-thérapeutes de l'étude, Diane veille également à demeurer ajustée à son propre vécu, à celui de l'autre et du groupe en mobilisant une expertise d'écoute et d'observation de l'expérience corporelle.

4.3.4.2.1 Accueil et résonance de sa propre expérience corporelle

Dans la relation thérapeutique, la danse-thérapeute fait preuve de réceptivité face à sa propre expérience corporelle et travaille à partir de celle-ci. Nous notons que pour être disposée à accueillir son expérience, la professionnelle présente une posture d'ouverture et de curiosité face à son ressenti corporel. Ce faisant, Diane laisse venir à elle les différentes données sensorielles et kinesthésiques qui émergent en elle, et éveille un mode d'attention à celles-ci. La danse-thérapeute décrit qu'elle peut ressentir dans son corps l'amplitude du mouvement et la qualité d'écoulement de celui-ci (c.-à-d. une sensation de flux³⁸ dans son corps), la mobilisation de son énergie par la sensation de ses prises d'appui au sol, la qualité de sa respiration et de l'influence de celle-ci sur sa posture.

Je sens que mes mouvements sont connectés, je sens un flux dans mon corps. Je sens un phrasé. Je sens un mouvement et une phrase, une initiation. Et un flux jusqu'à la fin de la phrase. Je sens que j'ai une concentration, que je regarde quelqu'un ou que je regarde une image et que l'image correspond au mouvement que je suis en train de faire. Je le sens, je sens que je suis capable de me lever et de me déplacer à travers le cercle. Comme si je pouvais mobiliser mon énergie. Je sens que j'ai de l'énergie... je parle du poids et de la force du corps et je suis capable d'utiliser ma force et de me soulever vers l'avant.

Diane peut également porter son attention sur les dynamiques du mouvement exécutés par l'autre qu'elle perçoit et reproduit en elle (p. ex. le phrasé, la structure rythmique et la mise en forme du

38 Précision terminologique : Nous reprenons ici le terme « flux » utilisé par la danse-thérapeute, « *I feel a flow in my body* », pour désigner une sensation interne du mouvement qui s'écoule harmonieusement notamment grâce à la qualité de la respiration. À nouveau, nous tenons à préciser que le terme *Flux-Flow* prend un autre sens dans le vocabulaire spécialisé du LMA.

mouvement). Plus précisément, elle peut ressentir à différents endroits dans son corps le mouvement de l'autre, comme si elle était elle-même en train de réaliser le mouvement, voire comme si les gestes de l'autre s'imprimaient et faisaient écho dans son corps.

C'est intéressant parce que je sentais, je sentais l'effort nécessaire [pour le client] pour atteindre, saisir et tirer [la corde] et je le disais avec mes mots mais je sentais comme une performance miniature dans mon corps, un peu comme les danseurs qui dans le studio apprennent une séquence en la marquant. Ils font des versions miniatures de la danse dans leur corps, et je l'aurais fait comme ça. Je l'aurais senti dans mon corps, dans mon torse. Peut-être même que je l'aurais ressentie à travers mes mains et mes bras, pour vraiment le faire à ses côtés. Donc, surtout que je sais qu'il n'allait pas me regarder, me copier. Je pouvais le faire en sachant qu'il avait son propre processus. Je n'interférerais pas avec lui si je faisais des mouvements avec lui, de cette façon.

De plus, nous relevons que l'expérience corporelle de la danse-thérapeute agit comme une source d'information sur l'expérience émotionnelle, corporelle et relationnelle d'elle-même et de l'autre, ainsi que sur le processus thérapeutique. Concrètement, ce que Diane témoigne et perçoit du processus, elle cherche à le ressentir dans son propre corps. Elle le dit explicitement : « *I want to feel how they look* ». Ainsi, Diane semble traiter les sensations et les mouvements internes perçus comme des données indicatives de ce qui est à l'œuvre en séance. À l'écoute et au service du client et du groupe, le corps de la danse-thérapeute entre en résonance avec le vécu de l'autre.

Nous notons que cette activité de résonance corporelle s'opère d'abord à un niveau pré-réflexif où la danse-thérapeute imite et reproduit dans son propre corps le mouvement de l'autre. Cela nous renvoie au propos partagé plus haut, où Diane décrit les « performances miniatures dans son corps ». L'activité de résonance corporelle s'accompagne ensuite d'un travail de construction de sens, qui s'exprime par une traduction de ce qui est perçu dans un registre imaginaire (c.-à-d. par une image) ou cognitif (c.-à-d. par une représentation mentale).

Eh bien, ce que je fais et qui est lié aux neurones miroirs, c'est que je suis très curieuse de ce que je vois... Alors je me permets de bouger comme eux, ou du moins... C'est tellement bizarre, c'est comme si j'avais un système de caméras à ma disposition, je peux la placer et me regarder en arrière et me voir bouger. Je peux regarder la personne et la voir bouger. Et je peux mettre la caméra à l'intérieur de moi et les voir bouger depuis l'intérieur de moi. Donc c'est de la perspective... la visualisation.

Somme toute, cette attention portée chez la danse-thérapeute à la résonance de son vécu corporel permettrait de préciser et d'orienter ses interventions dans le cours même du processus. Effectivement, Diane démontre une capacité à accueillir son expérience, mais également à suivre ses sensations et ses mouvements internes, lui permettant un ajustement sensible au vécu de l'autre. Cela lui permettrait également de se réguler sur le plan émotionnel ou physiologique, et d'identifier la présence de sensations ou d'émotions qui auraient été déposées par le patient ou le groupe et de s'en différencier.

4.3.4.2.2 Attention sensible à l'expérience singulière et actuelle de l'ensemble des individus

À la section 4.3.4.1.1. *Se porter garante des besoins de chaque individu, du groupe et du processus thérapeutique*, nous avons décrit la sensibilité éthique de la danse-thérapeute dans sa posture d'accueil et de respect des besoins de tous. Ici, nous décrivons la dimension expérientielle de cette compétence, où nous explicitons la qualité d'attention nécessaire chez la danse-thérapeute lui permettant de mettre en œuvre cette sensibilité à l'expérience de l'autre.

Diane est attentive à l'expérience singulière et actuelle des individus. Elle est à la fois attentive au groupe dans son ensemble et au rythme d'évolution thérapeutique de chaque client. Dans l'orientation de ses interventions, la danse-thérapeute tient compte de l'humeur et de l'état général des clients, de leurs limites motrices et cognitives ainsi que de la variabilité des besoins physiologiques, corporels, émotionnels et relationnels au sein du groupe.

Afin d'être en mesure de s'ajuster à l'ensemble de ces expériences, la danse-thérapeute semble faire preuve d'une flexibilité attentionnelle. Elle observe l'activité de tous et partage son attention entre les différents phénomènes externes et internes qu'elle perçoit. Elle peut par exemple être attentive à la qualité des gestes et des actions des clients (p. ex. la manière de manipuler un accessoire), à leur expression corporelle (p. ex. un changement de posture ou de positionnement dans l'espace), à leur expérience émotionnelle, à l'effet de la musique sur leur humeur ou leur disposition corporelle, à la présence de distractions dans l'espace pouvant détourner l'attention de l'activité réalisée (p. ex. des direx verbaux ou gestuels), à la disposition corporelle et relationnelle des patients à interagir ensemble. La danse-thérapeute peut également prêter son attention sur les stimuli perçus en elle (p. ex. une pensée, une émotion, une sensation). À la lumière de ces

phénomènes énumérés, il semble ainsi nécessaire chez la professionnelle d'être capable de traiter simultanément différentes informations et de maintenir une attention divisée entre ces différentes saisies sensorielles.

Je suis probablement attentive à tout ce qui se passe. Je vois le visage du personnel de ce côté-là et je regarde ce que leurs yeux regardent, je cherche l'expression du visage, il y avait beaucoup de joie à faire ce genre de choses. [mouvement réalisé en duo] [...] Je les regarde, mais je suis aussi consciente de ce que font les autres. Et je suis aussi conscient du son, je suis sûr que j'ai de la musique qui est très soutenue, très lyrique, ça pourrait être de la musique de harpe. [...] Je suis consciente s'il y a ou non des distractions par rapport à l'action principale.

De plus, lorsque Diane porte une attention sensible à l'expérience de l'autre, elle suit et supporte l'expérience émotionnelle et physiologique actuelle des clients, même si celle-ci implique un réajustement de l'intervention thérapeutique ou du thème qui est travaillé en groupe. À cet effet, les résistances du ou des client(s) sont alors intégrées dans le travail thérapeutique. Elles seraient accueillies comme un levier thérapeutique et une ouverture à des possibilités thérapeutiques.

[...] J'ai probablement dû aider les gens à saisir l'écharpe. Je veux dire que ce n'était pas aussi simple que de simplement la passer à la personne à sa droite. Donc, j'ai peut-être dû aider cette personne. J'ai peut-être aidé quelqu'un à s'en détacher. Pas seulement physiquement, mais émotionnellement. Écoutez : « Pouvons-nous, pouvez-vous le donner à un tel à côté de vous ? » Et s'ils ne peuvent pas rejoindre l'autre de cette façon ou lâcher le foulard avec leur main, je dois me mettre, me rendre là pour les aider. [...] Une autre situation pourrait être que c'est difficile de laisser quelqu'un s'en débarrasser. Ce qui serait une autre histoire. Mais ils veulent juste s'y accrocher, cela est arrivé aussi. Vous devez juste permettre que cela se produise comme un *troubleshoot* et je laisse les accessoires avec eux. Ils ne voulaient pas les laisser partir. Donc, le thème serait le partage, la coopération, la relation avec la personne à côté de vous, toutes ces choses.

4.3.4.2.3 Observation et écoute des besoins de variations du mouvement

Pour la danse-thérapeute, l'ajustement relationnel passerait également par une observation et une écoute de l'activité gestuelle en cours. Plus précisément, la danse-thérapeute oriente son intervention en tenant compte de l'évolution dynamique et spontanée propre du mouvement. Pour faire cela, elle est attentive aux besoins de récupération et de modulation des qualités du mouvement. Par exemple, Diane peut s'attarder à la manière dont le temps se déroule dans le geste. Elle explique que le geste de taper sur les jambes ne peut pas durer indéfiniment. Éventuellement,

un mouvement de relâchement va se développer en contraste à ce mouvement de frappe. C'est ainsi que le rythme se crée à travers le geste, explique-t-elle. Des mouvements opposés, contraires aux mouvements de répétition se développent normalement et peuvent ensuite être explorés. Ainsi, pour Diane, le mouvement semble comporter une attitude dynamique en laquelle elle a confiance et sur laquelle elle s'appuie pour orienter son intervention.

Et donc la phrase a sa propre vie et donc avec le temps... Je suis très consciente, comme en danse, du compte de huit, du compte de seize, du sens des phrases. Donc, si nous étions en train de bouger [La participante frappe lentement des mains à plusieurs reprises avec une pause entre les deux phrases], cette sorte de division du mouvement. Donc, je jouerais avec l'étirement... mais ce qui vient avec ça éventuellement, si c'est percussif, c'est la capacité d'allonger la pause dans le mouvement. Donc, vous commencez à changer la qualité qui implique l'énergie et l'espace, toutes ces choses.

L'extrait ci-dessus relève aussi que pour soutenir cette évolution du geste ou la transition d'un mouvement à l'autre, la danse-thérapeute fait appel à sa propre expérience de la danse et à la systématique LMA. À partir de ces connaissances, elle peut en effet travailler à modifier les différents paramètres qualitatifs du mouvement (c.-à-d. spatial, temporel et énergétique) – et parfois même ceux de la musique (c.-à-d. le tempo, le volume), permettant une transition progressive chez les clients vers une nouvelle disposition et investissement du corps.

4.3.4.2.4 Ajustement de son positionnement spatial en fonction de celui des individus et de leur engagement corporel et relationnel

En séance, la danse-thérapeute fait preuve de flexibilité spatiale. En effet, son positionnement spatial n'est pas statique et varie en fonction de celui-ci des clients et de leur engagement corporel et relationnel durant l'activité ou le geste investi. La danse-thérapeute veille à soutenir l'expérience actuelle des clients et du groupe et reconnaît l'influence de son propre positionnement spatial sur celle-ci. Lorsque Diane ajuste son positionnement spatial, elle tient compte du fonctionnement neurocognitif de la clientèle avec laquelle elle travaille (p. ex. difficulté d'attention et de concentration). Elle veille également à soutenir le vécu émotionnel, corporel et gestuel des clients par des interventions qui nécessitent parfois une plus grande proximité corporelle, voire un déplacement dans l'espace.

Donc, je vous ai dit que je suis assis ici, mais je me déplace. Donc il était à droite, à peu près à la moitié du cercle. [...] Donc ce que j'avais fait, c'est que je m'étais déplacé de son côté. Donc j'ai changé ma place dans le cercle. J'avais peut-être eu une chaise qui a des roues dessus. Je peux donc me déplacer facilement. Donc, j'ai changé ma position pour être avec lui, parce que je voulais le guider physiquement, être proche de lui et le guider physiquement vers quelque chose. Je voulais le faire bouger, plutôt que de lui parler et de lui dire quoi faire. Donc visuellement je voulais être un miroir pour lui, pour lui donner le retour visuel et avancer avec lui.

4.3.4.3 Les compétences liées à la démarche thérapeutique

Dans les sections précédentes, nous avons détaillé la manière dont Diane navigue entre différentes dispositions thérapeutiques assurant un engagement soutenu au sein groupe. Nous venons de décrire également comment elle parvient à ajuster ses interventions depuis une lecture aiguisée des corps en mouvement. Il découle de ces compétences une orientation spécifique de ses interventions thérapeutiques. En effet, à travers l'application de compétences d'interventions définies, Diane vise continuellement à préserver une cohésion et une communication au sein du groupe. Cette visée se décline en quatre niveaux d'expérience : maintenir un espace thérapeutique contenant (4.3.4.3.1); soutenir une ouverture à l'autre et à l'espace par un éveil sensoriel du corps (4.3.4.3.2); favoriser une synchronisation rythmique des mouvements au sein du groupe (4.3.4.3.3); soutenir une exploration expressive et symbolique du geste (4.3.4.3.4). La danse-thérapeute assure un travail de liaison et de continuité de ces différents niveaux d'expérience. De plus, Diane ancre sa démarche thérapeutique dans une tradition populaire de la danse (4.3.4.3.5).

4.3.4.3.1 Maintenir un espace thérapeutique contenant

En séance, Diane vise à maintenir un espace thérapeutique contenant. Nous relevons que la fonction contenante de l'espace thérapeutique s'exprime par la mise en place d'une cohésion au sein du groupe. Cette cohésion renvoie à une unité, un être-ensemble, où chaque individu se lie au groupe, se positionne au sein de celui-ci et y participe.

[C]omment ils se relient et comment ils se sentent ensemble dans un groupe est très important. [...] comment ils sont en tant qu'humains dans une, dans une communauté. C'est comme une micro communauté, c'est un groupe, c'est juste, ils sont là et comment se sentent-ils en tant que personne dans ce contexte avec les autres.

La cohésion groupale semble donc se construire à travers l'engagement des clients au sein du groupe. La danse-thérapeute explique que les accessoires (p. ex. un ballon à frapper, une grande écharpe) permettent cet engagement des clients en mobilisant différentes modalités d'engagement du corps et de relation. À titre d'exemple, la danse-thérapeute peut proposer des exercices qui sollicitent une dynamique interactive et un dialogue moteur entre deux personnes (p. ex. recevoir le ballon et le relancer à la danse-thérapeute). Diane peut également proposer des activités qui visent davantage un fonctionnement de groupe et engagent une dynamique interpersonnelle, voire plus collective (p. ex. recevoir le ballon et le donner à quelqu'un d'autre).

Et donc, définitivement, cet accessoire spécifique que j'ai décrit a un aspect relationnel et communautaire, parce qu'il y a deux extrémités : le grand foulard carré qui fait neuf, dix pieds carrés. Cela a définitivement un aspect communautaire, quelqu'un doit faire le parachute et tous sont amenés à tenir le foulard. [...] donc il y a un peu plus de période de repos, parce que cela devait être un besoin pour le groupe ce jour-là d'avoir simplement la possibilité de se relayer, ce qui est déjà une habileté sociale, et de se connecter directement avec une autre personne et de sentir ce mouvement et leur corps [...].

La disposition spatiale des clients au sein du groupe contribue également à maintenir un espace thérapeutique contenant. La danse-thérapeute juge important que dans leur positionnement spatial, les clients peuvent à la fois se sentir liés les uns aux autres et séparés des uns et des autres. À cet effet, en début de séance, Diane préconise le rassemblement en cercle. Nous notons dans ces propos qu'à travers le cercle, la dynamique de groupe se fait sentir. Elle permettrait à la fois de soutenir le sentiment d'appartenance des individus et de réguler les distances et les échanges interpersonnels.

Finalement, la danse-thérapeute accomplit elle-même une fonction contenant. En effet, elle veille à la fois à accueillir les différents mouvements relationnels et émotionnels des clients vis-à-vis le groupe (p. ex. une personne se positionne en retrait ou éprouve un besoin émotionnel différent de celui du groupe) et à préserver le climat de groupe. Ainsi, la danse-thérapeute soutient les différentes expériences qui se présentent, mais peut parfois être amenée à « protéger » le groupe d'une énergie ou d'un vécu émotionnel perturbateur. Cela peut nécessiter chez Diane un engagement corporel, impliquant parfois une expérience proximale de contact ou de corps-à-corps.

Dans l'exemple ci-dessous, la danse-thérapeute dissipe une charge émotionnelle qui risque d'imprégner le groupe. Elle modifie l'organisation temporelle du mouvement et utilise la respiration dans le mouvement afin de baisser le niveau d'énergie qui est présent.

Donc, il y a des moments où j'ai dû, dans des interactions individuelles, modifier leur énergie pour que ce soit sécuritaire pour moi et pour tout le monde. Cela peut arriver. Et cela aurait pu être un type d'énergie non-physique et presque une énergie perturbatrice pour le groupe... et c'est là qu'il est nécessaire d'imiter leur mouvement mais lentement de modifier leur mouvement. Donc ça pourrait être marcher en cercle en faisant des gros pas, très puissants. Et puis, vous figez le mouvement et le recommencez, et puis vous y ajoutez une respiration. Tu permets de trouver sa propre fin et de le dissiper.

4.3.4.3.2 Soutenir une ouverture à l'autre et à l'espace par un éveil sensoriel du corps

La danse-thérapeute utilise différentes stratégies d'interventions qui soutiennent le client à une ouverture corporelle, relationnelle et émotionnelle à l'autre et à l'espace. Ce travail d'ouverture semble d'abord passer par un éveil du corps au niveau de la mobilité et de la sensibilité favorisant chez le client une présence à soi.

Diane propose alors des interventions qui dynamisent les corps et éveillent la conscience de ceux-ci par le mouvement. Des accessoires peuvent être utilisés afin de soutenir une stimulation visuelle et physique ou augmenter le confort des clients à bouger avec eux-mêmes.

Le genre de ballon qu'on peut gonfler, détacher et dégonfler pour qu'il se déplace très lentement dans l'air. C'est généralement le genre de ballon qui a une petite boucle au bout, à laquelle on attache un élastique et on fait comme ça. La participante montre le geste de frapper le ballon. Un ballon de frappe. Mais je n'utilise pas cette partie, je le laisse juste flotter. Donc je vais mettre quelque chose comme... et j'ai fait ça plusieurs fois... Je vais utiliser le Danube bleu de Strauss et juste le ballon qui circule. Donc visuellement c'est quelque chose qu'ils peuvent regarder, physiquement ils peuvent réagir si ça vient vers eux. [...] Donc, il y a beaucoup de potentiel. J'utilise donc un accessoire pour aider à réveiller quelqu'un.

Diane peut aussi aider les clients à se sentir. Suite à une exploration de mouvement ou en fin de séance, Diane peut par exemple suggérer un temps d'arrêt et inviter les clients à se recentrer sur l'expérience du corps. Pour instaurer ce travail de centration, elle accorde une importance à l'amplitude et au rythme de la respiration afin de favoriser un ralentissement du corps et une

reconnexion avec celui-ci. Diane évoque l'image d'un retour à l'état neutre ou initial du corps. Les sensations du corps peuvent alors émerger et s'intensifier. Elle peut ensuite inviter les clients à réinvestir un mouvement réalisé plus tôt dans la séance et à enregistrer les nouvelles sensations qui émergent dans le mouvement.

Nous saisissons dans le discours de Diane que le travail d'éveil du corps pose les conditions nécessaires pour mobiliser l'individu vers l'investissement d'un espace « hors de soi » et partagé. En effet, la danse-thérapeute peut ensuite intervenir de manière à soutenir une rencontre de l'autre et une ouverture à l'espace environnant. À nouveau, la danse-thérapeute peut recourir aux accessoires pour favoriser ce travail d'ouverture et de liaison. Elle reconnaît en effet le potentiel sensoriel, relationnel et interactif des accessoires et s'appuie sur ces savoirs. Elle peut par exemple proposer une consigne de mouvement avec l'accessoire, qui soutenu par une recherche d'une pulsation commune entre deux patients, permet un travail de coordination, d'écoute et d'accordage sensible à l'accessoire et à l'autre.

Mais plus tard, nous avons utilisé ces écharpes, ces longues écharpes que j'avais cousues ensemble et alors elles faisaient environ six à douze pieds... ça correspondrait probablement à la longueur entière du cercle. C'était plus étroit et c'était d'une couleur violette vive. Donc une personne d'un côté du cercle pouvait déplacer le foulard ou je pouvais le faire. J'essaie de me rappeler ce qui s'est passé ce jour-là... Mais il y avait des moments où je pouvais l'utiliser avec une personne et interagir avec elle avec l'écharpe et ensuite je pouvais me déplacer, mais le plus souvent j'avais un résident d'un côté, qui tenait et l'autre de l'autre côté, et les autres ne tenaient pas parce que c'était long et étroit. Donc c'était, c'était visuellement créer une ligne de connexion entre deux personnes. Physiquement, ils étaient engagés et reconnaissaient cette ligne qui était là, et ils bougeaient avec elle. Ainsi, cela leur procurait un sentiment d'être là et d'être présent à l'autre personne qui pouvait aussi le sentir. Donc s'il y avait un peu de tiraillement ou plus que ça, ils devaient se coordonner.

C'est quelque chose auquel je crois, et que j'ai utilisé dans mon enseignement avec les jeunes enfants aussi, c'est le fait que si vous voulez donner vie à cet accessoire, vous devez travailler ensemble. Vous deviez trouver le rythme et le *timing* pour le faire bouger.

Diane peut également inviter le client à une interaction visuelle et corporelle avec l'objet soutenant sa propre conscience de son environnement. Elle peut par exemple manipuler l'accessoire de manière légère, ludique, attrayante et décrire verbalement ce qu'elle observe (p. ex. la couleur, la

forme, le mouvement de l'accessoire). Ce faisant, elle suscite à la fois l'attention du client et évalue sa capacité à se relier à l'objet manipulé. Par l'intermédiaire de l'accessoire, les clients déplacent peu à peu leur regard de la thérapeute à l'accessoire, puis dans leur interaction à l'autre et éventuellement au groupe.

4.3.4.3.3 Favoriser une synchronisation rythmique des mouvements au sein du groupe

En séance, Diane donne une importance et une attention particulière au rythme. Plus spécifiquement, elle organise ses propositions thérapeutiques pour éventuellement engager l'ensemble des clients dans une synchronisation rythmique de leurs mouvements. En fait, pour la danse-thérapeute, la présence d'une synchronisation rythmique du mouvement indique que les clients sont en interaction et en communion les uns avec les autres.

Donc beaucoup de mouvements rythmiques qui les amènent à mimer, ou à ajouter leur propre style ou leur propre signature. Donc, ils, ils commencent à bouger, peut-être en m'imitant ou en le faisant de manière un peu différente. Et ils peuvent tous être très différents les uns des autres. Et ils peuvent rejoindre le mouvement actuel à différents moments. Donc vous voyez des gens qui commencent et s'arrêtent. Et vous pouvez voir des gens se joindre à moi ou partir de leur propre côté et s'arrêter. Mais ce que je recherche toujours, et c'est ce que j'attends, c'est qu'ils viennent tous ensemble et qu'ils partagent le rythme ensemble. Et donc j'accorde une valeur à cela.

Tel qu'il est introduit dans l'extrait ci-dessus, lorsque Diane met en place cette synchronisation rythmique des mouvements, elle utilise des techniques d'interventions telles que l'initiation, l'imitation, l'amplification ou la répétition de mouvements et met en évidence le mouvement qui se déploie au sein du groupe. Ce faisant, elle amène peu à peu le groupe à sentir la pulsation et le rythme du mouvement. Le groupe se met à l'unisson, et danse avec la même gestuelle et cadence rythmique.

De plus, nous relevons dans les propos de Diane que la dimension rythmique est utilisée comme un moteur qui structure les clients dans le temps et l'espace partagé. En effet, elle permet dans un premier temps de mesurer la cohésion au sein du groupe et la disposition de chacun à échanger ensemble. Dans un deuxième temps, elle installe les conditions temporelles permettant l'exploration du mouvement, l'exagération de sa forme, la définition d'un ou des gestes et l'expression de ceux-ci.

Je dis que le rythme donne l'occasion de mesurer la synchronisation, la connexion... [...] le mouvement peut alors sortir de cette synchronisation organisée et être exagéré. Toute forme du mouvement qui était impliquée par le rythme peut alors être explorée. Et le rythme les a peut-être préparés à permettre cette exploration, à permettre à la forme, au geste, à la signification et au symbolisme derrière tout cela de s'exprimer.

Par son expérience en danse et ses connaissances théoriques sur l'analyse du mouvement, Diane reconnaît en quoi le rythme permet d'organiser et de structurer une séquence de mouvement. Ainsi pour soutenir le caractère rythmique d'une séquence de mouvement dansé, Diane peut rompre la répétition d'un mouvement en modifiant le patron temporel ou gestuel d'un mouvement. Par exemple, elle peut provoquer une suspension rythmique en proposant un accent sur une action ou en le déplaçant d'une action à une autre. Elle peut également retenir la pulsation rythmique en jouant sur les pauses, les silences, la vitesse d'une ou de plusieurs actions.

[P]arce que ce sont toutes des actions. Donc vous avez : *action action action action action action*, c'est un tempo rapide [la participante répète l'action rapidement et avec le même tempo]. Ou vous avez : *action, action, action*, donc c'est une action et une non action [la participante répète l'action plus lentement et accentue la première syllabe de chaque mot]. Donc avec ça, il peut y avoir un arrêt ou un accent. [...] On peut changer de partie du corps : *action, action, action* [la participante tape des mains et termine en tapant du pied]. Je pourrais dire : *mains, main, mains, mains, pieds, pieds, pieds, pieds, pieds et mains* [Le participant met un accent sur la dernière action - les mains]. C'est bien loin de ce que j'ai pu faire avec eux, mais ce genre de changement, le tempo affecte tout par rapport au phrasé.

4.3.4.3.4 Soutenir une exploration symbolique et expressive du geste

Pour la danse-thérapeute, le geste est créateur. En effet, elle explique qu'une grande quantité de gestes rythmiques porte un sens symbolique. De plus, elle envisage la signification symbolique du geste comme une communication non verbale corporelle. La danse-thérapeute peut donc choisir de s'intéresser au sens symbolique des gestes qui se développent dans l'expérience et de soutenir son expression.

Concrètement, en jouant sur les qualités gestuelles et en suivant l'évolution dynamique du mouvement, des images, des symboles ou des émotions sont mis au jour à travers une auto-organisation du geste rythmé.

Je pouvais accentuer le mouvement avec une expression qui venait de l'intérieur. Une expression intuitive. Ou je pourrais demander : « c'est comme une grande vague ici ? » C'est vraiment un classique DMT, vous savez : « à qui fait-on signe ? » Ou c'est comme : « il semble que nous pourrions juste le laisser comme ça, je lave les fenêtres. » Ils offriraient l'imagerie qui se présenterait. Donc, nous allons vers le symbolisme et l'imagerie à partir d'un mouvement répété. Ce n'est pas seulement un mouvement répété, mais c'est un mouvement qui a fait une transition à travers la répétition et le besoin de récupération dans le mouvement répétitif. La forme du mouvement commence à changer... et cela peut être dirigé par moi ou repris... dirigé par moi que j'ai repris de quelqu'un d'autre, ou ils peuvent proposer spontanément ceci est comme cela.

La danse-thérapeute s'appuie donc sur l'information immédiate qui se présente à elle et propose une forme à voir et à sentir associée au geste travaillé. Ce faisant, la danse-thérapeute déplace l'exploration vers une dimension symbolique et imagée du mouvement et accompagnerait les patients vers une construction de sens du vécu.

À nouveau, les accessoires peuvent être utiles à cette étape du travail. En effet, Diane reconnaît en quoi l'accessoire comme objet perceptible extérieur au corps peut aider à la fois à susciter et étayer des vécus et à nourrir l'imaginaire. Tantôt l'accessoire peut être utilisé comme une continuité du corps et aider à articuler et à exprimer les émotions et les sensations survenues au cours de l'exploration. Il y aurait ainsi un travail d'appropriation de l'expérience qui passe par le corps et à travers l'accessoire. Tantôt, l'accessoire peut être utilisé comme véhicule expressif, donnant une voix, une forme et un sens à l'expérience sentie.

On a fini par laisser tomber l'accessoire, mais on a gardé le sentiment et on a chanté des berceuses. Donc, le musicothérapeute a probablement initié une chanson. Et tout le monde... juste des sourires doux... ils retrouvaient le souvenir d'une berceuse qu'on leur a chanté quand ils étaient bébés ou ils se souvenaient d'avoir bercé leurs enfants ou une nièce ou un neveu... Ce n'était pas vraiment important, tout ce qui était important était le sentiment de nourrir, de prendre soin, et d'articuler cela même à travers le corps, à travers la voix, en laissant l'expression sortir... et de l'offrir au groupe, pour qu'ils reçoivent cette énergie et la donnent en même temps.

4.3.4.3.5 Ancrer ses interventions dans une tradition populaire de la danse

Le choix et l'orientation des interventions de la danse-thérapeute semblent être sous-tendues d'une philosophie propre à la dynamique de groupe en danse-thérapie. Lorsque Diane recherche une connexion entre les patients ou une synchronisation des gestes au sein du cercle, elle s'inspire des

processus à l'œuvre repérés dans les cultures populaires traditionnelles de la danse. Ainsi, Diane reconnaîtrait l'aspect vitalisant et ritualisant de la danse en groupe. Plus largement, la danse semble être une activité de lien, rassembleuse et d'intégration sociale, qui soutient non seulement une communication entre les personnes présentes, mais qui ouvre aussi à une communication avec l'héritage culturel ou affectif que la ou les personnes ont reçu.

Dans l'extrait ci-dessous, Diane se sent accompagnée et soutenue intérieurement par sa lignée de professeuses, ce qui lui permet à son tour de soutenir ses clients. Pour Diane, ses anciens professeurs existeraient en elle comme des voix soutenantes et activement présentes. La sensation de soutien passerait ainsi par un dialogue interne avec cette présence vivante qui l'encouragerait et validerait son intuition clinique.

J'ai décrit le moment où je suis en train de valider sa volonté et de le soutenir [le client]. Et puis je sens qu'il y a cette autre présence ou constellation comme une histoire derrière moi qui veut aussi valider ma validation auprès du client. Et elle veut me soutenir et c'est tout à fait inconscient mais c'est l'histoire des danses thérapeutes que j'ai connu autour de moi. Donc, le champ de la profession serait là derrière moi pour dire : « oui, fais-le ! » Le champ dit d'y croire, de faire confiance à ton intuition et d'y aller ouais, fais confiance, ne doute pas. Donc, à ce moment-là, pour me soutenir et aller jusqu'au bout, il suffit de puiser inconsciemment dans tous les enseignants que j'ai eus, qui m'ont juste dit : « oui, oui ! » C'est le monde d'où tu viens. C'est bien ce que tu fais, alors fais-le.

Afin d'offrir au lecteur une vue d'ensemble des compétences relevées dans le travail de Diane, nous présentons dans le tableau suivant (Tableau 4.4) une synthèse de celles-ci.

Tableau 4.4 Synthèse des compétences relevées dans le travail de la danse-thérapeute Diane

Domaine de compétences	Compétences spécifiques	Compétences explicitées
Compétences relationnelles et éthiques	Se porter garante des besoins de chaque individu, du groupe et du processus thérapeutique	-Porter attention à son expérience perceptive en fonction de son positionnement spatial -Être sensible à l'expérience individuelle et respecter les différences individuelles -Soutenir la personne ou le groupe « plus vulnérable » -Renoncer à la prise en charge en se « laissant-aller » à l'expérience présente
	Soutenir l'engagement corporel et relationnel par l'exemple et dans le mouvement	- Favoriser une qualité de présence et d'attention face au vécu du patient - Adopter différentes conduites thérapeutiques plus directives
	Soutenir la régulation et l'expression du vécu de chacun par son propre engagement corporel	-S'impliquer corporellement et émotionnellement dans le travail thérapeutique - Veiller à l'équilibre entre les besoins du groupe et du processus thérapeutique, et le respect de ses limites personnelles.
	Se positionner en retrait du groupe au bénéfice d'une exploration et d'une évolution thérapeutique du mouvement	-Exercer une retenue volontaire de ses propositions thérapeutiques et de son investissement dans le mouvement dansé
Compétences d'ajustement somatique	Accueillir sa propre expérience corporelle de résonance émotionnelle	-Présenter une posture d'ouverture et de curiosité face à son ressenti corporel -Orienter l'attention sur les dynamiques du mouvement exécutés par l'autre et reproduits en elle -Traiter les sensations et les mouvements internes perçus comme des données représentatives de ce qui est à l'œuvre en séance.
	Porter une attention sensible à l'expérience singulière et actuelle de l'ensemble des individus	-Tenir compte de la variabilité des besoins physiologiques, corporels, émotionnels et relationnels au sein du groupe -Faire preuve d'une flexibilité attentionnelle et maintenir une attention divisée entre les différentes saisies sensorielles
	Observer et écouter les besoins de variations du mouvement	-Orienter son attention vers les besoins de récupération et de modulation des qualités du mouvement - S'appuyer sur son savoir expérientiel et théorique (LMA) pour modifier les paramètres qualitatifs du mouvement
	Ajuster son positionnement spatial en fonction de celui des individus et de leur engagement corporel et relationnel	- Ajuster son positionnement spatial en fonction des limites sensorielles, du fonctionnement neurocognitif et de la réalité émotionnelle, corporelle et gestuelle des patients.
Compétences liées à la démarche thérapeutique	Maintenir un espace thérapeutique contenant	- Mettre en place une cohésion groupale - Proposer des activités qui mobilisent différentes modalités d'engagement du corps et de relation - Préconiser le rassemblement en cercle
	Soutenir une ouverture à l'autre et à l'espace par un éveil sensoriel du corps	-Favoriser un travail centré sur la conscience du corps et de sa sensibilité - Utiliser les accessoires pour soutenir une écoute et un accordage sensible à l'autre

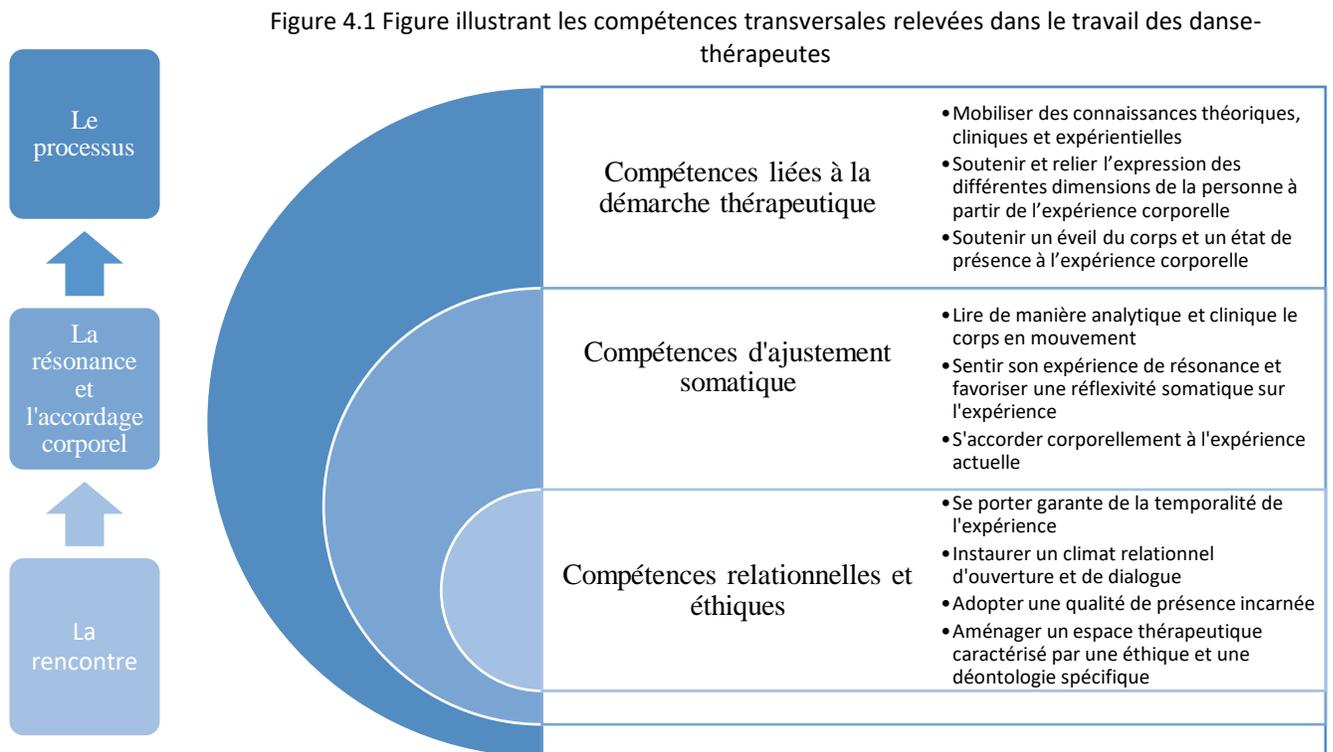
4.4 Analyse transversale des compétences mises en œuvre par les danse-thérapeutes dans une séance de danse-thérapie

Nous avons présenté jusqu'à maintenant les résultats des analyses individuelles réalisées pour chacune des participantes. Amanda, Bianca, Christina et Diane ont généreusement partagé leur expérience professionnelle, ce qui nous a permis d'articuler une première interprétation fine et nuancée des significations partagées. Ces résultats sont le fruit d'une d'analyse verticale des données (Deslauriers, 1987), où nous avons identifié et décrit les compétences spécifiques et distinctives propres au travail de chacune des danse-thérapeutes.

Nous avons par la suite posé un regard plus global sur l'ensemble des données analysées. Nous nous sommes attardées aux actions récurrentes et saillantes associées à l'expérience professionnelle des danse-thérapeutes qui ont émergé des analyses. Concrètement, nous avons regroupé les compétences spécifiques pour l'ensemble des participantes selon les trois domaines de compétence présentés précédemment (c.-à-d. compétences relationnelles et éthiques, d'ajustement somatique et liées à la démarche thérapeutique). Pour chaque domaine de compétence, les compétences spécifiques ont été mises en relation et comparées entre elles afin d'édifier peu à peu une compréhension transversale des données. Au sein de ce tissage et de ce resserrement des données, certains liens de parenté se sont construits entre des compétences et des actions considérées à première vue comme étant isolées entre eux (Paillé et Mucchielli, 2016). Peu à peu, une hiérarchie des données s'est également construite, créant ainsi un relief entre les différentes compétences spécifiques.

Suite à cette coupe horizontale des données (Deslauriers, 1987), dix compétences transversales sont ressorties comme étant communes au travail des danse-thérapeutes. Ces compétences représenteraient à notre avis les principales compétences que les danse-thérapeutes mettent en œuvre dans leur travail.

Dans un effort de consolider et de rapporter visuellement le travail d'analyse, nous présentons les dix compétences transversales identifiées à l'aide de la figure qui suit (4.1). Chacune d'elle est ensuite commentée.



Tel que l'illustre la figure 4.1, les trois domaines de compétences ont été organisés selon une logique d'imbrication concentrique. Chaque domaine de compétence est représenté par un cercle concentrique allant du centre vers l'extérieur. Le plus petit cercle réunit les compétences relationnelles et éthiques. Ce domaine de compétence représente les compétences de base qui instaurent les conditions essentielles au travail thérapeutique. À partir de l'installation de ces conditions peuvent se déployer les compétences expérientielles. Le deuxième cercle concentrique réunit ces compétences. Bien qu'elles soient intrinsèquement liées au premier domaine de compétence, les compétences expérientielles renvoient au cœur de l'exercice du travail danse-thérapeute, soit un travail de résonance et d'accordage sensible des corporités. Finalement, à partir de l'application des compétences relationnelles, éthiques et d'ajustement somatique peut se

déployer les compétences liées à la démarche thérapeutique, réunies à l'intérieur du troisième et plus grand cercle concentrique.

Rappelons ici que notre objectif de recherche est de décrire et de documenter une séance de danse-thérapie du point de vue de la danse-thérapeute autour des compétences mises en œuvre dans sa relation avec son client. Notre lecture du phénomène à l'étude s'est donc continuellement dirigée vers l'interaction client-thérapeute, indépendamment du contexte de thérapie. Dans la présentation des analyses individuelles, nous avons parfois fait la distinction entre le terme *client* et le terme *groupe*, et ce, afin de nuancer et de décrire avec précision les compétences exercées par chacune des danse-thérapeutes.

Dans la présentation de l'analyse transversale des données, nous regroupons ces deux termes en un seul mot. Le terme *client* désigne tout individu ou tout groupe qui reçoit les soins de la danse-thérapeute et avec lesquels celle-ci travaille dans un processus thérapeutique. Lorsqu'une compétence ou une action relate spécifiquement du travail en individuel ou en groupe, nous en précisons la différence et la décrivons.

4.4.1 Le domaine des compétences relationnelles et éthiques

Les quatre premières compétences présentées ci-dessous sont associées au domaine des compétences relationnelles et éthiques. L'analyse tend à montrer que la danse-thérapeute installe la relation thérapeutique et va à la rencontre de son client. Elle aménage un espace thérapeutique qui est orienté vers la sécurité, le confort et la continuité. Il semble également que cet espace thérapeutique soit empreint de respect, de bienveillance et d'écoute. La danse-thérapeute est ainsi capable de mettre en œuvre une présence thérapeutique définie créant les conditions favorables à une rencontre sensible de l'autre et au déploiement du processus thérapeutique.

Compétence 1 : Aménager un espace thérapeutique caractérisé par une éthique et une déontologie spécifique

Les résultats suggèrent que la danse-thérapeute est porteuse d'un cadre éthique. Elle aménage un espace thérapeutique qui est non jugeant, confortable et sécuritaire pour le ou les clients. Elle met

en pratique un accompagnement thérapeutique qui respecte l'intimité du client, la vulnérabilité de celui-ci et qui s'intéresse à l'unicité de son vécu. La danse-thérapeute paraît aussi être porteuse d'un cadre déontologique respectant la notion du consentement libre et éclairé ainsi que le caractère confidentiel des rencontres.

Compétence 2 : Adopter une qualité de présence incarnée

La danse-thérapeute fait preuve de bienveillance face à l'expérience du client et à sa propre expérience. Elle s'ouvre à la rencontre en s'engageant dans l'expérience avec un sens élargi de son attention, de son positionnement et de l'espace environnant. Cette qualité de présence semble impliquer un engagement corporel et émotionnel chez la danse-thérapeute qui exige d'elle un travail d'ancrage et de régulation de sa propre expérience. La danse-thérapeute entre ainsi à la fois en contact avec les différents aspects de son expérience tout en demeurant disponible et réceptive au vécu qui est présent. En groupe, l'analyse suggère que la danse-thérapeute fait confiance à la dynamique de groupe qui agit comme une présence en soi, voire comme une matrice contenante pour les individus.

Compétence 3 : Instaurer un climat relationnel d'ouverture et de dialogue

L'analyse tend à montrer que la danse-thérapeute va à la rencontre de l'expérience singulière et actuelle de l'autre. Elle adopte une attitude de « non-savoir » et de curiosité face à l'expérience d'autrui et s'ouvre à elle afin de s'en instruire. Elle présente une attitude de doute au sujet de ses propres connaissances et une grande plasticité face au monde du client. À cette attitude semble s'ajouter aussi la non directivité de la thérapeute. La danse-thérapeute présente une posture d'accueil et de disponibilité à toutes les dimensions de l'expérience du client et à sa propre expérience avec celui-ci. Elle aménage un espace relationnel où elle fait preuve d'une implication contrôlée au sein de la relation lui permettant de s'engager avec le client dans une co-construction du sens de son expérience.

Compétence 4 : Se porter garante de la temporalité de l'expérience

La danse-thérapeute paraît favoriser un travail de mémorisation et de liaison du contenu élaboré dans les séances et entre celles-ci. De plus, elle semble respecter le rythme de travail thérapeutique du patient et s'ajuster à l'évolution du processus thérapeutique. La danse-thérapeute fait preuve de sensibilité et de flexibilité dans le choix de ses interventions, en conjuguant à la fois le contenu qui a été travaillé préalablement avec celui qui émerge dans la rencontre. Garante de la temporalité de l'expérience, la danse-thérapeute porterait une responsabilité face à l'évolution du travail thérapeutique en exerçant une vigilance et une anticipation de celle-ci.

4.4.2 Le domaine des compétences d'ajustement somatique

Les cinquièmes, sixièmes et septièmes compétences définies ci-dessous sont associées au domaine des compétences d'ajustement somatique. Les résultats suggèrent que les compétences qui sont engagées s'expriment *in situ*, en cours du travail thérapeutique, et relèvent d'un exercice de résonance et d'accordage sensible au vécu de l'autre. Elles représentent un savoir-faire dynamique qui semble s'actualiser dans un aller-retour constant d'ouverture à l'autre et de retour à soi. La danse-thérapeute favorise une lecture aiguisée de l'expérience corporelle de l'autre, ce qui l'invite simultanément à revenir à sa propre expérience corporelle, s'ouvrant conséquemment à une éducation envers sa propre corporéité. Ce faisant, la danse-thérapeute entretient un dialogue des corps influençant l'orientation et la mise en forme de ses interventions.

Compétence 5 : S'accorder corporellement à l'expérience actuelle

L'analyse relève que la danse-thérapeute centre son attention sur le matériel clinique qui émerge dans l'ici et maintenant de la rencontre et ajuste son intervention en fonction de ce qu'elle perçoit. Elle veille à s'accorder aux différents états corporels, émotionnels et gestuels des clients ainsi qu'à l'évolution spontanée et dynamique propre du mouvement. La compétence d'accordage semble s'actualiser dans la dynamique thérapeute-client et consister en un processus continu par lequel la danse-thérapeute se synchronise et se réajuste de façon continue à l'expérience du client. Cette compétence d'accordage se joue à un niveau tonique et postural ainsi qu'à un niveau spatial et énergétique. Effectivement, cela exigerait de la danse-thérapeute d'osciller d'une fonction

thérapeutique à une autre, d'une modalité corporelle et gestuelle à une autre, d'une position spatiale à une autre et d'une qualité de mouvement à une autre. En contexte de groupe, les résultats relèvent que la danse-thérapeute fait preuve notamment d'une grande flexibilité attentionnelle et d'une attention divisée entre les différentes saisies sensorielles.

De plus, la compétence d'accordage nécessiterait des habiletés d'empathie et d'imitation. Dans le but d'obtenir de l'information sur ce qui est éprouvé et senti chez le client, la danse-thérapeute incorpore et reflète avec son propre corps l'expérience émotionnelle et corporelle qu'elle perçoit. Au fil de l'interaction client-thérapeute, la danse-thérapeute ajuste sa qualité d'expression verbale et corporelle à celle du client.

Compétence 6 : Sentir son expérience de résonance et favoriser une réflexivité somatique sur l'expérience

La danse-thérapeute paraît mobiliser son attention sur la manière dont l'expérience vécue résonne dans son propre corps et se montre réceptive aux dimensions corporelles, somatiques et émotionnelles qui en émergent. Cette compétence semble représenter un savoir-faire qui nécessite une capacité à sentir et à ressentir. La danse-thérapeute parvient ainsi à mieux saisir l'expérience vécue de soi et de l'autre à travers sa propre expérience sensible, soit à partir d'un espace interne qui est d'abord senti et non pensé. L'analyse suggère que la compétence d'écoute et de résonance se décline en deux sous-compétences qui, elles, exigent une bonne connaissance et expérience de soi à un niveau corporel. La danse-thérapeute travaille consciemment à différencier son expérience sentie du vécu de celle du client. De plus, elle semble traiter les émotions, les sensations et les mouvements internes perçus chez elle comme une source d'informations de ce qui est à l'œuvre en séance, ajustant ainsi la qualité de ses dires verbaux, de ses gestes, de sa posture, de sa respiration, de son mouvement au vécu de l'autre.

Compétence 7 : Lire de manière analytique et clinique le corps en mouvement

L'analyse tend à montrer que la lecture analytique et clinique du corps résulte de la combinaison entre la saisie de l'expérience et un effort d'analyse et de compréhension de ce vécu. Cette compétence s'opère ainsi en deux temps. Premièrement, la danse-thérapeute examine

attentivement l'expérience corporelle manifeste. Plus concrètement, elle analyse les modulations qualitatives du mouvement dans sa dimension rythmique, dynamique et spatiale. Différente de l'activité de lecture d'un texte, l'action de lire ici n'est pas simplement une activité qui recueille par la vision l'information à déchiffrer. Lorsque la danse-thérapeute favorise une lecture du corps, elle semble mettre en œuvre une activité multi sensorielle où elle utilise le mouvement, la vue, la parole, le toucher, la proprioception pour saisir l'expérience corporelle qui est vécue. Dans un deuxième temps, la danse-thérapeute présenterait une aptitude à déchiffrer et à traduire cette expérience et ouvrirait alors son attention aux dimensions expressives et affectives du geste et au sens de celui-ci.

Lorsqu'elle met en œuvre cette lecture analytique et clinique du corps en mouvement, la danse-thérapeute semble s'appuyer à la fois sur son savoir expérientiel de la danse et du mouvement, ainsi que sur ses connaissances préalables du corps dans son fonctionnement mécanique, anatomique et somatique. Elle est ainsi capable d'observer à la fois l'expérience corporelle qui est perçue et éprouvée et écouter de manière implicite l'analyse clinique qui se construit en elle. Ce faisant, la danse-thérapeute mobilise une compréhension clinique de l'expérience corporelle.

4.4.3 Le domaine des compétences liées à la démarche thérapeutique

Les huitièmes, neuvièmes et dixièmes compétences présentées ci-dessous sont associées au domaine de compétences liées à la démarche thérapeutique. Nous reconnaissons que les danse-thérapeutes n'ont pas une démarche thérapeutique identique l'une de l'autre. En effet, leur pratique diffère selon la clientèle, le milieu de travail, l'approche thérapeutique, la formation et les caractéristiques personnelles de la danse-thérapeute ainsi que les stratégies d'interventions et les techniques utilisées par celle-ci. Nous identifions tout de même chez les quatre danse-thérapeutes une structure et une visée commune de la démarche thérapeutique :

- La démarche thérapeutique débute par un travail d'éveil du corps au niveau de la mobilité et de la sensibilité ;
- La danse-thérapeute engage ensuite les patients à un travail de connexion et d'ouverture corporelle, relationnelle et émotionnelle à soi, à l'autre et à l'espace ;

- La démarche se poursuit et la danse-thérapeute soutient une élaboration thérapeutique de l'expérience par un élargissement du répertoire de mouvement, permettant une exploration expressive et parfois symbolique de celle-ci.

Compétence 8 : Soutenir un éveil du corps et un état de présence à l'expérience corporelle

La compétence qui est présentée ici est la capacité chez la danse-thérapeute d'ouvrir et de soutenir l'accès à un travail avec le corps. À l'aide de techniques et de stratégies d'interventions, la danse-thérapeute travaillerait à dynamiser le corps et à éveiller la conscience de celui-ci par le mouvement. En groupe, les résultats relèvent que la danse-thérapeute propose des activités qui mobilisent différentes modalités d'engagement des corps. Peu à peu, la danse-thérapeute oriente l'attention du client vers un processus d'observation, d'écoute et d'approfondissement des sensations disponibles dans son corps. À cet effet, la danse-thérapeute paraît installer les conditions permettant de soutenir un état de présence réflexive chez le client face à son mouvement ou à l'activité en cours.

Compétence 9 : Soutenir et relier l'expression des différentes dimensions de la personne à partir de l'expérience corporelle

L'analyse tend à montrer que la danse-thérapeute travaille à partir de l'expérience corporelle afin d'approfondir le vécu du client. Elle invite le patient à une exploration qualitative du mouvement dans sa dimension rythmique, dynamique et spatiale. Elle travaille à moduler, à modifier ainsi qu'à élargir la qualité et l'expressivité du geste. En favorisant l'investissement de nouvelles qualités de mouvement, elle semble conduire ainsi le client à s'éprouver différemment, à nuancer et à s'approprier son expérience émotionnelle, corporelle et relationnelle. Ce faisant, à partir de l'expérience corporelle manifeste et concrète (c.-à-d. les gestes, la posture, les mouvements, le tonus), la danse-thérapeute se montre capable de relier les différentes dimensions du vécu du client (p. ex. relier une sensation à une émotion, situer le corps en fonction de l'espace environnant) et de soutenir leur expression.

En groupe, la danse-thérapeute engage les clients dans une synchronisation rythmique des mouvements les conduisant peu à peu vers une exploration expressive et symbolique de leur geste. Pour ce faire, elle semble passer par des interventions qui demandent un investissement

interpersonnel entre les clients et utilise, entre autres, des accessoires pour donner forme à l'expérience et nourrir l'imaginaire.

Compétence 10 : Mobiliser des connaissances théoriques, cliniques et expérientielles

Les résultats relèvent que la danse-thérapeute porte en elle des connaissances théoriques, cliniques et expérientielles qui soutiennent la mise en œuvre du mouvement dans ses qualités spécifiques ainsi que son analyse selon les paramètres d'espace, de temps et d'énergie. Elle maîtrise aussi différentes stratégies et techniques d'interventions lui permettant d'accéder au corps et de travailler à partir de celui-ci. Sa compréhension clinique et son choix d'interventions semble étayés de ces différents savoirs. La danse-thérapeute puise dans ces savoirs et module son intervention en fonction du besoin du client et du processus thérapeutique en cours.

4.4.4 Conclusion sur l'analyse transversale

L'analyse transversale nous a permis de dégager dix compétences principales qui nous semblent constituer les actions centrales mises en œuvre par la danse-thérapeute dans un processus thérapeutique. À la lumière de cette analyse, nous énonçons que la danse-thérapeute porte en elle un ensemble d'habiletés relationnelles, perceptives, émotionnelles, psychomotrices et kinesthésiques ainsi qu'un ensemble de connaissances expérientielles, conceptuelles et procédurales sur le corps au niveau somatique et psychique. Dans le processus thérapeutique, la danse-thérapeute paraît être capable de mobiliser et de conjuguer ces différentes ressources et de proposer des actions pertinentes et ajustées à la situation en cours. Ce faisant, elle semble viser à la fois une plus grande sensibilité perceptive, kinesthésique et relationnelle, ainsi qu'une exploration des éléments constitutifs du mouvement dans ses qualités affectives, expressives et symboliques.

De plus, les analyses individuelles et transversales des données ont favorisé la mise au jour de constantes associées à l'exercice de la profession de danse-thérapeute. Dans un effort d'intégration plus englobant des données, nous présentons ici les phénomènes qui ont traversé de façon significative une partie importante de notre corpus de données. Pour ce faire, nous interpellons notre subjectivité, « [...] non pas en tant qu'expression inconsciente de ce que *je pense* ou ce que

je ressens », mais plutôt comme lieu de synthèse et de compréhension du matériel analysé (Paillé et Mucchielli, 2016, p. 401).

Une expérience sensible en première personne. Le travail de la danse-thérapeute semble d'abord vécu avant d'être pensé. L'expérience de la danse-thérapeute est guidée par la sensibilité, dans la mesure où l'expérience passe d'abord par une sensation. L'observation émotionnelle ou la compréhension clinique et conceptuelle de l'expérience viennent en second temps.

Une posture d'écoute fondamentalement ouverte à l'autre. Dans son travail, la danse-thérapeute paraît présenter une attitude de disponibilité, de respect et de curiosité envers l'expérience subjective de l'autre. Elle n'applique pas une technique valable indistinctement pour tous, mais adapte plutôt ses interventions et sa compréhension clinique à la singularité et l'unicité du vécu de chaque patient. Son attention semble être centrée sur le client et la rencontre thérapeutique. La danse-thérapeute demeure ouverte à l'expérience émergente dans son expression entière, évitant tout jugement réducteur ou hâtif.

Une résonance réflexive. Les résultats relèvent que la danse-thérapeute met en œuvre une lecture du corps à partir de ce qu'elle voit, de ce qu'elle ressent dans son propre corps au niveau proprioceptif et émotionnel, de ce qu'elle touche, et de ce qu'elle entend. La danse-thérapeute se laisse être à la fois touchée, affectée et instruite par cette expérience perçue, et démontre une capacité à déchiffrer ce qu'elle perçoit à travers une expertise de résonance corporelle.

La dimension somatique est fondatrice de la thérapie. L'analyse tend à montrer que la danse-thérapeute travaille avec la dynamique corporelle et à partir de celle-ci. En fait, la dimension somatique semble être fondatrice du processus thérapeutique. Lieu de vérité et de sagesse, voire même d'intelligence, le corps guide la danse-thérapeute ; elle lui fait confiance et le laisse révéler ce qu'il a à dire.

Une approche holistique. L'analyse suggère que la démarche thérapeutique de la danse-thérapeute s'ancre dans une approche holistique. Dans le choix et l'orientation de ses interventions, la danse-thérapeute prend en compte l'expérience globale du client ainsi que la sienne, et elle s'ouvre à

l'expression des différentes dimensions du vécu de ceux-ci, ainsi qu'aux différentes dimensions du corps.

En conclusion de ce chapitre, par le biais d'un travail de proximité avec notre matériel de recherche, l'analyse des entrevues individuelles a permis de déplier le sens des expériences partagées par les danse-thérapeutes. Nous avons relevé les compétences spécifiques qui nous semblent propres au travail de chaque danse-thérapeute. Les actions qui se rattachent à chacune de ces compétences ont été explicitées et organisées selon trois domaines de compétence. Afin d'enrichir notre compréhension des compétences de la danse-thérapeute, nous avons ensuite effectué une analyse transversale des données. De cette deuxième étape d'analyse, nous avons dégagé dix compétences centrales qui nous paraissent associées au travail de la danse-thérapeute. Une définition de ce que recouvre chacune de ces compétences a été proposée. Nous avons ainsi décrit les compétences que la danse-thérapeute semble mettre en place pour installer la rencontre thérapeutique, les compétences d'accordage et de résonance corporelle qu'elle exerce dans la dynamique client-thérapeute ainsi que les compétences liées à l'orientation et à la visée du travail thérapeutique. Une vue d'ensemble des dix compétences a également été présentée par l'intermédiaire d'un schéma. Puis, nous avons conclu en présentant les grandes constantes qui, selon nous, forment les assises de l'exercice de la profession de danse-thérapeute. Nous avons expliqué en quoi le travail de la danse-thérapeute paraît être une expérience fondamentalement relationnelle qui sollicite l'attention, la sensibilité corporelle et la réflexivité de la thérapeute. L'analyse suggère finalement que la danse-thérapeute travaille à partir d'une expérience corporelle située, dynamique et expressive et met en œuvre un savoir-faire qui est de l'ordre du sentir et du ressentir.

CHAPITRE 5

DISCUSSION

On valorise toujours ce qui a lieu ici, parmi les choses concrètes et visibles, alors qu'il y a un autre monde, invisible mais sensible, où nous vivons presque sans le savoir et en tout cas sans lui accorder sa véritable importance.

(Delassus, 2007, p. 20)

Notre humanité existe quand la vie nous danse.³⁹

(Pite, 2022)

Tout au long de cette recherche, une « compréhension en écho » s'est construite par le travail d'interrogation des paroles des participantes que nous avons rencontrées et les ressources théoriques que nous n'avions pas encore mobilisées (Paillé et Muchielli, 2016). Dans le respect d'une démarche phénoménologique-herméneutique, nous partageons ici les théorisations qui se sont frayées en nous et que nous avons identifiées. Sous la forme d'un dialogue, nous continuons d'entendre le point de vue des participantes et présentons une analyse de leur travail découlant de notre activité réflexive et interprétative.

Rappelons ici que notre problématique de recherche s'est orientée vers la description qualitative des compétences mobilisées et mises en action par la danse-thérapeute au cours d'une séance de danse-thérapie. Plus spécifiquement, les objectifs de la recherche étaient les suivants :

- 1) décrire une séance de danse-thérapie du point de vue de la danse-thérapeute

³⁹ « *To be human, it is to be danced by life.* » (Pite, 2002) Paroles de la danseuse et chorégraphe canadienne Crystal Pite, tirées du film documentaire : Cabalu, J. (réalisateur). (2022). *Crystal Pite : Au-delà des mots*. [film documentaire]. Office national du film du Canada.

- 2) documenter les compétences mises en œuvre dans la relation de la danse-thérapeute avec son patient.

Rappelons aussi en quelques lignes le cadre théorique qui a délimité notre objet d'étude. En premier lieu, nous avons défini le champ de pratique de la TDM ainsi que ses applications au niveau thérapeutique, méthodologique et théorique. Nous avons également expliqué en quoi l'installation et le maintien du lien thérapeutique joue un rôle central dans le travail des danse-thérapeutes, et nous avons de ce fait décrit les principes et techniques thérapeutiques relationnels utilisés par celles-ci. De plus, nous avons présenté les diverses approches corporelles de mouvement et de danse, d'éducation somatique et d'analyse de mouvement que les danse-thérapeutes utilisent dans leurs pratiques. Cela nous a amené à dresser un portrait des influences théoriques et artistiques qui ont contribué au développement de la TDM et qui influencent sa pratique encore aujourd'hui. Finalement, puisque la danse-thérapeute travaille à partir de la danse et du mouvement et est donc intrinsèquement liée à son corps (Leduc, 2010), nous avons situé la question du corps selon les perspectives phénoménologique et psychanalytique, soit les deux approches en psychologie retenues initialement pour penser théoriquement la profession de danse-thérapeute.

Pour répondre à nos objectifs de recherche, nous nous sommes intéressés à la parole subjective des danse-thérapeutes et nous avons étudié en profondeur la manière dont elles vivent leur expérience au cours d'une séance de danse-thérapie. Cette exploration s'est faite par la conduite d'entretiens qualitatifs semi-dirigés et d'explicitation, ainsi que d'une analyse phénoménologique interprétative (IPA). L'analyse individuelle et transversale de nos données a permis d'identifier dix compétences principales dont semble disposer la danse-thérapeute dans l'exercice de son travail. Au risque de nous répéter, rappelons que nous avons regroupé ces compétences en trois domaines : les compétences relationnelles et éthiques, les compétences d'ajustement somatique et les compétences liées à la démarche thérapeutique. L'analyse phénoménologique a aussi fait émerger cinq thèmes qui représenteraient les fondements axiologiques et théoriques sur lesquels la danse-thérapeute appuie et articule ses compétences :

- Une expérience du sensible en première personne
- Une posture fondamentalement ouverte à l'autre

- Une résonance réflexive
- La dimension somatique de l'expérience vécue comme fondatrice de la thérapie
- La démarche thérapeutique : une approche thérapeutique holistique

Ce chapitre nous invite à réfléchir à l'expertise de la danse-thérapeute et à interroger ses compétences en dialoguant avec la littérature sur le sujet. À travers cette discussion, nous espérons parvenir à décrire avec justesse comment pour la danse-thérapeute, l'expérience corporelle occupe un rôle central dans son travail puisqu'elle est conçue comme une voie de sensation, d'expression et de communication. Nous souhaitons également que la présentation de cette épistémologie de l'expérience psychothérapeutique offre un éclairage nouveau et original sur la réalité du corps et de sa dynamique en psychothérapie, nourrissant par le fait même notre réflexion sur le travail des psychothérapeutes, psychologues et autres cliniciens en relation d'aide et de soins.

La première section du chapitre sera organisée autour des cinq thèmes transversaux de notre analyse. Les dix compétences principales de la danse-thérapeute que nous avons aussi identifiées seront réfléchies à la lumière de ces cinq thèmes. Pour ce faire, nous discuterons de ces résultats en les mettant en perspective avec la littérature présentée préalablement dans le cadre théorique de ce travail. Nous ferons également appel à des idées et travaux d'autres auteur.e.s pouvant nourrir notre réflexion et nos interprétations théoriques. Pour faciliter la lecture du dialogue entre la théorie et les résultats de recherche, les compétences principales que nous avons relevées de l'analyse seront écrites en caractères gras. Dans la deuxième section de ce chapitre, nous discuterons des principales réflexions ayant émergé de notre recherche ainsi que de leur pertinence pour la clinique. Nous nous pencherons également sur la qualité de cette recherche doctorale, ses apports et ainsi que ses limites, et nous proposerons des pistes de réflexion pour des recherches ultérieures.

5.1 Intégration conceptuelle des résultats et de la théorie selon les cinq thèmes transversaux recueillis

5.1.1 Introduction

Tout au long de cette recherche, nous avons travaillé activement à nous rappeler que notre sujet d'étude est l'expérience de la danse-thérapeute, et non celle du client. Par exemple, si nous relevions durant l'analyse une action faite par la danse-thérapeute, notre réflexion pouvait aisément se diriger vers « *elle fait telle action parce que...* » et ainsi chercher à décrire l'intention thérapeutique de son action. Nous devons alors travailler consciemment à recentrer notre lecture de l'expérience sur l'action de la danse-thérapeute, sur le *comment* plutôt que sur le *pourquoi*, et sur les moyens qu'elle utilise pour réaliser son action. Certes, notre regard de chercheuse était certainement teinté d'une curiosité théorico-clinique relevant de notre posture de clinicienne. Ceci étant dit, nous estimons que cet effort de constante réorientation de notre point de vue vers l'expérience de la danse-thérapeute demeure évocateur quant à la compétence de celle-ci.

Effectivement, cette tendance à décrire d'emblée l'expérience du client est ressortie durant les entretiens. Plus d'une fois nous avons dû recentrer le discours et inviter les participantes à décrire leur expérience à partir de leur perspective et non de celle de leur client. Cette réaction, que nous pourrions presque qualifier de transférentielle face à l'objet de la recherche, nous révèle en quoi l'action de se tourner exclusivement vers sa propre expérience en tant que danse-thérapeute est une tâche exigeante, inhabituelle, voire presque étrangère pour celle-ci. Cela est ressorti très clairement au tout début du premier entretien d'explicitation avec Amanda. Nous l'avons invitée à décrire son orientation dans l'espace, ce qu'elle voit, ce qui l'entoure et elle a spontanément décrit l'espace thérapeutique à partir du point de vue de son client. La participante a dû se livrer à une gymnastique mentale pour décrire sa perspective de l'espace où elle se trouvait en tant que danse-thérapeute. Ainsi, comme pour la danse-thérapeute, nous avons dû nous-mêmes nous attacher à préserver la lecture de l'expérience sous cet angle.

En somme, dans les entretiens comme dans l'analyse, nous sentions que nous devions parfois forcer, voire séparer « artificiellement » le vécu de la thérapeute de celui du client. Est-ce parce qu'au final, ces deux réalités sont fondamentalement indissociables l'une de l'autre ? La compétence de

la danse-thérapeute peut-elle réellement exister sans son client? En ce sens, la signification de ses interventions ne se jouerait-elle pas autant dans son corps que dans celui de son client (Godard, 2008) ? À ce sujet, le philosophe Jacques Quintin (2018) s'inspire de la pensée de Merleau-Ponty et décrit que « ce qui est premier, ce ne sont pas les individus, mais la relation ou l'entre-deux. Il s'agit d'une ontologie de l'enchevêtrement où l'identité et l'espace de l'intimité [dans la pratique de soins] se constituent dans la relation » (p. 20). D'une autre manière, la danse-thérapeute Jessica Young (2017) décrit comment la relation thérapeutique en TDM s'opère dans une « présence partagée » du corps, de la pensée et de l'esprit entre la danse-thérapeute et son client. En convergence avec nos résultats de données et ces propos, nous soutenons que le lieu du travail thérapeutique de la danse-thérapeute se situe dans la relation entre cette dernière et son client. Par conséquent, nous estimons que la compétence de la professionnelle s'actualise dans l'interaction avec ce dernier, et qu'elle ne peut qu'être interrogée et découverte en référence à celui-ci. En d'autres termes, situant la compétence de la danse-thérapeute dans une dynamique interactive et intersubjective, celle-ci se déploierait dans une présence directe au monde qui la travaillerait en retour (Godard, 2008). Force est de constater que la relation entre la danse-thérapeute et son client est complexe, dynamique et se manifeste toujours dans une rencontre singulière, unique et située (Lecomte et al., 2004). C'est depuis cette perspective que nous articulerons la présente discussion.

Soulignons en terminant que cet effort de réorientation de la description vers l'expérience de la participante est sans doute aussi lié à une des méthodes d'entretien utilisée. Effectivement, l'activité d'introspection rétrospective requise par l'entretien d'explicitation n'est pas chose facile ni habituelle pour tout interviewé. Accompagner une personne en position de parole incarnée et maintenir son attention sur le moment ciblé au cours de la verbalisation de son action est également exigeant pour l'intervieweur sur le plan technique. Cela lui demande, entre autres, un guidage ferme, très précis dans ses objectifs et dans la production de ses reformulations et de ses relances (Vermersch, 2011).

5.1.1.1 Client ou patient? Position terminologique de la chercheure

Comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats, toutes les danse-thérapeutes rencontrées utilisent le terme client dans l'exercice de leur profession. Dans la présentation des résultats, nous avons voulu faire valoir la parole des participantes et avons préservé ce terme pour décrire leurs

compétences. En revanche, nous faisons le choix théorique d'utiliser le terme patient dans la discussion. Nous reconnaissons que cette question terminologique est un débat ouvert et toujours présent au sein de la communauté des psychothérapeutes et des psychologues. Nous ne cherchons pas à alimenter ce débat. Nous savons que le terme client s'ancre notamment dans le paradigme de la psychologie humaniste, pour souligner le rôle actif du « client » dans sa démarche et de se distancer de la connotation de passivité que sous-entend étymologiquement le mot « patient. » Ceci étant dit, nous sommes personnellement un peu gêné par le terme « client » qui évoque la présence d'une transaction commerciale entre la thérapeute et son patient, comme si la danse-thérapeute vendait un service ou offrait un savoir-faire à ce dernier. Pourtant, comme nous venons de le souligner, les résultats nous amènent ailleurs et révèlent que le savoir de celle-ci prend sa valeur uniquement au sein d'une réalité partagée. En fait, indépendamment des champs d'influences théoriques et artistiques des danse-thérapeutes, par leurs modalités d'être et d'engagement de leur corps et de leur relation à l'espace, nous soutenons que les danse-thérapeutes sont fondamentalement des phénoménologues à l'œuvre. Ce positionnement philosophique pose ainsi pour la danse-thérapeute « l'exigence d'un dialogue corporel, une expérience partagée qui l'interpelle [elle] aussi, tout autant que ses patients » (Lesage, 2012, p. 9). Par conséquent, en nous éloignant de la connotation commerciale à laquelle nous renvoie le terme client, il semble que nous pouvons davantage rendre compte de ce caractère dynamique et co-construit de la rencontre et du travail thérapeutique en TDM.

5.1.2 Une expérience du sensible en⁴⁰ première personne

Les résultats de la présente recherche démontrent en quoi les interventions de la danse-thérapeute sont d'abord motivées par une attention et une écoute de sa propre expérience sensible. Que ce soit

⁴⁰ Nous avons fait le choix de formuler une expérience du sensible *en* première personne et non *à la* première personne. Ce choix s'appuie, entre autres, sur la pensée de la philosophe Nathalie Depraz. Dans son œuvre *Comprendre la phénoménologie* (2012), l'auteure présente la méthode phénoménologique comme une pratique concrète et appliquée. Dans son chapitre *Une phénoménologie expérientielle*, Depraz rend compte du « terrain » du philosophe, la manière dont il fait l'expérimentation du phénomène. Elle décrit la différence entre une attitude phénoménologique *à la* première personne et *en* première personne. De l'expression *à la* à celle de *en*, « on passe d'une détermination langagière à une compréhension expérientielle » (Depraz, 2012, p. 158). L'utilisation du *en* permet de mieux rendre compte de la prise de position incarnée du sujet sur son expérience. De ce point de vue, *une expérience du sensible en première personne*, manifeste un contact direct, étroit et singulier de la thérapeute à sa propre sensibilité au moment où elle l'éprouve.

pour accueillir l'expérience de l'autre, pour mieux la comprendre ou pour s'y ajuster, le ressenti corporel de la danse-thérapeute semble être son « canal d'entrée » dans le processus thérapeutique (Lesage, 2012). En ce sens, avant de mobiliser un travail réflexif sur l'expérience, l'expressivité somatique figurerait au premier plan de son expérience. En d'autres termes, en séance, la danse-thérapeute perçoit d'abord avant de penser. Effectivement, les résultats démontrent que lorsque la danse-thérapeute **s'accorde corporellement à l'expérience actuelle**, elle ajuste son intervention en fonction de *tout* ce qu'elle ressent. La première ébauche de construction de sens ne se placerait donc pas dans le lieu de la conscience mais dans celui de *l'expérience*. Ce constat coïncide avec les propos de Koch et Fischmann (2011) : « *Dance/Movement therapy advocates the role of experiencing rather than analyzing. Action lays the groundwork of our being in this world.*⁴¹ » (p. 63) Il fait écho aussi à la pensée du neuropsychiatre et philosophe Erwin Straus qui, dans son ouvrage *Du sens des sens* (2000), réfléchit à l'expérience perceptive en psychologie phénoménologique et dégage de son étude une analyse du *sentir*. Il définit un moment dans la perception, qu'il appelle « moment pathique », soit « un moment de réceptivité sensible qui précède toute donation d'objet, moment dans lequel, donc, ce ne sont pas des objets qui apparaissent, mais des sensations » (cité dans Bigé, 2016, p. 6). La pensée de Straus se rapproche également de l'expérience du corps propre chez Merleau-Ponty où comme nous l'avons vu, le corps est notre moyen de communication avec le monde, cet « horizon latent de notre expérience » toujours présent avant toute pensée (1945, p. 109). La première « donnée clinique » à laquelle la danse-thérapeute accéderait viendrait donc de sa corporéité, de sa corporéité en relation avec son patient.

Dès lors, les participantes décrivent chacune à leur façon comment l'expertise de la danse-thérapeute ne serait pas caractérisée par l'écoute d'une parole, mais par l'écoute d'abord de sensations, d'une communication intérieure avec autrui. La qualité sensible « est le produit particulier d'une attitude de curiosité ou d'observation. Elle apparaît lorsque, au lieu d'abandonner au monde tout mon regard, je me tourne vers ce regard lui-même et que je me demande *ce que je vois au juste* » complète Merleau-Ponty (1945, p. 261). Certes la parole peut prendre une place importante dans le travail de la danse-thérapeute permettant, tel que constaté dans l'analyse, la

⁴¹ « La thérapie par la danse et le mouvement préconise le rôle de l'expérience plutôt que celui de l'analyse. L'action constitue le fondement de notre existence dans ce monde. » (Koch et Fischmann, 2011, p. 16) [Notre traduction]

validation, la sécurisation, la normalisation, l'élaboration et l'approfondissement de l'expérience du patient. Cependant, ce qui semble central dans son travail, c'est cette danse à deux qui se vit et s'actualise d'abord par le sentir. C'est ce rapport au corps sensible qui permettrait à la danse-thérapeute de percevoir les dimensions qualitatives et significatives qui émergent dans le processus à l'œuvre (Bois et Austry, 2007; Godard, 2008). Cela nous renvoie au phénomène complexe de la perception où l'expérience corporelle du patient mettrait en jeu et viendrait interroger l'expérience corporelle propre de la danse-thérapeute. Godard (2021) illustre avec éloquence ce rapport de réceptivité et de résonance de la danse-thérapeute à elle-même et à l'autre :

Si je pose ma main sur autrui, avant de le toucher, c'est d'être touché soi-même dont il est question. C'est donner la possibilité à l'autre de se sentir reconnu et d'engager ainsi avec lui une relation réciproque. Je l'accueille dans mes mains, je l'accueille dans mon regard, avec tous mes sens, dans une suspension provisoire de l'activité cognitive. Donc je vibre, je participe au phénomène qui a lieu dans le moment, alors quelque chose émerge de cette relation, avec ensuite le retour en arrière fond du réflexif, bien sûr⁴². (Kuypers, 2021, p. 7)

L'expérience clinique de la danse-thérapeute s'inscrirait ainsi dans cette « connexion étroite entre son corps et le monde », de sorte que lorsqu'elle mobilise son attention vers son expérience sensible, elle serait corporellement disposée à recevoir et à répondre aux sollicitations de situations dans le monde (Dreyfus, 2002; Vermes, 2011). En d'autres termes, son travail serait motivé par l'écoute de cette dimension intersensorielle et intersubjective de l'expérience (Vermes, 2011). Ceci nous conduit conséquemment au deuxième thème qui ressort de notre analyse : une posture d'écoute fondamentalement ouverte à l'autre.

Nous avons posé ici théoriquement ce qui représente à notre avis le fondement central du travail de la danse-thérapeute. Dans les sections suivantes, nous approfondirons les notions de réceptivité, de résonance et du sensible que nous venons d'introduire.

⁴² Propos recueillis par Patricia Kuypers lors d'un entretien avec Hubert Godard : Kuypers, P. (2021). Le paysage que je respire, un entretien avec Hubert Godard, *Nouvelles de danse*, (79), 6-7.

5.1.3 Une posture d'écoute fondamentalement ouverte à l'autre

Les résultats de la présente recherche présentent une disposition d'ouverture chez la danse-thérapeute à l'expérience subjective et singulière de son patient. L'ensemble des participantes ont décrit comment elles veillent à offrir une attitude de respect, de disponibilité et de curiosité envers le vécu de l'autre et à adapter leurs interventions et leurs interprétations cliniques en fonction de celui-ci. Cette posture d'ouverture à l'autre est apparue comme une qualité d'écoute⁴³ somatique chez les danse-thérapeutes essentielle à l'instauration et au maintien de la relation et du travail thérapeutique, qui s'exprime par une écoute que l'on pourrait qualifier d'*attentive, située* et *accordée*.

Une écoute attentive

Les participantes ont rapporté comment elles veillent à signifier leur présence attentive en respectant la vie privée, la vulnérabilité psychologique et la variabilité des besoins émotionnels et corporels de chacun de leurs patients. Quintin (2018) pourrait ajouter une nuance : cette écoute *attentive* de l'autre exige du *tact*. Il entend par *tact* « une manière d'être dans une relation » (p. 24). Du latin *tactus* signifiant « action de toucher », il s'agit d'une sensibilité relationnelle où le professionnel en contexte de soins fait œuvre de prudence et exerce une forme de retenue, dans le but de « préserver l'espace d'autrui, de protéger ce qui est vulnérable, de prévenir les blessures, mais surtout de renforcer ce qui est unique » (Quintin, 2018, p. 25).

De plus, cette forme d'écoute *attentive* nous renvoie aux écrits sur la TDM et plus largement sur la thérapie par les arts, notamment aux auteur.e.s qui se penchent sur la construction du lien thérapeutique entre la thérapeute et son patient (Kossak, 2009; Lecourt, 2020; Meekums, 2002). À ce sujet, l'art-thérapeute américain Mitchel Kossak (2009) décrit les habiletés relationnelles attendues des thérapeutes qui leur permettent de s'accorder à l'expérience intime du patient et

⁴³ Le terme *écoute* ici est utilisé dans son sens psychologique. En psychologie, lorsque ce terme est employé, cela ne signifie pas seulement d'entendre avec notre sens auditif un son ou encore de prêter une oreille attentive pour attendre quelque chose, mais réfère toujours au fait que l'écoute est une écoute de l'autre. Il y a donc implicitement une relation humaine inscrite dans l'action d'*écouter* et une démarche chez le ou la psychologue « d'identifier », « de comprendre », « d'analyser » avec attention ce qui est exprimé et vécu chez le patient (Randin, 2008).

d'établir une connexion thérapeutique créatrice avec celui-ci. Il fait référence notamment à la capacité des thérapeutes à demeurer centrés, alignés, présents et attentifs à la rencontre thérapeutique actuelle. L'écoute *attentive* de la danse-thérapeute, en plus d'exiger « une compréhension prudente des situations et des êtres humains qui s'y trouvent » (Quintin, 2018, p. 26), serait ainsi mue par ce désir de s'ajuster à autrui. Cette idée rejoint la démarche thérapeutique de Marian Chace en contexte de groupe présentée dans la revue de littérature par Sandel (1993). Par l'attention qu'elle porte aux indices verbaux et non verbaux de ses patients, Chace veille à s'ajuster à leur état émotionnel et à leurs préoccupations actuelles, créant ainsi un environnement soutenant et qui permet le partage et le développement du processus thérapeutique (Sandel, 1993). De même, Kossak décrit cet art d'être avec l'autre et d'écouter ce qui émerge de la rencontre comme un acte d'« accordage » sensible et profond à l'expérience humaine :

In similar ways artists, musicians, dancers, poets, and actors are trained to open and tune their senses toward an authentic expression of the human condition in order to effect a kind of awakening in the witness, audience, listener, or reader. In similar ways therapists and artists are both looking to understand and “tune into” the human condition. As a therapist enters into the intimate world of the patient the artist enters into the intimate world of material, space, sound, and a deep connection with other participants⁴⁴. (Kossak, 2009, p. 13)

Une écoute située

Lorsque la danse-thérapeute s'ouvre à l'expérience subjective et singulière de son patient, elle est sensible à ce qui survient dans le présent de la rencontre, reconnaissant en quelque sorte que ce n'est pas le temps d'écouter autre chose (Quintin, 2018). Ce faisant, la danse-thérapeute nous invite à revenir à l'essentiel, c'est-à-dire à écouter l'autre et à accueillir l'expérience émergente dans son expression entière. En effet, tel qu'il a été relevé, il s'agirait pour la danse-thérapeute de travailler avec ce qui se manifeste dans l'ici et maintenant et d'être présente à ce qui se meut dans la rencontre

⁴⁴ « De la même manière, les artistes, les musiciens, les danseurs, les poètes et les acteurs sont formés à s'ouvrir et à s'accorder sensoriellement à une expression authentique de la condition humaine afin de provoquer une sorte d'éveil chez le témoin, le public, l'auditeur ou le lecteur. De la même manière, les thérapeutes comme les artistes cherchent à comprendre et à "s'accorder" à la condition humaine. Tout comme le thérapeute entre dans le monde intime du patient, l'artiste entre dans le monde intime de la matière, de l'espace, du son et d'une connexion profonde avec les autres participants. » (Kossak, 2009, p. 13) [Notre traduction]

thérapeutique. Cette forme de présence dans l'écoute de l'autre se situerait ainsi dans un temps singulier, soit dans l'instant et dans l'intimité de la relation entre la danse-thérapeute et son patient. Le temps dont il est question serait un temps subjectif et préréflexif qui serait ressenti et qui se vivrait en profondeur quand la thérapeute serait complètement présente dans la situation. Dans cet esprit, Simms (2008) décrit la manière dont le très jeune enfant fait l'expérience du temps et du moment présent plus spécifiquement. L'auteure parle d'une sensation de *présence profonde* chez l'enfant lorsque celui-ci s'engage pleinement dans une activité et expérimente pour un instant un arrêt du temps.

Ceci nous renvoie à la notion phénoménologique du temps vécu. Pour la phénoménologie, le temps n'est pas compris selon une logique linéaire où le passé, le présent et le futur se ramènent à une succession d'événements (Minkovsky, 2013). Le temps est vu plutôt dans une continuité où « le passé, le présent et le futur se chevauchent, inversent leur ordre et tissent ensemble la toile complexe du devenir⁴⁵ » (Simms, 2008, p. 134). Alors que le temps de la montre est un temps compté et universel, le temps vécu n'a aucune mesure et est singulier. Il s'éprouve et « naît de [notre] rapport avec les choses » (Merleau-Ponty, 1945, p. 471). Il n'est pas question d'un temps qui débute, ni qui s'arrête mais d'un temps qui se vit. Pour pousser un peu plus loin la réflexion, cette dimension phénoménologique du temps nous renvoie au temps *vécu* du psychiatre Eugène Minkowski (2013) qui décrit le phénomène du « maintenant » comme un élément essentiel du temps vécu qui à la fois émerge dans le présent et est submergé par celui-ci : « le maintenant [...] a tendance à s'élever dans une sorte d'absolutisme et à réduire ainsi à néant tout ce qui est n'est pas lui [...] » (p. 31) Synonyme d'*existence*, le présent, lui, est un maintenant qui s'est déployé.

Les danse-thérapeutes rapportent qu'elles orientent continuellement leur attention vers l'expérience corporelle, physiologique, affective qui est là, présent en rencontre. Elles font également preuve de sensibilité par rapport au besoin émotionnel et corporel manifeste. Dans son rapport au temps, nous pouvons penser que la danse-thérapeute qui adopte une posture de réceptivité à l'autre est donc capable d'être dans le *maintenant* de la rencontre. Sa réalité serait

⁴⁵ « [...] *past, present, and futur overtake each other, reverse their order, and weave together their intricate web of becoming* » (Simms, 2008, p. 134).

celle d'un instant vécu en profondeur et en verticalité. L'expérience sur laquelle elle porte son attention serait reçue dans son immédiateté, sans référence au passé ni au futur, sans point de comparaison non plus avec toute forme de connaissances, dans un moment finalement de complète subjectivité (Haudiquet, 2013). Cette temporalité subjective relèverait ainsi de l'intérêt pour le caractère situé, dynamique et vivant de l'expérience disposant d'abord la danse-thérapeute à l'écoute de celle-ci.

Cette manière de s'ouvrir à l'expérience rejoint le projet même de la phénoménologie selon la pensée de Husserl et de Merleau-Ponty. Dans sa phénoménologie, Husserl (1931) propose de « revenir à la chose elle-même et au phénomène tel qu'il se présente » (p. 120) afin de décrire ce qui se présente à soi et ainsi accéder à une compréhension. Tel qu'introduit dans le cadre théorique de cette thèse, Merleau-Ponty (1945) affirme que la phénoménologie, « c'est l'essai d'une description directe de notre expérience telle qu'elle est, et sans aucun égard à sa genèse psychologique et aux explicitations causales⁴⁶ » (p. 10). Suivant cette pensée, dans la rencontre de son patient, nous énonçons que la danse-thérapeute fait d'abord œuvre d'une écoute phénoménologique de l'expérience, c'est-à-dire qu'elle pose un regard neuf sur le phénomène pour écouter ce qu'il a à dire et à lui apprendre. La danse-thérapeute se soumettrait ainsi à l'expérience au sens propre du terme, où se tournerait vers son patient et se *viderait* en quelque chose de « sa réalité du monde » (Madioni, 2004). Grâce à cette écoute phénoménologique, la danse-thérapeute peut alors s'introduire dans le monde du celui-ci et chercher à entendre et à comprendre la richesse de son vécu. Dans ce contexte, tel qu'il a été relevé dans l'analyse, l'écoute de la danse-thérapeute n'est donc pas guidée par toute forme d'interprétation ou de jugement hâtif, mais est entretenue par une attitude de « non-savoir » et d'incertitude face à l'expérience de l'autre et de son altérité. Pour le phénoménologue, l'expérience n'est en effet pas définie ou déterminée par une compréhension préalable ou définie du monde, mais renvoie à ce qui apparaît dans son aspect vécu et sensible (Legros, 2017). Relativement à nos résultats, nous pensons ici à Bianca qui reconnaît l'unicité et l'historicité de chacun de ses patients et suit l'un des principes essentiels de la TDM : rejoindre le

⁴⁶ Précisons par ailleurs que Merleau-Ponty (1945) différencie sa pensée des philosophies transcendantales du type classique, et reconnaît que la procédure descriptive que suppose la phénoménologie est toujours *faite quelque part*, dans le sens que la réflexion sur toute chose est inhérente à la perspective particulière du sujet sur celle-ci.

patient dans l'état où il se trouve. Ou encore, à Christina qui veille consciemment à présenter une attitude non-directive envers le discours de son patient, ce qui exige, par le fait même, de faire confiance à l'évolution du processus thérapeutique.

Cet intérêt pour l'expression située de l'expérience et pour cette mise en acte volontaire de suspension du connu, du jugement et des acquis, pourrait nous renvoyer directement à la notion d'*epochè*⁴⁷ proposée par l'école de la phénoménologie (Depraz, 2012; Husserl, 1950). Toutefois, en suivant la pensée du professeur Danis Bois sur la philosophie du sensible, nous préférons soutenir que la danse-thérapeute présente une attitude de « neutralité active » : *neutralité* au sens où elle laisse venir ce qui apparaît, sans anticiper ou sans faire intervenir sa volonté qui irait à l'encontre de ce qui est présent ; *active* au sens où elle maintient une implication et un ajustement continu dans l'acte perceptif (Berger et Vermesh, 2006; Bois et Austry, 2007). Effectivement, l'analyse tend à montrer qu'au sein de la rencontre, la danse-thérapeute **adopte une qualité de présence incarnée** en étant la fois en contact avec les différents aspects de son expérience, et disponible et réceptive à l'expérience thérapeutique présente et mouvante. En ce sens, « [i]l s'agit de soigner au contraire la présence à soi et d'habiter le lieu du Sensible⁴⁸ où l'*apparaître* se donne sous une forme perpétuellement mouvante » (Bois et Austry, 2007, p. 6). « Il y a deux choses je suppose. J'essaie juste de rester ouverte, mais j'essaie aussi de m'ancrer », nous dit Amanda lorsqu'elle décrit cet équilibre postural recherché dans le maintien de son cadre thérapeutique. Ce processus d'écoute suppose ainsi une attitude corporelle et attentionnelle chez la danse-thérapeute où elle ne s'efface pas ou n'opère pas un arrêt ni un retrait de soi, mais demeure au contraire dans cet équilibre délicat entre le fait de s'ancrer dans un rapport à soi-même et de « laisser venir à soi

⁴⁷ Vocabulaire spécifique à la phénoménologie, l'*epochè* est défini comme le « nom de la réduction transcendantale, par laquelle je mets entre parenthèses la thèse du monde et opère ce faisant une mise en suspens des préjugés et des préconceptions. » (Depraz, 2012, p. 244)

⁴⁸ Le S majuscule du Sensible réfère au paradigme du Sensible développé par le professeur Danis Bois et ses collaborateurs. Ces derniers ont développé des pratiques du Sensible qui rassemblent des méthodes d'accompagnement de la personne, des dimensions théoriques et méthodologiques reposant sur une pédagogie de la sensibilité corporelle, du « corps Sensible ». Ces pratiques s'appuient « sur une praxie phénoménologique du Sensible, qui invite à décrire les contenus de vécu émergeant d'une expérience corporelle sensible et d'en tirer du sens » (<https://www.cerap.org>).

Pour de plus amples informations, le lecteur peut se référer au site internet du Centre d'étude et de recherche appliquée en psychopédagogie perceptive (CERAP) ou encore au texte de Bois, D. et Austry, D. (2007). Introduction au paradigme du Sensible. *Réciprocités*, (1), 1-17. <https://www.cerap.org/fr/paradigme-du-sensible/vers-l-emergence-du-paradigme-du-sensible>

» les phénomènes qui émergent. Ainsi, si nous revenons à la notion d'*epochè*, ce n'est pas seulement la danse-thérapeute qui activement recherche un accès à la donnée réelle de l'expérience. En effet, l'*epochè* se réaliserait plutôt d'elle-même et de manière organique « sous la forme d'un processus de ma conscience qui sans effort se maintient dans le double mouvement d'"aller chercher" et de "laisser venir" » (Berger et Vermersch, 2006, p. 56).

De plus, la danse-thérapeute qui s'immerge dans le champ empirique, clinique et singulier de l'expérience reconnaît non seulement son caractère de nouveauté et d'immédiateté, mais aussi son caractère de déjà-vu (Quintin, 2005). Cette idée nous ramène à nouveau à la notion de la temporalité dans l'expérience thérapeutique. Effectivement, nous avons vu que lorsque la danse-thérapeute se **porte garante de la temporalité de l'expérience**, elle parvient à relayer à la fois le contenu qui a été travaillé préalablement avec celui qui émerge dans la rencontre. Elle adapte ses interventions en fonction des liens analogiques qu'elle fait avec des expériences ou séances passées, tout en accueillant la situation actuelle dans son unicité, qui elle, à son tour, vient modifier les liens de sens et l'évolution du processus thérapeutique. Dans notre recherche, Bianca explique qu'elle peut percevoir un mouvement pendant plusieurs séances, mais par considération des répercussions cliniques et du rythme d'élaboration de son patient, elle peut décider d'attendre plusieurs séances avant d'amener celui-ci à se connecter avec ce vécu.

En termes de rapport au temps, nous pouvons penser que le travail thérapeutique de la danse-thérapeute se déploierait également *dans le temps*. Plus tôt, nous avons vu que lorsque la danse-thérapeute accueille et rencontre le phénomène, elle fait une sorte d'arrêt sur le temps où elle *vit* l'instant présent. Ici, nous ajoutons une dimension à son expérience. Le travail thérapeutique se déroulerait également dans une intention horizontale. Effectivement, la nature même de son travail thérapeutique amène la danse-thérapeute à se référer à des éléments du passé (par rapport à la vie du patient et aux séances passées) et à les articuler, les lier à l'évènement thérapeutique. À ce propos, Minkovsky (2013) précise qu'il y a dans le temps vécu des phénomènes « qui s'écoulent *dans le temps* » et qui « contiennent le temps *en eux* » (p. 15). Ces phénomènes peuvent être dynamiques et ne renvoient aucunement à quelque chose qui est immobile ou vidé de vie. L'auteur prend l'exemple du *souvenir* « avec son rappel du passé », ou encore du *désir* et de l'*espoir* qui, « tournés par leur nature même vers l'avenir, contribuent à le créer et à le recréer toujours à nouveau devant nous » (Minkovsky, 2013, p. 15). En ce sens, pour la danse-thérapeute, le processus

thérapeutique serait lui aussi un phénomène qui porte le temps *en* lui et qui se déroule *dans le temps*. Cette façon de vivre le processus lui permettrait d'organiser ses séances, d'orienter ses interventions et de donner une direction au suivi. Cette idée nous amène à penser que le travail de la danse-thérapeute, tout comme le travail de psychothérapeute d'ailleurs, semble réintroduire une ouverture vers quelque chose de mouvant, qui évolue, car comme le précise Minkovsky (2013), « tout ce qui a une direction dans le temps, a de l'élan, donne de l'avant, progresse vers l'avenir » (p. 34).

Une écoute accordée

La psychanalyste Caroline Gros (2009) qui, rappelons-le, étudie la démarche phénoménologique psychiatrique de Binswanger, précise que « s'introduire dans la sphère d'autrui ne s'effectue pas seulement, comme chez Husserl, par un moment d'appréhension, mais aussi par un mouvement d'immixtion ou d'immersion, d'acclimatation, de familiarisation, et finalement d'imprégnation » (p. 136). En d'autres termes, il ne s'agit pas seulement de faire absence de toute présupposition sur le phénomène, mais de s'appuyer sur les données concrètes de l'expérience afin de pénétrer la réalité propre de l'autre (Gros, 2009). À ce propos, nous retenons que lorsque la danse-thérapeute présente une posture fondamentale ouverte à l'autre, il s'agit pour elle de s'introduire dans le monde du patient et de voir le monde à travers ses yeux (Gros, 2009), et nous ajouterions même « à travers son corps ». Effectivement, notre analyse tend à montrer comment cette écoute de l'autre s'exprime à travers un ajustement *in situ* chez la danse-thérapeute à l'état corporel, émotionnel et gestuel de son patient ainsi qu'à l'évolution dynamique de son mouvement. Cet ajustement se réalise dans le mouvement et passe notamment par l'intégration corporelle⁴⁹ et le reflet de l'expérience perçue par son propre corps. Ce phénomène d'ajustement empathique est retrouvé dans la littérature de la TDM, décrit comme une empathie kinesthésique (Dosamentes-Alperson, 1984; Fischman, 2009, Tortora, 2006), ou encore comme un reflet corporel (Behrends, Müller et Dziobek, 2012; McGarry et Russo, 2011; Payne, 2013). Ceci renvoie au fait que « refléter les mouvements spontanés d'une autre personne par la technique du miroir ou de l'*echoing* montre que l'on accepte et que l'on s'intéresse à son expérience de vie⁵⁰ » (Young, 2017, p. 97). Comme dans la démarche du psychothérapeute d'orientation phénoménologique, au lieu de poser un regard ou de tirer une compréhension *sur* l'expérience, la danse-thérapeute ici veut s'introduire *dans* l'expérience, s'y fondre « jusqu'à la racine du phénomène » (Gros, 2009, p. 136). Elle incarne l'expérience de l'autre pour en faire « ressortir la chair expérientielle » comme le formule Depraz (2012, p. 153). Ainsi, en s'immergeant dans le monde d'autrui et en s'imprégnant de celui-ci, la

⁴⁹ Nous rappelons que le terme « intégration corporelle » renvoie au terme *embodiment* en anglais et est une traduction de notre cru. Au besoin, le lecteur peut se référer à la liste des mots traduits en début d'exposé.

⁵⁰ « *Reflecting the spontaneous movements of another through mirroring an echoing communicates acceptance and interest in their life experience.* » (Young, 2017, p. 97)

danse-thérapeute parvient à mieux entendre et à saisir l'expérience sentie et éprouvée de son patient. C'est ce que confirme d'ailleurs la psychothérapeute américaine Linda Finlay (2005) qui reconnaît la dimension sensorielle, corporelle et intersubjective dans le processus d'empathie, soit des conditions essentielles pour « comprendre » le vécu de l'autre.

Ces propos nous amènent à soulever l'idée que **l'accordage corporel de la danse-thérapeute à l'expérience** va de pair avec sa réceptivité aux dimensions corporelles, somatiques et émotionnelles qui émergent en elle. Effectivement, la philosophe et danse-thérapeute Katalin Vermes (2011) va dans ce sens: « *[i]f we are attentive, if we open our senses, we can feel this creative power of our-body-motion. We can feel how motion bridges gaps between senses and persons, spanning opposite sensual and affective dimensions*⁵¹ » (p. 34). Ainsi c'est à travers l'observation sensible de l'expérience qui résonne en son propre corps que la danse-thérapeute parvient à rejoindre son patient et à travailler avec celui-ci. Bianca explicite clairement cette idée dans l'extrait suivant:

C'est pas juste demander au client comment cela est senti dans son corps. Mais c'est vraiment essayer de s'accorder à un aspect non verbal de son expérience. Et d'apprendre à obtenir l'information à partir de l'action dans le corps, en l'essayant dans son corps.

À l'image de Bachelard (1957) et de sa description phénoménologique de la poésie, il y aurait une activité de « résonance-retentissement » qui s'opère chez la danse-thérapeute pour que l'expérience du patient devienne la sienne: « dans la résonance, nous entendons le poème, dans le retentissement nous le parlons, il est nôtre. Le retentissement opère un virement d'être. Il semble que l'être du poète soit notre être » (p. 6). Pour un moment, le vécu d'autrui prendrait ainsi racine chez la danse-thérapeute, s'exprimerait en elle et la transformerait. Nous n'irons pas plus loin ici dans la différence entre la résonance et le retentissement, mais ce que nous tentons de décrire, c'est comment la danse-thérapeute s'autorise un espace de résonance afin d'accueillir l'expression de l'autre. Une relation spécifique se crée entre le corps de la danse-thérapeute et celui de son patient,

⁵¹ « Si nous sommes attentifs, si nous ouvrons nos sens, nous pouvons ressentir cette force créative de notre corps en mouvement. Nous pouvons sentir comment le mouvement comble les écarts entre les sens et les personnes, chevauchant les dimensions sensorielles et affectives de chacun. » (Vermes, 2011, p. 34) [Notre traduction]

dans laquelle l'expérience manifeste de l'un (le patient) suscite la vibration de l'autre (la danse-thérapeute) (Rosa, 2018)⁵².

La qualité d'écoute de la danse-thérapeute qui passe par une expérience de résonance et de reflet corporel évoque également la notion de la préoccupation maternelle primaire chez Winnicott (1956), tel que définie dans la revue de littérature. Ceci cadre avec la pensée de la danse-thérapeute Joan Chodorow qui, influencée par l'approche de Mary Whitehouse, décrit la manière dont le processus de reflet empathique permet de rejouer la première relation pré-verbale investie dans l'histoire du patient :

*When therapist and patient can see and be seen by each other, the process re-institutes the mirroring that is so fundamental to the parent-infant relation. [...] By attending to the world of bodily felt sensations, the mover re-creates a situation that is in many ways similar to that infant who swims in a sensory-motor world.*⁵³ (Chodorow, 1995, p. 34)

Ainsi, l'analyse tend à montrer que, comme une mère qui, dans la première phase de vie de son enfant, atteint un rapport de proximité sensoriel et corporel avec celui-ci, la danse-thérapeute tente, à travers sa sensibilité en résonance, de se mettre à la place de son patient et d'ajuster la qualité de ses expressions verbales et corporelles aux besoins perçus. D'ailleurs, Chace donne dans sa méthode une grande importance à la qualité de l'accordage avec ses patients (Lesage, 2012), reconnaissant en effet que tout travail corporel est étroitement lié à un travail psychique. À travers un ajustement visuel et kinesthésique aux mouvements de ses patients, elle travaille à refléter, à travers le mouvement, le vécu émotionnel manifeste de ces derniers : « *She literally expressed "I know how you feel" in movement terms, thus establishing affective, empathic interactions*⁵⁴ » (Chaiklin and Schmais, 1993, p. 79). De plus, les résultats révèlent comment la compétence

⁵² Le concept de résonance sera abordé plus en profondeur à la section 5.1.4 *Une résonance réflexive*.

⁵³ « Lorsque le thérapeute et le patient peuvent se voir et être vus l'un par l'autre, cela ré-instaure le processus de reflet qui est si fondamental dans la relation parent-enfant. [...] En s'attardant aux sensations corporelles éprouvées, celui qui bouge [*the mover*] recrée une situation qui, à bien des égards, est similaire à celle de l'enfant qui évolue dans un monde sensori-moteur. » (Chodorow, 1995, p. 34) [Notre traduction]

⁵⁴ « Elle exprimait littéralement "Je sais ce que tu ressens" en termes de mouvement, établissant ainsi des échanges affectifs et empathiques. » (Chaiklin and Schmais, 1993, p. 79) [Notre traduction]

d'accordage de la danse-thérapeute se joue à un niveau tonique, postural, spatial et énergétique. Il est intéressant de citer Lesage qui explique comment, du point de vue du patient cette fois-ci, la modulation de l'accordage conditionne l'expressivité et intervient dans l'affectivité de celui-ci. Ce qui renvoie à nouveau à la fonction de la mère qui lorsqu'elle se trouve dans l'état de préoccupation primaire, permet à l'enfant de se sentir, de commencer à exister, d'avoir ses propres expériences et d'édifier peu à peu un moi personnel (Winnicott, 1956).

De même qu'apprendre à parler c'est aussi savoir entendre la langue et en percevoir les nuances, apprendre à bouger implique de décoder les qualités de mouvement des protagonistes, et de façon plus large savoir se laisser affecter par ce qui nous entoure. [...] Si l'on veut enrichir le nuancier expressif d'un individu, il faut lui faire explorer ses ressentis, lui permettre d'amplifier et de clarifier le jeu des résonances qui l'émeuvent par empathie. D'où l'importance des exercices d'écoute et d'accordage que nous développons notamment dans la danse-thérapie ou en psychomotricité. (Lesage, 2021, p. 123)

Dans la même ligne d'idée, Hartley (2004), tient à préciser que cet accordage corporel et affectif de l'expérience subjective de l'autre ne se réduit pas seulement à lui refléter l'expérience qu'il a faite, mais de lui montrer qu'il a été vu dans ce qu'il a fait dans sa propre subjectivité. En effet, comme dans la relation d'accordage entre le parent et son enfant, « *the other responds to the infant's actions with a response that conveys a similar feeling state, rhythm, and temporal pattern, but is performed through a different modality.*⁵⁵ » (p. 81) Dans le sens où un son vocal émis par le nourrisson (p. ex. des pleurs) recevra un écho du parent qui se traduira par un mouvement reflétant l'état « somato-psychique » de l'enfant (p. ex. couvrir d'une couverture l'enfant qui a froid). Cette qualité d'accordage est bien soulevée par les participantes décrivant comment elles répondent corporellement à l'expérience manifeste de l'autre en oscillant d'une fonction thérapeutique à une autre, d'une modalité corporelle et gestuelle à une autre, d'une position spatiale à une autre ou encore d'une qualité de mouvement à une autre.

En somme, nous venons d'élaborer les différentes qualités d'écoute somatique qui permettent à la danse-thérapeute de rencontrer son patient dans l'espace thérapeutique et de s'engager dans une

⁵⁵ « L'autre répond aux actions du nourrisson par une réponse qui traduit un état émotionnel, un rythme et un schéma temporel similaires, mais qui est exécutée par une modalité différente. » [Notre traduction] (Hartley, 2004, p. 81)

relation avec celui-ci. La danse-thérapeute présente une disposition d'accueil et d'ouverture à l'autre, mais se laisse aussi être traversée par cet autre afin de s'accorder corporellement à son expérience. Dans la prochaine section, nous présenterons notre compréhension de ce qui se joue et se travaille au sein de cette rencontre.

5.1.4 Une résonance réflexive

L'analyse de l'expérience professionnelle des participantes démontre également une capacité chez la danse-thérapeute à mettre en œuvre une **lecture analytique et clinique du corps en mouvement**. Les résultats relèvent également comment cette lecture du corps passe, entre autres, par la capacité chez la professionnelle à **sentir son expérience de résonance et à favoriser une réflexivité somatique sur celle-ci**. Cette expérience de résonance met d'abord en évidence la faculté d'empathie de la danse-thérapeute et sa capacité à se mettre dans la perspective d'autrui. En effet, les participantes décrivent comment elles se laissent être touchées, affectées et même instruites par l'expérience multisensorielle qu'elles perçoivent. Ceci nous renvoie aux recherches neuroscientifiques notamment de Rizzolatti et Craighero (2004; 2005) sur le phénomène des neurones miroirs. Nous avons mentionné déjà comment ces avancées scientifiques sont intervenues dans le champ de la TDM pour mieux comprendre d'un point de vue neurophysiologique la dimension de la rencontre entre la danse-thérapeute et le patient (Berrol, 2006). Elles ont permis de démontrer comment la professionnelle parvient à avoir une certaine connaissance immédiate de l'expérience de l'autre grâce aux circuits de résonance des neurones miroirs. Essentiellement, nous retenons de ces recherches « que les relations au monde (qu'elles soient cognitives, affectives ou mêmes physiques) ne peuvent se développer que dans des processus de résonance » (Rosa, 2021, p. 232). Selon cette perspective, Berrol (2006) décrit la dimension intersubjective de la relation thérapeutique en TDM comme « l'intégration corporelle d'un processus empathique entre soi et l'autre lorsque nous témoignons d'une action ou de l'expression d'un sentiment d'autrui⁵⁶» (p. 308). De même, la capacité à « lire » l'expérience de l'autre se comprendrait chez la danse-thérapeute depuis ce rapport de résonance somatique et affective avec son patient (Vaysse, 2006). Ce qui vient à nouveau rejoindre la pensée de Merleau-Ponty formulant « que le sujet et le monde ne préexistent

⁵⁶ « *embodiment of empathic processing between self and other when witnessing an action or an expression of feeling of another.* » (Berrol, 2006, p. 308)

pas à la relation comme entités isolables, mais sont les produits d'une même relation » (Rosa, 2021, p. 232).

De plus, les résultats démontrent que l'expérience de résonance chez la danse-thérapeute lui permettrait de déchiffrer l'expérience sensorielle, kinesthésique et émotionnelle qu'elle perçoit. Selon la pensée du sociologue et philosophe Harmut Rosa (2021), le concept de résonance renvoie, tel qu'il a été brièvement abordé plus haut, à « une relation spécifique entre deux [ou plusieurs] corps dans laquelle la vibration de l'un suscite l'"activité propre" (*la vibration propre*) de l'autre » (p. 255). À la différence du phénomène de l'*écho*, l'auteur explique que dans la résonance, chacun a sa propre voix. Ce qui retentit est ce qui répond et non ce qui nous est propre. C'est dans ce sens relationnel, que la danse-thérapeute est attentive à sa propre résonance :

[S]on attention va et vient entre la perception du patient et la perception de la résonance qu'elle lui porte. L'attention prolongée à la résonance permet à celle-ci de se déployer (de s'expliciter) en un vécu clair et explicite, ou encore en impulsion à l'action. (Renn, 2009, cité dans Rosa, 2021, p. 259)

Nous pourrions préciser que dans l'explicitation de la résonance, la danse-thérapeute se trouverait alors à « vibrer à l'unisson » avec les données qui surviennent et qui s'imposent d'elles-mêmes dans son champ perceptif (Rosa, 2021). Suivant la pensée de Bois et Austray (2007), l'attention ici de la danse-thérapeute deviendrait une « attentionnalité » où toutes données sensibles sont « capables de se donner à l'attention du sujet » (p. 5). Cela nous évoque les propos de Bianca qui décrit l'impulsion et le sentiment d'amour ressenti à l'intérieur d'elle-même lui indiquant d'envelopper et de contenir le corps entier de son patient.

Cette habileté de résonner avec l'autre est retrouvée notamment dans la technique de Mouvement authentique développée par Mary Whitehouse, où le « témoin » (la danse-thérapeute) porte attention aux sensations, aux émotions, aux souvenirs et aux impulsions kinesthésiques qui émergent en elle par la présence de l'autre qui est en train de bouger (Hartley, 2004). Cette idée se retrouve également dans les propos de la danse-thérapeute d'approche psychanalytique Dosamentes-Beaudry (2007) sur le phénomène de contre-transfert somatique en TDM qu'elle décrit comme la capacité chez la danse-thérapeute à suivre sa propre expérience somatique, sensorielle, kinesthésique et imaginaire afin de donner du sens à l'expérience de son patient ainsi

qu'aux dynamique relationnelles qui sont réactivées au sein du processus. À ce propos, suivant la pensée du psychothérapeute anglais John Rowan (1985), Hartley (2004) précise que le phénomène de résonance se différencie du contre-transfert somatique, se jouant à un niveau encore plus profond sur le plan perceptif : « *it occurs when the listener sets up a model of the talker inside the listener [...] In this way the listener can experience and feel with the talker [...]* »⁵⁷ (p. 194). Ceci nous fait penser aux propos de Diane décrivant la manière dont elle vit ce phénomène de résonance :

[C]e que je fais, c'est que je suis très curieuse de ce que je vois. C'est tellement bizarre, c'est comme si j'avais un système de caméras à ma disposition. Je peux mettre la caméra à l'intérieur de moi et les voir bouger depuis l'intérieur de moi.

L'analyse a démontré en quoi le phénomène de résonance représenterait le cœur du travail de la danse-thérapeute. En lien avec ce constat, nous décrivons ici une interaction qui semble se jouer à un niveau presque existentiel et qui serait effectivement pour la danse-thérapeute le fondement de son inscription sensible dans la relation thérapeutique : être danse-thérapeute, c'est être affectée et en résonance avec son patient.

De plus, pour faire œuvre d'une relation résonante avec son patient, la danse-thérapeute utiliserait sa propre corporéité pour produire une rencontre entre le vécu de ce dernier et la sienne. Elle éprouverait la dynamique corporelle, les sensations, les émotions, la relation à l'autre comme faisant partie d'elle, et se sentirait ainsi liée et affectée par celles-ci. En ce sens, la danse-thérapeute s'ouvrirait à ce qui la fait vibrer et se laisserait en être saisie, touchée et transformée à ce qui se donne à elle, renforçant par le fait même une réciprocité entre les deux corps, entre elle et son patient (Rosa, 2021). *I want to feel how they look*, nous dit Diane, traitant les sensations et les mouvements internes perçus comme des données indicatives de ce qui se passe au sein du processus. La pensée de Bois et Austry (2007) est à nouveau éclairante pour notre propos. En fait, ils suggèrent qu'à travers sa relation à la dimension sensible de son expérience, le sujet « assiste en direct » à une forme singulière de pensée, soit une pensée qui est non pensée. « Il s'agit là d'un mode de pensée radicalement original, spontané, qui possède une dimension incarnée, éprouvée et ample,

⁵⁷ « il se produit lorsque celui qui écoute crée un modèle de celui qui parle à l'intérieur de lui [...] De cette façon, celui qui écoute peut vivre et ressentir avec celui qui parle [...] » [Notre traduction] (Hartley, 2004, p. 194).

créatrice d'une connaissance qui n'est pas construite sous le sceau de la réflexivité habituelle » (Bois et Austry, 2007, p. 14).

Une deuxième dimension qui ressort de l'analyse en lien avec l'idée de résonance chez la danse-thérapeute est celle de cette ouverture en séance à l'héritage théorico-clinique qu'elle a reçu. Cette idée n'est pas un thème transversal et a été seulement explicitée par Diane. Ceci dit, ses propos éclairent et approfondissent notre compréhension de l'expérience de résonance chez la danse-thérapeute.

Nous venons de décrire comment la danse-thérapeute se met en relation et se lie au monde, à l'autre, à son patient, à travers un processus de résonance. Rosa (2021) explique que l'idée de *monde* ou de *l'autre*, peut certes renvoyer à d'autres hommes, mais aussi à des choses, des objets, à des « totalités perçues » comme la nature, l'histoire, Dieu, la vie, ou encore à notre propre corps et à nos émotions. Ainsi, selon ces « fragments de monde résonant », l'auteur distingue trois axes de résonance que le sujet peut entretenir avec le monde (l'axe horizontal, diagonal et vertical) (Rosa, 2021, p. 301). Plus spécifiquement, les expériences de résonance verticale offrent à l'individu un lien significatif avec quelque chose qui le transcende, l'enveloppe et embrasse son existence : « c'est le monde lui-même qui en quelque sorte acquiert une voix », précise Rosa (2021, p. 301). De plus, ce qui caractérise l'expérience de résonance verticale, c'est qu'elle offre au sujet des moments de « présence radicale » dans l'ici et maintenant, mais qui ouvrent aussi « à des axes temporels vers le passé et l'avenir » (Rosa, 2021, p. 468). Effectivement, le sociologue dirait qu'il y a dans l'expérience de résonance verticale, non pas une réduction de l'horizon spatio-temporel qui dirige l'attention de l'individu dans le moment présent, mais bien une extension de cet horizon : « la conscience alors, ne remonte pas dans le passé, pas plus qu'elle ne se projette dans l'avenir : elle " abolit " l'un et l'autre dans la conscience intense d'un présent résonant. » (Rosa, 2021, p. 467)

Les résultats tendent à montrer comment Diane se sent soutenue intérieurement par sa lignée de professeure validant son intuition clinique. Elle semble en effet s'ouvrir à un dialogue avec cette présence vivante qui existe en elle, et être en mesure d'entendre la parole de ses mentors reprendre vie et la soutenir dans sa prochaine intervention. À la lumière de la pensée de Rosa, Diane aurait-elle entretenu un rapport de résonance verticale avec sa lignée de professeure ? Le « monde » pour la danse-thérapeute serait-il son héritage ou encore sa tradition qui dans l'instant de son

intervention aurait fait entendre sa propre voix ? Ceci lui aurait-elle offert l'expérience d'un lien constitutif avec une force soutenance qui à la fois l'a dépassée et l'a enveloppée? Pour la danse-thérapeute, nous soutenons ainsi qu'un espace de résonance s'est créé : le monde d'avant et le monde d'après ont noué un dialogue dans le *présent*, « le passé devenant alors vivant et perceptible en tant qu'il est un *Autre* qui nous concerne » complète Rosa (2021, p. 466). Autrement dit, l'intuition clinique de Diane aurait été habitée par un passé sur lequel elle s'est appuyée et par un futur qui était en train de se déployer. Son héritage théorico-clinique a été éprouvé comme quelque chose en elle d'animé, ou encore comme une voix qu'il fallait entendre et écouter pour réaliser son intervention.

Suivant cette idée, la capacité d'écoute de la danse-thérapeute, que nous avons décrit plus haut, à être dans le *maintenant* de la rencontre, prend-elle parfois appui sur cette résonance verticale ? En ce sens, pour être pleinement présent dans la rencontre, n'est-il pas important pour la danse-thérapeute d'être située et de connaître l'héritage ou la tradition théorique, clinique et même artistique sur laquelle elle s'appuie?

Finalement, pour parvenir à travailler à partir de sa résonance corporelle, nous pouvons nous questionner plus largement sur la confiance que la danse-thérapeute accorde au corps et à l'écoute de son langage. Effectivement, à la lumière des constats qui ont été présentés jusqu'à maintenant, quelle place et quelle importance la danse-thérapeute donne-t-elle au corps dans son travail ? Pourquoi cela paraît-il si évident et sensé pour la danse-thérapeute de s'appuyer sur l'expérience sensible pour « comprendre » le phénomène ? Ces questionnements ouvrent sur le quatrième fondement qui a émergé de notre analyse : la dimension somatique de l'expérience perçue comme fondatrice de la thérapie.

5.1.5 La dimension somatique de l'expérience perçue comme fondatrice de la thérapie

Une autre dimension de l'expérience professionnelle de la danse-thérapeute qui a émergé de l'analyse est la notion de sagesse corporelle sur laquelle les danse-thérapeutes s'appuient pour « penser » et orienter leurs interventions. Amanda parle de la valorisation qu'elle accorde à l'expression du corps et de la confiance envers son langage. Bianca et Diane décrivent aussi la manière dont elles suivent presque inconditionnellement l'attitude dynamique du mouvement et le

développement organique de celui-ci. Ainsi, les participantes semblent conférer au corps et à son expression un rôle et une valeur centraux dans le processus thérapeutique. Comme nous l'avons évoqué, l'expérience corporelle semble donc être porteuse d'un certain savoir, voire même d'une intelligence, qui serait non seulement importante à entendre, mais avec laquelle il serait thérapeutiquement essentiel de se connecter.

Cette conception d'une sagesse fondamentale dans laquelle s'inscrit l'expérience corporelle nous conduit à la pensée de la psychomotricienne Ève Berger-Grosjean. Dans son ouvrage *Retrouver l'intelligence du corps* (2005), l'auteure invite les lecteurs à porter attention au corps, au-delà de son apparence physique et autrement que dans son statut de contenant ou de véhicule. Elle propose de rencontrer le corps « au-dedans de lui, dans le volume et le relief qu'il contient » (p. 14), c'est-à-dire de s'attarder à sa dynamique sous-jacente qui conditionne « la forme, la vitesse, l'ampleur, la qualité même de nos mouvements extérieurs, autorisant à chaque instant certains gestes, certaines attitudes, certains comportements de notre part, et en restreignant d'autres selon l'organisation singulière de nos tensions internes. » (p. 16) Ainsi, selon l'auteure, toute action, tout apprentissage, toute interaction, tout désir et toute parole s'initie et s'incarne dans la matière corporelle dont dispose l'être humain. Cette matière est « animée de vie » et parle « une langue subtile faite de variations de densité, de consistance et de présence, d'orientations et d'amplitudes, de rythmes infimes, de sentiments ténus » (Berger-Grosjean, 2005, p. 15). Rejoignant la dialectique évoquée par Bachelard dans sa poétique de l'espace (1957), « rendre concret le dedans et vaste le dehors » (p. 241), chercher à accéder au corps, à libérer sa dynamique et à sentir sa mouvance permettrait de transformer la qualité des liens à soi-même, à l'autre et au monde.

Nous tenons à souligner qu'avant la saisie des données de cette recherche, nous n'avions pas anticipé cette dimension d'intelligence du corps. Pourtant, avec du recul, nous constatons que nous retrouvons en filigrane cette idée dans les écrits des pionnières de la TDM. Effectivement, elles semblent aussi intuitivement attribuer au corps et à sa dynamique une certaine forme d'intelligence sensible depuis laquelle elles travaillent. À ce propos, Chace parle de la fonction première de la danse en contexte thérapeutique:

The question is often asked as to whether dancing is a « cure ». This is not the function of dance therapy. It is one of the ways in which people who are mentally ill can be with

*one another without too much fear of defeat. This in itself is relaxing, quite aside from the effects of body exercise. It is one of the ways in which patients can begin to feel themselves a definite part of a group and so begin, in a small way, to function again in society*⁵⁸. (Chace, 1993, p. 203)

D'une autre manière, Shoop (1974) décrit l'expression du corps comme *point de vue* de l'expérience humaine et reflet de l'affirmation de l'être, de son existence fonctionnelle et relationnelle : « *a body with a point of view* », écrit-elle (p. 85). Plus encore, chez nos contemporains, Young (2017) s'appuie sur la pensée Vermes (2011) pour décrire comment la danse-thérapeute, à travers le mouvement, soutient une expérience perceptive d'ouverture sensorielle (*a perception of sensual openness*) qui conduit à une exploration profonde de notre état d'être.

En posant le corps à la fois comme terrain sensible et terreau fertile de notre expérience, nous formulons donc le constat suivant : la danse-thérapeute reconnaît que pour assurer un travail thérapeutique, la démarche doit partir du corps et s'ancrer dans celui-ci. Pourquoi ? Parce qu'une telle démarche « implique les personnes dans le lieu de leur incarnation, là où leur identité s'est construite, là où elles mettent en œuvre leurs actions. Là où elles vivent tout simplement » résume Berger-Grosjean (2005, p. 18). De plus, parce que le corps est source d'informations uniques et que le fait de suivre son langage ouvre à une expression située (et donc dans un corps donné) de la réalité singulière et actuelle du patient. Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, cette préoccupation fondamentale d'intégrer le corps dans la démarche thérapeutique et dans la relation d'accompagnement, ainsi que de valoriser l'intensification et la conscience de celui-ci, est retrouvée dans les différentes approches psychocorporelles élaborées aux États-Unis à partir des années 1960 et dans le champ disciplinaire de l'éducation somatique (Marlock et Weiss, 2015). D'une manière similaire à ces approches, tel que présenté dans les résultats, lorsque la danse-thérapeute soutient chez son patient **un éveil du corps et un état de présence à l'expérience**

⁵⁸ « La question est souvent posée de savoir si la danse guérit. Ce n'est pas la fonction de la danse-thérapie. C'est l'un des moyens par lesquels les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent se retrouver les unes avec les autres sans trop de craintes et de frustrations. Cela est en soi relaxant, en dehors des effets de l'exercice corporel. C'est l'un des moyens par lesquels les patients peuvent commencer à se sentir comme faisant partie intégrante d'un groupe et ainsi commencer, dans une certaine mesure, à fonctionner à nouveau dans la société. » (Chace, 1993, p. 203) [Notre traduction]

corporelle, elle l'invite à entrer en contact avec son intériorité corporelle à travers un processus d'observation, d'écoute et d'approfondissement des sensations disponibles dans le corps.

Par ailleurs, Marlock et Weiss (2015) suggèrent que cet intérêt progressif pour les approches psychocorporelles peut être compris comme une réaction historique face au cadre psychanalytique classique qui aurait longtemps véhiculé la notion que l'*action* est représentative d'un *agir* (*action with acting out*), d'une extériorisation de contenus psychiques qu'il faudrait contenir. Pourtant, dans une perspective plus holistique, au contact du corps sensible, l'action peut être comprise comme une modalité d'expression parmi d'autres (p. ex. les pensées, les émotions, les rêves, les gestes) du rapport du sujet à l'autre et au monde (Humpich, 2016). À cet égard, l'analyse tend à montrer que la danse-thérapeute s'intéresse d'abord à l'expérience sensible du corps en mouvement. Par conséquent, initier un travail thérapeutique *dans le corps* et un accompagnement *par celui-ci* signifierait pour la danse-thérapeute de s'attarder d'abord au *soma*, à l'expérience corporelle en mouvement telle qu'elle a été vécue et sentie par le sujet (Hanna, 2017). La démarche pour la danse-thérapeute serait donc d'adopter sur l'expérience corporelle « le point de vue phénoménologique du je » (Joly, 1993, p. 2) et d'ouvrir l'accès à une activité proprioceptive qui fournit des données uniques et factuelles dans l'immédiat (Hanna, 1989). Rejoignant la pensée merleau-pontienne (1945), la danse-thérapeute donnerait par conséquent un intérêt épistémologique à la description somatique de l'expérience (ce qu'elle-même ou le patient ressentent d'eux-mêmes), puisque la description vise la *chose elle-même* et est remplie de significations avant même qu'elle ne soit conscientisée ou traduite par la parole (Viera, 2015). D'ailleurs, les propos d'Amanda ont été éloquentes à cet égard :

Et quand j'ai une montée de sensations comme ça, quelle que soit la sensation, je pense que nous sommes exactement là où nous devons être. Je n'ai aucune idée de ce qui va se passer mais quelque chose est très vivant en ce moment. [...] donc mon travail consiste à suivre la séquence qui se développe, quelle qu'elle soit. ... douleur ou légèreté ou même si c'est juste une séquence de mouvements, je suis là. Et quand j'ai une montée de sensations, mon instinct ou mon intuition me dit : Oui, suis ça, suis ça, suis ça, c'est là où tu dois aller.

Pour la danse-thérapeute, le corps aurait ainsi son expression, voire sa propre parole qu'elle chercherait à entendre. Non pas une parole du mental qui passe à travers le corps, comme le différencie Vaysse (2006). Non, une parole qui serait plus profonde, intime, signifiante et suffisante

en elle-même. Ainsi, Berger-Grosjean (2005) résume avec clarté notre propos lorsqu'elle énonce que le corps est d'emblée un *espace de sens*, c'est-à-dire:

un espace de sensations (formant un organe de perception à part entière), un espace d'orientations (des mouvements internes qui orientent ses gestes, mais aussi ses choix, ses comportements, ses trajets de vie) et de significations (les informations venant enrichir ses réflexions, ses représentations, et parfois même en initier des nouvelles. (Berger-Grosjean, 2005, p. 18)

Suivant cette logique épistémologique, les propos des participantes nous amènent ensuite à réfléchir à la dimension de l'expérience qui fait à la fois objet d'intérêt et d'exploration thérapeutique : le mouvement. La danse-thérapeute **soutient et relie l'expression des différentes dimensions de la personne par une exploration qualitative du mouvement**, puisqu'elle considèrerait que l'expérience s'élabore à partir du mouvement et à travers le sens de celui-ci. Cette idée peut sembler être une évidence puisqu'elle rejoint un des fondements de la TDM stipulant que les expériences, les processus émotionnels et psychologiques sont reflétés par la manière dont la personne habite et bouge son corps (Kornblum, 2008 ; Bernstein, 1986; Espenak, 1981). La littérature rapporte aussi qu'une des particularités du travail de la danse-thérapeute est de s'attarder à cette dimension qualitative et expressive du geste et du mouvement (Lesage, 2012), notamment par l'usage de grilles d'analyse du mouvement, dont celles de Rudolf Laban, présentée dans le cadre théorique de cette thèse. Notre analyse fait ressortir toutefois une nuance à ce principe : le mouvement du corps se fait à la fois l'objet et l'outil thérapeutique, parce que le patient, tout comme la thérapeute, rencontre et comprend le monde d'abord par le mouvement. Le mouvement serait pour le sujet son lieu d'existence, d'échange et de communication. Ce qui nous renvoie directement à la pensée de la philosophe Sheets-Johnstone (2015) présentée en introduction de la thèse, décrivant le mouvement comme premier langage de l'enfant.

Christina décrit l'importance de maintenir une circulation libre et fluide de son énergie corporelle afin de demeurer sensible et réceptive au vécu émotionnel du patient qui pourrait résonner en elle. Ce qu'elle nous dit en fait, c'est à travers cette mouvance interne qui l'anime qu'elle demeure à l'écoute de son patient et lié à celui-ci. D'une autre manière, en contexte de groupe, Diane favorise une synchronisation rythmique des mouvements ce qui soutient l'interaction et la communion des uns avec les autres. Effectivement, marqué par une pulsation rythmique partagée et la succession

de gestes répétés et éventuellement transformés, le mouvement reprend les modalités du *phénomène transitionnel* de Winnicott (1971), transposant dans sa structure *un jeu à deux* (Schott-Billman, 2001). En fait, le jeu à deux serait plutôt un jeu à trois, où le rythme qui tisse le lien à l'autre les transcende. Le mouvement apparaît ainsi pour les danse-thérapeutes comme un liant, un média, une zone à la fois d'information et d'échange, voire une « mise en forme de soi vers *de l'autre* » (Lesage, 2012, p. 114).

Effectivement, en travaillant à sentir et à moduler les orientations, les amplitudes et les rythmes du mouvement, la danse-thérapeute chercherait à entretenir un véritable dialogue entre la perception intérieure du corps et l'appréhension de l'espace. Cette idée fait écho à la pensée de Laban (2003) qui définit le sens du mouvement comme un sixième sens, où les sensations de nos propres mouvements permettent à l'être de se définir « par ses lignes de mouvement, ses polarités en rééquilibrage constant grâce aux échanges avec le monde extérieur » (Schwartz-Rémy, 2003, p.16). C'est aussi ce que rapporte Berger-Grosjean lorsqu'elle parle de la « danse du dedans/dehors » décrivant comment l'être s'est construit par ses mouvements successifs d'allers et retours et de dialogue entre « rapport à soi et découverte de l'environnement, appui intérieur et déploiement en ouverture » (2005, p. 77) tel l'enfant qui, dans ses mouvements de croissance, s'ouvre au monde extérieur puis se ressource dans les bras réconfortant de son parent.

Pour les participantes, le mouvement apparaît donc comme un mouvement double dont la trajectoire se vit de l'intérieur, en soi, et vers l'extérieur, dans le contact avec l'autre et dans son ouverture au monde (Berger-Grosjean, 2005). De l'intérieur, les danse-thérapeutes traitent les informations qu'elles perçoivent ou qui émergent en elles (la qualité de leur respiration, l'orientation spatiale de leur énergie, l'expression dynamique, énergétique et spatiale d'une émotion ou d'une sensation, le changement de leur posture ou de la tonicité de leur corps, leur intuition, etc.). Le mouvement s'éprouve sous forme d'une dynamique interne et est abordé comme une « boussole » qui donne sens à leur expérience et oriente leurs gestes, leurs actions et leurs interventions. Le mouvement vécu de l'intérieur est alors amené à l'extérieur, permettant à la danse-thérapeute d'agir, de se relier au corps de son patient, de s'accorder à celui-ci et de soutenir son expérience.

Du point de vue phénoménologique de la danse-thérapeute, l'être serait donc au mouvement comme il est à l'espace. Tel que discuté dans la revue de littérature, Merleau-Ponty (1945) entend l'espace comme un horizon existentiel. « L'espace est la position par laquelle les choses deviennent possibles », nous dit-il (p. 160). La spatialité n'est pas une expérience qui se termine ou qui se fige, mais est en *perpétuelle variation* où, par le mouvement, « le corps s'approprie de l'espace et des dimensions, de l'horizontale et de la verticale » (Madioni, 2004, p.181). « Orientons-nous dans l'espace dans lequel nous nous trouvons », propose Bianca à son patient lorsqu'elle vise à élargir la qualité et l'expressivité gestuelle de celui-ci. Ce rappel théorique du corps-sujet illustre comment chaque existence peut être comprise à partir de son espace vécu (Madioni, 2004). Rejoignant à nouveau le champ d'études de la somatique, la notion de « mouvement » serait donc comprise pour la danse-thérapeute comme « le déplacement du corps vécu dans l'espace » (Joly, 1993, p. 2). En ce sens, si notre corps nous ouvre à l'espace, le mouvement est finalement son déploiement dans celui-ci. C'est à travers le mouvement et ses différentes manifestations sensorielles (en soi, avec l'autre, avec le monde), que le sujet se retrouve habité et traversé d'une expérience qui prend sens. Ce serait notre « expérience du sensible vécue en première personne » ou encore « notre soi en sensation et en mouvement » (Hanna, 1987) qui orienterait nos gestes, nos actions, nos échanges entre soi et le monde (Berger-Grosjean, 2005).

Cette capacité du corps à être à l'espace dans un dialogue perpétuellement renouvelé, nous amène l'idée que l'intelligence corporelle serait composée d'une dimension créative. Rejoignant les propos de Young (2017), les résultats indiquent que pour qu'il y ait un processus thérapeutique potentiellement créatif, les danse-thérapeutes doivent d'abord soutenir les patients dans le développement d'une plus grande conscience de leur mouvement, soit les inviter à moduler, à modifier ainsi qu'à élargir la qualité et l'expressivité de leurs gestes. Tel que le suggère l'analyse, cette démarche passerait à travers un engagement corporel et émotionnel soutenu de la danse-thérapeute. Nous pensons ici à l'ensemble des participantes qui font intervenir les accessoires dans leur processus, afin de susciter ou d'étayer des vécus sensoriels, émotionnels ou relationnels chez les patients ou encore même de nourrir l'imaginaire de ces derniers. Pour reprendre l'expression de Meekums (2002), la danse-thérapeute adopterait ici un rôle d' « agent actif » de ce processus porteur de nouvelles expériences.

De plus, comme nous l'avons explicité dans l'écriture des résultats, au cours du processus d'exploration du mouvement, le geste peut évoluer, se déployer, initier peu à peu un changement : un changement de rythme, un changement d'humeur, une prise de conscience, un lien de sens, une nouvelle interaction, une nouvelle sensation, une image, etc. Pour la danse-thérapeute, la dimension créative de l'intervention ne serait ainsi pas le produit d'une réflexion ou d'une inspiration, mais adviendrait dans ce contact direct et intime avec le corps (Berger, Austry et Lieutaud, 2013). Bien que nous ne décrivions pas ici un processus de création à proprement parler, cette idée fait écho à la démarche thérapeutique retrouvée dans la thérapie par les arts, où « la nouveauté [l'acte créateur] se dévoile de cette rencontre avec la matière, de ce dialogue constant avec elle » (Plante et Bernèche, 2009, p. 16). En soutenant la conscientisation du mouvement et l'exploration qualitative de celui-ci dans ses dimensions spatiales, énergétiques et dynamiques, la danse-thérapeute amène le patient à entrer en contact direct avec son corps, à le découvrir, à le sentir, à « jouer » en quelque sorte avec celui-ci. En ce sens, nous pouvons amener l'idée que la « matière », pour reprendre le mot de Plante et Bernèche (2009), serait ici le *soma*. C'est en effet à travers cette présence sensible au corps et en la situant au cœur du processus d'exploration qu'il aurait pour le sujet une « entrée créatrice dans l'existence » (Winnicott, 1971), construisant peu à peu une nouvelle qualité de rapport à soi, aux autres et au monde (Bois et Austry, 2007).

5.1.6 La démarche thérapeutique de la danse-thérapeute : une approche holistique

Nous concluons la première partie de notre discussion théorique en traitant le cinquième fondement qui découle de notre analyse. Les résultats de cette recherche démontrent que la démarche thérapeutique de la danse-thérapeute s'articule à travers une lecture holistique de l'expérience. Effectivement, l'analyse nous a fait voir comment la danse-thérapeute s'ouvre à l'expression des différentes dimensions expérientielles, tant celles du patient que des siennes. La TDM, telle que définie dans la revue de littérature, est une méthode psychothérapeutique qui vise une intégration émotionnelle, sociale, cognitive et physique du patient à travers une utilisation psychothérapeutique du corps et du mouvement (ATDMC, s.d.-a). Cette définition décrit l'intention (c.-à-d. l'intégration des différentes expériences) et le moyen thérapeutique de la praticienne (c.-à-d. l'utilisation du corps et du mouvement). Si nous faisons l'exercice de décrire la démarche thérapeutique de la danse-thérapeute plutôt à partir de ce qu'elle fait – et non de ce qu'elle vise – nous formulerions le constat suivant : *La TDM est une démarche thérapeutique qui*

propose une utilisation psychothérapeutique du mouvement à partir d'une lecture holistique de l'expérience. Ainsi, les résultats suggèrent que lorsque la danse-thérapeute va à la rencontre de l'expérience singulière et actuelle de son patient, elle aborde ce dernier dans sa globalité, prenant en compte son expérience corporelle, émotionnelle, relationnelle et cognitive.

Cette observation fait écho à un des fondements théoriques statué par les chercheurs et praticiens du milieu: la TDM « part du principe que les pensées, les sentiments et l'expérience de soi s'expriment à travers le corps et le mouvement » (ATDMC, s.d.-a) et qu'à l'inverse, un changement dans la dynamique de mouvement influence le fonctionnement global de la personne (Meekums, 2002). De plus, nous savons que depuis ses débuts, la pratique clinique de la TDM s'intéresse à l'interrelation entre le corps et l'esprit, ainsi qu'à la relation du patient à l'autre et à son environnement (Koch et Fischman, 2011). Cette connexion entre les différents niveaux d'expériences rejoint également la spécificité des psychothérapies corporelles qui, comme nous l'avons décrit précédemment, prennent en compte la relation étroite entre la dimension du corps, de la psyché et de l'esprit, compris comme un ensemble cohérent (Marlock et al., 2015). En ce sens, notre analyse fait ressortir une démarche psychothérapeutique qui se centre sur l'expérience dans toutes ses dimensions, puisqu'elle se fonde sur le postulat que « l'expérience humaine est un continuum global, indissolublement psychique, somatique et relationnel (Lesage, 2012, p. 251). Nous pourrions dire que pour la danse-thérapeute, l'expérience du patient s'exprime à travers un seul langage composé d'un sous-ensemble de moyens de communication (Heller, 2008). Par exemple, lorsque la danse-thérapeute travaille à nuancer la qualité d'un mouvement, elle travaille avec un « canal de communication », mais elle reconnaît que c'est la personne dans son ensemble qui évolue. Pour la danse-thérapeute, les mouvements, les sensations, les émotions, les dynamiques relationnelles, les pensées, seraient différents canaux de communication par lesquels transite l'expérience singulière du patient.

Cette manière de concevoir le fonctionnement du patient sous un angle holistique, rejoint le concept d'intégration corporelle, issu originellement de la psychologie cognitive, stipulant que l'expérience humaine (la cognition, la mémoire, les émotions, les comportements, les attitudes) se développent à partir de l'interaction physique, sensorimotrice et émotionnelle du sujet avec le monde (Koch et Fischman, 2011). C'est en effet parce que le corps est éprouvé, affecté et lié à l'autre qu'il y a émergence de la conscience (Houzel, 2012). Dans une autre perspective, la prise en compte de cette

intrication des différentes dimensions de l'expérience nous renvoie à la psychanalyse qui, comme nous en avons discuté dans la revue de littérature, reconnaît que la genèse de la pensée et des représentations trouve son ancrage dans le corps. À ce propos, dans son étude sur la constitution du psychisme, Anzieu (1994) énonce que « l'union de l'esprit et du corps n'est ni un postulat ni un axiome; c'est une aperception interne, accompagnée d'un sentiment d'évidence » (p. 11). L'indifférenciation et l'inorganisation des éprouvés sensoriels du bébé font effectivement de son corps un équivalent de sa psyché naissante (Golse, 1999). Un bébé qui a faim ne pourra qu'évacuer cette sensation potentiellement angoissante par la motricité (p. ex. il va s'agiter, crier, pleurer). Plus encore, « *Freud described the ego as first and foremost a body ego (Stanton-Jones, 1992). However, Winnicott made the important point that the body ego is based on bodily experiences*⁵⁹ » précise la danse-thérapeute Bonnie Meekums (2002, p. 8). La théorie psychanalytique sur la relation d'objet permet effectivement d'enrichir notre compréhension sur la qualité des premières relations infantiles dans la genèse et le fonctionnement des structures psychiques chez l'enfant (Spitz, 1962 ; Winnicott, 1956). Somme toute, pour la danse-thérapeute, nous relevons que l'expressivité du sujet, qu'elle soit somatique, affective ou relationnelle s'initie, s'incarne et s'éprouve toujours dans le corps (Berger-Grosjean, 2020).

De surcroît, **lorsque la danse-thérapeute soutient et relie l'expression des différentes dimensions de la personne à partir de l'expérience corporelle**, elle l'amène à nuancer et à s'approprier son expérience émotionnelle, corporelle et relationnelle. Il ne semble pas possible pour la danse-thérapeute d'imaginer, par exemple, l'expression d'une émotion sans la présence d'une résonance corporelle, ou autrement, de favoriser l'augmentation de l'acuité sensorielle du patient sans que cela n'ait une répercussion sur le vécu émotionnel ou relationnel de celui-ci. Cela nous rappelle le travail de Bianca qui, en invitant son patient à percevoir la texture et la densité de l'oreiller tenu entre ses mains, l'amène progressivement à être corporellement lié à soi, à l'autre ainsi qu'aux objets environnants. Nous pensons également à Diane qui reconnaît qu'en jouant sur les qualités gestuelles et en suivant l'évolution dynamique du mouvement, une émotion, une image ou une symbolique peut se dévoiler et être travaillée. La danse-thérapeute présenterait ainsi une

⁵⁹ Freud a décrit le moi comme étant avant tout un moi *corporel* (Stanton-Jones, 1992). Cependant, Winnicott a souligné que le moi corporel est basé sur les *expériences* corporelles. (Meekums, 2002, p. 8) [Notre traduction]

pensée clinique qui d'une part, accueille l'expression des différentes dimensions du vécu du patient et de la sienne puisqu'elle les conçoit comme étant enchevêtrées les unes dans les autres, et qui d'une autre part, ne peut explorer ces dimensions sans les situer dans le matériel corporel qui les constitue. Essentiellement, le corps est ce « nœud de significations vivantes » nous dit Merleau-Ponty (1945, p. 177). Comme l'a proposé l'auteur, habiter son corps, c'est « être une expérience », c'est être avec le monde, le corps et les autres au lieu d'être à côté d'eux (Merleau-Ponty, 1945). Ainsi, tel qu'évoqué par Lesage (2012), par la médiation du corps mouvant et sensible, la danse-thérapeute travaillerait depuis cet entrelacement du sujet avec le monde. Elle placerait l'expérience thérapeutique en soi, en autrui comme dans la relation, au point où, entrelacée aux choses et au monde « l'expérience devient les autres et devient monde » (Merleau-Ponty, 1967, p. 178).

Somme toute, les résultats suggèrent qu'une approche dite holistique signifierait que toute expérience humaine ne peut se concevoir sans son corrélat corporel-émotionnel-relationnel-cognitif. Cela inscrit aussi la démarche thérapeutique de la danse-thérapeute dans une perspective existentielle phénoménologique en tant qu'elle surpasse la dualité corps-esprit et conçoit l'expérience corporelle comme une expression du sujet, le lieu d'inscription de ses échanges avec le monde. Effectivement, bien que les danse-thérapeutes ne considèrent pas l'expérience corporelle, émotionnelle, cognitive et relationnelle comme étant isolées l'une de l'autre, il n'en demeure pas moins que pour explorer le vécu du sujet dans sa globalité, les quatre participantes adhèrent à la même voie de passage, soit celle de l'expérience sensible en première personne.

5.2 Bilan de la présente recherche

5.2.1 Un rappel du champ d'étude dans lequel s'inscrit cette thèse

Le cadre théorique de cette recherche rend compte du vaste champ multidisciplinaire sollicité dans l'étude et la conceptualisation de la TDM et nourri par la danse, la psychologie, la psychothérapie, la somatique et la thérapie par les arts. D'ailleurs, la recension des écrits sur l'histoire de la TDM a permis de présenter les diverses influences théoriques et artistiques du champ thérapeutique et de la danse qui ont façonné cette profession depuis ses débuts. À cet effet, nous situons cette recherche doctorale dans son champ d'études et rappelons qu'elle s'ancre dans une tradition phénoménologique de l'étude du corps, et ce, au sein de la section humaniste du département de

psychologie de l'université du Québec à Montréal. C'est donc à partir d'un cadre de référence psychologique et plus spécifiquement d'orientation phénoménologique que nous avons travaillé à documenter et expliciter la profession de danse-thérapeute. Nous reconnaissons d'ailleurs l'importance que nous avons donnée aux écrits de Merleau-Ponty (1945, 1967), qui nous ont permis de situer l'expérience corporelle de la danse-thérapeute comme premier moyen d'engagement et de compréhension de sa compétence.

Ceci nous amène à souligner que le travail de terrain nous a guidé principalement vers des lectures et des écrits d'ordre phénoménologiques contrairement à ce que l'examen initial de la problématique nous avait fait pressentir. Effectivement, la recension des écrits tend à montrer en quoi la TDM s'est développée, entre autres, sur des bases théoriques communes à la discipline de la psychanalyse. Rappelons que la TDM encore aujourd'hui a recours notamment à la théorie psychanalytique pour penser les processus psychiques au sein du processus thérapeutique ainsi que le fonctionnement thérapeutique de la danse et du mouvement. La production et l'analyse des données ont toutefois précisé l'orientation théorique et nous ont mené à approfondir la pensée phénoménologique pour réfléchir la compétence de la danse-thérapeute. Nous estimons que la méthodologie de l'explicitation a certainement influencé cette orientation puisqu'elle a pris en compte le point de vue en première personne et a invité à une description phénoménologique de l'expérience (Vermersch, 2011).

5.2.2 Retombées de cette recherche

Cette thèse présente plusieurs aspects novateurs. D'abord, à notre connaissance, il s'agit de la première étude visant à documenter la pratique professionnelle des danse-thérapeutes et à expliciter les compétences qu'elles mettent en œuvre dans une séance de TDM. Nous avons souligné dans notre cadre théorique les fluctuations de rigueur des méthodologies utilisées dans les recherches relatives à la TDM ainsi que la limitation de nombre d'études qualitatives à des illustrations cliniques. De plus, nous avons noté que la majorité des écrits scientifiques s'intéressent à démontrer les effets bénéfiques de la TDM, mais que peu de ces écrits décrivent concrètement ce qui est fait par la danse-thérapeute pour soutenir ce processus psychothérapeutique. Ainsi, à travers une méthodologie de recherche qualitative rigoureuse, notre étude jette un nouvel éclairage sur la TDM en documentant l'expérience concrète et pratique du vécu de la danse-thérapeute.

De plus, à notre connaissance, aucune étude à ce jour n'a proposé de présenter le sens que la danse-thérapeute donne à son travail, en documentant à la fois les représentations déjà construites de son travail et en décrivant les éléments pré-réfléchis du savoir dont elle dispose. Pour ce faire, nous avons suggéré une méthodologie de recherche qualitative ayant permis de poser un regard scientifique sur les différentes dimensions procédurales et singulières du vécu de la danse-thérapeute, et plus particulièrement du vécu de l'action. La phénoménologie a soutenu ce regard et a été mise au service de l'écoute des danse-thérapeutes. Cette recherche peut ainsi enrichir la littérature actuelle puisqu'elle s'intéresse à décrire l'expérience professionnelle de la danse-thérapeute à partir de son point de vue et de sa parole subjective, ainsi qu'à expliciter ses compétences en favorisant la mise en mots des différentes étapes de son vécu dans la relation avec son patient.

Finalement, nos résultats suggèrent que la compétence centrale de la danse-thérapeute repose sur une capacité de résonance et d'accordage sensible des corporalités. Ils montrent également que lorsque la danse-thérapeute s'appuie sur cette expertise, elle parvient à s'ouvrir à l'émergence d'un sens cliniquement pertinent (quelle que ce soit la nature du sens : une compréhension clinique, une intuition, une sensation, un mouvement interne, un lien théorico-clinique, une émotion) et à s'ajuster à l'expérience de l'autre. Ainsi, les résultats mettent en lumière ce savoir-faire spécifique de la danse-thérapeute et nous invitent à réfléchir à la portée clinique, pratique et théorique de cette expertise. Dans la section suivante (5.2.2.1), nous exposons les implications découlant de notre étude pour la TDM, la psychologie et le milieu de la santé.

5.2.2.1 Apport de la thèse à la profession de danse-thérapeute

Une première contribution de notre thèse réside dans l'approfondissement de la compréhension de la compétence de la danse-thérapeute au cours d'un processus psychothérapeutique. Dans notre cadre théorique, nous avons mis en évidence l'intérêt grandissant par la communauté scientifique d'étudier la TDM et d'investir plus largement la question du lien entre la danse et la santé. Ceci étant dit, il n'en demeure pas moins que la TDM est une pratique encore peu connue et qu'il y a un besoin de démontrer scientifiquement l'efficacité de cette pratique afin de soutenir sa reconnaissance et sa pertinence auprès de la communauté professionnelle (Kotch et al., 2014). Nous soutenons que le fait d'explicitier le vécu de la danse-thérapeute permet de le rendre plus « visible

», ouvrant par conséquent la voie à la reconnaissance de son expertise. En effet, les résultats de notre étude rendent compte des compétences spécifiques et générales que semblent maîtriser les danse-thérapeutes en cours de processus thérapeutique. L'identification et la description de ces compétences met en évidence les actions très concrètes réalisées par les danse-thérapeutes, ce qui permet à notre avis de faire un premier pas dans la démystification de cette pratique en pleine jeunesse.

Deuxièmement, nous estimons que les résultats qui ont émergé de notre analyse peuvent constituer un apport pertinent dans la formation et la construction de l'identité professionnelle des danse-thérapeutes. Tel que mentionné dans le chapitre sur la méthodologie de recherche, les participantes ont elles-mêmes témoigné du caractère unique de notre étude en ce qu'elle leur a offert un espace pour communiquer et élaborer leurs représentations déjà construites de leur travail (notamment à travers les entretiens semi-dirigés), ainsi que pour décrire finement les actions implicites qu'elles mettent en œuvre dans leur pratique (notamment à travers les entretiens d'explicitation). Par notre démarche d'analyse, nous avons approfondi ces témoignages riches de sens et proposé une description des compétences incorporées dans le vécu pratique de la danse-thérapeute. Étant donné la nature expérientielle et subjective du travail de la danse-thérapeute, la description de son savoir-faire peut être très difficile à circonscrire. Ainsi, nous croyons qu'en ayant articulé l'activité professionnelle autour de dix compétences, nous facilitons la compréhension de cette profession ainsi que son enseignement. De plus, le fait d'offrir une première vue d'ensemble des compétences de la danse-thérapeute pourrait servir de « terrain de base » aux élèves comme aux formateurs pour confronter leurs questions, leurs idées ou représentations de la profession de danse-thérapeute. Finalement, cela pourrait également servir de levier d'enseignement où la danse-thérapeute formatrice pourrait faire dialoguer les compétences identifiées avec la théorie présentée dans le cursus de formation.

5.2.2.2 Apport de la thèse à la profession de psychothérapeute, de psychologue et aux autres professionnels en contexte de relation d'aide ou de soins

Notre étude démontre que la danse-thérapeute parvient à « comprendre » et à « écouter » l'autre d'abord par l'expérience sensible. Telle serait, selon notre perspective, la définition du travail de la danse-thérapeute énoncée dans sa forme la plus courte. Dans son travail, le psychologue, certes,

use déjà d'une écoute sensible. En effet, « [o]n parle surtout de l'écoute des psys, mais c'est par pudeur, parce que cela nous gêne de dire qu'il s'agit en réalité de leur cœur, de leur cœur ouvert. Ils offrent à l'heure un espace de sensibilité. Voilà le métier », soutient joliment le psychologue et essayiste Nicolas Lévesque (2019, p. 29). Ceci étant dit, nous croyons que le rapport au corps sensible tel que vécu par la danse-thérapeute peut être d'un grand intérêt pour la psychologie clinique, permettant aux psychologues ou psychothérapeutes d'accroître leur capacité d'écoute et de perception de leur expérience sentie.

À ce propos, nous pensons que cette dimension de l'expérience professionnelle de la danse-thérapeute pourrait donner lieu à un transfert de connaissances entre danse-thérapeutes et autres psychothérapeutes. Nous imaginons, par exemple, des danses-thérapeutes qui offrent de la formation continue à la fois théorique et pratique permettant à d'autres professionnels d'apprendre à intégrer leur corps sensible dans le cadre de leurs interventions psychothérapeutiques :

- Les danse-thérapeutes pourraient enseigner comment elles parviennent à décrire leur rapport au sensible. Certes, les psychologues et psychothérapeutes peuvent dans le cadre de leur pratique utiliser leur corporéité, mais il paraît nécessaire qu'ils puissent recevoir des espaces pour apprendre à décrire cette expérience, ce qui nous semble très peu présent dans le cours de leur formation théorique et clinique de base. Cela leur permettrait certainement de s'approprier leurs sensations, d'être soutenus au niveau de leur connaissance de soi et d'améliorer conséquemment leur sensibilité perceptive dans la relation à l'autre. À ce sujet, nous tenons à nuancer que la supervision exigée dans la formation continue des psychologues ou psychothérapeutes peut offrir cet espace d'apprentissage. De plus, certaines orientations théoriques (p. ex. la psychanalyse ou la psychothérapie gestaltiste des relations d'objets) donnent déjà une certaine importance à l'expérience corporelle du clinicien dans la pratique (Delisle, 2002 ; Dumet, 2004). Ceci étant dit, dépendamment de l'approche thérapeutique et de l'angle de travail du superviseur, l'activité de supervision n'est pas nécessairement axée sur le vécu sensoriel ou la résonance contre transférentielle du supervisé. Conséquemment, un psychologue ou psychothérapeute qui cherche à recevoir un espace d'apprentissage pour décrire et apprendre sur son expérience sensible doit souvent passer par une formation spécialisée qui requiert un engagement professionnel, ainsi qu'un investissement de temps et

d'argent non négligeables (p. ex. la psychocorporelle intégrée, la *somatic experiencing*, la psychothérapie sensorimotrice, etc.).

- En lien avec les habiletés et les compétences de la danse-thérapeute identifiées dans l'analyse, les danse-thérapeutes pourraient aussi accompagner les thérapeutes à s'ouvrir à leur expérience perceptive et kinesthésique en relation avec l'autre. Plus spécifiquement, les danse-thérapeutes pourraient aider les thérapeutes à prendre conscience et à améliorer leur qualité de présence corporelle, en soutenant par exemple l'écoute des changements au niveau de la qualité d'appui et d'ancrage au sol, de la respiration, et de l'organisation du tonus et de la posture. Il pourrait aussi y avoir un enseignement donné autour de l'écoute et de l'utilisation de la résonance corporelle chez les thérapeutes dans l'accordage avec leur patient. L'habileté perceptive de la danse-thérapeute à suivre ses propres mouvements internes (c.-à-d. tensions ou sensations physiques, passage d'un sentiment ou d'un état à l'autre, etc.) pourrait alors être enseignée.

De plus, l'intérêt que notre étude porte sur l'expression du corps en thérapie pourrait contribuer plus largement au travail des professionnels en contexte de relation d'aide ou de soins (c.-à-d. médecin, infirmière, art-thérapeute, psychologue, travailleur social, ergothérapeute, ostéopathe, etc.). Nos résultats nous amènent à penser l'expérience corporelle vécue en thérapie comme un langage à entendre, voire comme un *espace de sens* sur lequel le patient ou la danse-thérapeute s'appuie pour co-construire la démarche thérapeutique. Notre thèse pourrait ainsi sensibiliser les différents professionnels à la présence de cette intelligence du corps et démontrer la pertinence clinique de maintenir dans le cadre de leur pratique un contact plus étroit de présence à soi comme à l'autre dans son expérience globale. Nous véhiculons l'idée de faire valoir le caractère sensible, singulier et holistique de l'expérience humaine à une époque où le corps peut être facilement dévalorisé, ignoré, ou encore être magnifié, sollicité dans la force, la puissance, plutôt que dans son écoute (Berger-Grosjean, 2020).

Nous souhaitons compléter notre propos de façon intuitive, à travers un exemple qui s'impose à nous. En écrivant ces lignes, nous sommes habitées par les propos d'une patiente rencontrée il y a

quelques jours en consultation clinique⁶⁰. La patiente, que nous nommerons ici Éloïse, était initialement suivie pour une problématique de dépression post-natale suite à son premier accouchement. Aujourd'hui, elle est enceinte de son deuxième enfant. Lors de notre dernière rencontre, Éloïse raconte le déroulement de son premier accouchement en milieu hospitalier et le décrit comme une expérience traumatique. L'accouchement d'Éloïse fut très long et difficile en raison du fait que son col de l'utérus ne présentait pas la dilatation adéquate pour permettre la progression du bébé. De plus, la patiente exprime avoir senti un manque de bienveillance, d'humanité et d'écoute de la part de l'équipe médicale. Après de nombreuses heures de contractions utérines, la patiente a eu l'intuition que le tissu cicatriciel logé dans son col (dû à une intervention gynécologique antérieure) pouvait influencer la qualité du travail. Elle a soulevé cette hypothèse au médecin, mais celle-ci n'a pas été retenue. Plusieurs heures plus tard, fatiguée et stressée, Éloïse a insisté et a relevé à nouveau la même question. Elle a été finalement entendue. Une simple manœuvre médicale fut alors nécessaire pour rétablir une présentation normale du processus. L'intuition d'Éloïse était juste. En se racontant aujourd'hui, la patiente est prise d'une émotion de colère et nous demande : « *pourquoi mon point de vue n'a pas été considéré ? Le médecin a son savoir et moi j'ai le mien. Ne suis-je pas dans ce corps depuis 35 ans ? N'ai-je pas une certaine compétence et expertise de mon corps que le médecin n'a pas ?* » C'est Éloïse elle-même qui utilise d'emblée les mots compétence et expertise.

La patiente nous exprime en fait l'importance dans l'accompagnement de considérer l'évidence sensible (l'expérience sensorielle, intuitive, affective, subjective) comme une donnée clinique tout aussi valable que toutes autres données plus concrètes et visibles. En effet, « [o]n peut prétendre [...] que la mise en sens de l'expérience relationnelle se construit autant sur des paramètres subjectifs, invisibles, souvent inconscients et imperçus que sur ce qui se livre dans sa forme première et accessible à nos sens communs » (Humpich, 2016, p. 49). Nous avons été inévitablement touchées par le récit de la patiente, mais aussi par le fait qu'elle venait de valider en quelque sorte une des conclusions principales de notre étude.

⁶⁰ Par souci de confidentialité, des éléments de l'histoire de la patiente ont été modifiés.

5.2.3 Limites de la recherche

Malgré ses apports et sa pertinence, notre étude comporte certaines limites quant à la portée des résultats et à l'interprétation de ceux-ci. D'abord, les résultats de cette recherche rendent compte de l'expérience professionnelle singulière et subjective de quatre danse-thérapeutes. La petite taille de notre échantillon pourrait ainsi être considérée comme une première limite à cette étude puisque nos résultats ne prétendent pas être généralisables à l'ensemble de l'expérience des danse-thérapeutes. Toutefois, tel qu'il est décrit dans la méthodologie de recherche, notre étude ne visait pas à offrir une définition universelle de la compétence de la danse-thérapeute, mais cherchait plutôt à se concentrer de manière détaillée et approfondie sur la manière dont les danse-thérapeutes vivent et comprennent le phénomène à l'étude. Cette visée s'est alors traduite en pratique par la construction d'un petit échantillon que nous avons soigneusement sélectionné (Antoine, 2017). Ceci étant dit, il semble pertinent de préciser que si nous avions interviewé un plus grand nombre de danse-thérapeutes, nous aurions possiblement pu générer des compétences spécifiques ou générales supplémentaires ou encore approfondir celles qui ont été identifiées dans cette étude. À ce propos, dans la construction de notre échantillon, nous avons sélectionné des danse-thérapeutes qui travaillent dans le champ de la santé mentale exclusivement. Nous n'avons pas non plus réduit notre échantillon à un type de clientèle spécifique. Nous pouvons ainsi nous questionner : est-ce que les compétences de la danse-thérapeute identifiées auraient été différentes si nous avions interviewé des danse-thérapeutes travaillant en santé physique (p. ex. dans des centres de réadaptation) ou auprès d'autres clientèles ?

De plus, nous avons évoqué plus tôt le fait que notre méthodologie de production et d'analyse a favorisé des données d'ordre phénoménologiques. Nous reconnaissons que d'autres méthodologies de production de données auraient pu ouvrir sur d'autres perspectives de la profession de danse-thérapeute. Nous pensons par exemple à la méthode d'entretien de décryptage de sens initiée par Nadine Faingold (1988) qui aurait permis d'explorer les enjeux identitaires de la danse-thérapeute sous-jacents à l'action, à travers un accompagnement en profondeur de l'émotion dans la mise en mots du vécu.

Troisièmement, dans un paradigme de recherche constructiviste et interprétatif, le chercheur est conçu comme acteur participatif dans la construction du sens de la réalité étudiée (Lincoln et Guba,

1983). Des réalités et des savoirs différents et multiples peuvent coexister par rapport à l'étude d'un même phénomène. Ainsi, nous sommes conscientes que notre propre subjectivité est inévitablement venue façonner la signification des données et reconnaissons de ce fait la limite inhérente au processus d'analyse et d'interprétation de nos données. En toute humilité, comme l'énonce Paillé et Muchielli (2012), nous n'avons pas cherché à enfermer la compétence dans une définition unique et universelle, mais nous l'avons fait vivre dans l'instant présent de cette recherche.

Une quatrième limite réside dans le fait qu'en conjonction avec les entrevues semi-dirigées et d'explicitation réalisées, nous n'avons pas procédé au recueil des données en assistant *in situ* à une séance de TDM réalisée par les participantes. Une observation directe du phénomène aurait possiblement pu permettre une appréhension plus complète et plus dense de la situation à l'étude (Laperrière, 2008) et enrichir par conséquent notre connaissance du réel. La décision de ne pas procéder à une observation directe du phénomène repose toutefois sur trois raisons. Premièrement, la danse-thérapeute est tenue par la loi au secret professionnel. Une exception aurait pu être faite en obtenant le consentement du patient, mais nous avons le souci éthique de ne pas imposer notre présence aux acteurs en situation (patient et danse-thérapeute) qui aurait pu être vécue comme un regard extérieur et objectivant. De plus, en étant présentes sur le terrain, courions-nous aussi un risque d'influencer, voire de perturber le déroulement normal de la situation étudiée (Laperrière, 2008) ? La question demeure posée. De plus, durant la collecte des données, nous étions déjà confrontées à une limite géographique. Nous rappelons ici que nous avons dû nous déplacer dans différentes régions de l'Ontario pour interviewer nos participantes. Ajouter une observation sur le terrain durant les heures de travail de chaque danse-thérapeute nous aurait imposé une contrainte financière et temporelle supplémentaire qui aurait complexifié notre procédure de collecte de données. Finalement, par l'efficacité de la technique d'entretien d'explicitation que nous avons sélectionnée, nous jugions que nous pouvions raisonnablement avoir accès à une description fine, détaillée et suffisante de l'action vécue de la danse-thérapeute. Cela a été confirmé d'ailleurs durant notre processus d'analyse où nous avons été confronté à un ensemble riche, dense et varié de données.

Finalement, la dernière limite que nous relevons est celle de la langue. L'ensemble des entrevues ont été réalisées et retranscrites en anglais. Par la suite, la première étape d'analyse était de

construire des énoncés phénoménologiques à partir de chaque unité de sens délimité dans les verbatim. Ces énoncés ont alors été traduits et écrits en français. Nous reconnaissons une perte de sens inévitable dans le processus de traduction de ces témoignages. Pour éviter des glissements de sens, lorsque nous doutions de la traduction d'un terme ou d'une idée, nous avons le souci de valider avec nos directrices de recherche comment nous nommions le phénomène décrit. Néanmoins, cette perte de sens marginale ne semble pas avoir eu d'impact significatif sur notre compréhension du phénomène ni sur la valeur des résultats de la recherche.

5.2.4 Pistes de réflexion pour des recherches ultérieures

Considérant les effets positifs liés à l'écoute du corps dans le contexte de la psychothérapie, il serait pertinent que d'autres études s'intéressent à la manière dont le psychothérapeute ou le psychologue peut développer sa capacité à utiliser son propre corps comme source de connaissance en relation avec son patient. Par exemple, nos résultats ont mis en lumière la capacité de la danse-thérapeute à travailler à partir de sa propre résonance corporelle. Une piste de recherche intéressante pourrait être l'étude des conditions d'accès de la danse-thérapeute à cette expérience, c'est-à-dire de mieux saisir les nuances et les facteurs individuels chez chacune des danse-thérapeutes qui les disposent à « résonner » avec l'autre. Par exemple, nous pourrions se poser la question suivante : est-ce que cette capacité à résonner chez la danse-thérapeute provient de sa formation en danse, en TDM ou encore de sa formation spécialisée? Nous pensons ici à Bianca qui intègre dans sa pratique des éléments de sa formation en TDM ainsi que de sa formation en psychothérapie sensori-motrice.

De plus, tel qu'il a été précisé au cours de cette thèse, les participantes furent reconnaissantes de l'espace de parole qu'il leur a été offert pour élaborer, décrire et explorer leur vécu lors d'une séance de TDM. Il serait intéressant d'étudier en quoi la mise en place d'un temps et d'un espace de verbalisation tel que l'entretien d'explicitation pourrait aider la danse-thérapeute à une meilleure compréhension de son expérience, de ses raisonnements intuitifs ainsi que des obstacles rencontrés en thérapie. En ce sens, une pratique professionnelle comme la TDM qui s'ancre dans l'expérience sensible ne pourrait-elle pas bénéficier d'une écoute qui privilégie l'évocation sensorielle ? Par exemple, la méthode d'entretien d'explicitation pourrait être utilisée dans le cadre de situation de perfectionnement professionnel ou de supervision en tant que « procédé pédagogique d'auto-information » (Vermersch, 2011, p. 27). La conduite de cette technique pourrait aider les danse-

thérapeutes à s'informer sur la réalisation de leurs actions réfléchies et pré-réfléchies, contribuant par le fait même à l'enrichissement et la construction de leur expérience professionnelle.

Finalement, étant donné le peu de documentation scientifique qui souligne les compétences de la danse-thérapeute, il reste manifestement plusieurs avenues de recherches à explorer qui contribueraient à une meilleure compréhension de cette pratique professionnelle et de la TDM plus largement. Il serait intéressant notamment que des études se penchent sur les exigences et les compétences spécifiques propres à l'exercice de la profession de danse-thérapeute selon la modalité psychothérapeutique (psychothérapie individuelle ou de groupe), la clientèle des danse-thérapeutes (enfant, adulte, personne âgée) et leur environnement physique de travail (p. ex. milieu hospitalier, communautaire, privé, scolaire, centre de santé et de services sociaux). Il serait intéressant également que des recherches incluent le vécu du patient en séance de TDM, permettant ainsi de décrire son point de vue sur le déroulement de la séance ainsi que son vécu en relation avec la danse-thérapeute.

CONCLUSION

Résumé de l'étude

Cette présente recherche qualitative s'est intéressée à la thérapie par la danse et le mouvement, une pratique thérapeutique qui recoupe les champs des méthodes de soins à médiation corporelle, de la thérapie par les arts et de la psychothérapie. Plus concrètement, cette thèse a visé à décrire une séance de TDM du point de vue de la danse-thérapeute et de documenter les compétences qu'elle met en œuvre dans la relation avec son patient. Un examen initial de la problématique a permis de rendre compte du besoin dans la littérature de proposer des études qualitatives rigoureuses qui se penchent sur la description de la profession de danse-thérapeute et plus spécifiquement, sur les différentes composantes (p. ex. les habiletés, les connaissances, les réflexions) qu'elle mobilise dans le cours même de son travail. De plus, dans une logique inductive, une revue des écrits réalisée avant, pendant et après le terrain a permis de construire une description riche et située du phénomène à l'étude. La délimitation du champ de pratique et théorique de la TDM, de son histoire ainsi que de ses héritages artistiques et théoriques a donné un portrait de la profession de danse-thérapeute. La théorisation de la question du corps selon une perspective phénoménologique et psychanalytique a aiguisé notre sensibilité théorique et a éclairé notre compréhension de la compétence de la danse-thérapeute.

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, la posture théorique phénoménologique et interprétative a été adoptée tant sur le plan épistémologique que technique. Celle-ci a permis à la fois d'accéder aux significations que les danse-thérapeutes donnent à leur expérience professionnelle et à la description de leurs actions vécues, ainsi que de proposer une compréhension interprétative de celles-ci. Par l'entremise d'entretiens semi-dirigés et d'explicitation, nous avons ainsi interrogé la parole subjective et incarnée des danse-thérapeutes et avons cherché à décrire et à expliciter les compétences qu'elles mettent en œuvre. Ces entrevues ont donné accès à un riche ensemble de données. Elles ont également mis en lumière en quoi le travail de la danse-thérapeute s'ancre dans un rapport au corps sensible et engage une expérience perceptive qui peut être difficile

à décrire, confirmant par le fait même la pertinence pour les danse-thérapeutes de cultiver des espaces de parole pour se raconter.

L'analyse phénoménologique interprétative décrite par Smith et Osborn (2009), a fait émerger des compétences spécifiques propres au travail de chacune des danse-thérapeutes ainsi que des compétences centrales communes à l'ensemble. Ces compétences ont été regroupées en trois domaines, intrinsèquement liés et interdépendants. Les résultats ont ainsi fait apparaître comment à travers ses *compétences relationnelles et éthiques*, la danse-thérapeute semble installer des conditions d'écoute qui permettent une rencontre avec l'autre. De là, soutenu par ses *compétences d'ajustement somatique*, un travail d'accordage et de résonance corporelle tend à se déployer entre elle et son patient. Cette danse à deux peut alors créer un espace fertile, un lieu qui ouvre à l'émergence d'un sens et à des possibles thérapeutiques. En s'appuyant sur ses *compétences liées à la démarche thérapeutique*, la danse-thérapeute oriente le travail vers une exploration sensorielle, expressive et parfois même symbolique de l'expérience.

Les résultats font également ressortir cinq fondements théoriques et axiologiques communs à la pratique des quatre danse-thérapeutes sur lesquels elles semblent reposer et articuler leurs compétences. Nous avons vu comment la danse-thérapeute adopte une posture d'ouverture à la singularité et à l'unicité du vécu de son patient et propose une utilisation psychothérapeutique du mouvement depuis une lecture holistique de cette expérience. Les résultats nous ont également fait voir comment pour la danse-thérapeute, l'expérience corporelle semble être porteuse d'une intelligence fondamentale qu'il faudrait entendre et écouter. Ceci nous a amené à réfléchir au fait que la dimension sensible du corps en mouvement de la danse-thérapeute paraît être sa manière d'être au monde, à l'espace et à l'autre. En effet, nous nous rappelons les paroles d'Amanda et de Christina qui se décrivent toutes deux comme étant « *a body person* ». Qu'est-ce que cela veut dire exactement ? En fait, selon notre analyse, la danse-thérapeute travaille à partir de sa corporéité qui est d'emblée signifiante et déjà en résonance. Ainsi, au sein de la relation thérapeutique, la danse-thérapeute entretient à travers son corps un rapport intentionnel à l'autre (Rosa, 2021) lui faisant vivre des résonances qui la font vibrer, qui l'affectent et qui la rendent sensible à l'expérience de l'autre. Telle est la définition que nous donnerions à l'expression « *to be a body person* ».

Essentiellement, donc, le travail propre de la danse-thérapeute est de privilégier une démarche qui s'initie par le ressenti corporel et qui s'élabore à travers un contact intime avec sa propre corporéité. La danse-thérapeute ne se tient pas seulement en face de son patient, mais dans l'espace thérapeutique auquel ils sont inextricablement liés. Portée par une dynamique relationnelle qui allie l'écoute somatique, l'accordage intersubjectif et la résonance, la danse-thérapeute offre des conditions expérientielles qui permettent de vivre et de faire vivre le corps vécu (Humpich, 2006).

Ouverture sur quelques réflexions

La recherche, comme toute autre activité, est non seulement une façon de connaître le monde mais aussi de se connaître soi-même.

(Deslauriers, 1991, p. 122)

La recherche qualitative implique et travaille à partir de la subjectivité du chercheur. Nous avons vu comment dans un rapport dialogique et récursif, le chercheur se sent concerné par l'étude; il oriente l'activité de recherche tout comme elle le ré-orienté, et découvre les données tout comme elles le découvrent (De lavergne, 2007). Il naît en effet une « métamorphose mutuelle » entre le monde du chercheur et celui de la recherche (Perrault Soliveres, 2001, p. 46). À ce propos, nous souhaitons ouvrir sur quelques réflexions qui nous habitent et qui rendent compte de ce que la thèse nous a apporté. À nouveau, cette section sollicite la subjectivité de la chercheuse principale et nous choisissons donc d'utiliser la première personne du singulier.

Pour commencer, j'aimerais confier au lecteur que cela m'a pris un certain temps pour m'intéresser à la dimension expérientielle et concrète de la TDM. Effectivement, durant les premières années de la recherche, je constate m'être intéressée à la TDM mais par la pensée, c'est-à-dire à travers des lectures, des réflexions, des questionnements, des discussions. Le sujet était intéressant, certes, mais d'un point de vue théorique et philosophique. J'ai participé à quelques ateliers donnés par l'ATDM, mais je n'ai pas souhaité m'impliquer davantage. J'avais une certaine résistance à plonger entièrement et à m'immerger dans l'univers de la TDM. Cela m'a même fait vivre, pendant un certain temps, un sentiment d'ambivalence par rapport à mon projet de recherche. Je me suis demandée pourquoi : est-ce que cela était plus confortable, familier, voire sécurisant, de rester dans le monde de la pensée pour réfléchir à cette pratique ? Certes, cette résistance était certainement

liée à des éléments de ma propre histoire. Toutefois, j'estime qu'elle signifie aussi autre chose. Avec un regard rétrospectif, je pense que je portais un certain jugement et un doute par rapport à la « pertinence » de cette pratique. À l'époque, à travers ma formation clinique doctorale, j'étais parallèlement en train de découvrir la psychothérapie verbale. À un niveau presque inconscient, je pense avoir posé cette approche psychothérapeutique comme étant supérieure à la TDM, créant ainsi une dualité et une hiérarchie entre les deux. La psychothérapie verbale me semblait-elle plus efficace, plus crédible, moins obscure, voire plus accessible? La parole était-elle en quelque sorte supérieure au corps et celle qui donnait une signification à l'expérience ? En ce sens, est-ce que cela fut difficile pour moi d'échapper à la pensée traditionnelle du clivage corps/esprit ?

Ma perspective sur le sujet a évolué et n'est plus la même aujourd'hui. En effet, à travers une « lecture expérientielle » du discours des danse-thérapeutes, je constate avoir ajouté à ma compréhension théorique de la TDM, une compréhension de la réalité appliquée de celle-ci (Depraz, 2012). Ceci m'a aidé à entrer dans un nouveau rapport au phénomène étudié et à le concevoir autrement. Je m'explique.

Dans mon travail de proximité avec les données, il m'a parfois fallu écouter mon ressenti corporel pour comprendre l'expérience de l'autre. Rejoignant la posture phénoménologique « en premier personne » décrite par Depraz (2012), j'ai dû en tant que chercheuse me « mettre à l'épreuve » pour saisir l'expérience dans sa profondeur et ses subtilités. En d'autres termes, pour décrire le vécu de l'autre, sans même m'en rendre compte, je suis passée par ma propre corporéité et j'ai été présente aux données de manière incarnée. Plus concrètement, pour parvenir à exposer les nuances de l'expérience corporelle décrite par les participantes, j'ai travaillé à sentir le mouvement interne où j'ai puisé « au cœur de mon corps une partie des contenus expérientiels décrits » (Berger, 2014, p. 2). Par exemple, pour décrire la qualité de respiration explicitée par Christina, je portais tout à coup attention à la sensation de mouvement et au trajet de mon souffle. Ou encore, pour expliciter avec justesse l'attention que porte Bianca au geste du bras du patient, je me surprénais devant mon ordinateur à effectuer moi-même le même geste qu'elle décrivait. Ainsi, pour être en mesure de faire émerger le sens des données, il fallait parfois que je m'autorise à sentir ce que j'analysais et vivre ce que j'écrivais (Depraz, 2012). En d'autres termes, pour décrire et comprendre la pratique de la danse-thérapeute, j'ai donc dû la sentir.

Dans le rapport à ma thèse, j'ai alors constaté un élan de motivation, d'intérêt et de curiosité pour mon sujet d'étude, comme si tout à coup je comprenais la pertinence de ma recherche. Ainsi, à travers la recherche, j'ai veillé à honorer la parole de mes participantes, mais je l'ai également accueillie et je l'ai laissée me transformer. En approchant l'expérience de la danse-thérapeute sur « le mode du Sensible », la TDM n'était plus intéressante en théorie mais également en pratique. En somme, mes participantes m'ont appris à sentir et m'ont permis de mieux saisir en quoi le ressenti corporel fait œuvre de langage et de signification avant même d'être lié à toute conscience cognitive, affective ou relationnelle.

À ce propos, en lien avec mes intérêts cliniques, un sujet d'étude postdoctoral qui serait très intéressant à explorer est la question de la valeur ou de l'importance donnée au savoir intuitif des mères et des pères dans le développement de leur compétence parentale. En quoi l'intuition, comme dimension sensible de l'expérience, offre-t-elle une compréhension immédiate du vécu tout autant valable qu'une pensée ou une évidence rationnelle ? Dans son rapport avec son enfant, comment le parent peut-il accroître sa capacité à s'appuyer sur son intuition pour donner un sens à la situation devant lui ? Dans un certain esprit combatif, je semble être habitée d'une envie de continuer de démontrer à la communauté scientifique que solliciter l'écoute du corps dans sa dimension sensible et de s'attarder à la résonance subjective qui accompagne cette écoute, peut ouvrir la voie à une nouvelle source de connaissance et influencer la nature de la relation du sujet avec lui-même et avec autrui.

De plus, les paroles de mes participantes ont nourri la clinicienne en moi et m'amènent aujourd'hui à questionner la place que je veux donner au corps et à son expressivité dans ma pratique. Effectivement, je suis habitée par des réflexions quant au type d'accompagnement qu'un psychologue peut proposer pour favoriser une prise en charge plus globale de ses patients. Selon sa clientèle et son approche thérapeutique, quels sont les outils et les techniques qui peuvent être pertinents à utiliser dans sa pratique ? Travailler « avec le corps » peut-être très confrontant et vulnérabilisant pour les patients. Le psychologue doit-il nécessairement passer par une formation spécialisée pour intégrer l'expérience corporelle dans son travail ? Comment définit-il les limites de ses compétences et de ses moyens ? Dans le but d'alimenter ma réflexion, je participerai au courant de la prochaine année à une activité de supervision de groupe qui permet de se familiariser avec les approches psychocorporelles et les théories qui s'y rattachent. En lien avec les cas

cliniques que nous présenterons, nous serons invités à intégrer peu à peu le vécu somatique au sein de notre travail thérapeutique (p. ex. le travail de la respiration, le mouvement, la qualité de présence).

En guise de conclusion, j'ai le souhait que cette thèse nourrisse également la pratique d'Amanda, de Bianca, de Christina et de Diane en rapportant au plus juste et au plus près leur réalité vécue en tant que danse-thérapeutes. D'autre part, je termine dans l'espoir que des éléments présentés dans cet exposé vous aient, chers lecteurs, informés, touchés ou aient fait vibrer quelque chose en vous.

ANNEXE A
CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	L'explicitation et la compréhension de l'expertise de danse-thérapeutes dans un processus thérapeutique
Nom de l'étudiant:	Laura DEMAY
Programme d'études:	Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)
Direction de recherche:	Florence VINIT
Codirection:	Nicole HARBONNIER TOPIN

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

ANNEXE B

MESSAGE DE RECRUTEMENT – VERSION FRANCOPHONE

DANSE-THÉRAPEUTES RECHERCHÉ(E)S

Recherche portant sur la compréhension de l'expertise du danse-thérapeute et sur les compétences mises en œuvre dans l'exercice de sa profession.

Vous êtes invité(e)s à participer à une recherche visant à décrire et documenter le point de vue du danse-thérapeute sur les compétences relationnelles mises en œuvre dans une séance de thérapie par la danse et le mouvement.

QUI PEUT PARTICIPER ?

- Avoir cinq années ou plus d'expérience de terrain en tant que danse-thérapeute ;
- Être toujours actif en tant que danse-thérapeute
- Posséder une formation accréditée en danse-thérapie reconnue par l'Association américaine de danse-thérapie (ADTA) ou par une autre association de danse-thérapie dont l'accréditation professionnelle est reconnue par l'ADTA ;
- Travailler auprès d'une clientèle caractérisée par une ou des psychopathologie(s) ;
- Parler le français ou l'anglais.

EN QUOI CONSISTE LA PARTICIPATION ?

- La réalisation de trois entrevues d'une heure et demie à deux heures.
- La première entrevue consistera à faire passer un court questionnaire sociodémographique et à réaliser un premier entretien semi-directif. Durant cet entretien, nous vous demanderons de parler de ce que vous vivez, pensez et mettez en application dans votre travail de danse-thérapeute. La deuxième et la troisième entrevue seront des entretiens d'explicitation. Nous reviendrons sur des séances de thérapie par la danse et le mouvement que vous avez vécues et que vous souhaitez décrire.
- Les trois entrevues seront filmées avec votre consentement.
- Une compensation financière de 25\$ par entrevue vous sera offerte, soulignant notre gratitude pour votre participation.
- Vos propos demeureront anonymes et confidentiels.

Cette recherche a reçu un certificat d'approbation éthique pour la recherche impliquant des êtres humains. Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE) de l'UQAM approuvé ce projet de recherche.

Pour plus d'informations ou pour indiquer votre intérêt à participer : vous êtes invité(e)s à communiquer avec la responsable du projet, Laura Demay, étudiante au doctorat en psychologie profil scientifique-professionnel.

Numéro de téléphone : 1-438-939-3338 / Adresse courriel : demay.laura@courrier.uqam.ca

Direction de recherche: Florence Vinit, *département de psychologie, UQAM*, vinit.florence@uqam.ca, (514) 987-3000 poste 2461

Co-direction de recherche: Nicole Harbonnier, *département de danse, UQAM*, harbonnier-topin.nicole@uqam.ca, (514) 987-3000 poste 2455

ANNEXE C
MESSAGE DE RECRUTEMENT – VERSION ANGLOPHONE

DANCE-THERAPISTS NEEDED

A study aiming to clarify and understand dance-therapists' expertise and skills used in a therapeutic process

You are invited to take part in a research that aims to describe and document the dance therapist's point of view on the relational skills s/he uses in the course of a dance movement therapy session.

WHO CAN PARTICIPATE?

- Have approximately five years or more of field experience as a dance-therapist.
- Have an active presence in the field as a dance-therapist.
- Hold a dance movement therapist accreditation recognized by the American Association of Dance-therapy (ADTA), or by another dance-therapy association recognized by the ADTA.
- Work with patients suffering from psychopathological characteristics.
- Able to speak French or English.

WHAT DOES THIS STUDY INVOLVE?

- Taking part in three individual interviews, each lasting approximately one hour and a half to two hours.
- In the first interview you will be asked to fill in a short socio-demographic survey. After, we will conduct a semi-directed interview. You will be asked to talk about what you experience, think and apply in your work as a dance-therapist. In the second and third interview, through an interviewing method called « elicitation interview», we will come back on dance movement therapy sessions that you have experienced and that you wish to describe.
- The three interviews will be recorded with your permission.
- To express our appreciation for your participation in the study, you will receive a financial compensation of \$25 per interview.
- All information you provide will remain confidential.

This research has been reviewed and approved by the Human Participants Review Sub-Committee, University of Quebec in Montreal's ethics review board (CERPE - comités d'éthique de la recherche pour les projets étudiants).

For more information or to indicate your interest in participating, please contact the research student: Laura Demay, demay.laura@courrier.uqam.ca, (438) 939-3338.

Research supervisor: Florence Vinit, *department of psychology, UQAM*, vinit.florence@uqam.ca, (514) 987-3000 extension number 2461

Research co-supervisor: Nicole Harbonnier, *department de dance, UQAM*, harbonnier-topin.nicole@uqam.ca, (514) 987-3000 extension number 2455

ANNEXE D
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT – VERSION ANGLOPHONE

Consent form for participants

Study title:

Clarifying and understanding dance-therapist's expertise in a therapeutic process

Project lead: Laura Demay, doctoral student in psychology, clinical-scientific profile, demay.laura@courrier.uqam.ca, (438) 939-3338

Research supervisor: Florence Vinit, *department of psychology, UQAM*, vinit.florence@uqam.ca, (514) 987-3000 extension number 2461

Research co-supervisor: Nicole Harbonnier, *department de dance, UQAM*, harbonnier-topin.nicole@uqam.ca, (514) 987-3000 extension number 2455

Postal address: 100, Sherbrooke west Street, Montréal, H2X 3P2

Dear participant,

You are invited to take part of a research project. Before agreeing to participate, please review the information in this document. Your participation to this study is solicited, yet strictly voluntary.

Description and purpose of the research

You are invited to participate at a research that is aiming to clarify and understand dance-therapist's expertise and skills used in a therapeutic process.

Your participation consists in taken part in three individual interviews, each lasting approximately one hour and a half to two hours. The interviews will be conducted by the research student and will be held at a time that is mutually agreed by the participant and the student. We are aiming intervals of about two weeks between each interview. The interviews will be held at the place where you practice dance movement therapy.

In the first interview, we will ask you to talk about what you live, think and put in application in your work as a dance-therapist. In the second and third interviews, we will come back on dance movement therapy session that you have lived and that you wish to describe. To do so, we will use an interviewing method called « the interview of explicitation ». You will be asked to give detailed descriptions about moments you have performed in the course of your professional practice. You will be asked to develop on your affective, sensory, kinesthetic and cognitive experience.

The interviews will be recorded with your permission. All information you provide will remain confidential and will not be associated with your name.

Benefits of the research and benefit to the participant

Your participation will contribute to the advancement of knowledge in the field of dance movement therapy and psychotherapy. Furthermore, your participation will provide you information about your personal qualities and tacit knowledge used during your dance-therapy sessions.

Risks and discomforts

Risks to participants are kept to a minimum. However, the elaboration of your experience may lead to new and unexpected information, bringing out strong and significant emotions. You may skip any questions or comments that

make you feel uncomfortable, without any justification. It is the student's responsibility to suspend or end the interview if she thinks that your well-being is at stake. If so, providing assistance could be offered if you want to discuss your concerns furthermore.

Confidentiality

All the interview's documentation will be confidential. All the data collected (recordings and written transcription notes) will be stored securely on a password-protected file on the student's computer for the entire duration of the project. Your consent form and all handwritten notes will be stored securely in locked file cabinet. All data collected material will be destroyed after the final thesis's defense of the study.

Voluntary participation and withdrawal from the study

Your participation in the research is completely voluntary and you may choose to stop participating at any time without any justification. If you decide to withdrawal from the study, you only have to verbally notify the project lead about your decision. All off your collected data will be destroyed.

Compensatory allowance

To express our appreciation for your participation to the study, you will receive a financial compensation of \$25 per interview.

Do you have questions about your legal rights?

This research has been reviewed and approved by the Human Participants Review Sub-Committee, University of Quebec in Montreal's ethics review board (CERPE). If you have any questions about this process, or about your rights as a participant in the study, your may contact the CERPE-4's coordination through Madam Julie Sergent, at the (514) 987-3000, extension number 3642, or at the following email address: sergent.julie@uqam.ca.

Acknowledgment

Your collaboration is essential to the accomplishment of this study. The research team would like to thank you for your participation.

Questions about the research?

If you have questions about the research in general or your role in the study, you may contact the research student: Laura Demay, demay.laura@courrier.uqam.ca, (438) 939-3338. You may also contact the research supervisors: Florence Vinit, vinit.florence@uqam.ca, Nicole Harbonnier, harbonnier-topin@uqam.ca.

Consent and signature

I agree to take part in this study, which has been explained to me. I have been given an opportunity to ask questions about the study. I understand that any questions I answer will be anonymous, and that my identity will not be disclosed at any point. I also understand that my participation is completely voluntary, and I may withdraw from the study at any time.

I should receive a sign copy of this information and consent form.

Name

Signature

Date

Commitment of the research student,

I, Laura Demay, guarantee

(a) having explain to the person signing the terms of this form; (b) having answered to all questions asked regarding the consent form;

(c) having clearly indicated that he or she may stop participating in the study presented above at any time ;

(d) that I will be handing the participant a signed and dated copy of this form.

Name

Signature

Date

ANNEXE E
QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE – VERSION ANGLOPHONE

SOCIO-DEMOGRAPHIC SURVEY

Participant's name:

Gender: Man Woman



Language(s) spoken:

Age:

Professional title(s):

Workplace(s) (where he/she works):

Professional training in dance movement therapy

Training background:

Title of the diploma:

Accreditation recognized by which association:

Other professional training:

Professional practice in dance movement therapy

When did you start practicing dance movement therapy?

What type of setting do you work in (hospital, community organization, private practice)?

What are your patient's general characteristics (age group, difficulties, psychopathologies)?

Do you practice individual therapy and/or group therapy?

Dance movement therapy session

Approximately, how long do your sessions last?

Do you use props during your sessions?

Theoretical component

If applicable, do you rely your practice on a specific theoretical model or on relational techniques?

Other relevant information that should be considered (optional)?

ANNEXE F
GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGÉ – VERSION ANGLOPHONE

COLLECT OF DATA

Semi-structured interview

Time required: approximately 1 hour and 15 minutes

Section 1. General information.

Recall the confidentiality aspect and the voluntary participation of the study

- Brief summary of the purpose of the study. See if the participant has any questions before beginning the interview.
- Recalling that the participant can withdraw at any time without prejudice or refuse to answer any question, and that his participation is voluntary.
- Recalling that the interview will be recorded with the participant's permission, and that the information provided will remain confidential and will not be associated with the participant's name.
- Recalling of the following: « *the elaboration of your experience may lead to new and unexpected information. You may skip any questions or comments that make you feel uncomfortable.* »

Section 2. Semi-structured interview

Themes reminders that can be discussed

A) Professional component

Viewing of the socio-demographic survey.

B) The descriptive component of a session (questions that can be asked to guide the interview)

How long do your sessions last?

Do you use props during your sessions?

Do you have predefined objectives before starting a session?

Concretely, what is the process of a session?

What do you pay attention to during a session?

What are the intentions that guide you through a session?

What kind of experience (emotional, sensorial, kinesthetic) guides you during a session?

C) Theoretical component

Do you rely your practice on specific theoretical model?

From a theoretical point of view, what are the relational techniques that you use during your sessions (for example: mirroring technique, kinesthetic empathy)?

C) Before ending the interview

Is there anything else you would like to add? Do you have any questions or comments before we conclude?

D) Review of the interview process (Letting the participant conclude in a way that is comfortable for her)

Would you like to add something before we conclude?

Thank you for sharing.

ANNEXE G
GUIDE D'ENTRETIEN D'EXPLICITATION – VERSION ANGLOPHONE

COLLECT OF DATA

Explicitation interview

Time required: approximately 1 hour and 15 minutes

Section 1. General information. 15 minutes.

Recall the confidentiality aspect and the voluntary participation of the study

- Recalling that the participant's participation to the study is complete voluntary.
- Recalling that the interview will be recorded with the participants permission and that all the information the his provided will remain confidential and will not be associated with the participant's name.
- Recalling of the following: « *the elaboration of your experience may lead to new and unexpected information. You may skip any questions or comments that make you feel uncomfortable.* »

Brief description of what is an explicitation interview

- It's a way of conducting different from other types of interview.
- In that sense, your inner and lived professional experience and abilities will be questioned, and we will focus less on what you think of your experience and more on what you have lived on a bodily experience.
- The interview will be more direct. I might be interrupting you. If I do, it's part of the process and it's not that I'm not interested in what you are sharing.
- There are no good or bad answers.

Presentation of how the interview will be conducted

- I will guide you towards a moment (or moments) that you have lived in a dance movement therapy session, and that you would like to talk about today.
- 50 minutes will be used in focusing our attention in describing your inner experience about those chosen moment(s).
- During the interview, you might be revealing new knowledge, emotions, feelings, that have not come to your attention yet.

- 10 minutes will be used at the end to come back freely on what has been shared during the interview.
- Position of the chairs: we will place the chairs in an angle to let an open access to the experience.
- Do you have any questions before we start?

Section 2. Explication interview. 50 minutes. We change the position of the chairs.

Narrative of the moment (approx. 5 minutes) – Past tense

Interviewer (Laura): *If you agree, I invite you to choose a specific moment where you felt you lived a skillful action or a skillful intervention as a professional dance movement therapist.*

Take your time to let the moment come back to you.

When you are ready, let me know.

Dance movement therapist (Participant): ...

Interviewer: *Do you have this moment?*

Dance movement therapist: ...

Interviewer: *If you agree, I invite you to explore this moment and describe it to me.*

Dance movement therapist: ...

Installation of the context and the environment + Evocation (approx. 45 minutes) – Present tense

Interviewer: *I see many things are coming back to you. Would you agree in choosing one specific moment in what you just describe that seems important and that you would like to deepen and talk about?*

Dance movement therapist: ...

Interviewer: *If you agree, would you describe this specific moment? OR Ask the following questions to install the context:*

Interviewer: *Where are you? / When is it? / What do you have around you? / What is your position in space? / What are you doing? / What do you see? / Where is your patient in space?*

What do you feel?

Continuing in guiding A (dance movement therapist) in a fine description of the process of the participant's action (mental and material) – sensorial, kinesic and emotional.

Interviewer: *Listen / Mmm. / Echo (repeat) / And after that? / Do other things come back to you?*

Dance movement therapist: ...

Interviewer: *Do you agree if we stop just there, when you (+ verb of action)*

Dance movement therapist: ...

Unfolding the time line of what has been lived

Interviewer: *What are you doing just before/ after? And then? / What else happens?*

Guiding A (dance movement therapist) in evocation

Interviewer:

And at the same moment where you (+ verb of action)

And when you (+ verb of action), how are you doing this? (can be use also with nonverbal gestures*)*

And (just) at the moment when you (+ verb of action), what are you doing?

And at the same time you (+ verb of action), what else are you doing?

And when you (+ verb of action), what do you start with?

And when you (+ verb of action), how do you know what you know?

And what happens first in that moment?

Key sentences oriented towards my research objectives

Interviewer:

*How do you know he or she ...? / How do you know that ...? (*in order to question the interaction*)*

*How do you know this is what you need to do? (*in order to question the « savoir-acquis »*)*

*When you (+ verb of action), what is your intention? (*to question the goal of the action)*

When you are there or (+ verb of action), what are you present to?

*At that moment, how are you feeling / what are you feeling in your body / which senses are you present to? / What do you see? (*to question the sensorial, kinesthetic or emotional experience)*

How do you know that some body parts are still in pain?

And when you sense x, what (environment, patient, space, thoughts) brings you to sense x?

Key sentences – Others

Interviewer:

When you do nothing, what are you doing?

In all of what you just described, what is important to you?

Maybe you are revisiting (finding) images or maybe not, you are the one that knows...

When you do x, what are you thinking about?

When you do x, what are you saying to yourself?

What are you present to?

What are you seeing?

How do you understand it in a theoretical point of view?

Section 3. Conclusion of the interview. 10 minutes.

Taking care of closing the interview properly

- If you agree, I'm suggesting that we take a moment before finishing our interview: do you have something you would like to add or comment concerning the moment(s) you just talked about?

Asking a last and open question

- If you agree, would you to tell me why you think you decided to talk about that specific moment?

Letting the participant conclude in a way that is comfortable for her

- Would you like to add something before we conclude?
- Thank you for your sharing.

ANNEXE H
NOTES RÉFLEXIVES POST-ENTRETIEN

Notes réflexives post-entretien

A) Mes impressions (juste après l'entretien)

- Rendre compte de mes impressions de manière libre, non censurée.
- Rendre compte du déroulement de l'entretien (alliance avec participante, problématiques particulières survenus durant l'entretien, impression générale de l'entretien, disposition de la participante après l'entretien, ce que j'ai ressenti et observé)

B) En lien avec mes objectifs de recherche

- Noter piste(s) d'analyse intéressante(s) ?

C) Retranscription des notes prises durant l'entrevue

D) À la lumière de l'entrevue et en vue de la prochaine entrevue

- Thème(s) spécifique(s) à explorer ?
- Question(s) spécifique(s) à poser ?

RÉFÉRENCES

- American Dance Therapy Association. (2020a). *What is dance/movement therapy?*.
<https://adta.memberclicks.net/what-is-dancemovement-therapy>
- American Dance Therapy Association. (2020b). *Marian Chace biography*.
<https://www.adta.org/marian-chace-biography>
- American Dance Therapy Association. (2020c). *Become a Dance movement therapist!*.
<https://adta.memberclicks.net/become-a-dance-movement-therapist>
- Association de thérapie par la danse et le mouvement au Canada. (s.d-a). *What is dance movement therapy?*. <https://www.dmtac.org/what-is-dmt>
- Association de thérapie par la danse et le mouvement au Canada. (s.d-b). *Education*.
<https://www.dmtac.org/education>
- Association for dance movement psychotherapy UK. (2021). *Home: Association for dance movement psychotherapy UK*. <https://admp.org.uk>
- Antoine, P. (2017). L'analyse phénoménologique interprétative. Dans M. Santiago-Delefosse et M. del Rio Carral (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 33-45). Dunod.
- Antoine, P. et Smith, J. A. (2017). Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. *Psychologie française*, 62(4), 373-395. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2016.04.001>
- Anzieu D. (1985). *Le Moi-peau*. Dunod.
- Anzieu, D. (dir.). (1993). *Les contenants de pensée*. Dunod.
- Anzieu, D. (1994). *Le penser. Du Moi-peau au Moi-pensant*. Dunod.
- Bois, D., Josso, M-C. et Humpich, M. (2009). *Sujet sensible et renouvellement du moi : les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. Point d'Appui.
- Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*. PUF.
- Bachelard, G. (1965). *L'intuition de l'instant*. Denoël.
- Barbier, P.-Y. (2006). Perspectives méthodologiques et épistémologiques entourant l'influence du phénomène étudié sur la formation de la sensibilité du chercheur dans les approches inductives à la lumière des notions ricœurniennes d'expérience vive, d'attestation de l'autre et de fidélité à soi. *Recherches qualitatives*, 26(2), 110-130.
<https://doi.org/10.7202/1085374ar>

- Bartenieff, I. (1972). Dance therapy: a new profession or a rediscovery of an ancient role of the dance? *Dance Scope*, 6-18.
- Basque, J. (2015). Le concept de compétences : Quelques définitions. Montréal, Canada : Projet MAPES (Modélisation de l'approche-programme en enseignement supérieur), Réseau de l'Université du Québec. Accessible en ligne sur le Portail de soutien à la pédagogie universitaire du réseau de l'Université du Québec : <http://pedagogie.quebec.ca>
- Behrends, A., Müller, S. et Dziobek, I. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.02.003>
- Berger, M. R. (2012). Marian Chace Foundation annual lecture: The improvisation of order. *American Journal of Dance Therapy*, 34(1), 6-19. <https://doi.org/10.1007/s10465-012-9128-8>
- Berger-Grosjean, E. (2005). *Retrouver l'intelligence du corps : une urgence dans nos organisations et nos modes de vie*. Interéditions.
- Berger, E. et Vermersch, P. (2006). Réduction phéno-ménologique et époque corporelle : psycho-phénoménologie de la pratique du point d'appui. *Expliciter*, (67), 45-50.
- Berger, E., Austry, D. et Lieutaud, A. (2013). (2022, 14 mai). Faire de la recherche avec et depuis son corps Sensible dix ans de recherches en psychopédagogie perceptive. *Réciprocités*. <https://www.cerap.org/en/epistemologie-methodologie/faire-de-la-recherche-avec-et-depuis-son-corps-sensible-dix-ans-de>
- Bergson, H. (1939). *Matière et mémoire : essai sur la relation du corps à l'esprit*. Presses universitaires de France.
- Bernard, M. (1995). *Le corps*. Éditions du seuil.
- Bernstein, P. (1986). *Theoretical approaches in dance/movement therapy*. Kendal/Hunt.
- Berrol, C. F. (2006). Neuroscience meets dance/movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33(4), 302-315. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2006.04.001>
- Bienaise, J. (2008). *Présence à soi et présence scénique en danse contemporaine : Expérience de quatre danseuses et onze spectateurs dans une représentation de la pièce shallow end* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/1324/1/M10405.pdf>
- Bigé, R. (2016). Ce que la phénoménologie peut apprendre de la danse. Straus, Merleau-Ponty, Patočka. *Recherches en danse*, 5. <https://doi.org/10.4000/danse.1394>
- Binswanger, L. (1998). *Le problème de l'espace en psychopathologie*. Presses universitaires du midi.

- Binswanger, L. (2012). *Rêve et existence* (traduit par F. Dastur). Vrin.
- Bioy, A., Castillo, M. et Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01>
- Blais, M. et Martineau, S. (2007). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Bloom, K. (2006). *The embodied self: Movement and psychoanalysis*. Karnac.
- Bois, D. et Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du sensible. *Réciprocités* (1), p. 6-22. <https://www.cerap.org/fr/paradigme-du-sensible/vers-l-emergence-du-paradigme-du-sensible>
- Boursier, P. (1978). *Histoire de la danse en Occident*. Seuil.
- Borowsky, J. et Linesch, D. (1993). Our own voices: new paradigms for art therapy research. *The arts in psychotherapy*, 20(1), 61-67. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(93\)90032-W](https://doi.org/10.1016/0197-4556(93)90032-W)
- Bräuninger, I. (2005). The efficacy of dance movement therapy group on improvement of quality of life: a randomized controlled trial. *The arts of psychotherapy*, 39(4), 296-303. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.03.008>
- Bräuninger, I. (2018). Dance movement therapy research and evidence-based practice for older people with depression. Dans A. Zubala et V. Karkou (dir.), *Arts therapies in the treatment of depression* (p. 215-225). Taylor et Francis Group.
- Brillon, M. (2011). L'alliance thérapeutique. Un défi constant pour le thérapeute. *Psychologie Québec*, 28(2), 20-23. <https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/psychologie-quebec-mars-2011/9798beba-a780-4a5f-a879-e77eadfb6ce8>
- Brossard, A. (1999). Construire des compétences, tout un programme! Entrevue avec Philippe Perrenoud. *Vie Pédagogique* (112), 16-20.
- Cabalu, J. (réalisateur). (2022). *Crystal Pite : Au-delà des mots*. [film documentaire]. Office national du film du Canada.
- Chace, M., Johnson, W.R. et Wooten, B.J. (1961). Our real lives are lived in rhythm and movement. *Journal of health, physical education, recreation*, 32(8), 30-56. <https://doi.org/10.1080/00221473.1961.10621445>
- Chace, M. (1993). Therapeutic concepts and techniques. Dans S. Sandel, S. Chaiklin et Lohn, A. (dir.), *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace* (p. 193-270). The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association.

- Chaiklin, S. (1975). Dance Therapy. Dans A. Silvano, Freedman, D et Jarl, E. (dir.), *American handbook of psychiatry* (volume 5). Basic Books.
- Chaiklin, S. et Schmais, C. (1993). The Chace approach to dance therapy. Dans S. Sandel, S. Chaiklin et Lohn, A. (dir.), *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace* (p. 75-97). The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association.
- Chaire de recherche UQAM pour le développement des pratiques innovantes en art, culture et mieux-être. (2019, 5 mai). *Qui sommes-nous*.
- Chodorow, J. (1995). Body, psyche and the emotions. *American journal of dance-therapy*, 17, 97-114. <https://doi.org/10.1007/BF02250954>
- Ciccone, A. (1997). L'éclosion de la vie psychique. Dans A. Ciccone, Y. Gauthier, B. Golse et D. Stern, *Naissance et développement psychique* (p. 11-37). Érès.
- Clarkson, P. (1994). The nature and range of psychotherapy. Dans P. Clarkson et M. Porkorny (dir.), *The handbook of psychotherapy* (p. 3-27). Routledge.
- Cruz, R. F. (2006). Assessment in dance/movement therapy. Dans S. Brooke (dir.), *Creative arts therapies manual: A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies* (p.133-143). Charles C. Thomas Publishers.
- Cupa, D. (2006). Une topologie de la sensualité : le Moi peau. *Revue française de psychosomatique*. 1(29), 83-100. <https://doi.org/10.3917/rfps.029.0083>
- Dance movement therapy association of Australia. (2022). *What is dance movement therapy?* <https://dtaa.org.au/therapy/>
- Damasio, A.R. (1994). *L'erreur de Descartes, la raison des émotions*. Odile Jacob.
- Damasio, A.R. (1999). *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience*. Odile Jacob.
- Dastur, F. (1993). Le fondement corporel de la subjectivité dans l'œuvre de Merleau-Ponty : La problématique du corps propre. *Évolutions psychomotrices*, (19), 15-18.
- De Gandt, F. (2006, octobre). *Ludwig Binswanger : pathologie et métaphores de l'espace*. [communication orale]. Colloque « *Inventer l'espace* », Paris, MSH, France.
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien chercheur : un analyseur de la position de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives, Hors-série*, (3), 28-43. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie_v3/Delavergne-FINAL2.pdf
- Delassus, J-M. (2007). *Devenir mère : histoire secrète de la maternité*. Dunod.

- Delbraccio, M. (2009). Le corps dans la psychiatrie phénoménologique. *L'information psychiatrique*, 85, 255-262. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0255>
- Delisle, G. (2002). De la Gestalt-thérapie à la PGRO. *Gestalt*, (22), 87-104. <https://doi.org/10.3917/gest.022.0087>
- Delumeau, J. (1993). *La civilisation de la Renaissance*. Flammarion.
- Deslauriers, J-P. (1987). L'analyse en recherche qualitative. *Cahiers de recherche sociologique*, 5(2), 145-152. <https://doi.org/10.7202/1002031ar>
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. McGraw-Hill.
- Dejours, C. (2009). Corps et psychanalyse. *L'information psychiatrique*, 85, 227-234. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8503.0227>
- Depraz, N. (2012). *Comprendre la phénoménologie : une pratique concrète*. Armand Colin.
- Descartes, R. (1641). *Méditations métaphysiques* (1re éd). Presses Universitaires de France.
- Devereaux, C. (2008). Untying the knots: Dance/movement therapy with a family exposed to domestic violence. *American Journal of Dance Therapy*, 30(2), 58-70. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-008-9055-x>
- Devereaux, C. (2012). Moving into relationship. Dance/movement therapy with children with autism. Dans L. Gallo-Lopez et L. Rubin (dir.), *Play bases interventions for children and adolescents with autism spectrum disorders* (p. 333-351). Routledge.
- Dibbell-Hope, S. (2000). The use of dance/movement therapy in psychological adaptation to breast cancer. *The Arts in Psychotherapy*, 27, 51-68. [http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4556\(99\)00032-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0197-4556(99)00032-5)
- Dolto, F. (1984). *Image inconsciente du corps*. Éditions du Seuil.
- Dolto, F. (1987) *Tout est langage*. Vertiges du Nord/Carrere.
- Dosamantes-Alperson, E. (1984). Experiential movement psychotherapy. Dans P. Lewis (dir.), *Theoretical approaches in dance/movement therapy* (p. 145-165). Kendall Hunt.
- Dosamantes-Beaudry, I. (2007). Somatic Transference and Countertransference in Psychoanalytic Intersubjective Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 29(2), 73-89. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-007-9035-6>
- Drapeau, M. et Letendre, R. (2001). Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour augmenter la rigueur en recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, 22, 73-92. <https://id.erudit.org/iderudit/1085610ar>

- Dreyfus, H. L. (2002). Intelligence without representation: Merleau-ponty's critique of mental representation the relevance of phenomenology to scientific explanation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1(4), 367-383. <https://doi.org/10.1023/A:1021351606209>
- Dubois, D., Klumpp, N. et Morel, M-A. (2002). Geste, mouvement, action : analyse lexicale et sémantique des concepts. Dans B. Bril et V. Roux (dir.), *Le geste technique : Réflexions méthodologiques et anthropologies* (p. 20-28). Érès.
- Dumet, N. (2004). Le corps du thérapeute : lieu d'actualisation transféro-contre transférentielle. *Filigrane*, 13(2), 81-95. https://spip.teluq.ca/filigrane/squelettes/docs/vol13_no2_automne/iDumet.pdf
- Dutt, C. (1998). *Herméneutique, esthétique, philosophie pratique : dialogue avec H. G. Gadamer*. Fides.
- Earhart G. M. (2009). Dance as therapy for individuals with Parkinson disease. *European journal of physical and rehabilitation medicine*, 45(2), 231-238.
- Erfer, T. et Ziv, A. (2006). Moving toward cohesion: group dance/movement with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, (33)3, 238-246. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2006.01.001>
- Erwin-Grabner, T., Goddill, S.W., Hill, E.S. et Von Neida, K. (1999). Effectiveness of Dance/movement therapy on reducing test anxiety. *American journal of dance therapy*, 21, 19-34. <https://doi.org/10.1023/A:1022882327573>
- Espenak, L. (1981). *Dance therapy: theory and application*. Charles C. Thomas Publisher.
- European association dance movement therapy. (2021). *What is dance movement therapy? (DMT)*. <https://eadmt.com/what-is-dance-movement-therapy-dmt>
- Faingold N. (1998). De l'explicitation des pratiques à la problématique de l'identité professionnelle : décrypter les messages structurants. *Expliciter*, 26, 17-20. <https://www.grex2.com/assets/files/expliciter/faingold3.pdf>
- Féral, E. (2015). L'approche théorico-clinique du concept d'image du corps. *Le Journal des psychologues*, 6(239), 48-52. <https://doi.org/10.3917/jdp.329.0048>
- Ferenczi, S. (1934). *Psychanalyse IV : Œuvres Complètes 1927-1933*. Payot.
- Finlay, L. (2005). Reflexive embodied empathy: A phenomenology of participant-researcher intersubjectivity. *The humanistic psychologist*, 33(4), 271-292. https://doi.org/10.1207/s15473333thp3304_4
- Fischman, D. (2009). Therapeutic relationships and kinesthetic empathy. Dans S. Chaiklin et H. Wengrower (dir.), *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance* (p. 33-54). Routledge.

- Fletcher, D. (1979). *Experience within the therapeutic process: A psychodynamic orientation*. Eight Theoretical Approaches in Dance-Movement Therapy. Kendall/Hunt.
- Forget, M-H. et Paillé, P. (2012). L'entretien de recherche centré sur le vécu. *Sur le journalisme, About Journalism, Sobre Jornalismo*, 1(1), 72-83.
<https://revue.surlejournalisme.com/slj/article/view/9>
- Fraenkel, D. L. (1983). The relationship of empathy in movement to synchrony, echoing, and empathy in verbal interactions. *American Journal of Dance Therapy*, 6(1), 31-48.
<https://doi.org/10.1007/BF02579518>
- Fraleigh, H. (1996). *Dance and the lived body*. University of Pittsburg Press.
- Freud, S. (2012). *Pulsions et destin de pulsions* (traduit par O. Mannoni). Payot.
- Freud, S. (1949). *Abrégé de psychanalyse* (traduit par A. Berman). Presses universitaires de France.
- Gaensbauer, T. J. (2004). Telling their stories: Representation and reenactment of traumatic experience occurring in the first year of life. *Zero to Three*, 24(5), 25–31.
- Gaetner, R. (2000). *De l'imitation à la création : les activités artistiques dans le traitement des psychoses et de l'autisme*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.gaetn.2000.01>
- Gallese, V. (2003). The roots of empathy: The shared manifold hypothesis and the neural basis for intersubjectivity. *Psychopathology*, 36(4), 171-180.
<http://dx.doi.org/10.1159/000072786>
- Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4(1), 23-48.
<http://dx.doi.org/10.1007/s11097-005-4737-z>
- Gauthier, B. (2012, avril). François Delsarte, maître du mouvement expressif. *Magazine numérique de l'Acfas*. <https://www.acfas.ca/publications/magazine/2012/04/francois-delsarte-maitre-mouvement-expressif>
- Geuter, U. (2015). The History and Scope of Body Psychotherapy. Dans G. Marlock, H. Weiss, C. Young et Soth, M. (dir.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (p. 22-39). North Atlantic books.
- Ginsburgs, V.H. et Goodill, S.W. (2009). A dance/movement therapy clinical model for women with gynecologic cancer undergoing high dose rate brachytherapy. *American Journal of Dance Therapy*, 31(2), 136-158. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-009-9076-0>
- Ginot, I. et Michel, M. (2008). *La danse au XXème siècle* (3^e éd.). Larousse.

- Genot, I. (1999). Corporéité. Dans P. Le Moal (dir.), *Dictionnaire de la danse* (p. 708). Larousse-Bordas.
- Gillot, P. (2007). *L'esprit, figures classiques et contemporaines*. CNRS Éditions.
<https://doi.org/10.4000/books.editions-cnrs.7373>
- Godard, H. (1994). Le souffle, le lien. *Marsyas - Revue de pédagogie musicale et chorégraphique*, (32), 27-31.
- Godard, H. (2008). Le geste et sa perception. Dans Ginot, I. et Michel, M. (dir.), *La danse au XXe siècle* (3^e éd., p. 236-241). Larousse.
- Golse, B. (1999). *Du corps à la pensée*. PUF.
- Goodill, S.W. (1987). Dance/movement therapy with abused children. *The Arts in Psychotherapy*, 14(1), 59-68. [https://doi.org/10.1016/0197-4556\(87\)90035-9](https://doi.org/10.1016/0197-4556(87)90035-9)
- Goodill, S.W. (2005). *An introduction to medical dance/movement therapy: Health care in motion*. Jessica Kingsley Publishers.
- Goodill, S.W. (2016). Dance/movement therapy and the arts in healthcare: The first 50 years. *American Journal of Dance Therapy*, 38(2), 293-296. <https://doi.org/10.1007/s10465-016-9235-z>
- Graham, M. (1992). *Mémoire de la danse* (traduit par C. Le Bœuf). Actes Sud.
- Gray, A. E. L. (2001). The body remembers: Dance/movement therapy with an adult survivor of torture. *American Journal of Dance Therapy*, 23(1), 29-43.
<http://dx.doi.org/10.1023/A:1010780306585>
- Gros, C. (2009). *Ludwig Binswanger*. Les éditions de la transparence.
- Hackney, P. (1998). *Making connections: Total body interaction through bartenieff fundamentals*. Gordon and Breach.
- Hanna, T. (1989). *La somatique*. Inter-éditions.
- Hanna, T. (2017). Qu'est-ce la somatique ? *Recherches en danse* [En ligne]
<https://doi.org/10.4000/danse.1232>
- Harbonnier-Topin, N., Dussault, G. et Ferri, C. (2016). Regards croisés sur deux pratiques d'analyse du mouvement. L'analyse du mouvement selon Laban (LMA) et l'analyse fonctionnelle du corps dans le mouvement dansé (AFCMD). *Recherches en danse*, 5.
<https://doi.org/10.4000/danse.1404>
- Harris, D.A. (2002). *Mobilizing to empower and restore: Dance/movement therapy with children affected by war and organized violence* (publication n° 1407934) [mémoire de maîtrise, Université Drexel de Philadelphie]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
<https://core.ac.uk/download/pdf/190334656.pdf>

- Harris, D. A. (2007). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among African adolescent torture survivors. *Torture: Journal on Rehabilitation of Torture Victims and Prevention of Torture*, 17(2), 134-155.
- Hart, S. (2008). *Brain, attachment, personality: An introduction to neuro-affective development*. Karnac.
- Hartley, L. (2004). *Somatic psychology Body, mind and meaning*. Whurr publishers.
- Haudiquet, X. (2013). Le regard positif inconditionnel : comment y parvenir?. *Approche Centrée sur la personne. Pratique et recherche*, 17, 65-78. <https://doi.org/10.3917/acp.017.0065>
- Heller, M. (2008). *Psychothérapies corporelles : fondement et méthodes*. De Boeck Université.
- Hervey, L. W. (2009). Encouraging research in dance/movement therapy. Dans S. Chaiklin et H. Wengrower (dir.), *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance* (p. 317-329). Routledge.
- Hill, H. (2009). Dancing with hope: Dance therapy with people with dementia. Dans S. Chaiklin, H. Wengrower (dir.), *The art and science of dance/movement therapy: Life is dance* (1^{ère} éd., p. 181-194). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Ho, R. T. (2005). Effects of dance movement therapy on Chinese cancer patients: A pilot study in Hong Kong. *The Arts in Psychotherapy*, 32(5), 337-345. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2005.04.005>
- Homann, K. (2007). Mind in the body: Concepts of neuroscience in dance/movement therapy. Dans les travaux présentés à la 42^e conférence annuelle de l'ADTA: *New currents, new bridges* [CD-ROM]. Brooklyn, New York: ADTA.
- Homann, K. B. (2010). Embodied concepts of neurobiology in dance/movement therapy practice. *American Journal of Dance Therapy*, 32, 80-99. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-010-9099-6>
- Homann, K.B. (2017). Engaging the dynamic equilibrium of the mind through dance/movement therapy. *American journal of dance therapy*, 39, 39-42. <https://doi.org/10.1007/s10465-017-9251-7>
- Houzel, D. (2012). Le corps et l'esprit : quelles relations?. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2, 23-48. <https://doi.org/10.3917/jpe.003.0023>
- Hove, M. J. et Risen, J.L. (2009). It's all in the timing : Interpersonnal synchrony inceases affiliation. *Social Cognition*, 27(6), 949-960. <http://dx.doi.org/10.1521/soco.2009.27.6.949>
- Humpich, J. (2016). Corps-touché-corps touchant : itinéraire singulier-pluriel du rapport à une affectivité charnelle dans l'accompagnement. *Les Collectifs du Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologique*, (1), 42-67.

[http://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/CollectifVol3/\[41-67\]Humpisch_CorpsTouche.pdf](http://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/CollectifVol3/[41-67]Humpisch_CorpsTouche.pdf)

- Husserl, E. (1931). *Méditations cartésiennes*. Colin.
- Husserl, E. (1950). *Idées directrices pour une philosophie et une phénoménologie transcendantale* (traduit par. P. Ricoeur, 1^{ère} éd.). Gallimard.
- Iacoboni, M. (2008). *Mirroring people: The new science of how we connect with others*. Farrar, Strauss et Giroux.
- Jager, B. (2017). *Psychology. At home among the arts and the humanities*. Université du Québec à Montréal.
- Jeong, Y. J., Hong, S. C., Soo Lee, M., Park, M. C., Kim, Y. K. et Suh, C. M. (2005). Dance movement therapy improves emotional responses and modulates neurohormones in adolescents with mild depression. *International Journal of Neuroscience*, 115(12), 1711-1720. <https://doi.org/10.1080/00207450590958574>
- Joly, Y. (1993). L'éducation somatique : au-delà du discours des méthodes. *Bulletin de l'association des praticiens de la méthode Feldenkrais de France*, (14), 22-24.
- Kaylo, J. (2003). *The body in phenomenology and movement observation* [document inédit]. Laban/Bartenieff and somatic studies international. [https://labaninternational.files.wordpress.com/2017/10/the-body-in-phenomenology-and-movement-observation- 2 .pdf](https://labaninternational.files.wordpress.com/2017/10/the-body-in-phenomenology-and-movement-observation-2.pdf)
- Klein, M. (1959). *La psychanalyse des enfants* (traduit par. J. B. Boulanger). Presses universitaires de France.
- Koch, N. et Nelson, B. (1998). Dance/movement therapy. Dans J.D. Nospitz (dir.), *Handbook of child and adolescent psychiatry*. Wiley.
- Koch, S.C. et Bräuninger, I. (2005). International dance/movement therapy research: Theory, methods, and empirical findings. *American Journal of Dance Therapy*, 27(1), 37-46. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-005-6091-7>
- Koch, S.C. et Bräuninger, I. (2006). International dance/movement therapy research: recent findings and perspectives. *American journal of dance therapy*, 28, 127-136. <https://doi.org/10.1007/s10465-006-9019-y>
- Koch, S.C. (2006). Report from the 2nd International Research Colloquium in Dance Therapy, Pforzheim, Germany. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 1(2), 161-163. <http://dx.doi.org/10.1080/17432970600877423>
- Koch, S. C. et Weidinger-von der Recke. (2009). Traumatised refugees: An integrated dance and verbal therapy approach. *The Arts in Psychotherapy*, 36(5), 289-296. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2009.07.002>

- Koch, S.C. et Fischman, D. (2011). Embodied enactive dance/movement therapy. *American journal of dance therapy*, 33, 57-72. [https://doi-org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/s10465-011-9108-4](https://doi.org.proxy.bibliotheques.uqam.ca/10.1007/s10465-011-9108-4)
- Koch, S., Kunz, T., Lykou, S. et Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The arts in psychotherapy*, 41(1), 46-64. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.004>
- Kornblum, R. (2008). Dance/Movement therapy with children. Dans D. McCarthy, *Speaking about the unspeakable: Non-verbal Methods and Experiences in Therapy with Children* (p. 101-114). Jessica Kingsley Publishers.
- Kossak, M.S. (2009). Therapeutic attunement: A transpersonal view of expressive arts therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36(1), 13-18. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2008.09.003>
- Krymko-Bleton, I. (2013). *Le développement affectif de l'enfant de la naissance à douze ans*. Québec : Télé-université Université du Québec
- Kuypers, P. (2021). Le paysage que je respire, un entretien avec Hubert Godard, *Nouvelles de danse*, (79), 6-7.
- Laban, R. (2003). *Espace dynamique* (traduit par. E. Schwartz-Rémy). Nouvelles de danse.
- Laban Bartenieff Institute of movement studies. (2022). *About LIMS*. <https://labaninstitute.org/about/>
- Laperrière, A. (2008). L'observation directe. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale* (p. 269-291). Presses de l'université du Québec.
- Lasnier, F. (2000). *Réussir la formation par compétences*. Guérin.
- Lawler, L. B. (1964). *The dance in ancient Greece*. Wesleyan University Press.
- Le Breton, D. (2002). *La sociologie du corps*. Presses Universitaires de France.
- Lebrument, N. (2013). Le corps comme pivot des rapports du langage et du sensible chez le premier Merleau-Ponty. *Recherches qualitatives – Hors-série*, (15), 381-396. http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hs-15/hs-15-Lebrument.pdf
- Le Camus, J. (1984). *Pratiques psychomotrices : de la R.P.M. aux thérapies à médiation corporelle*. Mardaga.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M-S., et Guillon, V. (2004) Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Revue québécoise en psychologie*, 23(3), 75-102.

- Lecourt, É. (2020). Chapitre 6. L'art-thérapeute et la relation art-thérapeutique. Dans E. Lecourt (dir.), *Les art-thérapies* (p. 237-279). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.lecou.2020.01.0237>
- Ledoux, J. (1998). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Simon and Schuster.
- Leduc, D. (2005). La description phénoménologique au service de l'authenticité en danse. *Recherche qualitatives* 25(1), 2005, 9-24. <https://doi.org/10.7202/1085541ar>
- Leduc, D. (2007). *Étude phénoménologique de l'état d'authenticité dans l'acte d'interprétation en danse contemporaine* (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal). Archipel. <https://archipel.uqam.ca/859/1/D1539.pdf>
- Leduc, D. (2010). Du corps vécu vers la danse-soi. *Cahiers du Cirp*, 1, 70-79. <https://www.cirp.uqam.ca/documents%20pdf/ArticleD.Leduc.pdf>
- Lee, T., Lin, Y., Chiang, C. et Wu, M. (2013). Dance/movement therapy for children suffering from earthquake trauma in Taiwan: A preliminary exploration. *The Arts in Psychotherapy*, 40(1), 151-157. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2012.12.002>
- Legault, M. (2015). *DAN751-C - Formation à l'entretien d'explicitation de l'action* [document inédit]. Université du Québec à Montréal.
- Legros, R. (2017). L'expérience phénoménologique. Réflexions à partir de l'œuvre de Dominique Janicaud. *Noesis*, (29), 33-51. <http://journals.openedition.org/noesis/3394>
- Le Moal, P. (2008). *Dictionnaire de la danse*. Larousse.
- Lesage, B. (2008). *Conscience corporelle : Habiter le corps, Habiter corporellement le monde* [document inédit].
- Lesage, B. (2012). *La danse dans le processus thérapeutique : Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*. Érès.
- Lesage, B. (2021). *Un corps à construire : Tonus, posture, spatialité, temporalité*. Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.lesag.2021.01>
- Lévesques, N. (2019). *Phora : Sur ma pratique de psy*. Varia Québec.
- Levy, F. (1995). *Dance and other expressive arts therapies: when words are not enough*. Routledge.
- Levy, F. (2005). *Dance/movement therapy: a healing art* (2^e éd.). American alliance for health, physical education, recreation and dance.

- Lionet, B. (2021). Chapitre 9. L'analyse phénoménologique interprétative. Dans : Antoine Bioy (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie* (p. 145-157). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.casti.2021.01.0145>
- Loupe, L. (1995). Quand les danseurs écrivent. *Nouvelles de danse*, (23),14-22.
- Madioni, F. (2004). Le psychothérapeute « à l'école de phénoménologie ». *Topique*, 3(88), 173-183. <https://doi.org/10.3917/top.088.0173>
- Marlock, H. (2015). The influence of Elsa Gindler. Dans G. Marlock, H. Weiss, C. Young et Soth, M. (dir.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (p. 40-46). North Atlantic books.
- Marlock, G. et Weiss, H. (2015). Preface: The field of body psychotherapy. Dans G. Marlock, H. Weiss, C. Young et Soth, M. (dir.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (p. 1-17). North Atlantic books.
- Marlock, H., Weiss, C., Young et Soth, M. (dir.). (2015). *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology*. North Atlantic books.
- Martens, F. (2008). Quel corps chez Freud ? *Le Coq-héron*, 3(194), 100-112. <https://doi.org/10.3917/cohe.194.0100>
- Mc Garry, L. et Russo, F. (2011). Mirroring in dance/movement therapy: potential mechanisms behind empathy enhancement. *The Arts in Psychotherapy*, 38(3), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2011.04.005>
- Meekums, B. (2002). *Dance movement therapy: A creative psychotherapy approach*. Sage Publications.
- Meekums, B., Vaverniece, I., Majore Dusele, I. et Rasnacs, O. (2012). Dance movement therapy for obese women emotional eating: A controlled pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 39(2), 126-133. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2012.02.004>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Gallimard.
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Gallimard.
- Merx, D. (2016). *Pour une ontologie des chairs. Une relecture critique de la notion de « chair du monde » chez Merleau-Ponty* [mémoire de maîtrise, Université Paris 1]. Dumas. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01428926/document>
- Méthodus. (1934). Dans F. Gaffiot (dir.), *Dictionnaire latin français* (p. 973). Hachette.
- Michels, K., Dubaz, O., Hornthal, E. et Bega, D. (2018). Dance Therapy as a psychotherapeutic movement intervention in Parkinson's disease. *Complementary therapies in medicine*, 40, 248-252. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2018.07.005>

- Ministère de la Culture et des Communications du Québec et Centre hospitalier de l'Université de Montréal. (2012, septembre). *Introduire l'art et la culture en milieu de soins et de services sociaux, 2012*. Agenda 21 de la culture du Québec.
https://mcc.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/agenda21/ArtCulture-121207_web.pdf.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2020, septembre). *Développement durable : Culture en santé et services sociaux, 2020*.
<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/developpement-durable/info-developpement-durable/culture-en-sante-et-services-sociaux/>
- Minkowski, E. (2013). *Le temps vécu : études phénoménologiques et psychopathologiques*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.mink.2013.01>
- Mucchielli, A. (2005). Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains. *Recherches qualitatives, Hors-série*, (1), 7-40.
http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/hors_serie/hors_serie/texte%20Mucchielli%20actes.pdf
- Mucchielli, A., (2009). Constructiviste (Paradigme). Dans A. Mucchielli (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (p. 30-35). Armand Colin.
<https://doi.org/10.3917/arco.mucch.2009.02.0016>
- Muller-Pinget, S., Carrard, I., Ybarra, J. et Golay, A. (2012). Dance therapy improves self-body image among obese patients. *Patient education et counseling*, 89(3), 525-528.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2012.07.008>
- Neto, M. G., Menezes, M. A. et Carvalho, V. O. (2014). Dance therapy in patients with chronic heart failure: A systematic review and a meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 28, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215514534089>
- Nichols, N. (2010). Notre corps, cet étrange objet? : son importance dans le développement du sujet et dans le champ thérapeutique. *Psychothérapies*, 2(30), 89-95.
<https://doi.org/10.3917/psys.102.0089>
- Norcross, J.C. et Lambert, M.J. (2011) Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0022180>
- Ordre des psychologues du Québec. (2011). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de psychologue au Québec*.
<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191auQuébec/af9ce31c-b8dd-4cad-8f4a-9>
- Paillé, P. (dir.) (2006). *La méthodologie qualitative : posture de recherche et travail de terrain*. Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2016). Analyse qualitative en sciences humaines et sociales. *Sciences humaines et sociales* (4^e éd.). Armand Collin.

- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Presses universitaires d'Oxford.
- Payne, H. (1992). *Dance movement therapy: Theory and practice*. Routledge.
- Payne, H. (2013). *Dance movement therapy: Theory, research and practice* (2^e édition). Routledge.
- Perrault Soliveres, A. (2001). Praticien-chercheur : défricher la nuit. Dans Mackiewicz, M.-P. (Éd.). *Praticien et chercheur. Parcours dans le champ social* (p. 41-53). L'Harmattan.
- Perrier, J-F. (2016). L'approche phénoménologique en médecine. *Revue phares*, 16(1), 167-189. <https://revuephares.com/wp-content/uploads/2016/04/Phares-XVIa-07-Jean-Francois-Perrier.pdf>
- Pierce, L. (2013). The integrative power of dance/movement therapy. Implications for the Treatment of dissociation and developmental trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), <http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.002>
- Ponterrotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.52.2.126>
- Plante, P. et Bernèche, R. (2009). L'art-thérapie : un espace favorable à la résurgence du potentiel créateur. *Revue québécoise de psychologie*, 30(3), 11-28.
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70. <https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Prudhommeau, G. (1986). *Histoire de la danse. Tome 1 : des origines à la fin du moyen âge*. Amphora.
- Puxeddu, V. (2017). Chapitre 4. La danse-thérapie. Dans É. Lecourt (dir.), *Les art-thérapies* (p. 120-161). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/dunod.lecou.2020.01.0137>
- Pylvänäinen, P.M., Muotka, J. et Lappalainen, R. (2015). A dance movement therapy group for depressed adult patients in a psychiatric outpatient clinic: Effects of the treatment. *Frontiers in psychology*, 6(980). <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00980>
- Quintin, J. (2005). *Herméneutique et psychiatrie. Pouvoirs et limites du dialogue*. Liber.
- Quintin, J. (2018). Intimité et tact. Quand il s'agit de faire vivre. Dans J. Quintin, F. Vinit et F. Herrera (dir.), *Intimité et secrets dans les soins*. Liber.
- Rainbow, H., Fong, T., Chan, W.C., Kwan, J., Chiu, P., Yau, J., Lam, L. (2018). Psychophysiological effects of dance movement therapy and physical exercise on older adults with mild dementia: A randomized controlled trial, *The Journals of Gerontology*, 75(3), 560-570, <https://doi.org/10.1093/geronb/gby145>

- Randin, J. (2008). Qu'est-ce que l'écoute : des exigences d'une si puissante « petite chose ». *Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche*, 7, 71-78. <https://doi.org/10.3917/acp.007.0071>
- Richir, M. (1993). *Le corps : essai sur l'intériorité*. Optiques Philosophiques.
- Ricoeur, P. (1957). Place de l'œuvre d'art dans notre culture. *Foi et éducation*, 27, 5-11.
- Ricoeur, P. (2013). *Cinq études herméneutiques*. Genève: Labor et Fides.
- Rizzolatti, G. et Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169-192. <https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.27.070203.144230>
- Rizzolatti, G. et Craighero, L. (2005). Mirror neuron: A neurological approach to empathy. Dans J.P. Changeux, A. Damasio, W.J. Singer et Y. Christen (dir.), *Neurobiology of human values: Research and perspectives in neurosciences*, (107-123). Springer.
- Robbins, A. (1986). *Expressive therapy: A creative arts approach to depth-oriented treatment*. Presses des sciences humaines.
- Röhricht, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4(2), 135-156. <https://doi.org/10.1080/17432970902857263>
- Romano, H. (2010). Traces du trauma dans les « jeux » d'enfants victimes d'évènements traumatiques. *Le Journal des psychologues*, 6(279), p. 57-61. <https://doi.org/10.3917/jdp.279.0057>
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Norton.
- Rosa, H. (2018). *Résonance : une sociologie de la relation au monde*. La Découverte.
- Rowan, J. (1985). Listening as a four-level activity. *British journal of psychotherapy*, 1(4), 274-285. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0118.1985.tb00916.x>
- Roy, S. (2010, 30 mars). Step-by-step guide to dance: Pina Bausch/Tranztheater Wuppertal. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/stage/2010/mar/29/dance-pina-bausch-tanztheater-wuppertal>
- Sandel, S. L., Chaiklin, S. et Lohn, A. (1993). *Foundations of dance/movement therapy. The life and work of Marian Chace*. The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association.
- Sandel, S. L. (1993). The process of empathic reflection in dance therapy. Dans S. Sandel, S. Chaiklin et Lohn, A. (dir.), *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace* (p. 98- 111). The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association.

- Sandel, S. L., Judge, J. O., Landry, N., Faria, L., Ouellette, R. et Majczak, M. (2005). Dance and movement program improves quality-of-life measures in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 28(4), 301-309. <http://dx.doi.org/10.1097/00002820-200507000-00011>
- Santiago-Delefosse, M. et Del Rio Carral, M. (2017). *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé*. Dunod.
- Sakiyama, Y. et Koch, N. (2003). Touch in dance therapy in Japan. *American Journal of Dance Therapy*, 23(2), 79-95. <https://doi.org/10.1023/B:AJOD.00000004756.48893.4c>
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherches sociales, de la problématique à la production de données* (5^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
- Schwartz-Rémy, É. (2003). Préface. Dans R. Laban, *Espace dynamique* (p. 13-20). Nouvelles de danse.
- Schlesinger, H. J. (1981). The process of empathic response. *Psychoanalytic inquiry*, 1, 393-416. <https://doi.org/10.1080/07351698109533411>
- Schmitt, É-É. (2000). *L'Évangile selon Pilate*. Albin Michel.
- Schmais, C. et Felber, D.J. (1977). Dance therapy analysis: A method for observing and analyzing a dance therapy group. *American Journal of Dance Therapy*, 1, 18-25. <https://doi.org/10.1007/BF02579600>
- Schmais, C. (1985). Healing processes in group dance therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 8,17-36. <https://doi.org/10.1007/BF02251439>
- Schore, A. N. (2003) *Affect regulation and the repair of the self*. W.W. Norton
- Scott-Billmann, F. (2001). *Le besoin de danser*. Odile Jacob.
- Schott-Billman, F. (2012). *Quand la danse guérit*. Le Courrier du livre.
- Schott-Billmann, F. (2015). Danse et psychanalyse : regards croisés. *Insistance*, 9, 29-39. <https://doi.org/10.3917/insi.009.0029>
- Serlin, I. A., Classen, C., Frances, B., et Angell, K. (2000). Symposium: Support groups for women with breast cancer: Traditional and alternative expressive approaches. *The Arts in Psychotherapy*, 27, 123–138.
- Sheets-Johnstone, M. (1984). *Illuminating Dance: Philosophical Explorations*. Presses d'universités associées.
- Sheets-Johnstone, M. (2015). *The phenomenology of dance* (4^e éd.). Temple university press.
- Sherborne, V. (1990). *Developmental Movement for Children*. Presses universitaires de Cambridge.

- Shoop, T. et Mitchell, P. (1974). *Won't you join the dance? A Dancer's essay in the treatment of psychosis*. National Press.
- Siegel, E.V. (1993). Marian Chace and psychoanalysis. Dans S. Sandel, S. Chaiklin et A. Lohn (dir.), *Foundations of dance/movement therapy: The life and work of Marian Chace* (p. 169- 75). The Marian Chace Memorial Fund of the American Dance Therapy Association.
- Siegel, E.V. (1999). Physical countertransference: Empathy and empathy movement. Dans E.V. Siegel, S. Trautman-Voigt et B. Voigt (dir.) *Analytical Dance/Movement therapy*. Ernest Reinhardt.
- Simms, E. (2008). *The child in the world: Embodiment, time, and language in early childhood*. Presses Universitaires de Wayne State.
- Smith, J. A. (dir.). (2008). *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2^e éd.). Sage.
- Smith, J. A. et Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. Dans J. A. Smith (dir.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods* (2^e éd., p. 53-80). Sage.
- Sossin, L. et Amighi, L. (1999). *The meaning of movement: Developmental and clinical perspectives of the Kestenberg movement profile*. Gordon and Breach.
- Spitz, R. (1962). Autoerotism re-examined. *The psychoanalytic study of the child*, 17(1), 283-315, <https://doi.org/10.1080/00797308.1962.11822849>
- Stanton-Jones, K. (1999). *An introduction to dance movement therapy in psychiatry*. Routledge, Chapman and Hail.
- Straus, E. (2000). *Du sens des sens : contributions à l'étude des fondements de la psychologie*. Jérôme Milloné.
- Tortora, S. (2004). Our moving bodies tell stories which speak of our experiences. *Zero to Three*, 24(5), 4-12.
- Tortora, S. (2006). *The dancing dialogue: Using the communicative power of movement with young children*. Paul H. Brookes Publishing.
- Tortora, S. (2013). The essential role of the body in the parent-infant relationship: Nonverbal analysis of attachment. Dans J. Bettmann et D. Firedman (dir.), *Attachment-based clinical social work with children and adolescents* (p. 141-164). Springer.
- Tortora, S. (2019). Children are born to dance! Pediatric Medical Dance/Mouvement Therapy: The View from Integrative Pediatric Oncology. *Children*, 6(1),14. <https://doi.org/10.3390/children6010014>

- Trautmann-Voigt, S. (2015). Dance therapy. Dans G. Marlock, H. Weiss, C. Young et Soth, M. (dir.), *The handbook of body psychotherapy and somatic psychology* (p. 849-862). North Atlantic books.
- Turner, B. (1984). *The Body and Society*. Blackwell.
- Unkovich, G., Butté, C. et Butler, J. (2017). *Dance movement psychotherapy with people with learning disabilities. Out of the shadows, into the light*. Routledge.
- Van der Kolk, B. (2018). *Le corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. Albin Michel.
- Van Manen, M. (2015). *Researching lived experience: Human Science for an Action sensitive pedagogy* (2^e éd.). Routledge Taylor and Francis Group.
- Vaysse, J. (2006). *La danse-thérapie : histoire, techniques, théories* (2^e ed). L'Harmattan.
- Vermes, K. (2011) Intersensory and intersubjective attunement: Philosophical approach to a central element of dance movement psychotherapy. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(1), 31-42. <https://doi.org/10.1080/17432979.2010.533823>
- Vermesch, P. (1998). Détacher l'explicitation de la technique d'entretien?. *Expliciter*, (25), 1-15. https://www.grex2.com/assets/files/expliciter/detacher_lexplication_de_lentretien.pdf
- Vermesch, P. (2011). *L'entretien d'explicitation* (7^e éd.). ESF Éditeur.
- Vermesch, P. (2013, 6 octobre). *Comment est né l'entretien d'explicitation ?* [vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ISQKNR7lJgI>
- Viera, S. (2015). Approches somatiques du corps dans la danse. *Brazilian journal on presence studies*, 5(1), 127-147. https://pratiquesartistiques.bas-rhin.fr/upload/documents/Formations/PB-Approches_somatiques_du_corps_dans_la_danse.pdf
- Vigarello, G. (auteur). (2000, 5 décembre). Le culte du corps dans la société contemporaine [Vidéo]. Dans UTLS-la suite (réalisation), *Université de tous les savoirs*. Canal-U. <https://www.canal-u.tv/chaines/utls/l-esprit-de-notre-temps/le-culte-du-corps-dans-la-societe-contemporaine>
- Vinit, F. (2007). *Le toucher qui guérit : du soin à la communication*. Belin.
- Wallon, H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant* (8^e éd.). *Les préludes du sentiment de personnalité*. PUF.
- Willemann, E. (2004). Au corps de la gestalt : le processus corporel au sein de la théorie du self. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 1(15), 45-91. <https://doi.org/10.3917/cges.015.0045>
- Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 168-174). Payot.

- Winnicott, D. W. (1971). *L'enfant et sa famille : les premières relations* (traduit par A. Stronck-Robert). Payot.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel* (traduit par C. Monod et J.-B. Pontalis; 2^e éd.). Gallimard.
- Whitehouse, M.S., Adler, J. et Chodorow, J. (1999). *Authentic Movement*. Jessica Kingsley Publishers. Basic Books.
- Wykretowicz, H., Stiefel, F., Saraga, M., Bourquin, C. (2015). Pluralité des corps : 2. Le corps vécu. *Revue médicale Suisse*, 1(461), 389-393. <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-461/pluralite-des-corps-2.-le-corps-vecu>
- Yalom, I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York
- Yardley, L. (2008). Demonstrating validity in qualitative psychology. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. Dans J. A. Smith (dir.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (2^e éd., p. 235-251). Sage.
- Yardley, L. (2017). Demonstrating the validity of qualitative research. *The Journal of Positive Psychology*, 12(3), 295-296. <https://doi.org/10.1080/17439760.2016.1262624>
- Young, C. (2011). The history and development of body psychotherapy: European collaboration. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 6(1), 57-68. <https://doi.org/10.1080/17432979.2010.545189>
- Young, J. (2017). The therapeutic movement relationship in Dance/Movement therapy: A phenomenological study. *American Dance Therapy Association*, 39, 93-112. <http://dx.doi.org/10.1007/s10465-017-9241-9>