

# Le processus de construction d'une théorisation ancrée : émergence d'un nouveau modèle de santé



**Josée Lachance**

Chercheure en santé intégrative, Formatrice et praticienne en fasciathérapie, somato-psycho-pédagogie et entretien d'explicitation.

<https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.18763757>

## Résumé :

Cet article présente le processus de théorisation ancrée ayant permis l'élaboration d'un modèle innovant de santé basé sur les pratiques du Sensible (PS). Partant d'une étude qualitative auprès de six médecins français formés aux PS, l'auteure analyse les effets de ces pratiques sur leur vie personnelle et professionnelle. La méthodologie repose sur des entretiens : compréhensif et d'explicitation.

Les résultats révèlent un mouvement de transformation chez les médecins dans la sphère intrapersonnelle : un recentrage corporel profond (vers soi). Ce changement amène une ouverture vers l'autre dans la sphère interpersonnelle. Les PS génèrent un nouveau rapport au corps qui, par ricochet, déclenche un changement de rapport à soi, à l'autre, à l'acte de soin et à la santé. L'émergence d'un « savoir-être » intégratif se manifeste par huit compétences clés : intrapersonnelles et interpersonnelles. Ces transformations s'inscrivent dans une dynamique de changement identitaire, par une pédagogie expérientielle corporelle.

La modélisation finale, enrichie au fil de congrès internationaux, propose une conception élargie de la santé comme processus dynamique d'auto-régulation, de cohérence et de sens. L'article conclut sur la pertinence d'un nouveau paradigme de santé, intégrant formation et soin, pour favoriser la santé globale et la prévention par une pédagogie de la conscience corporelle.

**Mots clés :** Théorisation ancrée, Pratiques du Sensible, Savoir-être, Transformation identitaire, Santé intégrative

## Abstract :

This article presents the grounded theory process that led to the development of an innovative health model based on Awakening the Sensible Being (ASB). Based on a qualitative study involving six French physicians trained in ASB, the author analyzes the effects of these practices on their personal and professional lives. The methodology relies on two types of interviews: comprehensive and explicitation.

The results reveal a transformative movement among the physicians in the intrapersonal sphere: a profound bodily refocusing (towards oneself). This change leads to an openness towards others in the interpersonal sphere. ASB generates a new relationship with the body which, in turn, triggers a change in the relationship to oneself, to others, to the act of care, and to health. The emergence of an integrative "savoir-être" is manifested through eight key skills: intrapersonal and interpersonal. These transformations are part of a dynamic identity change, through an experiential, embodied pedagogy.

The final model, enriched through international conferences, proposes a broadened conception of health as a dynamic process of self-regulation, coherence, and meaning. The article concludes by highlighting the relevance of a new health paradigm, integrating training and care, to promote overall health and prevention through a pedagogy of body awareness.

**Keywords :** Grounded theory, Sensory practices, Interpersonal skills, Identity transformation, Integrative health

## Introduction

**L**e présent article a pour but de présenter les différentes étapes d'une expérience de construction d'une modélisation par théorisation ancrée et d'en discuter les résultats à la lumière de plusieurs travaux de chercheurs du Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive (CERAP). Cette modélisation est née au cours de notre thèse de doctorat (Lachance, 2016a) et s'est ensuite poursuivie au fil des divers communications scientifiques dans le cadre de congrès internationaux. La pièce centrale de cette modélisation est la thèse que nous présentons succinctement : la problématique, la question de recherche et les objectifs ainsi que la méthodologie. ■■

## Le contexte de la thèse doctorale

Les professionnels de la santé sont aux prises avec des problèmes d'épuisement et/ou de burn-out de manière beaucoup plus élevée que la population en générale (Ishak et al., 2013 ; Llera and Durante, 2014 ; Rodrigues et al., 2012, Tung et al., 2018). Des travaux rendent compte des efforts qui ont été déployés pour trouver des solutions à

l'aide d'approches complémentaires incluant notamment des pratiques de pleine conscience et les interventions corps-esprit (Hassed et al., 2009 ; Maclaughlin et al., 2011 ; Motz et al., 2012 ; Irving et al., 2014 ; Van der Riet et al., 2018 ; Van Vliet et al., 2018). Plusieurs de ces recherches arrivent à des conclusions positives sur les effets de ces approches auprès de ce type de population. Cependant ces dernières sont plutôt hétérogènes dans le type d'intervention, la durée et la structure de recherche.

Aucune recherche ne portait sur les pratiques du Sensible<sup>1</sup> en lien avec les enjeux traversés par les soignants et énoncés ci-dessus. L'objectif principal de notre étude a été de décrire l'expérience de six médecins de France formés à la Fasciathérapie (MDB) et/ou à la Somato-psychopédagogie. La question générale était : « L'apprentissage des pratiques du Sensible suscite-t-il des transformations aux plans personnel et professionnel chez des médecins formés à cette approche? Si oui, de quels ordres sont-elles ? ».

---

<sup>1</sup> Les pratiques du Sensible incluent deux pratiques : la fasciathérapie MDB et la somato-psychopédagogie. La Fasciathérapie MDB (enseignée à des médecins, kinésithérapeutes ou ostéopathes en Europe) est pratiquée dans un contexte thérapeutique ; la Somato-psychopédagogie ou Accompagnement Pleine Présence (enseignée à des soignants ou à des non soignants) est utilisée essentiellement à visée pédagogique. Ces 2 disciplines se composent chacune de 4 outils complémentaires : la thérapie manuelle, la gymnastique sensorielle (ou pratique gestuelle), l'introspection sensorielle (plus récemment appelée Méditation Pleine Présence® ; Bois, 2019) et l'entretien verbal à partir de l'expérience corporelle

Il s'agissait d'identifier et décrire les transformations suite à leur formation, 1/ relativement à la sphère personnelle, du rapport à leur corps, leur santé et leur qualité de présence à eux-mêmes, et 2/ relativement à la sphère professionnelle, leur conception de la santé, leur qualité de présence aux autres professionnels et à leurs patients.

Nous nous intéressions à mieux comprendre les effets positifs que pouvaient produire les pratiques du Sensible auprès des médecins. Nous voulions mieux saisir l'impact de l'attention portée au corps et ses effets sur la qualité de présence et la capacité de prendre soin de soi, comme préalable pour une éducation à la santé de l'intérieur. Plutôt que d'observer les facteurs de risques reliés au burn-out, nous cherchions davantage à identifier les ressources de santé.

La méthodologie de production de données s'est appuyée sur deux formes d'entretien visant à accéder à l'expérience subjective des participants : l'entretien compréhensif (Kaufmann, 2011) et l'entretien d'explicitation (Vermersch, 2010). Les deux types d'entretien semi-structurés ont été effectués en une seule rencontre par personne, d'une durée de 90 à 105 minutes. Ils ont été conduits auprès de six médecins formés à la Fasciathérapie (MDB)

et/ou à la Somato-psychoéducation.

L'analyse des données brutes a été produite par deux démarches. La première a été réalisée par thématisation à partir du contenu des entretiens et ensuite par catégorisation conceptualisante d'où a émergé une théorisation ancrée (Paillé, 1994). À la suite de la première démarche d'analyse par thème et par catégorisation, 26 phénomènes sont apparus pour la majorité des participants (Lachance et Desbiens, 2021b). Une deuxième démarche a consisté à analyser les contenus associés à ces 26 phénomènes. Nous avons ensuite fait un croisement entre les résultats des deux démarches. C'est au cours de ce croisement que le mouvement de modélisation de théorisation ancrée a commencé à apparaître. ■■

## Le chemin de la théorisation ancrée

Notre théorisation ancrée s'est appuyée sur le processus d'analyse en six étapes proposé par Paillé (1994) : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et finalement la théorisation. La théorisation ancrée est un processus pour parvenir « à une

représentation formalisée de l'architecture et de la dynamique des phénomènes à l'étude » (Paillé, 2017, p. 79).

La première étape, la codification, « consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial » (Paillé, 1994, p. 153). Elle cherche à capter le vécu dans la conscience des personnes (Paillé, 2017). La deuxième étape, la catégorisation, est une seconde codification qui cherche à nommer de manière plus globale le phénomène en présence ; le processus passe à un niveau conceptuel. La catégorie « incarne la compréhension d'un phénomène » (Ibid, p. 75). L'étape trois permet d'établir des liens dans l'agencement entre les différentes catégories. Chaque phénomène étant multidimensionnel, les liens peuvent prendre des formes infinies de « parentés, affinités, antagonismes » (Ibid, p. 76). La quatrième étape, l'intégration, permet de « procéder à l'intégration des composantes multidimensionnelles » (Paillé, 1994, p. 172) précédentes. L'étape cinq, de modélisation, consiste à décrire à travers un modèle intégrateur les relations structurelles et fonctionnelles qui définissent le phénomène, ses propriétés, antécédents et conséquences. Et pour finir, la théorisation, qui vise à consolider le modèle développé, est autant un processus qu'un résultat. « En pratique, la consolidation de la théorie a lieu en

même temps que son développement » (Paillé, 1994, p. 177).

Au plan expérientiel, nous avons souvent décrit, durant notre thèse, le processus d'analyse vers la théorisation ancrée comme un cheminement de résolution d'un puzzle dont on n'aurait ni l'image à obtenir ni les morceaux qui la composent. Les seuls éléments sur lesquels s'appuyer sont les entretiens : les mots et les phrases des participants. Tout est à construire, ou plutôt tout est à déconstruire et à reconstruire à partir de la question de recherche et de ses objectifs.



Image générée par IA (fév 2026)

La qualité du processus est d'abord tributaire de la rigueur observée dans les deux premières étapes : la codification est une première mise en forme et une identification des pièces du puzzle à partir du vécu des participants ; la catégorisation est une mise en forme par identification des colorations prédominantes de chaque pièce préfigurant une mise en relation subséquente des pièces du puzzle. A l'étape de la mise en relation on commence à voir

apparaître des morceaux d'image. Par la suite, une intégration et une modélisation de l'assemblage des différents morceaux permet d'arriver à une image finale de la théorisation et de faciliter la compréhension des phénomènes complexes en présence. Nous proposons de décrire et de présenter ces différentes étapes dans la section suivante. ■■

### **L'émergence de la modélisation de l'expérience de formation des médecins aux pratiques du sensible par théorisation ancrée**

Le début de la modélisation de l'expérience de formation des médecins aux pratiques du Sensible par théorisation ancrée est apparu à la fin de notre thèse (Lachance, 2016a), au cours d'un constat commun avec mon directeur de thèse que nous avons dépassé le stade de l'énumération de thèmes ou de catégories, et que les mises en relation autour d'un « phénomène central » au sens de Paillé (2017) étaient visibles, mais pas encore achevées. Cette émergence s'est déroulée par étape dont nous allons rendre compte ici : 1) les concepts clés de notre thèse, 2) le début de la modélisation incluse dans notre thèse et 3) la poursuite de la modélisation après la thèse au fil de congrès.

### **■ Les concepts clés de la thèse**

La modélisation a été alimentée par des concepts intégrés dans la thèse. Tout d'abord, le concept de santé en lien avec la conscience, soulevé par Newman (1990 ; 1997). Selon cet auteur, l'élargissement de l'état de conscience de la personne marque un pas vers la poursuite d'une santé optimale et évolutive, qu'elle exprime par l'entièreté de son être et de son articulation globale avec son environnement. Comme le propose Newman (1997), l'accès à la globalité de la personne nécessite que le médecin soit en relation avec lui-même pour mieux contacter l'entièreté de son patient. Depuis cette posture en surplomb, il peut inviter le patient à élargir sa conscience, son point de vue, partant du principe qu'une conscience rehaussée du patient sur sa vie, ses choix et ses comportements, est le premier mouvement vers plus de santé.

Un deuxième concept de la thèse est celui du carrefour soin-formation (Honoré, 1992 ; 2003), où l'expérience formatrice devient soignante et contribue à donner du sens. Pour Honoré (2003) la question de la santé d'une personne est irréductible de son devenir dans son environnement. La santé « est le dynamisme de l'accomplissement, phénomène du déploiement de l'homme en son humanité » (Honoré, 2003, p. 156). Dans cette vision,

l'acte simple de se former peut donc porter des vertus soignantes pour les personnels soignants, leur donner l'opportunité de prendre soin d'eux, d'apprendre à prendre soin d'eux-mêmes.

Ces deux concepts et leurs auteurs ont vraisemblablement nourri le cheminement de théorisation ancrée tant par le processus de prise de hauteur apporté par la démarche de formation à la Fasciathérapie (MDB) et/ou à la Somatopsychopédagogie que les participants-médecins ont suivie, ainsi que Newman le suggère, que par le contenu même de la formation qui porte à la réflexivité en s'appuyant sur la dimension corporelle de l'expérience (Courraud, 2015) et en stimulant la conscience de soi, de son rapport à soi, aux autres et au monde. Et ces dimensions de l'autre et du monde procèdent de cette notion d'environnement dont parle Honoré et Newman. La prochaine section explore les différentes composantes des résultats de la recherche ayant contribué à la mise en forme de la modélisation.

## ■ Le début de la modélisation incluse dans la thèse

La figure 1 à la page suivante est issue de notre thèse. Elle tente de représenter le processus et les étapes traversés par les participants-médecins

pendant leurs formations respectives.

L'élément fondateur de la construction du modèle est la sensation simultanée de rapprochement et d'éloignement de soi qu'évoquent les participants-médecins autour de leurs expériences corporéisées au contact des pratiques du Sensible. Cette simultanéité nous intriguait. Sa centration sur le corps de la personne reflète l'importance de l'expérience corporelle et permet à la fois de figurer le rapprochement et l'éloignement et de mieux saisir le phénomène expérientiel en jeu aux contacts de cette pratique. Cette composante phare a sculpté toute l'organisation de la modélisation, comme « une ligne de force d'organisation » (Paillé, 2017).

Une représentation en cercles concentriques (figure 1) évoque la dimension spatiotemporelle à parcourir pour aller vers le centre ou s'en éloigner. Plus la personne se déplace vers le centre, plus elle est dans une expérience corporelle profonde d'elle-même (figuré par la flèche passant du Temps 1 au Temps 2). Ce faisant, l'accroissement de l'ancrage corporel permet aux participants-médecins de dépasser des limites (peur de l'erreur, manque d'estime de soi et anxiété). Certains mentionnent avoir vécu « une sensation de réconciliation avec eux-mêmes » et avoir fait des prises de conscience (le temps 2 réalisant une prise de recul par rapport au



temps 1). De là, une prise de recul permet un décentrage ouvrant à des nouveaux points de vue, par rapport à la position initiale ainsi que les comportements y étant reliés. Plusieurs mentionnent même un changement de rapport à la confiance : confiance en soi, confiance en sa vie ou en la vie. Ce double déplacement transforme les références internes, permet de s'écouter d'une manière renouvelée et peut engager la personne dans un chemin de transformation personnelle et

identitaire. Ces prises de conscience au contact du Sensible contribuent à augmenter le pouvoir qu'ils ont sur leur vie et leur potentiel de santé (Newman, 1990 ; 1997) et sont des occasions de transformation où un choix s'impose (Lachance et Desbiens, 2021).

Les apprentissages répétés à partir des outils basés sur l'expérience corporelle extra-quotidienne ont permis aux participants-médecins d'être plus recentrés vers eux-mêmes. Ils témoignent être plus à proximité et à l'écoute de leur corps. Cette pratique

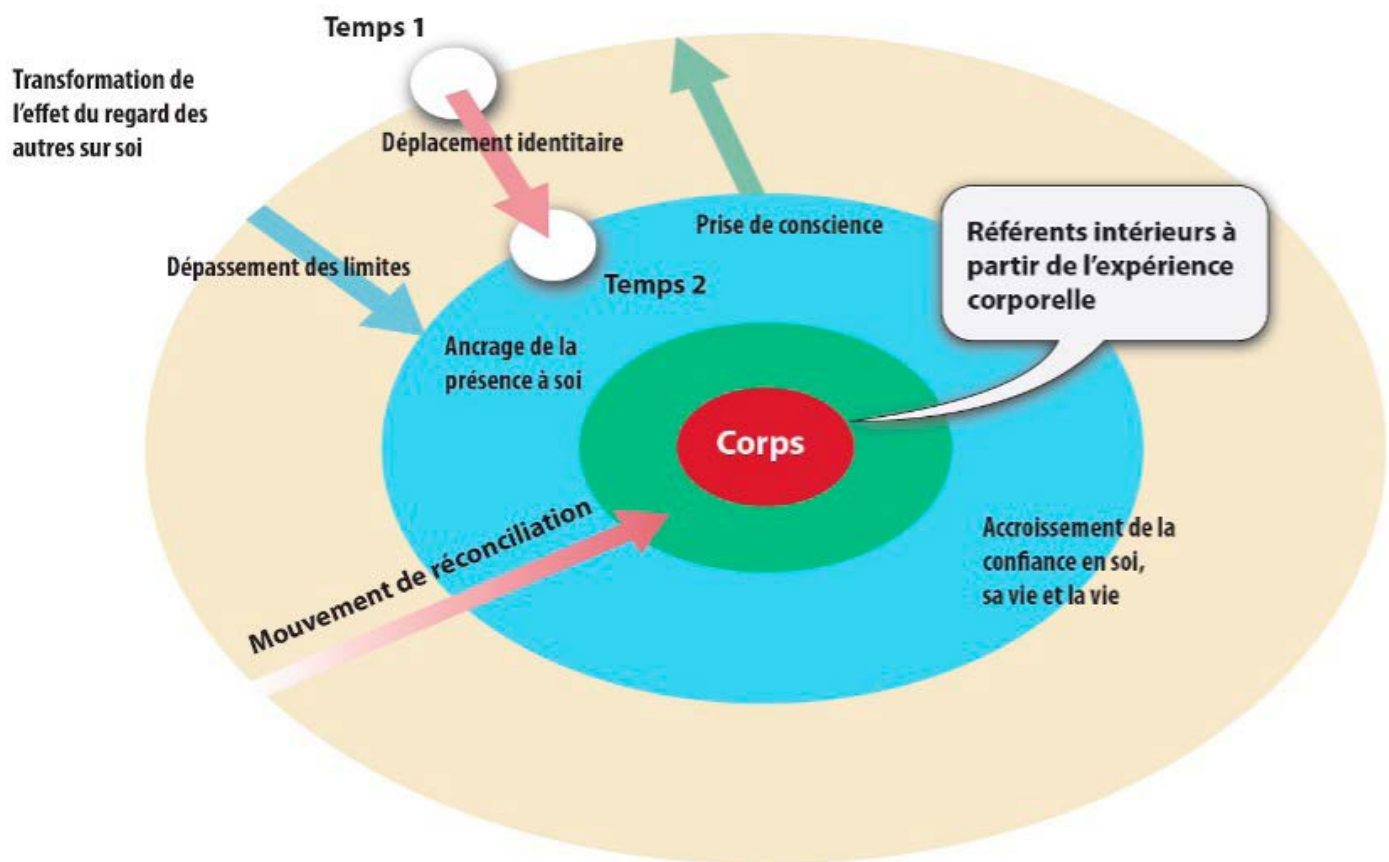


Figure 1 – Centration de la personne au sein de l'expérience corporelle. Informations tirées de Lachance, J. (2016a).

du Sensible transforme le rapport que les participants-médecins entretiennent avec leur corps (Lachance et al., 2016b). Ils ressentent davantage leur état intérieur et émotionnel. Ils rapportent avoir vécu des transformations dans la relation qu'ils entretiennent avec eux-mêmes, et témoignent d'un dialogue et d'une réflexion nouvelle qui apparaissent en eux : entre leurs nouvelles perceptions corporelles, leurs états intérieurs et émotionnels, leurs raisonnements et

leurs comportements. Tout cela signe une transformation progressive de leurs manières d'être au monde, i.e. de leurs comportements, un regard plus vaste et plus profond qui embrasse plus d'éléments pour cheminer vers une plus grande cohérence de vie.

Dans la thèse, nous avons fait état des changements intrapersonnels ayant eu des incidences dans la sphère interpersonnelle auprès des autres professionnels ou des patients, mais sans



Figure 2 – Des transformations personnelles vécues d'où émerge un savoir-être au service d'une pratique professionnelle. Informations tirées de Lachance, J. (2016a).



l'avoir intégré au modèle. Plus proches de leur corps et mieux informés de leur état corporel, intérieur et émotionnel, les participants-médecins sont plus à même de prendre des décisions en cohérence avec eux-mêmes. Et en retour, ce gain de cohérence influence favorablement leurs relations interpersonnelles.

Nous avons également rapporté dans la thèse l'apparition d'un « savoir-être » nouveau qui devient disponible dans la vie personnelle des médecins à travers le processus de recentrage et de construction d'une vie plus en phase avec leur nouveau référentiel identitaire. Ce savoir-être personnel, mis au service de leur agir professionnel les rendant plus disponibles et d'une manière plus humaine (Lachance et Desbiens, soumis), nous l'avons défini comme : « un état de sérénité, de calme et de confiance d'où émergent les pensées et les actions » (Lachance, 2016a, p. 424). Cette interaction entre les dimensions personnelles et professionnelles du savoir-être est représentée en figure 2 et illustrée par Nathalie, une des participantes (Les noms des participants ont été changés).

Par la suite, la participation à trois congrès a continué de faire évoluer la modélisation. Le mot théorisation fait référence à un processus d'analyse en construction, nous avons continué à l'édifier. (Paillé, 2017).

### ■ La modélisation continue sa construction après la thèse à travers des congrès

La modélisation par théorisation ancrée s'est poursuivie au fil de la création de trois affiches présentées lors de 3 congrès. En effet, tout le processus de réflexion engendré par la présentation de nos résultats sous de nouveaux angles par les thèmes de ces congrès a généré plus de mise en relation et d'intégration des différents concepts nés des résultats de notre thèse et ont contribué de façon itérative à la modélisation par théorisation ancrée que nous proposons finalement.

#### Premier congrès

*Le Centile International Conference to Promote Resilience, Empathy and Well-Being in Health care Professions à Washington aux États-Unis (Lachance et al., 2015).*

Suite au dépôt de notre thèse en juillet 2015 avant soutenance, nous avons travaillé la présentation d'une affiche à produire pour un congrès à l'automne 2015 sur le thème de la promotion de la résilience, de l'empathie et du bien-être dans les professions de santé. Nous y avons développé nos résultats sur le savoir-être. Au cœur de ce savoir-être se trouve une capacité nouvelle d'établir un dialogue intérieur ayant des effets sur le processus de raisonnement et

les réactions émotionnelles, et ce, à partir d'une présence corporelle à soi. Les participants-médecins rapportent que leur corps entier devient comme un organe de perception consciente qui enrichit la qualité de leurs relations professionnelles tant avec les praticiens qu'avec les patients. En tant que concept, le savoir-être comporte huit compétences différentes qui ont émergé durant la construction de l'affiche. Certaines compétences sont liées à la

personne elle-même et d'autres plus en interaction avec autrui (voir figure 3, avec des témoignages illustratifs des participants-médecins Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle, Philippe et Eva). Liées à la personne elle-même, nous retrouvons : 1) capacité d'établir un dialogue intérieur, 2) être dans un calme et la sérénité, 3) établir une qualité de présence à soi et finalement 4) avoir la capacité de prendre du recul. Liées aux autres, nous retrouvons :

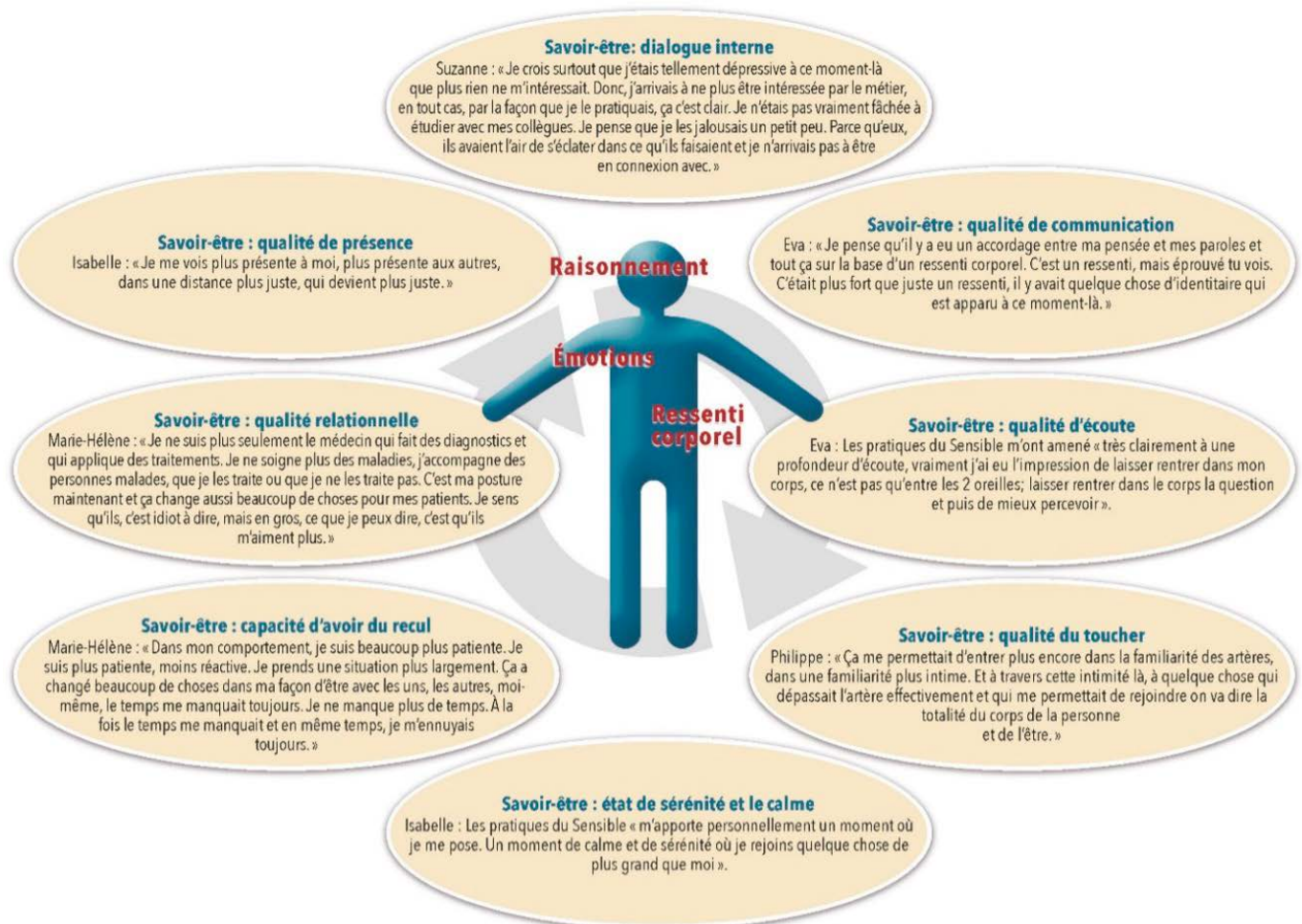


Figure 3 : Les huit compétences du savoir-être. Informations tirées de Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. et Xhignesse, M. (2015).

1) la qualité relationnelle à l'autre, 2) la qualité de communication, 3) la qualité d'écoute et pour terminer 4) la qualité du toucher.

## Deuxième congrès

*The International Congress on Integrative Medicine and Health à Las Vegas aux États-Unis (Lachance et al., 2016c).*

Pour ce congrès sur la médecine intégrative et la santé, nous avons repris les différentes dimensions de la santé ayant été transformées au contact des pratiques du Sensible. L'ensemble des participants-médecins note un rehaussement de leur état de santé, illustrant bien la dimension soignante de la formation telle que décrite par Honoré (2003). Nous y avons associé les huit compétences du savoir-être

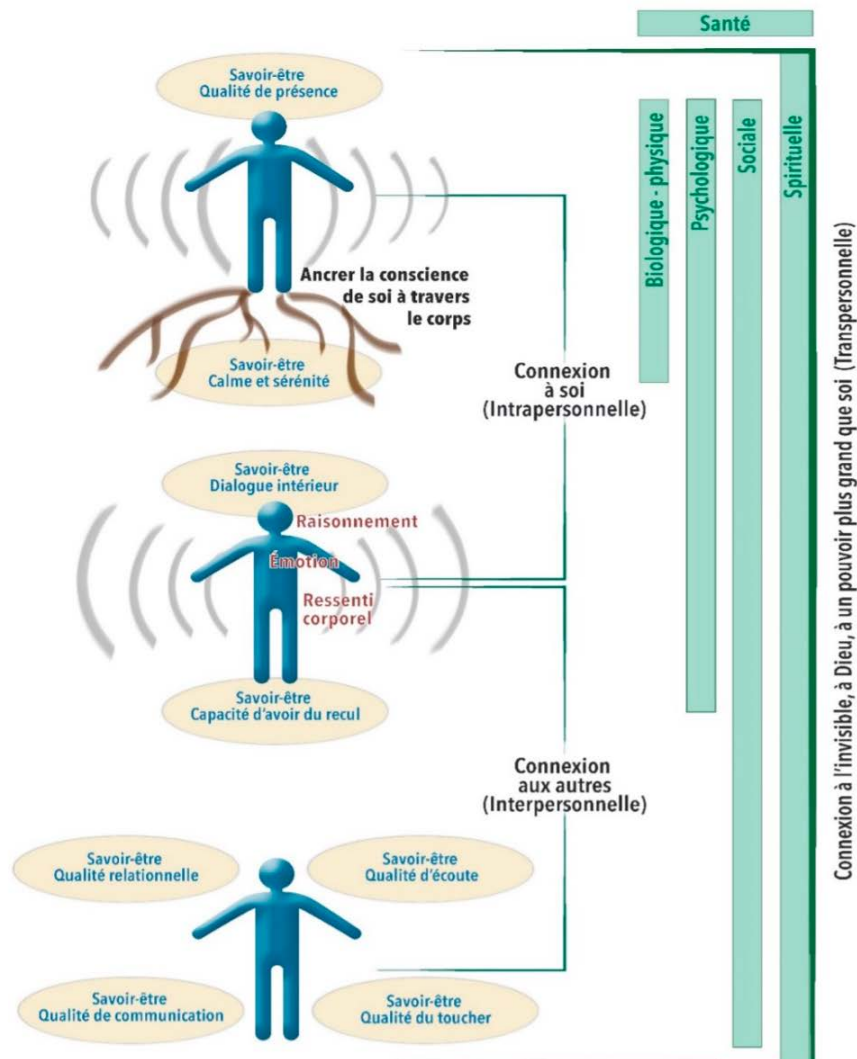


Figure 4 – Les dimensions de la santé en lien avec les huit composantes du savoir-être. Informations tirées de Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. et Xhignesse, M. (2016c). *Awakening the sensible being (ASB): effects of a mind-body training program on the various dimensions of health as experienced by healthcare professionals. Journal of alternative and complementary medicine, 22(6), A98.*

afin de mieux saisir leur impact sur les différentes dimensions de la santé : 1) biologique – physique, 2) psychologique, 3) sociale et 4) spirituelle.

Selon Miner-Williams (2006), la dimension spirituelle n'est pas perçue comme un aspect supplémentaire de la santé de l'être humain, mais plutôt comme ce qui permet au sujet de relier toutes ses dimensions. Nos résultats concordent avec cette proposition sous la forme d'une dimension corporelle globalisante et profonde qui tisse le lien avec l'ensemble des dimensions de la santé de la personne, sous la forme de connexions au sens défini par Reed (1992), qui considère que la santé spirituelle s'appuie sur la qualité de connexion à soi, à l'autre et au transpersonnel. La figure 4 présente l'affiche qui illustre nos propos. Les lignes verticales vertes relient les différentes dimensions de la santé avec les compétences qui les représentent

Le corps cherche naturellement la régulation de son organisme, selon le phénomène biologique de l'homéostasie, qui se déclenche en dehors de la conscience de la personne. Est-il possible qu'un autre niveau d'homéostasie existe, qui aurait besoin de notre conscience par la qualité de notre intention et attention pour se déclencher ? Shapiro et Schwartz (2000) proposent un modèle théorique de l'autorégulation systémique en six composantes (Intention – Attention – Connection – Régulation –

Ordre – Santé) permettant d'atteindre une santé optimale. Les différentes phases sont directement ou indirectement connectées entre elles par des feedbacks permanents qui requièrent la participation active de l'intention et de l'attention.

Le processus de formation aux pratiques du Sensible chez nos participants-médecins amène effectivement une forme de connexion que certains vont nommer comme un lieu de réconciliation avec eux-mêmes, des formes de retrouvailles avec ce qui fait fondamentalement sens pour eux. Ainsi, une forme de recentrage les propulse vers des nouveaux choix de vie, plus en connexion avec eux-mêmes. Une forme de régulation s'opère avec leurs états émotionnels (peur de l'erreur, du toucher ou d'être différent, de panique en lien avec une dimension relationnelle ainsi qu'un manque de confiance en soi). Il s'agit d'une régulation porteuse de changement d'état intérieur et de nouveaux choix de vie, augmentant le niveau de santé de chacun d'entre eux.

### Troisième congrès

*Whole person Care à Montréal au Canada, 2017*  
(Lachance et al., 2018).

La modélisation par théorisation ancrée a été finalisée et présentée lors d'un troisième congrès Whole Person Care de 2017 (Lachance et al., 2018). Il y a les



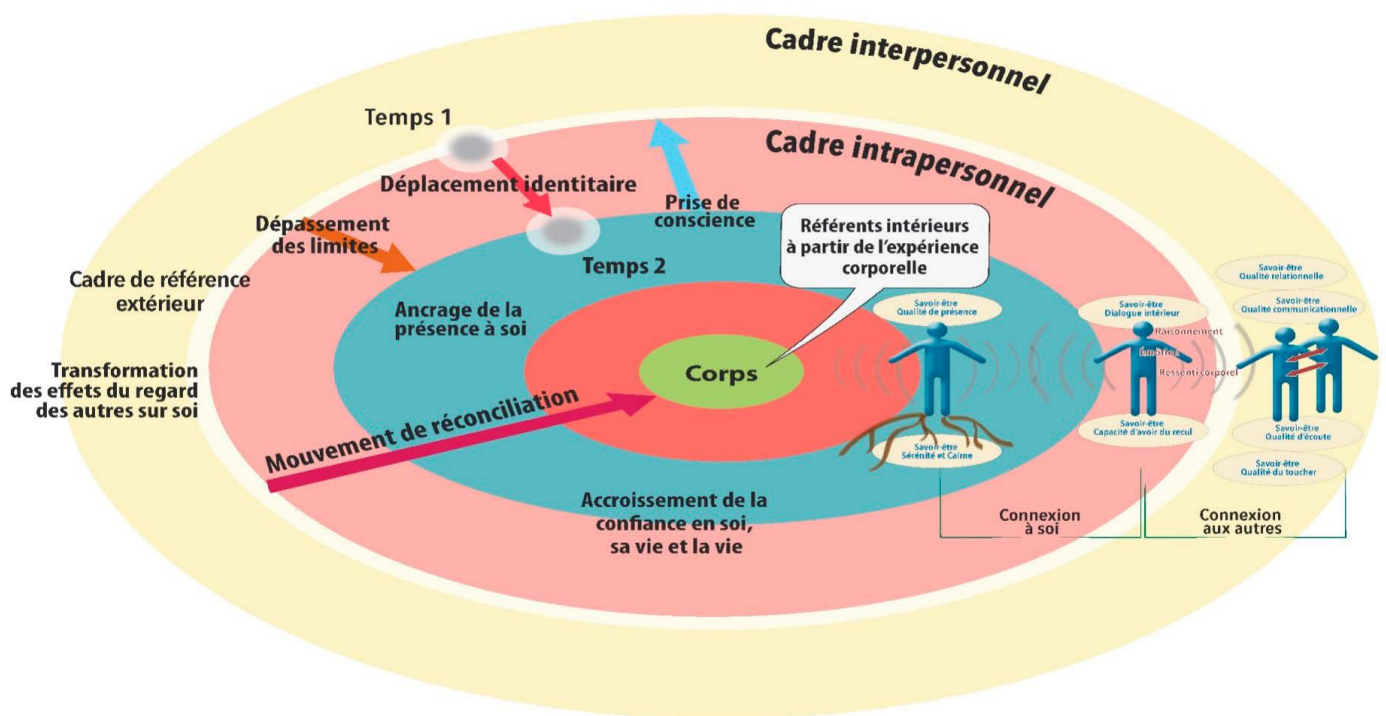


Figure 5 : La modélisation par théorie ancrée. Lachance, J., Desbiens, J.-F. et Xhignesse, M. (2018).

cercles centraux qui représentent la relation intrapersonnelle, de la profondeur à la superficie et où le corps est au cœur du modèle (les différents cercles concentriques dans le cadre intrapersonnel représentent les couches de la profondeur à la superficie, une relation de proximité ou bien de distanciation à soi). Cette partie est incluse dans la thèse (Lachance, 2016a). Un autre cercle plus grand englobe les relations interpersonnelles de la personne avec les autres professionnels de la santé et avec les patients (voir figure 5).

Suite à l'expérience de formation, les participants-médecins prennent plus en compte

leur référent intérieur pour leur prise de décision que les référents extérieurs tel le regard des autres. Ensuite, les huit différentes compétences du savoir-être ont été intégrées, selon qu'elles soient dans la dimension intrapersonnelle ou interpersonnelle, en lien direct avec des dimensions de la santé de la personne.

Dans la prochaine section, nous allons établir des liens entre notre modèle par théorisation ancrée de l'expérience de formation des médecins aux pratiques du Sensible et les différentes recherches du Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive, le CERAP. ■■



## Discussion de notre modèle avec les recherches du CERAP

Dans le chapitre « Mise en perspective » de notre thèse, nous avons abondamment comparé nos résultats avec différents auteurs dans le milieu médical ayant observé les effets d'interventions corps-esprit faites auprès de médecins ou d'étudiants en médecine. Nous avons également repris de mon chapitre « référents interprétatifs », différents auteurs spécifiquement reliés aux pratiques du Sensible. Dans le présent article, nous souhaitons faire ressortir les similitudes entre nos résultats et ceux de plusieurs chercheurs spécialisés dans des recherches liées à cette pratique au sein du laboratoire du CERAP.

### ■ La modélisation perceptivo-cognitive

A posteriori, nous retrouvons dans l'expérience de nos participants-médecins le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive <sup>2</sup> ainsi que le modèle des 7 étapes de la transformation au contact du Sensible de Bois (2007). Notamment,

<sup>2</sup> Selon Bois, ce modèle explicite le processus par lequel la personne est invitée à vivre une expérience corporelle, à éprouver les effets de son ressenti sur elle-même et à engager une réflexion autour de son vécu. Ce processus a pour objectif de faire évoluer sa capacité de perception, de réflexion, d'adaptation et de compréhension d'elle-même, du sens de sa vie et de ses expériences, et aussi de l'aider à résoudre des problèmes (mal-être, perte de sens...).

la description d'expériences sensorielles fondatrices vécues au contact des pratiques du Sensible <sup>3</sup> évoque les faits de conscience de Bois (2007) en ce qu'elles ont donné naissance à des connaissances (faits de connaissance) applicables et transférées à leur vie (mise en action par des changements de comportements) : une manière de toucher, plus neutre qu'active, qui résonne avec une manière de communiquer où l'écoute était plus présente que la parole ; la capacité à se laisser toucher et à retrouver sa place et sa parole, grâce à une expérience fondatrice au cours d'une pratique corporelle sans contact physique direct (gymnastique sensorielle) ; l'apaisement de la relation de proximité par l'exercice de pratiques manuelles qui libère les relations aux autres et révèle la possibilité d'une distance juste, de confort.

La rencontre des participants-médecins avec des états intérieurs inédits peut également être rapprochée de cette perspective perceptivo-cognitive-comportementale et considérée comme un fait de conscience, dont vont émerger des informations nouvelles, sources de connaissance pour leur vie. Des changements de comportements (mises en action) sont posés suite à des choix (prises de décision), comme le propose le modèle de Bois

<sup>3</sup> Les mises en situation (pratiques du Sensible) représentent un cadre d'expérience dit extra-quotidien (inhabituel, porteur de nouveauté) nommé fait d'expérience dans le modèle de Bois (2007).

(2007) : changement radical de trajectoire de vie, suite à s'être sentie légitime et libre d'exister ; investissement différent auprès des autres professionnels et des patients, suite à des changements de référents intérieurs.

Large (2009), à la suite de Bois, met en relief dans sa recherche une Spirale processuelle expansive de la transformation en lien avec le corps Sensible, qui décrit sept grandes étapes ; les six premières sont ego-centrées, tournées vers un mouvement intérieur de la personne face à elle-même pour déployer de nouveaux possibles, tandis que la septième est exo-centrée et dirigée vers la rencontre de l'autre ou du Tout. Le processus qu'il déploie offre des points de convergence avec notre propre modélisation par théorisation ancrée, notamment les mouvements de spirale et d'expansion qui ne sont pas sans rappeler les mouvements d'allers/retours effectués par nos participants (figures 1 et 5) et d'élargissement de connexion (figures 4 et 5).

### ■ Les changements identitaires

Nous avons également identifié des phénomènes de changement identitaire suite à des expériences intérieures. Ils procèdent de l'apparition de nouveaux référentiels intérieurs et du choix

d'écouter ceux-ci plutôt que les anciens référentiels extérieurs ; ces nouveaux référentiels affectent les comportements et la manière d'être à soi. Une nouvelle forme d'identité apparaît à travers de nouveaux comportements et une reprise de pouvoir sur sa vie. Lorsque Courraud (2015) évalue « les apports et les applications de la pratique de la fasciathérapie sur l'identité personnelle » (p. 213), il constate chez ses participants qu'ils se disent : être plus conscients d'eux-mêmes, de qui ils sont profondément en tant que personnes et avec davantage de capacités d'être en relation avec les autres.



Image générée par IA (Fev 2026)

Les participants de notre recherche mentionnent vivre leur posture professionnelle différemment. Certains soulignent qu'ils accompagnent et soutiennent leurs patients. D'autres cherchent davantage la participation du patient dans sa démarche de santé, à lui apprendre à établir un dialogue avec sa vie intérieure afin de puiser des

nouvelles informations entre soi et soi. Ils encouragent leurs patients à devenir acteur de leur vie comme de leur santé, avec une plus grande cohérence d'ensemble ou encore choisissent de les accompagner vers plus d'autonomie (avec la gymnastique sensorielle). Courraud (2015) mentionne que la formation à la fasciathérapie permet d'élargir le modèle global de santé des praticiens et de répondre à un éventail plus large de besoins.

Courraud (2015) parle d'une mutation identitaire à caractère professionnel. Il semble que la formation à la fasciathérapie tend à résoudre une crise identitaire dans la profession de kinésithérapeute. Les kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie vivent une véritable conversion identitaire, qui transforme leur « rapport au toucher et au corps qui constituent le terrain familier de leur pratique » (Courraud, 2012, p. 26). L'identité professionnelle se transforme en amont ; par le fait d'être à la fois thérapeute et une personne qui se fait traiter, les kinésithérapeutes étudiant la fasciathérapie ont accès à une transformation personnelle. Cette double posture permet un dialogue important que Courraud (2012) élabore avec justesse :

Cette importante réciprocité entre identité personnelle et professionnelle et entre être soignant

et être soigné constitue probablement un des aspects essentiels de la formation du soignant puisqu'elle renvoie à la question de la dialectique entre professionnalisation du soin et humanisation (p. 26).

Ces propos rejoignent directement nos résultats, le savoir-être au niveau personnel de nos participants a des incidences dans leur vie professionnelle, par une plus grande disponibilité à l'autre et d'une manière plus humaine.

## ■ La qualité de présence

Duprat (2021), dans l'objectif d'évaluer l'impact d'un dispositif intensif de 8 semaines de Méditation pleine présence-MDB<sup>4</sup> sur la qualité de présence de soignants, élabore un protocole de recherche mixte quantitatif et qualitatif auprès de neuf professionnels œuvrant en milieu de soin, incluant un groupe contrôle équivalent<sup>5</sup>. Même si cette étude porte sur un seul des outils des pratiques du Sensible (la méditation) et si le temps d'exposition des participants est d'une durée très inférieure au

<sup>4</sup> La méditation pleine présence-méthode Danis Bois est un des outils des pratiques du Sensible. L'auteure s'est appuyée sur le protocole pédagogique de guidage des méditations du programme POEBRA élaboré par Bois (<https://pleinepresence-mdb.fr/nos-activites/apprendre-a-mediter/>).

<sup>5</sup> La chercheuse propose aux participants de faire une méditation pleine présence de 20 minutes chaque jour (une fois en présentiel et six fois en audio) et d'observer ses effets (évaluation mixte : quantitative à T0, T4semaines et T8semaines et qualitative par un temps d'écriture guidé de 10 minutes 1 fois par semaine).

nôtre (28 heures environ versus 500 heures), Duprat rapporte certains résultats similaires à notre recherche dans la sphère personnelle : sensation d'ancrage avec un sentiment de solidité, plus grande présence à son corps, à soi, ainsi qu'émergence d'informations pour soi et pour sa vie. Dans la sphère professionnelle, certains résultats sont semblables, Duprat (2021) constate une meilleure qualité de présence à l'autre entre autres par une plus grande disponibilité et une plus grande qualité d'écoute. Ce qui est particulièrement intéressant est le transfert souligné par l'auteure entre les expériences vécues par les participants en situation de pratique (de méditation) et leurs attitudes en situation professionnelle, puis le renouvellement de leur posture professionnelle, rejoignant ainsi le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive et des 7 étapes de transformation de Bois (2007) ainsi que nos propres résultats (voir 4.1).

### ■ Le concept de la santé et le carrefour soin-formation

Le concept de santé a beaucoup évolué dans le temps et peut prendre plusieurs sens. Il comporte depuis 1946 une notion de bien-être puisque, pour l'OMS, la santé est « un état complet de bien-être physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946, p. 100). La notion de bien-être ne semble plus un bonus additionnel, mais plutôt le fondement d'une vie future en santé. S'il a longtemps été une simple absence de signe de maladie (Tchobroutsky et Wong, 1995), il est aussi un équilibre dynamique obtenu par une régulation constante de l'organisme pour le maintien de la santé (Marieb, 1999), un processus de croissance et de devenir où les individus deviennent plus actifs pour maintenir leur état de santé (Hwu, Coates et Boore, 2001). Huber, Knottnerus, Green, Van der Horst, Jadad, Kromhout et al., (2011) proposent d'aller vers une définition plus dynamique où la santé devient « the ability to adapt and to self manage » (p. 235). Honoré (2003) va plus loin et considère que la santé « est le dynamisme de l'accomplissement, phénomène de déploiement de l'homme en son humanité » (p. 156). Autant Laemmlin-Cencig (2015) que Lachance (2016) à



Image générée par IA (Fev 2026)

travers leurs résultats auprès de leurs participants touchent à différentes dimensions de la santé avec les pratiques du Sensible.

Laemmlin-Cencig (2015) note qu'au fil des séances en somato-psychoéducation l'objectif du client évolue : centré sur les symptômes au départ, ensuite « il permet à la personne de réinvestir son corps, de recréer une unité, de prendre conscience de la transformation de son état psychique et d'expérimenter des sensations nouvelles » (p. 466). Comme l'auteur le mentionne, il passe « d'un projet de survie à un projet de vie » (p. 465).

Nos participants-médecins s'engagent dans la formation professionnelle (à la Fasciathérapie (MDB) et/ou à la Somato-psychoéducation) pour des motivations diverses mais reliés à leur désir de diversifier leur pratique, finalement, ils s'en trouvent soignés, en eux-mêmes et dans leur pratique de soignant. Certains considèrent avoir des nouveaux outils de lecture de la santé par la perception des mains, d'autres réalisent qu'un accordage somato-psychique peut être assimilé à un état de bonne santé. Plusieurs incluent des nouveaux facteurs à la santé : la proximité avec soi, l'ouverture à un dialogue avec soi-même et sa vie intérieure et finalement la capacité à trouver du sens.

Dans les deux recherches, nous constatons l'interrelation entre la formation et le soin. Les

participants-médecins s'engagent dans une formation professionnelle et deviennent en meilleure santé, tout en faisant des prises de conscience et des nouveaux choix leur permettant de retrouver du pouvoir sur leur vie (Lachance, 2016), tandis que les clients de Laemmlin-Cencig (2015) viennent pour soulager des douleurs et apprennent sur soi par des prises de consciences, des enrichissements réflexifs et un renouvellement de sens pour leur vie. Laemmlin-Cencig (2015) parle de « carrefour soin-formation ». Les pratiques du Sensible sont fondées sur une pratique expérientielle, corporelle, profonde qui convoque tout de soi dans un même mouvement, lent et intégrateur au service de la santé et de la formation des participants. ■■

## Conclusion

Suite à la revue de la littérature que nous avons effectuée et à la mise en discussion de nos résultats avec ceux de plusieurs chercheurs du Cerap, nous avons constaté la diversité des angles d'approches des recherches sur les pratiques du Sensible et la créativité dans la manière de modéliser les phénomènes en présence. Nous n'avons pas relevé d'incohérence avec nos résultats,



mais plutôt une multiplication de regards selon des angles nouveaux et pratiquement toujours complémentaires. Dans tous les cas, nous avons l'impression d'être en face d'un paysage toujours plus riche d'informations, de connaissances et de sens à travers cette multiplication de point de vue.

Au final, nous réalisons que notre modélisation par théorisation ancrée (voir section 3.3.3) pourrait aussi alimenter un modèle de santé basé sur le recentrage de la personne par le contact

avec son corps. En effet, il semble que les pratiques du Sensible permettent aux participants de mieux saisir leurs référents intérieurs et mieux prendre assise sur cette information pour opérer des dépassements intérieurs et devenir plus calmes, sereins et libres dans leur vie autant personnelle que professionnelle. Tous ces résultats invitent à concevoir une nouvelle forme de prévention et d'éducation à la santé à travers une pédagogie impliquant le corps. ■■

## Bibliographie

- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé. Introduction à la somato-psychopédagogie*. Éditions Point d'Appui.
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte* [Thèse de doctorat, Université de Séville].
- Bois, D., Bourhis, H., & Bothuyne, G. (2013). La dynamique de recherche anticipation / émergence : une approche catégorielle innovante du récit autobiographique d'une patiente ayant traversé l'épreuve du cancer. *Recherche Qualitative, Hors-série*(15), 116-131.
- Bois, D., & Eschaliér, I. (2019). *La méditation pleine présence. Les sept voies d'accès à la chaleur humaine*. Éditions Eyrolles.
- Bois, D. (2013). L'Homme autrui de lui-même : Cheminer vers soi pour cheminer vers autrui. Dans D. Bois, J.-P. Gauthier, M. Humpich, & J.-M. Rugira (dirs.), *Identité, Altérité, Réciprocité — Articulation au cœur des actions d'accompagnement et de formation — Tome 1* (p. 25-32). Éditions Ibuntu.
- Courraud, C. (2012). Au carrefour de la kinésithérapie et de la fasciathérapie – Approche exploratoire des reconfigurations identitaires des kinésithérapeutes formés à la fasciathérapie. *Réciprocités*, 6, 20–35.
- Courraud, C. (2015). *Fasciathérapie et identité professionnelle. Étude des reconfigurations identitaires d'une population de masseurs-kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie* [Thèse de doctorat, Université Fernando Pessoa].
- Duprat, E. (2021). *Méditation pleine présence et qualité de présence du soignant ou du professionnel œuvrant en milieu de soin. Étude d'un dispositif de méditation quotidienne sur 8 semaines auprès de professionnels du secteur médico-social (ESMS)* [Mémoire de DU, Université Nîmes-Montpellier].

- Engel, L. G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Hassed, C., de Lisle, S., Sullivan, G., & Pier, C. (2009). Enhancing the health of medical students: Outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program. *Advances in Health Sciences Education*, 14, 387-398.
- Honoré, B. (1992). *Vers l'oeuvre de formation. L'ouverture à l'existence*. L'Harmattan.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin ; la mise en perspective des pratiques*. L'Harmattan.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., Van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M. I., Van der Meer, J. W. M., Schnabel, P., Smith, R., Van Weel, C., & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, Article d4163.
- Hwu, Y.-J., Coates, V. E., & Boore, J. R. P. (2001). The evolving concept of health in nursing research: 1988-1998. *Patient Education and Counseling*, 42, 105-114.
- Irving, J. A., Park-Saltzman, J., Fitzpatrick, M., Dobkin, P. L., Chen, A., & Hutchinson, T. (2014). Experiences of health care professionals enrolled in mindfulness-based medical practice: A grounded theory model. *Mindfulness*, 5(1), 60-71.
- Ishak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: A systematic review. *The Clinical Teacher*, 10, 242-245.
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif* (3e éd.). Armand Colin.
- Lachance, J. (2016). *Étude exploratoire auprès de médecins des effets perçus d'une formation corps / esprit fondée sur les pratiques du sensible* [Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke].
- Lachance, J., & Desbiens, J.-F. (2021a). An identity transformation leads to an inner construction. *Journal of Adult and Continuing Education*, 1-19.
- Lachance, J., & Desbiens, J.-F. (2021b). Collaboration et construction identitaire d'une étudiante chercheuse au doctorat en éducation. *Revue Internationale de Pédagogie de l'Enseignement Supérieur*, 37(3), 1-28.
- Lachance, J., Desbiens, J.-F., & Vinit, F. (2024). L'émergence d'un « savoir-être » personnel et professionnel chez des médecins à la suite d'une formation « corps-esprit ». *Pédagogie Médicale*, 25(3), 167-175. <https://doi.org/10.1051/pmed/2024006>.
- Lachance, J., Desbiens, J.-F., & Xhignesse, M. (2018). Awakening the Sensible Being (ASB) as experienced by physicians: Development of a theoretical model. *The International Journal of Whole Person Care*, 5(1), 54-55.
- Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F., & Xhignesse, M. (2016). Incidences des transformations du rapport au corps dans la sphère personnelle et professionnelle de médecins. Dans F. Vinit & J. Quintin (dirs.), *La place du corps dans la rencontre de soi et l'accompagnement* (p. 163-199). Édition du Cercle interdisciplinaire de recherches phénoménologiques (CIRP).
- Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F., & Xhignesse, M. (2016). Awakening the sensible being (ASB): Effects of a mind-body training program on the various dimensions of health as experienced by healthcare professionals. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(6), A98.
- Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F., & Xhignesse, M. (2015, 18-21 octobre). *A mind-body training program for physicians: A building block to a better personal and professional « savoir-être »* [Communication par affiche]. Conférence internationale pour promouvoir la résilience, l'empathie et le bien-être dans les professions de la santé (CENTILE), Washington, États-Unis.
- Laemmlin-Cencig, D. (2015). *La dimension soignante et formatrice en pédagogie perceptive. Le point de vue des personnes accompagnées en pédagogie perceptive* [Thèse de doctorat, Université Fernando Pessoa].
- Large, P. (2009). Corps sensible et processus de transformation. Dans D. Bois, M.-C. Josso, & M. Humpich (dirs.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 403-415). Éditions Point d'Appui.
- Llera, J., & Durante, E. (2014). Correlation between the educational environment and burnt-out syndrome in residency programs at a university hospital. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 114(1), 6-11.

- MacLaughlin, B. W., Wang, D., Noone, A.-M., Liu, N., Harazduk, N., Lumpkin, M., Haramati, A., Saunders, P., Dutton, M., & Amri, H. (2011). Stress biomarkers in medical students participating in a mind-body medicine skills program. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-8.
- Marieb, E. N. (1999). *Anatomie et physiologie humaines* (2e éd.). Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Miner-Williams, D. (2006). Putting a puzzle together: Making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 811-821.
- Mongeau, P., & Tremblay, J. (2002). *Survivre. La dynamique de l'inconfort*. Presses de l'Université du Québec.
- Motz, K., Graves, K., Gross, C., Saunders, P., Amri, H., Harazduk, N., & Haramati, A. (2012). Impact of a mind-body medicine skills course on medical students' perceived stress, mindfulness and elements of emotional intelligence. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(Suppl 1), Article O19.
- Newman, M. A. (1990). Newman's theory of health as praxis. *Nursing Science Quarterly*, 3, 37-41.
- Newman, M. A. (1997). Experience the whole. *Advances in Nursing Science*, 20(1), 34-39.
- Organisation mondiale de la santé. (1946). *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé adopté par la Conférence internationale sur la Santé*.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de Recherche Sociologique*, 23, 147-181.
- Paillé, P. (2017). L'analyse par théorisation ancrée. Dans M. Santiago-Delefosse & M. del Rio Carral (dirs.), *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (p. 61-83). Dunod.
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 15, 349-357.
- Rodrigues, M., Albiges, L., & Blanchard, P. (2012). Les internes et le burnout. *Oncologie*, 14, 343-344.
- Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (2000). The role of intention in self-regulation toward intentional systemic mindfulness. Dans M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (dirs.), *Handbook of self-regulation* (p. 253-273). Elsevier Academic Press.
- Tchobroutsky, G., & Wong, O. (1995). *La santé. Que sais-je ?*. Éditions Presses Universitaires de France.
- Tung, Y.-J., Lo, K. K. H., Ho, R. C. M., & Tam, W. S. W. (2018). Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Education Today*, 63, 119-129.
- Van der Riet, P., Levett-Jones, T., & Aquino-Russell, C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Education Today*, 65, 201-211.
- Van Vliet, M., Jong, M. C., & Jong, M. (2018). A mind-body skills course among nursing and medical students: A pathway for an improved perception of self and the surrounding world. *Global Qualitative Nursing Research*, 5, 1-13.
- Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation* (6e éd.). ESF.