

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Étude exploratoire auprès de médecins des effets perçus
d'une formation corps / esprit fondée sur les pratiques du Sensible.

Par

Josée Lachance

Thèse de doctorat présentée à la Faculté d'éducation

Doctorat en éducation

Mai 2016

©Josée Lachance, 2016

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Étude exploratoire auprès de médecins des effets perçus d'une formation
corps / esprit fondée sur les pratiques du Sensible.

Josée Lachance

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Professeur Jean-Claude Coallier
Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

Président du jury

Professeur Pierre Paillé
Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

Directeur de recherche

Professeur Jean-François Desbiens
Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke

Codirecteur de recherche

Professeur Marianne Xhignesse
Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

Codirectrice de recherche

Professeur Isabelle Gaboury
Faculté de médecine et des sciences de la santé,
Université de Sherbrooke

Membre interne du jury

Professeur Jeanne-Marie Rugira
Département de psychosociologie et travail social,
Université du Québec à Rimouski

Membre externe du jury

Thèse acceptée le

Health professionals, health professional trainees, and patients/clients are negatively affected by the current tendency to pathologize or omit emotion from current thinking about competence. We need to collectively acknowledge and work with emotions in ways that honor them as internal and individual, as well as socially and culturally constructed, while also questioning the split between emotion and rationality.

(McNaughton et LeBlanc, 2012)

Au Québec, près d'un étudiant en médecine sur cinq a songé au suicide. Plus tôt ce mois-ci, une résidente en médecine interne au CHUM de 27 ans s'est donné la mort, venant ainsi confirmer cette sombre statistique. Or, depuis des années, la Fédération des médecins résidents du Québec mène un combat auprès des facultés de médecine pour briser le tabou de la détresse et de l'épuisement chez les étudiants-médecins. [...] Comme beaucoup d'étudiants en médecine qui soignent des patients tout en étant constamment évalués par leurs supérieurs, la jeune femme de 27 ans vivait chaque jour du stress à un niveau élevé, jumelé à une impression de ne pas avoir droit à l'erreur.

(Touzin, La presse, 26 novembre 2014)

Une connaissance de soi plus approfondie, [...] exerce inévitablement un effet éclairant sur notre agir. Et c'est en partie cette représentation de soi qui façonne notre savoir-être et notre savoir-faire et permet de retrouver dans l'action un niveau d'efficacité personnelle et professionnelle satisfaisant.

(Bourassa, Serre et Ross, 2003)

SOMMAIRE

Les pratiques du Sensible sont des pratiques d'accompagnement formatives et soignantes. Elles permettent d'apprendre comment l'expérience du corps et de son mouvement interne conduit au développement de la conscience et de la présence à soi ainsi qu'à l'autre, des qualités enviées pour des professionnelles et professionnels de la relation d'aide du secteur de la santé. Dans ces pratiques, le corps joue un rôle central à travers quatre types d'intervention : la thérapie manuelle, la gymnastique sensorielle, l'introspection sensorielle et l'entretien verbal à propos de l'expérience corporelle.

Selon Large (2009), une qualité de présence particulière se construit chez les participantes et le participant aux pratiques du Sensible. Selon lui, ceux-ci se rapprochent de leur intériorité, parviennent à verbaliser à autrui ce qu'ils ressentent et en arrivent à poser des actions qui expriment ce qu'ils deviennent. Large (2009) constate qu'ils acquièrent de la stabilité, de l'adaptabilité et de l'autonomie. À la fois plus affirmatifs, ils gagnent aussi en proximité à l'autre. Bois (2007) note un changement de représentation lié aux idées, aux valeurs, à l'image de soi et au rapport perceptif à soi. Une chercheuse et des chercheurs constatent un changement de conception de la santé (Duval, 2010; Laemmlin-Cencig et Humpich, 2009). À notre connaissance, il n'y a pas eu d'étude antérieure concernant l'influence des pratiques du Sensible auprès de médecins. Nous avons exploré, le cas échéant, comment une formation aux pratiques du Sensible, suivie par des médecins, a modifié leur rapport à leur corps, à leur propre santé, à leur conception de la santé, à la qualité de leur présence à eux-mêmes, aux autres professionnelles et professionnels et aux patientes et patients.

Des entretiens semi-structurés d'une durée de 90 à 105 minutes ont été effectués auprès de six médecins français (cinq femmes et un homme) ayant été formés aux pratiques du Sensible entre 2005 et 2012. Deux types d'entretiens à visée compréhensive (Kaufmann, 2011) et d'explicitation (Vermersch, 2010; 2012) ont été réalisés. Des informations ont aussi été recueillies sur la formation et les activités professionnelles des participantes et du participant.

Deux démarches d'analyse ont été utilisées, entre autres pour vérifier la cohérence des résultats et augmenter la rigueur de notre projet. Notre première démarche d'analyse a été conçue à partir de deux méthodes : au départ avec l'analyse thématique et par la suite une analyse avec les catégories conceptualisantes afin de déboucher sur une théorisation ancrée. La deuxième démarche d'analyse a consisté à créer une liste de vingt-six phénomènes présents pour la majorité des entretiens suite à des discussions tenues avec notre équipe de direction.

Selon nos résultats, suite à la formation aux pratiques du Sensible, les cinq participantes témoignent d'une plus grande proximité et attention à leur corps et d'une meilleure écoute de celui-ci. Cet ancrage corporel de leur présence les informe davantage sur leur mode de vie et d'existence. Il en ressort ainsi des prises de conscience importantes grâce auxquelles les participantes font des choix nouveaux pour une vie plus cohérente et recentrée sur leur intériorité. Par le fait même, elles récupèrent leur pouvoir sur leur vie comme sur leur santé. En outre, parmi les six médecins, quatre ont modifié leur conception de la santé. Celle-ci s'est en effet élargie pour inclure de nouveaux éléments, dont la qualité du rapport à soi et l'accordage entre le corps et la pensée.

Le corps semble être une voie souterraine à partir de laquelle se sont réalisées des transformations dans la personne, comme si le corps devenait une interface ayant des effets sur plusieurs facettes de la personne. Ces transformations semblent avoir

une influence sur la manière dont celle-ci exerce sa profession, comme si un savoir-être renouvelé de la personne transformait son savoir-faire au sein de sa pratique.

Au plan de la qualité de la présence aux autres, il est rapporté que les relations professionnelles se sont améliorées pour la majorité des participantes. Des transformations personnelles semblent avoir eu des effets sur leurs relations professionnelles. Par exemple, tous témoignent d'une meilleure qualité de présence et de disponibilité aux patientes et patients. La plupart signalent l'apprentissage d'une juste distance thérapeutique et, en même temps, d'une relation plus singulière avec chaque patiente et patient. Nous constatons par notre analyse que la relation aux patientes et patients est modifiée aux plans de la communication, du toucher et de l'écoute.

Le parcours de formation des étudiantes et étudiants en médecine semble créer des conditions favorisant l'épuisement (Brazeau, Schroeder, Rovi et Boyd, 2010; Colombat, Altmeyer, Barruel, Bauchetet, Blanchard, Colombat *et al.*, 2011; Ishak, Nikraves, Lederer, Perry, Ogunyemi et Bernstein, 2013; Llera et Durante, 2014; Rodrigues, Albiges et Blanchard, 2012). Certaines interventions de type corps / esprit semblent pouvoir minimiser cet impact (Elder, Rakel, Heitkemper, Hustedde, Harazduk, Gerik *et al.*, 2007; Hewson, Copeland, Mascha, Arrigain, Topol et Fox, 2006; Irving, Park-Saltzman, Fitzpatrick, Dobkin, Chen et Hutchinson, 2014; Maclaughlin, Wang, Noone, Liu, Harazduk, Lumpkin *et al.*, 2011; Motz, Graves, Gross, Saunders, Amri, Harazduk *et al.*, 2012; Rosenzweig, Reibel, Greeson, Brainard et Hojat, 2003; Saunders, Tractenberg, Chaterji, Amri, Harazduk, Gordon *et al.*, 2007). Notre recherche démontre chez nos participantes et notre participant que la formation aux pratiques du Sensible leur a permis de faire plusieurs gains pour leur propre santé. Il semble qu'en amont des apprentissages liés à la profession médicale, une qualité de savoir-être puisse solidifier la personne, ses apprentissages et sa future pratique médicale. Les étudiantes et étudiants en médecine seraient ainsi mieux outillés pour traverser ce cursus de formation exigeant et épuisant.

Il serait intéressant de reprendre la recherche auprès d'un plus grand nombre de médecins ou d'étudiantes et étudiants en médecine afin d'y observer les éléments de théorisation répétitifs inclus dans la théorisation ancrée de notre étude exploratoire. Ainsi, selon les résultats, il serait alors plus aisé de promouvoir l'apprentissage expérientiel d'approches de type corps / esprit (dont les PS) dans les cursus universitaires en médecine.

RÉSUMÉ

Développées en Europe dans les années 1980, les pratiques du Sensible¹ sont des pratiques d'accompagnement formatives et soignantes. Elles permettent d'apprendre comment l'expérience du corps et de son mouvement interne conduit au développement de la conscience et de la présence à soi ainsi qu'à l'autre, des qualités enviables pour des professionnelles et professionnels de la relation d'aide du secteur de la santé.

Dans les pratiques du Sensible, le corps joue un rôle central à travers quatre types d'intervention : la thérapie manuelle, la gymnastique sensorielle, l'introspection sensorielle et l'entretien verbal à propos de l'expérience corporelle. La formation aux pratiques du Sensible est donnée en 500 heures réparties sur quatre ans. Cette méthode s'appuie sur la part sensorielle du geste et le potentiel éducatif de la perception, par l'expérience extra-quotidienne² qui améliore la qualité de l'attention aux gestes et au corps. L'expérience est imprégnée de tous les sens. Le contact sensoriel du corps devient une porte d'entrée vers la part subjective du geste et permet une connexion avec soi d'une autre nature.

¹ Les pratiques du Sensible incluent la fasciathérapie et la somato-psychopédagogie. Ces pratiques, à la fois éducatives et de santé, seront présentées plus amplement dans nos référents interprétatifs. La définition du Sensible : « Une première différence est qu'habituellement, la perception sensible est entrevue comme saisie du monde extérieur ou d'un objet, l'adjectif sensible désignant la qualité potentiellement présente dans ce rapport. La perception du Sensible s'inscrit, elle, dans un rapport, direct, intime et conscient, à certaines manifestations de l'intériorité corporelle. La différence est donc que dans la perception d'un objet, l'objet est déjà là, extérieur et à distance, alors que dans la perception du sujet lui-même, par lui-même, le Sensible n'existant (n'existe) que sous ce rapport d'immédiateté et d'intimité du sujet avec lui-même. Ainsi, nous ne parlons pas de perception sensible à proprement dit, dévouée à la saisie du monde, mais de perception du Sensible émergeant d'une relation de soi à soi » (Bois et Austry, 2007, p. 12-13). Bois justifie l'emploi du « S » majuscule ainsi : « je souhaite revenir sur la distinction que nous avons faite entre la perception du Sensible qui est orientée vers l'intériorité du corps vivant et la perception sensible qui se rapporte aux cinq sens habituels. Pour éviter la confusion entre ces deux modalités perceptives, nous avons pris soin d'ajouter un S majuscule au terme « Sensible » pour définir la « noblesse » du vécu qui se donne au cœur de la perception de soi, ou de la vie en soi » (<http://danis-bois.fr/>)

² L'extra-quotidienneté place le sujet dans un rapport à son expérience qui le sort de l'expérience dite première, à propos de laquelle Bachelard mentionne qu'elle ne peut être productrice de connaissance (1999). Elle installe des conditions productrices de nouveauté, mais cette nouveauté ne relève pas de 'l'accident', de l'imprévisible mais bien d'un choix, d'une série de contraintes installées par le praticien-chercheur (Humpich et Bois, 2007, p. 471).

Selon Large (2009), une qualité de présence particulière se construit chez les participantes et le participant aux pratiques du Sensible. Selon lui, ceux-ci se rapprochent de leur intériorité, parviennent à verbaliser à autrui ce qu'ils ressentent et en arrivent à poser des actions qui expriment ce qu'ils deviennent. Large (2009) constate plusieurs gains auprès des participantes et du participant : ils « gagnent en adaptabilité, autonomie, stabilité, profondeur d'estime de soi; ils deviennent plus assertifs, tout en se rapprochant de l'autre » (p. 407). Bois (2007) note un changement de représentation lié aux idées, aux valeurs, à l'image de soi et au rapport à soi perceptif. Une chercheuse et des chercheurs constatent un changement de conception de la santé (Duval, 2010; Laemmlin-Cencig et Humpich, 2009).

À notre connaissance, il n'y a pas eu d'étude antérieure sur l'influence que la formation aux pratiques du Sensible pourrait avoir sur les médecins et leur pratique professionnelle. Nous avons donc voulu explorer, le cas échéant, comment une formation aux pratiques du Sensible, suivie par des médecins, a modifié leur rapport à leur corps, leur propre santé, leur conception de la santé, la qualité de leur présence à eux-mêmes et aux autres professionnelles et professionnels ainsi qu'à leurs patientes et patients.

Pour répondre à nos questions de recherche, nous avons procédé à une enquête qualitative. Des entretiens semi-structurés d'une durée de 90 à 105 minutes ont été effectués auprès de six médecins français ayant été formés aux pratiques du Sensible entre 2005 et 2012. Deux formes d'entretien ont été réalisés : compréhensif (Kaufmann, 2011) et d'explicitation (Vermersch, 2010; 2012). Des informations socio-démographiques ont été recueillies sur la formation et les activités professionnelles des participantes et du participant.

Deux démarches d'analyse ont été utilisées, entre autres pour vérifier la cohérence des résultats et augmenter la rigueur de notre projet. Notre première démarche d'analyse a été conçue à partir de deux méthodes : au départ avec l'analyse thématique et par la suite une analyse avec les catégories conceptualisantes afin de déboucher sur une théorisation ancrée. La deuxième démarche d'analyse a consisté à créer une liste de vingt-six phénomènes présents pour la majorité des entretiens suite à des discussions tenues avec notre équipe de direction.

Selon nos résultats, suite à la formation aux pratiques du Sensible, cinq participantes témoignent d'une plus grande proximité et attention à leur corps et d'une meilleure écoute de celui-ci. Cet ancrage corporel de leur présence les informe davantage sur leur mode de vie et d'existence. Il en ressort ainsi des prises de conscience importantes grâce auxquelles les participantes font des choix nouveaux pour une vie plus cohérente et recentrée sur leur vie intérieure. Par le fait même, elles récupèrent leur pouvoir, sur leur vie comme sur leur santé. Parmi les six médecins, quatre ont modifié leur conception de la santé. Celle-ci s'est en effet élargie pour inclure de nouveaux éléments, dont la qualité du rapport à soi et l'accordage entre le corps et la pensée³.

Au plan de la qualité de la présence aux autres, nous constatons que dans l'espace relationnel professionnel il semble y avoir, pour la majorité des participantes, une amélioration de leurs relations professionnelles. En effet, quatre d'entre elles nous parlent de transformations dans leur façon de communiquer. D'une part il y a plus d'échanges dans les communications et, d'autre part, l'implication des participantes dans leur relation semble plus juste, ni trop, ni trop peu engagée. Ces transformations semblent directement en lien avec des transformations personnelles vécues. Les résultats de notre analyse esquissent plusieurs liens entre les transformations personnelles et celles qui sont plus liées à la vie professionnelle des participantes et du participant.

Notre recherche nous a aussi permis d'analyser les transformations de la qualité de présence des participantes et du participant auprès des patientes et patients. L'ensemble d'entre eux témoignent, au cours de leur entretien, d'une meilleure qualité de présence et de disponibilité à chaque patiente et patient. Parallèlement, la majorité note l'apprentissage d'une juste distance thérapeutique et, en même temps, d'une relation plus singulière avec chaque patiente et patient. La transformation du rapport au corps est une trame de fond où semblent s'opérer plusieurs changements ayant des incidences sur la relation thérapeutique. En effet, nous constatons par notre analyse que la relation aux patientes et patients est modifiée au plan de la communication en général, et ce, plus particulièrement pour les aspects de la communication orale, du toucher et de l'écoute. Le corps semble être un vecteur important sur lequel s'appuie l'ensemble de ces transformations.

³ La « pensée » est le fruit de l'esprit, comme on le trouve dans le *Dictionnaire de psychologie* : « Terme du langage courant et tout à la fois chargé d'un passé philosophique complexe, le mot "pensée" renvoie à toutes les manifestations de l'esprit, désignant tantôt des contenus, les idées, tantôt des activités, les raisonnements; selon les cas, l'accent peut être mis sur les supports symboliques ou représentatifs de la pensée, sur les outils logiques ou heuristiques qu'elle met en œuvre, sur sa dynamique affective, sur ses significations inconscientes, etc » (Doron, Jalley et Richelle, 2011, p. 528).

Selon les participantes et le participant, la formation aux pratiques du Sensible les a conduits à se recentrer sur eux-mêmes, provoquant ainsi des changements dans leur vie personnelle et professionnelle. Ainsi, le corps semble être une voie souterraine à partir de laquelle se sont réalisées des transformations dans la personne, comme si le corps devenait une interface ayant des effets sur plusieurs facettes de la personne. Ces transformations semblent avoir une influence sur la manière dont la personne exerce sa profession, comme si un savoir-être renouvelé de la personne transformait son savoir-faire au sein de sa pratique. Une qualité de présence à soi permet d'éduquer un savoir-être personnel. Celui-ci semble être précurseur d'un rayonnement personnel et professionnel pour les médecins qui ont participé à notre recherche.

En conclusion, la présente étude rejoint les travaux antérieurs en lien avec les pratiques du Sensible concernant les changements de représentation (Bois, 2007) et plus spécifiquement une transformation de la conception de la santé (Duval, 2010; Laemmlin-Cencig et Humpich, 2009). La présente recherche va aussi dans le sens de l'étude de Large (2009) et de Irving *et al.* (2014) en décrivant une construction de présence octroyant à la personne plus de lucidité et de recul par rapport à ses expériences. Les résultats de notre recherche nous permettent de constater un recentrage de la personne, comme le suggèrent également les résultats de Saunders *et al.* (2007). Dans le même sens, l'étude de Large (2009) décrit une transformation des participantes et du participant sans devenir « autre » mais bien un peu plus eux-mêmes.

Actuellement, plusieurs études faites auprès des étudiantes et étudiants en médecine démontrent jusqu'à quel point le processus de formation des futurs médecins et la pratique de leur profession engendrent chez ceux-ci des états de mal-être, d'inconfort et d'épuisement (Brazeau *et al.*, 2010; Colombat *et al.*, 2011; Ishak *et al.*, 2013; Llera et Durante, 2014; Rodrigues *et al.*, 2012). Le parcours de formation des étudiantes et étudiants en médecine semble créer des conditions favorisant l'épuisement.

La recherche de Frank (2004) dans un contexte nord-américain tend à démontrer qu'une ou un médecin éveillé à la nécessité de prendre soin de lui-même et de sa santé, comparativement à ceux qui ne le sont pas, conseille davantage ses patientes et patients et a plus d'influence sur eux. Ces différentes recherches mettent en lumière l'importance d'inclure dans les programmes de formation des futurs médecins des enseignements qui les incitent à prendre soin d'eux-mêmes et de leur santé.

À l'instar de plusieurs autres recherches sur des interventions corps / esprit⁴, notre recherche indique, chez nos participantes et notre participant, que la formation leur a permis de faire plusieurs gains pour leur propre santé (Elder *et al.*, 2007; Hewson *et al.*, 2006; Irving *et al.*, 2014; Maclaughlin *et al.*, 2011; Motz *et al.*, 2012; Rosenzweig *et al.*, 2003; Saunders *et al.*, 2007). Étant donné la relation entre la santé des médecins et celle des patientes et patients, l'investissement pédagogique auprès des médecins ou des étudiantes et étudiants en médecine va rapporter à plusieurs endroits. Nous retrouvons ici un carrefour important entre le soin et la formation (Honoré, 2003). En effet, la formation a des effets soignants chez les apprenantes et apprenants. Il semble qu'en amont des apprentissages liés à la profession médicale, une qualité de savoir-être puisse solidifier la personne, ses apprentissages et sa future pratique médicale. Les étudiantes et étudiants en médecine seraient ainsi mieux outillés pour traverser ce cursus de formation exigeant et épuisant.

Notre recherche a permis d'explorer d'une manière plus profonde les phénomènes rencontrés auprès des médecins ayant fait la formation des pratiques du Sensible. À cette étape-ci, il serait intéressant de poursuivre la recherche auprès d'un plus grand nombre de médecins ou d'étudiantes et étudiants en médecine afin d'y observer les éléments de théorisation répétitifs inclus dans la théorisation ancrée de notre étude exploratoire. Ainsi, selon les résultats, il serait alors plus aisé de promouvoir l'apprentissage expérientiel d'approches de type corps / esprit (dont les PS) dans les cursus universitaires en médecine.

⁴ Nous constatons à la lecture des définitions offertes dans le *Dictionnaire de psychologie* (Doron, Mengal et Richelle, 2011). que les appellations sont variées dans le temps et qu'elles ont été sous l'influence de la science et de son évolution. Par exemple, « l'esprit » est défini dans ce dictionnaire comme étant un : « Terme chargé de sens multiples au cours de ses avatars dans les divers systèmes philosophiques, esprit désigne tantôt, dans un sens proche de ses racines étymologiques, le principe (souffle) de vie, tantôt l'âme individuelle, tantôt la réalité pensante supérieure, source de la création et la dominant, tantôt l'instance psychologique produisant la pensée ou dirigeant l'action, tantôt le sujet de la représentation ou de la conscience. » (p. 272)

Pour les tenants de la recherche béhavioriste, le terme « esprit » a été banni du vocabulaire de la psychologie comme le note le *Dictionnaire psychologique* : « les courants plus strictement scientifiques et expérimentaux de la psychologie ont préféré s'inscrire sans équivoque dans les sciences de la nature en éliminant l'esprit de leur vocabulaire et de leurs constructions théoriques » (*Ibid.*, p. 272). Il a été ensuite repris pour la traduction du mot « mind » utilisé dans le monde anglo-saxon. Le concept « d'esprit » a été retenu par les chercheuses et chercheurs ayant adopté la vue de Dilthey qui cherche à comprendre l'esprit plutôt que de l'expliquer. L'utilisation du mot « esprit » pouvait aussi pour d'autres, être remplacée par « psychisme », ou « appareil psychique », afin de se distancier de la référence spirituelle sous-entendue dans le terme « âme ».

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	4
RÉSUMÉ	8
LISTE DES TABLEAUX	22
LISTE DES FIGURES	24
LISTE DES ENCADRÉS	26
LISTE DES SIGLES	27
DÉDICACE	28
LES REMERCIEMENTS - KASÀLÀ	29
PROLOGUE : LA GÉNÈSE DE CE PROJET	39
1. PARCOURS PERSONNEL ET PROFESSIONNEL	39
2. L'ÉMERGENCE D'UN INTÉRÊT POUR LA RECHERCHE	41
3. MON INTÉRÊT POUR LA MÉDECINE INTÉGRATIVE.....	44
4. UNE PRATIQUE CORPORELLE POUR UN RENOUVELLEMENT DU CONCEPT DE SANTÉ?.....	45
5. LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS DE LA MÉDECINE	46
5.1 Médecine conventionnelle.....	47
5.2 Médecine traditionnelle.....	47
5.3 Médecine parallèle	48
5.4 Médecine alternative et complémentaire (MAC).....	48
5.5 Médecine intégrative	49
5.6 Un consensus autour des définitions?	49
INTRODUCTION	53
PREMIER CHAPITRE PROBLÉMATIQUE	58
1. LES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES : UNE DEMANDE SOCIALE	58
1.1 La relation thérapeutique au cœur de la santé de la patiente et du patient	59

2. LA MÉDECINE INTÉGRATIVE : UNE NOUVELLE VISION DE LA PRATIQUE MÉDICALE.....	62
2.1 L'évolution du concept de médecine intégrative	63
2.2 La dimension éducative de la médecine intégrative.....	67
2.3 La médecine intégrative sur le terrain	68
2.4 La dynamique avec la ou le médecin : de la résistance au changement? ..	71
2.5 La présence et la conscience des conditions essentielles	73
2.6 Une vision particulière de l'être humain, de ses responsabilités et de ses relations	77
2.7 La formation médicale et son environnement	80
2.7.1 Une philosophie basée sur la compétition et l'endurance.....	80
2.7.2 Éduquer à la présence à soi pour mieux prendre soin de soi et des autres	83
2.7.3 L'apprentissage expérientiel en médecine	86
3. LA SANTÉ : UN CONCEPT AU SENS ÉVOLUTIF	88
3.1 Une santé qui s'exprime au-delà du corps	89
3.2 Qu'en est-il de la conception de la santé chez les médecins?	90
3.3 De la conception à la pratique en matière de santé	93
DEUXIÈME CHAPITRE RECENSION DES ÉCRITS	97
1. L'ENSEIGNEMENT DES MAC DANS LES CURSUS EN MÉDECINE.....	97
1.1 Les différences de genre.....	99
1.2 Les changements d'attitudes en cours de formation	99
1.3 Les éléments marquants	103
2. L'EXPÉRIENCE D'APPROCHES CORPS / ESPRIT AUPRÈS DES ÉTUDIANTES ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE	106
2.1 La présence à soi : un soutien pour la ou le médecin et une assise pour le lien thérapeutique	108
2.2 Les éléments marquants	114
3. LES PRATIQUES DU SENSIBLE ET LES RECHERCHES ASSOCIÉES	116
3.1 Les approches corps / esprit (mind-body medicine)	117
3.1.1 Définition	118
3.1.2 Situer les approches corps / esprit dans le temps.....	119
3.1.3 L'état de la recherche sur les approches corps / esprit	121
3.1.4 Les effets indésirables.....	122
3.1.5 La nécessité de faire plus de recherche.....	123
3.2 Les recherches sur les pratiques du Sensible.....	124
3.3 La transformation des représentations en lien avec le concept de la santé.....	127
3.4 La transformation des représentations des participantes dans un contexte médical	130
3.5 La transformation des personnes oeuvrant en somato-psychopédagogie	132
4. QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	135
4.1 Intentions de recherche.....	136

4.1.1 Question générale de recherche	137
4.1.2 Objectifs de recherche	137

TROISIÈME CHAPITRE CONTEXTE PRATIQUE ET RÉFÉRENTS INTERPRÉTATIFS..... 138

1. LES PRATIQUES DU SENSIBLE.....	138
1.1 Les pratiques du Sensible et leur cadre d'intervention pédagogique	141
1.2 Les outils d'intervention.....	144
1.2.1 L'approche manuelle	144
1.2.2 La gymnastique sensorielle.....	145
1.2.3 L'introspection sensorielle.....	146
1.2.4 L'entretien verbal à propos de l'expérience corporelle	147
1.3 Une démarche avec les pratiques du Sensible.....	147
2. UNE BOUCLE POUR GRANDIR EN CONSCIENCE	148
2.1 Le rapport au corps.....	150
2.2 Une capacité perceptive éduicable	152
2.2.1 La perception au sens large.....	152
2.2.2 Les cinq sens extéroceptifs	153
2.2.3 La proprioception : sens du mouvement.....	153
2.2.3.1 Le sens du mouvement : intégrateur des perceptions extéroceptives	153
2.2.3.2 La proprioception, un sens inconscient qui devient conscient	154
2.2.4 Le sens du Sensible : un « 7 ^e sens ».....	155
2.3 L'attention nécessaire à la perception	157
2.4 Un processus vers davantage de présence à soi	160
3. LE MODÈLE DE MODIFIABILITÉ PERCEPTIVO-COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE (MPCC)	162
3.1 La description des étapes.....	163
3.1.1 Le fait d'expérience	163
3.1.2 Le fait de conscience.....	164
3.1.3 Le fait de connaissance	164
3.1.4 La prise de conscience	165
3.1.5 La prise de décision	166
3.1.6 Le passage à l'action.....	166
3.1.7 Le retour réflexif.....	167
3.2 Les difficultés rencontrées dans le processus.....	168
3.3 Les représentations : un obstacle majeur à la transformation	168
3.3.1 Les représentations, première définition.....	169
3.3.2 L'apprentissage pour dépasser la représentation	171
3.3.3 Une pédagogie de transformation des représentations	172
4. LES NATURES DE TRANSFORMATION.....	175
4.1 Vers une transformation du rapport à la santé.....	175
4.2 Vers une transformation personnelle et professionnelle	179

4.3 Vers une transformation spirituelle	182
QUATRIÈME CHAPITRE MÉTHODOLOGIE	185
1. UNE RECHERCHE QUALITATIVE	185
1.1 Une optique compréhensive	186
1.2 La posture de la chercheuse ou du chercheur	187
1.3 Les différentes techniques de collecte d'informations	188
2. DEVIS DE RECHERCHE	189
3. DEUX TYPES D'ENTRETIEN : DEUX POSTURES ÉPISTÉMOLOGIQUES	190
3.1 La posture interactionniste (l'entretien compréhensif)	191
3.1.1 L'entretien compréhensif	192
3.1.2 Le vécu du sujet	192
3.1.3 Le sujet en interaction	193
3.1.4 Les conditions à installer pour maximiser les retombées de l'entretien	193
3.1.5 Les qualités de l'intervieweur	194
3.1.6 La formation à l'entretien compréhensif	196
3.1.7 Le guide d'entretien	197
3.2 La posture psycho-phénoménologique (l'entretien d'explicitation)	198
3.2.1 Qu'est-ce que la phénoménologie?	198
3.2.2 Un regard spécifique sur la relation au monde	200
3.2.3 Les incontournables de la phénoménologie	201
3.2.4 La posture psycho-phénoménologique	203
3.2.5 L'entretien d'explicitation	206
3.2.6 Une formation nécessaire	207
3.2.7 Les conditions de réalisation	208
3.2.8 Un accès au vécu expérientiel	209
3.2.9 La dimension relationnelle de l'entretien d'explicitation	211
3.2.10 Les types de vécus	212
3.2.11 Détails sur la conduite de l'entretien d'explicitation	213
3.3 Comparaison des deux types d'entretiens : compréhensif et d'explicitation	215
3.4 Les biais lors de la tenue d'un entretien	216
4. LE PAS À PAS DANS LA PRODUCTION DE DONNÉES	218
4.1 Entretien pré-exploratoire	218
4.2 Entretiens exploratoires	219
5. LA RECHERCHE PRINCIPALE	222
5.1 Le contexte de l'enquête	222
5.2 Les conditions de participation à notre enquête	223
6. LES DÉMARCHES D'ANALYSES QUALITATIVES	224
6.1 Première démarche d'analyse	229
6.2 Deuxième démarche d'analyse	236
6.3 Croisement des deux démarches d'analyse	238
6.4 L'analyse des données : sphère personnelle	239

6.5 L'analyse des données : sphère professionnelle.....	242
7. LE COMITÉ ÉTHIQUE.....	245
8. LES CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ DE LA RECHERCHE	246
8.1 Posture épistémologique et contexte de recherche.....	247
8.2 La rigueur de notre recherche.....	248
8.2.1 La cohérence interne.....	248
8.2.2 L'acceptation interne	250
8.2.3 La confirmation externe.....	251
8.2.4 La complétude.....	252
8.2.5 La saturation	253
8.3 La portée de notre recherche selon les différentes postures de recherche	253
9. LES FORCES ET LES LIMITES DE LA RECHERCHE	254
9.1 Les forces	254
9.2 Les limites	256
CINQUIÈME CHAPITRE RÉSULTATS ET ANALYSE	259
1. LA RECHERCHE PRINCIPALE	259
1.1 Présentation des participantes et du participant	259
1.1.1 Différences reliées au temps.....	262
1.1.2 Différences reliées à la nature de la formation	262
1.1.3 Différences reliées aux caractéristiques des personnes	263
1.2 Les encadrés des participantes et du participant	264
2. LES RÉSULTATS PAR OBJECTIF	271
2.1 Présentation des résultats concernant la sphère personnelle	271
2.1.1 Transformation : rapport au corps	272
2.1.2 Transformation : rapport à sa présence.....	276
2.1.3 Transformation : rapport à sa santé.....	280
2.1.4 Rapport à son corps, à sa présence et à sa santé chez les participants.....	285
2.1.4.1 Suzanne.....	285
2.1.4.2 Marie-Hélène	286
2.1.4.3 Nathalie.....	287
2.1.4.4 Isabelle.....	288
2.1.4.5 Philippe.....	289
2.1.4.6 Eva	290
2.2 Analyse des résultats concernant la sphère personnelle.....	291
2.2.1 Présence au corps, un lieu d'opportunité de prise de conscience.....	291
2.2.2 Dépassement d'états intérieurs à teneur émotionnelle, vers plus de liberté d'être.....	296
2.2.3 Transformations en lien avec l'état d'harmonie en début de formation.....	300
2.2.4 Le changement identitaire.....	302
2.3 Présentation des résultats concernant la sphère professionnelle	311

2.3.1 Le concept de la santé.....	311
2.3.1.1 Définition de la santé avant la formation.....	311
2.3.1.2 Le rapport à la santé de manière générale.....	314
2.3.1.3 Élargissement du concept de la santé	316
2.3.2 Une qualité de présence dans le milieu professionnel transformée	319
2.3.2.1 En amont, une transformation du rapport à soi.....	323
2.3.3 La relation aux patientes et patients transformée.....	325
2.3.3.1 Transformation du rapport au toucher	328
2.3.3.2 L'écoute enrichie par le toucher	333
2.3.3.3 Une meilleure communication avec les patientes et patients.....	337
2.3.3.4 La présence aux patientes et patients.....	340
2.3.3.5 Une dimension de réciprocité dans la relation.....	350
2.3.3.6 Transformation de la posture du médecin	351
2.4 Analyse des résultats concernant la sphère professionnelle.....	353
2.4.1 Changement de conception et changement de pratique?	353
2.4.2 Des transformations personnelles ayant des retombées au plan professionnel.....	355
2.4.2.1 Le corps : l'assise de transformations dans les relations intrapersonnelle et interpersonnelle.....	355
2.4.2.2 L'implication du corps transforme la dimension relationnelle	357
2.4.2.3 La transformation du rapport au corps.....	359
2.4.2.4 Le corps aux multiples rôles	361
2.4.2.5 Un savoir-être à investir dans l'agir professionnel.....	363
2.4.2.6 Une formation soignante.....	367

SIXIÈME CHAPITRE MISE EN PERSPECTIVE 371

1. LE CONCEPT DE SANTÉ.....	371
1.1 Un regard sur la santé plus unifié.....	371
1.2 Une perspective plus vaste des résultats en lien avec la conception de la santé.....	373
2. LE PROCESSUS DE FORMATION DES MÉDECINS ET LEUR ÉTAT DE SANTÉ	377
2.1 La formation aux pratiques du Sensible expérimentée par des médecins.....	377
2.1.1 La dimension biologique/corporelle	378
2.1.2 La dimension psychologique	380
2.1.3 La dimension sociale	382
2.1.4 La dimension spirituelle.....	385
2.2 La formation initiale des médecins	388
2.2.1 La gestion du stress dans la formation médicale	388
2.2.2 La gestion des états intérieurs et émotionnels dans la formation médicale.....	390

2.2.3 À l'ère du renouvellement de la formation médicale	392
2.3 Les formations corps / esprit dans les cursus de formation en médecine	395
3. L'APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL ET LA PRATIQUE MÉDICALE	397
3.1 L'apprentissage par l'expérience de la posture de la praticienne ou du praticien à celle de la patiente ou du patient	399
3.1.1 La présence du corps dans l'expérience	400
3.1.2 La nouveauté dans l'expérience.....	402
3.1.3 La nécessité d'être Sujet de son expérience.....	404
3.1.4 Une mise à distance, une méta-position d'où émerge un savoir-être	405
3.1.4.1 Un déplacement identitaire	406
3.1.4.2 Une qualité de savoir-être avec soi	409
3.1.4.3 Savoir-être dans sa vie personnelle et professionnelle	413
3.2 Plus de conscience pour plus de santé.....	416
CONCLUSION.....	420
1. L'ATTEINTE DE NOS OBJECTIFS.....	420
1.1 La sphère personnelle.....	420
1.2 La sphère professionnelle.....	421
2. LES RETOMBÉES DE NOTRE PROJET DE RECHERCHE.....	423
2.1 La prise en compte de l'entièreté de la personne	424
2.2 Une construction identitaire porteuse de santé.....	426
2.3 Une formation professionnelle créatrice de santé	427
2.4 Le corps, le lieu d'investissement	428
2.5 La santé spirituelle : un lieu d'unification.....	429
3. UNE POSTURE ÉTHIQUE	430
4. LES AVENUES DE RECHERCHE	431
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	434
ANNEXE 1 GUIDE D'ENTRETIEN	455
ANNEXE 2 GUIDE D'ENTRETIEN	459
ANNEXE 3 LISTE DE CATÉGORIES : SUZANNE	462
ANNEXE 4 RÉSUMÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE	465

ANNEXE 5 DOCUMENTATION RELIÉE À L'ÉTHIQUE DU PROJET..... 477

LE FORMULAIRE D'ÉVALUATION.....	478
Éduquer à la présence à soi	488
Question de recherche	489
Objectifs de recherche :	489
LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : MODÈLE POUR PERSONNES MAJEURES	499
LES LETTRES REÇUES PAR LE COMITÉ ÉTHIQUE	502
LA LETTRE D'INFORMATION INCLUANT LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENTRETIEN	509

ANNEXE 6 CONGRÈS 2013 RECHERCHE EXPLORATOIRE..... 512

8TH ANNUAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR COMPLEMENTARY MEDICINE RESEARCH (ISCMR) AVRIL 2013, LONDON, UK	513
FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON WHOLE PERSON CARE OCTOBRE 2013, MONTRÉAL, CANADA.....	515

ANNEXE 7 CONGRÈS 2014 – 2015 - 2016 RECHERCHE PRINCIPALE..... 517

2014 CANADIAN CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION AVRIL 2014, OTTAWA, CANADA.....	518
CONGRÈS DE L'ACFAS MAI 2014, MONTRÉAL, CANADA COMMUNICATION ORALE.....	520
INTERNATIONAL RESEARCH CONGRESS ON INTEGRATIVE MEDICINE AND HEALTH MAI 2014, MIAMI, ÉTATS-UNIS.....	521
2014 THE ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION IN EUROPE AOÛT 2014, MILAN, ITALIE COMMUNICATION ORALE.....	523
CENTILE INTERNATIONAL CONFERENCE TO PROMOTE RESILIENCE, EMPATHY AND WELL-BEING IN HEALTH CARE PROFESSIONS OCTOBRE 2015, WASHINGTON, ÉTATS- UNIS	524
THE CANADIAN CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION AVRIL 2016, MONTRÉAL, CANADA	526
INTERNATIONAL CONGRESS ON INTEGRATIVE MEDICINE AND HEALTH MAI 2016, LAS VEGAS, ÉTATS-UNIS.....	528
INTERNATIONAL HUMAN SCIENCE RESEARCH CONFERENCE JUILLET 2016, OTTAWA, CANADA	530

**ANNEXE 8 L'ACCEPTATION INTERNE DE NOS CINQ PARTICIPANTES
ET DE NOTRE PARTICIPANT..... 531****L'ACCEPTATION INTERNE LE FORMULAIRE DE SUZANNE 532**

**ANNEXE 9 TÉMOIGNAGES EN LIEN AVEC L'IDENTITÉ
VOCATIONNELLE547**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Conception de la santé et de l’acte infirmier selon trois auteurs.....	95
Tableau 2 – Impact de la relation au corps sensible sur la représentation de N1	126
Tableau 3 – Les différents statuts du corps.....	151
Tableau 4 – Comparaison des différentes catégories de perception	156
Tableau 5 – Les différents statuts d’attention et leur fonction.....	158
Tableau 6 – Les sept étapes de transformation	167
Tableau 7 – Étapes de la modification des objectifs de consultation.....	176
Tableau 8 – Comparaison des effets des soins en fasciathérapie sur trois dimensions de la santé.....	178
Tableau 9 – Les étapes de la transformation du corps sensible	183
Tableau 10 – Extrait d’analyse par thèmes - entretien Suzanne	230
Tableau 11 – Extrait de relevé de thèmes linéaires – entretien Suzanne	231
Tableau 12 – Extrait de relevé de catégories à partir des thèmes – entretien Suzanne	232
Tableau 13 – Rubrique : Prise de conscience d’elle-même et sous-rubriques – entretien de Suzanne.....	233
Tableau 14 – Exemple de résultats de fusion des rubriques – entretien Suzanne.....	234
Tableau 15 – Structure d’une rubrique avec les sous-rubriques : Rapport à	235
Tableau 16 – Structure d’une rubrique avec les sous-rubriques : Sa pratique thérapeutique	235
Tableau 17 – Extrait entretien Suzanne – « Transformation du rapport au corps »...	237
Tableau 18 – Catégorie « Transformation du rapport au corps »	238
Tableau 19 – Extrait catégorie « Transformation du rapport au corps » - entretien Suzanne	239
Tableau 20 – Transformation du rapport au corps - Suzanne	242
Tableau 21 – Informations sur les participantes et le participant de la recherche	260
Tableau 22 – Autres formations suivies depuis la diplomation en médecine	261
Tableau 23 – Transformation du rapport au corps	276

Tableau 24 – Transformation du rapport à sa présence	280
Tableau 25 – Transformation du rapport à sa santé	284
Tableau 26 – Synthèse des trois catégories pour Suzanne.....	285
Tableau 27 – Synthèse des trois catégories pour Marie-Hélène	286
Tableau 28 – Synthèse des trois catégories pour Nathalie.....	287
Tableau 29 – Synthèse des trois catégories pour Isabelle.....	288
Tableau 30 – Synthèse des trois catégories pour Philippe	289
Tableau 31 – Synthèse des trois catégories pour Eva	290
Tableau 32 – Transformation du rapport au corps	292
Tableau 33 – Prise de conscience.....	293
Tableau 34 – Les limites dépassées	296
Tableau 35 – Interrelation entre la sphère personnelle et professionnelle	368

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – « Pyramide d’intégration »	69
Figure 2 – La roue de la santé	73
Figure 3 – Interaction dynamique sur les influences physiques et non physiques qui s’exercent sur la santé, comme la maladie.	77
Figure 4 – La boucle pour grandir en conscience	149
Figure 5 – Processus interne de transformation des représentations.....	162
Figure 6 – Le système des informations satellites de l’action vécue	213
Figure 7 – Les étapes des deux démarches d’analyse et leur croisement	226
Figure 8 – Organisation temporelle des deux démarches d’analyse entrecoupées ...	227
Figure 9 – Les étapes d’analyses concernant la sphère personnelle	240
Figure 10 – Les étapes d’analyses concernant la sphère professionnelle	243
Figure 11 – Le processus pour devenir plus sujet de leur vie et de leur santé	295
Figure 12 – Processus d’éveil de conscience de leur vie avec les pratiques du Sensible	299
Figure 13 – Potentiel d’expérience transformatrice	304
Figure 14 – Centration de la personne au sein de l’expérience corporelle	308
Figure 15 – Transformations des relations professionnelles.....	324
Figure 16 – Transformation du rapport au toucher	332
Figure 17 – La qualité de présence à soi et aux autres.....	349
Figure 18 – Rapport entre les transformations dans la dimension intrapersonnelle et interpersonnelle	356
Figure 19 – La transformation de la communication entre le médecin et la patiente ou le patient, suite à l’accroissement perceptif	358
Figure 20 – Déploiement perceptif personnel et professionnel	360
Figure 21 – Différents rôles du corps.....	361
Figure 22 – Perspective des transformations personnelles d’où émerge un savoir-être au service d’une profession	364

Figure 23 – Interaction dynamique sur les influences physiques et non physiques qui s'exercent sur la santé comme sur la maladie.	373
Figure 24 – Dimensions de l'apprentissage vers une capacité de la pratique médicale	411
Figure 25 – Dimensions de l'apprentissage au sein d'un savoir-être atrophié	412
Figure 26 – Rayonnement du savoir-être	414

LISTE DES ENCADRÉS

Encadré 1 – Formation à l’entretien compréhensif.....	197
Encadré 2 – Formation à l’entretien d’explicitation	208
Encadré 3 – Série – Parcours de formation et de pratique médicale.....	265
Encadré 4 – Série – Définition de la santé avant la formation aux pratiques du Sensible	312
Encadré 5 – Série – Définition de la santé après la formation aux pratiques du Sensible	317

LISTE DES SIGLES

AEMC : Le rapport sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada

AFMC : Association des facultés de médecine du Canada

AMA : American Medical Association

AMC : Association médicale canadienne

CAM : Complementary and Alternative Medicine

CHBQ : CAM Health Belief Questionnaire

FMSS : Faculté de médecine et des sciences de la santé

HAS : Haute Autorité de Santé

IMAQ : Integrative Medicine Attitude Questionnaire

INSMT : Institut des neurosciences, de la santé mentale et de la toxicomanie

MAC : Médecine alternative et complémentaire

MBSR : Mindfulness-based stress reduction

MPCC : Modifiabilité perceptivo-cognitive et comportementale

MTR : Médecine traditionnelle

MTR/MCP : Médecine traditionnelle et médecine complémentaire et parallèle

NCCAM : National Center for Complementary and Alternative Medicine

OMS : Organisation mondiale de la santé

POMS : Profile of Mood States

SPP : Somato-psychopédagogie

SSI : Soins de santé intégrés

DÉDICACE

À *Juliette*, la Beauceronne, et à toutes nos grand-mères qui n'ont pas eu la grâce d'être respectées dans la profondeur de leur être et de leur intimité.

À *Jeannine*, la Québécoise, et à toutes nos mères qui n'ont pas pu assouvir leur soif d'apprendre, face à l'obligation de prendre soin des familles nombreuses de l'époque.

À *Josée*, la Canadienne, et à toutes les femmes issues de la classe ouvrière qui ont su persévérer contre vents et marrées, avec courage et détermination, pour naître à leur voix /voie.

À toutes les femmes du monde qui marchent avec audace et dignité vers leur advenir - vous avez toutes mon admiration, mon affection et mon soutien. Puissent ces trois générations de « J » soutenir la naissance d'un grand nombre de « Je » féminins et masculins inspirés de la pédagogie humaniste et libératrice de Freire (1974).

LES REMERCIEMENTS - KASÀLÀ

Chant I

Humaine parmi les Terriens
J'accueille et reçois au féminin
Compteuse de brins d'herbes
J'aspire à en connaître le nombre

Amoureuse de la beauté
Bâtisseuse de gratte-ciel
Je suis en quête du centre

Chercheuse je cherche à m'adoucir
Louangeuse je louange le cœur de Dieu
Pour mieux accueillir mon propre cœur

Quelquefois j'ai peur des représailles
Et j'hésite à habiter ma vie
Je m'affaire encore quoique moins qu'autrefois
A porter ceux qui semblent aller moins bien

Consciente j'ancre mes amarres à la vie
Mes égarements sont mes tremplins
A présent j'entre dans la conversion
Je convertis mes vagabondages
Je m'engage dans ma mission

Je n'hypothèque plu mon advenir
Je fais du malheur une chance
J'ose la chance tout court
Lachance que je suis

Face au doute à la peur et au stress
 Je m'ancre à la terre et demeure stable
 Confiante en moi-même et en la vie
 Je m'appelle Marie Josée Rita
 Je suis Lachance

J'atterris dans une famille de six
 Je suis la petite dernière je suis le bébé
 Armand l'Aîné qui veille du ciel bleu sur la fratrie
 Pierrette la Téméraire qui ose suivre son propre chemin
 Claire la Grande-oreille qui entend ce qui n'a pas l'habitude d'être dit
 Sylvie la Clown qui aime rire et faire rire et créer l'état de surprise
 Denis le Cœur-vaillant, le Policier-farmer qui incarne sa parole

Longtemps bébé, je suis devenue grande
 Je marche ma vie de benjamine parmi les grands
 Je suis la Générale à la colonne vertébrale alignée
 L'Alliée précieuse de mon cœur ouvert
 Un cœur à sa juste place

Chant II

En quête d'une nouvelle vie
 En dehors du métier de comptable
 Lasse de juste ordonner la richesse
 Je renais à de nouveaux périples
 Je tourne une page de ma vie

Au cœur de mes empêchements
Je brave les phrases sans verbe
Les verbes coupés de leur sujet
Je me réapproprie ma langue
Je me réapproprie ma voix

Affamée du regard des autres
Violentée par la dureté des retours
J'apprends à écouter mon âme
Je me détache de cette souffrance
Je nais à ma propre reconnaissance

Je suis Celle-qui-apprend-sans-cesse
J'apprends à plonger au cœur des gouffres
Je célèbre les épreuves qui m'accouchent

Désireuse de transmettre
J'aspire à partager la capacité
A faire face à l'impuissance
Impuissance cependant nécessaire à la renaissance
Pour tous les captifs et captives assoiffés de liberté
Fertilisatrice du vivant je fertilise les cœurs
Et je fertilise les corps et les rends capables
De faire germer leur potentiel

Je suis l'Audacieuse

J'arpente des voies ardues

Je gravis les cimes de la connaissance

Enfant-terrible qui ose aller chasser en terrain prohibé

J'ai cessé de balancer des colonnes de débit et crédit

Je me suis aventurée avec détermination

Dans le champ lointain et interdit du corps

Où seuls officiaient les docteurs en médecine

Et j'ai rédigé un doctorat en éducation

Dans le champ de la médecine

Je suis le Pont

Entre l'objectif et le subjectif pour co-crée à partir de deux regards

Entre la science et la conscience pour mieux extraire la connaissance

Entre la formation et la santé pour faire fleurir étudiantes et étudiants

Entre les différentes disciplines pour trouver une cohérence d'ensemble

Entre le firmament et la terre pour permettre à l'humain de décoller

Entre l'enseignement et la pratique pour apprendre de l'expérience

Entre la recherche et la pratique pour rendre possible le dialogue

Bref je suis l'Antre

Où se consomment les identités au feu de l'Amour

L'Arc-en-ciel qui se lève entre l'Eau et le Soleil

L'Arbre qui se dresse entre la Terre et le Ciel

La santé est au cœur de mon projet

Créatrice je crée des formes de vie neuves

J'engendre la santé du corps de l'âme et de l'esprit

Je relève les défis je me redresse devant chaque obstacle

Canadienne et Québécoise je suis la Souveraine dansante

Chant III

Je rends hommage à **mes parents** bien-aimés
 Êtres de grande ouverture au regard lointain
 Ils esquissèrent pour moi un chemin inspirant
 Ils ne se lassent jamais d'espérer pour ma vie
 Ils respectent mes choix ils accueillent ma voie
 Ils demeurent des phares éclairants sur ma route
 Je mute je vole loin des conditionnements
 Transgénérationnels et culturels

Jeannine Quirion c'est ma mère
 Femme industrielle aimant la perfection
 Savoureuse elle savoure le travail bien fait
 Arrachée malgré elle à l'école traditionnelle
 Elle se rattrapa en me permettant d'étudier
 Justement ma quête à moi passait par le savoir
 Alors je n'en finissais plus de courir les écoles !
 Espace nourrissant pour mon être assoiffé
 Elle fit preuve d'une patience inépuisable
 Et me laissa gravir jusqu'au doctorat !
 A ses yeux j'ai gravi l'Everest

Raymond Lachance c'est mon père
 Homme Libre Espace de confiance et de peur
 Excellent chialeur qui chiale sur tout et sur rien
 En même temps contemplatif familier du silence
 Qui rêve sa fille comme illustre enseignante
 Le jour où il me vit en chaire il fut ému
 Il se leva et vint à ma rencontre
 Il m'enlaça content et fier

Lionne Courageuse

Je suis Celle-qui-trace-sa-voie
 Une voie inédite hors des sentiers battus
 Loin des lieux où l'on consomme sans répit
 Les produits nocifs de modèles à la dérive
 Où la vie a perdu toute saveur tout sens
 Où l'Homme adore du matin au soir
 Des dieux d'or et d'argent

J'assume ma différence et mon originalité
 Je fais entendre ma voix au plus grand nombre
 Je sais aussi me taire pour entendre d'autres voix
 J'attends patiente que mon âme me rejoigne
 J'attends que jaillisse ma source intime
 J'accepte ma condition humaine
 Je m'accepte imparfaite
 Prête à me parfaire

Je me laisse voir
 Dans ma splendeur
 Quoique inachevée

J'entretiens l'ambition
 De faire de ma vie
 Une œuvre d'art
 Toi grande **vie**
 Qui m'as désirée

Je suis Harpe qui te chante
 Je me dépose sur tes vagues
 Et me laisse bercer par ta générosité

Jeanne-Marie Rugira,

Tulipe-noire-qui-éclaire-le-soleil
 Déesse-riante-venue-des-Grands-Lacs
 Est-ce en Afrique ou en Amérique du nord ?
 Il n'importe tu es aquatique tu es Mer !

Accoucheuse-qui-accouche-d'elle-même
 Guide-qui-aide-l'autre-à-accoucher-de-soi-même
 La Confiante qui croit en l'humain par-delà lui-même
 Tu tiens, tu soutiens, quand on titube
 Tu enseignes à persévérer quoi qu'il arrive
 Tu enseignes à déployer la pensée

Tu es celle qui rend la vue à l'aveugle
 Tu es celle qui entraîne à prendre du recul
 Tu es celle qui rend le rire à l'âme triste

Isabelle Gaboury

De la statistique au qualitatif
 De la biologie à la médecine intégrative
 Tu traces la voie de ton accomplissement
 Regard-Critique qui cherche la justesse
 Tu invites l'homme à la même exigence

Maître de la recherche qualitative
Pierre Paillé tu ébranles les convictions
 Audacieux tu pousses l'être vers sa vérité
 Tu l'exhortes à faire des deuils
 Et je rencontre mes imperfections
 Miroir, miroir de mes inachèvements
 Je m'octroie ce que l'on ne m'offre

Amoureux-de-la-Connaissance **Jean-François Desbiens**
 Tu es mu par ta conscience en quête de tes inconsciences
 Depuis ta rencontre j'ai fait une précieuse découverte :
 En moi cohabitent la thérapeute la militant la chercheure
 Tu poses les bases du futur et aiguises le sens critique
 Educateur tu éduques l'intelligence et le regard

L'on connaît la médecine conventionnelle
 Qui soigne le corps et qui soigne la psyché
 Il existe une autre médecine celle qui intègre
 Les réalités de la santé dans leur diversité
 Celle qui embrasse plus largement

Marianne Xhignesse tu es Terre-d'accueil
 Terre fertile qui accueille de nouvelles pensées
 Guide à l'écoute aiguisée et l'action efficace
 Tu boostes la vie sous toutes ses formes
 Tu es l'Engagée La-Pleine-de-cœur
 Tu es Pilier-de-soutènement

Merci à **Danis Bois**

Et à la communauté du Sensible
 Merci au personnel administratif

Vivianne, Geätane et **Catharina**

Merci à **Nadine, Eve, Marc** et **Emmanuelle**

À **Christian, Isabelle, Didier** et tant d'autres

Tous munis de grandes oreilles et d'une patience infinie
 Capables de répondre à toutes questions et colles

Merci à **Michèle Rinfret** le Soutien-loyal

Et à **Sylvie, Maryse, Fabien** et **Agnès**

Tous mains douces et soignantes

Merci aux maîtres de la parole

Thuy Aurélie Nguyen la Duchesse des mots

Brigitte Bédard Celle qui transgresse les règles

Jacques Hillion Celui qui creuse l'expérience par l'écriture

Janine Bédard La-toujours-présente la Travailleuse acharnée

Et à **Patrick Bessette** Apôtre croyant et mécréant à la fois

Merci à l'Université de Sherbrooke

Institution ouverte et humaine par excellence

Merci aux organismes subventionnaires

Groupe Inter-Réseaux de recherche sur l'adaptation

De la famille et de son environnement

Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel du CHUS

Fondation Lucie et André Chagnon

Université du Québec à Rimouski

Ainsi que Université de Sherbrooke

Oh je ne me tairai pas

Sans exprimer ma gratitude infinie

A l'égard de toutes celles et tous ceux

Qui se sont laissé interroger

Pour rendre cette recherche possible !

Josée Lachance que ne suis-je chanceuse

D'être entourée d'amis si aimants si généreux

Qui ne comptent ni leur temps ni leur énergie !

J'ai chanté
Je range mes instruments
Il faut parler il faut se taire
Le temps du repos est venu
Et je rentre chez nous
Pour porter aux miens
Les bonnes nouvelles
De mon voyage

L'heure est maintenant à la fête
Merci à **Caroline, Vicky Diane et Jacques** pour leur support
à cette œuvre de célébration

PROLOGUE : LA GÉNÈSE DE CE PROJET

Le début de mon processus de formation doctorale fut marqué par un désir de trouver une voie de passage efficace me permettant de partir de ma posture de praticienne en somato-psychopédagogie afin d'advenir à celle de praticienne chercheuse. L'évolution de ma croissance personnelle et professionnelle exigeait de moi une forme nouvelle pour m'accompagner sur le chemin de l'émancipation de la femme et de la professionnelle que je deviens. Le contexte éducatif était pour moi une riche opportunité pour prendre forme. En effet, comme le précise Reboul (1971) « éduquer, ce n'est pas fabriquer des hommes selon un commun modèle, c'est libérer en chaque homme ce qui l'empêche d'être soi, lui permettre de s'accomplir selon son génie singulier » (p. 43).

Dans cette perspective, je souhaite que ce projet de doctorat soit pour moi une occasion de relier mes intérêts professionnels, intellectuels et existentiels dans un cheminement qui vise l'actualisation de ma potentialité comme l'expression de ma singularité. Comme l'indiquent avec justesse Karsenti et Savoie-Zajc (2000), il me faut ici rassembler les éléments qui donnent sens à mon processus de recherche. « Seul le chercheur qui formule son projet peut justifier la pertinence des éléments à inclure dans sa problématique. Rien ne va de soi sauf pour ce qui a du sens pour lui » (p. 85).

1. PARCOURS PERSONNEL ET PROFESSIONNEL

Ma formation universitaire initiale, tant au premier qu'au deuxième cycle, a été réalisée en administration, option management et comptabilité. Au début de ma vie professionnelle, j'ai œuvré dans le domaine biomédical comme directrice des finances et des ressources humaines, et ce, principalement au sein d'entreprises de recherche, soit des *spin off*. Au cours des années 1990, des professeures-chercheuses

et professeurs-chercheurs du milieu universitaire se réunissaient dans des sociétés très en vogue à l'époque, en vue de commercialiser leurs technologies grâce au financement de capital de risque. C'est par cette première profession que j'ai été initiée au monde de la recherche et aux préoccupations relatives à la santé.

Au même moment, alors que je vivais objectivement de la réussite sur le plan professionnel, je n'arrivais pas à me sentir pleinement épanouie. J'avais constamment l'impression de devoir en faire plus, en vue de prouver, aussi bien aux autres qu'à moi-même, ma propre valeur. Ce manque de pouvoir personnel créait une exigence qui pesait trop lourdement sur ma vie. À mesure que le temps passait, je fournissais des efforts épuisants tout en étant incapable d'accroître ma satisfaction personnelle. Je perdais de plus en plus confiance en mes capacités de réunir un jour les conditions qui me semblaient essentielles à la réalisation de mon potentiel singulier. Il devenait ainsi évident, pour moi, qu'il me fallait investir ailleurs que là où j'avais l'habitude de le faire. Pour paraphraser Watzlawick et Nardone (1993), il était temps pour moi d'apprendre à cesser de faire les mêmes choses qui ne marchent pas. Je sentais le besoin d'investir mon « pouvoir-être », comme le dit si bien Honoré (1992). Je me sentais dans une impasse et je vivais, aux plans personnel et existentiel, un fort sentiment d'insatisfaction qui me faisait ressentir l'urgence de m'occuper de la globalité de ma personne et de revenir à ce qui faisait sens pour moi. J'avais soif d'une vie sensée et proche de mon intériorité.

C'est ainsi qu'à partir de 1995, j'ai entamé une formation en somato-psychopédagogie⁵ (SPP) qui s'est terminée en 2002 par l'obtention d'un diplôme d'études supérieures avec spécialisation en « pédagogie perceptive du mouvement », à l'Université Moderne de Lisbonne. J'ai entrepris ce retour à moi par les études en

⁵ La somato-psychopédagogie est une pratique d'accompagnement formative et soignante par la médiation du corps et de son mouvement. La personne ainsi que son processus de croissance et de guérison sont au centre de cette pratique qui, également, tient compte du lien entre le corps et l'esprit, et ce, dans une quête de globalité. Œuvre du professeur Danis Bois et de ses collaborateurs, cette pratique est née en Europe.

SPP dans un but formatif au sens où l'entendent Pineau et Courtois (1991). Ces derniers donnent au terme « se former » le sens de se donner une forme nouvelle qui épouse l'évolution personnelle du sujet en formation. Le projet de formation prenait ainsi une toute nouvelle dimension pour moi. Je vivais intérieurement les effets de ma formation sur ma manière d'être au monde. En parallèle de ma formation initiale, j'ai alors débuté un travail d'accompagnement des personnes avec les outils de la SPP. Petit à petit, j'observais, chez moi comme chez les autres, des transformations significatives, autant sur le plan de la santé globale que sur la capacité de changer ses points de vue, d'accéder à des manières d'être et de penser plus souples et plus libres, ainsi que de s'adapter plus facilement aux événements imprévisibles et parfois bousculants de la vie.

2. L'ÉMERGENCE D'UN INTÉRÊT POUR LA RECHERCHE

Au fur et à mesure que j'évoluais dans mon apprentissage et dans ma professionnalisation comme somato-psychopédagogue, je comprenais de plus en plus l'importance de sortir d'une vision dualiste qui tend à séparer science et conscience. J'entrevois l'intérêt d'allier la formation et la santé, la recherche et la pratique ainsi que le soin et la formation. Je commençais à voir poindre en moi un intérêt pour le monde de la recherche et de la construction du sens et des connaissances. J'assistais à l'émergence d'une nouvelle forme de curiosité face à la vie et au monde, face à ma vie et à mes actions. Comme l'écrit Morin (1982) :

le vrai progrès s'opère lorsque la connaissance devient consciente de l'ignorance qu'elle apporte : il s'agit alors d'une ignorance consciente d'elle-même, et non de la superbe ignorance de l'idéalisme déterministe qui croit qu'une équation suprême lui permettra d'illuminer l'univers et d'en dissiper le mystère (p. 117).

Ma démarche de formation et d'intervention en SPP me sensibilisait progressivement à l'importance de mettre en dialogue différents champs disciplinaires en vue de créer des savoirs transversaux. Ce cheminement formateur

me permettait également de transformer mon mode d'existence en un processus nourrissant de formation expérientielle et de création de sens, de connaissance et de santé. La SPP a été ma porte d'entrée dans le domaine des approches alternatives et complémentaires au service de la santé des individus et des communautés. Je commençais également à vivre l'urgence de réfléchir sur ma pratique en vue de la transformer et de me renouveler. J'avais le sentiment que ma pratique professionnelle était un lieu pertinent de formation et de production de connaissances.

C'est dans une quête d'unification que j'ai décidé de m'inscrire au doctorat en éducation à l'Université de Sherbrooke. En effet, j'étais animée par le désir de participer à la construction du sens et à la production des connaissances dans une perspective qui tente d'unifier science et conscience. Les sciences de l'éducation semblaient constituer le champ d'études qui pouvait satisfaire mes multiples intérêts, tout en me permettant de me situer dans un esprit d'éducation pour la santé. Ainsi, je pouvais rester cohérente avec mes positions relatives à l'importance de prendre en compte la globalité de l'être humain dans chaque acte formateur et soignant, en vue de ne plus perpétuer, dans ma pratique, ce qui me semblait représenter l'un des maux les plus importants de la postmodernité, à savoir la segmentation de la réalité comme celle de l'être humain.

La prise en compte de la globalité de l'être humain en vue de sortir des pièges de la fragmentation m'interpellait également quant à la place que doit prendre la dimension spirituelle de l'être humain dans les processus de soins, de formation et de transformation. La dimension spirituelle n'est pas perçue comme un aspect supplémentaire de l'être humain, mais plutôt comme ce qui permet au sujet de relier toutes ces dimensions (Miner-Williams, 2006). Comme le précise Reed (1992), la spiritualité dans une telle perspective pourrait être vue comme :

The propensity to make meaning through a sense of relatedness to dimensions that transcend the self in such a way that empowers and does not devalue the individual. This relatedness may be experienced intrapersonally (as a connectedness within oneself), interpersonally (in the context of others and the natural environment), and transpersonally (referring to a sense of relatedness to the unseen, god, or power greater than the self and ordinary resources) (p. 350).

Reed (1992) rejoint la pensée d'Honoré (2003) quand il avance que la question du sens et de l'existence doit être au cœur de toute démarche de formation et de soin de l'être humain. Une vision holistique de l'être humain permet alors d'envisager la question du sens et de la conscience au sein des processus d'individuation et des projets personnels et collectifs d'émancipation.

Bien que ma rencontre avec la SPP soit issue d'une quête pour ma propre santé et ma propre croissance, elle a progressivement fait de moi une praticienne et une formatrice dans ce domaine. On voit poindre ainsi, dans mon cheminement, les préoccupations liées au domaine de la santé et à celui de l'éducation. Il n'est pas étonnant de constater que la présente recherche porte sur ces deux plans à la fois. En effet, lorsque j'ai commencé à œuvrer comme somato-psychopédagogue, j'ai été étonnée de constater le nombre de clientes et clients qui cherchent des solutions pour une meilleure prise en charge de leur propre santé, en dehors du système de santé habituel. Je faisais le constat selon lequel un nombre non négligeable de Québécoises et Québécois ne trouvent plus de satisfaction ni de réponse adaptée à leurs demandes dans le système de santé conventionnel. Une question surgissait alors : que cherchent toutes ces personnes auprès des praticiennes et praticiens en médecine alternative et complémentaire (MAC) qu'elles ne trouvent pas dans le système de santé officiel? Je commençais également à me questionner sur ce que pourrait apporter la SPP à la pratique des médecins qui œuvrent dans le système de santé biomédical.

3. MON INTÉRÊT POUR LA MÉDECINE INTÉGRATIVE

Le concept de médecine intégrative, développé en Occident depuis la fin des années 1990, m'a beaucoup inspirée. Il m'a permis d'entrevoir des réponses possibles aux questions que me posait l'origine du récent engouement pour les approches alternatives et complémentaires dans notre culture. En effet, ces approches se sont progressivement imposées suite à l'accroissement de l'intérêt des patientes et patients qui les utilisent de plus en plus alors que parallèlement, ils continuent de fréquenter le système de santé conventionnel (Maizes, Rakel et Niemiec, 2009).

Depuis le début de cette recherche, je me questionnais sur les raisons qui motivent cet intérêt grandissant pour un autre type de médecine. Mon hypothèse actuelle est que la qualité de la relation thérapeutique dans le champ des médecines alternative et complémentaire (MAC) participe à améliorer la réputation de ce type de pratiques de soins. Ces dernières ne peuvent plus se permettre de faire fi des besoins de la personne et notamment de celui de se sentir au cœur des préoccupations des soignantes et soignants. Comme le dit Di Sarsina (2007) :

Medicine Focused On The Person results from the need of every patient and client. The importance of being treated with dignity and respect is every person's right, improving patient's experience of care, reducing inequalities, being well aware of the "health social gradient" with regards to sustainable balance and pharmacoeconomy in order to encourage change in the thought processes of Health Policy, particularly towards those developing national health care strategies (p. 45).

C'est dans ce contexte que le sens du concept de médecine intégrative a considérablement évolué durant les dernières années, comme on le verra plus loin dans ce texte. Il souligne de plus en plus l'importance de prendre soin des différentes dimensions de l'être humain dans une visée de santé globale, en prenant en

considération à la fois le corps, la psyché⁶, les dimensions spirituelles ainsi que l'inscription sociale de l'être humain.

4. UNE PRATIQUE CORPORELLE POUR UN RENOUVELLEMENT DU CONCEPT DE SANTE?

Dans ma pratique de somato-psychopédagogue, j'observe, depuis un certain nombre d'années, que les personnes qui viennent me consulter ont des demandes de plus en plus variées. Je suis toujours fascinée de voir leur soif de comprendre la dynamique de leurs difficultés de santé du moment. Je constate ainsi leurs désirs d'apprendre des attitudes et des stratégies susceptibles de les rendre de plus en plus responsables face à leur santé globale. La plupart des personnes sont interpellées et questionnées non seulement par leurs maux physiques, mais aussi par leurs manières de créer dans leurs vies des situations insatisfaisantes et stressantes, et ce, de façon répétitive. Elles sont alors en quête de renouveler leur façon d'habiter le monde et leurs relations. Mon expérience de vie personnelle et d'accompagnatrice par la médiation du corps m'amène à constater que s'appuyer sur son corps en mouvement à l'aide des cadres d'expériences spécifiques permet à l'être humain de se percevoir, de s'unifier et de créer des conditions optimales de santé globale. Mon expérience de thérapeute et d'enseignante me permet aussi d'observer jusqu'à quel point ce processus, en plus d'être efficace du point de vue des soins de santé, engage certaines personnes dans une démarche de réflexion et d'apprentissage à partir d'un lieu nouveau et unifié de soi. Ma pratique de somato-psychopédagogue me permet ainsi d'offrir à mes clientes et clients des cadres théoriques et pratiques novateurs, susceptibles de les amener à une vision intégrative des soins et de la santé.

Je m'appuie ainsi sur mon expérience personnelle et professionnelle pour questionner la pertinence de la place du corps et l'importance de ses effets dans la

⁶ *Le Nouveau Petit Robert* (Rey-Debove et Rey, 2001) définit « psyché » comme « L'ensemble des phénomènes psychiques, considérés comme formant l'unité personnelle » (p. 2036).

présence à soi, au sein de la formation des futurs médecins. L'hypothèse principale qui s'impose à moi, à ce stade-ci, est que l'éducation du rapport au corps participe à améliorer non seulement la qualité de la présence à soi, mais aussi la qualité de la présence à l'autre et par conséquent à déployer des compétences humaines et relationnelles nouvelles au sein des pratiques soignantes.

Le présent projet de recherche vise à identifier, auprès de médecins ayant suivi une formation aux pratiques du Sensible, en quoi leur apprentissage vient modifier le rapport à : 1) leur corps, 2) leur propre santé, 3) leur conception de la santé, 4) leur qualité de présence à eux-mêmes, 5) leur présence aux autres professionnelles et professionnels et 6) leur présence aux patientes et patients. Je veux comprendre comment le développement perceptif et attentionnel propre à cette pédagogie participe à créer une transformation significative chez les médecins, au point d'avoir peut-être un impact sur le rapport à leur pratique professionnelle.

Avant d'entrer dans mon projet de recherche, il me paraît important et nécessaire de bien définir les différentes conceptions de la médecine incluant la médecine intégrative. En effet, ces dernières peuvent porter à confusion et mettre le lecteur non averti dans le flou. Selon les ouvrages ou les auteurs et auteures, les termes utilisés peuvent varier et parfois même être à contresens. La prochaine section s'attarde à mieux cerner et définir ces différents termes.

5. LES DIFFÉRENTES CONCEPTIONS DE LA MÉDECINE

Dans les prochaines sections, nous présentons différents termes utilisés en lien avec la médecine : conventionnelle, traditionnelle, parallèle, alternative et complémentaire et intégrative. À chacun des termes, nous donnons une définition pour mieux les distinguer et les comprendre. Nous terminons par une discussion sur l'absence de consensus sur les définitions.

5.1 Médecine conventionnelle

Il est intéressant de constater que, selon les époques et les lieux géographiques, nous classons les différentes approches de santé selon deux catégories : la médecine conventionnelle et la médecine non conventionnelle. Par exemple, nous constatons que la médecine chinoise est conventionnelle ou non conventionnelle, selon le lieu géographique de référence. En Amérique du Nord, elle est cataloguée comme une médecine non conventionnelle tandis qu'en Chine, elle est considérée comme une médecine conventionnelle.

La médecine conventionnelle en Amérique du Nord s'appuie sur une démarche scientifique reposant sur des recherches expérimentales. Nous retrouvons plusieurs appellations synonymes de médecine conventionnelle : biomédicale, biomédecine, orthodoxe, occidentale, classique, scientifique, moderne, allopathique et traditionnelle.⁷

5.2 Médecine traditionnelle

De même, le terme traditionnel doit être examiné avec attention, car il peut changer de signification selon le lieu géographique, l'horizon temporel et les peuples en référence. En Amérique du Nord, la tradition réfère à la médecine biomédicale, tandis qu'en Afrique, elle renvoie aux approches indigènes anciennes.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le terme médecine traditionnelle (MTR) regroupe à la fois des approches institutionnalisées comme « la médecine traditionnelle chinoise, l'ayurvéda indien et l'unani arabe » et « diverses formes de médecine indigène » (Organisation mondiale de la santé, 2002, p. 1). Toujours selon l'OMS (2002), la médecine traditionnelle comprend :

⁷ Ces synonymes sont tirés du *Grand Dictionnaire terminologique* et du *Dictionary of Cancer Terms*.

les thérapies médicamenteuses qui impliquent l'usage de médicaments à base de plantes, parties d'animaux et/ou minéraux et les thérapies non médicamenteuses qui sont administrées principalement sans usage de médicaments, comme dans le cas de l'acupuncture, des thérapies manuelles et des thérapies spirituelles (p. 1).

Les médecines traditionnelles utilisées en Afrique, en Amérique latine et en Asie sont synonymes des médecines alternatives et complémentaires, parallèles et non conventionnelles de l'Europe, de l'Amérique du Nord et de l'Australie (OMS, 2002).

Dans les pays dont le système de santé prédominant est basé sur l'allopathie ou bien où la médecine traditionnelle n'a pas été incorporée au système de santé national, la médecine traditionnelle est souvent appelée médecine "complémentaire", "alternative" ou "non conventionnelle" (OMS, 2002, p. 1).

5.3 Médecine parallèle

Le *Grand Dictionnaire terminologique* définit la médecine parallèle comme étant une « médecine qui diffère de la médecine officiellement reconnue et qui emploie d'autres formes de thérapeutiques : acupuncture, homéopathie, naturopathie, phytothérapie, chiropratie, ostéopathie, etc. » Ce même dictionnaire propose trois synonymes au terme parallèle : douce, complémentaire et non conventionnelle.

5.4 Médecine alternative et complémentaire (MAC)

Le National Center for Complementary and Alternative Medicine (CAM) distingue la médecine complémentaire de la médecine alternative.

“Complementary medicine” refers to use of CAM **together with** conventional medicine, such as using acupuncture in addition to usual care to help lessen pain. Most use of CAM by Americans is complementary. “Alternative medicine” refers to use of CAM **in place of** conventional medicine (2011).

5.5 Médecine intégrative

Apparu à la fin des années 1990, le terme médecine intégrative a permis de jumeler les deux approches, conventionnelle et non conventionnelle, à la condition qu’elle ait fait l’objet de preuves scientifiques (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2011). Cette approche a vu le jour suite à une augmentation importante d’utilisation des MAC par le grand public.

Ces différents termes reliés à la médecine ont non seulement des définitions différentes, mais s’inscrivent aussi dans des paradigmes distincts. En effet, les divers types de médecines s’appuient sur des manières différentes de voir la réalité médicale, par exemple la santé, la maladie et le soin. Ils s’inscrivent dans des courants de pensées, des manières de voir la science et de faire de la recherche parfois en opposition. Ces divergences de points de vue et de croyances engendrent des manières de construire des connaissances et de former les étudiantes et étudiants en médecine dans des orientations variées. Ces définitions ne sont pas seulement des appellations différentes, mais surtout elles correspondent à des paradigmes distincts.

5.6 Un consensus autour des définitions?

Dans un article récent, Gaboury, Toupin April et Verhoef (2012) exposent jusqu’à quel point la définition des MAC constitue un grand défi étant donné que le terme est chargé politiquement et que selon le système de santé du pays, la signification change comme précédemment mentionné. Les auteures précisent que le terme est souvent décrit par sa négative : « However, this is a description by omission : it describes CAM by what it is not » (p. 2). Elles signalent jusqu’à quel

point ce terme est énigmatique. Par exemple, le terme MAC considère ses approches comme étant complémentaires à la médecine biomédicale et à la fois alternatives à cette dernière. Afin d'éviter cette confusion, certains vont opter pour une autre terminologie, par exemple médecine holistique, médecine traditionnelle ou plus récemment « complementary and integrative medicine » (*Ibid.*, p. 2).

D'autres proposent d'inclure toutes les formes d'approches améliorant la santé sous le terme « integrated healthcare » (*Ibid.*, p. 2). Ainsi, aucune barrière n'existerait entre la médecine conventionnelle et non conventionnelle, comme l'expliquent les auteures. Le terme des soins de santé intégrés (SSI) ne crée pas plus de consensus et contient aussi plusieurs significations, n'incluant pas toujours des MAC. La confusion persiste et peut ainsi limiter les transferts de connaissances de la recherche vers les praticiennes et praticiens, tout en empêchant des collaborations interprofessionnelles efficaces entre les praticiennes et praticiens conventionnels et ceux des MAC.

Suite à leur enquête Delphi, faite auprès de 200 leaders et experts dans le domaine, l'équipe de recherche de Gaboury *et al.* (2012) identifie deux propositions pour contourner le problème : 1) bien définir le contexte de l'utilisation du terme et 2) revoir la définition des termes « parapluie » MAC et SSI. Gaboury *et al.* (2012) ont également exploré l'implication de ces deux propositions auprès de leaders internationaux dans le domaine, au sein d'un focus groupe de 13 personnes et par la suite dans un forum en ligne de 28 personnes dont les treize personnes du focus groupe. Suite aux consultations auprès du focus groupe, des contextes spécifiques d'utilisation des termes ont été proposés. Par exemple, les contextes reliés à l'élaboration de politiques ou ceux plutôt philosophiques seront tous indiqués pour la terminologie des soins de santé intégrés.

Suite à l'ensemble du processus de consultation par le focus groupe et le forum en ligne, les participantes et participants de cette étude semblaient globalement

d'accord sur le fait que, malgré leurs déficiences, les termes MAC et SSI demeuraient les meilleures options. Le terme SSI a été relativement facile à définir, le seul point d'incertitude était l'inclusion ou l'exclusion du terme MAC dans sa définition. Suite au groupe de consultation, la définition choisie des SSI fut la suivante :

A system of healthcare that is patient-centered and collaborative, encompassing a diversity of therapeutic options [including CAM] that have been found to be safe, effective and informed by available evidence to achieve optimal health and healing (*Ibid.*, p. 5).

En ce qui concerne le terme MAC, celui-ci a engendré des discussions vigoureuses qui n'ont pas permis d'atteindre un consensus. Il semble qu'une des manières de mieux définir ce terme est de bien clarifier le contexte de son utilisation. Suite à la consultation, la suggestion de définition des MAC était la suivante :

A broad range of therapeutic interventions developed and practiced by trained healthcare professionals and disciplines who have created bodies of knowledge that are used for education and training. These interventions are based on three important principles : (1) to treat the whole person; (2) to see the individual as a facilitator of health; (3) to see the body as having the inherent ability to heal itself (*Ibid.*, p. 5).

Les mêmes auteurs suggèrent la possibilité que les SSI puissent être un premier pas vers l'intégration des MAC dans le courant dominant des soins de santé. Une évolution lente permettrait éventuellement une diversité d'options thérapeutiques offertes à travers le système de soin de santé, sans différenciation entre les différents paradigmes où elles s'inscrivent. L'article met en évidence jusqu'à quel point rien ne peut être tranché totalement. Beaucoup de zones grises subsistent, par exemple, certaines médecines alternatives et complémentaires dont les herbes médicinales ne correspondent pas à ces trois critères de la définition. « Thus the boundaries between conventional medicine and CAM are being challenged » (Gaboury *et al.*, 2012, p. 6).

La terminologie est un enjeu important. Des définitions claires sont nécessaires pour limiter toute confusion autant pour les chercheuses et chercheurs, les praticiennes et praticiens que pour les patientes et patients. Cette confusion est aussi le fruit d'une ouverture de conscience sur les autres types de médecines que celle strictement biomédicale basée sur une démarche scientifique. Même si la situation est très complexe, et demande beaucoup de vigilance pour bien protéger le public, elle est aussi une bonne nouvelle, car elle signe la délicate transformation actuelle du milieu.

INTRODUCTION

Le cadre de cette thèse concerne l'éducation et plus particulièrement la formation non conventionnelle par les pratiques du Sensible suivi par des médecins en exercice. Il concerne aussi la santé, car il permet de nous questionner sur les retombées de l'apprentissage d'une approche corps-esprit sur la santé des médecins et des éventuelles transformations de leur conception de la santé. Portant aussi un regard sur les changements possibles dans la pratique médicale, cette thèse aborde directement la thématique propre au doctorat en éducation de l'Université de Sherbrooke, c'est-à-dire l'interrelation entre la recherche, la formation et la pratique.

Nous abordons la pierre angulaire d'où émerge à minima et à bas bruit une possible mutation dans notre société. En effet, à la fin des années quatre-vingt-dix, nous constatons une augmentation importante de l'engouement pour les MAC au sein des populations canadienne et américaine. On peut présumer que la consultation de praticiennes ou praticiens des MAC par des patientes et patients permettait à ces derniers de mieux répondre à leurs besoins de soins personnels au sein d'une relation signifiante qu'ils ne retrouvaient sans doute pas auprès de leur médecin (Kaptchuk et Eisenberg, 2001; Martin, 2001; Park, 2002; Rackel, 2007). La qualité de cette relation se bonifie grâce à une communication nourrissante. En plus, certaines recherches notent que la qualité de la communication entre la praticienne ou le praticien et la patiente ou le patient a un impact sur la santé de ce dernier (Laidlaw, Kaufman, Macleod, Sargeant et Langille, 2001; Rosser et Kasperski, 2001; Stewart, 1995).

De ce mouvement est né un nouveau concept : la médecine intégrative alliant les médecines alternatives et complémentaires probantes aux médecines conventionnelles (National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2011). La prévention prend une place prépondérante dans cette médecine, et l'attention se pose sur la santé en s'appuyant sur le potentiel de guérison du corps, au

sein d'une relation thérapeutique où la patiente ou le patient devient un partenaire actif dans l'équation. La médecine intégrative est peu pratiquée sur le terrain, car son enseignement a moins d'influence sur les étudiantes et étudiants que la culture institutionnelle véhiculée à l'université (Lie, Shapiro, Pardee et Najm, 2008). Basée sur la santé et non sur la pathologie, cette posture paradigmatique propose une nouvelle vision de l'être humain et de la santé, incitant une réflexion sur la formation des futurs médecins.

En effet, l'accès à la globalité de la personne nécessite que la ou le médecin soit en relation avec elle-même ou lui-même pour mieux contacter l'entièreté de sa patiente ou son patient, comme le propose Newman (1997). Les étudiantes et étudiants en médecine sont, depuis leur processus d'admission, en permanence dans la nécessité de performer et de compétitionner (Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud et Vézina, 2006). Dans la construction de leur identité professionnelle, la peur, la vulnérabilité ou encore l'imperfection ne peuvent trouver leur place. Ces principes entraînent souvent le rejet d'une partie d'eux-mêmes comme de leur humanité. Shapiro (2008) argumente en faveur d'un renouvellement éthique s'appuyant sur l'acceptation de l'imperfection. Les futurs médecins ont besoin d'apprendre à accepter, à accueillir et à accéder à leur propre résistance à la vulnérabilité du corps. Cette nouvelle conception de l'éthique dans le milieu médical requiert que les étudiantes et étudiants en médecine puissent incarner un rapport sain à la vulnérabilité humaine, à l'erreur et à l'incertitude.

Cette nouvelle posture exige des médecins qu'ils aient une ouverture envers leur monde intérieur et émotionnel, afin de pouvoir apprivoiser leur vulnérabilité, leurs incertitudes et leurs imperfections, qui sont leur part subjective et humaine. McNaughton et LeBlanc (2012) discutent de l'intersection problématique entre l'objectif et le subjectif dans le monde médical : « Within the health professions, emotion sits uneasily at the intersection between objective scientific fact and subjective humanistic values as a site of productive contestation » (p. 70). Le monde

médical n'aurait-il pas intérêt à renouveler sa façon de concevoir différentes notions, dont l'objectivité, la subjectivité, la vie intérieure, l'émotion et la santé?

Une telle conception élargie de la médecine entraîne évidemment un questionnement sur notre vision de la santé. Chaque conception implique une vision différente de l'être humain, de la santé et de la pratique de soins propres à chacune. Il est intéressant de constater que la conception des médecins à propos de la santé a peu évolué sur une longue période mais semble, dans les dernières années, s'ouvrir à une définition plus large que l'absence de maladie au sens biomédical du terme (Gaboury, St-Onge, Xhignesse et Petit, 2014; Grandjean-Lapierre, Landry-Désy, Phay, Simoneau, Tremblay-Pouliot, Lacroix *et al.*, 2009; St-Pierre, Béland, Houle, Aubé, Bouffard-Cloutier, St-Onge *et al.*, 2010; Vanasse, Gaboury, St-Onge et Xhignesse, 2014). L'ouverture à une conception plus élargie de la santé, au sein des cursus de formation des futurs médecins, est une base essentielle pour accéder à une médecine œuvrant non seulement pour combattre la maladie, mais aussi pour maximiser la santé des individus. Une conception de la santé élargie et orientée sur la santé physique, psychique, sociale et spirituelle permettrait d'avoir une action préventive plus efficace, d'autant plus que certaines chercheuses et certains chercheurs avancent que la manière d'être et de vivre dans le corps semble être un facteur de santé. En effet, selon les travaux de Fredrickson, Grewen, Coffey, Algoe, Firestine, Arevalo *et al.* (2013), il semblerait qu'une personne joyeuse risque moins d'avoir des épisodes de vie teintés de la maladie. Toujours selon leurs travaux, une personne habitée par un sentiment de joie, dont la vie a également du sens, posséderait un grand atout pour sa santé. Une qualité de « savoir-être » semble être la base d'une vie en santé.

Les programmes de formation en médecine qui incluent les MAC ont été élaborés avec l'objectif de mieux accompagner les patientes et patients dans leur quête de santé. En effet, les étudiantes et étudiants sont ainsi amenés à mieux comprendre les multiples approches que peuvent utiliser leurs patientes et patients tout en se préoccupant de leur sécurité. Selon certaines chercheuses et certains

chercheurs (Lie, Shapiro, Pardee et Najm, 2008), il semblerait que les intentions de pratique des futurs médecins soient plus orientées vers l'utilisation d'une combinaison d'approches pour enrayer la maladie plutôt que d'investir la santé au sens large telle que promue par la médecine intégrative. Il semblerait que la philosophie même de la médecine intégrative soit peu enseignée chez les étudiantes et étudiants ou qu'elle soit peu intégrée.

Or, les formations destinées à inclure plus spécifiquement des approches corps-esprit comme la méditation, la relaxation, la respiration consciente, le yoga, l'imagerie et l'écriture semblent obtenir des résultats intéressants. En effet, elles permettent aux étudiantes et étudiants d'être plus au courant d'eux-mêmes, tout en leur offrant la possibilité d'acquérir de meilleures capacités à gérer leur stress. Effectivement, il semble que ces interventions corps-esprit améliorent le bien-être des étudiantes et étudiants (Rosenzweig *et al.*, 2003; Saunders *et al.*, 2007), en plus de les rendre plus sensibles à eux-mêmes comme aux autres (Elder *et al.*, 2007; Saunders *et al.*, 2007). Ainsi, ces approches corps-esprit affectent directement la qualité du lien thérapeutique, tout en développant chez les étudiantes et étudiants en médecine une capacité nouvelle de prendre soin d'eux-mêmes. Il est difficile d'identifier clairement les paramètres de succès des interventions car les recherches sont hétérogènes. Par contre, il semble évident qu'un apprentissage qui passe par l'expérience est plus susceptible d'avoir des incidences directes sur les comportements des médecins à l'égard eux-mêmes comme des autres (Elder *et al.*, 2007; Hewson *et al.*, 2006; Rosenzweig *et al.*, 2003; Saunders *et al.*, 2007).

À l'heure actuelle, plusieurs études s'intéressent au niveau élevé d'épuisement des étudiantes et étudiants en médecine (Brazeau *et al.*, 2010; Colombat *et al.*, 2011; Ishak *et al.*, 2013; Llera et Durante, 2014; Rodrigues *et al.*, 2012) et aux meilleurs moyens pour résoudre cette problématique. Il semble que les approches corps-esprit puissent être une piste à explorer plus profondément. Ces approches expérientielles pourraient ouvrir la voie à de nouvelles conceptions de la santé et

permettre aux futurs médecins de prendre soin d'eux-mêmes, tout en prenant soin de la patiente et du patient dans son entièreté, grâce à une nouvelle capacité d'établir avec elle ou lui une relation thérapeutique nourrissante et humanisante.

Notre recherche vise à mieux comprendre les effets de l'apprentissage d'une approche corps-esprit, plus spécifiquement celle des pratiques du Sensible expérimentées par des médecins. À notre connaissance, aucune recherche n'a été réalisée à cet effet auprès de médecins ayant été formés aux pratiques du Sensible pendant plus de 500 heures. Nous sommes mobilisée à mieux saisir, le cas échéant, les changements potentiels qui se manifesteraient à la suite de l'apprentissage expérientiel de ce type de méthode sur une période de quatre ans, autant d'un point de vue personnel que professionnel.

Notre recherche comporte six objectifs. Trois se réfèrent à la sphère personnelle des participantes et du participant et les trois autres, à la sphère professionnelle.

- Relativement à la *sphère personnelle*, nous entendons identifier et décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de 1) leur rapport à leur corps, 2) leur propre santé et 3) leur qualité de présence à eux-mêmes, suite à leur formation aux pratiques du Sensible.
- Relativement à la *sphère professionnelle*, nous voulons identifier et décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de 4) leur conception de la santé, 5) leur qualité de présence aux autres professionnelles et professionnels et 6) à leur patientes et patients, suite à leur formation aux pratiques du Sensible.

PREMIER CHAPITRE

PROBLÈMATIQUE

1. LES MÉDECINES ALTERNATIVES ET COMPLÉMENTAIRES : UNE DEMANDE SOCIALE

À travers des enquêtes nationales périodiques sur la santé des populations, Statistiques Canada démontre qu'il y a, ces dernières années, une augmentation réelle des personnes qui consultent des praticiennes et praticiens en MAC pour leurs besoins de santé. La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow, 2002) rapporte que les Canadiennes et Canadiens ont dépensé, en 1999, environ 3,8 milliards de dollars annuellement en MAC. Sous cette appellation, nous retrouvons autant la vente de produits comme les herbes médicinales, les vitamines ou les minéraux que des services comme la chiropratique, la naturopathie, l'homéopathie, la massothérapie, l'acupuncture, la réflexologie et le ressourcement autochtone traditionnel. Le recours à ces services est de plus en plus populaire autant chez les personnes à faible revenu que chez celles dont les revenus sont élevés. L'OMS (2002) confirme également une popularité croissante des MAC un peu partout en Occident.

Les MAC s'imposent de plus en plus car, entre autres raisons, le système de santé actuel rencontre des difficultés qui occasionnent des remises en question dans la population. En effet, au-delà des problèmes reliés aux coûts du système, à la pénurie ou encore à l'épuisement progressif des ressources humaines (Boisjoli, Garon, Hamel, Lamontagne, Lepage et Rochette, 2003), des difficultés d'ordre relationnel et communicationnel incitent les individus à chercher d'autres solutions pour leurs besoins de santé. Les patientes et patients ne partagent pas toujours avec leur médecin la vision globale de la santé, voire de la vie ou de l'être humain. Ces divergences de points de vue et de valeurs compliquent parfois la qualité de la communication et de

la relation entre les médecins et leurs patientes et patients telle qu'abordée dans la section suivante.

1.1 La relation thérapeutique au cœur de la santé de la patiente et du patient

Plusieurs chercheuses et chercheurs notent que la qualité de la communication, entre la praticienne ou le praticien et la patiente ou le patient, a une incidence sur la santé de ce dernier autant du point de vue émotionnel que physique et même au plan du contrôle de la douleur (Laidlaw *et al.*, 2001; Rosser et Kasperski, 2001; Stewart, 1995). La question de la communication est ici centrale, car elle constitue un indicateur fiable de la qualité du lien thérapeutique qui unit la patiente ou le patient et son médecin (Stock-Keister, Green, Kahn, Phillips, McCann et Fryer, 2004; Thiedke, 2007). Prendre soin du lien thérapeutique exige à la fois de placer la patiente ou le patient au centre de la relation et de construire un partenariat entre ce dernier et son médecin. Glaser, Markham, Adler, McManus et Hojat (2007) précisent que l'engagement empathique du médecin, au sein de la relation qu'il entretient avec sa patiente ou son patient, est une variable importante pour le bien-être physique, mental et social de celui-ci. Les compétences relationnelles, les qualités de communication, comme la capacité d'empathie du médecin, participent à améliorer la relation thérapeutique, à construire un véritable lien de confiance et à sécuriser les patientes et patients vulnérabilisés par la précarité de leur état de santé.

Il semble que nous soyons au cœur d'une mutation culturelle lente et progressive en ce qui concerne la nature de la relation qui lie les patientes et patients à leur médecin. Longtemps sous l'effet de l'autorité médicale, les patientes et patients se contentaient d'obéir aux médecins. Comme l'expliquent les travaux de Milgram (1974), les gens sont enclins à se soumettre à l'autorité lorsqu'ils la jugent légitime, même si parfois elle va à l'encontre de leurs valeurs. Dans cette logique, il y a une perte du sens de la responsabilité de l'individu face à ses actions. Ainsi, ce dernier n'est plus autonome et s'exécute à partir d'une volonté externe. Progressivement la

situation évolue : l'accessibilité aux informations médicales sur le web, par exemple, influence le type de relation entre la ou le médecin et la patiente ou le patient. Wald, Dube et Anthony (2007) arrivent à la conclusion, suite à une revue de littérature de 1996 à 2006, que la triangulation patient-web-médecin permet d'améliorer la relation entre la ou le médecin et la patiente ou le patient, celle-ci devenant plus collaborative. Cette amélioration au sein de la relation a des effets bénéfiques à plusieurs égards : « enhanced communication, access to health information, shared decision-making, and more efficient use of clinical time » (Wald *et al.*, 2007, p. 222). Il semble cependant qu'il faille trouver un équilibre entre l'autonomie de la patiente ou du patient et l'autorité du médecin, ainsi que l'exprime Bagheri (2008) dans son article sur le sujet.

Comme on va pouvoir le constater, certaines chercheuses et certains chercheurs parlent du passage d'une relation où la communication est souvent unilatérale et centrée sur des informations techniques possédées par la ou le médecin, à une relation de coopération entre la ou le médecin et la patiente ou le patient. Dans la relation de coopération, la ou le médecin est reconnu comme l'expert en médecine, tandis que la patiente ou le patient est alors considéré comme un expert sur la manière dont il vit les manifestations de sa maladie au quotidien (Clark, Cabana, Nan, Gong, Slish, Birk *et al.*, 2008). La relation thérapeutique sort ainsi d'un modèle où le savoir et le pouvoir sont exclusivement détenus par la ou le médecin, pour aller vers une relation où la patiente ou le patient assume une part active et se responsabilise face à sa santé. Dans cette position, celui-ci aime être informé et prendre part au processus décisionnel (Campbell, Auerbach et Kiesler, 2007).

Or la question de la prise en charge de la santé et de la responsabilisation des patientes et patients préoccupe bon nombre de chercheuses et chercheurs. Campbell *et al.* (2007) ainsi que Thiedke (2007) s'entendent pour dire qu'il est important de renoncer à une attitude autocratique envers la patiente ou le patient. Encourager son expression à propos de ce qu'il vit, anticipe et pense de sa situation lui permet de

devenir un meilleur acteur de sa propre santé. Les mêmes auteures et auteurs suggèrent d'envisager, lors de la formation des médecins, le développement de compétences relationnelles susceptibles de construire une relation de confiance avec les patientes et patients. Shaw, Han, Hawkins, Stewart, McTavish et Gustafson (2007) affirment que la perception que la patiente ou le patient a de sa relation avec son médecin constitue un facteur d'efficacité du système lui-même et participe à diminuer la consommation des services de santé : « Some of the more intriguing findings of this study were that while a more negative patient perception about their relationship with their doctor generally appeared to predict higher use of the system » (p. 280).

Toutes ces recherches questionnent la formation donnée aux futurs médecins. L'existence du cadre de compétences CanMEDS (2005) du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada ainsi que celui des médecins de famille (CanMEDS-MF, 2009) encadrent la formation des futurs médecins. Le CanMEDS (2005) inclut un rôle de communicateur directement en lien avec la relation aux patientes et patients. L'accent est mis plus sur le rôle de communicateur que sur la dimension relationnelle avec la patiente ou le patient. Nous retrouvons aussi un rôle de collaborateur qui met l'accent sur les collaborations avec les autres professionnelles et professionnels de la santé et, dans une moindre mesure, sur la collaboration avec la patiente ou le patient. Développé spécifiquement par le Collège des médecins de famille du Canada, le CanMEDS (2009) semble à notre point de vue insister plus sur la dimension relation avec la patiente ou le patient. Il identifie clairement trois rôles en lien avec la relation médecin - patient constituant, selon eux, l'essence même du rôle du médecin de famille : communicateur, collaborateur et professionnel.

La quête d'un lien thérapeutique de meilleure qualité motive une partie de la population à utiliser des approches alternatives et complémentaires. Dès lors, il semble que la formation des médecins ne peut pas faire l'économie de l'apprentissage

des compétences relationnelles. Il semble en effet que l'amélioration de la qualité du lien thérapeutique est importante pour les patientes et patients et constitue un gage de réussite pour leur santé émotionnelle, psychique et physique. Ces nouvelles exigences de la part du public nous amènent à une conception nouvelle de la médecine, soit la médecine intégrative brièvement présentée auparavant et faisant l'objet de la prochaine section.

2. LA MÉDECINE INTÉGRATIVE : UNE NOUVELLE VISION DE LA PRATIQUE MÉDICALE

C'est pour opérer ce passage du paradigme biomédical au paradigme biopsychosocial en soin de santé que le courant de médecine intégrative s'est développé. Le concept de médecine intégrative, comme défini par le National Center for Complementary and Alternative Medicine, a vu le jour à la fin des années 1990. Il visait surtout la combinaison de la médecine conventionnelle avec les MAC probantes⁸. La vision intégrative de la médecine est toujours émergente, voire marginale. C'est surtout aux États-Unis, au Canada et en Angleterre que ce courant est apparu et il se développe là et ailleurs depuis plus d'une quinzaine d'années.

Pour comprendre l'orientation d'une médecine qui se veut intégrative, on ne peut pas passer sous silence les MAC. Celles-ci sont d'abord issues des médecines traditionnelles tirant leurs sources de la vieille Égypte, de la Grèce Antique, de la Perse, de l'Inde et de la Chine. Plusieurs approches actuelles, comme l'aromathérapie, l'acupuncture, la réflexologie, les herbes médicinales et le yoga, pour ne nommer que celles-là, nous viennent des médecines traditionnelles (Oumeish, 1998). Actuellement, l'OMS œuvre pour leur pérennité (Guiraud, 2003). En effet, à partir du développement du modèle de médecine plus conventionnel, les médecines

⁸ Cette institution a changé de nom à la fin de l'année 2014 pour mieux refléter la nature des recherches et des préoccupations du milieu. Elle est devenue le National Center for Complementary and Integrative Health. Il est à noter que, depuis, l'institution parle plus en termes de santé intégrative que de médecine intégrative.

de tradition ont commencé à être dénigrées, voire négligées dans certains pays où s'est implantée une vision scientifique de la réalité et de la santé. Il faut noter cependant, comme le signalaient les études de l'OMS datant de 2002, que dans certains pays d'Afrique ou d'Asie, les médecines de tradition restent encore centrales.

Au-delà de la pérennité des médecines de tradition, les MAC comprennent aussi de nouveaux mouvements holistiques, de nouvelles pratiques et approches qui sont venues consolider ce champ. Ces courants émergents dans le domaine de la santé ont été propulsés par des penseurs des derniers siècles, souvent nourris à la source de la philosophie des médecines de tradition ou par leurs expérimentations des nouvelles approches et pratiques. Sans entrer dans une énumération exhaustive, les derniers siècles ont vu apparaître différentes approches préoccupées par la question de la santé des individus et des collectivités, aussi bien dans une perspective thérapeutique qu'éducative. Nous citons à titre d'exemples quelques champs disciplinaires ou domaines de pratique comme l'homéopathie, l'ostéopathie et quelques approches d'éducation somatique telles que la méthode Feldenkrais, la méthode Alexander, la somato-psycho-pédagogie, l'Eutonnie, le « body-mind centering ».

2.1 L'évolution du concept de médecine intégrative

L'intégration de la médecine scientifique et des MAC varie beaucoup selon les cultures et les pays. L'OMS (2002) constate trois cas de figure en ce qui concerne ces efforts d'intégration. Certains pays, dont la Chine et le Vietnam, optent pour un système intégratif « officiellement reconnu et intégré dans tous les domaines de l'offre de soins de santé » (p. 9). D'autres pays ont fait le choix d'un système inclusif. C'est la situation du Canada, des États-Unis et d'autres pays d'Europe et d'Afrique, qui reconnaissent la MAC, « mais ne l'ont pas encore entièrement intégrée à tous les aspects des soins de santé, qu'il s'agisse de l'offre de soins, de l'éducation et de la formation ou de la réglementation » (*Ibid.*, p. 9). Finalement, un troisième cas de figure est représenté par un système tolérant où « le système national de soins de

santé est entièrement basé sur l'allopathie, mais certaines pratiques MTR/MCP⁹ sont tolérées par la loi » (*Ibid.*, p. 9). Aucun pays n'a été spécifiquement identifié à cette catégorie.

En Amérique du Nord, la médecine intégrative a été en bonne partie propulsée par les pressions de la population, en raison des choix des patientes et patients et de leurs comportements d'ouverture envers les MAC. Cet intérêt répond à leurs insatisfactions liées aux soins impersonnels et à la fragilité, voire l'absence du lien signifiant dans la relation entre la ou le médecin et sa patiente ou son patient (Kaptchuk et Eisenberg, 2001; Martin, 2001; Park, 2002; Rackel, 2007). Comme le mentionnent avec justesse Kaptchuk et Eisenberg (2001) : « Rather, the profession has begun to realize that it is a cohabitant in what seems to be a postmodern medical network in which consumer preferences dictate the service profile » (p. 189). Mis à part ce phénomène d'insatisfaction, la diversité ethnique croissante de nos sociétés amène avec elle une reconnaissance collective d'autres cultures et religions ainsi que différentes manières de soigner et d'éduquer. Finalement, les forces économiques et légales ont joué un rôle incontestable dans le rapprochement de ces deux types de médecine, étant donné l'importance des montants investis (Eisenberg, Kessler, Foster, Norlock, Calkins et Delbanco, 1993; Kaptchuk et Eisenberg, 2001).

Le choix de la citoyenne ou du citoyen d'aller vers les MAC a renversé la vapeur économique et politique. En effet, la profession établie, dont font partie les médecins, participe comme bien d'autres professions à une compétition où, selon Desbiens (1999), se jouent des « marchandages politiques et des guerres idéologiques où chacun essaie d'imposer son propre système d'idées et de jugements ainsi que ses valeurs fondamentales » (p. 44). Autres actrices et acteurs de ce marchandage, les compagnies pharmaceutiques exercent une influence considérable sur les médecins et indirectement, voire directement, sur les patientes et patients, du fait de leur quête

⁹ Médecine traditionnelle et médecine complémentaire et parallèle.

lucrative parfois en contradiction avec l'intérêt premier des populations. Nous constatons jusqu'à quel point les changements de comportement des citoyennes et citoyens face à leur santé ont fait naître le concept de la médecine intégrative et interpellent la profession médicale vers une idéologie renouvelée.

La notion de médecine intégrative exige alors de renouveler nos manières d'envisager la question du soin et de la formation dans le domaine de la santé. Inspirée des approches cliniques centrées sur la patiente ou le patient, cette vision de la santé demande d'améliorer la qualité de la relation thérapeutique dans les pratiques de soins. De plus, elle est influencée par des éléments essentiels de la philosophie des MAC tels que la prévention, la participation et la responsabilisation de la patiente ou du patient dans son processus de prise en charge de sa santé. La médecine intégrative ouvre un regard global sur la personne : elle considère sa pensée, ses affects, son corps, sa vie spirituelle ainsi que son environnement social.

En 2002, Snyderman et Weil ont proposé une définition renouvelée de la médecine intégrative qui intègre davantage la médecine conventionnelle avec les MAC probantes, en passant d'une addition des deux à une certaine forme de fusion. Cette définition se base sur « de meilleurs soins conventionnels »; elle ne fait donc pas allusion aux MAC directement :

It has a far larger meaning and mission in that it calls for restoration of the focus of medicine on health and healing and emphasizes the centrality of the patient-physician relationship. In addition to providing the best conventional care, integrative medicine focuses on preventive maintenance of health by paying attention to all relative components of lifestyle, including diet, exercise, stress management, and emotional well-being. It insists on patients being active participants in their health care as well as on physicians viewing patients as whole persons – minds, community members, and spiritual beings, as well as physical bodies (p. 396).

Dernièrement, la deuxième édition du livre *Integrative medicine* publiée en 2007 a mis en lumière l'importance de la relation thérapeutique entre la ou le médecin et la patiente ou le patient, tout en mettant en évidence l'équation du choix thérapeutique au sein même de cette relation. Cette équation permet de trouver le meilleur soin thérapeutique pour la patiente ou le patient en redonnant une valeur à la singularité de la personne dans son entièreté :

Integrative medicine is healing oriented and emphasizes the centrality of the physician-patient relationship. It focuses on the least invasive, least toxic, and least costly methods to help facilitate health by integrating both allopathic and complementary therapies. These are recommended based on an understanding of the physical, emotional, psychological, and spiritual aspects of the individual (Rakel, 2007, p. 6-7).

Selon les auteures et auteurs cités précédemment, nous constatons que l'évolution de la médecine intégrative amène la ou le médecin à dresser un bilan de l'état global de sa patiente ou son patient autant du point de vue corporel, psychologique, social que spirituel. La médecine intégrative tente de prendre soin de l'entièreté de la personne. Elle privilégie le choix des patientes et patients et prend en considération leurs croyances, leurs valeurs, leur mode de vie, comme leurs préférences en matière de soins de santé. Elle est orientée vers une meilleure santé et prend en compte le potentiel de guérison de la personne. La médecine intégrative demande aux médecins de poser un regard global sur l'être humain et de renouveler leurs représentations de la santé, de la pratique médicale, de la relation thérapeutique ainsi que de la responsabilisation de la patiente ou du patient face à sa santé.

La relation entre la ou le médecin et sa patiente ou son patient devient ainsi une relation de coopération au service du maintien comme de l'amélioration de l'état de santé. Cette dynamique relationnelle coopérative a pour but d'engager la ou le médecin comme sa patiente ou son patient dans un rapport de coresponsabilité par rapport à la santé de la patiente ou du patient. On quitte ainsi une vision de la

médecine principalement focalisée sur l'objectif d'enrayer la pathologie pour aller vers une philosophie de santé où l'équilibre global de la personne est pris en compte. La médecine intégrative s'inscrit ainsi dans une visée éducative et préventive en prenant soin des conditions de maintien de la santé des personnes.

2.2 La dimension éducative de la médecine intégrative

Comme nous l'avons vu, la médecine intégrative est orientée sur la santé et maximise les mouvements préventifs. En effet, elle tente de promouvoir la santé des patientes et patients par une hygiène de vie intégrant autant la bonne alimentation, l'exercice physique qu'une bonne gestion du stress et des émotions. Afin d'aider les patientes et patients à œuvrer dans cette direction et à gagner en autonomie, l'action éducative est nécessaire, mais elle est encore implicite dans le concept de médecine intégrative né du monde anglo-saxon. Un autre courant de pensée vient joindre plus directement cette conception éducative : l'éducation thérapeutique du patient. Ce concept, plus présent en Europe, est souvent envisagé dans un contexte de maladie chronique et dans un souci de santé publique. Comme l'explique Gatto (1999), l'évolution des travaux de santé publique et de l'éducation à la santé

devrait conduire le champ de la santé à passer d'une première génération de soins où la maladie est au centre du dispositif de soins à une seconde génération où le pôle d'intérêt serait social pour peut-être se diriger vers une troisième génération où la santé serait déterminée par l'harmonie entre l'individu et son environnement (p. 70).

Selon Gatto (1999), l'éducation pour la santé agirait comme une passerelle entre le modèle de santé biomédical et le modèle global. La démarche thérapeutique éducative chercherait à prendre en compte à la fois la globalité de la patiente ou du patient ainsi que sa complexité qui, selon nous, s'apparente à celle de la médecine intégrative. L'éducation thérapeutique du patient a comme but :

l'apprentissage de compétences et de comportements de santé utiles pour améliorer l'autonomie, pour diminuer les dépendances, pour intégrer le handicap dans les activités de la vie quotidienne et dans certains cas pour construire un nouveau projet de vie (*Ibid.*, p. 72).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) de France, la finalité de l'éducation thérapeutique du patient est double : d'une part, développer et maintenir des compétences d'autosoin et d'autre part, acquérir des compétences d'adaptation (HAS, 2007). Elle vise autant l'amélioration de la santé que la qualité de vie de la patiente ou du patient. Buttet (2002) en parle en termes d'éducation pour la santé centrée sur la patiente ou le patient. Il constate une triple révolution : la patiente ou le patient devient sujet du soin plutôt qu'objet. Il n'est plus question de lutter contre la maladie, mais de centrer les efforts sur le potentiel de santé, et la prescription laisse place à une démarche d'éducation. Cette éducation vise une plus grande autonomie et responsabilisation de la patiente ou du patient. Ce dernier devient ainsi une actrice ou un acteur de sa santé tandis que la soignante ou le soignant devient une éducatrice ou un éducateur qui accompagne la patiente ou le patient. Les deux peuvent être liés par un contrat citant les objectifs en fonction de ce qui est réalisable pour la patiente ou le patient. Nous constatons jusqu'à quel point le concept d'éducation pour la santé et celui de médecine intégrative ont, dans les faits, beaucoup d'objectifs communs. Au-delà de la dimension purement conceptuelle, il nous semble important de regarder de plus près ce qui se passe réellement en Amérique du Nord du côté de la pratique en soins de santé intégrés.

2.3 La médecine intégrative sur le terrain

Tataryn et Verhoef (2001) proposent une lecture de l'intégration des soins à tous les niveaux du système qui concernent les différentes actrices et différents acteurs des services de santé. Ils donnent à voir cette réalité grâce à un schéma pyramidal par couches, qui part de la base vers la pointe. Nous retrouvons à la base les consommatrices et consommateurs, par la suite les praticiennes et praticiens. Dans

une couche plus élevée se situent les institutions, la profession et, au sommet, les politiques de santé. Ils tentent de présenter l'intégration des soins telle qu'elle s'opère au sein des diverses strates de la pyramide.

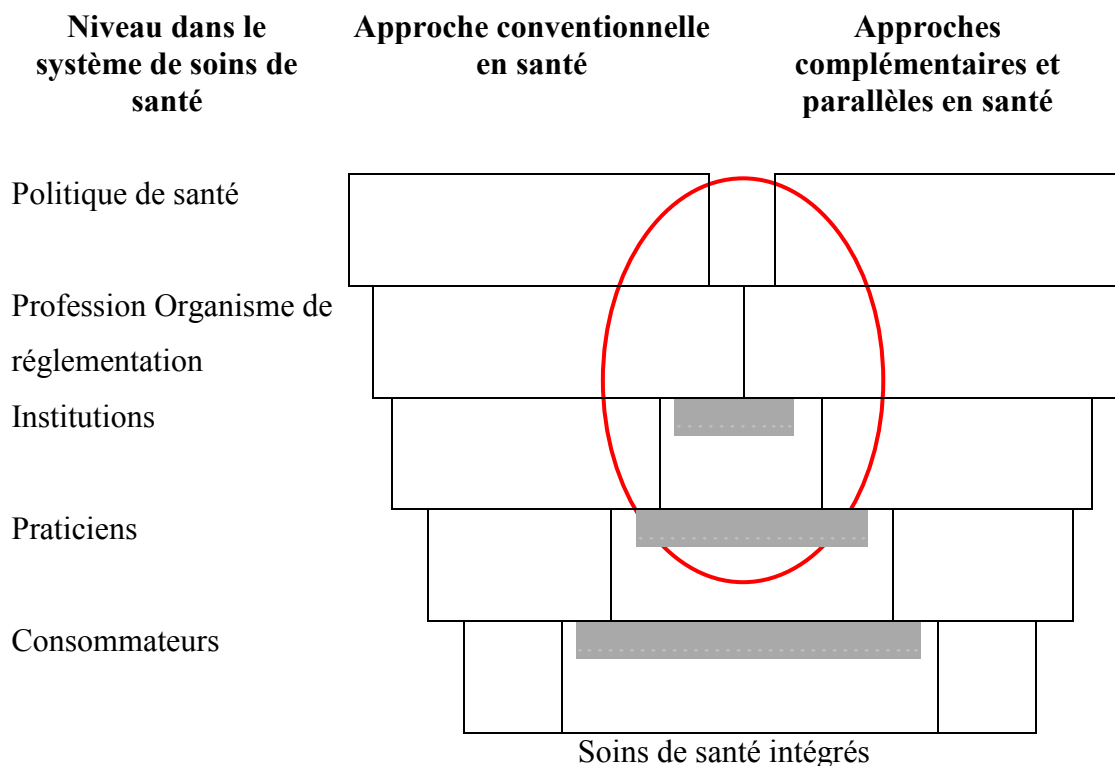


Figure 1 – « Pyramide d'intégration »

Degré d'intégration entre l'approche conventionnelle et les approches complémentaires et parallèles en fonction du niveau dans le système de soins de santé.

Tiré de : Tataryn, D.J. et Verhoef M.J. (2001) Intégration de l'approche conventionnelle et des approches complémentaires et parallèles en santé : vision d'une démarche, dans Santé Canada, *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé : recueil de textes préparés à l'intention de Santé Canada*, p. VII.87-VII.93, Ottawa.

La nature de l'intégration dans les pratiques de soins actuelles est un processus émergent et évolutif, un phénomène qui renouvelle tout doucement et de façon constante la pratique médicale. La pyramide d'intégration de Tataryn et Verhoef (2001) met en perspective le fait que les défis, voire même les obstacles, sont de plus en plus pesants au fur et à mesure que l'on gravit la pyramide.

À l'heure actuelle, la pratique des soins se trouve aux frontières d'une résistance d'intégration, en particulier au sein des pratiques soignantes proposées par les médecins influencés par la culture dominante (résistance représentée par le cercle sur la figure 1). À un niveau plus élevé, la résistance du mouvement de transformation des soins de santé intégrés est encore plus forte, proche de l'immobilisme, et ce, au sein de nos institutions et de nos réglementations en matière de santé. Le point névralgique de résistance constitue le lieu d'émergence possible d'un renouvellement institutionnel et d'une transformation autant des individus que d'une profession.

Boon, Verhoef, O'Hara, Findlay et Majid (2004) avancent que, dans la plupart des cas, la pratique actuelle est encore loin d'atteindre une pratique de soins intégrés. Il s'agit davantage d'une addition ou encore d'une juxtaposition des différentes pratiques médicales conventionnelles et non conventionnelles. Ils constatent que, dans les mêmes lieux, on peut tantôt voir une pratique médicale conventionnelle, tantôt une MAC, afin de répondre à la demande diversifiée des patientes et patients. Sur le terrain, la médecine est centrée sur l'objectif d'enrayer la maladie plutôt que sur l'optimisation de la santé des personnes et des collectivités. Boon *et al.* (2004) montrent que l'observation des pratiques soignantes en Amérique du Nord, au tout début du XXI^e siècle, ne permet pas d'affirmer l'existence d'une pratique qui corresponde complètement aux fondements d'une véritable médecine dite intégrative. Pour ces auteures et auteurs, l'intégration n'est pas simplement reliée aux soins de santé, mais aussi à différents facteurs personnels, sociaux et économiques qui se vérifient davantage dans la pratique de terrain que dans les énoncés philosophiques ou politiques.

2.4 La dynamique avec la ou le médecin : de la résistance au changement?

Le niveau d'intégration dans la pratique de soins des médecines non conventionnelles est variable selon les interlocuteurs. À la base de ce mouvement, le corps médical constatant l'augmentation, voire l'installation d'une véritable culture de consommation des MAC, voulait protéger le public et s'assurer que les patientes et patients n'utilisaient pas des thérapies incompatibles ou dangereuses pour leur santé. Ainsi se sentant responsable de la santé publique, le corps médical se trouvait face à l'obligation de connaître minimalement ces approches de soins alternatifs, de comprendre leurs logiques d'opération afin de pouvoir les conseiller ou les déconseiller à leurs patientes et patients. Il y avait ici une préoccupation de cohérence dans les soins donnés aux patientes et patients. Toutefois, les recherches démontrent que les citoyennes et citoyens ne sont pas enclins à parler de leurs expériences des MAC à leur médecin traitant (Eisenberg *et al.*, 1993; Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Van Rompay *et al.*, 1998; Institute of Medicine of the National Academies, 2005), peut-être par peur d'être jugés ou mal reçus.

Une recherche (Lie *et al.*, 2008) menée en Californie (États-Unis) auprès d'étudiantes et étudiants en médecine montre que l'enseignement dans des facultés ciblées ne sensibilise pas suffisamment les futurs médecins à une conception de la médecine qui les prépare réellement à travailler dans une perspective intégrative. En effet, on voit au sein des programmes incluant les MAC que la conception de leur utilisation s'inscrit dans une perspective additive plutôt qu'inclusive. L'attention des futurs médecins est encore centrée sur la maladie et la résolution des problèmes plutôt que sur la prévention, la promotion de la santé et l'équilibre biopsychosocial ainsi que spirituel de la personne.

Dans le cadre de cette étude, les étudiantes et étudiants participant à des *focus groups*, affirmaient pour la plupart n'avoir aucun élan pour intégrer les MAC dans leurs pratiques. Plusieurs disaient qu'ils ne recommanderaient pas les MAC en

premier traitement, mais ne s'opposeraient pas au choix de la patiente ou du patient, si telle est sa préférence et s'il n'y a aucun danger pour ce dernier. Une minorité d'étudiantes et étudiants en médecine affirmaient qu'ils ne recommanderaient pas l'utilisation des MAC tant et aussi longtemps qu'ils n'auraient pas la preuve scientifique de leur efficacité et de leur non-nocivité pour la santé des citoyennes et citoyens. Finalement, un nombre limité affirmait vouloir incorporer les MAC dans leur pratique médicale régulière. Lie *et al.* (2008) soulignent également que les étudiantes et étudiants de leur étude avaient tendance à assimiler la culture prédominante de leurs institutions, au sein desquelles les MAC étaient tolérées sans être vraiment acceptées.

Nous soulignons par ailleurs que, pour un certain nombre de médecins, la médecine intégrative semble ajouter un supplément de sens à leur vocation de médecins, comme l'illustre Dr Christian Boukaram dans son livre *Le pouvoir anticancer des émotions* (2011). En effet, pour les médecins convaincus de la pertinence de la perspective intégrative des soins pour la santé publique, viser une intégration de soins semble aller de soi, comme c'est aussi le cas du docteur Thierry Janssen dans son livre *La solution intérieure* (2006). Ces deux médecins supportent avec ferveur et conviction un projet de santé publique qui s'appuie autant sur la médecine conventionnelle qu'alternative. Il ne devrait pas y avoir de vision hiérarchisante des différentes approches ou des intervenantes et intervenants. Actuellement, nous sommes dans une période tampon tant que « the research and practice communities move towards another healthcare paradigm » (Gaboury *et al.*, 2012, p. 6). Dans cette perspective, Boon *et al.* (2004) proposent une structure flexible avec une approche de collaboration pour des soins de santé intégrés.

2.5 La présence et la conscience des conditions essentielles

Nous pouvons considérer les questions concernant le soin, la prévention et la guérison dans une perspective holistique. Il devient alors nécessaire de tenir compte de l'être humain dans son entièreté biopsychosociale et spirituelle. La question de la présence au monde, envisagée d'une manière beaucoup plus consciente et moins centrée sur la pathologie, devient ici une nécessité. La personne humaine est ainsi vue comme un être en devenir, dotée d'un potentiel de guérison et de croissance, en attente des conditions comme du rythme juste pour son déploiement. Présenté à la figure 2, le modèle de la roue de la santé du Centre Duke de médecine intégrée permet de comprendre la place centrale accordée au concept de la pleine conscience au sein de cette démarche de santé promue par la médecine intégrative.



Figure 2 – La roue de la santé

Tiré de Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, D. (2007). *Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges*. Paris : Éditions Robert Laffont, p. 24.

L'Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges définit ce concept comme suit :

La pleine conscience correspond à un sens bien développé du corps, de l'esprit et de l'âme. Elle est au centre de la roue de la santé car tous les autres domaines de la santé en dépendent. Lorsque vous êtes pleinement conscient, vous êtes attentif à l'instant présent – ne pensant ni au passé ni à l'avenir. Pour agir sur sa santé, il faut savoir comment prendre conscience de son état, et être à l'écoute de son bien-être physique, psychique et social (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007, p. 19).

Elle souligne aussi l'importance d'être sans jugement face à soi, un lieu où l'autocritique n'a pas sa place. Il s'agit seulement de prendre contact avec l'état du moment, sans jugement.

Par le biais de ce concept de pleine conscience, le courant de médecine intégrative invite tout être humain au sein de sa communauté, qu'il soit soignante ou soignant ou patiente ou patient, à assumer la responsabilité de faire des choix conscients pour sa santé. Il nous exhorte à nous engager dans un processus de conscience évolutive en prenant soin à la fois des dimensions biologiques, psychologiques, sociales, spirituelles et environnementales de la vie personnelle et collective. Vivre sa vie depuis une vision du monde qui tend vers la pleine conscience nécessite des habiletés de présence au moment présent, ce qui ne peut pas se faire sans un rapport conscient à son corps, cet espace par excellence d'incarnation de l'être humain dans toutes ses dimensions.

Dans cette optique, il devient clair que le rapport entretenu par la personne avec les différentes dimensions de son existence propre, avec les autres et avec le monde constitue une source de santé et une promesse de déploiement de soi. Comme mentionné dans *l'Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges* (2007), les patientes et patients deviennent ainsi

capables de prendre des décisions éclairées et d'adopter des attitudes préventives face à leur état de santé lorsqu'ils sont en contact conscient avec leur état corporel et intérieur, car ils sont alors présents à eux-mêmes. Cette présence à soi peut être enseignée aux patientes et patients, afin de maximiser leurs chances de participation active au déploiement de leur santé, par une meilleure proximité à eux-mêmes, à leur corps et à leur vie. Comme l'exprime un étudiant en médecine : « I also feel like more of these things (self-awareness) could help prevent more progression of serious disease in the world » (Saunders *et al.*, 2007, p. 782).

Selon Newman (1990), l'élargissement de l'état de conscience de la personne constitue un acte important dans la poursuite d'une santé optimale et évolutive. En effet, la santé comme la maladie restent une expression de l'état de conscience de la personne. Comme le dit Newman (1990), on ne peut pas séparer la pathologie qui s'exprime dans un individu de l'entièreté de son être et de son articulation globale avec son environnement. Le soin de santé intégratif se présente alors comme une véritable vision du monde qui comprend et transforme notre rapport à la maladie, à la santé comme à l'acte thérapeutique lui-même.

Hence the paradigm that guides the theory of health as expanding consciousness is a paradigm of evolving pattern of the whole. The assumption is made that whatever manifests itself in a person's life is an explication of the underlying pattern. Disease, if it is present, is not a separate entity : it is a manifestation of the person's pattern of consciousness (Newman, 1990, p. 40).

Ce nouveau paradigme questionne également notre conception de la personne humaine comme notre rapport à la vie. Par exemple, pour quelqu'un qui fait de l'hypertension, la difficulté peut être vue sous l'angle de l'organisme seulement. En approfondissant les causes possibles, on peut observer les comportements alimentaires, les habitudes de vie en termes d'exercice physique, la gestion des émotions ainsi que les liens sociaux et affectifs, etc. Selon sa capacité à se voir, à se responsabiliser et à changer son niveau de conscience sur la problématique, la

personne envisagera des options différentes. Elle est invitée à élargir sa conscience. En fait, l'anormalité reflète souvent l'inadaptation d'habitudes de vie dépassées. Ces dernières perturbent l'individu et peuvent se manifester en pathologie, comme l'explique Newman (1990) :

The theory of health as expanding consciousness is conceived within a paradigm of health and science emphasizing pattern of the evolving whole. It incorporates the self-organizing interplay of disorder and order, explicated as disease and absence of disease, in the process of moving to higher levels of consciousness (p. 41).

La notion de conscience nous semble néanmoins un peu risquée dans le cadre de notre investigation, car elle reste difficile à appréhender. À cette étape-ci de notre réflexion, nous avons fait le choix d'aborder les questions de la conscience et de la présence par le biais de l'attention et de la perception du corps de la personne, qu'elle soit patiente ou soignante. La perception du corps vécu est descriptible. Dans une perspective de médecine intégrative, la ou le médecin va tenter, en plus d'observer les signes, de questionner la patiente ou le patient en vue de saisir la globalité de ce qui se joue dans son intimité. Ici, soigner ne peut plus se limiter à régler les signes et les symptômes. Les soignantes et soignants les placent dans l'écologie globale de la personne, en lien avec la gestion de sa vie et son articulation avec son environnement aussi bien interne qu'externe. Présenté à la figure 3, le schéma de Rakel (2007) démontre cette dynamique d'interaction entre le physique et l'esprit qui influence la santé et la maladie et qui selon nous, s'appuie sur la capacité d'être conscient.

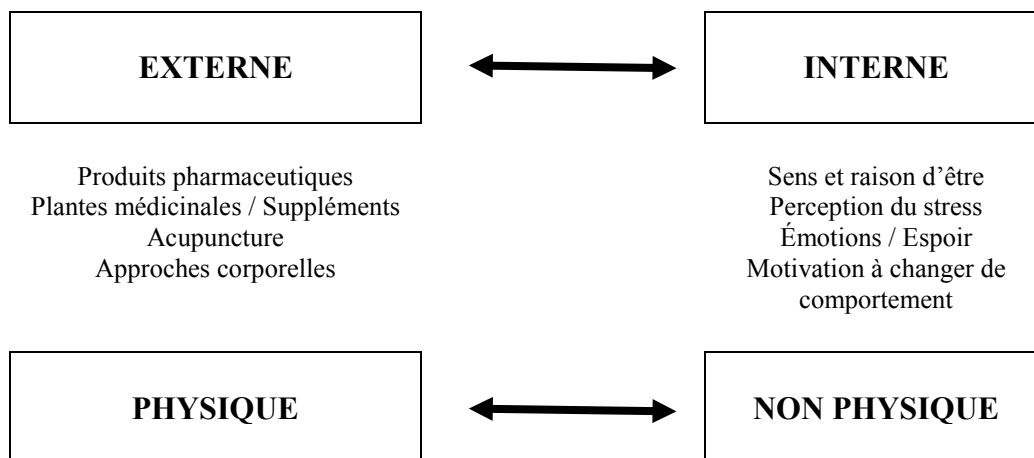


Figure 3 – Interaction dynamique sur les influences physiques et non physiques qui s'exercent sur la santé, comme la maladie.

Traduction libre du schéma tiré de Rakel, D. (2007). *Integrative medicine*. Philadelphie : Saunders Elsevier (2^e éd.), p. 9.

Comme l'explique Rakel (2007), apercevoir l'origine et le sens de son malaise permet de mieux se comprendre et d'intervenir avec plus de pertinence. « A symptom is our body asking for some type of change. If we simply suppress the symptom without understanding what it may need to go away, it will likely recur or arise in another part of the body » (p. 9). Ainsi, la présence à soi et le niveau de conscience de la personne sont directement en lien avec sa capacité de pouvoir devenir souverain de sa vie, comme de sa santé.

2.6 Une vision particulière de l'être humain, de ses responsabilités et de ses relations

Dans cette vision de la santé basée sur la pleine conscience (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007; Newman, 1990), l'être humain est envisagé sous l'angle de son inachèvement (Honoré, 2003). C'est un sujet constamment en marche vers son devenir. Comme bien d'autres phénomènes qui se présentent sur son chemin, les incidents de santé sont pour le sujet des repères d'une vie engagée dans son processus de croissance. Il est au cœur de sa transformation, il est acteur et auteur de sa vie; il est invité à devenir responsable de ce qui lui arrive.

En effet, tout ce que le sujet vit au cœur de lui-même du point de vue du senti, de la pensée, des émotions, des comportements et de ses modes de vie a des incidences sur sa santé. Chaque être humain est convoqué à son autonomisation graduelle face à son état de santé et de bien-être, au fur et à mesure qu'il est capable de se voir comme étant la principale actrice ou le principal acteur de sa vie et de moins en moins victime de lui-même comme de sa vie.

Si l'on adhère à cette vision renouvelée de l'être humain, de la vie et de la santé, la position ou le point de vue du médecin, tout comme celui de la patiente ou du patient, devraient être adaptés pour avoir une incidence sur la nature du lien thérapeutique. Une vision intégrative des soins de santé conduirait à un renouvellement de la relation médecin - patient. Dans un tel contexte, on assisterait à une relation de plus en plus coopérative, de plus en plus collaborative, autant entre la patiente ou le médecin et ses patientes et patients qu'envers l'ensemble des intervenantes et intervenants en soins de santé. On verrait ainsi naître une dynamique relationnelle dans laquelle la prise de décision se ferait en collaboration avec l'ensemble des intervenantes et intervenants tout en associant les patientes et patients au processus décisionnel en vue d'optimiser les résultats de traitement.

Boon *et al.* (2004) expliquent qu'il existe différents niveaux d'intégration des soins de santé. Les auteures et auteurs sont d'avis que la gravité de la situation médicale de la patiente ou du patient va teinter le type de relation et de pratique et ainsi définir le niveau d'intégration des soins. En effet, dans les cas d'urgence, la patiente ou le médecin va agir en premier lieu pour sauver la vie de l'individu. Toutes les situations ne permettent pas nécessairement la pratique de soins intégrés. Au plus faible niveau d'intégration, la pratique peut s'effectuer en parallèle. Au fur et à mesure que le niveau d'intégration augmente, on peut passer d'une relation de consultation indépendante à une relation de plus grande collaboration avec d'autres soignantes et soignants. Ces processus collaboratifs passent par des dynamiques de coordination, de travail interdisciplinaire pour finir par s'établir dans un système de

soins intégratifs. Dans ce continuum de structures relationnelles, nous voyons de plus en plus une dynamique intégrative. Ces différentes pratiques relationnelles s'incarnent au cœur des situations thérapeutiques spécifiques en tenant compte des dimensions philosophiques, structurelles, processuelles ainsi que les résultats attendus.

Les résultats des travaux de Newman (1997) l'amènent à une vision du lien thérapeutique qui conduit à voir la patiente ou le patient d'une manière qui prend en compte la personne dans son entièreté. Newman (1997) inscrit ses recherches dans un contexte de soins infirmiers. Cette chercheuse envisage le lien thérapeutique sous trois aspects. Elle considère l'interaction mutuelle entre l'infirmière et la patiente ou le patient; elle regarde le caractère unique et global de chaque situation avec une patiente ou un patient et enfin elle accorde une attention particulière au processus en mouvement qui donne accès à une relation consciente plus élevée.

Le paradigme émanant de cette discipline redéfinit la relation et l'objet de celle-ci : « We are moving from attention on the other as object to attention to the we in relationship, from fixing things to attending to the meaning of the whole, from hierarchical one-way intervention to mutual process partnering » (Newman, 1997, p. 37). Ce paradigme de la santé repose sur la réflexion, la compassion ainsi que sur la relation consciente. Sa dimension processuelle englobe l'entièreté de la personne tout en révélant un monde en mouvement, au sein d'un processus évolutif de transformation. Cette manière d'envisager le lien thérapeutique invite à suivre le mouvement relationnel comme le processus de guérison pas à pas : « Only as we immerse ourselves fully in the present can we follow the direction of the process. That means relaxing into the uncertainty and unpredictability of this process » (*Ibid.*, p. 37).

Newman (1997) argumente sur la nécessité de soigner le rapport à soi, étant donné que la manifestation du processus d'accompagnement émerge en soi, à travers la relation et permet le contact avec l'entièreté de soi comme avec celle de la personne en face : « The nature of reality is not outside ourselves » (p. 37). Le processus est donc vécu de l'intérieur et permet d'avoir accès non seulement à la totalité de soi, mais aussi à l'autre dans sa globalité et dans l'immédiateté : « So, too, as a nurse by necessity attends to the parts, the meaning of the whole will emerge. We come to the meaning of the whole not by viewing the pattern from the outside, but by entering into the evolving pattern as it unfolds » (*Ibid.*, p. 38). Ici, nous faisons le parallèle avec l'importance pour une ou un médecin d'être en relation avec son monde intérieur, présent à lui-même. Ce faisant, il peut ouvrir la porte à l'entièreté de la personne qui lui fait face et s'adresser plus globalement aux enjeux de la patiente ou du patient.

2.7 La formation médicale et son environnement

Dans les prochaines sections, nous questionnons la formation des futurs médecins. D'abord d'un point de vue philosophique, nous regardons la posture des médecins face à la vulnérabilité humaine. Ensuite, nous exposons la difficulté que ces professionnelles et professionnels rencontrent dans la capacité de prendre soin d'eux-mêmes et la nécessité d'éduquer les futurs médecins à prendre soin de soi par plus de présence à eux-mêmes. Finalement, nous présentons les apprentissages expérientiels faits au sein de cette profession, y compris les apprentissages liés au curriculum caché perpétués de génération en génération de médecins.

2.7.1 Une philosophie basée sur la compétition et l'endurance

À l'inverse de Newman (1997), qui invite les professionnelles et professionnels de la santé à habiter l'incertitude et l'imprévisibilité du processus de soin, tout en étant complètement présents et au cœur de leur action en relation avec la patiente ou le patient, le modèle d'éducation moderne cantonne les futurs médecins

dans un rôle héroïque (Shapiro, 2008). Ils sont mis au défi d'être en permanence dans la performance et la compétition. Dans la construction de leur identité professionnelle, la peur, la vulnérabilité ou encore l'imperfection ne peuvent trouver leur place. Ces principes de base entraînent parfois le rejet ou le déni d'une partie d'eux-mêmes comme de leur humanité. Il semble que le processus d'admission et de formation des futurs médecins les inscrive dans une manière de voir et de concevoir leur profession qui les prédispose à des risques élevés d'épuisement :

Pour être admis en médecine, il faut savoir performer, être parmi les meilleurs. Les études dans cette discipline sont exigeantes, les heures innombrables et les sacrifices personnels grands. L'entrée en médecine marque les premiers jalons de l'adhésion à un mode de fonctionnement dans le travail. La formation souvent exténuante exige le dépassement des limites. Elle est caractérisée par l'excès et les modèles qu'on y présente suggèrent le surpassement. C'est l'apprentissage de la culture de l'endurance qui est à l'œuvre (Maranda *et al.*, 2006, p. 58).

En ce sens, Shapiro (2008) fait valoir le besoin d'une nouvelle éthique reposant sur l'acceptation de l'imperfection. En effet, la ou le médecin a besoin d'apprendre qu'il a un contrôle limité sur la vie, et que la vie elle-même reste incontrôlable. Les jeunes médecins ont besoin d'apprendre à accepter, à accueillir autant qu'à rencontrer leur propre résistance à la vulnérabilité du corps. Former les soignantes et soignants, c'est aussi leur apprendre à reconnaître qu'ils sont, tout comme les patientes et patients, simultanément puissants et vulnérables. Selon Shapiro (2008), on peut alors souhaiter que les médecins en formation sortent de leur fixité dans le rapport paralysant à la performance et à la compétence, comme dans le rapport au patient ou patiente, à sa vulnérabilité et à sa fragilité. Cette nouvelle éthique nécessite des médecins qu'ils puissent incarner un rapport sain à la vulnérabilité humaine, à l'erreur et à la non-compréhension. Il s'agit d'apprendre à habiter un lien sous le signe de la compassion, de la bienveillance plutôt que sous la pression et dans la peur. Cette nouvelle éthique cherche à créer une dynamique relationnelle qui conserve à la fois le lien d'intimité et de détachement.

Suite à une demande faite par l'Association médicale canadienne (AMC) et par l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et de la toxicomanie (INSMT), Maranda *et al.* (2006) ont fait des rencontres de groupe de participantes et participants volontaires dans un espace où la parole libre était privilégiée afin de produire une enquête psychodynamique du travail des médecins. Le groupe était constitué de médecins ayant traversé une expérience d'épuisement ou de dépression et ayant suffisamment de recul pour pouvoir en livrer des informations pertinentes à posteriori.

Les auteures et auteurs notent la distance que la ou le médecin prend face à son propre corps et sa propre santé « Les effets secondaires de cette culture de métier fondée sur le travail et sur l'endurance se manifestent effectivement à travers la relation du médecin à son corps » (Maranda *et al.*, 2006, p. 79). En fait, tout cet espace d'abnégation de lui-même à travers la culture enseignée dans la profession est un lieu qui lui transmet des valeurs où « le dépassement de ses propres limites, au profit de la profession, fasse partie des valeurs de la culture de ce métier » (*Ibid.*, p. 14). D'autres auteures et auteurs, De Valk et Oostrom (2007), notent aussi le manque de formation destinée aux futurs médecins pour leur permettre de prendre soin d'eux : « Self-care is not part of the doctor's professional training and is typically low on their list of priorities » (p. 3). Les mêmes auteures et auteurs constatent l'effet du stress sur la relation aux patients et patients : «The more cynical attitude can result in a decrease in empathetic concern towards their patients, a psychological withdrawal from work, irritability and lack of patience » (*Ibid.*, p. 3). Même le processus de formation inscrit cette profession dans un mode de surcharge de travail qui crée une assise de mal-être et devient même un mécanisme pour ne plus se ressentir, selon Maranda *et al.* (2006) :

L'hyperactivité professionnelle n'est pas accessoire; elle joue un rôle fonctionnel pour bloquer la souffrance, les émotions, la pensée. L'hypertravail anesthésie, masque et occulte ce qui fait mal afin de permettre aux médecins de poursuivre un travail qui est passé dans

le registre du trop : trop de responsabilité, trop de risques, trop d'intensité. On peut ainsi comprendre que c'est l'installation d'un cercle vicieux qui se renforce lui-même. À court terme, l'hypertravail peut être "payant" monétairement et apporter d'autres bénéfices symboliques tels qu'une visibilité grandissante. Cet hypertravail fait toutefois perdre les repères d'une saine hygiène de vie (p. 92).

Face à la problématique vécue par la patiente ou le patient, la ou le futur médecin veut parfois privilégier une solution qui réduira son propre taux d'anxiété, sa propre difficulté à vivre la pression, plutôt que de répondre aux besoins réels de la patiente ou du patient (Eisenberg, Fabes, Murphy, Karbon, Maszk, Smith, *et al.*, 1994). Le rapport à la pression coupe les soignantes et soignants d'eux-mêmes, comme de leurs patientes et patients, créant ainsi une distance entre les actrices et acteurs en présence et compromettant potentiellement le processus d'accompagnement. Il semble que l'éducation à la présence pour les futurs médecins soit un ingrédient de base intéressant à considérer dans la formation.

2.7.2 *Éduquer à la présence à soi pour mieux prendre soin de soi et des autres*

Éduquer à la présence à soi aurait ainsi avantage à être valorisé par la ou le médecin, afin de lui permettre d'être lui-même plus en contact avec la patiente ou le patient et ainsi potentialiser la qualité de la relation thérapeutique. L'attention à soi et aux différentes dimensions de son être améliore la qualité de présence à soi, à son action, aux autres comme au monde. La ou le médecin acquiert la capacité de devenir sujet de sa vie. En étant proche de ce qu'il vit et en accueillant ses limites, il peut ainsi mieux servir sa patiente ou son patient. Dans un article écrit par Saunders *et al.* (2007), la notion de présence à soi est envisagée d'une façon ouverte et peut se comprendre de la manière suivante :

Self-awareness is defined as students' understanding of how their personal histories and current personal lives, as well as their values, attitudes, and biases, affect their care of patients, so that they can

use their emotional responses in patient care to their own and their patients' benefit (p. 779).

Il est clair qu'on ne pourra pas envisager la pratique soignante dans une perspective de médecine intégrative en misant exclusivement sur des apprentissages cognitifs. La question qui se pose à cette étape de notre présentation concerne les manières plausibles d'envisager la dimension de la présence à soi et à l'autre, au sein de la formation des médecins. L'enseignement d'approches corps / esprit au sein des cursus de formation médicale supporte cet apprentissage et génère des effets positifs. Selon plusieurs études, l'apprentissage par l'expérience de ces approches corps / esprit est un facteur important de changement (Elder *et al.*, 2007; Rosenzweig *et al.*, 2003; Saunders *et al.*, 2007). Les approches corps / esprit permettent de développer des attitudes et des habiletés nécessaires à la construction d'une présence à soi (Elder *et al.*, 2007; Hewson *et al.*, 2006; Saunders *et al.*, 2007). Celle-ci est un facteur important pour la qualité empathique du médecin (Rosenzweig *et al.*, 2003), entraînant possiblement des liens thérapeutiques plus vivants. Serait-il possible qu'une pratique soutenue de rééducation attentionnelle permette au sujet d'apprendre la présence globale à soi dans l'instant et d'unifier le corps et l'esprit? Cette qualité de présence à soi est le siège d'une construction intérieure autant pour les médecins que les patientes et patients.

Comme le mentionnent Frank, Breyan et Elon (2000), une ou un médecin plus investi envers sa santé constitue aussi un facteur de potentialisation pour la santé des populations. Selon Frank *et al.* (2000), le fait qu'une ou un médecin prenne soin de sa santé lui confère une meilleure position pour influencer les comportements de ses patientes et patients et leur transmettre le souci d'eux-mêmes. Plus une ou un médecin a des comportements préventifs en matière de santé ou un style de vie plus sain, plus il aura l'habitude de conseiller ses patientes et patients sur le sujet (Frank, 2004). En effet, la recherche a démontré que lorsque la ou le médecin partage ses habitudes de santé personnelle, cela renforce l'efficacité de la consultation en

motivant davantage la patiente ou le patient à adopter ses propres habitudes de santé (Frank, 2004).

Compte tenu de ce phénomène d'influence entre les comportements du médecin et ceux de leurs patientes et patients, il est encore plus important de s'assurer que les étudiantes et étudiants en médecine aient facilement accès à des soins de santé durant leur formation, afin de les encourager à prendre soin d'eux-mêmes. Toutefois, il est un peu alarmant de constater que 48 % des étudiantes et étudiants d'institutions médicales privées ou publiques (n = 1027) ont éprouvé de la difficulté à obtenir des soins de santé durant leur formation (Roberts, Warner, Carter, Frank, Ganzini et Lyketsos, 2000). De plus, il semblerait que les étudiantes et étudiants renonçaient aux soins, car ils ne se sentaient pas autorisés à prendre congé durant leur temps de travail ou de formation. Selon cette étude, il semblerait aussi que l'institution pourrait jouer un rôle important. En effet, les chercheuses et chercheurs ont identifié « considerable institutional variability, suggesting that the medical schools' curricula and environments greatly affect the personal health care experiences of students » (Roberts *et al.*, 2000, p. 275).

Selon une étude menée auprès des étudiantes et étudiants en médecine de 16 facultés aux États-Unis, 88 % des participantes et participants étaient d'avis que l'institution d'enseignement devrait les encourager tout comme les résidents en médecine à adopter des modes de vie plus sains (Rose, Frank et Carrera, 2011). Dans cette même étude, les chercheuses et chercheurs constatent que, lorsque les étudiantes et étudiants de quatrième année se sentent encouragés à une plus grande hygiène de vie par leur institution d'enseignement, ils augmentent la fréquence de leurs conseils auprès de leurs patientes et patients, notamment au sujet du contrôle du poids. Les comportements de santé des étudiantes et étudiants en médecine dans leur vie personnelle sont directement en lien avec leur souci de conseiller et d'accompagner leur patiente ou patient sur un mode préventif. Comme l'exprime un étudiant, l'apprentissage de la profession médicale peut devenir un lieu d'expérience

formatrice dans l'accompagnement des futures patientes et futurs patients : « It has changed my attitude in the sense of knowing that there are people who care about my well being as a student. And because I have received, I also want to give back » (Saunders *et al.*, 2007, p. 782).

L'expérience personnelle de santé du futur médecin aura des impacts sur sa manière de prendre soin de ses futures patientes et futurs patients, comme l'expriment Saunders *et al.* (2007). En effet, les influences entre étudiantes et étudiants, médecins et patientes et patients se jouent à plusieurs niveaux et nécessitent une attention, car elles sont directement en lien avec la santé des générations à venir. Ces différentes recherches mettent en évidence le lien entre la vie personnelle du futur médecin, son expérience de formation en médecine et sa pratique professionnelle. La prochaine section s'attarde à l'apprentissage expérientiel inclus dans la formation des futurs médecins.

2.7.3 L'apprentissage expérientiel en médecine

Dans plusieurs programmes de médecine, l'apprentissage de la profession se fait en grande partie par l'expérience auprès de patientes et patients accompagnés d'une professeure ou d'un professeur clinicien. Les premières expériences dans le contexte du travail peuvent suvenir tôt dans la formation. Elles sont souvent de courte durée, et ce, dans plusieurs services. Ces premières expériences permettent à l'étudiante ou l'étudiant de mieux comprendre la perspective de la patiente ou du patient, le professionnalisme et les habiletés de communication. L'étudiante ou l'étudiant apprend aussi à mieux connaître les différentes spécialités médicales. Parfois les étudiantes et étudiants vivent un conflit entre l'enseignement reçu et la pratique sur le terrain et sont face à des choix : « students may reject medical school ideals in favour of practice culture in order to integrate themselves within workplaces » (Yardley, Teunissen, et Dornan, 2012, p. e109). Les interactions sociales sur le terrain des apprentissages expérientiels sont un facteur clé pour

l'étudiante ou l'étudiant dans sa capacité de comprendre ce qu'il fait et apprend au sein de sa profession. La relation avec les superviseurs ou les pairs semble être un facteur de réussite à la formation des futurs médecins.

L'entrée dans l'environnement clinique est un passage important pour les étudiantes et étudiants en médecine. Par contre, il semble que la pédagogie auprès des internes soit nébuleuse, plus basée sur le principe historique de l'apprenti et peu appuyée sur des principes pédagogiques (Dornan, Hadfield, Brown, Boshuizen et Scherpbrier, 2005; Yardley *et al.*, 2012). L'apprentissage et le travail sont inséparables dans cette période. L'apprentissage avec des patientes et patients réels permet aux étudiantes et étudiants « the development of proficiencies, which include applied knowledge, attitudes, skills, and an enhanced ability to learn in practice settings » (*Ibid.*, p. e111). De même, il semblerait que la pratique auprès des patientes et patients réels leur permettent également de gagner en confiance, en motivation et de construire leur sentiment d'appartenance (Yardley *et al.*, 2012). Ces mêmes auteurs et auteurs observent aussi que, durant cette période, le support affectif, cognitif et pratique soit une condition nécessaire à la réussite de leur formation. En plus d'enseigner et d'agir comme professionnelle ou professionnel de la santé, la ou le médecin superviseur agit en tant que facilitateur et soutien pour l'étudiant. Les temps de discussion dans un environnement ouvert sont importants.

Plus tard, la période de résidence est également une période charnière de formation qui vise un objectif de taille : permettre au « nouveau » médecin de développer son autonomie, tout en façonnant ses habitudes, ses comportements, ses attitudes et ses valeurs.

La formation des futurs médecins peut être questionnée quant à la place qui est octroyée à la part humaine de la ou du médecin. En effet, il semble qu'une philosophie permettant de mieux gérer les moments d'impuissance dans l'agir médical soit souhaitable. Une qualité de présence à soi permettrait au médecin d'être

à l'affût de son état physique, intérieur et émotionnel, ce qui améliorerait la qualité de son lien à soi-même et à ses patientes et patients. Il apparaît aussi que la ou le médecin soit dans une nécessité d'apprendre à prendre soin de sa propre santé. En plus de préserver sa santé, la ou le médecin a ainsi plus d'influence positive sur ses patientes et patients. Il semble que l'apprentissage expérientiel soit une trame de fond importante de la formation des futurs médecins. Toutefois, la culture dominante du milieu va parfois à contresens des enseignements prodigués et maintient à certains égards une philosophie et une manière d'agir anciennes, par exemple en maintenant une distance relationnelle avec les autres professionnelles et professionnels ainsi qu'avec les patientes et patients (Michalec et Hafferty, 2013). Il semble que la formation expérientielle soit un lieu de transmission de savoirs inclus dans les curriculums cachés « Hidden Curriculum ». Hafler, Ownby, Thompson, Fasser, Grigsby, Haidet *et al.* (2011) les définissent comme suit : « The hidden curriculum refers to cultural mores that are transmitted, but not openly acknowledged, through formal and informal educational endeavors » (p. 440). Il semble important de s'attarder à cette problématique, car la culture dominante dessert l'ensemble de la profession. Néanmoins, la culture évolue au fil du temps et le concept de la santé qui s'inscrit dans une culture n'y échappe pas. La prochaine section présente le concept de la santé et son évolution.

3. LA SANTÉ : UN CONCEPT AU SENS EVOLUTIF

Au cours des XVII^e et XVIII^e siècles, la santé était envisagée comme une absence de signe de maladie (Tchobroutsky et Wong, 1995). Mais au fur et à mesure que les connaissances concernant le corps humain et l'être humain évoluent, la manière de comprendre et d'envisager la santé s'affinent progressivement. En effet, la santé a d'abord été globalement appréhendée comme un « processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes du milieu intérieur entre les limites des valeurs normales » (Morin, 2002, p. 485). Dans cette perspective, la notion de santé correspond donc à celle d'homéostasie, c'est-à-dire l'état d'équilibre

dynamique obtenu par une régulation constante de l'organisme pour le maintien de la santé (Marieb, 1999).

3.1 Une santé qui s'exprime au-delà du corps

C'est seulement au milieu du siècle dernier (1946), que l'OMS a commencé à définir le concept de santé dans une perspective qui prend en compte l'être humain dans sa globalité. La santé est alors envisagée comme : « 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). Quelques chercheurs contemporains, dont Tchobroutsky et Wong (1995), abondent dans le même sens en ajoutant que la santé fait également référence à une capacité de l'individu à s'adapter aux événements de sa vie et, par conséquent, en une capacité de devenir et de demeurer une actrice ou un acteur responsable de sa vie et de sa santé.

La santé n'est ni le normal, ni le seul bien-être, ni l'opposé de la maladie. C'est probablement aujourd'hui une sensation de pleine capacité à s'adapter à de nouveaux besoins du corps et de l'âme. C'est la possibilité de faire des choix. Non pas l'invulnérabilité, mais l'aptitude à faire face victorieusement à ce qui peut poser un défi, à affronter, voire à surmonter pleinement un obstacle de la vie (Tchobroutsky et Wong, 1995, p. 5).

Dans le même ordre d'idées, Honoré (2003) élargit le concept de santé en le plaçant au cœur de l'existence. En effet, pour cet auteur, on ne peut pas envisager la question de la santé sans considérer les aspirations essentielles qui mettent en marche l'être humain vers son devenir tout en considérant son environnement. La santé n'est plus considérée comme un état de non-maladie ni comme le bon fonctionnement de l'organisme ni d'ailleurs comme un état de bien-être : « Elle est le dynamisme de l'accomplissement, phénomène du déploiement de l'homme en son humanité » (Honoré, 2003, p. 156).

Cette conception de la santé invite chaque individu à être sujet de sa vie, lui permettant d'advenir à lui-même et ainsi de croître en son humanité. Ce à quoi souscrivent Hwu, Coates et Boore (2001) lorsqu'ils écrivent :

Understanding of health has developed from being an absence of disease to a process of growing and becoming. The dynamic and subjective nature of health is recognised and accepted by both patients and researchers. In addition, individuals have changed from passivity to being active in maintaining health (p. 111).

Dans cette perspective, la vision de la santé est prise dans un sens large et permet de considérer la santé humaine comme faisant partie d'un écosystème. Cette manière de concevoir les soins de santé est axée prioritairement sur la personne, sa santé et son processus de guérison, plutôt que sur la maladie et les traitements. La santé, tout comme la maladie, est appréhendée comme un moyen permettant l'évolution des personnes. La manifestation de la maladie est souvent vue comme un processus d'autorégulation du corps et d'autoguérison de la personne, comme l'exprime Horton (1995) à propos de Canguilhem :

He regards normality and health as being functional characteristics of the whole organism. He defines health as the ability of the organism to adapt to challenges posed by the environment, to create new norms for new settings. For him, normality is measured by the adaptability of the individual; the physiological parallel is autoregulation (p. 317).

3.2 Qu'en est-il de la conception de la santé chez les médecins?

La conception de la santé évolue constamment avec le temps et les mentalités. Elle fait bouger les représentations globales de l'être humain et réciproquement. Cependant, il convient de constater que malgré l'évolution globale de la conception de la santé, le concept ne semble pas évoluer aussi rapidement auprès des médecins. Une étude effectuée par Alonso en 2004 voulait saisir, à travers les recherches faites auprès des médecins, l'évolution des conceptions médicales et

des pratiques de soin de santé. Il s'agissait de voir si les pratiques et les conceptions des soins de santé avaient réussi à passer du paradigme biomédical vers le paradigme de santé biopsychosociale. Alonso (2004) n'a pu constater aucune évolution significative entre la période couvrant 1978-1982 et la période de 1996-2000.

Il semble important de souligner par ailleurs que les recherches faites en sciences infirmières laissent voir une évolution plus significative. Entre 1977 à 1998, Hwu *et al.* (2001) constatent une augmentation de 14 % des recherches qui s'intéressent à une vision holistique et multidimensionnelle de la santé. Ils soulignent néanmoins que la dimension spirituelle, plus difficile à mesurer quantitativement, reste le parent pauvre dans ces études.

Les études précédentes proposent des définitions de la santé issues de recherches effectuées par les médecins eux-mêmes ou encore par des chercheuses et chercheurs en sciences infirmières. Les prochaines études présentées se rapprochent encore plus de la pratique des médecins en allant directement les questionner sur le terrain, c'est-à-dire dans leur pratique quotidienne de la médecine.

Une étude pilote effectuée à l'Université de Sherbrooke en 2009, auprès de 50 médecins (56 % d'hommes et 44 % de femmes) et de 100 étudiantes et étudiants en médecine (51,5 % des hommes et 48,5 % des femmes) suggère que les conceptions de la santé ont changé contrairement à l'étude d'Alonso (2004). Un questionnaire simple était envoyé par courriel aux étudiantes et étudiants et aux médecins de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke. Les répondantes et répondants avaient le choix entre quatre définitions différentes (Larson, 1999) : une définition biomédicale, une autre de l'OMS, une définition à partir du bien-être et une dernière basée sur l'environnement. Les chercheuses et chercheurs notent que les médecins optent pour la définition de l'OMS à 50 % et pour celle du bien-être à 34 %. D'une manière non significative, les hommes médecins choisissent davantage la définition de l'OMS,

tandis que les femmes préfèrent celle du bien-être. Mais l'élément le plus significatif est que les médecins de famille adhèrent davantage au modèle environnemental (Grandjean-Lapierre *et al.*, 2009).

Une autre recherche exploratoire effectuée en 2010 par un groupe d'étudiantes et étudiants en médecine tente d'identifier la définition de la santé des médecins et des étudiantes et étudiants en médecine. L'échantillon obtenu était de 198 étudiantes et étudiants et 90 médecins, à majorité féminine (St-Pierre *et al.*, 2010). La définition de l'OMS arrive en tête, avec 60 % des réponses, suivie de la définition à partir du bien-être, à 25 %, celle de l'environnement à 10 % et en dernier lieu la définition biomédicale, à 5 %. Il est intéressant de constater que la définition biomédicale arrive au dernier rang. Par ailleurs, les étudiantes et étudiants choisissent en majorité la définition de l'OMS, tandis que les réponses des médecins sont plus dispersées. En effet, ils privilégient par ordre d'importance, la définition du bien-être, celle de l'environnement puis la définition biomédicale. Cependant, les auteures et auteurs soulignent que la FMSS a des affiliations avec l'OMS et que cette situation peut biaiser les résultats. En effet, la définition de l'OMS est celle qui est proposée aux étudiantes et étudiants, et cela constitue un biais possible. Ils notent aussi que les résultats peuvent être l'effet d'une désirabilité sociale principalement à cause de l'enseignement facultaire. Les fortes représentations d'étudiantes et étudiants de première et deuxième année, de femmes et de spécialistes non chirurgicaux constituent d'autres biais non négligeables.

Récemment, deux études ont été menées dans tout le Canada auprès d'un plus grand nombre de médecins, afin de connaître leur définition de la santé. Les répondantes et répondants avaient toujours le choix entre quatre définitions différentes (Larson, 1999). Une étude a été faite auprès des membres du Collège des médecins de famille du Canada (n = 245) (Vanasse *et al.*, 2014). Les résultats sont similaires à ceux des études pilotes précédentes faites à l'Université de Sherbrooke. Les répondantes et répondants ont choisi à 55% la définition de l'OMS et seulement

4,1 % ont choisi la définition biomédicale. L'autre étude a été faite auprès des membres du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (n = 350) (Gaboury *et al.*, 2014). Les répondantes et répondants ont à nouveau choisi en majorité la définition de l'OMS (53,9 %), et la définition biomédicale est toujours la moins populaire avec un taux de 6,9 %. Au vu de ces études, il semble que les médecins canadiens ont une définition plus large de la santé que tout simplement l'absence de la maladie et que la majorité d'entre eux utilisent la définition de l'OMS. La prochaine section tente de faire le lien entre la conception de la santé et la manière de pratiquer la médecine.

3.3 De la conception à la pratique en matière de santé

Selon les études décrites précédemment, la conception de la santé a été stable un certain temps pour ensuite connaître une trajectoire évolutive dans les dix dernières années. La culture médicale à l'époque de l'article de Larson (1999) semble principalement dominée par une vision biomédicale qui conçoit la santé comme une absence de maladie. L'étude de Alonso (2004) vient analyser les articles de recherche effectués dans un contexte relié directement aux médecins et ne constate aucune évolution significative du concept de la santé, entre les années 1980 et 2000. Il semblerait que les médecins ne perçoivent pas tous la santé de la même manière, tout en s'ouvrant apparemment à une conception renouvelée depuis les dix dernières années. En effet, les études pilotes de 2009 et 2010, ainsi que les études de 2014 faites à plus grande échelle, permettent de dégager une définition dominante, soit celle de l'OMS, suivie de la définition basée sur le bien-être, et ce, malgré certains biais relevés dans ces recherches. Le temps semble avoir ses effets, d'autant plus que le profil des futurs médecins change et se féminise.

Ainsi, les conceptions de la santé des médecins évoluent tranquillement, et leurs pratiques au sein des institutions de soin semblent connaître des modifications quoique plutôt lentes. Depuis plusieurs générations, c'est la maladie, et non la santé,

qui est la principale préoccupation des soignantes et soignants. Hwu *et al.* (2001) rappellent que la personne humaine est une unité indivisible où se joue une interrelation permanente entre le corps, la psyché et l'esprit. C'est ainsi que bien des chercheuses et chercheurs plaident pour une conception holistique de la personne et de sa santé. Ainsi, ces auteures et auteurs soulignent que : « A holistic orientation to health is advocated and, consequently, an absence of illness is no longer the fundamental condition for health » (Hwu *et al.*, 2001, p.106).

Certains auteures et auteurs avancent qu'il existe un lien entre la conception de l'être humain, la santé et la maladie avec la pratique de soin. Dans leur article, Berg et Sarvimäki (2003) exposent deux théories (Travelbee, 1971 et Watson, 1985) et un modèle en soins infirmiers (Hummelvoll, 1995). Après une analyse, une comparaison et une synthèse des théories et du modèle de soins infirmiers, Berg et Sarvimäki (2003) en font une synthèse. Ils décrivent chacune des conceptions de l'être humain ainsi que la représentation de la santé, de la maladie et de l'acte infirmier découlant de ceux-ci. Il est intéressant de constater que selon la théorie ou le modèle de soins infirmiers l'acte infirmier change. Il semble que la pratique des soins soit influencée par la manière de voir l'être humain, la santé et la maladie. Le tableau 1 de la page suivante résume la conception de la santé et de l'acte infirmier selon les trois courants.

Tableau 1
Conception de la santé et de l'acte infirmier selon trois auteurs

Conception	Travelbee (1971)	Watson (1985)	Hummelvoll (1995)
Santé	La santé est un état de bien-être complet : physique, mental et social.	La santé est l'unité et l'harmonie dans l'esprit, le corps et l'âme. La santé relève aussi de la cohérence entre la perception et l'expérience de soi.	La santé est « être entier » : un effort constant de préserver l'identité et le bien-être. La santé dépend de nos jugements et valeurs personnelles.
Acte infirmier	Consiste à prévenir la maladie et la souffrance, ou à y faire face, en trouvant un sens à l'expérience.	Se caractérise comme une science du « prendre soin », orientée afin de maximiser le potentiel de santé holistique de l'individu et de la famille.	Cherche à renforcer les habiletés du patient à prendre soin de lui, tout en résolvant ou réduisant les problèmes de santé, au sein d'un lien engagé et collaboratif.

Traduction libre, informations tirées de l'article de Berg, G. et Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 384-391.

Larson (1999) parle aussi de ce lien et, pour lui, la manière dont la ou le médecin envisage la santé le fera s'adresser différemment à sa patiente ou son patient.

While medicine's primary focus will remain on the treatment of disease and disability, it will expand into new areas concerned with positive well-being, mental health, preventive medicine, health promotion, patient rights, and environmental influences on health (p. 124).

Toutefois, Alonso (2004) précise que la réticence est forte et qu'on ne peut constater de modification significative dans les plans de traitement des médecins. Le passage d'un modèle de santé biomédical à un modèle biopsychosocial demanderait le renouvellement des connaissances et des pratiques soignantes ainsi qu'un investissement important de temps, de ressources humaines et financières. Par ailleurs, il précise qu'un tel changement modifierait de fond en comble la nature de la relation entre la patiente ou le patient et la ou le médecin, ainsi que la manière globale de gérer les différentes institutions du système de santé. Les modèles de gestion

deviendraient alors plus holistiques et davantage centrés sur la personne humaine. Tout ceci ne pourra pas se faire sans renouveler des modes de penser et d'agir au sein de la formation des médecins.

Afin de dépasser les barrières conceptuelles pour permettre une pratique holistique, il serait nécessaire de permettre aux médecins et aux futurs médecins d'avoir une formation qui tienne compte d'une conception de la santé élargie, au sein des cursus de base, tout comme en formation continue. Ceci devrait permettre aux futurs médecins, lors de leur pratique, d'apprendre à considérer la personne humaine sans la réduire à sa maladie, tout en tenant compte de son caractère singulier. Sans aller jusqu'à un cursus renouvelé de fond en comble, on peut penser que des interventions limitées mais ciblées pourraient permettre d'introduire des changements au plan des conceptions de la santé et des pratiques des médecins. C'est ce qui sera examiné dans le prochain chapitre.

DEUXIÈME CHAPITRE

RECENSION DES ÉCRITS

1. L'ENSEIGNEMENT DES MAC DANS LES CURSUS EN MÉDECINE

À ce stade-ci, il est important d'identifier en quoi l'exposition aux MAC, au sein du cursus de formation des futurs médecins, pourrait avoir des effets sur leurs attitudes face aux MAC, sur leur vision de la santé de manière générale et/ou produire de nouvelles perspectives pour leur future pratique médicale, incluant la relation thérapeutique. Nous allons tenter d'établir si la fréquentation des MAC dans le cursus de formation des futurs médecins pourrait avoir des effets dans leur rapport à leur propre santé et donc dans leur relation à eux-mêmes.

Avant d'aller explorer les différentes études à cet effet, il est intéressant de souligner que le nombre d'institutions de formation médicale dispensant l'enseignement des MAC est passé de 75 à 98 entre 1998 et 2002-2003 aux États-Unis (Saunders *et al.*, 2007). Selon le répertoire des facultés de médecine du Liaison Committee on Medical Education, ces 98 institutions qui enseignent les MAC dans leur programme médical représentent environ 70 % de l'ensemble des institutions aux États-Unis. Nous constatons que les programmes incluant les MAC sont très variables en ce qui a trait aux approches enseignées, et le nombre d'heures peut passer du simple au triple selon les facultés universitaires. Le nombre d'heures dispensées est relativement restreint par rapport au programme complet des futurs médecins. L'enseignement est majoritairement fait à l'intérieur de cours magistraux, et ce, sur les quatre années d'étude. Lie et Boker (2006) relèvent 8 h de formation sur les MAC et Halterman-Cox, Sierpina, Sadoski, et Sanders (2008), 8 h 20. De leur côté, Desylvia, Stuber, Fung, Bazargan-Hejazi et Cooper (2008) notent 12 h d'enseignement sur les MAC, tandis que l'étude de Lie *et al.* (2008) mentionne 26 h.

Étant donné que la plupart des études sont faites sur une base volontaire, les participantes et participants prenant le temps de répondre aux questionnaires sont peut-être plus favorables aux MAC. Dans certains cas, comme le soulignent Riccard et Skelton (2008), l'institution où sont recueillies les données est aussi reconnue comme ayant une attitude plus positive face aux MAC. L'étude de Desylvia *et al.* (2008) enregistre un taux moyen de participation à la recherche de 59 % des étudiantes et étudiants en médecine, de première, deuxième et troisième année. Celle de Lie et Boker (2006) récolte un taux de réponse de plus de 95 % pour les étudiantes et étudiants en médecine (n = 355), de 100 % pour les internes (n = 258) et de 60 % pour les professeures et professeurs dans la faculté (des infirmières et des médecins, n = 81). Pour la plupart des études, l'importance du nombre de répondants vient atténuer le biais relié à la méthode basée sur le volontariat.

Plusieurs études, qui tentent de mesurer les effets de l'enseignement des MAC sur l'attitude des étudiantes et étudiants en médecine, sont basées sur le questionnaire concernant les croyances en santé en lien avec les MAC (CAM Health Belief Questionnaire, CHBQ) ou bien sur le questionnaire à propos des attitudes face à la médecine intégrative (Integrative Medicine Attitude Questionnaire, IMAQ). Ces deux questionnaires sont relativement faciles à administrer et à analyser tout en ayant un bon degré de consistance interne, avec des coefficients alpha respectifs de 0,75 et de 0,83 (Desylvia *et al.*, 2008). Ils constituent des outils intéressants pour définir les attitudes positives, neutres ou négatives des répondants face au MAC avant et après leur formation. Les études s'appuient principalement sur des questionnaires auto-rapportés, limitant ainsi les perspectives de la recherche et l'observation des effets.

1.1 Les différences de genre

Plusieurs études mentionnent que les femmes sont plus ouvertes aux idées et théories supportant les MAC (Desylvia *et al.*, 2008; Greenfield, Brown, Dawlatly, Reynolds, Roberts et Dawlatly, 2006; Riccard et Skelton, 2008; Schmidt, Rees, Greenfield, Wearn, Dennis, Patil *et al.*, 2005). Une étude effectuée dans cinq pays différents (Nouvelle Zélande, Royaume-Uni, Chine, Canada et États-Unis) auprès de 1 154 étudiantes et étudiants en première année de médecine, et n'ayant pas nécessairement des programmes de formation incluant les MAC, va même jusqu'à soutenir que les femmes semblent avoir une attitude significativement plus positive en lien avec l'efficacité des MAC (Schmidt *et al.*, 2005). Par contre, l'étude de Chez, Jonas et Crawford (2001), effectuée dans une université américaine du sud de la Floride n'ayant pas de programme d'enseignement des MAC, ne constate pas de différence significative d'attitude reliée au genre auprès de ses étudiantes et étudiants de troisième année (n = 78).

1.2 Les changements d'attitudes en cours de formation

Selon plusieurs études, il semble que les étudiantes et étudiants en médecine, de première et de deuxième année, ont des attitudes plus positives face aux MAC que les étudiantes et étudiants en troisième ou quatrième année (Desylvia *et al.*, 2008; Furnham et McGill, 2003; Riccard et Skelton, 2008). Comparativement à ceux de la première année, les chercheuses et chercheurs notent, chez les étudiantes et étudiants de troisième année, des baisses significatives dans l'utilisation des diverses MAC et dans la fréquence des recommandations de ces approches (Desylvia *et al.*, 2008).

Dans leur étude, Furnham et McGill (2003) observent également une différence d'attitude entre les étudiantes et étudiants de première année et ceux de troisième année. Qu'ils aient reçu ou non une formation, ces derniers croient moins en l'efficacité des MAC et sont moins intéressés par l'enseignement des MAC. Ces

étudiantes et étudiants réfèrent moins les MAC à leurs patientes et patients et ont moins tendance à inclure celles-ci dans le service de santé national. Le processus de formation avançant dans le temps, les étudiantes et étudiants en médecine sont de moins en moins en classe et de plus en plus exposés aux techniques de travail allopathique, lesquelles sont davantage ancrées dans le paradigme médical basé sur les données probantes. Selon diverses chercheuses et divers chercheurs, ces facteurs expliqueraient la baisse d'attitude positive face au MAC (Furnham et McGill, 2003; Riccard et Skelton, 2008). Toujours selon l'étude de Furnham et McGill (2003), produite dans deux universités d'Angleterre, les étudiantes et étudiants fréquentant l'University College de Londres, plus traditionnelle, croient moins en l'efficacité des MAC que ceux de la Newcastle University ayant été exposés à un enseignement des MAC. Les chercheuses et chercheurs constatent une diminution significativement moins abrupte de la perception d'efficacité des MAC entre la première et la troisième année de formation, pour les étudiantes et étudiants de la Newcastle University. Ces étudiantes et étudiants semblent plus ouverts à l'enseignement des MAC dans le cursus de formation et favorables à l'inclusion de certaines approches au sein du système de santé national.

À l'inverse, l'étude de Lie et Boker (2006) ne constate pas de changement d'attitude significatif entre les étudiantes et étudiants de première, deuxième et troisième années. En effet, les étudiantes et étudiants en médecine maintiennent une attitude favorable et stable face aux MAC. Ils sont aussi constants dans leur consommation de ces produits et services de santé durant le cursus de formation. La chercheuse et le chercheur font l'hypothèse que répartir l'instruction reliée aux MAC sur l'ensemble du cursus de formation favorise une attitude positive à plus long terme. Cependant, les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres institutions. Comme l'expliquent Lie et Boker (2006), l'attitude positive des étudiantes et étudiants avait été démontrée et constituait une limite de l'étude.

De leur côté, Chaterji, Tractenberg, Amri, Lumpkin, Amorosi et Haramati (2007) constatent que les étudiantes et étudiants en médecine de première et deuxième année sont enthousiastes et démontrent un grand intérêt pour l'enseignement des MAC. De même, ils considèrent important qu'une ou qu'un médecin puisse donner des recommandations à ses patientes et patients et les diriger vers d'autres ressources, si nécessaire. Dans certains cas, les étudiantes et étudiants de première et de deuxième année semblent ouverts à offrir certains types de MAC.

À l'inverse, une étude de Halterman-Cox *et al.* (2008) démontre que les étudiantes et étudiants de première et de deuxième année (Texas A&M University Health Science Centre College of Medicine), qui ont suivi une formation facultative de 10 rencontres de 50 minutes à propos des MAC, ont une attitude plus négative à leur sujet. En effet, un pré-test en début de formation et un post-test à la fin, indiquent un effet négatif de la formation sur l'attitude des étudiantes et étudiants. L'augmentation du degré de connaissance sur les MAC susciterait un vent de scepticisme chez les étudiantes et étudiants. Toutefois, les auteures et auteurs invitent à ne pas généraliser les résultats : la formation étant facultative, les étudiantes et étudiants étaient probablement plus favorables. Les étudiantes et étudiants semblent avoir réagi à la manière d'enseigner des praticiennes et praticiens en approches alternatives et complémentaires. Les enseignantes et enseignants médecins avaient plus de crédibilité aux yeux des étudiantes et étudiants et pouvaient davantage présenter les approches sur la base de l'évidence. « A possible limitation to this finding could have been the quality of the presentations and the teaching ability of the lecturers, which might have influenced student feedback more than the content area itself » (Halterman-Cox *et al.*, 2008, p. 40).

Dans le même sens, l'article de Lie *et al.* (2008) souligne que la qualité d'enseignement et le degré d'objectivité des formateurs ont des effets sur l'attitude des futurs médecins. Les enseignements objectifs ont été appréciés par les étudiantes et étudiants, qui les ont jugés ni trop fermés ni trop ouverts face aux MAC. Aussi,

l'enseignement a permis aux étudiantes et étudiants d'être plus réceptifs aux MAC et d'être plus à l'aise pour les recommander.

Utilisant des *focus groups*, l'étude de Lie *et al.* (2008) a permis une analyse plus en profondeur des données recueillies, par exemple sur ce qui fait preuve d'évidence pour eux. Certaines étudiantes et certains étudiants de leur étude, plus particulièrement ceux de quatrième année, adoptent une ligne de conduite assez rigide : les MAC sont considérées comme de la médecine lorsqu'elles sont scientifiquement prouvées par des essais cliniques. De leur côté, les étudiantes et étudiants de deuxième année sont conscients que la médecine basée sur des données probantes a des limites. Pour d'autres étudiantes et étudiants, l'approche peut être d'une certaine valeur, quand elle a traversé le temps, qu'elle fait partie de la culture des individus ou qu'elle peut être bénéfique même s'il s'agit d'un l'effet placebo. Lorsque Lie *et al.* (2008) questionnent l'efficacité des MAC, les étudiantes et étudiants en médecine disent que l'efficacité est très variable, selon la situation, les individus et l'approche considérée. Une minorité ne croit pas en l'efficacité des MAC, car selon eux, ces approches ne sont pas constituées sur la base de recherches scientifiques. Plus la formation des étudiantes et étudiants avance, plus la preuve scientifique devient un critère important pour eux. Par contre, d'autres étudiantes et étudiants sont favorables à l'égard des MAC et appuient leur prise de position sur des anecdotes vécues.

Dans certaines études, les recherches notent si les étudiantes et étudiants en médecine ont recours à des MAC. Dans une autre étude faite auprès d'un échantillon diversifié de répondantes et répondants, la chercheuse et le chercheur identifient un degré plus bas d'utilisation des MAC chez les étudiantes et étudiants en médecine et les internes que chez d'autres praticiennes et praticiens telles les infirmières. Dans les trois groupes, les modalités les plus utilisées sont le massage, la spiritualité et les plantes (Lie et Boker, 2006). Un autre groupe de chercheuses et chercheurs identifient le massage (64 %), la méditation/yoga/relaxation/visualisation (54,6 %) et la

spiritualité/prière comme étant les modalités de MAC les plus consommées par les étudiantes et les étudiants en médecine (Desylvia *et al.*, 2008). De manière générale, plus les étudiantes et étudiants sont au début du parcours de formation, plus ils en consomment (Desylvia *et al.*, 2008). Dans leur étude, Lie et Boker (2006) observent une relative stabilité de consommation des MAC durant les trois années de formation, malgré que la troisième année soit centrée sur la pratique clinique. Dans cette même étude, il semble que plusieurs MAC soient devenues familières aux étudiantes et étudiants qui, selon les circonstances, se sentent confortables de les recommander.

1.3 Les éléments marquants

En conclusion, nous constatons jusqu'à quel point le champ de recherche sur les attitudes des étudiantes et étudiants en médecine face aux MAC est un courant récent, que les contextes de recherches sont variés, tout autant que les méthodes de cueillette d'information. Pour ces raisons, les recherches se prêtent difficilement à la comparaison et nous ne pouvons pas en tirer des conclusions tranchées et définitives.

L'engouement du grand public vers de nouvelles solutions de santé, orientées vers les MAC, a obligé les institutions de formation à développer de nouveaux programmes incluant des formations facultatives ou obligatoires sur les MAC, et ce, depuis seulement une décennie. Les recherches autour de l'impact de ces nouveaux programmes sur les changements d'attitudes et de comportements, autant sur un plan professionnel que personnel, n'en sont qu'à leurs premiers balbutiements. Lie et Boker (2006) soulignent la difficulté de tirer des conclusions, justement à cause de l'hétérogénéité des programmes de formation et de l'absence d'outil de mesure de l'intégration des apprentissages reliée aux MAC. Il semble difficile d'amener une synthèse valable sans avoir pris le temps d'examiner les programmes de formation de chacune des institutions, en termes de durée, de contenu, de pratiques pédagogiques, tout en situant la culture de l'institution qui influence les résultats de recherche et qui est citée régulièrement au sein de plusieurs articles. Il semblerait qu'un climat général

plus ouvert à la médecine intégrative dans l'institution, avec un enseignement des MAC réparti sur les quatre années d'études, et ce, avec un volume d'heures plus substantiel, constituent des ingrédients gagnants. En effet, il semblerait que l'effet positif sur les attitudes face aux MAC soit plus durable dans le temps autant d'un point de vue professionnel que personnel auprès des étudiantes et étudiants en médecine. L'enseignement objectif, sans jugement favorable ni défavorable, permet aux futurs médecins de se construire un point de vue ouvert et critique à chaque situation.

Le manque d'études répétées ne permet pas de généralisation. À première vue, dans la majorité des études, il apparaît que les candidates féminines aient des attitudes générales plus positives face aux MAC, sans pour autant associer cette meilleure disposition directement à la formation sur les MAC qu'elles ont reçue. L'année d'entrée en stage est un moment névralgique où l'attitude face aux MAC, ainsi que leur utilisation, semble rencontrer une certaine baisse d'intérêt qui pourrait, selon certaines études, être moins important pour les étudiantes et étudiants ayant reçu une formation sur les MAC. Selon nous, il est difficile de tirer des conclusions, étant donné le nombre restreint d'études et le fait que cette année semble charnière à plusieurs points de vue. À cette étape de la formation, certaines chercheuses et certains chercheurs remarquent chez les étudiantes et étudiants en médecine une baisse dans leur degré d'empathie (Chen, Lew, Hershman et Orlander, 2007; Hojat, Vergare, Maxwell, Brainard, Herrine, Isenberg *et al.*, 2009; Newton, Barber, Clardy, Cevaland et O'Sullivan, 2008). D'autres constatent chez eux une diminution du degré de bien-être et une augmentation du degré de fatigue (Bellini et Shea, 2005).

Une des limites de l'étude, évoquée par Riccard et Skelton (2008), est que les étudiantes et étudiants entrant dans le programme seraient plus ouverts et auraient des attitudes plus positives que ceux des cohortes des années précédant cette étude menée en 2007. Nous retrouvons dans l'étude de Desylvia *et al.* (2008), une ouverture plus grande des étudiantes et étudiants face à la nécessité de prendre soin d'eux. Le fait

que les futurs médecins prennent soin de leur propre santé participe à l'amélioration de leur capacité à inciter les patientes et patients à se responsabiliser face à leur propre santé. La méthodologie de recherche de cette étude ne permet toutefois pas d'associer à la formation reliée aux MAC ces comportements d'ouverture face à la nécessité de prendre soin de soi.

Ce changement de comportement peut être seulement le fruit d'une attitude nouvelle en lien avec la différence de génération, comme l'expriment Riccard et Skelton (2008). En effet, les étudiantes et étudiants semblent croire qu'une ou un médecin en santé et équilibré est plus en mesure d'accompagner les personnes efficacement pour que celles-ci recouvrent leur santé. Les étudiantes et étudiants prennent soin de faire de l'exercice régulièrement et de bien s'alimenter dans les premières années de formation. Desylvia *et al.* (2008) constatent qu'à la troisième année, les conditions de formation difficiles engendrent une détérioration dans leur manière de prendre soin d'eux. Ils suggèrent la possibilité de changer le contexte ainsi que le contenu de la formation, afin de créer un lien empreint de plus de compassion et centré sur l'étudiant. Ainsi, ils supposent que cette manière de faire : « will provide nurture for students to retain and carry these qualities into their interactions with patients » (Desylvia *et al.*, 2008, p. 4). Les auteures et auteurs notent que la plupart des étudiantes et étudiants, et ce, à tous les niveaux d'étude, appuient et comprennent l'importance des croyances spirituelles reliées à la santé chez leur patiente ou patient et croient en la force du lien thérapeutique entre la patiente ou le patient et son médecin.

À la lecture de ces faits marquants, nous constatons que le processus de formation semble engendrer des changements pour les étudiantes et étudiants en formation, autant au plan de leur compréhension de leur profession que sur celui de leur rapport à eux-mêmes et à leur santé. Ces conclusions ne sont pas généralisables. Elles s'appuient pour la plupart sur des études ayant une méthodologie qualitative, permettant d'entendre les points de vues des étudiantes et étudiants de manière plus

ouverte et singulière. Il semblerait aussi que le volume d'heures nécessaires et la répétition de l'enseignement des MAC sur les années de formation soient également un facteur important. Ainsi, un enseignement trop restreint en nombre d'heures et moins soutenu dans le temps ne semble pas permettre des changements d'attitudes à long terme. En effet, plus la formation progresse, plus la culture dominante de l'institution a des effets sur les étudiantes et étudiants. La culture dominante renforce l'exigence de preuves scientifiques envers les MAC, tout en réduisant le regard des étudiantes et étudiants à une vision principalement centrée sur la maladie. À la lecture de certaines études, nous verrons que les formations concentrées sur l'apprentissage expérientiel d'approche liant le corps et l'esprit ont des effets différents de l'enseignement des MAC en général.

2. L'EXPÉRIENCE D'APPROCHES CORPS / ESPRIT AUPRÈS DES ÉTUDIANTES ET ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Dans la partie précédente, nous avons mis en perspective les effets, sur les étudiantes et étudiants en médecine, d'une formation générale sur les MAC avec un nombre d'heures relativement limité. Dans la présente section, nous verrons en quoi une formation plus ciblée autour d'approches corps / esprit, souvent à caractère expérientiel, a des impacts différents sur les étudiantes et étudiants ou les médecins en exercice. Est-ce qu'un même volume d'heures centré sur des approches corps / esprit à la fois théoriques et pratiques a des effets plus importants ou différents? Nous voulons explorer ce qu'en dit la documentation, spécifiquement si cet enseignement opère des changements dans leurs attitudes face aux MAC, dans leur vision de la santé - y compris leur propre santé - et peut-être même dans leur pratique médicale. Nous cherchons à apercevoir si le rapport à eux-mêmes et aux autres, incluant le lien thérapeutique, est transformé.

Avant d'aborder les études les plus récentes à ce sujet, nous allons situer l'état des connaissances sur la gestion du stress auprès des étudiantes et étudiants en médecine. Shapiro, Shapiro et Schwartz (2000) ont répertorié 600 études entre 1966 et 1999. De ce lot, seulement 24 études portent sur des interventions faites auprès des futurs médecins, dont seulement six ont un design de recherche rigoureux. La plupart des études comptent moins de trente participantes et participants, souvent des volontaires. Le type d'intervention est très variable : groupe de soutien non dirigé, entraînement à la relaxation par des techniques de méditation et d'hypnose, réduction du stress par la mobilisation de l'attention ou programme de mentorat.

Selon cette même revue de la littérature (Shapiro *et al.*, 2000), les programmes de réduction de stress sont utiles psychologiquement et/ou physiologiquement, et les stagiaires sont en faveur de ce type d'intervention au sein de leur programme régulier en médecine. De plus, on constate les bénéfices suivants : amélioration de la fonction immunologique; diminution de l'anxiété et de la dépression; amélioration de l'empathie et de la spiritualité; augmentation du niveau de connaissances des approches alternatives et complémentaires pour des références éventuelles; augmentation des connaissances sur le stress; amélioration de la sensibilité envers eux-mêmes, les pairs, les patientes et patients; réduction de la perception d'isolement; meilleure utilisation des habiletés d'adaptation positive et résolution de conflit en lien avec le rôle professionnel. Seulement quatre études sur vingt-quatre n'ont pas démontré de différences significatives sur le stress selon certains outils de mesure.

Shapiro *et al.* (2000) ont identifié comme limite de leur revue la difficulté de mesure et de compréhension des effets des interventions, étant donné que le stress des étudiantes et étudiants fluctuait durant leur période d'étude. En effet, la période des examens, les temps de garde et les moments de temps libre ont probablement eu des effets sur les mesures des pré-tests et post-tests sur le stress, mais n'étaient pas pris en compte. Les études n'ont pas permis de définir les conditions d'intervention les plus

performantes en termes de réduction du stress, par exemple, au plan de la durée des rencontres et de la répétition de ces dernières échelonnées dans le temps. Le choix de l'animateur semble être aussi un lieu de questionnement. Est-il mieux d'avoir une personne ayant un bagage similaire aux étudiantes et étudiants en médecine, ou bien quelqu'un ayant développé des habiletés dans la gestion d'un groupe ou encore ayant une formation particulière dans une discipline d'intervention?

Selon Shapiro *et al.* (2000), il semble aussi que la formation médicale amène les futurs médecins à croire en la valeur et en la nécessité d'une certaine abnégation. Les étudiantes et étudiants mettent aussi en perspective que vivre sous la pression du stress est normal. Les chercheuses et chercheurs font remarquer que les outils de mesure du stress ne sont pas assez spécifiques pour les étudiantes et étudiants en médecine qui sont régulièrement dans des situations à haut niveau de stress. Des mesures objectives plus physiologiques jumelées avec des mesures subjectives d'autoévaluation des participantes et participants permettraient d'obtenir des données plus précises.

2.1 La présence à soi : un soutien pour la ou le médecin et une assise pour le lien thérapeutique

Elder *et al.* ont réalisé en 2007 une recherche auprès de 15 programmes novateurs en médecine subventionnés par the National Institutes of Health National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) qui utilisent les approches alternatives et complémentaires pour développer des compétences de présence à soi. Au sein de ces programmes, des activités de formation de type magistral ou expérientiel sont offertes individuellement ou en groupe. Les techniques utilisées à cette fin sont nombreuses. Les chercheuses et chercheurs ont identifié : la méditation, le yoga, l'imagerie, la relaxation, le mouvement, le taï chi, le biofeedback, la réflexion écrite, le massage et les interventions susceptibles de faire des liens entre le corps et la pensée. Ils précisent que ces activités sont proposées au

cours de ces formations tantôt pour une utilisation personnelle, tantôt pour les mettre au service des patientes et patients. La majorité des directeurs de programme ayant participé à cette étude juge que ces projets de formation à la présence à soi ont une grande valeur.

Par ailleurs, Elder *et al.* (2007) signalent que les effets de l'enseignement semblent plus substantiels lorsque l'étudiante ou l'étudiant est une participante ou un participant actif plutôt qu'une apprenante ou un apprenant passif. Les étudiantes et étudiants en médecine qui ont suivi ce type de formation deviennent plus informés d'eux-mêmes, mieux aptes à prendre soin d'eux et à devenir de véritables actrices et acteurs de leur propre développement. Cette étude indique aussi qu'ils sont plus au courant de leurs systèmes de valeurs, lesquels ont un impact sur leurs choix de traitement et leurs compétences à accompagner leurs patientes et patients avec justesse, et ce, sans rien exclure de la complexité de leur humanité. Ils concluent que la formation à la présence à soi est non seulement fondamentale pour un programme de formation en MAC, mais devrait être incluse dans tous les programmes de formation s'adressant aux professionnelles et professionnels de la santé.

L'étude de Hewson *et al.* (2006) porte sur un programme de développement professionnel en médecine intégrative à l'intérieur d'une faculté de médecine rattachée à un hôpital aux États-Unis. Ce programme repose sur l'apprentissage expérientiel et la capacité de changer de conception au sein de l'apprentissage à propos des MAC. Les médecins-cardiologues participantes et participants (n = 36) ont été randomisés dans deux groupes (contrôle (n = 16) et intervention (n = 20)) et ont rempli un questionnaire avant la formation et un autre questionnaire après la formation. Ce programme de développement professionnel était constitué d'une journée de huit heures de formation, dont cinq heures en formation expérientielle (yoga, massage, reiki, taï chi, méditation de pleine conscience et relaxation guidée par imagerie) et trois en enseignement magistral. Le groupe contrôle n'a eu aucune intervention. Une question-contrôle a été faite; elle interroge les participantes et

participants sur la pharmacologie non conventionnelle qui n'a pas été enseignée ni expérimentée par l'intervention. L'intervention et les résultats ont touché différentes dimensions humaines du médecin.

Les chercheuses et chercheurs constatent que le groupe intervention a un changement d'attitude positive significatif par rapport au groupe contrôle concernant l'ouverture aux MAC. Ils notent aussi que le groupe intervention accorde plus d'importance à la relation entre la ou le médecin et la patiente ou le patient et qu'il porte davantage d'attention à leur présence à eux-mêmes en tant que médecin. Ce programme professionnel permet d'augmenter le niveau de connaissances des médecins concernant les approches explorées. La question-contrôle confirme, dans une certaine mesure, l'efficacité de l'enseignement. En effet, il n'y avait aucune différence entre le groupe intervention et le groupe contrôle concernant la pharmacologie non conventionnelle. Un bon nombre de participantes et participants, soit 45 %, est favorable, voire très favorable, à changer leur comportement de pratique en incluant des MAC, en lien avec la poursuite de ce programme. D'autres, soit 50 % d'entre eux, indiquent qu'ils sont quelque peu favorables à changer leur pratique. Les participantes et participants expérimentaux autant que ceux du groupe contrôle indiquent que les facteurs leur permettant de recommander les approches sont, par ordre décroissant d'importance : les recherches qui prouvent leur efficacité, une expérience personnelle positive ainsi qu'une bonne connaissance des contre-indications. Selon les activités, 90 % à 95 % des participantes et participants sont satisfaits, voire très satisfaits, des apprentissages expérientiels réalisés. Il est à noter qu'un département de cardiologie a par la suite mis en place un programme de massage pour leurs patientes et patients hospitalisés.

Rosenzweig *et al.* (2003) ont élaboré un devis de recherche, incluant un groupe contrôle, qui permet d'évaluer l'efficacité d'outils d'intervention pour atteindre la pleine conscience auprès d'étudiantes et étudiants en médecine du Jefferson Medical College aux États-Unis. L'intervention avait pour but une

diminution de stress par une pratique permettant d'atteindre une plus grande conscience du moment présent. Selon les auteures et auteurs, la pleine conscience se définit en ces termes : « Mindfulness refers to nonjudgmental awareness of moment-to-moment experience » (p. 88). L'objectif de l'étude était de mesurer le bien-être psychologique du groupe intervention comparativement au groupe contrôle. Le groupe intervention a suivi une formation de 90 minutes par semaine, qui s'étalait sur 10 semaines, avec des outils développant la pleine conscience. Les outils de l'intervention étaient variés : méditation, attention à la respiration, étirements corporels par le yoga, marches méditatives et imagerie guidée. Le groupe intervention était aussi invité à faire une pratique quotidienne de vingt minutes de méditation à la maison à partir d'un enregistrement. De son côté, le groupe contrôle a participé à un cours de formation générale sur les approches alternatives et complémentaires, sans pour autant en faire l'expérience.

Un questionnaire sur le profil de l'état de leur humeur a été administré à tous les participantes et participants (n = 302) avant et après leur formation. Les résultats montrent que le groupe intervention (n = 140) se porte mieux que le groupe contrôle (n = 162). En effet, parmi les six états mesurés par le questionnaire (Profile of Mood States (POMS)), les chercheuses et chercheurs ont observé une baisse du niveau de tension, d'anxiété et de confusion et une hausse de leur niveau d'activités et de vigueur. Le score total de la perturbation de l'humeur a diminué dans le groupe intervention, contrairement au groupe contrôle où le score a même augmenté. Le groupe intervention a rapporté « significantly less depression, less anxiety, greater empathy, and greater sense of spirituality compared with controls » (*Ibid.*, p. 90-91). L'étude de Rosenzweig *et al.* (2003) a ainsi démontré l'efficacité de ces approches de réduction du stress basées sur la pleine conscience, en réduisant le niveau de détresse psychologique dans une population relativement large et homogène d'étudiantes et étudiants en médecine. Il est intéressant de noter que le groupe intervention, lors des pré-tests, se sentait moins bien que le groupe contrôle. En plus, les post-tests avaient

lieu pendant la période des examens finaux, là où habituellement les étudiantes et étudiants sont dans des états plus inconfortables.

Parmi les étudiantes et étudiants du groupe intervention, 88 % ont mentionné que ces pratiques sont utiles, voire très utiles. Également, 71 % d'entre eux ont rapporté être plus conscients de la vie au jour le jour. Par ailleurs, ils reconnaissent, dans une proportion de 60 %, que les interventions leur ont permis de mieux gérer les situations stressantes. Finalement, 98 % recommanderaient ce type d'intervention à leur pairs et ils dirigeraient leurs patientes et patients vers ce type de programme.

Dans le même ordre d'idées, Saunders *et al.*, (2007) ajoutent qu'une formation expérientielle permet de délaisser une vision du monde fondée sur la séparation corps-esprit. Leur étude concerne un enseignement permettant d'améliorer la relation entre le corps et l'esprit, afin de construire une présence à soi « Self-awareness », une auto-réflexion « Self-reflection » ainsi que des compétences d'autogestion de sa santé « Self-care ». Dans cette étude, la formation optionnelle était d'une durée de deux heures par semaine, pendant onze semaines. Les groupes de formation étaient constitués de 8 à 12 participantes et participants, 30 % de la population étudiante en médecine de l'University Georgetown s'inscrit habituellement à ce cours. L'étude comptait 82 participantes et participants répartis en trois groupes, à prédominance féminine.

La formation se situe au début du programme, durant la période où l'attitude face à la médecine est en train de se modeler. Les approches utilisées sont des techniques de relaxation, de respiration lente et profonde, de biofeedback, d'imagerie guidée, de méditation ainsi que des exercices d'écriture et de dessin. Durant la première heure de formation, tout le groupe, y compris les animateurs, partage ses découvertes personnelles de la semaine. La deuxième heure constitue un moment pour transmettre des informations sur une technique permettant d'améliorer la connexion entre le corps et l'esprit, avec un temps d'expérimentation suivi d'un

partage. Les périodes de travail sont ouvertes par un temps de méditation au début de la première heure et à la fin de la deuxième heure. Suite à la formation, les participantes et participants répondent par écrit à six questions ouvertes, afin d'obtenir des informations, en lien avec leur découverte de soi et leur diminution du stress. Les chercheuses et chercheurs ont fait une analyse de contenu qualitative de ces données.

Cette étude de Saunders *et al.* (2007) met en lumière les bénéfices de ce type d'enseignement d'habiletés fondées sur le lien entre le corps et l'esprit, à savoir : apprendre à se donner du soutien entre étudiantes et étudiants en sortant de l'isolement, découvrir le sens d'une communauté apprenante, mettre en évidence l'importance du lien thérapeutique, promouvoir une ouverture et plus spécifiquement une ouverture aux approches alternatives et complémentaires comme le courant de médecine holistique. Les groupes de formation dans cette étude permettent aux participantes et participants d'être plus conscients de leurs priorités et de leurs limites ainsi que d'apercevoir les incohérences entre leur manière de penser, de vivre et d'agir. Les étudiantes et étudiants considèrent que ces approches leur permettent de développer une écoute de leur propre corps et d'être plus attentifs à leur état d'esprit¹⁰. Ils comprennent mieux l'importance de prendre soin d'eux-mêmes.

Selon l'analyse des six questions ouvertes auxquelles les étudiantes et étudiants ont répondu, les auteures et auteurs précisent que les approches utilisées dans leur étude aident les étudiantes et étudiants à développer des habiletés qui leur seront utiles au quotidien, autant dans leur vie professionnelle que dans leur vie personnelle. Les étudiantes et étudiants témoignent du soutien que cet enseignement leur donne autant physiquement qu'émotionnellement. Leur processus

¹⁰ Selon *Le Nouveau Petit Robert* (Rey-Debove et Rey, 2001), « l'état d'esprit » est la « disposition particulière de l'esprit » (p. 927). Pris dans un sens large, « l'état d'esprit » peut inclure à la fois l'état psychique et l'état d'âme.

d'apprentissage scolaire s'en trouve lui aussi facilité et leur stress significativement réduit. Ces chercheuses et chercheurs ajoutent que la plupart des répondantes et répondants apprécient grandement que ce type de formation s'offre dans leur cursus de formation universitaire en médecine et ils en réclament davantage.

2.2 Les éléments marquants

Dans la section précédente, les chercheuses et chercheurs constatent que leurs interventions ont eu un impact direct sur les étudiantes et les étudiants en médecine, en améliorant leur bien-être physique et émotionnel (Rosenzweig *et al.*, 2003; Saunders *et al.*, 2007), ainsi que le degré de la sensibilité à eux-mêmes et aux autres (Saunders *et al.*, 2007). Il semble aussi que les différentes formations liées à la présence à soi soient efficaces et permettent aux étudiantes et étudiants en médecine de se rapprocher d'eux-mêmes (Elder *et al.*, 2007; Saunders *et al.*, 2007), et de leurs patientes et patients (Rosenzweig *et al.*, 2003) et d'être plus conscients et habiles à prendre soin d'eux-mêmes (Elder *et al.*, 2007; Hewson *et al.*, 2006; Saunders *et al.*, 2007). Ce type d'intervention semble aussi amener des changements dans la façon d'habiter le temps (Rosenzweig *et al.*, 2003), c'est-à-dire vivre l'immédiateté, tout en créant une ouverture à référer ce type d'approches à leurs futurs patientes et patients car ils sont plus ouverts et ils les connaissent mieux (Hewson *et al.*, 2006; Saunders *et al.*, 2007). Les administrateurs de programme, les chercheuses et chercheurs et les participantes et participants sont dans l'ensemble satisfaits des formations sur la présence à soi et de leurs effets (Elder *et al.*, 2007; Hewson *et al.*, 2006; Saunders *et al.*, 2007). Ils en saisissent toute l'utilité dans les programmes offerts aux professionnels de la santé (Elder *et al.*, 2007; Rosenzweig *et al.*, 2003). Un certain nombre de participantes et participants anticipent de changer leur pratique médicale suite à ces formations (Hewson *et al.*, 2006).

Malgré les effets positifs de leurs interventions, il est toutefois difficile d'identifier les paramètres spécifiques de succès étant donné l'hétérogénéité des

recherches. Par exemple, il paraît difficile pour les chercheuses et chercheurs de cibler les conditions optimales pour supporter un changement lors de l'intervention, qu'il s'agisse de la durée de l'intervention, de son étalement dans le temps ou du type d'animateur à choisir. Le groupe de Rosenzweig *et al.* (2003) a démontré qu'une formation plus ciblée sur l'expérimentation d'une approche est plus porteuse quant au bien-être des étudiantes et étudiants qu'un cours général sur les MAC. Les résultats ne sont pas totalement surprenants étant donné que les programmes incluant un cours général sur les MAC visent l'acquisition de connaissances tandis que les formations plus ciblées cherchent à transmettre des compétences aux étudiantes et étudiants. Évidemment, nous n'avons pas vérifié la nature des objectifs des comités de curriculum de chaque formation, puisque ce n'est pas le propos de notre projet. Il semblerait également qu'une intervention s'adressant à plusieurs registres de l'expérience aurait plus d'influence sur leur bien-être. Cette constatation va dans le même sens que plusieurs études citées précédemment démontrant la nécessité de l'expérimentation pour des résultats plus concluants (Elder *et al.*, 2007; Hewson *et al.*, 2006; Rosenzweig *et al.*, 2003; Saunders *et al.* 2007). Bien que les études présentées ci-haut nous permettent d'élaborer ces hypothèses, les résultats ne peuvent être généralisés.

Dans les précédentes sections, nous avons fait ressortir les conclusions d'études d'une formation générale au sujet des MAC et ceux d'une formation plus spécifique par l'apprentissage d'une approche corps / esprit auprès des étudiantes et étudiants en médecine. La présente recherche vise à identifier les retombées de l'enseignement d'une approche corps / esprit spécifique, soit celle des pratiques du Sensible. Mais étant donné qu'aucun cursus de formation médicale initiale ou de formation continue ne l'offre, cette comparaison ne peut faire l'objet de la présente revue de littérature. La prochaine section vise à situer l'état de la recherche dans cette discipline en lien avec la construction de la présence à soi, la transformation du rapport au corps et aux représentations.

3. LES PRATIQUES DU SENSIBLE ET LES RECHERCHES ASSOCIÉES

Les pratiques du Sensible sont des approches d'accompagnement formatives et soignantes par la médiation de l'expérience du corps et de son mouvement. La personne ainsi que son processus de croissance et de guérison sont au centre de ces pratiques qui, également, tiennent compte du lien entre le corps et l'esprit, et ce, dans une quête de globalité. Nous abordons plus en profondeur les pratiques du Sensible au chapitre suivant afin de mieux comprendre l'approche ainsi que les termes et les concepts qui leur sont propres, notamment le « corps sensible », « l'expérience sensible ». Avant d'entrer dans l'exposé des différentes recherches sur les pratiques du Sensible en lien avec notre thèse, la prochaine sous-section situera les pratiques du Sensible au sein des MAC et plus spécifiquement comme approches corps / esprit.

Les pratiques du Sensible ont beaucoup évolué depuis les années 1980. En France, lieu d'origine de ces approches, il y a deux programmes de formation, la somato-psycho-pédagogie et la fasciathérapie, cette dernière étant plus liée au milieu paramédical puisque réservée aux kinésithérapeutes et médecins. Le programme de la fasciathérapie fut le premier à être enseigné; il est directement en lien avec le traitement biomécanique du corps dans une intention au départ d'enrayer la pathologie. Le programme de la somato-psycho-pédagogie (SPP) est apparu plus tard. Il se présente comme une approche plus pédagogique que soignante et s'adresse aux artistes, aux éducateurs et aux pédagogues de diverses disciplines. La SPP est une approche des personnes et des groupes en souffrance et/ou en quête de sens, en demande d'accompagnement au changement ou encore en difficulté d'adaptation à des situations de la vie privée ou professionnelle. Le programme de la fasciathérapie est plus orienté sur la thérapie manuelle et la rééducation sensorielle par le mouvement tandis que le programme de la SPP s'enracine autant dans l'approche manuelle que dans les approches gestuelle, introspective, verbale et par l'écriture. Les deux programmes sont différents tout en s'appuyant sur des bases communes liées à l'expérience extra-quotidienne, le toucher psycho-tonique, le mouvement interne et

les quatre modes d'intervention (médiation manuelle, gestuelle, introspective et entretien/écriture sur l'expérience corporelle). Les pratiques du Sensible visent un meilleur équilibre entre le corps (somato) et l'esprit (psychique), mieux exprimé dans le vocabulaire de cette approche comme un accordage somato-psychique.

Présentement, au regard des différentes classifications proposées dans la littérature, elles pourraient être insérées dans la classification de Tataryn (2002) (Body, Body-mind, Body-energy et Body-spirit) au sein de la catégorie « Body-mind ». Elles s'inscrivent ainsi au sein du paradigme « mind-body » sous le postulat de leur unité : « intimately and ultimately connected in their core » (Tataryn, 2002, p. 884). D'une manière très similaire à Hawks et Moyad (2003), Wieland, Manheimer et Berman (2011) classent les approches alternatives et complémentaires en cinq catégories : les systèmes médicaux alternatifs, les thérapies à base de produits naturels, les thérapies énergétiques, les méthodes de manipulation corporelle et les interventions corps / esprit. Dans ces classifications, les pratiques du Sensible se retrouvent dans la catégorie des interventions corps / esprit.

3.1 Les approches corps / esprit (*mind-body medicine*)

Juste avant d'aborder le thème des approches corps / esprit, connues en anglais sous l'appellation de « mind-body medicine », nous voulons clarifier le vocabulaire les entourant. D'abord, les pratiques du Sensible utilisent davantage une terminologie autour de la notion d'accordage somato-psychique plutôt que d'approche corps / l'esprit. En français, le préfixe « somato » dérivé du grec « sôma » signifie corps. Comme l'explique Hanna (1989), « sôma » fait référence à l'unité indivisible du corps et de l'esprit vécu de l'intérieur par la personne elle-même. Soma est un « mot d'origine grecque qui, depuis Hésiode, signifie “corps vivant” » (Hanna, 1989, p. 1). Selon le même auteur, avoir un regard somatique sur l'être humain permet d'être plus pertinent dans la recherche. En effet, pour lui « la conception somatique, en venant compléter la conception scientifique de l'individu, rend possible

l'existence d'une science authentique qui reconnaît l'homme dans son ensemble » (*Ibid.*, p. 2). Dans la deuxième partie de l'appellation, en français nous retrouvons « psychique », tandis qu'en anglais, « mind » (esprit) est employé plus fréquemment.

Avant d'entrer pleinement dans les objectifs de cette section, il est important de situer les pratiques du Sensible dans le monde des approches corps / esprit. En quoi consistent ces approches qui relient le corps à l'esprit? Étant donné que le milieu médical ne considère que les MAC probantes au sein du concept de médecine intégrative, les résultats d'une analyse systématique font le point sur l'efficacité de ces approches, leurs contre-indications ainsi que sur la nécessité de poursuivre la recherche.

3.1.1 Définition

Les approches corps / esprit, nommées en anglais « mind-body therapies » ou parfois les « mind-body medicine », sont définies par The National Institutes of Health comme suit : « interventions that use a variety of techniques designed to facilitate the mind's capacity to affect bodily function and symptoms » (Astin, Shapiro, Eisenberg et Forsys, 2003, p. 133). Le NCCAM définit ces pratiques en ayant un regard plus ouvert sur la santé et la variété des interactions entre les différentes dimensions de la personne: « Mind and body practices focus on the interactions among the brain, mind, body, and behavior, with the intent to use the mind to affect physical functioning and promote health » (2011). Les différentes définitions portent leur attention sur l'effet de l'esprit sur le corps. Ces approches passent plus souvent qu'autrement par l'esprit pour avoir des effets sur le corps. Ce qui distingue les pratiques du Sensible de ces approches, c'est le mécanisme inverse ou plutôt réciproque. Les praticiennes et praticiens des pratiques du Sensible passent par une mobilisation du corps pour avoir des effets sur l'esprit et inversement, sachant que le corps est central dans cette discipline.

Le toucher psychotonique nous entraîne bien évidemment vers l'exploration de ce psychotonus et nous laisse entrevoir une possibilité de toucher l'articulation entre le psychique et le somatique, pour ainsi concerner la globalité de la personne. Le somato-psychopédagogue s'adresse au psychisme par la voie du corps (Courraud, 2009, p. 202-203).

Dans toute cette dynamique entre le corps et l'esprit (mind-body), Astin, Goddard et Forys (2005) définissent le principe « corps – esprit » comme étant la « recognition of the influence of non-physical factors-including psychological, social, environmental, interpersonal, cultural, and spiritual factors- on health and well-being » (p. 279). Selon le NCCAM, l'appellation « mind-body medicine » inclut les approches suivantes : méditation, yoga, acupuncture, exercice de respiration profonde, imagerie, hypnothérapie, relaxation progressive, qi gong et tai chi.

3.1.2 Situer les approches corps / esprit dans le temps

Gilbert (2003) rappelle que déjà, du temps d'Hippocrate, ce dernier observait plusieurs critères pour distinguer les différentes maladies. En effet, il considérait chez la personne autant son discours, son maniérisme, son silence, ses pensées, ses habitudes de sommeil et de vigilance que ses rêves. Les approches corps / esprit existent depuis longtemps. L'auteur souligne les gains qu'a permis la médecine allopathique sur la santé des populations. Cependant, il note aussi « the unraveling of the woven connection between mind, body, and the human soul » (p. 564). En effet, le XX^e siècle a été marqué par deux courants de médecine : celui d'une vision globale de la personne incluant son environnement, ses attitudes et ses émotions et le courant scientifique engagé dans le traitement des symptômes. Au début du XX^e siècle, une rupture s'est faite entre les deux courants d'enseignement de la médecine en Amérique du Nord. L'enseignement basé sur la biomédecine a été privilégié, ce qui a engendré, entre autres, la fermeture de nombreuses écoles de médecine. Toute autre approche non validée d'un point de vue scientifique perdait du terrain et de la valeur. En effet, en 1847 « the American Medical Association (AMA) » (Kaptchuk et

Eisenberg, 2001, p. 190), voyait le jour et édifiait une barrière entre les approches orthodoxes et celles dites « irrégulières ». L'AMA étant préoccupée par la qualité inégale et le manque de connaissances scientifiques dans les facultés de médecine a mandaté Abraham Flexner pour enquêter sur l'éducation médicale en Amérique du Nord. Le rapport fut émis en 1910. Dix ans après le rapport Flexner, le nombre de facultés de médecine aux États-Unis a chuté de 147 à 85 et a continué de diminuer suite aux évaluations défavorables (Duffin, 2011).

Le premier tiers du XX^e siècle est la période pendant laquelle les facultés universitaires de médecine ont fait le choix d'enseigner la biomédecine à base scientifique, à la même époque où le stress était de plus en plus présent. Gilbert (2003) constate que l'effritement de la connexion entre l'esprit, le corps et l'âme humaine s'est produit dans la même période où le stress prenait de l'ampleur dans la population. Maranda *et al.* (2006) notent l'appauvrissement du tissu social qui « se fait cruellement sentir également dans les cabinets de médecins où l'on constate plus de stress familial, plus de dépressions et moins de ressources » (p. 7). En plus, plusieurs études notent un niveau important de signes de fatigue, de stress et de *burnout* chez les médecins ou des effets néfastes de la pression sur les soins prodigués aux patientes et patients (Burke, 1993; Fielden et Peckar, 1999; Firth-Cozens et Greenhalgh, 1997; Linzer, Gerrety, Douglas, McMurray, Williams et Konrad, 2002). Une recherche faite par l'Association médicale canadienne rapporte que :

près de la moitié (45,7 %) des médecins âgés de 35 à 44 ans [...] ont déclaré souffrir de fatigue ou d'épuisement professionnel. Plus précisément, cette étude a démontré que 47,6 % des femmes médecins et 44,6 % des hommes médecins étaient à un stade avancé d'épuisement professionnel (*Ibid.*, 2006, p. XV).

Ce niveau de stress autant du point de vue des patientes et patients que des soignantes et soignants demeure, et ce, malgré l'avancement des recherches

scientifiques qui observent un lien entre l'esprit, le corps et les croyances de la personne.

3.1.3 L'état de la recherche sur les approches corps / esprit

À partir d'articles pertinents sur des essais cliniques et des méta-analyses, Astin *et al.* (2003) ont procédé à une revue systématique de la littérature portant sur l'efficacité des thérapies corps / esprit. Ils ont analysé ces écrits à partir d'une méthodologie rigoureuse. Les pratiques analysées furent la relaxation, la méditation, l'imagerie, l'hypnose et le biofeedback. Les auteures et auteurs remarquent que 71 % des méta-analyses étudiées sur les approches corps / esprit semblent avoir des défauts méthodologiques mineurs mais que leur qualité est comparable ou légèrement supérieure à d'autres analyses dans le domaine médical. Astin *et al.* (2003) concluent :

there is strong evidence to support the incorporation of an array of mind-body approaches in the treatment of chronic low back pain, coronary artery disease, headache, and insomnia; in preparation for surgical procedures; and in management of the treatment and disease-related symptoms of cancer, arthritis, and urinary incontinence (p. 141).

Les auteures et auteurs signalent aussi que d'autres recherches pourraient être entamées sur des problèmes de santé où des résultats positifs d'études cliniques ont été constatés ou lorsque des liens théoriques importants avec le stress psychosocial ont été observés. Ces divers problèmes concernent plus particulièrement l'asthme, les acouphènes, le diabète, certaines maladies pulmonaires, la récupération après un accident vasculaire cérébral, les problèmes dermatologiques, les allergies, le syndrome du côlon irritable, les ulcères peptiques, les effets de la grossesse et certaines infections en lien avec l'état immunitaire.

À travers cette analyse, Astin *et al.* (2003) arrivent à la conclusion que les médecins devraient enrichir leur modèle de santé « the cumulative clinical evidence reviewed here lends strong support to the notion that medicine should indeed adopt a biopsychosocial rather than exclusively biologic-genetic model of health » (p. 141). Évidemment, cette conclusion amènerait aussi les établissements d'enseignement à revoir leur modèle de santé. Ils terminent en mettant l'accent sur la priorité que devrait représenter l'intégration de ces approches pour la médecine.

3.1.4 Les effets indésirables

Les études sur les approches corps / esprit ne semblent pas disposer d'outils bien développés pour évaluer les effets secondaires indésirables des interventions. Dans certains cas, certaines personnes pourraient ressentir une hausse du niveau d'anxiété lors d'une pratique de relaxation. La hausse affecte 17 % des participantes et participants dans une étude et 31 %, dans une autre (Astin *et al.*, 2003). Une troisième étude note que 53 % des participantes et participants vivent une hausse d'anxiété lors de la méditation. Les facteurs associés à cette hausse seraient : « fear of losing control, general restlessness and fear of inactivity, and fear of letting go » (Astin *et al.*, 2003, p. 141). Toujours selon le même groupe d'auteurs et auteurs, une étude auprès de 116 psychologues hommes et femmes utilisant une approche de relaxation constatait, entre autres, chez 15 % des participantes et participants des pensées intrusives et chez 9 % la peur de perdre le contrôle. Finalement, 3,8 % de leurs clientes et clients ont dû cesser les activités corps / esprit, car les effets venaient interférer avec leur consultation. À l'inverse, dans d'autres études, il semblerait que les effets sont prévisibles et peuvent être utilisés de façon positive dans la thérapie (Astin *et al.*, 2003).

Selon Dobkin, Irving et Amar (2012), ces pratiques ne sont pas contre-indiquées. Le taux d'arrêt des participantes et participants au cours de leur programme de pleine conscience constaté par les chercheuses et chercheurs est de

seulement de 5 %. Par contre, les mêmes auteures et auteur suggèrent cinq précautions à prendre pour diminuer les chances de nuire : 1) faire une présélection en éliminant, par exemple, les personnes pouvant avoir des problèmes psychiatriques, d'addiction ou ayant subi des traumatismes; 2) s'assurer que les personnes avec des troubles d'anxiété sont bien traitées et accompagnées; 3) informer les gens sur le type d'engagement qu'ils ont besoin de faire et à quoi ils peuvent s'attendre de ce type de pratique; 4) donner accès à un système de référence pour les individus rencontrant des situations problématiques et ayant besoin de plus de soutien et finalement 5) considérer la participante ou le participant comme étant la meilleure personne pour juger de la pertinence d'une pratique pour lui-même. « Ultimately, restoring this power of choice to each person can be beneficial in and of itself. Whether in the context of MBSR [Mindfulness-Based Stress Reduction] or not, one must remember that the individual is the primary focus, not the practice, the program nor the methodology » (Dobkin *et al.*, 2012, p. 48).

3.1.5 La nécessité de faire plus de recherche

Astin *et al.* (2003) concluent leur article sur la nécessité de faire d'autres recherches pour mieux comprendre l'efficacité des approches corps / esprit, leurs mécanismes d'action, leurs effets placebo ainsi que leurs effets secondaires même mineurs. Les recherches additionnelles permettront d'établir des stratégies efficaces de traitement en déterminant sous quelles conditions et pour quelles patientes et quels patients ces approches sont adéquates, incluant le facteur coût. Il y a actuellement peu de recherches sur les approches corps / esprit qui incluent des analyses d'efficacité reliées au coût. Selon Astin *et al.*, 2003, un certain nombre d'études et de méta-analyses suggèrent que le rapport d'efficacité est avantageux, mais d'autres recherches seront nécessaires pour déterminer si ces interventions conjuguant l'esprit, le corps et les dimensions psychosociales entraînent une réduction de coût des soins de santé (Astin *et al.*, 2003).

3.2 Les recherches sur les pratiques du Sensible

Nous retrouvons dans cette section les recherches sur les pratiques du Sensible, incluant les recherches en lien avec la fasciathérapie (thérapie manuelle pratiquée par les kinésithérapeutes et les médecins, et s'adressant aux troubles physiques), et la somato-psychopédagogie (SPP), pratiquée par des praticiennes et praticiens de différents horizons (par exemple, les éducateurs, les infirmiers, les artistes, etc.) et visant l'accompagnement du changement ou de la quête de sens.

En répertoriant les différentes recherches sur les pratiques du Sensible, nous constatons l'absence d'études spécifiques, autant chez les étudiantes et étudiants en médecine que chez les médecins, qui traitent des impacts de cette pédagogie sur leur transformation personnelle et professionnelle ainsi que sur leur conception de la santé. Toutefois, dans sa thèse de doctorat portant sur la transformation des représentations chez l'adulte à partir de l'expérience du corps sensible, Bois (2007) remarque : « que l'enrichissement perceptif, systématiquement proposé comme première intention formatrice, influençait la configuration cognitive de la personne et, par la suite, ses représentations conceptuelles » (p. 61).

Bois a effectué sa recherche auprès de 28 étudiantes et étudiants au programme de post-graduation universitaire en SPP. Il coordonnait ce programme à l'Université Moderne de Lisbonne durant l'année 2004-2005. Ce programme avait pour but d'enrichir leurs connaissances théoriques et pratiques en SPP. Certaines étudiantes et certains étudiants avaient plus de cinq années d'expérience en tant que somato-psychopédagogue. Les participantes et participants étaient de cinq nationalités différentes, la moyenne d'âge était de 46 ans et la plupart étaient des femmes. Le corpus de données a été constitué à partir des journaux de formation des étudiantes et étudiants. À partir de leur expérience de leur corps sensible, les étudiantes et étudiants devaient décrire dans leur journal la trace de leur vécu témoignant du processus de transformation d'une représentation. Le travail d'analyse

et d'interprétation s'est fait selon la démarche d'analyse phénoménologique et herméneutique transversale.

Bois (2007) présente les résultats de sa recherche à l'intérieur d'un tableau où il différencie d'un côté les représentations initiales reliées aux idées des participantes et participants et de l'autre, les transformations vécues suite à la formation. L'un d'entre eux identifie comme représentation initiale : « pour vaincre l'ennui, je dois remplir le temps » (p. 320). Les journaux de formation permettent de constater un changement de son idée initiale qui devient : « La lenteur, je l'ai appréciée le jour où j'ai commencé à me donner du temps. Il m'a fallu prendre conscience de la notion de temps pour avoir envie de goûter à la lenteur » (*Ibid.*, p. 320). Dans un second passage, il note : « la lenteur, chose que je détestais le plus au monde est devenue un concept attachant » (*Ibid.*, p. 320). Le chercheur a fait la même démarche de comparaison avec des représentations liées à des valeurs comme l'amour. Un des participants avait comme représentation initiale : « Je pensais que l'amour venait de "l'autre" et que cet amour devait durer toujours » (*Ibid.*, p. 322). Au cours du processus de transformation, cette valeur change et devient : « L'amour ne serait-il pas le goût de la présence totale à soi, à son être profond? » (*Ibid.*, p. 322). Un peu plus loin, il écrit : « Le besoin de fusion, je le ressentais désormais comme une juste proximité, une "articulation" où chacun a son espace vital : l'empathie » (*Ibid.*, p. 322).

Bois (2007) a aussi produit les mêmes tableaux comparatifs au plan des changements de représentation de l'image de soi et du rapport perceptif, comme l'illustre l'exemple suivant. Initialement, la participante décrit son vécu ainsi : « Je voyais la vie en dehors de moi, autour de moi, mais jamais en moi » (p. 324). Au cours de l'expérience, elle rencontre un rapport différent : « Je constate un profond changement dans ma façon d'envisager la vie et l'importance de la place du corps dans cette transformation » (*Ibid.*, p. 324). Elle poursuit : « J'aime sentir que mon corps est vivant » (*Ibid.*, p. 324). Elle va même jusqu'à rencontrer un sentiment

d'existence : « Ma notion de perception n'est plus par rapport à la souffrance mais par rapport à la sensation d'être, d'exister » (*Ibid.*, p. 324). À partir de l'analyse synthétique des tableaux, l'auteur conclut sur l'éducabilité de la potentialité perceptive et de « son impact sur la transformation radicale de la personne en formation, au point de donner parfois le sentiment d'être en présence d'une autre personne » (*Ibid.*, p. 325). Le tableau 2 produit par l'auteur permet d'illustrer l'ampleur du changement chez la personne.

Tableau 2
Impact de la relation au corps sensible sur la représentation de N1

Représentation initiale de N1 : « *Je suis nul. Je pensais que je ne devais pas exister* » (N1 : l. 10-11)

<i>Connaissance par contraste</i>	
« Je pensais que je ne devais pas exister » (N1 : l. 10-11)	« Elle (l'introspection) me permet de me sentir exister » (N1 : l. 250)
« A cette époque, je ne ressentais pas mon corps » (N1 : l. 7)	« J'ai également découvert que j'ai un corps avec un éprouvé, une vie, une existence dans tout mon être. » (N1 : 295-296)
« Oui, je souffrais » (N1 : l. 24) « ... douleur physique qui m'aurait contraint à finir mes jours dans une chaise roulante » (N1 : l. 85-86)	« De jour en jour, je m'aperçois que mes douleurs physiques et psychiques s'estompent » (N1 : l. 296-297)
« Je peux dire que je devenais de plus en plus distant de moi-même. » (N1 : l. 30-31)	« Je ressens en moi des perceptions inhabituelles comme par exemple, la présence à soi, à son corps et une présence perceptive du sentiment de soi » (N1 : l. 274-276)
« Pour moi le mot vie n'avait aucune signification » (N1 : l. 49-50)	« La vie devient pour moi de plus en plus facile à mes yeux. Elle vaut la peine d'être vécue et d'être goûtée à pleines dents, seconde après seconde. » (N1 : l. 298-300)

Tiré de Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte*. Thèse de doctorat, Université de Séville, Séville, p. 332.

Bois (2007) a observé que 27 des 28 participantes et participants relatent une transformation de leurs représentations suite au programme de post-graduation universitaire en SPP. Selon certains d'entre eux, les mots utilisés étaient variables et plus ou moins évocateurs de cette transformation : transformation, changement, modification, découverte et progression. Pour treize participantes et participants, le chercheur a dû faire une comparaison entre le discours d'avant la formation et celui d'après formation pour trouver le contraste. En effet, pour un certain nombre, la transformation n'est pas notée dans leurs journaux. Finalement, douze participantes et participants évoquaient le lien direct entre la relation au corps sensible et la transformation de leurs représentations liées à leurs idées, à leurs valeurs, à leur image de soi et à leur rapport perceptif.

3.3 La transformation des représentations en lien avec le concept de la santé

Laemmlin-Cencig, praticienne-chercheuse en SPP, a voulu mieux comprendre le carrefour entre le soin et la formation au sein de cette discipline. Après avoir parcouru la littérature sur la notion de soin, la chercheuse le situe au-delà de l'enjeu des symptômes et l'intègre à toutes les dimensions de la vie. Le soin questionne autant la relation avec la maladie, la souffrance que le rapport à son existence. Dans un article écrit en collaboration avec Humpich, les auteurs proposent une définition de la santé vue sous l'angle de la SPP :

En somato-psychopédagogie, la santé ne peut être réduite à l'absence de maladie déclarée. La santé est entrevue dans ce qu'elle contient d'espoir et de dynamique, dans ce qu'elle révèle de la question de la vie en tant que cheminement qui ne va pas forcément de soi. En somato-psychopédagogie, il est question d'une participation active de la personne accompagnée à sa santé. Cette vision la sollicite dans un agir, une quête, voire une conquête, beaucoup plus que dans la préservation d'un équilibre. L'action de santé vise alors le bien-être, certes, mais tout autant le pouvoir retrouvé sur sa propre santé, la prise de conscience des déterminants de celle-ci et la mobilisation d'une réflexion sur la place et la priorité de la santé dans la vie. Ainsi, la santé est perçue à la fois

comme un état et comme une dynamique, une “capacité à” (Laemmlin-Cencig et Humpich, 2009, p. 332).

Laemmlin-Cencig (2007) a analysé trois études de cas de nouvelles patientes, âgées de 39 à 65 ans, pour appréhender ce processus d’accompagnement avec cette approche. Les séances en SPP ont eu lieu entre septembre et décembre 2006. L’article synthèse de cette recherche montre que l’objectif de la consultation change au fur et à mesure des séances, pour passer graduellement d’un soin prodigué à un lieu d’apprentissage pour leur vie (Laemmlin-Cencig, 2007; Laemmlin-Cencig et Humpich, 2009). Laemmlin-Cencig et Humpich (2009) font aussi état d’un changement de conception de la santé chez les patientes. La chercheuse et le chercheur notent plusieurs étapes de transformation, qui vont de l’absence de la maladie à une capacité d’agir sur celle-ci. La section 4.1 du chapitre trois expose les étapes que les auteurs ont relevées. Par ailleurs, Laemmlin-Cencig (2007) constate aussi que la SPP peut soutenir la santé des patientes. En effet, elle remarque que la SPP peut être un soutien et une aide tangible à la fois curative, préventive et éducative. À la section 4.1 du chapitre sur les référents interprétatifs, nous présentons les résultats de son étude en détail. Ces derniers permettent une meilleure compréhension de nos résultats et en facilitent la comparaison.

Dans une autre étude directement en lien avec le rapport à la santé, Duval (2010) interroge les effets de la fasciathérapie sur les représentations de la santé de trois patientes. Deux points différencient l’approche de Duval (2010) de celle de Laemmlin-Cencig (2007). D’une part, Duval (2010) utilise la fasciathérapie plutôt que la SPP et d’autre part, il a questionné des patientes qui le consultaient depuis un certain temps. En effet, l’une d’entre elles le consultait depuis environ trois mois, l’autre depuis un an et la troisième depuis plus de deux ans. Le chercheur a construit un guide d’entretien sous forme de six questions ouvertes, pour ne pas enfermer les

participantes dans une structure rigide. Un accordage manuel somato-psychique¹¹ a précédé l'entretien, afin de s'assurer de la qualité de présence à soi « propice à la délivrance de leur vécu singulier » (Duval, 2010, p. 74).

L'auteur a présenté les résultats de recherche sous forme de deux grilles : l'une temporelle, avant et après la rencontre de la fasciathérapie; l'autre couvrant six dimensions différentes de la santé, à savoir la perception du corps, le vécu de soi, la communication avec les autres, le regard sur la maladie, la démarche thérapeutique et le point de vue sur la santé. Pour chacune des participantes, les résultats étaient présentés selon les six dimensions de la santé, et ce, avant et après la rencontre de la fasciathérapie. Par exemple, dans le cas d'une des patientes, la perception du corps était très centrée sur les tensions et les douleurs avant les soins en fasciathérapie : « J'avais mal, je souffrais » et ajoute : « Je sens des tensions à un endroit précis » (Duval, 2010, p. 86). Suite aux séances en fasciathérapie, elle parle de la perception de son corps en ces termes : « pour la première fois de ma vie, je me suis mise à réfléchir à moi, à mon corps, à ce qui se passait à l'intérieur » (*Ibid.*, p. 98).

Par la suite, Duval (2010) a fait une analyse transversale des résultats. Il conclut qu'il y a un double processus de transformation : une évolution du rapport à la santé, par le changement de regard sur la santé, la maladie et la démarche thérapeutique ainsi qu'une transformation du rapport au corps, à soi et aux autres. Selon l'auteur, ces deux processus semblent indissociables l'un de l'autre. En fait, l'auteur va même jusqu'à dire que la transformation du rapport au corps, à soi et aux autres *devient* le nouveau rapport à la santé.

¹¹ L'accordage manuel somato-psychique correspond à l'expérience d'une heure en séance individuelle pour mieux équilibrer le corps et l'esprit. « La pensée y trouve un apaisement profond, comme si elle se reposait de son activité habituelle, à la fois soutenue et tellement machinale, souvent fatigante et si peu nourrissante. Elle se pose au fur et à mesure que le corps se dépose, les deux se retrouvant dans une sorte de communion d'état dont le point commun est la présence à soi : une présence à soi à la fois physique et psychique, dans laquelle les états du corps et les états mentaux ont la même place, la même importance, la même tonalité, sans prédominance de l'un sur l'autre, en équilibre » (Berger, 2006, p. 53-54).

Les résultats de la recherche permettent de conclure qu'il y a évolution du rapport à la santé. En effet, celui-ci ne reposerait plus seulement sur l'évaluation de la maladie, mais il serait plus global et inclurait la dimension du rapport au corps, à soi, aux autres et aux traitements. Suite aux séances de fasciathérapie, les participantes seraient plus conscientes de leur santé et des progrès autant physiques que psychiques. Les patientes maintiennent le désir de poursuivre les soins, sans l'incitatif de diminuer la douleur, et l'auteur constate une évolution dans le sens que prend la démarche thérapeutique. Celle-ci devient un lieu de responsabilisation face à sa santé. Les patientes retrouvent une capacité d'agir pour et sur leur santé à partir d'un déploiement perceptif. Elles se sentent plus autonomes et moins soumises au regard des autres ou au pouvoir médical. D'autres études dans un contexte médical viennent éclairer les changements de représentations possibles.

3.4 La transformation des représentations des participantes dans un contexte médical

Duprat (2009), psychiatre et praticienne-chercheuse en SPP, pratique auprès de jeunes souffrant de troubles alimentaires. Elle a effectué une étude qualitative auprès de deux participantes. Pour l'une d'entre elles, la recherche a duré 9 mois et elle a participé à 21 rencontres : 15 en thérapie manuelle, 1 en thérapie gestuelle et 5 en entretien à médiation corporelle. Pour la deuxième participante, la recherche a duré 18 mois au cours desquels elle a fait 51 rencontres : 35 en thérapie manuelle, 6 en thérapie gestuelle et 10 en entretien à médiation corporelle. Les données ont fait l'objet d'analyses catégorielles, phénoménologiques et herméneutiques transversales. L'auteure constate un changement de rapport au corps et des représentations liées au corps et conclut que « l'apport de la relation au corps sensible est facilitant dans la reconstruction de l'identité corporelle et de l'image de soi » (Duprat, 2009, p. 368). Elle tente d'identifier les différentes étapes charnières de transformation de l'image du corps et de l'image de soi, au fur et à mesure que les consultations avancent.

Duprat (2009) distingue quatre étapes dans les changements d'image du corps. Dans la première étape, les participantes témoignent de leurs perturbations majeures en lien avec l'image du corps. À la deuxième étape, elles reprennent contact avec certaines parties oubliées ou rejetées de leur corps, et ce, à partir de sensations agréables : « Je ressens comme une enveloppe ronde, comme ça, à l'intérieur de mon corps » et « ça m'a redonné un peu de consistance à l'intérieur » (p. 369-370). Dans une troisième étape, les participantes ont accès progressivement à une image du corps plus près de la réalité, moins déformée : « D'habitude, quand je me regarde dans le miroir, je me dis que je suis grosse. Et là, je me suis rendue compte que j'étais pas [...] assez constituée » (*Ibid.*, p. 370). Dans la dernière étape, les représentations et les valeurs concernant le corps des participantes sont transformées à partir d'un vécu sensible : « Et puis je ressens à l'intérieur, la volupté, la chaleur... » (*Ibid.*, p. 371). Elles acceptent leur corps comme il est : « Enfin, ça sera un corps, il aura des défauts et maintenant j'suis prête, je pense, à les accepter » (*Ibid.*, p. 371).

Duprat (2009) propose aussi un modèle de transformation de l'image de soi en quatre temps. Le premier temps est la rencontre des perturbations de l'image de soi. Une participante se qualifie ainsi comme « la dernière des idiots » (p. 371). Dans un deuxième temps, elle observe chez les participantes un processus d'acceptation de leurs propres limites : « J'ai pris conscience un peu de ma fragilité, que j'étais plus, enfin que j'étais pas la "surfemme" que je croyais être... » (*Ibid.*, p. 371). Dans un troisième temps, l'auteure constate l'évolution de la notion de soi et une construction de l'unité corps et psychisme¹². Il y a prise de conscience de la séparation : « J'ai besoin de relier ma tête avec mon corps, de ne plus considérer ce corps comme une entité à part, mais comme une partie intégrante de moi » (*Ibid.*, p. 372). Les participantes apprécient l'unité en elles : « Enfin là, la tête, le corps

¹² Dans le *Dictionnaire psychologique*, le terme « psychisme » fait référence à l'appareil psychique qui, lui, est défini comme suit : « Pour rendre compte des processus qui caractérisent la vie mentale et qui ne produisent les phénomènes de la conscience que dans certaines conditions » (Widlöcher, 2011, p. 50). La définition fait ressortir « Le caractère spatial attaché à cette notion d'appareil » et que les contenus mentaux et la pensée soient traités dans des régions différentes (*Ibid.*, p. 50).

fonctionnent ensemble. Et on n'est pas là en train de se dire "il faut qu'ils fonctionnent ensemble", non c'est naturel en fait » (*Ibid.*, p. 372). Comme dernier temps, l'auteure note que les participantes se construisent une nouvelle image d'elles-mêmes : « Et donc, ça m'aide beaucoup, à mieux vivre et à mieux savoir qui je suis » (*Ibid.*, p. 373).

Nous constatons que l'intervention n'est pas seulement orientée vers les symptômes, mais permet également la prise en compte d'une problématique à sa source. En effet, Duprat (2009) note que les chercheuses et chercheurs, autant que les cliniciennes et cliniciens, sont soucieux d'un changement de représentation de l'image du corps et de soi, parce qu'il est le gage d'un changement de comportement alimentaire durable. Elle conclut en mentionnant que la reconstruction de l'image du corps et de soi prend racine à l'intérieur de la personne à partir d'indicateurs internes. Malgré une perturbation initiale majeure, une éducation perceptive est possible. À partir des témoignages, elle conclut que l'accompagnement a permis à chacune une « "réappropriation" d'elle-même » (p. 375). Cette réappropriation constitue pour l'auteure le signe d'une intégration profonde de l'image de soi, en amont des clivages somato-psychique et perceptivo-cognitif.

3.5 La transformation des personnes oeuvrant en somato-psychopédagogie

Praticien-chercheur en SPP, Large (2009) questionne le processus de transformation au sein du travail en SPP, auprès d'un praticien / formateur et de deux praticiennes dont une est aussi une formatrice. Une analyse des entretiens a permis l'élaboration de deux arbres thématiques. « Il présente sous forme de schématisée l'essentiel du propos abordé à l'intérieur du corpus » (Paillé et Mucchielli, 2005, p. 139). L'un est sur le corps sensible et l'autre sur la transformation du corps sensible. L'auteur arrive à la conclusion qu'une qualité de présence particulière s'est construite auprès des participantes et du participant et qu'elle :

repose sur une conscience intentionnelle de leurs fonctionnements antérieurs et actuels, accompagnée du développement d'une lucidité inédite, sur soi ou sur les choses. Cette conscience permet aussi un recul favorisant un rapport aux choses ou à soi dans le sens d'être moins victime et de devenir plus acteur dans sa vie. Ce recul facilite un accueil et une compréhension d'autrui (p. 406).

Large (2009) poursuit en signalant que la transformation affecte autant la pensée, la perception que les comportements. La transformation débute par l'apprentissage perceptif et expérientiel dans une situation extra-quotidienne, comme dans la méditation. Elle pourra s'actualiser ensuite dans la gestuelle du mouvement, pour enfin s'intégrer dans la vie quotidienne de la personne et ainsi prendre le statut d'une transformation. En effet, l'expérience sensible extra-quotidienne donne à voir d'autres manières d'être qui peuvent s'actualiser dans la vie de tous les jours. Nous verrons plus en profondeur, au chapitre trois, les différentes étapes de la transformation selon le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitivo-comportementale. L'apprentissage permet de faire le constat d'un contraste existant entre les anciens comportements et ceux nouvellement acquis. Faire une expérience en dehors de nos habitudes lève le voile de nos impossibles d'où émerge « une possibilité nouvelle ». Ces apprentissages sont aussi expérientiels, c'est-à-dire nés de l'expérience et non d'un exercice intellectuel. « En effet, l'expérience est au premier plan car le Sensible est une conscience témoin de l'expérience et de soi dans l'expérience » (Large, 2009, p. 408). Et finalement, ils sont immanents car ils sont issus de l'expérience du corps, de l'intériorité vivante.

Selon Large (2009), la transformation est dynamique. Les participantes et le participant grandissent autant dans leurs idées que dans leurs sensations et leurs actions. La dynamique s'exprime dans une capacité à s'extérioriser à trois niveaux. Les participantes et le participant se rapprochent d'abord de leur intériorité. Puis, ils parviennent à verbaliser à autrui ce qu'ils ressentent. Finalement, ils en arrivent à poser des actions qui expriment ce qu'ils deviennent. L'auteur énumère différents gains constatés auprès des participantes et du participant : « gagnent en adaptabilité,

autonomie, stabilité, profondeur d'estime de soi; ils deviennent plus assertifs, tout en se rapprochant de l'autre » (p. 407). L'auteur a modélisé les résultats de sa recherche en différentes étapes. Sa modélisation débute par une nécessité d'entrer en rapport de conscience avec soi et évolue vers une capacité de capter du sens pour sa vie propre ou pour le sens de la vie en général. À travers ces différentes étapes élaborées par lui, l'auteur distingue différents niveaux de transformation. La section 4.3 du chapitre suivant décrit de manière détaillée ces étapes et ces niveaux.

Large (2009) conclut sur l'intensité des transformations dont il a été témoin dans sa collecte de données. Il se rend compte que les participantes et le participant ne deviennent pas « autre » mais bien un peu plus eux-mêmes.

On n'est plus le même, mais on devient totalement soi, bonifié, laissant partir au fur et à mesure de notre évolution ce qui n'est pas vraiment nous, nos conditionnements, ce que nous pensons que nous sommes ou ne sommes pas, ce que les autres pensent que nous sommes ou ne sommes pas et ce qui limite notre croissance (p. 412).

De ce lieu plus profond d'eux-mêmes, les participantes et le participant arrivent à se vivre d'un autre endroit, leur permettant ainsi un nouveau regard sur eux, sur l'autre et sur le monde. La dynamique de transformation est constante et régulière et amène Large (2009) à dire que la nature de l'être humain telle qu'elle se rencontre est évolutive.

Bien qu'elles ne portent pas spécifiquement sur la formation des futurs médecins, des recherches en SPP révèlent qu'il peut y avoir un changement de représentations. Plus directement en lien avec notre projet, Duval (2010) et Laemmlin-Cencig (2007) constatent, chez leurs patientes, un changement de leur conception de la santé, suite à une expérience en SPP ou en fasciathérapie. De son côté, Large (2009) observe plutôt le processus de transformation. Dans le cadre de leur étude, la chercheuse et les deux chercheurs remarquent également qu'au fil des

séances effectuées, un engagement et une autonomie se mettent en place chez les participantes et le participant et les rendent moins victimes et plus auteurs de leur vie.

4. QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Les différents programmes de formation initiale en médecine intégrant l'enseignement général des MAC sur un nombre restreint d'heures semblent amener un changement d'attitude face aux MAC, et ce, de manière plus évidente durant les premières années de formation (Desylvia *et al.*, 2008; Furnham et McGill, 2003; Riccard et Skelton, 2008) et surtout chez les femmes (Desylvia *et al.*, 2008; Greenfield *et al.*, 2006; Riccard et Skelton, 2008; Schmidt *et al.*, 2005). Au fil de leur formation, les étudiantes et étudiants en médecine donnent plus de poids à l'exigence de preuve scientifique envers les MAC, renforçant ainsi, semble-il, leur attachement à la médecine conventionnelle dont le but principal est d'enrayer la maladie. Ainsi, la culture dominante de l'institution d'enseignement conserve, malgré l'information donnée sur les MAC, une influence de plus en plus grande sur les étudiantes et étudiants avancés dans leur parcours de formation (Furnham et McGill, 2003; Halterman-Cox *et al.*, 2008; Lie *et al.*, 2008).

Or, les recherches liées à la formation par des approches corps / esprit s'appuyant sur des apprentissages expérientiels avec un plus grand volume d'heures semblent démontrer qu'elles ont plus d'influence sur les étudiantes et étudiants en médecine qu'un cours général sur les MAC (Rosenzweig *et al.*, 2003). Effectivement, il appert, comme nous l'avons expliqué précédemment, que l'apprentissage expérientiel est un facteur important pour changer les attitudes des étudiantes et étudiants envers les MAC (Elder *et al.*, 2007; Hewson *et al.*, 2006; Rosenzweig *et al.*, 2003; Saunders *et al.*, 2007). En plus de transformer les attitudes des étudiantes et étudiants (Hewson *et al.*, 2006; Saunders *et al.*, 2007), ce type de formation reliant le corps et l'esprit améliore leur bien-être (Rosenzweig *et al.*, 2003, Saunders *et al.*, 2007) et leur présence à eux-mêmes ainsi qu'aux autres (Elder *et al.*, 2007; Saunders

et al., 2007). Sans pour autant être généralisables, ces études offrent suffisamment de perspectives et d'intérêt pour explorer davantage ce champ de recherche.

Toutefois, aucune recherche n'a été effectuée auprès des étudiantes et étudiants en médecine faisant l'apprentissage des pratiques du Sensible, car aucun programme ne prévoit ce type de formation au sein d'une faculté de médecine. Plusieurs résultats de recherche sur les pratiques du Sensible incitent à encourager davantage les projets de recherche dans ce contexte. En effet, les recherches sur cette pratique notent un changement des représentations (Bois, 2007) et du rapport au corps (Duprat, 2009; Duval, 2010) chez les participantes et participants. Duval (2010) et Laemmlin-Cencig (2007) perçoivent, chez leurs patientes, un changement de leur représentation de la santé, suite à l'expérience des pratiques du Sensible. La santé qui était perçue comme une absence de maladie ou encore une absence de douleur devient une capacité d'agir sur la situation, grâce aux perceptions plus affinées que les gens ont d'eux-mêmes. Duval (2010), Laemmlin-Cencig (2007) et Large (2009) remarquent, chez les participantes et le participant de leur recherche, une capacité plus grande d'engagement et d'autonomie envers leur propre vie et leur santé. Large (2009) note également la construction qu'une qualité de présence particulière, qualité enviable pour la profession relationnelle qu'est celle du médecin.

4.1 Intentions de recherche

À la lumière de l'état actuel des connaissances, nous proposons une recherche visant à analyser la perception des transformations rapportées qui pourraient éventuellement résulter d'un apprentissage des pratiques du Sensible par des médecins en exercice ayant suivi une formation aux pratiques du Sensible. Comme la formation aux pratiques du Sensible est implantée dans le milieu médical depuis plus de 30 ans en Europe, notre recherche est réalisée auprès de médecins européens.

4.1.1 Question générale de recherche

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 ?

4.1.2 Objectifs de recherche

Notre recherche comporte six objectifs. Trois se réfèrent à la sphère personnelle et les trois autres à la sphère professionnelle. Il s'agit de :

- Relativement à la *sphère personnelle*, identifier et décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de 1) leur rapport à leur corps, 2) leur propre santé et 3) leur qualité de présence à eux-mêmes, suite à leur formation aux pratiques du Sensible.
- Relativement à la *sphère professionnelle*, identifier et décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de 1) leur conception de la santé, 2) leur qualité de présence aux autres professionnelles et professionnels et 3) à leur patientes et patients, suite à leur formation aux pratiques du Sensible.

TROISIÈME CHAPITRE

CONTEXTE PRATIQUE ET RÉFÉRENTS INTERPRÉTATIFS

1. LES PRATIQUES DU SENSIBLE

Ce chapitre a deux objectifs. Le premier consiste à mieux comprendre les pratiques du Sensible et leur contexte pratique de mise en oeuvre. Le deuxième a pour objet de faire ressortir les référents interprétatifs mobilisables dans l'analyse de nos données de recherche. Nous rappelons que les pratiques du Sensible incluent deux types de pratique : la fasciathérapie et la somato-psychopédagogique (SPP).

Les pratiques du Sensible sont des approches de formation expérientielle et de soin, qui œuvrent par le corps et son mouvement en vue de générer une expérience inédite, créatrice de sens, de connaissances et de santé pour les sujets de l'expérience. Ces pratiques formatives et soignantes ont été mises au point par Danis Bois, aujourd'hui professeur de l'Université Fernando Pessoa au Portugal, et par son équipe de praticiennes-chercheuses et praticiens-chercheurs. Kinésithérapeute et ostéopathe de formation ainsi que psychopédagogue, Danis Bois a fondé la fasciathérapie¹³, dans les années 1980. Cette approche de thérapie manuelle s'est inspirée de chercheurs en ostéopathie, comme le Dr Still et le Dr Sutherland. Selon eux, le corps possède une capacité d'autorégulation. Ils recommandaient d'oser privilégier une autorégulation propre à l'intelligence du corps, plutôt que d'utiliser une force externe obligatoirement aveugle, qui exercerait un pouvoir extérieur sur le corps, au détriment d'une force de croissance et de guérison qui l'anime. Cette conception s'apparente à

¹³« Thérapie manuelle à visée curative et préventive qui prend en compte la personne dans sa globalité, c'est-à-dire dans l'ensemble de ses dimensions somatiques et psychiques. Les modalités de la pratique, au moyen de conditions spécifiques, visent à libérer les blocages et les tensions corporelles tout en permettant à la personne de mieux se percevoir. Or, l'acte de se percevoir se compose d'une part de la sensation corporelle vécue par le patient et d'autre part de ce que cette perception lui révèle de lui-même» (Duval, Duprat et Berger, 2013, p. 49).

l'un des fondements qui sous-tend la médecine intégrative, la vitalité, qui est définie par la capacité du corps à s'autoguérir (Boon *et al.*, 2004). La fasciathérapie voulait promouvoir une vision de la santé où le corps humain serait vu dans sa pleine dimension comme organisme vivant (Quéré, 2004).

Danis Bois et ses collaborateurs ont d'abord mené des recherches empiriques dans le domaine de la santé; ils posaient un regard sur l'être humain centré principalement sur le corps. Au fur et à mesure qu'ils observaient leur pratique, ils ont constaté l'indissociabilité du corps et de l'esprit. En effet, au fur et à mesure de leur exercice auprès de patientes et patients souffrant de problèmes physiques (maux de dos, torticolis, etc.), ils s'apercevaient que l'action de la fasciathérapie avait également des effets sur la sphère psycho-émotionnelle (meilleur sommeil, diminution des phénomènes de stress et d'anxiété, régulation de l'humeur, etc.). Même si au début ces effets n'étaient pas durables dans le temps, ils étaient suffisants pour amener les chercheuses et chercheurs à se questionner sur l'hypothèse que le corps ait un impact sur l'esprit, de la même manière que le psychisme a des effets sur le corps. La perspective devenait ainsi somato-psychique. Petit à petit, ils ont orienté leur regard sur ce qui occasionne la séparation corps-esprit.

Une recherche sur des moyens pratiques, à la fois thérapeutiques et pédagogiques pour accorder le corps et l'esprit, a ainsi été lancée et la SPP voyait le jour au cours des années 2000. D. Bois et son équipe voulaient identifier les conditions pour restaurer et enrichir le lien entre le corps et l'esprit, au sein de l'intériorité corporéisée et ainsi sortir des conséquences de leur séparation sur la santé. L'intériorité corporéisée renvoie à la capacité de la personne à se tourner vers son état intérieur en lien avec l'état tonique de son corps et son mouvement interne. Berger (2009) dans sa description du Sensible rejoint nos propos : « ce qui apparaît

quand le sujet se tourne vers le ‘dedans’ de lui-même et qu’il y découvre le mouvement interne se mouvant au sein de sa matière corporelle¹⁴ » (p. 48).

Ici encore, nous retrouvons un parallèle direct avec la médecine intégrative dans le modèle de la roue de la santé (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007) où la connexion entre le corps et l’esprit est l’un des champs à investir pour maximiser la santé, au même titre que la nutrition ou l’exercice physique. La médecine intégrative vise justement la santé autant du corps que de l’esprit. Les praticiennes et praticiens des pratiques du Sensible ont émis l’hypothèse selon laquelle l’enrichissement perceptif corporel pourrait donner à la personne un accès à une nouvelle façon d’articuler son corps et sa pensée en vue de renouveler sa réflexion ainsi que ses manières d’être. En effet, comme l’explique Berger (2006) : « La somato-psychopédagogie est donc une discipline qui étudie par quels moyens on peut apprendre et grandir en conscience à partir d’un vécu corporel plus riche et mieux ressenti » (p. 12). La SPP trouvait là sa raison d’être et celle-ci (grandir en conscience) semble également en adéquation avec le concept de la roue de la santé (figure 2) pour une approche de médecine intégrative dont la pleine conscience en est le cœur (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007).

La SPP est une approche expérientielle de formation et de santé qui permet aux individus de vivre une expérience corporelle inédite. L’objectif de l’approche est d’apprendre à observer les lieux de création de connaissances au sein de l’expérience et du processus de réflexion généré par celle-ci, pour demeurer en contact avec le processus d’apprentissage constant qui devient soignant. Grâce au corps et à son mouvement interne, ainsi qu’à une attention particulière posée sur l’expérience

¹⁴ La « matière », dans le vocabulaire somato-psychopédagogique, est un concept complexe, qui désigne l’ensemble des différents tissus du corps (musculaire, osseux, vasculaire, viscéral, etc.) quand ils sont perçus par le sujet sous la forme d’un matériau unifié, parce que son attention est posée non pas sur le tissu lui-même, mais sur son animation par le mouvement interne. Ce dernier étant identique dans tous les tissus du corps, les différences de structure organique s’effacent pour laisser place à la perception d’une sensation corporelle interne unique, sorte de ‘mouvance matériée’ (Berger, 2009, p. 48).

corporelle proposée par le pédagogue, la personne apprend à se percevoir en action au sein de son corps en mouvement. Le mouvement interne est la manifestation du vivant dans le corps, le vivant qui anime la matière corporelle.

La SPP sollicite ainsi une interrelation constante entre le corps et l'esprit et accompagne les personnes dans le déploiement de leur devenir qui n'a ni forme ni orientation prédéterminée. Un tel déploiement garant de son accomplissement constitue, selon Honoré (2003), la responsabilité ultime de l'être humain :

je vois dans l'accomplissement le fait d'aller jusqu'au bout de mes possibilités dans cette responsabilité. Celle-ci repose sur une conception de l'humain en son inachèvement donc ne pouvant être définie dans aucune forme ni valorisée par aucune norme absolue (p. 173).

Or, le déploiement de l'être humain permet à celui-ci de se construire un lieu de santé à partir duquel il pourra trouver le sens de sa vie et de son existence afin d'atteindre une plus grande santé spirituelle.

1.1 Les pratiques du Sensible et leur cadre d'intervention pédagogique

Avant d'expliquer le cadre d'intervention pédagogique des pratiques du Sensible, il est intéressant de clarifier le sens de l'intervention dans la perspective de notre approche. La définition de Lenoir, Larose, Deaudelin, Kalubi et Roy (2002) s'apparente bien à cette manière d'aider la personne :

l'idée d'une action, dans le cadre d'un métier relationnel, qui vient modifier un processus ou un système. Intervenir, c'est venir entre, s'interposer, s'insérer, se glisser entre, s'introduire, se mêler de, poser une action en vue de changer quelque chose chez quelqu'un, en vue de résoudre un problème (identifié, c'est-à-dire construit) chez autrui. Il faut donc reconnaître que toute intervention est une activité interactive qui constitue une intrusion de la part d'un

intervenant ou d'une catégorie d'intervenants dans la vie d'un ou de plusieurs êtres humains (p. 2).

Dans le cadre des pratiques du Sensible, l'intervention propose à l'apprenante ou l'apprenant de faire une expérience corporelle dans des conditions dites « extra-quotidiennes », c'est-à-dire des conditions qui sortent la personne de son rapport quotidien, habituel, usuel, machinal, à son corps. L'objectif principal est d'éveiller son attention à la présence du mouvement interne et de lui permettre de le percevoir ou du moins de percevoir, dans un premier temps, les effets du mouvement dans son corps. La personne apprend ainsi à se percevoir autrement et, par là, renouvelle son rapport à elle-même, par le biais d'un renouvellement du rapport à son corps. Le cadre d'expérience extra-quotidien est la condition *sine qua non* pour que le travail corporel puisse se réclamer des pratiques du Sensible. Humpich et Bois (2007) expliquent en quoi cette expérience dite « extra-quotidienne » facilite le lieu de l'apprentissage expérientiel :

En résumé, l'extra-quotidienneté place le sujet dans un rapport à son expérience qui le sort de l'expérience dite première, à propos de laquelle Bachelard mentionne qu'elle ne peut être productrice de connaissance (1999). Elle installe des conditions productrices de nouveauté, mais cette nouveauté ne relève pas de "l'accident", de l'imprévisible mais bien d'un choix, d'une série de contraintes installées par le praticien-chercheur (p. 471).

La lenteur est l'une des conditions créant le cadre extra-quotidien. Le mouvement lent s'effectue à une vitesse différente de nos habitudes gestuelles. En dehors des situations quotidiennes où le niveau d'attention est plutôt bas, les pratiques du Sensible sollicitent de cette façon une part « d'attention consciente ». Ce type d'attention exige un certain effort de la part de la participante et du participant. En fait, l'expérience extra-quotidienne vise la mise en fonction de ce type d'attention qui change de statut, comme l'explique Bois (2007) :

l'attention qui au départ est un instrument cognitif change de statut et devient outil de perception consciente, puis plus subtilement d'une "présence à l'expérience" et enfin outil d'un "rapport à l'expérience", la notion de rapport étant dans notre esprit entrevue comme le niveau le plus fin de réception d'une expérience et de ses effets corporels et signifiants (p. 104).

En fait, tout est une question de rapport. La participante ou le participant change son rapport à son corps par une plus grande qualité d'attention. Par la suite, ou parfois simultanément, l'attention change aussi de statut. Elle devient une attention à l'attention elle-même, une forme de métacognition qui consiste à se percevoir en train de percevoir son expérience. Entraîner ses instruments internes et entretenir le rapport à son corps et à son mouvement interne permettent à l'apprenante ou l'apprenant d'avoir une certaine forme de distanciation¹⁵ par rapport à lui-même et de développer ainsi une forme particulière de présence à soi. Celle-ci favorise le développement d'une conscience témoin : observateur constant de sa pensée, de son rapport à son corps et de ses manières d'être. « Le sujet doit développer la faculté de se mettre en surplomb de son expérience corporéisée afin de saisir l'information interne qui s'actualise dans son acte perceptif qui circule » (Bois, Bourhis et Berger, sous presse, p. 10). La perception de la personne s'élargit sur elle-même et lui permet de percevoir ses actes de perception, de cognition, de ressenti et d'action (Bourhis, 2011). Ainsi, l'enrichissement perceptif, la capacité à prendre du recul et à s'observer même dans l'action constituent des conditions favorables pour renouveler sa manière d'être présent à soi et dans le monde.

Avant d'aller plus loin, nous prenons le temps de définir un élément principal de cette méthode : le mouvement interne. Selon les praticiennes-chercheuses et praticiens-chercheurs, il est la force vitale du corps, l'assise de la vie dans le corps. Berger (2006), s'inspirant de Bois, définit ainsi le mouvement interne :

¹⁵ Distanciation : Moins collé sur ses manières d'être de façon inconsciente, une présence à soi qui informe l'apprenant sur lui-même, le décollement permet la prise de conscience.

une mouvance bien particulière des différents organes de notre corps (os, muscles, articulations, viscères...), beaucoup plus lente que le mouvement interne des ostéopathes. Cette mouvance, invisible de l'extérieur, existe quelle que soit notre activité, et même quand nous sommes allongés, apparemment tranquilles et immobiles (p. 28-29).

Dans une autre définition, Bois (2001) fait ressortir le principe de force et de renouvellement du mouvement interne : « Il s'agit bien en effet d'une force capable d'engendrer un changement perpétuel de tout ce qui est en contact avec elle » (p. 114). Ce changement perpétuel peut concerner aussi bien le rapport au corps, le rapport aux pensées ou à la mise en action. Notre recherche vise à cerner ces effets tel qu'ils sont rapportés par des médecins. Dans la section suivante, nous décrivons les outils qui permettent d'accéder à cette force de renouvellement et qui doivent être appris et maîtrisés par les praticiennes et praticiens durant leur formation aux pratiques du Sensible, afin de pouvoir les inclure dans leur pratique.

1.2 Les outils d'intervention

Quatre outils d'intervention permettent les apprentissages des professionnelles et professionnels en formation : l'approche manuelle, la gymnastique sensorielle, l'introspection sensorielle et l'entretien verbal à propos de l'expérience corporelle.

1.2.1 L'approche manuelle

L'approche manuelle se pratique habituellement au cours d'une séance individuelle d'environ 50 minutes. La personne est allongée confortablement sur une table de massage et dans la plupart des cas, demeure vêtue. Le toucher vise à écouter le mouvement interne, à repérer ses zones de blocage ou de ralentissement, à harmoniser sa présence dans tout le corps. À partir du guidage de la praticienne ou du praticien, la personne accompagnée apprend à poser son attention sur son intériorité corporelle vivante pour enrichir ses facultés perceptives. L'approche manuelle

sollicite toutes les structures anatomiques. Au début des années 2000, l'approche manuelle implique un nouvel acteur qui se situe au carrefour de l'anatomie, du physiologique et du psychologique, à savoir le tonus et plus particulièrement le psychotonus : « (l'approche manuelle) aborde la globalité corporelle à travers l'unité de tous les fascias du corps, elle intègre également dans le geste thérapeutique l'unité corps-psychisme à travers ce toucher psychotonique » (Courraud, 2009, p. 198). Courraud (2009) poursuit : « La notion de psychotonus, [...], laisse entrevoir la réalité d'une relation entre le psychisme et le corps; elle est indispensable pour comprendre que l'entretien tissulaire s'adresse simultanément au corps et au psychisme sans les séparer » (p. 200). L'approche manuelle vise aussi à interpeller l'état tonique sur lequel la personne s'est construite : « il semble bien que le tonus constitue une sorte de matériau à mémoire qui contient nos relations affectives premières et sert de base et de support à tous nos modes d'expression et de communication » (*Ibid.*, p. 202). Avec l'approche manuelle, l'entretien tissulaire permet à l'apprenante ou l'apprenant d'accéder à un lieu corporel où se construisent des référents intérieurs déployant une présence à soi solide et stable. Selon les pratiques du Sensible, l'approche manuelle permet à la personne d'améliorer ses compétences perceptives, afin de mieux se ressentir lors de son expérience corporelle, et prépare ainsi le terrain aux deux autres types d'intervention.

1.2.2 La gymnastique sensorielle

L'intervention en gymnastique sensorielle se fait debout ou assis, en individuel ou en groupe. La durée peut varier de quelques minutes au cours de la séance, à quelques heures ou une journée complète. La séance de gymnastique sensorielle est ponctuée de temps de verbalisation et parfois d'écriture. Elle a comme objectif d'amener l'apprenante ou l'apprenant à une plus grande autonomie dans sa capacité à percevoir des informations sensorielles, cognitives et de résonance (au sens d'être touché ou affecté) qui parlent de la façon dont elle se met en action, dont elle entre en relation avec elle-même et avec les autres. Elle a également pour objectif de

développer une autonomie dans la capacité pour la personne d'avoir accès à de la nouveauté émergeant d'un rapport de présence au corps vivant, que celle-ci soit de nature perceptive, cognitive ou affective. C'est par le développement d'une qualité de présence au corps, au mouvement, à soi et aux autres que cette autonomie se bâtit. La maîtrise des cadres pratiques de la SPP, l'entraînement régulier et la confiance que la personne développe en ces outils participent à la construction de cette autonomie.

La gymnastique sensorielle lui permet d'apprendre à bouger dans l'espace (mouvement majeur) en lien avec l'intériorité animée du mouvement interne, pour des actions plus efficaces, mieux coordonnées, plus puissantes avec moins d'efforts. L'intervention gestuelle en groupe vise à entraîner l'apprenante ou l'apprenant à devenir capable d'effectuer un passage à l'action, en interaction avec les autres, sans pour autant perdre le rapport à la profondeur de son intériorité corporelle.

1.2.3 L'introspection sensorielle

L'introspection¹⁶ sensorielle, quant à elle, est une intervention où la personne et la praticienne ou le praticien sont en position assise et immobile pour une durée d'environ 20 minutes. Sur l'invitation de la praticienne ou du praticien, qui guide verbalement la séance, l'apprenante et l'apprenant tourne son attention vers l'intériorité de son corps en vue de percevoir le mouvement interne ou ses effets au sein de sa matière corporelle et de pouvoir ainsi apprendre de cette expérience. Comme le dit Bois (2006), c'est le témoignage descriptif de l'expérience corporelle de la praticienne ou du praticien qui permet à l'apprenante ou l'apprenant d'avoir accès à des sensations qui jusque-là échappaient à sa perception. L'introspection Sensible, comme définie par Bourhis (2009), « vise à permettre à la personne de cheminer vers elle-même pour changer sa qualité de rapport à soi à travers un effort

¹⁶ Selon Binet (1894), l'introspection est l'acte par lequel nous percevons directement ce qui se passe en nous, nos pensées, nos souvenirs et nos émotions. Le processus de mobilisation attentionnelle vers soi, l'introspection, s'inscrit dans le courant de la pleine conscience « mindfulness ».

attentionnel orienté vers le corps. Avoir conscience de soi, c'est exister par soi-même sur la base d'un sentiment d'évidence intérieur » (p. 251).

1.2.4 L'entretien verbal à propos de l'expérience corporelle

Le dernier outil d'intervention est l'entretien verbal à postériori sur l'expérience corporelle. Dans tout ce processus d'apprentissage expérientiel corporisé, la fonction de la verbalisation est l'intégration des apprentissages issus des trois autres types d'expérience. Cette intégration se fait par la valorisation de l'expérience, la donation de sens ainsi que la construction de connaissances transférables. La verbalisation permet non seulement d'intégrer, mais aussi d'aller au bout de l'expérience, comme l'évoque Berger (2006) : « une expérience ne peut livrer la totalité de son contenu et de son sens tant qu'elle reste silencieuse » (p. 90).

Donner du sens à l'expérience sensorielle n'est pas chose facile. C'est une compétence qui s'apprend et qui a besoin d'entraînement. Parler d'une telle expérience exige de pouvoir passer d'une expérience pré-réfléchie à sa symbolisation, comme le précise Villeneuve (1995). D'après cette auteure, la symbolisation : « est la transposition ou plus précisément la traduction sous forme verbale ou visuelle d'un senti, d'un ressenti, ou d'un pressenti d'où émerge la signification » (p. 33). Ce processus d'intégration peut également être réalisé par l'écriture ou toute autre forme de symbolisation.

1.3 Une démarche avec les pratiques du Sensible

Une démarche avec les pratiques du Sensible ne répond à aucune règle normalisée. Par exemple, il n'y a pas d'ordre d'utilisation des quatre outils d'intervention et ces derniers peuvent être pratiqués individuellement ou jumelés les uns aux autres. Selon la cliente ou le client et son besoin, la pratique peut avoir une vocation plus thérapeutique que pédagogique, ou inversement. Après un certain nombre de séances, la vocation d'apprentissage vient poindre assez rapidement dans

le processus pour permettre à la personne d'acquérir des compétences nouvelles de perception dans sa démarche d'éveil et nourrir sa réflexion. En effet, la cliente ou le client est invité à s'engager dans sa démarche de changement et à sortir d'une vision seulement reliée à l'allègement des symptômes. Dans d'autres cas, la personne peut venir consulter dans une période mouvementée de sa vie et être déjà dans une perspective d'apprentissage par rapport à sa vie. Certaines tendances d'utilisation des outils sont plus fréquentes et elles ont été exposées lors de la présentation de chacun des outils aux sections 1.2.1 à 1.2.4. La fasciathérapie s'appuie davantage sur la thérapie manuelle, tandis que la SPP fait appel d'une manière régulière aux quatre outils d'intervention.

En terminant, nous constatons que les quatre différents outils visent des objectifs communs, par exemple le développement de l'accuité perceptive et la construction de la présence à soi. Ces deux objectifs peuvent constituer des atouts pour la ou le médecin en quête d'une plus grande proximité à lui-même et à sa patiente ou son patient. En effet, cette qualité de présence peut révéler au médecin des incohérences souvent « imperçues » entre ses conceptions et ses actions. Mais parfois, ces outils visent des objectifs qui leurs sont propres : ainsi l'intervention gestuelle favorise la mise en action et l'autonomisation de la transformation. De telles acquisitions nous apparaissent comme une contribution intéressante en termes d'humanisation de la relation thérapeutique. Dans la prochaine section, nous présentons une vue panoramique de la transformation, sous l'angle des pratiques du Sensible.

2. UNE BOUCLE POUR GRANDIR EN CONSCIENCE

L'expérience extra-quotidienne des pratiques du Sensible permet de déployer une qualité d'attention d'un niveau supérieur. Cette qualité d'attention facilite l'accès à de nouvelles perceptions du corps dans les cadres d'intervention précédemment expliqués. Ce processus expérientiel amène la personne à vivre des expériences

nouvelles de son corps, lui permettant de s'expérimenter autrement et même d'ouvrir à une qualité de présence à soi. La figure 4 présente la boucle sur laquelle se base le processus d'ouverture à une conscience plus grande de soi, de son corps par une expérience corporelle plus riche.

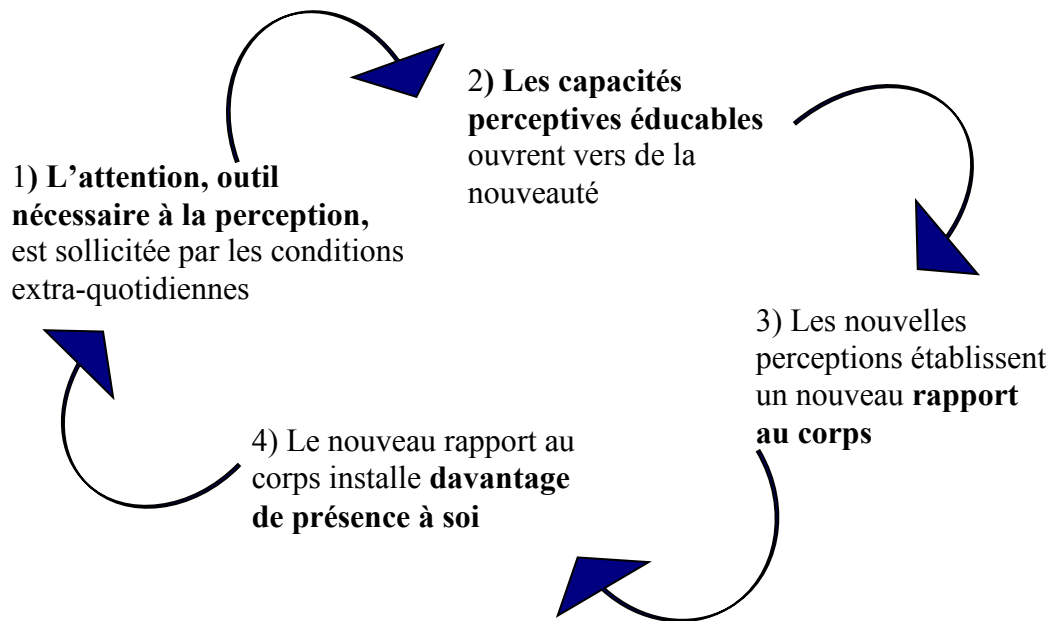


Figure 4 – La boucle pour grandir en conscience

Nous reprenons les différents éléments de la boucle en débutant par l'étape trois, soit le rapport au corps. La transformation du rapport au corps est la pierre angulaire sur laquelle pourront s'opérer d'autres transformations. Berger (2006) définit cette pratique comme un art du rapport. Nous verrons par la suite les autres éléments de la boucle nécessaires à la transformation du rapport au corps : une capacité perceptive éducatrice, l'attention comme outil nécessaire à la perception et pour terminer un processus vers plus de présence à soi. Ceci nous permettra d'établir les référents interprétatifs du processus d'élargissement de la conscience.

2.1 Le rapport au corps

Nous reprenons d'abord la notion du rapport au corps, qui nécessite d'emblée un positionnement sur les différentes façons de considérer le corps en lui-même et le corps en relation avec l'esprit. Plusieurs philosophes ont traité la question à différentes époques. Certains, dont Descartes (1596-1650), considéraient deux éléments distincts : d'un côté le corps objet comme un véhicule et de l'autre, l'esprit comme entité sans limite ni attache. D'autres, tels Spinoza (1632-1677) et Maine de Biran (1766-1824), envisageaient deux manifestations d'une même substance. Maine de Biran concevait le corps comme une entité pensante : « un sujet moteur est pensant, la présence du corps est nécessaire à la pensée elle-même » (Bois, 2001, p. 15). D'où la distinction entre le « corps objet », où le corps est vu comme un véhicule de transport ou un moyen d'exécution des intentions de l'esprit, et le « corps sujet », où le corps est vécu comme lieu d'expérience d'un sujet vivant, pensant, incarné dans la matière. Damasio (2001), neurologue et psychologue, nous exhorte à revoir notre conception de l'être humain dans son rapport à son corps et à son esprit :

L'être humain est un organisme vivant et non un cerveau désincarné, ou un esprit décérébré. L'un des gros problèmes des sciences cognitives fut longtemps de ne se concentrer que sur les productions de la pensée, ou au mieux de la pensée et du cerveau. Elles ont ainsi créé une véritable séparation entre, d'un côté, le cerveau et la pensée, et de l'autre, le reste de l'organisme (p. 45).

Les pratiques du Sensible, comme approche du corps en mouvement, mettent en perspective les différentes façons de vivre l'expérience dans son corps. L'automatisation de nos gestes est un élément incontournable pour le fonctionnement optimal de l'être humain. Cependant, elle amène à désertier son propre corps et à le réduire plus souvent qu'autrement à un corps objet, comme l'expliquent avec pertinence Humpich et Bois (2007) :

Cette aptitude de l'être humain de pouvoir « automatiser » ses gestes est heureuse car elle permet d'effectuer une activité aussi complexe que la marche par exemple, tout en restant disponible sur le plan attentionnel et plus généralement cognitif. Cette automatisation se paie cependant d'un prix : celui d'une relative absence à soi, au sens d'un éloignement d'un moi corporéisé qui semble vivre une vie anonyme, autonome et lointaine (p. 469).

L'œuvre théorique et pratique de Danis Bois concernant la SPP (2007) permet d'expérimenter différents rapports au corps qu'il a catégorisés en cinq niveaux. L'auteur décrit les différentes fonctions du corps selon son statut que nous présentons dans le tableau 3.

Tableau 3
Les différents statuts du corps

Statuts du corps	Fonctions
« J'ai un corps »	Corps utilitaire, corps machine, corps étendu.
« Je vis mon corps »	Corps ressenti (douleur, plaisir) nécessitant un contact perceptif.
« J'habite mon corps »	Corps prenant le statut de sujet, impliquant un acte de perception plus élaboré, le ressenti devenant lieu d'expression de soi à travers les perceptions internes.
« Je suis mon corps »	Corps faisant partie intégrante du processus réflexif de la personne à travers des tonalités qui livrent un fort sentiment d'existence.
« J'apprends de mon corps »	Corps sensible, caisse de résonance de l'expérience capable de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit.

Tiré de Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte*. Thèse de doctorat, Université de Séville, Séville, p. 58.

Les statuts ci-dessus constituent des manières spécifiques de vivre et de percevoir son corps : chacune donne à la personne une expérience très différente de sa vie et de son mode d'existence. Ainsi, le corps peut être vécu comme utilitaire, ou à l'opposé, comme un partenaire dont on peut apprendre des choses pertinentes pour sa vie. Il est important de clarifier que les frontières entre les différents statuts ne sont pas clairement délimitées. Plus souvent qu'autrement, les gens se vivent dans des

aires communes, occupant plusieurs statuts, mais souvent avec des tendances, une ambiance dominante. Par exemple, une personne ne se vit pas dans un corps radicalement objet; elle a une prédominance dans l'expérience de son corps à titre d'objet, mais l'habite dans une moindre mesure comme sujet. Dans une perspective médicale de soin du corps, nous pouvons imaginer des variations possibles du soin, selon que la ou le médecin considère le corps comme une machine non fonctionnelle ou bien comme un lieu d'expression de la vie qui informe la patiente ou le patient sur lui-même.

2.2 Une capacité perceptive éduicable

Avant de poursuivre dans l'explication de la boucle pour grandir en conscience, il est important à ce stade-ci de définir le terme perception.

2.2.1 La perception au sens large

Dans un premier temps, Courraud (2002) définit la perception comme « l'acte de percevoir des informations » (p. 17). Il poursuit en raffinant son propos :

Avant toute chose, il faut faire une distinction entre la sensation et la perception. La sensation indique seulement l'impression qui se produit dans l'organe sensoriel mais n'indique pas que quelque chose soit perçu. La perception elle, au contraire, implique un traitement de l'information sensorielle. On semble donc désigner sous le vocable perception, la saisie et l'interprétation que le cerveau donne au perçu (*Ibid.*, p. 17).

Courraud (2002) va encore plus loin dans la compréhension et la définition de la perception, mettant en lien celle-ci avec le traitement opéré par le cerveau et la conscience : « La perception est un traitement d'informations, c'est une fonction qui permet de donner un sens et d'organiser le perçu. La conscience est le résultat d'informations traitées par le cerveau. Une partie de la perception est accessible à la conscience » (*Ibid.*, p. 22). La perception est rendue possible par nos différents sens.

Ils sont au nombre de sept : les cinq sens extéroceptifs, la proprioception et finalement pour les tenants des pratiques du Sensible, le Sensible.

2.2.2 Les cinq sens extéroceptifs

Les cinq sens extéroceptifs nous permettent d'être en lien avec le monde extérieur. Nous retrouvons les cinq sens les plus communs : l'ouïe, l'odorat, la vue, le goût et le toucher.

2.2.3 La proprioception : sens du mouvement

Au-delà de la perception avec les cinq sens extéroceptifs, il y a aussi le sixième sens, la proprioception. Roll et Roll (1996) décrivent le rôle du muscle dans la proprioception :

Les muscles, moteurs du mouvement, sont aussi des organes des sens à part entière, de la même façon que l'œil, [...] ils assurent une véritable « vision intérieure », source même de la connaissance du corps. [...] ils sont, à la fois, acteurs du corps et spectateurs de celui-ci (p. 73).

Découverte par le neurophysiologiste Sherrington dans les années 1800, celui-ci désignait la proprioception comme « l'ancrage organique fondamental de notre identité ».

2.2.3.1 Le sens du mouvement : intégrateur des perceptions extéroceptives

Leão (2003) met en lien ce sixième sens avec la perception : « La proprioception a encore ceci de remarquable qu'elle sert de liant à toute activité perceptive. Ce qui nous amène à parler plus généralement d'intersensorialité, c'est-à-dire de la coordination naturelle entre différentes modalités sensorielles » (p. 180). Elle poursuit en ajoutant que l'expérience suggère « que la proprioception, au-delà de son rôle de perception de l'espace intérieur du corps, aurait un rôle intégrateur entre perception du corps propre et perception extéroceptive » (*Ibid.*, p. 180). Leão (2003)

va un peu plus loin en mettant en perspective l'indéniable contribution du mouvement à la perception extéroceptive : « Mais au-delà du corps, notre expérimentation d'une pratique cinétique nous a amené à considérer le mouvement comme la pierre angulaire de toute activité perceptive » (*Ibid.*, p. 177). Courraud (2002) va dans le même sens que Leão (2003) en avançant la diversité du sentir dans l'être humain : « Ceci montre que la perception est toujours pluri-modalitaire : percevoir c'est capter avec tous ses sens » (p. 19). Les auteurs pointent ainsi l'importance du mouvement dans la perception à partir des autres sens extéroceptifs, par exemple, avec l'ouïe et la vue. En effet, le mouvement donne plus de perspective spatiale à ce que l'on entend ou voit.

2.2.3.2 *La proprioception, un sens inconscient qui devient conscient*

Selon Leão (2003), le mouvement est un « sens à part entière, foyer perceptif pour reprendre l'expression de Danis Bois » (p. 178). Les chercheuses et chercheurs de cette approche font l'hypothèse que si le mouvement n'est pas ressenti, c'est que la personne n'est pas entraînée à le percevoir. La sensation est là, présente et disponible à la perception, mais imperçue parce que le sujet manque d'entraînement. En effet, la proprioception est réputée inconsciente mais les chercheuses et chercheurs des pratiques du Sensible prétendent qu'on peut rendre les informations issues de la proprioception plus présentes. Il semble pour cette pratique qu'il y ait la possibilité d'« éducatibilité perceptive » pour ceux qui en font l'entraînement.

Bois et ses collaborateurs ont aussi mis en lien la perception et la conscience d'une manière plus intégrative. En effet, ils parlent de conscience perceptive qui résulterait de « cette attention entraînée qui choisit de se poser intentionnellement sur le geste et permet d'en ressentir le contenu perceptif ainsi que les effets sur soi-même » (Courraud, 2002, p. 21). Les effets de la perception sur soi-même seraient inscrits dans l'intériorité corporelle, Leão (2003) relève le point de vue de Damasio qui va dans le même sens :

A. Damasio avance en effet que toute expérience perceptive apparaît intimement reliée à l'intériorité corporelle. Ainsi, tout acte de connaissance, qu'il soit extéroceptif (une image visuelle, un son, ...) ou qu'il soit de l'ordre d'une représentation mentale, d'une pensée entraîne corrélativement des changements de l'état interne du corps (p. 181).

Leão (2003) met aussi en lien le concept de cénesthésie¹⁷ avec la conscience perceptive : « C'est surtout avec la notion de cénesthésie, en tant que conscience étendue à l'ensemble de l'organisme, que nous trouverons un début de résonance avec le concept de conscience perceptive de Danis Bois » (p. 129). Ainsi, devenir conscient, c'est développer ses capacités perceptives corporelles.

2.2.4 *Le sens du Sensible : un « 7^e sens »*

L'éveil du mouvement interne dans la matière corporelle donne accès à une autre faculté de perception (Bois, 2001; Berger, 2009; Berger et Bois, 2011) qui ouvre à de nouvelles sensations. Au-delà de cette constatation, Berger et Bois (2011) précisent que : « Ce sont aussi et surtout la nature et la qualité des sensations disponibles qui changent : c'est un autre champ phénoménal qui apparaît, et qui comporte son propre univers de sens » (p. 123). Une caractéristique qui ressort de la plupart des recherches, comme le disent Berger et Bois (2011) est la nouveauté : « nouveauté de l'expérience corporelle interne, nouveauté du sens émergeant de l'expérience, nouveauté des postures et manières d'être possibles qui s'en dégagent, pour la personne et pour le chercheur » (p. 123). Cette émergence de la nouveauté crée des occasions de transformation dans la vie personnelle et professionnelle du sujet, ainsi que dans son rapport à lui-même, aux autres et au monde. Le processus ouvre ainsi la porte à la conscience des possibles, principe que nous développerons à

¹⁷ La cénesthésie est l'« impression globale vague résultant des sensations diffuses qui proviennent du fonctionnement de nos organes. Elle est la source principale de la conscience de l'existence de notre corps. » (*Grand Dictionnaire terminologique*).

travers le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitivo-comportementale dans la prochaine section.

Par ailleurs, Bois (2007) remarque différentes capacités perceptives de la personne et en distingue quatre catégories qui sont présentées au tableau 4.

Tableau 4
Comparaison des différentes catégories de perception

Catégories de perception	Fonctions
Extéroceptive	Se réfère aux cinq sens : odorat, goût, toucher, vue et ouïe; capte les informations qui viennent de l'extérieur.
Proprioceptive	Véhicule de l'information liée au mouvement; informe en permanence du positionnement du corps dans l'espace; participe à l'ancrage organique de l'identité.
Kinesthésique	Association des sens extéroceptifs et proprioceptifs dans la fonction de capter le mouvement; perception de soi comme « agent causal » du geste.
Du Sensible	Réception des gammes de tonalités internes qui se perçoivent dans la profondeur du corps; éprouvé corporel qui véhicule une signification préreflexive.

Tiré de Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte*. Thèse de doctorat, Université de Séville, Séville, p. 59.

L'enrichissement perceptif vécu progressivement dans l'expérience engendre, chez la personne, une ouverture à vivre son corps d'une autre manière, avec un autre statut. La personne peut ainsi passer d'un corps objet à un corps sujet dans sa manière prédominante de vivre son corps, sachant bien qu'elle se retrouve dans des statuts multiples à la fois. Il n'est pas nécessaire de passer spécifiquement et progressivement d'un statut à l'autre; la personne peut faire un bond de plusieurs statuts à la fois. Plusieurs cas de figure sont possibles, tout est possible. Chose certaine, la personne doit être présente consciemment à son expérience corporelle pour pouvoir se vivre autrement que dans une dominante de statut corps objet.

La perception étant mieux définie et ses implications mieux décrites, le lien entre le rapport au corps et la capacité perceptive éduicable peut maintenant être abordé. Les différents statuts du corps sont directement liés à nos capacités perceptives. Ces dimensions du corps et de la perception permettent de dresser des contours à l'expérience du corps et de soi. Pour les tenants de cette approche, plus l'humain déploie les capacités perceptives de son corps, plus son ressenti s'enrichit. Le rapport au corps ainsi vécu devient le siège d'un fort sentiment d'existence qui contribue à l'amélioration du bien-être et de la santé de l'individu. C'est la perception du corps incarné qui confère le sentiment d'existence. En fait, c'est parce que l'homme est doté d'une conscience de lui-même et d'une capacité perceptive éduicable à tout âge qu'il peut développer un rapport de différents niveaux à son corps. Une diversité de recherches permet d'avancer l'hypothèse de l'éducabilité de la perception. En effet, des recherches s'adressant à divers publics, adulte, enfant et adolescent, avancent cette possibilité (Bourhis, 2007; Fedou, 2011; Vincent-Roman, 2010). Selon Courraud (2002), il semblerait que la perception peut se transformer et progresser de trois façons : quantitativement, en percevant plus de choses qu'avant; qualitativement, en percevant avec plus précision; relationnellement, la personne étant plus touchée par ce qu'elle ressent.

2.3 L'attention nécessaire à la perception

Ce projet de développement perceptif ne peut se faire sans recourir au développement attentionnel. Rééduquer la conscience du corps passe par une rééducation de l'attention qui développe la perception, rend le sujet plus conscient et l'amène à un rapport plus riche à lui-même. Le type d'attention requis est « panoramique ». Leão (2003) mentionne que les protocoles attentionnels de Bois rejoignent partiellement les protocoles pédagogiques de l'*époque* proposés par Depraz, Varela et Vermersch (2000). L'*époque* s'opère en trois phases. La première est une phase de suspension, en rupture avec l'attitude naturelle. La deuxième est un moment de conversion de l'attention de l'extérieur vers l'intérieur. La troisième est

une phase de lâcher prise, lieu d'émergence de l'attention panoramique, permettant d'accueillir l'expérience. Les protocoles de Bois se distinguent de ceux du groupe de Varela sur plusieurs points. Ils visent, notamment, un enrichissement du rapport au corps plutôt que son absence, une posture neutre et active de la participante et du participant plutôt que simplement neutre. Finalement les protocoles cherchent une relation de réciprocité avec soi - d'où émerge un « autre monde », un autre mode de penser, de se vivre et d'exister - plutôt que l'effacement du sujet et de ses pensées¹⁸.

Nous pouvons établir différents statuts d'attention à partir des définitions de Bois (2007), précédemment citées dans ce document à la section 1.1 du présent chapitre : les pratiques du Sensible et leurs cadres d'intervention pédagogique. Dans le tableau 5, nous reprenons les quatre statuts d'attention auxquels nous ajoutons les fonctions correspondantes :

Tableau 5
Les différents statuts d'attention et leur fonction

Statuts	Fonctions
Instrument cognitif	Une attention posée et mobilisée sur le corps.
Outil de perception consciente	Une attention à l'attention, outil de métacognition.
Présence à l'expérience	Une attention à soi, sujet de son expérience.
Rapport à l'expérience	Une attention à la présence, conscience témoin de l'expérience.

Informations tirées et adaptées de Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte*. Thèse de doctorat, Université de Séville, Séville.

À un premier niveau, l'attention est convoquée comme instrument cognitif. La participante ou le participant mobilise son attention sur son corps. À un deuxième niveau, l'attention peut devenir un outil de perception consciente. Ce statut permet de passer dans un rapport méta avec l'expérience. Ainsi l'attention se pose sur l'attention

¹⁸ Ces distinctions ont été suggérées par Didier Austry, professeur de SPP à Paris. Communication personnelle, Josée Lachance, 2014.

lorsque l'expérience est vécue. À un troisième niveau, ce statut devient une présence à l'expérience et permet à la personne participant à l'expérience de porter une attention à elle-même. Elle devient sujet de son expérience. Le dernier statut est le rapport à l'expérience qui permet à la participante ou au participant de mobiliser son attention à la présence, conscience témoin de l'expérience. À ce dernier niveau, la participante ou le participant est à la fois sujet et témoin de son expérience. Comme le mentionne Bois (2007), à ce stade la personne vit son expérience au « niveau le plus fin de réception [...] de ses effets corporels et signifiants » (p. 104).

Une autre spécificité de cette pratique est l'attentionnalité qui peut être placée entre la deuxième et troisième étape de l'*epoché*. En effet, lorsqu'il y a conversion de l'attention de l'extérieur vers l'intérieur, la participante ou le participant pose son attention sur lui-même, sur son corps. Au fur et à mesure de l'expérience, au contact avec le mouvement interne, la matière s'anime et capte son attention. La mobilisation de l'attention change de pôle; plutôt que d'être mobilisée par l'individu et dirigée vers le corps, l'attention subit une forme d'attraction de la part du corps qui s'anime. Dans cette mobilisation inversée, le corps prend la parole et peut se dire, se raconter à son propriétaire. La posture devient donc à la fois neutre, car la personne n'est pas le pôle de la mobilisation attentionnelle, et à la fois active, car la personne est présente au phénomène.

L'attention est un outil central directement en lien autant avec la qualité de présence à soi qu'avec l'acquisition d'une conscience plus globale face à un événement ou face à soi-même. Or, la médecine intégrative vise précisément une quête d'une meilleure santé autant au niveau du corps que de l'esprit, comme le symbolise la roue de la santé (figure 2) du Centre Duke (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007). Comme l'interaction entre les deux a de l'effet autant sur l'esprit que le corps, la mobilisation attentionnelle sur le corps est un outil précieux pour cette médecine. L'effet de la mobilisation de l'attention, par exemple lors d'une activité de méditation, est appuyé par plusieurs recherches probantes

touchant différentes problématiques : stress, anxiété, dépression, fatigue, insomnie, dépendance, troubles gastro-intestinaux, psoriasis, asthme, hypertension et maladies cardiaques, pour ne nommer que celles-là (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007). Les approches somato-psychiques remplissent plusieurs objectifs, autant pour la santé qu'au plan d'un élargissement de la conscience permettant une meilleure qualité de présence à soi et à l'autre.

2.4 Un processus vers davantage de présence à soi

Ce rapport évolutif à l'attention au corps est l'ingrédient nécessaire pour enrichir la qualité de la perception et permettre un changement de rapport au corps. Bien au-delà de cette affirmation, Bois *et al.*, (sous presse) vont même jusqu'à dire « qu'en l'absence de cette qualité attentionnelle, le phénomène (phénomène inédit perçu) n'apparaîtrait pas et peut-être même qu'il n'existerait pas. En effet, le phénomène étudié ne peut exister pour lui-même et par lui-même, il réclame une façon d'être observé qui convoque leur manifestation » (p. 10). Par un changement d'attention, la personne peut alors passer d'un corps objet à un corps sujet, pour ensuite l'enrichir d'un fort sentiment d'existence et finalement apprendre de lui dans un rapport au « Sensible ». Le changement du rapport au corps est le lieu de construction de la présence à soi. Celle-ci naît de la perception du « Sensible » ainsi que l'expliquent les mêmes auteures et auteur :

la perception du Sensible qui constitue la matrice de la présence à soi, de l'habitation de son propre corps à partir de laquelle le sujet perçoit les manifestations vivantes de l'intériorité corporelle et rehausse sa capacité à saisir et à discriminer les informations internes qui se donnent dans l'immédiateté de l'acte de perception avant tout jugement (*Ibid.*, p. 11).

Ce nouveau rapport à soi, rendu possible par le développement de compétences attentionnelles, est en attente d'être révélé pour donner accès à son pouvoir-être. Barbaras (1994) exprime aussi un concept de nécessité de perceptibilité

pour que l'existence d'une chose apparaisse. Dans son cas, il s'agit de l'Être. Pour lui : « le sens d'être de l'Être consiste en sa perceptibilité. La perception n'est pas un certain rapport d'un sujet à l'Être mais ce que l'Être exige afin d'être » (p. 75). Barbaras (1994) explique en ces mots son concept de l'Être : « Dès lors, ce n'est pas parce que nous le percevons que l'Être devient sensible; c'est plutôt parce que l'Être est intrinsèquement sensible que notre perception est possible » (*Ibid.*, p. 75). Pour les pratiques du Sensible également, le « Sensible » est un attribut de l'Être. Le rapport au corps sensible amène donc vers une relation particulière avec son corps et avec soi-même, donnant naissance à l'éprouvé de l'Être, comme l'affirme Berger (2005) qui considère le corps sensible :

au sens du corps de l'expérience, du corps comme “caisse de résonance” de toute expérience, qu'elle soit perceptive, affective, motrice, cognitive ou imaginaire. À travers des cadres d'expériences propices, il est possible de s'émanciper de certaines de nos habitudes concernant le rapport au corps, et d'apprendre “à toucher”, au sens propre du terme, le “lieu” du corps où, au plus profond d'une intériorité mouvante et émouvante, on peut se percevoir comme sujet incarné (p. 52).

Selon la théorie des pratiques du Sensible, le rapport au corps peut être de différentes natures. Il est directement en lien avec une croissance des capacités perceptives de l'individu et construit une qualité de présence à soi. C'est cette croissance permettant d'accéder éventuellement à un nouveau rapport au corps qui lui confère son statut sensible. Advenir à son corps sensible est un projet formatif qui nécessite un effort certain ne pouvant faire l'économie d'une dynamique attentionnelle, perceptive et réflexive, comme le dit Rugira (2007). Selon Berger (2009) :

Le Sensible est donc l'univers expérientiel qui se donne à vivre dans la rencontre entre trois pôles : 1) le mouvement interne comme force du vivant animant l'intériorité invisible du corps, 2) le support physique d'expression de cette force que sont les tissus de

l'organisme, et 3) la conscience du sujet qui se pose sur cette animation et sur le lieu de soi se révélant à cette occasion (p. 49).

En conclusion, cette boucle constante constitue le socle d'une transformation que le modèle de modifiabilité perceptivo-cognitive et comportementale permet d'examiner à la loupe, et ce, afin de mieux comprendre comment peuvent s'organiser les différents types de changements pour les médecins se formant aux pratiques du Sensible. Dans cette optique, la prochaine section permettra de mieux comprendre chacune des étapes du processus de transformation, depuis le moment où la personne capte une sensation nouvelle jusqu'à l'intégration d'un nouveau comportement dans sa vie quotidienne.

3. LE MODÈLE DE MODIFIABILITÉ PERCEPTIVO-COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE (MPCC)

Bois (2006) et Berger (2006) présentent le modèle du processus de transformation des personnes tel qu'elles peuvent l'expérimenter par les outils utilisés avec les pratiques du Sensible et plus particulièrement en SPP (figure 5).

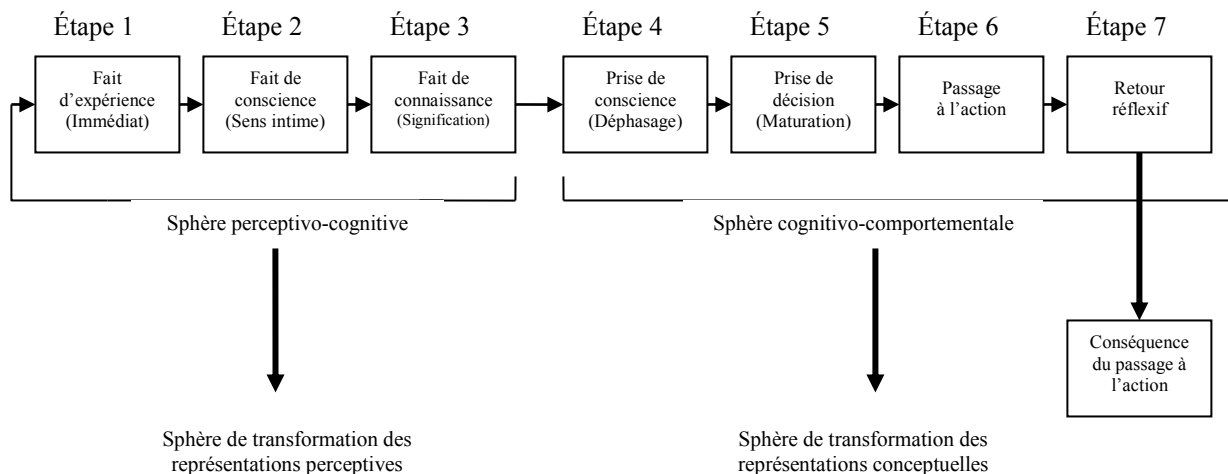


Figure 5 – Processus interne de transformation des représentations

Informations tirées de notes de cours de Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé. Introduction à la somato-psychopédagogie*. Paris : Éditions Point d'Appui, et Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*. 2^e édition, Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.

Ce modèle est une représentation du processus permettant à la personne de passer de la perception à une démarche de compréhension, pour finalement se mettre en action par des comportements tangibles. Il est pertinent de connaître ce modèle afin de comprendre comment, au sens des pratiques du Sensible, s'opèrent les transformations chez les médecins en formation aux pratiques du Sensible. Le schéma de la figure 5 illustre les différentes étapes du modèle.

3.1 La description des étapes

Le modèle de MPCC se définit en sept étapes bien distinctes. Les trois premières étapes représentent le lieu de la transformation des représentations perceptives tandis que les quatre dernières étapes constituent la sphère de transformation des représentations conceptuelles et des modalités comportementales. Ce processus en sept étapes peut être vécu lors d'une séance individuelle, se faire à l'échelle d'un stage de formation de trois jours ou encore, à l'échelle de plusieurs semaines ou mois. Il peut aussi exister simultanément plusieurs cycles, avec chacun leur échelle de temps. Nous allons expliquer, pas à pas, le processus de transformation vu sous l'angle des sept étapes du modèle de la MPCC. Par la suite, nous définirons les représentations et leurs enjeux dans le processus de transformation.

3.1.1 Le fait d'expérience

Dans la première étape que constitue le fait d'expérience, l'apprenante ou l'apprenant se trouve en situation d'expérimentation d'un des trois modes d'intervention corporelle propres aux pratiques du Sensible. Le fait d'expérience est le cadre d'expérience extra-quotidien proposé à la personne en formation ou en démarche avec les outils des pratiques du Sensible. Le processus de transformation prend ainsi naissance au cœur d'une expérience extra-quotidienne : « Notons que c'est cette rencontre, par la nouveauté et l'ouverture de conscience qu'elle transporte,

qui valide le terme d'expérience en psychopédagogie perceptive » (Hillion, 2010, p. 35).

3.1.2 Le fait de conscience

Dans la deuxième étape appelée fait de conscience, l'expérience par le biais des conditions extra-quotidiennes permet dans certains cas l'accès à des sensations particulières ou un vécu d'état. La conscience se pose sur des phénomènes intérieurs, qui ont été appelés par Bois « faits de conscience ». En effet, dans une expérience du corps sensible, on rencontre, comme le dit si bien Berger (2006) : « un fait au sens où il révèle un aspect tangible et perceptible de la physiologie corporelle » (p.146).

Les faits de conscience ne peuvent en aucun cas « se manifester en dehors d'une conscience qui se pose sur eux : ils n'acquièrent leur existence que dans le rapport d'attention que quelqu'un établit avec eux, dans une relation subjective singulière » (*Ibid.*, p. 147).

3.1.3 Le fait de connaissance

À la troisième étape, fait de connaissance, l'expérience peut nous informer, nous transmettre une connaissance, un sens spontané. Dans cette séquence, la perception intérieure emporte avec elle « une pensée qui se donne sans qu'elle soit pensée par le sujet percevant » (Bois *et al.*, sous presse, p. 10). Il s'agit d'une pensée qui vient vers soi, qui n'est pas le fruit d'une fabrication mais plutôt du laisser venir à soi à la manière du phénoménologue. Afin de mieux accompagner son apprentissage, le sujet peut se demander ce qu'il apprend de nouveau au contact de cette expérience corporellement inscrite. Le contenu de l'apprentissage n'est pas une production volontaire ou interprétative mais plutôt une saisie spontanée. Berger (2006) expose ainsi cette dynamique d'émergence de sens et de connaissances qui :

se donne spontanément, dans le temps de l'expérience, sans que l'on ait besoin de le chercher ou de réfléchir pour le trouver. C'est un sens qui jaillit spontanément, qui se donne à nous, à condition bien sûr qu'on s'en saisisse, ce qui suppose qu'on ait au moins une partie de son attention tournée vers cette possibilité (p. 156-157).

Comme l'évoque l'auteur, le fait de connaissance peut se donner sous forme de jaillissement ou bien il peut être le fruit d'un mûrissement opéré lors de la description des contenus de vécu. Ces derniers peuvent être décrits lors d'un entretien avec l'intervenante ou l'intervenant, durant ou après l'expérience, ou de manière autonome par l'écriture d'un journal. Comme l'exprime Hillion (2010), le fait de connaissance peut venir à soi par l'écriture : « Ainsi l'écriture s'avance comme un lien entre l'éprouvé et la conscience, un fil d'encre qui relie l'expérience au sens qu'elle prend pour la personne qui la vit et qui, ce faisant, la révèle à elle-même » (p. 39). Une telle expérience agit comme une ouverture des possibles jusqu'alors inconcevable : « comme si l'expérience nous montrait des possibilités comportementales que l'on n'avait pas envisagées ou jamais rencontrées, voire même que l'on ne se pensait pas capable de développer » (Berger, 2006, p. 161). Cette découverte ouvre la voie à d'autres possibles donnant une nouvelle perspective à la personne ayant vécu l'expérience.

3.1.4 La prise de conscience

C'est dans cette découverte que se joue l'enjeu majeur de la confrontation perceptive, affective et cognitive, qui interpelle fortement la personne et qui sous-tend le processus d'apprentissage et de transformation de l'apprenante ou l'apprenant. Celui-ci ose alors mesurer l'écart qui existe entre ce qu'il vient d'apprendre dans l'expérience corporelle et sa façon de penser, d'être, d'agir et d'entrer en relation avec les autres et le monde dans sa vie quotidienne : c'est la quatrième étape, celle des prises de conscience. Réaliser cela est une bonne nouvelle et parfois un grand bouleversement. Cette étape « prise de conscience » recouvre l'ensemble de toutes les informations que l'on peut découvrir et comprendre au cours d'un processus de

réflexion, de déploiement de sens, de comparaison et d'association. Les prises de conscience peuvent naître lors d'entretiens ou suite à des réflexions personnelles que la personne peut avoir après son expérience. Cette étape est en réalité plus importante que le fait de connaissance, car surtout plus fréquente. Il est rare finalement d'avoir un « vrai » fait de connaissance (non réfléchi), alors qu'il est très fréquent d'avoir des prises de conscience après une expérience extra-quotidienne.

3.1.5 La prise de décision

Les prises de conscience opérées à l'occasion de l'expérience corporelle extra-quotidienne invitent la personne à leur donner suite sous forme de décisions nouvelles, notamment quant à la mise en œuvre de ces prises de conscience dans sa vie personnelle et/ou professionnelle, dans ses attitudes ou dans des actes, dans d'éventuels changements d'habitude. Cependant, le sujet éprouve, plus souvent qu'autrement, une difficulté face à ces choix, car il est confronté à l'emprise de ses habitudes personnelles, professionnelles voire culturelles. Le sujet en formation aura alors à prendre des décisions pour orienter les mises en action qui vont pouvoir actualiser son changement. La prise de décision est la cinquième étape et elle se teinte d'un moment d'évaluation des différentes options, au regard des étapes précédentes; le sujet est imbibé d'informations venant de l'intérieur, qui lui permettent de mieux orienter son choix.

3.1.6 Le passage à l'action

À la sixième étape, le passage à l'action s'impose ou pas. Parfois, la prise de décision suffit à ce qu'une option se révèle caduque, ou bien aboutisse à ce qu'une autre soit finalement prise. C'est justement l'un des points forts de ce modèle que d'avoir distingué l'étape 5 de la 6, car elles sont souvent confondues : prendre une décision implique, pour la plupart des gens, de passer à l'action. Or pas du tout. Goûter la prise de décision pour ce qu'elle est permet de vérifier si le passage à l'action est toujours nécessaire ou pas (Berger, 2006). Nous soulignons ici

l'importance capitale de cette étape incontournable de l'apprentissage expérientiel qu'est l'investissement des nouveaux compréhensifs dans une action concrète. Comme l'exprime Berger (2006) : « c'est le moment où les changements intérieurs doivent s'incarner à l'extérieur » (p. 189). On remarque que la transformation personnelle des apprenantes et apprenants autant que des soignantes et soignants ne peut se faire autrement que par une modification comportementale, relationnelle et professionnelle afin d'être durable et profonde. On peut faire l'hypothèse que cette transformation individuelle pourrait avoir une incidence sur la culture et le milieu professionnel.

3.1.7 *Le retour réflexif*

Le retour réflexif sur les conséquences de l'action est en lien avec les étapes précédentes, notamment le fait de connaissance et surtout les prises de conscience. En tant que dernière étape du modèle de MPCC, le retour réflexif permet de clore le cycle. Cette dernière séquence met en perspective tout le processus de transformation en sept étapes. Nous présentons au tableau 6 le résumé de ces étapes.

Tableau 6
Les sept étapes de transformation

Les sept étapes	En quoi consistent-elles?
Le fait d'expérience	Une expérience extra-quotidienne en SPP
Le fait de conscience	Accès à une sensation ou à un état corporel
Le fait de connaissance	Émergence d'une connaissance révélatrice
La prise de conscience	Écart entre la connaissance nouvelle et les manières d'être quotidiennes
Le choix	Une décision s'impose
La mise en action	L'incarnation dans la vie de tous les jours
Le retour réflexif	Une rétrospective sur le changement

3.2 Les difficultés rencontrées dans le processus

Certains rencontrent davantage de difficultés que d'autres lors de l'expérience ou au sein du rapport à l'expérience corporelle interne. En effet, quelques apprenantes et apprenants ont plus de facilité à sentir, mais rencontrent des difficultés à décrire l'expérience vécue ou bien à faire des liens entre leur vécu et sa signification pour leur vie. Il faut aussi noter que ce type de pratique n'est pas toujours la réponse adéquate à toutes les situations ou pour tous les individus. En effet, dans les différentes études menées sur les pratiques du Sensible, il a été possible d'identifier certaines difficultés d'expérimentation de cette approche. Trois grands obstacles sont identifiés par Bois (2009) :

la pauvreté perceptive qui empêchait et handicapait la réception de la subjectivité corporelle au cours de l'expérience vécue; le caractère imperméable de la structure cognitive d'accueil, soit par volonté de préserver les idées en place, soit par refus ou peur de la nouveauté; et le manque d'intérêt pour la connaissance nouvelle ou la croissance personnelle (p. 59).

Cependant, la pédagogie vise justement le dépassement de ces obstacles. En effet, l'expérience extra-quotidienne vise une expérience renouvelée du rapport à son corps et peut être l'assise d'un changement de rapport à différents éléments de sa vie ou de la vie, incluant l'agir professionnel du médecin. La prochaine section s'attarde à définir ce qu'est une représentation pour les pratiques du Sensible et ainsi toucher aux bases théoriques qui sous-tendent ce modèle.

3.3 Les représentations : un obstacle majeur à la transformation

Dans cette section, nous définissons les représentations. Par la suite, nous décrivons l'apprentissage comme mode de dépassement de la représentation. Finalement, nous présentons une pédagogie de transformation des représentations.

3.3.1 Les représentations, première définition

Les représentations constituent un incontournable dans la construction d'un être humain. Elles lui donnent la capacité de discriminer, de catégoriser et de se situer. Elles lui donnent aussi la capacité d'avoir des perspectives et d'anticiper son action tout en maintenant une cohérence, comme l'expose Bois (2007). Tous ces aspects des représentations sont vraiment nécessaires et avantageux pour la personne. À l'opposé, ces représentations peuvent, à certains moments, être enfermantes et ainsi bloquer la personne dans son parcours de vie. En effet, elles peuvent déformer la réalité et amener la personne à faire des interprétations erronées. Bois (2007) exprime l'enjeu des représentations : « nous avons rencontré la problématique des représentations, comme obstacle au changement, comme enjeu d'apprentissage et enfin comme support de transformation » (p. 82-83). Il a répertorié sept facteurs qui font obstacle à la transformation du champ représentationnel. Avant d'aller plus loin dans l'exposé, il serait intéressant de définir ce qu'est une représentation.

Par définition, la représentation est là pour “ valoir de ”, valoir à la place de la chose qui peut ne plus être présente. La représentation est faite pour être une “ re-présentation ” de la chose vue, entendue, sentie. Il est aussi très important de noter que la notion de représentation porte avec elle la notion de sens (*Ibid.*, p. 83).

Bois (2007) relève le point de vue de Varela sur notre lien avec le monde; ce lien n'est pas seulement le fruit de nos représentations, c'est-à-dire la réalité qu'elles voilent, mais en lien avec l'immédiat et ce que nos perceptions nous amènent à vivre et à créer directement au contact avec le monde :

À la conception orthodoxe, cognitiviste, de représentation, [Varela] oppose le concept de l'“ éaction ”, terme anglais qui tente de préserver la proximité entre “ action ” et “ acteur ” en conservant un lien de rapport de réciprocité. Ce concept emporte avec lui l'idée d'une qualité intrinsèque de ce qui émerge et surgit à chaque moment de la vie, non prédéfini, mais *éacté*, selon les mots de F. Varela : “ L'idée fondamentale est donc que les facultés cognitives

sont inextricablement liées à l'histoire de ce qui est vécu, de la même façon qu'un sentier au préalable inexistant apparaît en marchant ” (p. 86).

En plus d'être le fruit d'une constitution mentale, le contact avec le monde aurait aussi un ancrage dans l'expérience immédiate par la perception qu'en a le sujet, comme l'explique Bois (2007) en parlant de Varela : « Il rejoint ainsi la phénoménologie de Husserl et de ses continuateurs qui voit dans l'accès direct au monde, dans l'immédiat de la perception, une conscience qui déborde la notion de conscience médiatisée par des représentations » (p. 87). Les représentations sont centrales dans la vie de l'être humain et nous voyons comment la qualité de présence de la personne dans l'instant permet de renouveler des représentations ayant besoin d'être actualisées. Nous constatons les variantes scientifiques dans les manières de les considérer et de les définir dans leurs rapports au monde et sur la base de leur construction. Bois (2007) définit un peu plus leurs fonctions :

servant de support à la compréhension, à la catégorisation spontanée, irréfléchie, tandis que d'autres, les représentations des attitudes, emportent avec elles une biographie, des investissements affectifs et émotionnels, des enjeux personnels. Tous ces “ satellites ” de la représentation compliquent la lecture de leur signification. Et c'est bien ce type de représentation qui participe à l'ancrage des idées, des présupposés, des allants de soi, etc. (p. 88).

Les représentations peuvent guider notre manière de percevoir le monde et de nous percevoir. « La relation du sujet au monde et à lui-même interfère sur son mode représentationnel et sur sa capacité à accueillir le monde et à s'accueillir lui-même » (*Ibid.*, p. 98). La qualité du rapport à soi est le siège d'une manière de se voir et de voir le monde; elle a des incidences sur notre manière de vivre notre vie. Parfois, un manque de renouvellement dénote une mauvaise qualité du rapport à soi. L'auteur définit encore plus spécifiquement la représentation interprétative :

La représentation interprétative est liée à des enjeux personnels, et correspond à une manière de se représenter les choses, les événements et de se percevoir dans ses capacités à agir. Ici, la représentation n'est pas à l'abri des inférences arbitraires, des généralisations, des abstractions sélectives ou des jugements de valeur. La plasticité des structures d'accueil dépend du système de valeur (*sic*) et de l'identité du sujet, ce qui explique en grande partie les "résistances" au changement de structure (*Ibid.*, p. 98).

3.3.2 *L'apprentissage pour dépasser la représentation*

La représentation est parfois un obstacle à la transformation de la personne. L'apprentissage peut-il devenir un lieu de transformation des représentations? Bois (2007) a fait appel à différents auteurs pour établir le lien entre l'apprentissage et la représentation. Il a utilisé le modèle de l'action d'Argyris qui « démontre que les habitudes conditionnées par des représentations de la réalité constituent un obstacle à l'apprentissage » (p. 82). L'auteur cite Dewey, qui à son tour, ne peut concevoir un véritable apprentissage sans une réflexion sur l'expérience. Ensuite, il réfère à la théorie du champ de Lewin qui « montrait qu'il ne peut pas y avoir d'apprentissage sans un changement de la représentation de la réalité » (*Ibid.*, p. 82). Un des premiers obstacles à l'apprentissage est la structure d'accueil trop étroite de l'apprenante ou l'apprenant pour être à même de capter l'information transmise dans son entièreté.

Cette structure d'accueil sert de support à tout apprentissage, mais, en même temps, conditionne, de manière positive et négative, la qualité de réception de l'information nouvelle. Nous pouvons mettre ainsi en parallèle une réflexion sur les représentations et une réflexion sur la notion d'habitus (*Ibid.*, p. 88).

En effet, la personne est construite sur une certaine manière de voir la réalité et de se faire une lecture du monde. Ses habitudes et ses façons d'interpréter la réalité lui économisent une activité mentale (Bois, 2007). La structure d'accueil est utile et sert à la personne comme un système d'urgence pour l'aider à faire la lecture d'événements.

Ainsi, le champ représentationnel assure une sorte de “relais cognitif”, permettant de donner un sens premier par défaut, quand la personne se trouve confrontée à une information inédite, à une situation imprévisible. Il s’agit donc d’un système cognitif de “survie” qui assure un lien entre le passé et le présent, entre le concevable et l’inconcevable, entre l’imprévisible et le prévisible, finalement, entre le connu et l’inconnu. À travers le système représentationnel, se mettent en jeu des fonctions et des comportements tacites, sans qu’il soit nécessaire de déployer une mobilisation cognitive intense (*Ibid.*, p. 89).

Au-delà de la structure d’accueil trop étroite, l’information peut être trop confrontante pour la personne et limiter sa capacité de réception.

Le sujet peut utiliser des stratégies d’évitement si l’information est trop confrontante, si elle ne correspond pas aux attentes ou si elle n’offre en apparence aucun intérêt pour la personne. Le plus souvent, l’information est évacuée avant tout traitement cognitif actif, c’est-à-dire conscient (Bois, 2007, p. 96).

Plusieurs obstacles peuvent entraver la transformation des représentations et par le fait même la transformation de la personne. Les pratiques du Sensible offrent une pédagogie qui amène la personne à transformer ses représentations de manière détournée, sans une confrontation directe avec des enjeux personnels. Elle propose une expérience corporelle qui inclut un enrichissement perceptif du vécu en dehors des représentations de la personne, amenant celle-ci à revoir certaines de ses représentations.

3.3.3 Une pédagogie de transformation des représentations

Au vu de l’exposé de Bois (2007), il semble que nous pouvons tirer certaines conclusions sur la nécessité d’une pédagogie spécifique afin d’avoir des effets sur les représentations du sujet. Selon l’auteur :

l'apprentissage doit comprendre deux niveaux : celui de l'*action*, c'est-à-dire des actes concrets que l'on pose et qui ont des conséquences observables sur le sujet et, celui de la *réflexion*, c'est-à-dire de l'activité de pensée exercée par le sujet sur son action (p. 97).

L'action et la réflexion font partie intégrante de la MPCC (figure 5). En effet, l'apprentissage se fait dans l'expérience au sein du fait d'expérience à partir d'un des trois modes d'intervention incluant une pratique corporelle (approche manuelle, gymnastique sensorielle et introspection sensorielle). La réflexion fait aussi partie du modèle dans tout le processus et plus particulièrement dans la prise de conscience de l'écart entre la vie quotidienne et l'expérience extra-quotidienne.

L'action pédagogique doit aussi avoir des effets sur la structure d'accueil, et l'enseignant doit en tenir compte dans la manière de s'adresser à l'apprenante ou l'apprenant, pour que ce dernier puisse accéder à l'information fournie. Le pédagogue doit aussi avoir une appréhension des stratégies d'abstraction de l'apprenante ou l'apprenant. Un des concepts pédagogiques des pratiques du Sensible est la directivité informative : « cette posture consiste, en s'appuyant sur des protocoles pratiques éprouvés, à guider le patient ou élève de manière active, voire parfois interventionniste, vers l'accueil d'informations nouvelles » (Bois, 2007, p. 78). Il semblerait en effet qu'il ne soit pas toujours aisé pour la personne de laisser des nouvelles informations pénétrer le champ représentationnel perceptif et/ou cognitif. Selon Bois (2007), la directivité informative facilite cette ouverture et participerait ainsi à créer une possibilité pour « apprendre à nouveau de sa vie » (p. 79). Pour ce faire, Bois (2007) poursuit : « il faut donc nécessairement l'amener [la personne] à repérer ces représentations, à en prendre conscience et à les identifier précisément » (p. 79).

La perception, fonction cognitive, est au cœur de la pratique et de la théorie des pratiques du Sensible. La directivité informative procède par certaines étapes de conscientisation pour donner accès à des informations nouvelles. La directivité informative consiste en une :

attitude pédagogique par laquelle nous pouvons aider une personne à pénétrer “à l’intérieur” de cette fonction cognitive de façon consciente. En prévenant la personne du contenu possible de son champ perceptif, nous lui donnons des moyens de capter ce qu’habituellement elle ne perçoit pas (*Ibid.*, p. 80).

Face à une difficulté de transformation chez la personne, plutôt que de prendre la situation en otage et tenter l’impossible, les pratiques du Sensible passent par un enrichissement perceptif pour amener un changement de représentation et ouvrir la voie à nouveau à la transformation de la personne.

Nous faisons le pari que la reconnaissance et l’appropriation des nouvelles sensations qui naissent au contact du mouvement interne seront une réalité perceptive suffisamment solide pour enclencher un changement progressif de la représentation qu’une personne a d’elle-même. En d’autres termes, nous faisons le pari qu’une perception élargie saura convaincre une représentation figée (Berger, 2006, p. 135).

Comme l’enrichissement perceptif est à la base des pratiques du Sensible, nous voulons constater s’il peut avoir des effets de transformation. L’objet de notre étude est de décrire s’il y a des transformations auprès des médecins ayant suivi une formation aux pratiques du Sensible. Dans la prochaine section, nous définissons différentes natures de transformation vécues par le biais des apprentissages expérientiels des pratiques du Sensible.

4. LES NATURES DE TRANSFORMATION

La boucle d'agrandissement de la conscience permet de mieux saisir le processus de changement du rapport au corps par la perception éducable et l'attention sollicitée dans l'expérience extra-quotidienne. Quant à lui, le modèle de la MPCC donne accès au processus de transformation pour un renouvellement à plus long terme des conceptions de l'individu ainsi que de ses comportements et de ses manières d'être au monde. Les objectifs de notre recherche consistent, entre autres, à examiner, auprès de médecins formés, l'effet de l'apprentissage des pratiques du Sensible sur leur rapport à leur corps, à leur propre santé, à leur conception de la santé, à leur qualité de présence à eux-mêmes, aux autres professionnelles et professionnels et aux patientes et patients. La prochaine section présente les travaux sur les pratiques du Sensible qui sont en lien avec notre étude, c'est-à-dire les différentes transformations possibles en ce qui a trait au concept de la santé et à l'agir professionnel, pour ne nommer que celles-là.

4.1 Vers une transformation du rapport à la santé

Laemmlin-Cencig et Humpich (2009) constatent, dans la recherche de Laemmlin-Cencig (2007) auprès de nouvelles patientes en SPP, que l'objectif de la consultation se modifie au fur et à mesure pour passer graduellement d'un soin prodigué à un lieu d'apprentissage pour leur vie. Laemmlin-Cencig (2007) observe quatre étapes dans la modification des objectifs de la patiente ou du patient au fil de ses consultations. Le tableau 7 résume ces quatre étapes.

Tableau 7
Étapes de la modification des objectifs de consultation

Étape	Objectifs
1	La personne est centrée sur les symptômes et sa vision demeure dans un système binaire « santé / maladie » en lien direct avec l'absence ou la présence de symptômes.
2	La personne accède à une perception plus panoramique de la situation, débute un processus de transformation de ses conceptions et peut entrer dans un mouvement d'éducation à la santé.
3	La personne se découvre une capacité de renouvellement : « “être en forme” au sens de l'être qui se découvre des formes nouvelles, perceptives, représentationnelles ou comportementales » (Laemmlin-Cencig et Humpich, 2009, p. 338)
4	Il y a actualisation du potentiel de mise en action : « la personne pénètre le processus de changement et l'accompagne dans l'agir au service de sa santé, au sens cette fois-ci d'un soulagement de ses symptômes, mais aussi d'un déploiement de son devenir, de sa croissance au contact du mouvement interne » (<i>Ibid.</i> , p. 339). Ici, il y a un choix d'autonomie avec une capacité d'auto-évaluation de son état ainsi qu'une capacité d'auto-traitement.

Informations tirées de Laemmlin-Cencig, D. et Humpich M. (2009). La somato-psychopédagogie et ses dimensions soignantes et formatrices. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 329-345). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui. Laemmlin-Cencig, D. (2007). *La somato-psychopédagogie et ses dimensions soignante et formative*. Mémoire de Mestrado en psychopédagogie perceptive. Université Moderne de Lisbonne. Portugal.

Dans la première étape, l'objectif est surtout centré sur les symptômes, et la vision de la personne demeure dans un système binaire en lien direct avec l'absence ou la présence de symptômes. Dans la seconde étape, la personne accède à une perception plus panoramique de la situation et entre dans un processus de transformation des conceptions qu'elle porte :

Elle s'aperçoit porter une souffrance plus profonde que les symptômes pour lesquels elle est venue consulter, mais elle réalise également qu'elle dispose d'une santé plus profonde que la simple, mais appréciable absence de ces derniers. Il y a là de nouveaux indicateurs qui lui permettront de prendre une part active à sa démarche de santé (*Ibid.*, p. 338).

Toujours à cette seconde étape, la SPP ouvre la possibilité à un processus d'éducation à la santé comme le proposent les auteurs. Dans la troisième étape, la personne passe d'une transformation de ses conceptions à une transformation d'elle-même. En dernière étape, ils notent l'actualisation du potentiel dans la mise en action : « la personne pénètre le processus de changement et l'accompagnement dans l'agir au service de sa santé, au sens cette fois-ci d'un soulagement de ses symptômes, mais aussi d'un déploiement de son devenir, de sa croissance au contact du mouvement interne » (*Ibid.*, p. 339). À cette dernière étape, les patientes sont conviées à un choix d'autonomie, par le développement d'une compétence d'autoévaluation de leur état ainsi que par leur capacité d'autotraitement à travers des exercices appris.

En plus de constater que les patientes changent leurs objectifs de consultation, Laemmlin-Cencig (2007) rapporte qu'elles modifient également leur manière de concevoir la santé. Au départ, les patientes définissent la santé comme étant la présence ou l'absence de maladie. En cours de cheminement leur notion de santé évolue vers une mise en marche de leur devenir en tant qu'être humain, et finalement vers une capacité d'agir dans leur vie (Laemmlin-Cencig et Humpich, 2009). À partir des recherches présentement disponibles, Laemmlin-Cencig et Humpich (2009) concluent que la SPP peut être envisagée sous six angles différents :

- curatif, par une action directe sur les symptômes;
- perceptif, par un enrichissement du potentiel des sens;
- éducatif, par l'apprentissage d'une auto-évaluation, d'un auto-traitement et d'une auto-gestion de sa santé;
- formatif, par le déploiement d'une nouvelle potentialité humaine;
- préventif, par l'anticipation de troubles organiques;
- existentiel, par l'ouverture à la dimension sacrée de l'existence.

De son côté, Duval (2010) observe également une transformation du rapport à la santé suite à des soins en fasciathérapie. Il s'interroge sur les effets de la fasciathérapie et analyse ceux-ci selon six dimensions de la santé, et ce, auprès de trois patientes qui le consultaient déjà. Ces six dimensions sont : la perception du corps, le vécu de soi, la communication avec les autres, le regard sur la maladie, la démarche thérapeutique et le point de vue sur la santé. Au sein de son étude, il constate différents changements entre avant et après le suivi en fasciathérapie. Trois dimensions de la santé utilisées par le chercheur sont plus directement en lien avec notre recherche : la perception du corps, la démarche thérapeutique et le point de vue sur la santé. Le tableau 8 fait état d'un avant et d'un après, suivi en fasciathérapie, de ces trois dimensions.

Tableau 8
Comparaison des effets des soins en fasciathérapie sur trois dimensions de la santé

Dimension de la santé	Avant le soin	Après le soin
Perception du corps	Réduite à la douleur et aux tensions.	Devient une ouverture à d'autres types de sensations et de perceptions du corps accompagnés de nouvelles réflexions.
Démarche thérapeutique	Un support pour réduire ou enrayer les symptômes.	Devient un lieu de responsabilisation face à sa santé. La patiente trouve une capacité d'agir pour et sur sa santé à partir de son enrichissement perceptif. La patiente devient plus autonome et moins soumise au pouvoir médical.
Point de vue sur la santé	Un regard sur l'évaluation de la maladie.	Devient un processus de transformation du rapport au corps, à soi et aux autres.

Informations tirées et adaptées de Duval, T. (2010). *Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. Étude auprès de patients suivis en fasciathérapie*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.

Concernant le processus de transformation du rapport au corps, à soi et aux autres, l'auteur définit quatre dimensions différentes : l'enrichissement perceptif, le relâchement psychologique, la reconnaissance de soi et la validation de soi. Il semble en effet que l'enrichissement perceptif permet « une nouvelle conscience de son corps

qui constitue le nouveau socle du rapport à la santé » (Duval, 2010, p. 129). L'auteur émet l'hypothèse selon laquelle l'enrichissement du rapport au corps serait à l'origine d'une transformation psychologique. Il semble aussi que le fait de mieux se ressentir corporellement et psychologiquement offre aux participantes un sentiment d'existence nouveau. Finalement, l'auteur observe, à travers les témoignages des patientes, non seulement une reconnaissance de leur existence, mais un lieu de validation d'elles-mêmes. Ce dernier se manifeste par une autorisation de s'habiter à partir de ce nouvel espace, de l'occuper et de l'assumer.

La recherche de Duval (2010) vient mettre en perspective qu'une personne qui consulte pour des problèmes de santé se transforme dans sa manière de se vivre. La prochaine section fait état de la relation entre la transformation personnelle et la transformation professionnelle.

4.2 Vers une transformation personnelle et professionnelle

Le modèle de la MPCC basé sur les pratiques du Sensible constitue un guide pour la pratique d'intervention visant directement un changement de « rapport à », favorisant une transformation du rapport à son corps, à soi, à l'autre et au monde. Le rapport au corps est la voie par laquelle cette méthode amène à une meilleure qualité de présence à soi, construite « à partir d'un contact conscient avec l'intériorité du corps. Dans cette vision, vivre et exister se caractérisent par une autopoïèse, pour dire l'autorévélation et l'autocréation de soi à partir de l'éprouvé corporel » (Bois, 2009, p. 49). L'auteur constate que :

C'est avec étonnement que la personne, au contact de l'expérience du Sensible, éprouvait des sensations fortes qui jusqu'alors lui étaient inconnues, et qui lui révélaient une qualité de présence à elle-même. Je constatais que cette relation au corps agissait sur l'identité de la personne (*Ibid.*, p. 56).

Les pratiques du Sensible permettent une meilleure connaissance de soi et au-delà, elle renouvelle la personne en elle-même, à partir d'une nouvelle qualité de présence à son corps. Or, un changement identitaire produit des effets évidemment chez la personne, mais serait aussi un tremplin de transformation de son agir professionnel (Langdeau, 2004; Langdeau et Danis, 2004), comme l'argumentent Bell et Gilbert (1994), qui affirment cette indissociabilité du développement personnel et professionnel en ces termes : « The personal development appeared pivotal in the process in that personal development preceded the professional development » (p. 494).

Comme nous l'avons précédemment signalé, le processus d'apprentissage expérientiel, tel qu'il se déploie en SPP, permet au sujet en formation d'entraîner ses capacités de s'observer en action et ainsi de réfléchir sur et au sein de son action. Or, la réflexion sur et dans l'action favorise non seulement la transformation des personnes, mais aussi celle des pratiques, comme l'indiquent les praxéologues Schön (1994), St-Arnaud (1999) et Legault et Paré (1995). L'analyse réflexive de l'action favorise :

l'enrichissement ou la découverte de nouveaux modèles d'action, débordent le cadre professionnel. Il va de soi, me semble-t-il, que lorsqu'on touche aux valeurs de l'individu, à ses émotions, à son construit, la division entre la vie privée et la vie professionnelle s'estompe (Bourassa, Serre et Ross, 1999, p. 168).

Bourassa *et al.* (1999) notent également l'importance de mieux se connaître dans une démarche d'élargissement de notre agir. « Et c'est en partie cette représentation de soi qui façonne notre savoir-être, et notre savoir-faire et permet de retrouver dans l'action un niveau d'efficacité personnelle et professionnelle satisfaisant » (*Ibid.*, p. 169). Il serait illusoire de penser transformer les pratiques professionnelles sans prendre en compte la personne derrière la praticienne ou le praticien. Il importe de souligner que les actions professionnelles sont nécessairement empreintes de l'histoire personnelle du sujet et de son identité (Legault et Paré, 1995).

L'apprentissage par l'expérience inédite permet de créer un changement dans la vie personnelle du sujet et, par le fait même, change son rapport à lui-même, aux autres et au monde tout en renouvelant son agir professionnel. Comme l'explique Pilon (2004), la recherche sur la pratique professionnelle permet de voir qu' : « Au cœur de toute pratique professionnelle, il y a le praticien, comme personne, avec ses valeurs, ses croyances, ses théories et ses stratégies d'action » (p. 75). Cette indissociabilité entre vie personnelle et professionnelle commence aussi à se faire sentir auprès des étudiantes et étudiants et médecins. En fait, le courant de recherche de plusieurs chercheuses et chercheurs, dont Frank (2004), permet de faire des liens directs entre la manière dont la ou le médecin prend soin de sa santé et l'influence qu'il aura sur ses patientes et ses patients et sa manière d'investir dans des actions de prévention auprès d'eux.

Le processus de formation des futurs médecins ne semble pas encourager des comportements préventifs, mais il favorise plutôt des valeurs d'endurance et d'abnégation. Il semble également compromettre la capacité des futurs médecins de prendre soin d'eux-mêmes et d'avoir des comportements de proximité à leur corps et leur santé, ce qui a pour conséquence de diminuer les incidences positives auprès de leurs futures patientes et futurs patients. Maranda *et al.* (2006) relèvent que la profession et le rôle professionnel imbibent tellement l'étudiante ou l'étudiant en médecine ou la ou le médecin que l'identité de la personne est complètement adhérente à son rôle professionnel, ne lui permettant pas de se retrouver. En effet, il faut parfois aller loin dans le processus pour forcer l'arrêt et mieux se retrouver :

Souvent l'adaptation a consisté à durer et à endurer jusqu'à l'épuisement. La remise en question que force l'arrêt de travail est généralement ardue, car elle requiert, dans un contexte d'immenses besoins en matière de santé, de "défusionner" le soi personnel et le rôle professionnel (p. 96).

Actuellement, la formation ou la transmission de la culture dominante chez les médecins est la racine qui génère une faille aux systèmes de santé, autant sur la santé des médecins que sur celle des populations, étant donné leur interaction. La culture transmise pollue à la base certaines actions engendrées pour promouvoir la santé; le moulin à vent roule à l'envers à certains égards. Une transformation est fortement souhaitable dans le processus de formation des futurs médecins et surtout dans la culture transmise. La transformation peut amener la personne à des dépassements spirituels au sens où elle est sollicitée dans son mode d'existence. Dans la prochaine section, nous abordons la transformation sous un autre angle, celui de la spiritualité.

4.3 Vers une transformation spirituelle

Plusieurs études constatent que la transformation œuvre chez un grand nombre de personnes expérimentant les pratiques du Sensible. Certaines chercheuses et certains chercheurs ont spécifiquement étudié le processus de transformation. Dans sa recherche, Large (2009) prend en compte la transformation spirituelle qui inclut la part existentielle et intérieure de la personne. Cette transformation semble interpeler un mouvement vertical dans une voie de l'immanence. Il l'a modélisée en sept grandes étapes de mutation au sein d'une spirale processuelle expansive de la transformation en lien avec le corps sensible. Nous présentons au tableau 9 les sept étapes de Large (2009).

Tableau 9
Les étapes de la transformation du corps sensible

Étape de transformation	Définition
(1) Entrer en rapport de conscience avec soi	Être en présence avec ce qui est, tourner son attention vers ce qui se passe en soi-même.
(2) Rencontrer le « Sensible »	Entrer en relation de soi à soi à partir de la perception de son corps.
(3) Naître à soi-même, se laisser aimer et guider	Rencontrer son sentiment d'existence, sentir l'amour de son être, l'amour inconditionnel envers soi et envers le tout.
(4) Vivre intérieurement d'autres possibles	Le vécu intérieur est la matrice, l'instauration de nouveaux possibles extérieurs.
(5) Apprendre de ces possibles ou de notre réaction à ces possibles	Apprendre de son expérience intérieure qui devient source de motivation à s'incarner et à se mettre en action.
(6) Capter du sens pour notre vie ou le sens de la vie	Au sein de l'expérience, laisser se dessiner le sens à partir de l'immanence du « Sensible ».
(7) Exprimer notre moi renouvelé, aimer et continuer de grandir	Extérioriser sa transformation, l'actualiser dans ses actions, ses relations et dans le monde.

Informations tirées et adaptées de Large, P. (2009). Corps sensible et processus de transformation. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 403-415). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.

Large (2009) va plus loin dans son analyse de la transformation auprès des personnes expérimentées dans cette discipline. À la lecture des résultats, il définit cinq niveaux de transformation au sein même de la spirale processuelle.

- Premier niveau : la réalisation complète de soi (la septième étape).
- Deuxième niveau : le processus des sept étapes.
- Troisième niveau : le saut d'une étape à une autre.
- Quatrième niveau : l'expérience paroxystique à l'intérieur d'une étape.
- Cinquième niveau : le changement de rapport amorçant la transformation, quel que soit le niveau (p. 411).

Nous constatons que plusieurs recherches effectuées dans le domaine des pratiques du Sensible ouvrent un regard sur les différentes natures de transformation et se veulent un lieu de référence pour notre recherche. Le présent chapitre se veut donc une base de référents interprétatifs pour mieux comprendre et interpréter, dans certains cas, les résultats de notre recherche. Le prochain chapitre explique la méthodologie utilisée afin de répondre aux questions de recherche d'une manière cohérente. Il définit aussi de quelle manière ont été construits les outils de cueillette d'information et les précautions prises pour s'assurer de la justesse du processus en regard à la recherche.

En terminant, nous rappelons notre question de recherche : 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 ? Voici les six objectifs de notre projet :

- Relativement à la *sphère personnelle*, identifier et décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de 1) leur rapport à leur corps, 2) leur propre santé et 3) leur qualité de présence à eux-mêmes, suite à leur formation aux pratiques du Sensible.
- Relativement à la *sphère professionnelle*, identifier et décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de 1) leur conception de la santé, 2) leur qualité de présence aux autres professionnelles et professionnels et 3) aux patientes et patients, suite à leur formation aux pratiques du Sensible.

QUATRIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

1. UNE RECHERCHE QUALITATIVE

Notre projet de recherche vise à apporter une compréhension du processus de transformation perçue que peuvent vivre des médecins formés aux pratiques du Sensible; nous cherchons donc à mieux comprendre leur expérience singulière et pour ce faire, la recherche qualitative est toute indiquée. Comme la définit Paillé (2009), « L'expression *recherche qualitative* désigne toute recherche empirique en sciences humaines et sociales répondant aux cinq caractéristiques suivantes » (p. 218) : 1) la recherche est construite dans une perspective de compréhension d'un phénomène, 2) elle est ouverte et large dans la manière d'approcher son objet d'étude, 3) la cueillette de données s'opère à partir de méthodes qualitatives, 4) l'analyse est produite qualitativement, « les mots sont analysés directement par l'entremise d'autres mots » (p. 218), 5) il en résulte un récit descriptif ou une théorie.

La recherche qualitative vise à être au plus près de la réalité vécue par les personnes, comme le suggère Paillé (2007) « la recherche qualitative est une méthodologie de la proximité » (p. 432). Elle permet pour Van der Maren (1995) de « comprendre et cherche même à comprendre de l'intérieur » les phénomènes (p. 103). Selon Paillé (2007), la recherche qualitative est une forme de recherche où la créativité du chercheur peut s'exprimer en toute liberté, mais il faut cependant être au courant que « cela implique une certaine part de tâtonnements et parfois des erreurs à répétition qui obligent à consacrer du temps au raffinement d'un système de classement ou d'annotation » (p. 413-414). Le même auteur fait aussi une mise en garde pour les chercheuses et chercheurs en quête de certitudes au sein de la recherche qualitative, car selon lui, ils seront déçus : « La première déception risque

de venir des attentes de trouver une tradition claire et précise de la méthodologie qualitative » (*Ibid.*, p. 421).

Les racines de notre posture épistémologique sont multiples. En effet, comme nous allons le voir plus tard, nous sommes intéressée à saisir la réalité des actrices et acteurs en interaction avec leur milieu, point de vue sur lequel se fonde l'interactionnisme. Nous sommes aussi intéressée à mieux appréhender l'expérience telle que vécue par la personne, avec la phénoménologie, « comme science rigoureuse la science qui s'appuie sur l'expérience vécue » (Paillé, 2007, p. 423). Dans la section 3, nous présentons nos modes de collecte d'informations ainsi que les postures interactionniste et phénoménologique y étant reliées avec plus de profondeur. Les différents appuis épistémologiques de la recherche qualitative teintent autant la posture du chercheur, les techniques de collecte des données que les méthodes d'analyse que nous présentons dans les sections à venir. La prochaine section développe l'optique compréhensive de notre posture de recherche.

1.1 Une optique compréhensive

Notre projet s'inscrit dans une perspective épistémologique de type compréhensif : mieux comprendre le phénomène à partir du point de vue des actrices et acteurs. La compréhension du rapport que les médecins entretiennent avec leur corps et les effets de ce rapport sur la perception de leur propre santé et de la santé en général sont au cœur de notre questionnement. Comme le rapportent Pourtois et Desmet (2009) à propos de Dilthey et des sciences humaines : « Le but de ces sciences, annonçait-il déjà, n'est pas d'expliquer mais de comprendre, contrairement à ce qui se produit dans les sciences de la nature » (p. 71). La recherche qualitative ne cherche pas à vérifier un modèle théorique mais plutôt à comprendre les phénomènes d'une réalité psychologique et sociale.

Cette posture cherche à s'approcher au mieux de la réalité humaine propre à chaque individu ou groupe humain, les faits humains étant porteurs d'une signification singulière pour chaque acteur social. L'approche compréhensive « postule [...] la possibilité qu'a tout homme de pénétrer le vécu et le ressenti d'un autre homme » (Mucchielli, 2009a, p. 24). Cette quête d'accès au vécu d'autrui s'appuie sur des habiletés d'empathie permettant la saisie intuitive de certains signifiants porteurs de sens pour les actrices et acteurs interrogés, tout en considérant le contexte en présence. « En effet, l'objet ne se constitue comme objet signifiant qu'au regard d'une subjectivité située, d'un Moi en situation, la conscience étant toujours “conscience de ...” » (*Ibid.*, p. 25). Cette optique tient compte de l'interdépendance entre l'objet et le sujet : elle prend en considération les perceptions, les sensations et impressions du sujet en lien avec l'objet d'étude. La recherche qualitative cherche à être plus près de la réalité humaine et nécessite par ailleurs que la chercheuse ou le chercheur lui-même ait une posture bien spécifique que nous abordons dans la prochaine section.

1.2 La posture de la chercheuse ou du chercheur

Les chercheuses et chercheurs de différents horizons ayant eu recours aux recherches qualitatives voulaient fondamentalement « se rapprocher au mieux de la vie humaine » (Paillé, 2007, p. 424). Pour ce faire, rien de mieux qu'un humain pour tenter d'appréhender l'expérience humaine. Il semble que les caractéristiques nécessaires à une personne pour faire de la recherche qualitative soient bien particulières, comme le mentionne Paillé (2007) : « Un esprit ouvert et bien formé représente, dans cette optique, un meilleur outil qu'un esprit rempli de connaissances et de certitudes » (p. 421). Non seulement, il doit être ouvert à capter l'expérience de l'autre, il doit aussi être à même de s'ouvrir à « de nouvelles régions de son expérience » (*Ibid.*, 419).

La chercheuse ou le chercheur est l'outil et les yeux par lesquels le phénomène est vu et appréhendé. Il constitue le principal instrument méthodologique de la recherche et y est intimement lié. Il est l'artisan de sa recherche et comme l'exprime Mucchielli (2009b) : « Le phénomène essentiel, c'est que l'instrument de la recherche fait corps avec le chercheur, est entièrement intégré à sa personne » (p. 144). Étant donné la position centrale de la chercheuse ou du chercheur dans la recherche qualitative, il est important qu'il puisse mettre en place des dispositifs lui permettant d'assurer l'objectivation du processus de recherche. À cet effet, Kaufmann (2011) est d'avis qu'une objectivation se construit au fur et à mesure, à partir des instruments conceptuels qui émergent organiquement, et permet de dégager le fond des propos de l'enquête avec un recul, sans toutefois perdre la spontanéité.

La recherche qualitative est une méthodologie proche « de la subjectivité du chercheur » (Paillé, 2007, p. 432). Cette subjectivité permet du même coup de capter et de faciliter l'approche « de la vie dans sa complexité et sa mouvance telle qu'elle se donne et d'appréhende » (*Ibid.*). La prochaine section aborde les différentes manières utilisées pour cueillir les informations du projet.

1.3 Les différentes techniques de collecte d'informations

Les techniques de collecte d'informations dans la recherche qualitative sont, pour Paillé, (2007) « des approches de la réalité humaine et sociale » (p. 419). Les différentes techniques identifiées par Paillé (2009) sont : 1) l'observation (participante ou non), 2) l'entrevue¹⁹ (non directive, semi-directive), 3) l'entretien de groupe, 4) la collecte de documents, 5) le journal de bord, 6) l'introspection, 7) les méthodes projectives, 8) la vidéo, 9) la photo, 10) les productions artistiques. Notre devis de recherche est une enquête faite par entretiens.

¹⁹ Dans notre texte, les termes « entrevue » et « entretien » sont pris comme synonymes et seront utilisés de manière interchangeable.

2. DEVIS DE RECHERCHE

En cohérence avec notre question de recherche et nos objectifs, le devis choisi est celui d'une enquête à partir d'entretiens auprès de médecins ayant suivi une formation aux pratiques du Sensible. Dans cette optique, nos données et nos analyses sont de nature qualitative. La section 4 du présent chapitre fait état du pas à pas de notre recherche.

Selon le *Dictionnaire de psychologie* (Moser, 2011), l'enquête est une « procédure de recherche consistant à recueillir des données verbales auprès de groupes ou échantillons de sujets choisis en fonction d'objectifs précis, dans le but de décrire et d'analyser une situation particulière » (p. 257). Il est important au départ d'identifier les catégories d'observation et le choix des participantes et participants. Nous cherchons à découvrir les convergences et les divergences entre divers participantes et participants afin d'obtenir une bonne validité de la théorisation.

Notre recherche s'intéresse spécifiquement à la complexité des situations, à leurs contradictions, à la dynamique des processus et au point de vue des actrices et acteurs (Pourtois et Desmet, 2009). La manière d'approcher l'objet de la recherche ne vise pas à contrôler le contexte, mais plutôt à s'y plonger pour mieux le saisir dans toute sa complexité au cœur du processus de transformation vécu et rapporté à posteriori par les médecins formés. Notre objet de recherche est de comprendre une possible transformation perçue chez les médecins, sous l'effet de l'apprentissage d'une approche corps / esprit, en l'occurrence les pratiques du Sensible. La transformation rapportée peut se faire sentir dans leur manière de vivre leur vie, par exemple dans leur rapport à leur corps, à leur santé, à la santé en général, et dans leur façon d'entrer en relation avec eux-mêmes et avec les autres.

L'enquête par entretiens est la manière de cueillir l'information qui, selon Blanchet et Gotman (1992), représente « l'instrument privilégié de l'exploration des

faits dont la parole est le vecteur principal » (p. 25). Selon que la recherche vise la compréhension ou la mesure d'un phénomène, l'entretien n'a pas les mêmes objectifs. Comme le précise Kaufmann (2011), à travers la distinction faite par Gotman, l'entretien peut être soit un « support d'exploration » soit « une technique de recueil d'information ». Il poursuit en spécifiant que « l'entretien support d'exploration est un instrument souple aux mains d'un chercheur attiré par la richesse du matériau qu'il découvre » (p. 17). Notre recherche utilise l'entretien comme un support d'exploration afin de mieux saisir un phénomène relativement peu documenté. L'entretien peut aussi être de nature libre, semi structuré ou structuré, selon le type d'informations recherchées. En effet, selon Van der Maren (1995) l'entretien se situe entre la conversation (entrevue libre²⁰) et le questionnaire (entrevue structurée) : « Plus l'information recherchée est personnelle ou intime, plus le style de l'entrevue se rapproche de la conversation : c'est l'entrevue libre » (p. 315), tandis que plus l'information est du domaine quasi publique, plus l'entrevue se rapproche du questionnaire et devient une entrevue structurée. Deux formes d'entretiens sont utilisées dans notre recherche pour avoir accès à l'expérience des participantes et participants. Les deux types d'entretiens font l'objet de la prochaine section en situant la posture épistémologique propre à chacun.

3. DEUX TYPES D'ENTRETIEN : DEUX POSTURES ÉPISTEMOLOGIQUES

Dans la prochaine section, nous présentons deux postures épistémologiques en lien avec deux types d'entretiens (compréhensif et d'explicitation) qui sont tous les deux utilisés pour mener à bien notre recherche.

²⁰ Entrevue libre : « Entre l'entrevue libre, appelée aussi non-directive, et l'entrevue structurée, qui ressemble à une liste de questions demandant des réponses ouvertes, à développement, on retrouve diverses variantes comme l'entrevue clinique » (Van der Maren, 1995, p.315).

3.1 La posture interactionniste (l'entretien compréhensif)

Le premier type d'entretien, l'entretien compréhensif, prend toute sa pertinence au sein de la posture interactionniste propre au courant qualitatif :

A minima le regard interactionniste considère le monde social comme une entité processuelle, en composition et recomposition continues à travers les interactions entre acteurs, les interprétations croisées qui organisent ces échanges et les ajustements qui en résultent (Morrisette, Guignon et Demazière, 2011, p. 1).

Les données recueillies par entretiens de type compréhensif « permettent d'accéder aux mondes vécus et de comprendre les schémas interprétatifs des acteurs » (*Ibid.*, p. 3). En fait, la posture interactionniste donne à saisir toute la complexité de la diversité des transactions que ce soit les « transaction en soi (recherche de cohérence biographique), transaction entre soi et autrui (dans le cadre de la situation), et transaction entre ceux qui sont engagés dans le cadre de la situation et les environnements qui leur sont extérieurs » (Charmillot et Dayer, 2007, p. 134-135). Cette posture met en lumière les effets des interactions.

Il est évident, à tout le moins dans une perspective interactionniste, que les relations avec autrui sont des lieux de production de signification biographique et des instances de production des parcours personnels, dans lesquels différentes sources et ressources sont mobilisées au titre de marqueurs plus ou moins légitimes ou discutés (*Ibid.*, p. 65).

La posture interactionniste est bien adaptée à notre recherche, car elle permet d'ouvrir sur l'expérience des médecins dans leur parcours de formation et de pratique. Il nous apparaît important de bien saisir l'impact des rapports, des interactions et du contexte sur les participantes et participants. Comme nous le voyons dans la prochaine partie, l'entretien compréhensif est une des voies d'accès à l'expérience des participantes et participants.

3.1.1 *L'entretien compréhensif*

L'entretien compréhensif cherche à rendre intelligible la façon dont le sujet construit sa réalité, autant du point de vue de sa propre construction comme sujet que de son inscription dans le monde. Cette conception de l'entretien s'appuie sur la démarche compréhensive qui a la conviction :

que les hommes ne sont pas de simples agents porteurs de structures mais des producteurs actifs du social, donc des dépositaires d'un savoir important qu'il s'agit de saisir de l'intérieur, par le biais du système de valeurs des individus; elle commence donc par l'intropathie (Kaufmann, 2011, p. 24).

Ce type d'entretien cherche l'accès vers la réalité du sujet. Ce dernier constitue un des pans de la réalité, étant donné les multiples visages d'une même réalité, selon la manière de l'approcher et selon les individus l'ayant vécue.

3.1.2 *Le vécu du sujet*

Comme notre objectif est de comprendre et d'interpréter le vécu du médecin au sein de l'expérience de formation aux pratiques du Sensible et les effets ultérieurs de cette formation, il est impératif que l'entretien lui permette de s'exprimer. L'entretien compréhensif offre aux participantes et participants la possibilité de pouvoir exprimer librement le fruit de leur expérience. Ainsi, l'entretien devient l'outil pour accéder à l'intériorité de la personne pour mieux la saisir dans son processus de transformation ou dans ce qu'elle est. La nature des données peut varier : « les données d'expérience, les représentations, les définitions de la situation, les opinions, les paroles, le sens de l'action et des phénomènes » (Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer et Pires, 1997, p. 105).

Selon le type d'entretien, les données recueillies sont de nature différente. En effet, les entretiens de type

sociologique, psychosociologique ou biographique par exemple visent à comprendre l'expérience de la condition humaine de manière générale. Il donne accès, aux récits d'événements vécus, aux perceptions, opinions, jugements, représentations et états affectifs relatifs aux thématiques investiguées (Forget et Paillé, 2012, p. 72).

L'entretien compréhensif donne accès partiellement à la façon dont le sujet raconte des portions de sa vie qu'il choisit de relater aux chercheuses et chercheurs, au sens qu'il donne à son expérience et, dans une plus large mesure, aux représentations qu'il se fait de sa vie, de son vécu.

3.1.3 Le sujet en interaction

L'entretien compréhensif donne accès autant au vécu des sujets qu'aux interactions ayant eu des incidences sur leur vécu. Dans notre recherche, il sera important d'être attentif à l'interaction des médecins ayant été formés avec les formateurs et formatrices des pratiques du Sensible, les pairs de formation, les collègues en médecine non formés, les patientes et patients. Comme l'exprime Demazière (2011) :

Aussi, réintroduire plus spécifiquement l'interaction, c'est en quelque sorte faire un effort de contextualisation des biographies et des procédés interprétatifs mis en jeu par les acteurs au cours des interactions les plus significatives et les plus marquantes de leur point de vue (p. 80).

Toutefois, ce type d'entretien demande certaines conditions et qualités de la part de l'intervieweur. Dans la prochaine section, nous spécifions les conditions et les qualités qui enrichissent les résultats de l'entretien.

3.1.4 Les conditions à installer pour maximiser les retombées de l'entretien

La posture de la chercheuse ou du chercheur effectuant l'entretien est adaptée aux types d'entretien qu'il privilégie : factuel avec des informations

sociodémographiques ou plus en profondeur avec des informations reliées à son processus de transformation intérieure. À l'inverse du questionnaire où la distance est de mise, l'entretien cherche l'ouverture qui remplace l'habituelle retenue de l'enquêteur²¹, comme l'explique Kaufmann (2011) : « La retenue de l'enquêteur déclenche une attitude spécifique chez la personne interrogée, qui évite de trop s'engager : à la non-personnalisation des questions fait écho la non-personnalisation des réponses » (p. 18). Dans une optique compréhensive, l'enquêteur cherche plutôt à provoquer l'engagement de celui qui est questionné, et ce, en s'engageant activement dans les questions.

Comme l'explique le même auteur, la confiance établie avec l'enquêteur permet un plus haut degré d'implication de l'informateur. C'est également l'avis de Poupart *et al.* (1997), lorsqu'ils écrivent : « Encore faut-il qu'[il] se sente assez en confiance pour accepter de “ vraiment parler ”, autre principe jugé primordial à la réussite de l'entretien » (p. 190). L'intervieweur installe ainsi des conditions pour avoir accès à la profondeur de l'expérience : « c'est en approfondissant le caractère expérimental de la situation que les couches les plus profondes de la vérité peuvent être atteintes » (Kaufmann, 2011, p. 61). En plus des conditions à installer par l'enquêteur, ce dernier doit aussi avoir certaines qualités pour une meilleure réussite de l'entretien. Nous verrons quelques qualités dans la section qui suit.

3.1.5 Les qualités de l'intervieweur

L'engagement et la confiance dans la relation entre l'interviewé et l'intervieweur sont des ingrédients essentiels pour permettre d'entrer dans une communication qui donne accès à une richesse de contenu. Une relation générant l'engagement et la confiance doit être établie par l'enquêteur. Cela exige de ce dernier certaines qualités pour pouvoir tirer le maximum de l'entretien. Poupart *et al.* (1997) considèrent qu'« un premier principe jugé fondamental dans l'art de bien faire

²¹ Dans notre texte, les termes « enquêteur » et « intervieweur » sont interchangeables.

parler les autres se rapporte à l'importance d'obtenir la collaboration de l'interviewé » (p. 186). La base de l'entretien est d'établir d'abord le lien avec l'informateur. Par la suite, l'intervieweur doit avoir une certaine qualité d'écoute et d'empathie pour entrer en lien avec l'informateur à un tel point que ce dernier « est surpris de se sentir écouté en profondeur et il se sent glisser, non sans plaisir, vers un rôle central. Il n'est pas vaguement interrogé sur son opinion, mais parce qu'il possède un savoir, précieux, que l'enquêteur n'a pas » (Kaufmann, 2011, p. 47).

Il faut aussi trouver dans la conversation le bon ton et sortir d'une hiérarchie qui crée une distance entre les deux personnes : « Le but de l'entretien compréhensif est de briser cette hiérarchie, le ton à trouver est beaucoup plus proche de celui de la conversation entre deux individus égaux que du questionnement administré de haut » (*Ibid.*, p. 47). L'intervieweur arrive à trouver le bon style de conversation et permet de bavarder autour du sujet sans toutefois perdre de vue les objectifs de l'entretien, comme le décrit Kaufmann (2011) : « Pour atteindre les informations essentielles, l'enquêteur doit en effet s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation : l'entretien est un travail, réclamant un effort de tous les instants » (*Ibid.*, p. 47).

En plus de trouver le bon ton dans la conversation, l'intervieweur doit aussi mettre de côté ses propres croyances et jugements sur ce que peut dire son informateur pour ainsi créer une ambiance plus propice aux confidences par une grande ouverture aux propos. Selon Kaufmann (2011) :

Pour parvenir à s'introduire ainsi dans l'intimité affective et conceptuelle de son interlocuteur, l'enquêteur doit totalement oublier ses propres opinions et catégories de pensée. Ne penser qu'à une chose : il a un monde à découvrir, plein de richesses inconnues (p. 51).

L'auteur poursuit en ajoutant : « S'il veut vraiment comprendre, l'enquêteur doit parvenir à se dépouiller de toute morale; il reprendra ses idées une fois l'entretien

terminé » (*Ibid.*, p. 51). L'enquêteur doit trouver en lui un lieu de parfaite neutralité afin de pouvoir accueillir toute l'information que la participante ou le participant peut lui soumettre. Dans ce lieu d'accueil sans jugement, l'informateur est plus à même de se livrer réellement et d'avoir accès à son expérience et, comme l'expriment Poupart *et al.* (1997), « plus le discours est spontané, moins il risque d'être teinté de celui du chercheur, permettant ainsi de se rapprocher de l'idéal recherché, celui d'un discours "vrai" » (p. 191).

Le métier d'intervieweur nécessite des connaissances, en plus d'être un art à maîtriser dans la manière de faire et d'interpeller l'informateur au fur et à mesure de l'entretien. Comme l'exprime à nouveau Kaufmann (2011) :

Pour cela, l'élément clé est la formulation des questions : il doit trouver la bonne question. Non pas poser une question pour poser une question, mais trouver la meilleure, à chaque instant du déroulement de l'entretien. La meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur (p. 48).

Lorsque la spontanéité est au rendez-vous et que l'informateur se livre librement, l'enquêteur est présent au déroulement et les questions s'enfilent les unes derrière les autres de manière naturelle. Dans ces moments magiques de l'entretien, la dynamique de révélations est très riche et l'informateur entraîne l'enquêteur hors de sa grille d'entretien. « [Si l'enquêteur] juge qu'il reste dans le sujet, il a tout intérêt à se laisser entraîner dans ce parcours imprévu » (*Ibid.*, p. 49). Plusieurs qualités humaines contribuent à la réussite de l'entretien compréhensif et peuvent faire l'objet d'une formation. La prochaine section expose la formation de la chercheuse.

3.1.6 La formation à l'entretien compréhensif

L'encadré suivant présente les formations auxquelles la chercheuse a participé afin d'assurer la bonne conduite des entretiens.

Encadré 1 – Formation à l’entretien compréhensif

Je n’ai suivi aucune formation spécifique à l’entretien compréhensif. Toutefois, à titre d’étudiante libre, j’ai suivi à deux reprises le cours de deuxième cycle Fondements de l’analyse qualitative (ÉDU 710), de la faculté d’Éducation de l’Université de Sherbrooke. L’entretien compréhensif a été abordé durant cette formation, ainsi que le guide d’entretien nécessaire à cet exercice. La formation à l’entretien d’explicitation est aussi une base sur laquelle je m’appuie pour l’entretien compréhensif, voir l’encadré 2.

Suite à mes entretiens exploratoires, j’ai fait une autocritique de mes entretiens, et une personne de mon équipe de direction a commenté mes entretiens et mes observations. Cette étape a été importante pour me permettre de faire des intégrations et d’aborder différemment les questions, afin d’influencer le moins possible les participantes et le participant. Par la suite, j’ai aussi corrigé les entretiens transcrits des étudiants inscrits au cours sur les fondements de l’analyse qualitative avant mes propres entretiens. Ce fut très formateur de constater les différences entre les entretiens et d’aiguiser mon œil à la qualité du déroulement de l’entretien.

Mes cinq années de formation en fasciathérapie et en somato-psychopédagogie ainsi que les formations continues suivies pendant plus d’une dizaine d’années ont été des lieux formateurs où les connaissances et compétences acquises recourent à plusieurs égards les qualités requises par ce type d’entretien. En effet, la confiance dans le lien thérapeutique, la qualité d’écoute, l’empathie et la qualité relationnelle sont autant de thèmes abordés dans la formation à l’entretien relatif à l’expérience corporelle.

3.1.7 Le guide d’entretien

Le guide d’entretien constitue l’outil de base pour élaborer la mise en œuvre d’un entretien semi structuré. Comme l’expose Kaufmann (2011) : « C’est un simple guide, pour faire parler les informateurs autour du sujet, l’idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème » (p. 44). Le guide vise à atteindre les objectifs de la recherche, dans notre cas, le lien avec le rapport au corps des médecins, le rapport à leur santé, les représentations de la santé et leur pratique. Le guide est un garde-fou qui veille sur la cohérence « en renforçant ce qui est central, en contrôlant ce qui est périphérique, en éliminant sans faiblesse ce qui est superflu » (*Ibid.*, p. 45). Il est une structure de base qui permet de dégager les thèmes centraux et, pour chacun d’entre eux, en faire ressortir tous les sous-thèmes y étant reliés, et ce, par des relances qui amènent à couvrir le thème.

Selon Paillé (1991), la préparation du guide d’entretien nécessite une démarche systématique en six étapes : 1) l’élaboration du premier jet, 2) le regroupement thématique, 3) la structuration interne des thèmes, 4)

l'approfondissement des thèmes, 5) l'ajout des probes et 6) la finalisation du guide. Comme son nom l'indique, c'est un guide qui parfois, peut être mis de côté, notamment lorsque l'entretien roule dans la bonne direction, naturellement, sans avoir besoin de recadrage. Sa rédaction n'est pas faite sous forme de questions, mais plutôt de phrases de rappels qui obligent l'intervieweur à formuler ses questions en direct. Une section du guide s'adresse particulièrement à des questions socio-démographiques : 1) l'âge d'obtention du diplôme en médecine, 2) la spécialité d'étude, 3) le parcours de formation depuis l'obtention du diplôme et 4) la trajectoire professionnelle de la personne participant au projet de recherche. Cette section permet de reconstituer leurs récits de formation et de pratique professionnelle depuis l'obtention de leur diplôme en médecine. Ce guide est un outil évolutif qui est adapté au fur et à mesure des entretiens. Le guide d'entretien original est présenté à l'annexe 1, et celui adapté suite aux entretiens exploratoires est présenté à l'annexe 2.

3.2 La posture psycho-phénoménologique (l'entretien d'explicitation)

Dans la prochaine sous-section, nous définissons succinctement la phénoménologie pour mieux comprendre sur quelle base théorique s'appuie l'entretien d'explicitation, deuxième type d'entretien, et appréhender avec plus de justesse la posture psycho-phénoménologique.

3.2.1 Qu'est-ce que la phénoménologie?

La phénoménologie se « définit comme une volonté de s'en tenir aux phénomènes, seule réalité dont nous disposons, et de les décrire tels qu'ils apparaissent, sans référence à une théorie explicative ni à des causes » (Mucchielli, 2009a, p. 25). Dans une autre définition proposée par Giorgi (1997), l'auteur identifie en plus l'enjeu de la conscience : « phénoménologie signifie "science des phénomènes", c'est-à-dire l'étude systématique de tout ce qui se présente à la

conscience, exactement comme cela se présente » (p. 341-342). La conscience²² est ce par quoi passe le phénomène pour venir vers nous. Elle a un rôle central dans la phénoménologie et comme l'exprime Giorgi (1997) :

On la définit donc [la conscience] comme le moyen d'accès à tout ce qui se donne dans l'expérience puisqu'il n'est rien qui puisse être dit ou à quoi on puisse se rapporter qui n'inclue implicitement la conscience. Selon le point de vue phénoménologique, ainsi, il est plus rigoureux de reconnaître le rôle de la conscience et d'en tenir compte que de l'ignorer (p. 343).

La phénoménologie fait référence aux phénomènes qui viennent à la conscience du sujet; elle réfère donc à la totalité des expériences vécues et devenues réflexivement conscientes chez ce dernier. Encore plus spécifiquement, le phénomène peut se définir « comme la présence de cela même qui est donné exactement comme cela est donné ou ressenti » (*Ibid.*, p. 344). La phénoménologie attache de l'importance aux phénomènes vécus subjectivement par l'analyse des intuitions et des présences, et non au sens objectif. La phénoménologie ne prend rien pour acquis et cherche à avoir accès aux expériences vécues du point de vue du sujet; elle ne s'appuie donc sur aucune théorie ou a priori à propos des phénomènes étudiés. Elle est radicale dans cette posture et totalement ouverte à tous les possibles, en dehors de toute forme de déterminisme. Comme le rappelle Giorgi (1997) :

²² Le *Dictionnaire de psychologie* définit la conscience de la façon suivante : « Le concept de conscience porte une triple signification, morale, métaphysique et psychologique. Le sens moral est associé au mot conscience depuis l'Antiquité : la conscience est un principe intellectuel qui nous permet d'apprécier la différence entre le bien et le mal et garantit l'exercice du libre arbitre. Le sens métaphysique, déjà en germe à la période hellénistique, voit son avènement à la fin de la période médiévale dans des courants de pensée au sein desquels émerge ce que certains historiens ont appelé "vie privée" et d'autres "individualisme possessif". Il renvoie à l'aperception par laquelle l'homme se connaît lui-même dans une vision intérieure. Aux XVII^e et XVIII^e siècles se dégage le sens psychologique, où l'esprit se définit par la conscience, instrument non équivoque de la connaissance du monde comme de soi, accessible par l'introspection » (2011, p. 147-148). C'est à cette dernière acception que nous adhérons.

Elle se limite à une description exclusive de la façon dont le contenu du phénomène se présente tel qu'en lui-même. Paradoxalement, on pourrait dire que la perspective théorique de la phénoménologie est athéorique, et c'est pourquoi elle est radicale (p. 343).

La posture psycho-phénoménologique est tout indiquée pour notre projet de recherche qui veut décrire les retombées de la formation aux pratiques du Sensible chez des médecins à partir de la description de leur vécu. Nos intentions sont d'ouvrir l'accès à l'expérience d'apprentissage, sans aucune visée de contenu théorique et conceptuel. Comme nous le constatons dans la prochaine partie, l'entretien d'explicitation est la voie d'accès royale au cœur du vécu des participantes et participants.

3.2.2 Un regard spécifique sur la relation au monde

La phénoménologie amène un regard spécifique sur le rapport au monde : l'objet ne peut être vu et appréhendé sans son rapport au sujet qui entre en relation avec lui. La conscience d'un sujet se pose sur l'objet, l'un ne va pas sans l'autre. Giorgi (1997) nous explique cette conception du monde en ces mots :

Plus précisément, la conscience tend toujours à investir un objet et cet objet transcende toujours l'acte par lequel il apparaît. Cette idée est importante pour les sciences humaines puisqu'elle permet de dépasser la compréhension cartésienne de la relation sujet-objet. Il n'y a pas deux entités indépendantes, il n'y a pas d'objets et des sujets qui existent en eux-mêmes pour ensuite se relier les uns aux autres; le sujet ne peut avoir de sens que dans sa relation avec l'objet et de même, l'objet suppose en soi d'être relié à la subjectivité. La relation sujet-objet doit donc être comprise d'un point de vue structurel et global. On peut les distinguer mais non les séparer (p. 344-345).

En effet, il semble clair que la relation entre le sujet et le monde est indissociable pour les tenants de la phénoménologie et l'analyse des phénomènes doit en tenir compte. Dans cette perspective, « être un sujet signifie être déjà relié au

monde, et toute analyse du monde suppose, au moins implicitement, un sujet ou une conscience pour laquelle le monde est » (Giorgi, 1997, p. 345). La conscience prend en compte le système « soi-monde-autrui intégrés », « sans rien ajouter ou retrancher : voilà ce qu'on entend strictement par "phénomène" » (*Ibid.*, p. 345). Giorgi (1997) fait la distinction entre le « réel » et le phénomène qui s'offre à la personne par sa conscience en spécifiant que tout donné « doit être compris comme phénomène et non comme existant réel » (*Ibid.*, p. 345).

Cette conception indissociable du sujet et de l'objet nous ramène dans une certaine mesure à la médecine intégrative qui cherche à prendre soin de la santé de la personne d'une manière globale en tenant compte de sa complexité et de son environnement. Elle exige d'arrêter de séparer l'humain pour mieux le comprendre dans sa globalité. La phénoménologie est à plusieurs égards apparentée à la médecine intégrative.

La prochaine sous-section définit la méthode phénoménologique en trois étapes intimement liées : la réduction phénoménologique, la description et la recherche des essences.

3.2.3 Les incontournables de la phénoménologie

La méthode phénoménologique se caractérise par une manière d'observer le monde où l'on tente de comprendre comment ce dernier se donne à voir par la conscience d'un individu. Cependant, ce n'est pas parce que l'objet EST pour le sujet qu'il existe vraiment. Il est plus juste d'affirmer que l'objet se présente à soi comme tel, en faisant ressortir le caractère singulier de son existence. La réduction phénoménologique, ou *epochè*, en tant que première étape, consiste en une mise entre parenthèses. Cette attitude revient :

d'une part, à mettre entre parenthèses les connaissances passées relatives à un phénomène afin de l'appréhender en toute innocence

et de le décrire exactement tel qu'on en a l'intuition (ou l'expérience) et, d'autre part, à retenir tout indice existentiel, autrement dit considérer ce qui est donné uniquement comme il est donné, à savoir une présence ou un phénomène (Giorgi, 1997, p. 347).

Très imbriquée dans la précédente, la seconde étape s'attarde à la description du phénomène. « Décrire signifie attribuer une expression linguistique à l'objet d'un acte donné exactement tel qu'il apparaît au-dedans de cet acte » (*Ibid.*, p. 349). La description se veut une manière de rester à proximité des faits pour la personne qui a vécu l'expérience. Comme le mentionne Giorgi (1997), « la description renvoie à la façon dont le sujet a interprété la situation, mais non qu'elle était véritablement ce qu'il pensait qu'elle était » (p. 352). Elle est une manière d'avoir accès aux phénomènes de l'intérieur, tandis que l'explication, la construction et l'interprétation cherchent plutôt des manières de rendre compte du phénomène mais extérieurement. Dans cette perspective, on se limite au donné du phénomène parce qu'« une description suffisamment riche comporte par elle-même une explication du phénomène » (*Ibid.*, p. 350).

Dans une troisième et dernière étape, nous cherchons l'essence du phénomène, son sens. Husserl, le fondateur de la phénoménologie, propose de saisir le sens en utilisant la méthode qu'il nomme la variation libre et imaginaire. Cette méthode tente de faire ressortir du phénomène ce qui est invariable, ses caractéristiques essentielles. Giorgi (1997) mentionne que : « L'essence représenterait plutôt ce qui, comme sens, se maintient le plus durablement dans un contexte donné » (p. 351).

La phénoménologie ne s'intéresse pas directement aux faits. La perspective phénoménologique cherche la signification ou l'essence de ces faits. Giorgi (1997) l'explique comme suit : « L'expression des résultats ne renvoie pas aux faits mais seulement aux significations exprimées par les faits, significations qui, en principe, auraient pu être exprimées par d'autres faits » (*Ibid.*, p. 361).

3.2.4 *La posture psycho-phénoménologique*

La posture psycho-phénoménologique s'inscrit dans un courant où une nouvelle orientation phénoménologique est donnée dans un but psychologique : « Il est donc important de remarquer que la relation entre la psycho-phénoménologie et la phénoménologie husserlienne n'est pas une continuité, mais plutôt de l'ordre de l'interprétation d'une démarche philosophique dans un but psychologique » (Borde, 2009, p. 3).

La psycho-phénoménologie se base sur des données empiriques qui ont formé un corpus de base et ont permis d'élaborer une méthodologie rigoureuse ayant été mise à l'épreuve scientifiquement par des chercheuses et chercheurs chevronnés dans le domaine. La posture psycho-phénoménologique est en quête du point de vue en première personne (où le sujet se questionne lui-même) ou du point de vue en deuxième personne (où l'intervieweur questionne le sujet sur son expérience). Vermersch (1996) a développé une méthode de recherche, l'entretien d'explicitation, pour appréhender et accéder à l'expérience subjective. Et comme le mentionne Borde (2009), cette idée n'est pas nouvelle :

L'idée de base de la psycho-phénoménologie est présente dès les débuts de la psychologie scientifique, chez William James ou chez Alfred Binet : la psychologie s'intéresse à la subjectivité et cherche à s'en informer de la seule façon possible, en demandant au sujet de décrire lui-même le contenu de son expérience (p. 2).

Vivre l'expérience subjective est facile et spontané; il s'agit d'être en vie pour qu'elle se donne. Toutefois, décrire et analyser l'expérience en première ou en deuxième personne est une expertise qui doit être développée (Vermersch, 1996). Comme l'exprime Vermersch (1996) :

En matière d'expérience subjective, la rupture épistémologique (au sens de Bachelard) qui distingue le réalisme naïf préscientifique et l'élaboration de connaissances scientifiques passe par la prise de conscience, contre intuitive, que l'accès, la description, l'analyse de l'expérience subjective sont le produit d'une démarche experte, médiante, élaborée, s'apprenant non sans difficulté, s'exerçant et se perfectionnant sur plusieurs années (p. 5).

Il nous faut donc « repousser la limite de l'observable [par] un recueil de données concernant la face privée de la conscience » (Borde, 2009, p. 2). Le projet de la psycho-phénoménologie est d'établir une méthodologie qui donne la possibilité d'atteindre l'expérience subjective visant le niveau de l'apparaître. Le but visé est d'atteindre la face cachée de l'expérience pour autrui, et ce, en faisant appel au sujet de l'expérience pour mieux la connaître et la comprendre. À un autre niveau encore plus profond, il s'agit d'avoir accès à la face cachée de l'expérience pour le sujet lui-même. En effet, l'expérience peut non seulement être consciente ou inconsciente, elle peut aussi se situer dans l'inconscient pour le sujet qui l'a vécue mais être consciente et accessible dans un certain aspect de l'expérience. « Notre expérience subjective nous est aussi familière qu'un paysage, mais ce qu'un géologue, un géographe, un botaniste, etc. pourraient nous aider à y reconnaître est à la fois déjà là devant nos sens et en même temps invisible » (Vermersch, 1999, p. 15). Le pré-réfléchissement permet d'opérer la conscientisation de ce qui est conscientisable, comme le soutient Vermersch (1999) :

c'est-à-dire des informations qui ne sont pas actuellement conscientes (par manque de prise de conscience, et pas nécessairement pour des raisons de censure comme dans le modèle freudien) mais qui peuvent le devenir moyennant une activité particulière et nous le verrons plus loin, à l'aide d'une médiation intersubjective (*Ibid.*, p. 14).

Cette méthodologie d'opération du réfléchissement permet de donner accès à l'expérience et d'en être conscient. Cette opération crée une réalité psychologique qui n'existait pas avant à la conscience de la personne (Vermersch, 2010). En effet, tout

porte à croire que le sujet est manquant à un certain niveau de l'expérience comme l'exprime Vermersch (2010) :

S'il y a passage d'un non-conscient à une conscience, ce n'est pas un passage de rien à un existant, mais le passage d'un existant ne contenant pas JE à un existant qui le contient. Autrement dit, il y a une conscience non consciente d'elle-même et une conscience réfléchie qui l'est (p. 74).

L'entretien d'explicitation permet au sujet qui s'y prête de devenir plus sujet de son expérience. Ce type d'entretien enrichit la conscience et permet au sujet de l'expérience de devenir plus sujet de sa vie. L'entretien d'explicitation est une approche en cohérence avec la médecine intégrative qui invite à plus de conscience et à devenir plus sujet de sa vie ainsi que de sa santé. Comme le mentionne son fondateur, cette mise en mot de l'expérience par le réfléchissement est un savoir expérientiel : « Je cherche ainsi à le distinguer du concept d'expérience qui tend à se confondre avec celui de vécu. Le vécu au moment même où il est vécu n'est pas nécessairement expérience » (*Ibid.*, p. 83).

L'approche phénoménologique est d'une aide précieuse pour avoir accès à l'expérience vécue. L'*epochè*, outil de la réduction phénoménologique, en est un bon moyen. Il constitue l'acte de suspension. « Il s'agit en fait de suspendre la croyance naturelle que nous partageons habituellement, dans le fait que le monde existe tel qu'il nous apparaît » (Borde, 2009, p. 3). L'*epochè*, moment de suspension, permet dans un premier temps « que le geste réfléchissant s'initie » et dans un deuxième temps d'habiter l'instant « d'attente à vide », là où rien n'est encore conscientisé. L'*epochè* permet aux premières impressions d'être le premier pas « pour que le remplissement puisse s'opérer » (Vermersch, 1999, p. 14). La psychophénoménologie est la posture sur laquelle prend appui l'entretien d'explicitation, lequel représente la forme d'entretien par excellence donnant accès à un niveau de vécu subjectif et incarné.

3.2.5 L'entretien d'explicitation

Comme l'exprime Vermersch (2010), l'entretien d'explicitation « est le produit de la formalisation d'une pratique empirique » (p.19). Il est aussi le fruit d'une réflexion d'un chercheur qui a œuvré dans plusieurs domaines : l'étude du déroulement de l'action comme source d'inférences pour l'analyse du fonctionnement intellectuel, les théories de la prise de conscience de Piaget, la méthodologie de l'observation et de l'exploitation des traces et des observables. Par ailleurs, l'entretien d'explicitation a été influencé par les différents auteurs en psychologie du début du siècle.

L'entretien d'explicitation permet de mieux comprendre l'action. En effet, l'action constitue en elle-même une connaissance autonome. Toute action peut contenir des savoirs appris, mais elle est aussi le fruit d'une connaissance inconsciente. L'entretien d'explicitation permet une description explicite de l'action. « Mettre à jour cet implicite de façon à obtenir une description détaillée du déroulement de l'action, c'est ce qui a donné son nom à la technique que j'ai développée : l'entretien d'explicitation (de ce qui reste implicite dans l'action)» (*Ibid.*, p. 18).

Vermersch (2010) définit trois objectifs à l'entretien d'explicitation : 1) aider l'intervieweur à s'informer, 2) aider l'élève à s'auto-informer et 3) lui apprendre à s'auto-informer. Cette pratique d'entretien est très singulière et exige une formation pour l'intervieweur afin de capter les finesses de l'accompagnement qui maintiennent le sujet de l'entretien dans sa vie interne.

La compétence experte consiste à canaliser l'interviewé tout en maintenant une qualité de relation dans l'ouverture et la confiance. Ce n'est possible que parce que toutes les interventions canalisantes du guide ramènent le formé vers lui-même. Ce sont des interventions directives certes, mais dirigées vers le vécu du sujet, qui le rapprochent tout le temps de son propre vécu, de sa propre

présence à un vécu. C'est, en fait, de manière indirecte, une démarche très identitaire, dans la mesure où elle centre tout le temps le formé sur son vécu et, qui est là pour vivre ce vécu, sinon le sujet lui-même? (*Ibid.*, p. 54).

Pour la personne questionnée, le guidage de l'intervieweur constitue un support de trajectoire vers sa vie intérieure, une forme de géolocalisation interne permettant d'indiquer la marche à suivre, non pour se rendre dans un lieu physique extérieur, mais plutôt dans un lieu intérieur de la personne, dans elle-même.

3.2.6 Une formation nécessaire

Vermersch spécifie clairement que l'entretien d'explicitation est contre intuitif et nécessite non seulement une formation, mais un temps d'intégration et de pratique. L'encadré 2 détaille les formations auxquelles a assistées la chercheuse.

Encadré 2 – Formation à l’entretien d’explicitation

Mon parcours de formation s’est étalé sur une période de plus de cinq ans et cumule plus d’une trentaine de jours de formation. Mon premier contact avec l’entretien d’explicitation s’est fait dans un stage d’initiation de quatre jours en novembre 2006. Ce fut un stage intéressant pour ma propre transformation, mais où les applications n’ont pas été très nombreuses par la suite. Dans le cadre de ma thèse, j’ai ensuite décidé de faire le stage de base officiel d’entretien d’explicitation de cinq jours avec Pierre Vermersch à Paris en novembre 2010. Dans ce deuxième contact avec cette approche, j’ai vraiment senti le côté contre intuitif de ce type de questionnement.

Par la suite, j’ai décidé d’approfondir ce type d’entretien et, entre les mois de mai et juillet 2011, j’ai suivi trois formations de cinq jours avec le fondateur : entretien d’explicitation II, auto-explicitation et supervision d’un stage de base en explicitation. Dans les mois qui ont suivi cette formation, j’ai fait des applications pratiques dans mon enseignement et dans des accompagnements privés. J’ai refait à nouveau, au mois de mai 2012, le stage d’auto-explicitation de cinq jours, la semaine précédant mes deux entretiens exploratoires, avec l’idée d’être plus en proximité avec l’état propre à ce type de rencontre.

L’immersion répétée dans l’ambiance de cette approche a vraiment eu des effets sur ma capacité d’entretenir ce type de questionnement intérieur. Elle m’a également permis, autant personnellement que professionnellement, de laisser venir la vie tout en demeurant présente à ce qui est. Ces formations ont beaucoup contribué à m’informer sur les attitudes que j’entretenais. Comme le précise Vermersch (2010) : « il est autant nécessaire pour la personne de découvrir ses attitudes et d’apprendre à se réguler dans le cadre de la relation que de savoir formuler des questions pertinentes » (p. 171). Ces différentes prises de conscience représentent des occasions, autant pour l’intervieweur que pour l’interviewé, d’apprendre sur lui-même. Cet espace d’apprentissage n’est pas sans conséquence « sur l’identité personnelle et professionnelle, sur les valeurs et les objectifs qui sous-tendent les choix professionnels » (Vermersch, 2010, p. 171).

J’ai eu à cœur de bien saisir et maîtriser ces outils de cueillette d’informations et l’analyse pour que mes résultats de recherche ne soient pas le reflet de mon incompetence, mais bien le fruit des résultats de la recherche en elle-même. Selon Vermersch (2010), il ne s’agit pas de simplement maîtriser la capacité de questionner avec cette modalité d’entretien, mais il faut aussi que l’intervieweur développe l’habileté « à repérer ce qu’il est judicieux de faire détailler » (p. 178).

3.2.7 Les conditions de réalisation

Une des premières conditions de réalisation de cette forme d’entretien est d’être en mesure de réaliser que l’interviewé est bel et bien dans la verbalisation de l’action. La technique d’entretien se trouve dans l’art d’amener le sujet dans une position de parole incarnée. Comme le précise Borde (2009) : « Dans cette position de parole incarnée, le sujet est accompagné dans sa verbalisation de manière à livrer les faits vécus, sans jugements (*sic*) ni constructions (*sic*) imaginaires (*sic*) » (p. 2). Vermersch (2010) donne d’autres repères sur cette position de parole si particulière à ce type d’entretien :

C’est un moment où la situation passée est plus présente pour le sujet que la situation actuelle d’interlocution. Autrement dit, dans cette position de parole, le sujet accorde plus d’attention à ce à quoi

il accède en interne, c'est-à-dire ce qu'il se représente (évoocation) de la situation passée, qu'à la relation avec le formateur ou l'enseignant (p. 57).

L'entretien d'explicitation permet à l'interviewé d'entrer dans un rapport à lui-même très spécifique, d'avoir accès à une position de parole incarnée. Dans ce moment d'évoocation, l'interviewé a accès à son expérience d'une manière très singulière et concrète. L'intervieweur doit repérer les signes de la position de parole incarnée, notamment des signes non verbaux et des marqueurs linguistiques. L'indicateur non verbal principal est le décrochage du regard. « Le décrochage du regard est l'indicateur privilégié du fait que le sujet tourne son attention vers son expérience interne » (*Ibid.*, p. 61). Il y a d'autres signes non verbaux : le ralentissement du rythme de la parole et la congruence du verbal et du non-verbal. Dans ce dernier cas, l'intervieweur va privilégier l'information non verbale, car elle est souvent inconsciente et « a moins de chance d'être travestie que le contenu verbal » (*Ibid.*, p. 62). L'intervieweur utilise les signes non verbaux pour s'assurer de la mise en évocation, et ses relances cherchent à maintenir la personne dans son expérience. Il intervient pour ramener la personne vers elle-même, vers son action spécifiée.

3.2.8 Un accès au vécu expérientiel

Nous avons précédemment évoqué l'enjeu de la description d'un moment spécifié. Un des pièges de l'entretien standard est de se maintenir dans un discours général sur un type d'action sans entrer réellement dans une action spécifiée à un moment précis, « car l'action vécue ne peut être que singulière » (Vermersch, 2010, p. 52).

La notion de spécification du moment est directement en lien avec la nature du vécu qui est en présence. Cependant, nous constatons qu'avoir accès au vécu, par le vécu, n'est pas chose facile. Comme l'explique Vermersch (1996) :

nous ne discriminons habituellement pas entre : penser l'expérience et faire l'expérience, ou encore la différence entre se souvenir globalement d'une situation passée et rendre à nouveau présent une expérience passée de manière à en avoir une pleine évocation (p. 2).

Ces manières différentes permettent d'accéder à l'expérience sans nécessairement être de l'ordre du vécu. Plus clairement : « Quand on se réfère au vécu, tout ce qui n'est pas singulier n'est plus du vécu, c'est un point de vue décalé, une métaposition par rapport à un vécu, on est déjà passé dans un début de "théorisation" » (Vermersch, 2010, p. 52). Comme nous l'a exprimé personnellement M. Vermersch, « "le fait de penser à" et le fait de "faire" » sont des actes très différents et « le récit de "penser à" n'a rien à voir avec le fait de "décrire le faire" ».

L'acte de réfléchir et l'acte de réfléchissement sont deux actes complètement différents et ne donnent pas le même résultat. Vermersch (1996) le précise dans la « distinction fondamentale entre acte réfléchi : penser à... ; et acte réfléchissant : opérer le réfléchissement de... » (p. 2). Il s'agit de supporter l'acte d'opérer un réfléchissement chez la participante ou le participant, de lui donner accès à son vécu ou à des couches de vécus jusque-là inaccessibles pour lui. Le réfléchissement est l'acte par lequel la participante ou le participant retourne dans le vécu de son action pour rendre conscients des éléments vécus qui n'ont pas été captés, même s'ils étaient présents. Le réfléchissement est l'art de rendre conscient ce qui était inconscient.

Afin d'entrer dans cet espace entre le conscient et l'inconscient, il n'est pas recommandé, et même il est contre-indiqué, de faire appel à la mémoire. « Sur ce point, l'expertise à acquérir consiste d'abord en un geste d'accueil non volontariste. Il ne faut surtout pas défier la mémoire, mais laisser se préciser le moindre membre de vécu répondant à nos critères de localisation temporelle» (Borde, 2009, p. 5). Le formateur de cette méthode fait plutôt appel à l'intention. La volonté est utilisée pour lancer une intention, sans aller à la quête de l'information.

Le modèle de la passivité permet alors de redéfinir la démarche d'explicitation comme "intention éveillante", comme moyen de faire apparaître au sujet ce qui était, non-pas oublié, mais tombé au degré zéro d'éveil. Théoriquement, nous pouvons retrouver absolument tous nos vécus en créant les justes conditions d'une "intention éveillante" (Borde, 2009, p. 4).

Selon le cas, la chercheuse elle-même ou le chercheur lui-même doit apprendre à savoir attendre lorsqu'il est lui-même le sujet de sa recherche ou apprendre à guider l'interviewé dans un espace à vide, dans l'attente d'informations qui se présentent le plus souvent sous forme d'impressions sensorielles. Cette manière de faire cherche à mettre en contact avec la mémoire concrète qui est, selon Vermersch (2010), « la mémoire du vécu dans tout ce qu'il comporte de sensorialité et le cas échéant d'émotion » (p. 100). Cette mémoire semble involontaire et l'intervieweur ne peut qu'installer les conditions de son déclenchement. Il tente d'induire une attitude d'accueil dans son intérieur, plutôt qu'un mouvement qui cherche et qui tend vers l'extérieur.

3.2.9 La dimension relationnelle de l'entretien d'explicitation

Ce type d'entretien interpelle la personne dans des dimensions de son expérience parfois inexplorées et profondes. L'entretien nécessite de la part de l'intervieweur un accompagnement humain et l'accord de la personne dans sa tenue. L'intervieweur doit demander l'accord explicite de l'interviewé, et ce, dans une formulation simple. Il faudra donc formuler un contrat de communication qui sera toujours ouvert, car rien n'est acquis. En effet, c'est l'interviewé qui décide et « le questionnement sera toujours respectueux des limites que le sujet pose » (Vermersch, 2010, p. 108). L'engagement n'est pas obligatoire, mais vraiment volontaire, et ce, tout le long de l'entretien. Par exemple, lorsque l'entretien mène parfois dans un niveau de profondeur plus grand, le renouvellement du contrat de communication est

complètement indiqué et peut parfois permettre une plus grande fluidité dans le passage vers la profondeur, car l'interviewé se sent pris en compte et respecté.

La relation humaine est vraiment au cœur de ce type d'entretien. L'intervieweur pourrait posséder la meilleure technique du monde, mais sans la dimension relationnelle, cette pratique est vouée à l'échec.

3.2.10 Les types de vécus

Dans cette forme d'entretien, plusieurs types de vécus peuvent être rencontrés et décrits : émotionnel, sensoriel, de pensée et d'action. L'entretien d'explicitation vise particulièrement l'action et le vécu. Dans notre situation de recherche, nous visons le vécu relié à l'apprentissage des pratiques du Sensible et les possibles transformations générées suite à cette formation. Comme l'apprentissage et la transformation peuvent être vécus dans des phases parfois émotive, sensorielle, réflexive ou bien directement dans l'action, aucune forme de vécu ne sera mise de côté. La recherche de vécu spécifié demeure un enjeu dans l'entretien d'explicitation pour ne pas entrer dans des généralisations et ainsi, rester dans le vécu.

Dans le processus d'entretien d'explicitation, le questionnement sur l'action a permis à son fondateur de développer le système des informations satellites de l'action vécue. Ces informations peuvent être recueillies durant l'entretien et constituer une grille de lecture de l'action. Elles concernent : le contexte, le niveau procédural et les jugements dans un axe vertical et le niveau déclaratif (savoir théorique), le niveau procédural et le niveau intentionnel (le but) dans un axe horizontal.

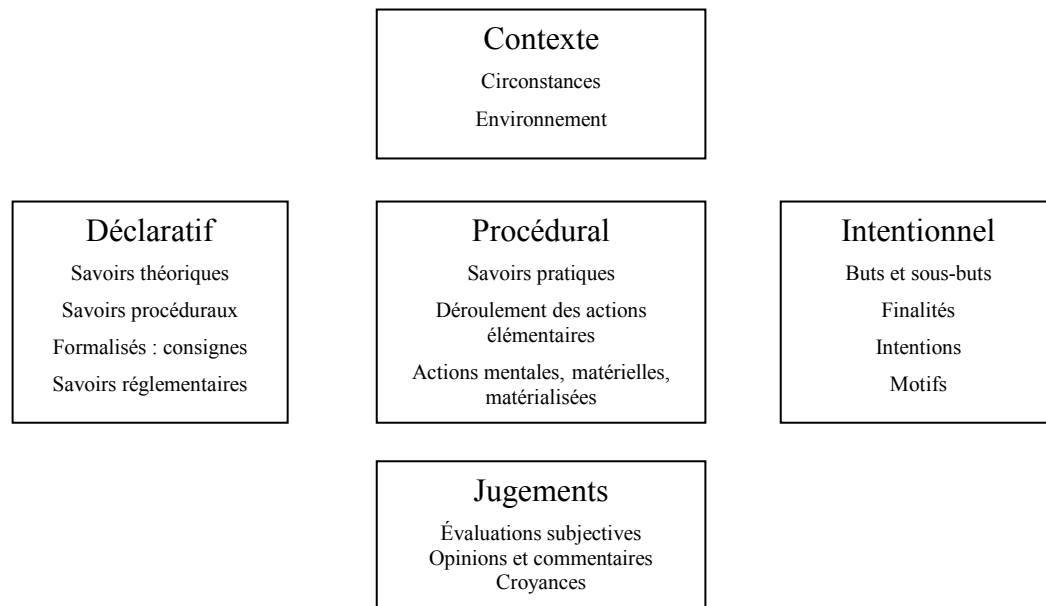


Figure 6 – Le système des informations satellites de l'action vécue
 Tiré de Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation*. Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur. (6^e éd.), p. 45.

La grille de lecture de la figure 6 permet de cerner les lieux d'informations possibles. Par exemple, Vermersch (2010) constate que, lorsque le sujet évoque des informations reliées au contexte ou aux jugements, ces deux lieux lui évitent de s'impliquer dans la description de son action. Il faut alors ramener l'interviewé vers le vécu propre.

Précisément, décrire ce que l'on a effectivement fait est très impliquant dans la mesure où l'on se dévoile à soi-même et que l'on offre aux autres la possibilité de nous juger, en particulier nos actes nous dévoilent plus sûrement et plus complètement que tous commentaires (Vermersch, 2010, p. 49).

3.2.11 Détails sur la conduite de l'entretien d'explicitation

La conduite de l'entretien d'explicitation s'initie par la mise en parole incarnée de la personne qui est questionnée. Pour ce faire, l'intervieweur peut avoir recours à des techniques de ralentissement : direct, en demandant à la personne de

ralentir, ou indirect, en lui demandant de spécifier le contexte du moment d'évocation pour la ramener plus près de ce moment. Une autre manière indirecte consiste à décrire la texture sensorielle de ce moment; la personne devra nécessairement retourner à l'instant spécifique pour le faire.

Lorsque la personne décrit le moment et est en évocation, elle peut par instant avoir besoin d'encouragements ou parfois de relances pour y demeurer. Une des techniques est la relance en écho. Il s'agit de simplement reprendre ce que la personne vient tout juste de dire, en reformulant et en redonnant le pôle de parole à l'interviewé (par exemple, en disant : « vous sentiez que ce n'était pas le bon moment dans vous »). Une autre possibilité est de questionner à partir de ce que la personne vient tout juste de dire afin d'aller plus loin comme seule elle sait le faire (par exemple, « et quand vous sentiez que ce n'était pas le bon moment dans vous, comment le saviez-vous? Est-ce qu'il y avait un indice corporel? »). De cette manière, l'intervieweur facilite l'accès vers son expérience à elle, vers sa vie intérieure. Évidemment l'utilisation de la relance sera plus efficace si l'interviewé est bien situé dans l'axe à prendre. Les relances sont des axes d'influence projetés vers l'interviewé, comme un hameçon à l'eau.

Selon le cas, elles peuvent viser soit une focalisation pour ramener l'interviewé dans un axe spécifique, soit ouvrir dans une autre voie. D'autres types de relance servent à élucider le contenu : déplier davantage l'information ou la granuler plus subtilement. Toujours dans l'objectif d'élucider le contenu, l'intervieweur doit encourager la description et éliminer les pourquoi de son vocabulaire qui génèrent un mouvement vers l'extérieur plutôt que vers l'intérieur. Et finalement, l'intervieweur peut réguler l'entretien lorsque l'évocation ne semble pas au rendez-vous ou que l'interviewé semble rencontrer un malaise. Dans le cas de dénégation, lorsque l'interviewé ne sait pas, l'intervieweur doit relancer (par exemple : « “Et quand tu ne sais rien, qu'est-ce que tu sais?” ou “Comment tu sais que tu ne sais rien?” »)

(Vermersch, 2010, p. 140). La dénégation peut être un signe de résistance et parfois la renégociation du contrat de communication peut être nécessaire.

Dans les projets de recherche, les premiers entretiens constituent le matériau de base permettant d'orienter le questionnement. Ils « donneront des repères sur le champ de recherche d'information qu'il est important de couvrir » (*Ibid.*, p. 123). L'auteur met bien en garde face à la difficulté d'initier un entretien qui, selon lui, est souvent sous-estimée. « Une consigne efficace ne s'improvise pas, elle se prépare et se valide par les effets qu'elle produit » (*Ibid.*, p. 124). Il expose l'importance du guide d'entretien afin d'orienter la focalisation et il soutient que ce type de guide ne devient « opérationnel qu'après plusieurs entretiens d'exploration qui auront été transcrits pour analyse » (*Ibid.*, p. 133).

3.3 Comparaison des deux types d'entretiens : compréhensif et d'explicitation

Les deux types d'entretiens propres à notre recherche s'appuient tous les deux sur un positionnement théorique où l'interaction entre le sujet et le monde est prise en compte. En effet, chacune à leur manière, l'approche interactionniste et l'approche phénoménologique tiennent compte de l'influence des relations humaines et du rapport au monde.

Dans une certaine mesure, nous pourrions dire que ces deux entretiens sont complémentaires. L'entretien compréhensif questionne plus la personne dans les représentations qu'elle se fait de sa vie et de son vécu, tandis que l'entretien d'explicitation est plus proche du vécu lui-même et de l'action de la personne. En effet, l'entretien d'explicitation tente d'amener la personne à proximité de son expérience, au plus près de son vécu à ce moment spécifié, afin d'avoir accès à de nouvelles informations non encore dépliées (non conscientisées) de son expérience. Quand l'expérience remonte à la conscience, il y a un processus de représentation de l'expérience qui permet la mise en mot, la sémiotisation. Cette représentation est

directement liée au revécu de l'expérience; elle est donc plus à proximité de cette dernière.

L'entretien compréhensif fait plus appel à la mémoire volontaire de la personne, de ce qui est resté imprégné en elle (événement consciemment choisi par la personne), tandis que l'entretien d'explicitation place la personne dans des conditions qui permettent à la mémoire d'action d'émerger grâce à une sollicitation passive, en laissant revenir la mémoire vers la personne. Ce sont deux mouvements diamétralement opposés dans la manière d'amener la personne à verbaliser à propos de son expérience.

3.4 Les biais lors de la tenue d'un entretien

Trois types de biais sont répertoriés au sein des entretiens. Les biais constituent une déformation de l'information et invalident ou nuancent les résultats de la recherche. Le premier type de biais est en lien avec le dispositif d'enquête : la manière d'interroger, les techniques d'enregistrement des données et les circonstances de l'enquête. Dans notre projet de recherche, nous cherchons la juste distance dans l'entretien, avec une technique d'enregistrement discrète pour demeurer dans des communications fluides. Un deuxième type peut être en lien avec la nature de la relation qui s'établit entre l'informateur et l'intervieweur qui doit trouver la bonne posture. En effet, comme le résumait Poupart *et al.* (1997), la familiarité peut aider et supporter l'entretien qualitatif en quête de profondeur. Toutefois, une trop grande familiarité peut « empêcher le chercheur de prendre la distance nécessaire pour remettre en question les évidences ou les rationalisations propres au groupe » (p. 195). L'intervieweur en général, dans ses interventions, ses attitudes et ses caractéristiques, peut avoir des incidences directes sur les réponses de l'interviewé (Poupart *et al.*, 1997). Une différence de classe sociale entre intervieweur et interviewé peut aussi avoir des effets : « la perception qu'a l'intervieweur de la position sociale de l'interviewé peut également influencer sur ses réparties et, plus

globalement, sur la nature de ses interprétations » (*Ibid.*, p. 195). Lors de certains entretiens, nous entrions dans la communication avec plus de familiarité, car nous sentions que les interviewés accordaient trop d'importance au statut de chercheur, installant ainsi une distance moins propice aux confidences. Le troisième biais est « lié celui-là au contexte de la recherche et à ses répercussions possibles aussi bien sur les discours des interviewés que sur ceux des intervieweurs » (*Ibid.*, p. 196). Le niveau des répercussions possibles est faible pour les participantes et participants à part l'ouverture à se révéler dans l'entretien. Du côté de la chercheuse, la répercussion majeure est la qualité de sa recherche doctorale.

Selon le type de recherche, les biais ne sont pas abordés de la même manière. Dans une optique post-positiviste, les chercheuses et chercheurs tentent de standardiser les entretiens pour une plus grande neutralité et minimiser les effets en dehors du phénomène étudié. Par contraste, les chercheuses et chercheurs qualitatifs visent un entretien plus naturel où « le chercheur doit montrer plus que de l'empathie et véritablement s'engager à l'égard des personnes étudiées, bref délaisser la position de fausse neutralité exigée par la science positive » (Poupart *et al.*, 1997, p. 179). Dans un cas, l'attitude de retrait est un avantage et dans l'autre elle constitue une barrière à l'information. Il est donc intéressant de constater la divergence de point de vue concernant la tenue de l'entretien surtout dans un contexte médical teinté par le courant positiviste. Kaufmann (2011) exprime bien cette divergence :

L'enquêteur qui reste sur sa réserve empêche donc l'informateur de se livrer. Ce n'est que dans la mesure où lui-même s'engage que l'autre à son tour pourra s'engager. Pour cela, c'est l'exact opposé de la neutralité et de la distance qui convient : la présence, forte bien que discrète, personnalisée (p. 52).

Comme nous l'avons mentionné, l'engagement est important dans la conduite de l'entretien. L'enquêteur doit s'engager « sans se poser exagérément le problème des influences de ses propos pendant le déroulement de l'entretien » (*Ibid.*, p. 65). Les influences qui constituaient « un élément négatif [...] peuvent donner une

marge d'interprétation plus grande au chercheur, une “intelligence rusée” transformant l'obstacle en instrument » (*Ibid.*, p. 66). Mais encore faut-il les voir et en être conscient!

4. LE PAS À PAS DANS LA PRODUCTION DE DONNÉES

Nous prenons le temps ici de bien situer les différentes étapes qui ont été parcourues pour maximiser la qualité des données recueillies pour la présente recherche. « One important step in improving the quality of reporting is to formulate and define clear reporting standards » (O'Brien, Harris, Beckman, Reed et Cook, 2014, p. 1). En effet, plusieurs étapes en amont de la recherche principale nous ont permis de mieux nous préparer à la recherche en faisant des choix plus éclairés dans le type d'entretien et les critères de sélection des participantes et du participant, tout en nous pratiquant à faire les entretiens et à les analyser. Il est intéressant de constater que, dès le mois de novembre 2009, un premier entretien compréhensif pré-exploratoire a été fait pour expérimenter le questionnement qui nous intéresse. Il a été fait auprès d'un médecin ne pratiquant plus la médecine et ne pouvant donc faire partie de notre échantillon.

4.1 Entretien pré-exploratoire

Cette collecte d'informations a permis d'identifier qu'étant donné que l'interviewé avait fait sa formation aux pratiques du Sensible depuis plus de 10 ans, il était difficile d'identifier clairement les transformations directement en lien avec cette formation. En plus, il était intéressant également de constater que l'interviewé était déjà à l'époque de son adolescence dans une définition de la santé plus large que l'absence de maladie et qui intégrait l'alimentation. Dès la fin de ses études en médecine, il n'a pas tardé longtemps pour se lancer dans plusieurs types de formations variées et ouvertes sur d'autres conceptions de la santé. Il était donc plus difficile d'identifier les changements de conception de la santé qui étaient en lien

avec la formation aux pratiques du Sensible. Pour ce faire, nous avons donc orienté les entretiens auprès de personnes en cours de formation ou ayant fait la formation récemment. Suite à cette expérience et aux discussions avec notre équipe de recherche au cours de l'été 2010, il a été décidé d'explorer l'entretien d'explicitation pour ainsi faciliter l'accès au vécu des médecins.

4.2 Entretiens exploratoires

Réalisés en juin 2012, les entretiens exploratoires cherchaient à mettre à l'épreuve notre guide d'entretien et notre manière d'interviewer les participants en menant un entretien compréhensif et un entretien d'explicitation. Les entretiens exploratoires n'ont pu être faits auprès de médecins formés aux pratiques du Sensible étant donné que leur nombre est très limité. Nous nous sommes donc tournée vers les kinésithérapeutes et infirmières en cours de formation. Finalement, après réflexion nous avons privilégié les infirmières qui œuvrent à proximité des médecins dans leur milieu de travail. L'organisme de formation professionnelle Point d'appui de Paris en France nous a donné accès aux coordonnées des infirmières en cours de formation. Nous avons contacté dans un courriel commun l'ensemble des infirmières en cours de formation et ayant un courriel, soit huit infirmières, pour demander leur participation à des entretiens exploratoires. Nous avons donné suite à l'ensemble des retours (4 personnes) et avons fait des entretiens avec chacune à l'exception d'une personne qui restait très éloignée de la région parisienne.

Notre groupe d'entretiens exploratoires est constitué de trois infirmières : une en fin de première année de formation et deux à la fin de leur quatrième et dernière année de formation aux pratiques du Sensible. Un an plus tard, nous avons procédé à un deuxième entretien auprès de la participante qui était en cours de formation. Deux ans après notre premier entretien, nous avons procédé à un troisième entretien auprès de cette participante qui était rendue en troisième année de formation. Nous avons l'objectif de l'accompagner dans le temps et de voir son évolution entre la fin de sa

première, de sa deuxième et de sa troisième année de formation. Nous cherchions ainsi à identifier et à mieux comprendre le processus de formation dans ses effets de manière longitudinale.

Suite à l'entretien pré-exploratoire, ces entretiens exploratoires ont permis d'identifier les effets de nos choix en prenant des personnes en cours de formation. En effet, le fait de choisir des infirmières en cours de formation a permis d'obtenir des informations riches, récentes et avec plus de nuances que l'entretien pré-exploratoire. Les entretiens exploratoires ont été aussi très formateurs à plusieurs égards. D'abord, ils nous ont permis de nous pratiquer dans la tenue d'un entretien, tout en prenant conscience des moments où nous induisons de l'information. Nous avons appris à questionner les participantes d'une manière totalement ouverte, avec le moins d'orientation de réponse sur l'effet de la formation, pour ensuite rebondir sur leurs réponses et creuser leur expérience, en lien avec nos objectifs de recherche.

Ces entretiens nous ont aussi permis d'identifier des nouveaux contenus possibles reliés à l'expérience d'apprentissage des pratiques du Sensible à inclure dans les entretiens à venir, par exemple, la présence à soi. En effet, les entretiens exploratoires ont aussi pour fonction « de mettre en lumière les aspects du phénomène auxquels le chercheur ne peut penser spontanément, et de compléter les pistes de travail suggérées par ses lectures » (Blanchet et Gotman, 1992, p. 43). Ils ont ainsi permis de prendre conscience du terrain d'expérience et par le fait même d'être plus à l'affût des orientations de questions possibles, tout en maintenant l'axe de l'objectif de notre recherche.

Les entretiens exploratoires ont également permis d'observer la compréhension ou la non-compréhension des questions et de les affiner au besoin. Ce fut aussi un moment où nous avons ajouté des questions telles que la motivation personnelle et professionnelle des participantes et du participant à suivre la formation aux pratiques du Sensible. Évidemment, l'objectif de tester notre guide d'entretien a

été bien rempli et a nécessité des ajustements dans la manière de présenter nos deux types d'entretiens : compréhensif et d'explicitation. Cet entraînement à l'entretien nous a aussi permis d'avoir une meilleure stratégie d'entretien, par exemple, dans l'agencement entre les questions plus compréhensives et celle orientées sur l'explicitation. En plus, l'ordre des thèmes abordés a été modifié et des formulations plus ouvertes au début de l'entretien ont été aussi ajoutées. L'expérience nous a aussi exercée à la difficulté de la mise en évocation de la participante lors de l'entretien d'explicitation, ainsi qu'à la multitude de manières d'opérer l'évocation chez les participantes. Le guide d'entretien original est présenté à l'annexe 1, et celui adapté suite aux entretiens exploratoires est présenté à l'annexe 2.

L'acceptation des résultats de l'étude préliminaire pour deux congrès internationaux nous a amenée à réaliser une analyse approfondie des trois entretiens. Cette analyse a été riche. Les entretiens exploratoires nous ont familiarisée avec la démarche d'analyse qualitative par thèmes et par catégories. Nous nous sommes exercée à thématiser les entretiens, tout en trouvant notre propre démarche d'analyse considérant la nature des résultats et la nécessité de présenter l'information concise au sein d'une affiche de présentation.

L'exercice a été très formateur et a permis de mettre en évidence la nécessité de prendre une distance marquée face aux résultats des entretiens. Cette distance nécessaire à une communication plus juste des résultats fait la différence entre les réalités rapportées par les participantes et le participant et celles évoquées par les recherches précédentes dans le domaine des pratiques du Sensible par exemple. Un deuxième niveau de distanciation a aussi été nécessaire entre l'expérience de la chercheuse elle-même dans sa pratique du Sensible et la réalité rapportée par nos participantes et notre participant. Nous nous assurons ainsi de ne pas prendre la voix des participantes et du participant et nous veillons à ce que les résultats reflètent bien leur propre expérience rapportée par le contenu des entretiens diminuant ainsi les biais possibles. Sans contredit, les entretiens exploratoires ont été un tremplin à notre

recherche nous permettant ainsi de faire de nombreux apprentissages sans que la qualité de la recherche principale en paie le prix.

5. LA RECHERCHE PRINCIPALE

Dans la présente section, nous présentons le contexte entourant notre enquête ainsi que les participantes et le participant de notre recherche.

5.1 Le contexte de l'enquête

Les pratiques du Sensible sont une pratique professionnelle qui a vu le jour et a pris racine en Europe, dans les milieux médicaux et paramédicaux. Le fondateur Danis Bois étant kinésithérapeute et ostéopathe de formation, et à cette époque chef du service de rééducation de l'hôpital de Vendôme, il développa d'abord, en 1985, sa méthode auprès d'une population de kinésithérapeutes, d'infirmières et de médecins avec la fasciathérapie. Par la suite, divers professionnels et professionnelles de l'accompagnement, de la formation et du soin s'intéressèrent à ses travaux par la somato-psychopédagogie (personnel enseignant, éducatrices et éducateurs, psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, formatrices et formateurs d'artistes).

Le Québec, quant à lui, a accueilli cette nouvelle discipline plus tardivement et l'a ouverte dès le début à un large public. C'est pour cette raison que nous avons choisi des participantes et participants en France car il n'y a pas encore de médecin formé aux pratiques du Sensible au Québec. Le milieu médical et paramédical québécois s'ouvre très lentement à la formation aux pratiques du Sensible.

5.2 Les conditions de participation à notre enquête

Notre population de recherche a été constituée de médecins, généralistes ou spécialistes. Notre enquête porte sur les médecins puisque ce sont eux qui pratiquent la médecine, dans un contexte où la médecine allopathique reste dominante dans le domaine des soins et de la santé. Par ailleurs, les médecins semblent les praticiens les plus résistants à l'évolution du concept de la santé vers un sens plus holistique (Alonso, 2004) comparativement aux infirmières, par exemple (Hwu *et al.*, 2001). Les médecins qui ont été choisis pour notre enquête étaient tous formés aux pratiques du Sensible. Le groupe n'a pas été constitué pour sa représentativité mais pour la qualité de l'information que les participantes et participants étaient susceptibles de fournir. Comme l'exprime Kaufmann (2011), le terme même d'échantillon n'est pas adapté pour la recherche qualitative, « car il porte en lui-même l'idée de la représentativité et de la stabilité. Dans l'entretien compréhensif, plus que de constituer un échantillon, il s'agit plutôt de bien choisir ses informateurs » (p. 43).

L'organisme de formation professionnelle Point d'appui de Paris en France a, encore une fois, grandement contribué à faciliter le recrutement de nos participantes et de notre participant. Nous avons eu à notre disposition la liste de tous les médecins ayant débuté la formation aux pratiques du Sensible. Parmi la liste de plus de 62 médecins, 32 n'ont pas terminé leur cursus de formation et ne répondaient pas à nos critères d'inclusions. Les 30 autres avaient terminé ou étaient en cours de formation.

Nous avons effectué au total onze entretiens auprès de médecins ayant fait une formation aux pratiques du Sensible. Nous avons commencé par une première vague de huit entretiens en novembre 2012. Après discussion avec notre équipe de recherche autour de ces entretiens, nous avons décidé de préciser davantage les conditions de participation à la recherche. Notamment, les médecins devaient remplir trois conditions : 1) être dans une pratique médicale, 2) être en cours de formation ou avoir complété l'ensemble de la formation aux pratiques du Sensible et 3) avoir suivi

leur formation aux pratiques du Sensible à moins de sept ans d'intervalle avec la date de l'entretien. Compte tenu de ces critères, quatre ont été éliminés : deux ne pratiquaient plus la médecine et les deux autres avaient terminé leur formation depuis plus de 10 ans. Nous avons poursuivi par une deuxième vague de trois entretiens en avril 2013. L'une des personnes a aussi été éliminée car elle ne pratiquait pas en médecine traditionnelle, mais plutôt en tant qu'acupuncteur et homéopathe. Sur l'ensemble de la population de 62 médecins ayant débuté la formation aux PS, seulement 11 répondaient à nos trois conditions de participation dont cinq vivaient à plus de 4 heures de déplacement de Paris. Ces derniers n'ont pas été sollicités. Au final, six entretiens ont été analysés pour notre projet.

Après le processus d'analyse, nous avons contacté certaines de nos participantes par courriel afin de mieux décrire certains éléments d'informations inclus dans nos entretiens. Cette possibilité de second entretien par courriel ou par Skype avait déjà été prévue avec les participantes et le participant au départ.

6. LES DÉMARCHES D'ANALYSES QUALITATIVES

L'analyse qualitative peut prendre plusieurs voies. En effet, Paillé (2007) cite quatre méthodes: 1) analyse en mode d'écriture, 2) approche par questionnement analytique, 3) analyse thématique, 4) analyse à l'aide des catégories conceptualisantes « définie par la tradition de la *grounded theory*, qui allie analyse et théorisation à travers la formulation et le développement continuels de propositions de sens des phénomènes étudiés » (p. 415). Comme l'exprime le même auteur, les mots sont l'unique outil de travail, ils sont utilisés afin de

reformuler en des termes plus synthétiques, pour les expliciter en réussissant, à force d'examen répétés, à bien nommer les phénomènes rapportés par les sujets ou observés par le chercheur, voire pour construire des modèles et des théorisations permettant de rendre compte de la logique des expériences ou des dynamiques patiemment examinées ou observées par le chercheur (*Ibid.*, p. 413).

L'analyse des matériaux bruts de notre recherche a été faite par plusieurs démarches afin de la solidifier. Plutôt que d'effectuer une triangulation des méthodologies de recherche, une triangulation a été faite dans deux démarches d'analyse, entre autres pour vérifier la cohérence des résultats. Avant d'entrer dans la première démarche d'analyse, quelques étapes ont été faites pour organiser le matériau des entretiens. D'abord une transcription complète des entretiens a été effectuée. Par la suite, une vérification des *verbatim* a été faite lors d'une écoute attentive afin de mieux s'imprégner du texte. Nous avons produit, à partir des matériaux d'entretien, un récit de formation et de l'activité professionnelle des participantes et du participant.

Notre première démarche d'analyse a été conçue à partir de deux méthodes : au départ avec l'analyse thématique et par la suite une analyse avec les catégories conceptualisantes afin de déboucher sur une théorisation ancrée. La deuxième démarche d'analyse a consisté à créer une liste de vingt-six phénomènes présents pour la majorité des entretiens suite à des discussions tenues avec notre équipe de direction. La figure 7 résume visuellement les étapes des deux démarches d'analyse et leur croisement, avant d'aller dans une description plus détaillée du processus.

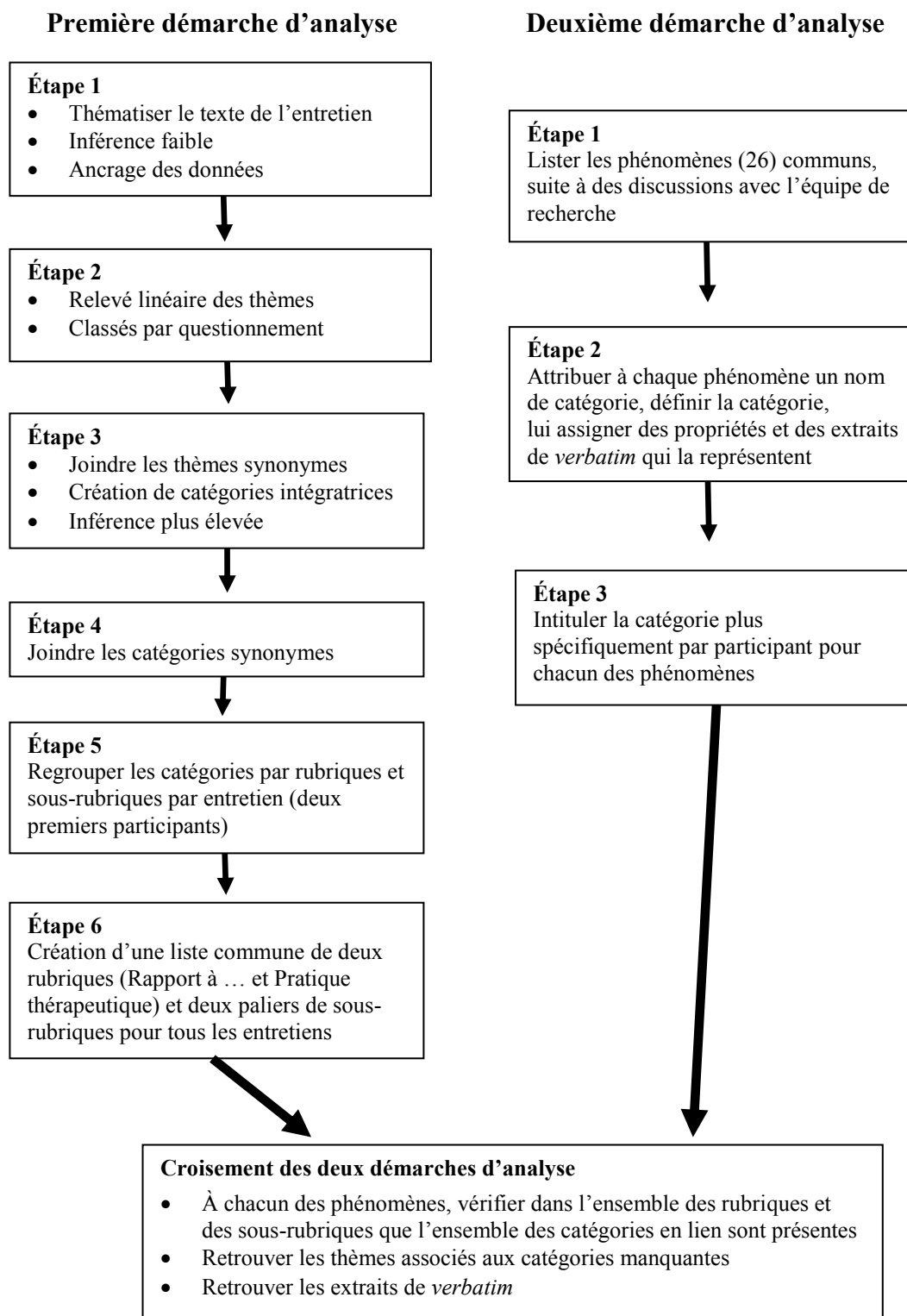


Figure 7 – Les étapes des deux démarches d'analyse et leur croisement

Le schéma de la figure 8 illustre l'organisation temporelle des deux démarches d'analyse qui se sont entrecoupées. Nous avons débuté avec 1) la première démarche pour les quatre premiers entretiens et, par la suite, nous avons élaboré 2) la deuxième démarche pour les quatre premiers entretiens. Nous sommes ensuite retournée 3) à la première démarche pour les deux derniers entretiens, pour ensuite revenir sur 4) la deuxième démarche afin de compléter la boucle pour les deux derniers entretiens. Évidemment, à partir du temps 2, chaque étape du processus enrichissait les étapes suivantes. L'ensemble de la démarche a contribué à un contrôle de la qualité tout en permettant un approfondissement de l'analyse des données de recherche. À la toute fin, nous avons effectué le croisement des deux étapes.

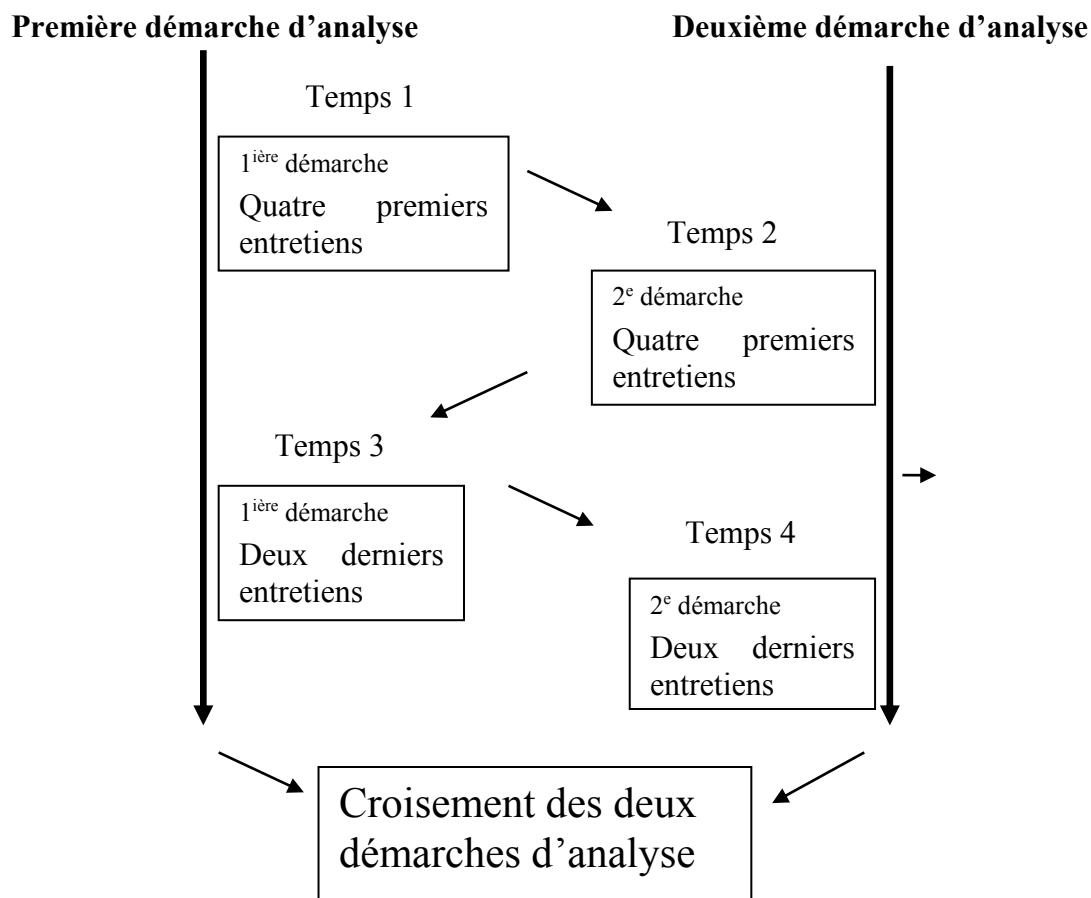


Figure 8 – Organisation temporelle des deux démarches d'analyse entrecoupées

La théorisation ancrée est un processus d'analyse en six étapes : la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et finalement la théorisation (Paillé, 1994). Le processus d'analyse par théorisation ancrée peut être comparé au processus de réalisation d'un casse-tête, à l'exception que nous ne savons pas à l'avance l'image qui en ressortira. Là réside le niveau de difficulté majeure. La qualité du processus est directement reliée à la rigueur observée dans les deux premières étapes, qui pourraient être l'identification des pièces du casse-tête et ensuite l'identification des colorations prédominantes à chaque pièce, et qui pourraient permettre une mise en relation subséquente, une intégration, une modélisation pour finalement arriver à une image finale de la théorisation.

La première étape, la codification, « consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial » (Paillé, 1994, p. 153). 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. L'analyse s'approfondit à l'étape trois : la mise en relation. Cette étape permet d'établir des liens dans l'agencement entre les différentes catégories. La mise en relation permet « de raffiner une analyse dont le compte-rendu sera d'autant plus riche et nuancé » (*Ibid.*, p. 169). Chaque phénomène est multidimensionnel; les liens peuvent prendre des formes infinies. La quatrième étape, l'intégration, permet de « procéder à l'intégration des composantes multidimensionnelles de l'analyse » (*Ibid.*, p. 172); elle délimite l'objet de l'analyse. La modélisation consiste à décrire à travers un modèle intégrateur les relations structurelles et fonctionnelles qui définissent le phénomène. Cette cinquième étape permet de mieux comprendre les propriétés du phénomène, ses antécédents et ses conséquences. Comme le fait remarquer Paillé (1994), la théorisation est autant un processus qu'un résultat. « En pratique, la consolidation de la théorie a lieu en même temps que son développement » (*Ibid.*, p. 177).

Dans les prochaines sections, nous allons identifier chacune des étapes franchies afin d'obtenir la théorisation ancrée de notre recherche. Il est à souligner que le travail avancé d'analyse en vue de la participation à des congrès ont grandement contribué à l'édification de notre théorie, plus particulièrement ceux des trois dernières années (annexe 7).

6.1 Première démarche d'analyse

Cette première démarche d'analyse s'est faite en six étapes. L'analyse a débuté avec deux entretiens à la fin de l'année 2012 et au début de 2013. Une pause a été prise, pour compléter l'analyse des entretiens préliminaires, permettant ainsi une prise de recul sur les résultats. Nous avons complété la dernière étape d'analyse pour les deux premiers entretiens en juin 2013. Ensuite, nous avons terminé les quatre autres entretiens avec les mêmes étapes.

La première étape a consisté à thématiser le texte toutes les deux à trois lignes (cette étape constitue aussi la première étape du processus de théorisation ancrée, soit la codification). La thématisation a été réalisée avec un faible niveau d'inférence et visait à demeurer le plus proche possible du texte et de son contenu pour mieux ancrer le témoignage de la personne et les résultats de la recherche. Le tableau 10 illustre un extrait d'analyse par thème de l'entretien de Suzanne²³.

²³ Tous les noms utilisés sont des noms fictifs.

Tableau 10
Extrait d'analyse par thèmes - entretien Suzanne

Thème	Entretien
<p>L'approche m'intéresse. Bouleversée par la formation. Pleure beaucoup durant sa formation.</p>	<p>Suzanne : Et bien, que dire? Dès le départ, ça m'a, bon, ça m'a intéressée comme approche, euh...ça m'a beaucoup bouleversée à vrai dire. Parce que j'ai, j'étais, j'avais l'étiquette de la pleureuse de la promo. Sur les 20 stages, j'ai dû pleurer 18 stages.</p> <p>Josée : Ok.</p>

Dans une deuxième étape, les données ont été présentées sous forme d'un relevé linéaire de thèmes classés par rubriques liées à nos questionnements de recherche. Le tableau 11 donne un exemple de relevé de thèmes linéaires de l'entretien de Suzanne pour la rubrique : L'expérience du parcours de formation sur une longue durée.

Tableau 11
Extrait de relevé de thèmes linéaires – entretien Suzanne

<p>L'expérience du parcours de formation sur une longue durée (des difficultés, des moments forts, des prises de conscience)</p> <p>L'approche m'intéresse.</p> <p>Bouleversée par la formation.</p> <p>Pleure beaucoup durant sa formation.</p> <p>La formation remue.</p> <p>Prise de conscience : sur ce qui ne va pas dans ma vie.</p> <p>Début de formation : j'étais dépressive.</p> <p>J'ai réalisé pourquoi j'étais dépressive.</p> <p>Bouleversement familial : je quitte mon mari.</p> <p>Entre le début et la fin 4^e année : je n'étais plus la même.</p> <p>Avant : dépressive. Après : quelqu'un qui aime la vie.</p> <p>Prise de conscience : Je suis bien; je souris à la vie et non l'inverse.</p> <p>Plus le même regard sur les choses.</p> <p>J'attends moins des autres et plus de moi-même.</p> <p>Je suis la seule responsable.</p> <p>Plus victime, mais auteure de sa vie.</p> <p>Mon regard sur la vie a changé.</p>

Une troisième étape a permis de faire des rapprochements entre les thèmes qui touchaient un même sujet, et ensuite de leur assigner une catégorie. Nous avons donc procédé à une catégorisation avec un plus haut niveau d'inférence afin de nommer un phénomène qui regroupait plusieurs thèmes (cette étape correspond à la deuxième étape du processus de théorisation ancrée et porte le même nom, la catégorisation). Le tableau 12 illustre le résultat de cette étape.

La quatrième étape a permis de tisser des rapprochements entre les catégories synonymes pour en ressortir une catégorie maîtresse lorsque c'était présent. Nous avons donné une définition à chaque catégorie maîtresse et nous leur avons attribué des propriétés. Cette étape n'est pas illustrée dans un tableau.

Tableau 12
Extrait de relevé de catégories à partir des thèmes – entretien Suzanne

L'expérience du parcours de formation sur une longue durée (des difficultés, des moments forts, des prises de conscience)	
Thèmes	Catégories
L'approche m'intéresse.	Intérêt pour l'approche
Bouleversée par la formation. Pleure beaucoup durant sa formation. La formation remue. N'arrive pas à repérer les moments formateurs.	Formation émouvante Repérage difficile des moments formateurs
Début de formation : j'étais dépressive. J'ai réalisé pourquoi j'étais dépressive. Prise de conscience : sur ce qui ne va pas dans ma vie. Bouleversement familial : je quitte mon mari.	Prise de conscience de son état dépressif et des causes de cet état Mise en action dans sa vie personnelle
Entre le début et la fin 4^{ième} année : je n'étais plus la même. Avant : dépressive. Après : quelqu'un qui aime la vie. Prise de conscience : Je suis bien; je souris à la vie et non l'inverse. Plus le même regard sur les choses. Mon regard sur la vie a changé.	Prise de conscience de sa transformation Regard renouvelé sur la vie
J'attends moins des autres et plus de moi-même. Je suis la seule responsable. Plus victime, mais auteur de sa vie.	Reprise de pouvoir sur sa vie

La cinquième étape a permis de regrouper l'ensemble des catégories incluant les catégories maîtresses sous forme de rubriques et sous-rubriques pour faciliter la lecture et la mise en relation. Le tableau 13 présente le résultat de cette étape. Parfois, les catégories étaient semblables mais décrivaient des phénomènes différents, donc aucune association n'a été faite. Des mémos ont été écrits pour faire ressortir les relations entre la rubrique et ses sous-rubriques et parfois de rubrique en rubrique, et ce, pour deux participantes (l'organisation sous forme de rubrique et de sous-rubrique

et l'écriture des mémos, permettant la mise en relation et un début d'intégration, constituent les troisième et quatrième étapes du processus de théorisation ancrée).

Tableau 13

Rubrique : Prise de conscience d'elle-même et sous-rubriques – entretien de Suzanne

Rubrique : Prise de conscience d'elle-même	
Sous-Rubrique	Catégorie
Prise de conscience d'elle-même	Prise de conscience de son état dépressif et des causes de cet état Conscience de l'intimité entre son corps et son esprit
Prise de conscience du non-respect d'elle-même	Acceptation de situations dérangeantes Absence de l'écoute de son corps Verrouillage des émotions
Prise de conscience de sa transformation	Dépassement de limites Reprise du pouvoir sur sa vie Double raffinement de l'écoute Regard renouvelé sur la vie Prise de risque dans l'expression

Dans la dernière et sixième étape, nous avons créé une structure commune par rubrique et sous-rubrique pour tous les entretiens. En d'autres mots, après avoir fait l'analyse de deux entretiens complets (janvier 2013), nous avons procédé à la création d'une liste de catégories organisée par rubriques et sous-rubriques communes (juin 2013) afin de poursuivre l'analyse des quatre autres entretiens de notre recherche. La création de cette liste, comme dernière étape, nous a amenée à revoir l'organisation des rubriques et des sous-rubriques. Par exemple, nous avons procédé par exemple à la fusion de deux rubriques pour l'entretien de Suzanne. Les rubriques « prise de conscience d'elle-même » et « rapport à soi » ont été fusionnées en une seule rubrique « rapport à ... ». La rubrique « rapport à ... » évoque le rapport que la participante entretient avec elle-même et des facettes de sa vie. Ce processus de réorganisation des listes de rubriques et de sous-rubriques pour distribuer les différentes catégories de nos entretiens a aussi contribué à l'intégration des différents

phénomènes liés à notre processus de théorisation ancrée et il a contribué ainsi à sa quatrième étape.

Nous avons par la suite créé des sous-rubriques pour ainsi refléter les divers contenus. La rubrique « rapport à ... » inclut les sous-rubriques suivantes : relation disharmonieuse avec soi-même, mouvement vers soi, transformation et formation. Le nombre de sous-rubriques a diminué, car nous avons créé un deuxième palier de sous-rubriques. Par exemple, dans la sous-rubrique mouvement vers soi, nous retrouvons un deuxième palier de sous-rubriques (conscience d'elle-même, réconciliation et connexion avec elle-même) illustré dans le tableau 14.

Tableau 14
Exemple de résultats de fusion des rubriques – entretien Suzanne

Rubrique : Rapport à ...		
1^{er} palier sous-rubrique	2^e palier sous-rubrique	Catégorie
Relation disharmonieuse avec soi-même	NON-RESPECT D'ELLE-MÊME	Acceptation de situations dérangeantes Absence de l'écoute de son corps Verrouillage des émotions
Mouvement vers soi	CONSCIENCE D'ELLE-MÊME	Prise de conscience de son état dépressif et des causes de cet état Conscience de l'intimité entre son corps et son esprit
	RÉCONCILIATION	Réconciliation avec soi-même, la médecine et la santé Acceptation de sa différence, en dehors des cadres Ouverture d'un carcan Expression des émotions hors de son corps
	CONNEXION AVEC ELLE-MÊME	Connexion avec elle-même Authenticité

Nous avons deux rubriques principales : « Rapport à ... » et « Pratique thérapeutique ». Dans chacune des rubriques, nous retrouvons deux paliers de sous-rubriques qui mènent aux différentes catégories de phénomènes. Les tableaux 15 et 16 montrent la structure des deux rubriques principales.

Tableau 15
Structure d'une rubrique avec les sous-rubriques : Rapport à ...

1^{er} palier sous-rubrique	2^e palier sous-rubrique
Relation disharmonieuse avec soi-même	NON RESPECT D'ELLE-MÊME
Mouvement vers soi	CONSCIENCE D'ELLE-MÊME RÉCONCILIATION CONNEXION AVEC ELLE-MÊME
Transformation	À SA MANIÈRE D'ÊTRE À LA VIE À LA SANTÉ AU TEMPS
Formation	

Tableau 16
Structure d'une rubrique avec les sous-rubriques : Sa pratique thérapeutique

1^{er} palier sous-rubrique	2^e palier sous-rubrique
Contexte de pratique	
Transformation de la pratique	PRISE D'INITIATIVE
Relation direction et pairs	
Relation aux patientes et patients	RELATION THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE D'ACCOMPAGNEMENT RÉCIPROCITÉ DANS SA PRATIQUE

La création de cette liste nous a aussi amenée à renommer, lorsque nécessaire, des phénomènes proches inclus dans des entretiens différents. Par exemple « dépassement de limites » dans l'analyse de l'entretien de Suzanne et « dépassement du barrage lié à un traumatisme dans son histoire » dans l'analyse de

l'entretien de Marie-Hélène, ont été renommés pour le phénomène « dépassement de limites ». N'ayant trouvé de place dans aucune des rubriques auparavant, suite à cette nouvelle liste, certains phénomènes des entretiens ont été repositionnés à l'intérieur de la liste dans les sous-rubriques. L'annexe 3 présente la liste des catégories pour Suzanne.

6.2 Deuxième démarche d'analyse

La première étape a consisté à créer une liste de vingt-six phénomènes présents pour la majorité des entretiens. Après avoir fait l'analyse des quatre premiers entretiens selon la première démarche d'analyse, nous avons fait une liste de phénomènes qui semblaient les traverser à partir de discussions tenues avec notre équipe de direction. Nous avons ainsi profité du fait que nous étions très imbibée du contenu des quatre premiers entretiens. La deuxième étape a permis d'identifier chaque phénomène sous forme de catégorie, avec sa définition et ses propriétés. Pour chaque catégorie, nous avons extrait l'ensemble des passages de *verbatim* exprimant les propos de la catégorie pour chaque entretien confirmant ainsi sa présence. Par exemple, le tableau 17 rassemble l'information sur la catégorie « transformation du rapport au corps » avec les citations incluses dans l'entretien de Suzanne.

Tableau 17
Extrait entretien Suzanne – « Transformation du rapport au corps »

Transformation du rapport au corps	
Définition	
Un changement dans la nature de relation qu'entretient la personne avec son corps. Le corps peut être considéré exclusivement ou partiellement comme un mécanisme de déplacement ou plutôt comme un interlocuteur pour la personne.	
Propriétés	
<ul style="list-style-type: none"> • Un changement dans le statut que la personne accorde à son corps. • Une transformation dans la nature du dialogue qu'a la personne avec son corps. • Un point de vue plus ouvert sur la nature du rapport avec son corps. 	
Suzanne 14 / 11 / 2012	<p>La participante prend conscience de l'intimité du lien entre son corps et sa tête.</p> <p>« Puisque je suis intimement persuadée que le corps et l'esprit sont reliés, à partir du moment où je suis bien dans ma tête, mon corps va mieux aussi. » « Oui, par exemple le fait d'avoir, j'ai pris conscience que je n'écoutais pas mon corps par exemple. »</p> <p>« Euh... le fait, euh, je pense que c'est le fait que je me suis mise à pleurer autant, alors que je ne pleurais pas, quasiment jamais. Et que tout, toutes les émotions que je pouvais avoir, parce que je suis quelqu'un d'hypersensible on va dire. Justement, je réagissais en verrouillant tout. Et bien, la fascia, grâce à la fascia [fasciathérapie], j'ai ouvert ce carcan. »</p>

Nous avons procédé à l'analyse des deux derniers entretiens en vérifiant, à la fin, la présence des différents phénomènes. Au final, sur les 26 phénomènes répertoriés, 15 sont présents chez l'ensemble des participantes et participant et 7 sont présents chez quatre ou cinq personnes. Les quatre autres phénomènes sont présents chez moins de quatre personnes.

À la troisième étape, nous avons titré, de manière plus singulière, la catégorie pour chaque participante et participant. Par exemple, le tableau 18 présente la catégorie « Transformation du rapport au corps ».

Tableau 18
Catégorie « Transformation du rapport au corps »

Participants	Intitulé
Suzanne	Conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit. Manque d'écoute de son corps.
Marie-Hélène	Proximité et attention à son corps.
Nathalie	Bienfaits de l'unité corps et esprit. État de confort dans l'expression corporelle. Le corps interlocuteur.
Isabelle	Meilleure qualité de présence à son corps et plus incarnée.
Philippe	Aucune transformation du rapport à son corps n'est reportée. Mais révélation d'être rejoint dans la profondeur de mon corps et l'ensemble de mon être.
Eva	Construction de l'éprouvé corporel petit à petit avec plus de subtilité.

6.3 Croisement des deux démarches d'analyse

Nous avons croisé les démarches pour nous assurer d'une meilleure validation des résultats et aussi pour vérifier la saturation des données. À partir des phénomènes communs trouvés par la deuxième méthode d'analyse, pour chaque participante et participant, nous avons relu les transcriptions *verbatim* afin de retrouver les citations relatives à ces phénomènes et ainsi les thèmes et catégories associés.

Nous avons aussi recherché et pris en note, à travers les rubriques et les sous-rubriques de la première méthode d'analyse, les catégories manquantes. Autrement dit, nous avons croisé ces thèmes et catégories avec la liste des catégories organisées par rubrique et sous-rubrique, de manière à vérifier qu'aucune catégorie ne soit manquante.

Lorsque c'était le cas, nous avons été à la recherche des *verbatim* des catégories manquantes pour ainsi faire le tour de la boucle. Par exemple (voir le tableau 19), dans la catégorie « Transformation du rapport au corps » de la première participante (Suzanne), une catégorie relative au corps n'apparaît pas dans la liste « Expression des émotions hors de mon corps ». Nous avons retrouvé les *verbatim* en lien avec la création de cette catégorie et l'avons ajouté.

Tableau 19
Extrait catégorie « Transformation du rapport au corps » - entretien Suzanne

<p>Suzanne 14 / 11 / 2012</p> <p>Conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit. Manque d'écoute de son corps.</p>	<p>La participante prend conscience de l'intimité du lien entre son corps et sa tête.</p> <p>« Puisque je suis intimement persuadée que le corps et l'esprit sont reliés, à partir du moment où je suis bien dans ma tête, mon corps va mieux aussi. » « Oui, par exemple le fait d'avoir, j'ai pris conscience que je n'écoutais pas mon corps, par exemple. »</p> <p>« Euh...le fait, euh, je pense que c'est le fait que je me suis mise à pleurer autant, alors que je ne pleurais pas, quasiment jamais. Et que tout, toutes les émotions que je pouvais avoir, parce que je suis quelqu'un d'hypersensible on va dire. Justement, je réagissais en verrouillant tout. Et bien, la fascia, grâce à la fascia, j'ai ouvert ce carcan. »</p> <p>« J : Et puis quand vous dites, j'ai appris, je n'écoutais pas mon corps. J'ai appris à mieux écouter mon corps. Vous dites c'est à travers les émotions, il y a eu quelque chose qui s'est extrait puis il y a eu un espace où ça l'a sorti. A : Sorti! Mon corps... »</p>	<p>Thèmes Bien dans ma tête, mon corps va mieux. Prise de conscience : je n'écoutais pas mon corps. Pleure abondant : je n'écoutais pas mon corps. Très sensible, avant je verrouillais tout. La fascia a ouvert un carcan.</p> <p>Catégories Conscience de l'intimité entre son corps et son esprit Absence de l'écoute de son corps Verrouillage des émotions Ouverture d'un carcan</p> <p>Catégorie manquante Expression des émotions hors de mon corps</p>
---	--	---

6.4 L'analyse des données : sphère personnelle

L'analyse des données concernant la sphère personnelle des participantes et du participant s'est faite en trois temps. Le schéma de la figure 9 résume visuellement les différentes étapes d'analyses afin d'obtenir les résultats concernant les transformations liées à cette sphère, en incluant le rapport au corps, la présence à soi

et le rapport à sa santé. Les participantes et le participant sont identifiés comme suit : P1 (Suzanne), P2 (Marie-Hélène), P3 (Nathalie), P4 (Isabelle), P5 (Philippe) et P6 (Eva).

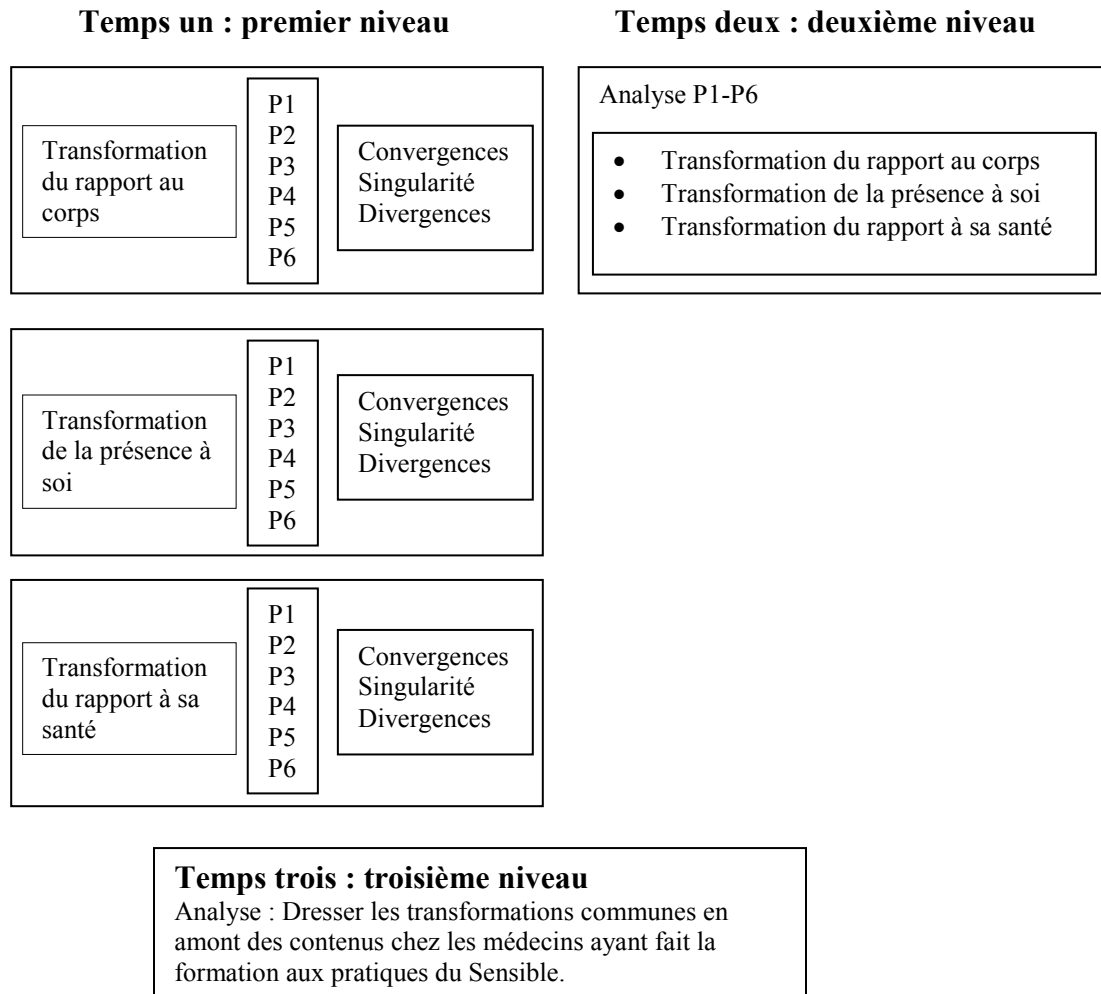


Figure 9 – Les étapes d’analyses concernant la sphère personnelle

Dans un premier temps, nous présentons les résultats à partir des phénomènes communs aux participantes et participant répertoriés suite au croisement des deux démarches d’analyse en lien avec les objectifs de notre recherche. Il est bon de souligner que cette étape a permis de clarifier le contenu de chaque catégorie en

modifiant parfois le titre de la catégorie elle-même ou le contenu de *verbatim* qui n'était pas dans la bonne catégorie.

Nous avons pris le phénomène « Transformation du rapport au corps » avec l'objectif d'identifier et de décrire les transformations du rapport au corps qu'ont vécu les participantes et le participant. Il s'agit de regarder ce qui leur est commun, d'observer les mouvements parfois très singuliers de chacun dans la transformation du rapport à son propre corps. Finalement, nous avons nommé l'expérience des participantes et du participant qui était un peu divergente par rapport à celle du groupe. Suite à cette présentation de premier niveau, nous avons constaté la similitude des résultats entre la transformation du rapport à son corps, sa présence et sa santé. Les résultats nous portent à croire qu'il y a un très haut degré d'intrication des phénomènes traités. Ce processus d'analyse a contribué à la mise en relation des phénomènes dont fait partie la troisième étape du processus de théorisation ancrée.

Dans un deuxième temps, afin de s'assurer de l'exactitude des résultats, nous avons procédé à une présentation des résultats pour chaque participante et participant des trois catégories. Par exemple, nous avons pris les catégories « Transformation du rapport au corps », « Transformation de la présence à soi » et « Transformation du rapport à sa santé » pour Suzanne et nous avons tenté de faire ressortir des différences ou une évolution entre ces catégories. Cette mise en relation des trois catégories par participante ou participant a permis un plus haut niveau de mise en relation et d'intégration, soit les étapes trois et quatre du processus d'analyse par théorisation ancrée. Nous avons fait un cours récit par personne de ces trois catégories, ce qui fut l'occasion d'atteindre encore plus d'intégration des divers phénomènes en présence.

Suite à cette présentation d'un second niveau, nous avons cherché à spécifier davantage « les catégories » de chaque participante et participant pour chaque catégorie à partir d'un regard plus vaste sur les trois catégories. Dans le cas de Suzanne, la prise de conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit n'est

plus dans la catégorie du rapport au corps, mais plutôt dans celle de la transformation du rapport à sa santé. Le tableau 20 démontre les changements occasionnés par ce deuxième niveau de présentation pour la catégorie « Transformation du rapport au corps ».

Tableau 20
Transformation du rapport au corps - Suzanne

Avant	Conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit. Manque d'écoute de son corps.
Après	Manque d'écoute de son corps. Prise de conscience du verrouillage des émotions. Ouverture d'un carcan.

Finalement, dans un troisième temps, une analyse a été faite pour synthétiser l'information et tenter de faire ressortir des éléments spécifiques avec tout le travail de présentation fait dans les différentes étapes précédentes. En dehors des contenus et des contextes de vie des participantes et du participant, à un niveau d'abstraction plus élevé, cette analyse tente de dresser les transformations communes chez les médecins ayant fait la formation aux pratiques du Sensible. Ce processus d'analyse a permis de réaliser les étapes cinq et six du processus de théorisation ancrée, soit la modélisation et la théorisation des phénomènes.

6.5 L'analyse des données : sphère professionnelle

La figure 10 résume visuellement les deux temps d'analyses afin d'obtenir les résultats des transformations liées à la sphère professionnelle de nos six participantes et participant concernant le concept de la santé et la transformation du rapport avec les autres professionnelles et professionnels et avec leurs patientes et patients, (P1, P2, P3, P4, P5 et P6). Les transformations de la relation à l'autre, concernant la relation aux autres professionnelles et professionnels, n'ont nécessité qu'une seule étape de présentation des résultats, tandis que la relation aux patientes et patients a nécessité une deuxième étape de présentation.

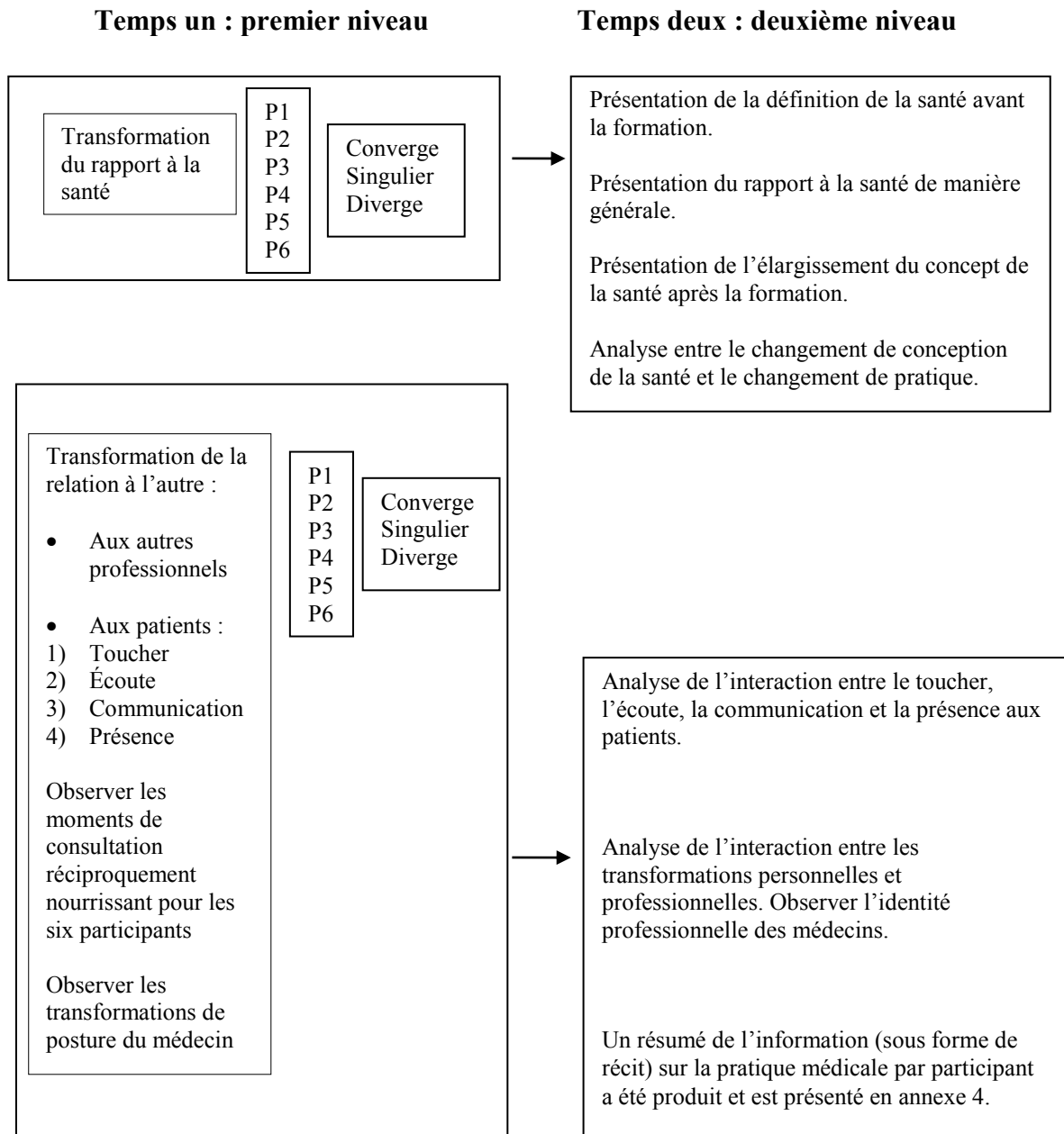


Figure 10 – Les étapes d'analyses concernant la sphère professionnelle

La présentation des données de la sphère professionnelle s'est faite avec la même première étape de mise en relation des six participantes et participant que la section de la sphère personnelle. Par contre, la suite diverge et nous avons ajouté certaines informations dans notre analyse. Par exemple, dans le rapport à la santé en général, nous avons fait des encadrés présentant la conception de la santé qu'avaient les participantes et le participant avant leur formation. Nous avons aussi pris le temps de discuter la définition de la santé qu'ils avaient avant la formation afin d'observer les similitudes et les oppositions. Par la suite, nous avons présenté les transformations du rapport à la santé vécues de manière générale par nos participantes et notre participant. Finalement, nous avons présenté, toujours sous forme d'encadrés, les changements de conception que les personnes ont vécus face à la santé. Cette manière de faire dans notre analyse nous a permis de faire des mises en relation et de l'intégration de façon plus nuancée. Ainsi, nous accomplissons à nouveau les étapes 4 et 5 du processus d'analyse de la théorisation ancrée.

Concernant la transformation de la relation à l'autre, cette section s'est divisée en deux sous-sections : la relation aux autres professionnelles et professionnels et la relation aux patientes et patients. La section reliée plus spécifiquement à la relation aux patientes et patients a été subdivisée en six sous-sections pour faciliter la compréhension. Les quatre premières sous-sections font ressortir les phénomènes qui s'opèrent dans leur toucher, leur écoute, leur communication et leur présence avec les patientes et patients. Dans la cinquième sous-section, nous avons dégagé dans les entretiens les moments de consultation qui ont été réciproquement nourrissants, autant pour la ou le médecin que la patiente ou le patient, du point de vue du médecin. Dans la dernière sous-section, nous avons fait ressortir la transformation de posture du médecin dans la relation thérapeutique. Encore une fois, cette manière de procéder a permis d'effectuer les quatrième et cinquième étapes du processus d'analyse, soit la mise en relation et l'intégration.

Dans une autre section, l'analyse nous a permis de mieux saisir le phénomène en présence. Cette analyse pose un regard sur les changements de conception de la santé et les éventuelles répercussions sur la manière de pratiquer la médecine. Par la suite, nous avons construit plusieurs schémas intégrateurs des différentes facettes incluses dans la relation aux patientes et patients pour mieux illustrer l'imbrication des résultats et permettre de comprendre le phénomène avec plus de nuance. Une analyse des résultats permet de mettre en perspective les transformations personnelles qui ont eu des incidences sur des transformations professionnelles. Nous avons également ressorti chez l'ensemble de nos participantes et participant un enlignement de leur identité professionnelle, comme si la formation aux pratiques du Sensible leur avait permis d'être plus axés dans leur vie professionnelle. Cette partie de l'analyse a approfondi nos propos et nos différents schémas illustrent bien la modélisation ainsi que la théorisation, soit les étapes cinq et six du processus d'analyse selon la théorisation ancrée. L'interrelation entre les sphères personnelle et professionnelle constitue aussi une étape de plus dans la modélisation et la théorisation de manière plus vaste.

La transformation liée à leur pratique constitue une forme de résumé d'informations inclus dans l'ensemble de l'analyse et est présenté sous forme de récit sur leur pratique médicale. Les récits ont été écrits à la toute fin de l'analyse et une dernière lecture de chaque entretien a été faite pour s'assurer de ne rien n'oublier. Les récits sont présentés dans des encadrés à l'annexe 4. La prochaine section fait état des différentes mesures qui ont été prises afin de s'assurer que le processus de notre recherche respecte la politique institutionnelle en matière d'éthique.

7. LE COMITÉ ÉTHIQUE

Notre projet de recherche a été soumis à un processus d'évaluation par le comité d'éthique de la recherche (CÉR) éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke. Cette évaluation était nécessaire avant d'entreprendre les entretiens

pour s'assurer que nous prenions les précautions adaptées à la politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains. Cette politique vise à rappeler à toute personne engagée dans un projet de recherche sa responsabilité morale et légale qui s'y rattache. Cette politique détermine les normes minimales dont l'Université exige le respect intégral.

Un formulaire d'évaluation a été complété par la chercheure et a été évalué par le comité d'éthique de l'Université de Sherbrooke, il est présenté à l'annexe 5. Le formulaire vise à s'assurer de l'intégrité scientifique, de l'autonomie de la personne, de l'intégrité de la personne et du respect de la dignité et de la vie privée des individus qui participent à la recherche. Suite à l'évaluation, la chercheure a dû approfondir ses réponses aux questionnaires pour éclaircir certains points additionnels. À chaque année, la chercheure devait mettre à jour son dossier auprès du comité éthique et un rapport final a été produit à la fin de la recherche et soumis au comité. L'ensemble des lettres reçues par le comité éthique confirmant l'acceptation du projet de recherche sont présentées à l'annexe 5.

La chercheure a fait signer à chaque participante et au participant une lettre d'information qui incluait un formulaire de consentement à l'entretien, de sorte que les personnes pouvaient s'engager dans le processus en toute connaissance de cause. La lettre est présentée à l'annexe 5.

8. LES CRITÈRES DE SCIENTIFICITÉ DE LA RECHERCHE

Nous abordons dans cette section les critères de scientificité de notre recherche : 1) la posture épistémologique et le contexte de recherche, 2) les indicateurs de la rigueur de notre recherche et 3) la portée de notre recherche en fonction des critères rencontrés.

8.1 Posture épistémologique et contexte de recherche

Un enjeu important de notre recherche est de rencontrer robustement les critères de scientificité. Les critères de scientificité permettent de poser un regard critique sur la qualité de la recherche. Savoie-Zajc (2009a) mentionne que les critères de scientificité varient selon l'épistémologie du chercheur :

Selon l'épistémologie à laquelle ils adhèrent, les chercheurs auront recours à des critères de validation qu'ils définissent et nomment spécifiquement. C'est ainsi que les approches de recherche positiviste et qualitative mettront de l'avant chacun leur propre système de validation (p. 289).

En effet, de ces deux courants (quantitatif et qualitatif) sont nés des critères de scientificité différents s'appuyant sur des réalités de recherche parfois diamétralement opposées. Dans notre recherche, nous voulions installer les meilleures conditions de dialogue entre les résultats de notre recherche et le milieu de la recherche médicale, parfois centrée sur l'importance du nombre et de l'objectivité. Nous avons fait le choix d'aborder notre thème de recherche largement pour mieux comprendre le vécu des participantes et du participant pour donner du sens à nos résultats. Nous avons joint à notre équipe une femme médecin impliquée dans la pédagogie médicale pour mieux saisir le milieu. Cette personne agit en tant que membre comme le définit l'ethnométhodologie (Coulon, 1993) « c'est donc une personne dotée d'un ensemble de procédures, de méthodes, d'activités, de savoir-faire, qui la rendent capable d'inventer des dispositifs d'adaptation pour donner sens au monde qui l'entoure » (p. 183). Cette personne nous permet aussi d'avoir un regard critique sur notre projet de recherche et d'engager plus de dialogue. Comme l'exprime Groulx (1997) : « Le langage de la recherche apparaît d'abord comme pluriel mais la règle de ces langages de recherche reste dialectique » (p. 56).

8.2 La rigueur de notre recherche

La recherche qualitative n'est pas dans une logique de preuve et ne cherche pas l'exactitude. Par contre, elle « relève d'une logique de plausibilité » (Rondeau, 2014, p. 130). Selon Savoie-Zajc (2009b) : « Les résultats, les interprétations, les hypothèses de travail sont plausibles compte tenu des données recueillies et de l'analyse effectuée » (p. 20). Dans les prochaines sous-sections, nous abordons les différents critères de scientificité proposés par Savoie-Zajc (2009a) : la cohérence interne, l'acceptation interne, la confirmation externe, la complétude et la saturation et nous verrons comment nous y avons répondu.

8.2.1 La cohérence interne

Suite à la détermination de la question de recherche et à ses objectifs, la chercheuse ou le chercheur définit la méthodologie appropriée pour y répondre. Par la suite, la cohérence interne s'appuie sur la rigueur mise en œuvre dans la cueillette de données et leur analyse.

Au fur et à mesure du projet, nous avons veillé à rehausser la qualité de notre recherche. En effet, la formation au cours de deuxième cycle Fondements de l'analyse qualitative (ÉDU 710), de la Faculté d'éducation de l'Université de Sherbrooke a permis de nous imprégner des principes fondateurs de la recherche qualitative, parfois éloignée de notre formation de base en administration. Les cinq formations de 35 heures à l'entretien d'explicitation auprès du fondateur de la méthode à des moments critiques (juste avant nos entretiens exploratoires et avant ceux de notre recherche principale) a permis de rehausser la qualité de la conduite des entretiens, notamment par la qualité des questions et des relances effectuées.

L'organisation temporelle de notre recherche a aussi rehaussé la valeur et la rigueur de notre projet. En effet, la concomitance de la collecte de données et de l'analyse de celles-ci (entre le mois de mai 2012 et le mois d'avril 2013), et du

processus d'entretiens exploratoires a vraiment augmenté la qualité de notre processus. Il nous a permis d'ajuster nos activités au fur et à mesure, pour mieux répondre à nos objectifs de recherche.

L'analyse complète des trois entretiens exploratoires pour des fins de présentations à deux congrès a entraîné la chercheuse aux étapes d'analyse thématique et par catégorie. La chercheuse a appris, entre autres, à différencier les thèmes des catégories. Cette différenciation l'a obligée à trouver le bon niveau d'inférence avec le contenu des entretiens. En effet, les thèmes sont plus ancrés dans le contenu de l'entretien, tandis que les catégories nécessitent un recul pour mieux nommer le phénomène en présence. À l'annexe 6 se trouvent les résumés proposés au congrès ainsi que les affiches de présentation.

Pour l'ensemble des entretiens, le regard expert d'un membre de notre équipe de recherche sur le début de chaque nouvelle étape d'analyse nous a permis de valider notre chemin d'analyse. Un autre membre de l'équipe a regardé plus profondément l'analyse afin de mieux éduquer notre regard. L'analyse des entretiens, d'abord par thèmes puis par catégories, nous a permis un meilleur ancrage empirique de nos résultats. Les deux démarches d'analyse ont aussi contribué à l'augmentation du degré de rigueur de l'analyse d'ensemble, en imprégnant la chercheuse de ses données. L'analyse a permis de faire émerger une théorisation ancrée dans les données de recherche qui ont été mises à l'épreuve dans l'analyse des deux derniers entretiens. Par ailleurs, l'apparition des cas de Philippe et Eva a engendré une reconfiguration de la théorie, car leur expérience ne convergeait avec celle des quatre autres participantes, comme l'exprime Van Der Maren (2009) dans ses propos sur la double cohérence : « C'est à partir de la considération, dans sa complexité, de la situation qui a posé problème à la théorie qu'une reconstruction de cette dernière est possible » (p. 66).

Notre recherche principale nous a permis de participer à huit congrès dont plusieurs internationaux (quatre en 2014, un en 2015 et trois en 2016). La démarche de proposition aux congrès a été riche dans notre processus d'analyse, et notre participation nous a donné l'occasion de présenter nos résultats au fur et à mesure que l'analyse avançait. Ces exercices répétés ont été autant d'occasions pour parfaire notre démarche d'analyse et de réflexion sur nos arguments. Ils nous ont aussi aidée à demeurer ancrée dans les contenus de nos entretiens, ces derniers étant souvent illustrés par des citations. Ces expériences nous ont servi à avancer dans notre compréhension du processus de recherche scientifique en éducation et sur la communicabilité des résultats, une communication nécessaire à la complétude de la démarche de recherche. À l'annexe 7 se trouvent les résumés proposés aux congrès concernant la recherche principale ainsi que les affiches, le cas échéant.

8.2.2 L'acceptation interne

L'acceptation interne existe à deux niveaux. Selon Savoie-Zajc (2009c), elle est présente au niveau de « l'acceptation du chercheur par le milieu où se déroule la recherche » (p. 1). La chercheuse et son projet ont su solliciter la curiosité et l'intérêt de l'ensemble des participantes et du participant. Au fur et à mesure où l'entretien se déroulait, nous avons la sensation que les personnes s'ouvraient davantage. Au deuxième niveau, lors de l'interprétation des données, il s'agit de s'assurer que la reconstruction de la réalité étudiée est plausible pour les participants. Nous sommes retournée vers les participantes et le participant pour nous assurer que nos propos respectent bien leur expérience vécue. Un document d'environ une dizaine de pages par participante ou pour le participant a été produit. Il fut divisé en deux sections : sphère personnelle et sphère professionnelle. Dans chaque section, nous retrouvons l'ensemble des énoncés de la thèse qui discute de la participante ou du participant en incluant les citations. Les dernières sections sont plutôt le fruit de notre analyse. Elles furent aussi corroborées par l'ensemble des participantes et du participant. Un tableau à l'annexe 8 présente les résultats, suivi de l'exemple du formulaire de Suzanne.

8.2.3 La confirmation externe

Un autre des critères est celui de la confirmation externe qui : « correspond à la capacité du chercheur d'objectiver les données recueillies » (Savoie-Zajc, 2009d, p. 29). La préparation de nos entretiens, les deux démarches d'analyse ainsi que la critique de notre démarche de recherche par notre équipe de supervision sont tous des éléments qui assurent la qualité de notre recherche.

Au fur et à mesure où l'analyse s'approfondissait, il fut intéressant de constater que le processus nous amenait à une déconstruction des entretiens. Finalement, une reconstruction surprenante qui faisait sens nous est apparue. Nous étions empreinte d'un sentiment de justesse et de pertinence propre à la validation en recherche qualitative en ce qui a trait à l'analyse des données (Paillé, 2009). L'intensité de l'étonnement, face aux résultats d'analyse et à la compréhension du phénomène, est venue nous conforter dans notre capacité de prendre une distance lors du processus de notre analyse. L'analyse approfondie de nos résultats nous permet de dire qu'elle a permis d'avoir accès aux processus fondamentaux vécus suite à la formation aux pratiques du Sensible, au-delà des contextes de vie précis propres à chaque participante et au participant. Poupart *et al.* (1997) vient nuancer la portée des résultats des recherches qualitatives en fonction de la profondeur d'analyse :

Ce ne sont donc pas tant les caractéristiques substantives des situations étudiées qui sont généralisables à partir de résultats qualitatifs que les processus sociaux fondamentaux qui les sous-tendent. Ceux-ci sont stables et durables, au-delà des variations de leurs manifestations, leur caractère évolutif leur permettant d'intégrer le changement et les rendant facilement modifiables sans que ce qui est au cœur de leur définition soit affecté. Si un processus social fondamental a été correctement ciblé, les variations observées (et activement recherchées à travers l'échantillonnage théorique) n'entraîneront que raffinement de sa définition, par l'addition de nouvelles qualifications (conditions, stades, conséquences, etc.), qui le rendra encore plus modifiable (et donc plus généralisable) (p. 381-382).

L'itération propre à la recherche qualitative a été très présente dans notre projet et porteuse dans nos résultats. En fait, notre processus a été entrecoupé de multiples itérations entre des temps de lecture, de rédaction, de collecte de données, d'analyse de données, de corrections suite à la lecture effectuée par notre équipe de direction (à tour de rôle), de temps de présentation de nos résultats à dix congrès directement en lien avec notre thème de recherche (deux en 2013, quatre en 2014, un en 2015 et trois en 2016). Les différentes itérations sont autant d'indicateurs de la qualité du processus soutenu et attentif de notre projet. Nos résultats de recherche ont bénéficié grandement de tout ce processus et ont gagné en justesse, finesse et crédibilité.

8.2.4 La complétude

Au regard de nos résultats d'analyse, il nous semble que nous avons intégré la plus grande variation possible entre les catégories tout en utilisant un petit nombre de concepts (Savoie-Zajc, 2009e), par exemple ceux concernant les transformations liées à la sphère personnelle : le rapport au corps, les prises de conscience et les limites dépassées dans le processus de changement d'identité, selon le niveau d'harmonie au début du processus de formation.

En fin de rédaction de thèse, durant la période de corrections qui s'est étalée du mois de janvier au mois de juillet 2015, le processus nous a permis de clarifier certaines analyses mais ce sont surtout les membres de l'équipe de recherche qui nous ont supportée dans l'aboutissement de l'analyse. Les questions posées par ces derniers ont permis de dévoiler à plusieurs reprises des aspects inachevés de l'analyse des résultats. À la suite de ce processus de corrections, nous avons l'impression d'un réel sentiment d'emboîtement.

Nous avons réellement la sensation d'avoir complété le processus dans sa pleine amplitude. Nous avons l'impression d'avoir su faire émerger un « sens adéquat qui permet de fournir une compréhension riche, à la portée explicative signifiante pour les groupes étudiés et pour la communauté scientifique qui reçoit les résultats d'une telle étude » (Savoie-Zajc, 2009e, p. 23).

8.2.5 La saturation

Selon Savoie-Zajc (2009f), la saturation désigne « le moment lors duquel le chercheur réalise que l'ajout de données nouvelles dans sa recherche n'occasionne pas une meilleure compréhension du phénomène étudié » (p. 226). Nous avons l'impression de tendre vers un bon niveau de saturation, mais étant donné que l'échantillon disponible répondant à nos critères est restreint, il est difficile de l'affirmer avec assurance. L'ensemble des participantes et participants potentiels ont été sollicités et viennent de parcours diversifiés. Sur une population de 62 médecins, seulement 11 personnes répondaient à l'ensemble de nos critères dont cinq étaient très éloignées de la région parisienne. L'analyse des deux premiers entretiens et l'organisation des catégories par rubriques et sous-rubriques ont établi une structure qui fut maintenue pour les quatre autres entretiens. L'expérience moins convergente des deux derniers entretiens a obligé la chercheuse à revoir et à nuancer davantage les résultats. Du même coup, ces modifications ont permis de rehausser l'univers de sens du phénomène et la représentativité du compte rendu de l'expérience déclarée par les participantes et le participant suite à la formation aux pratiques du Sensible. Enfin, notre recherche permet d'élaborer un « savoir riche, adéquat et nuancé, intimement rattaché aux contextes à l'intérieur desquels ils auront été produits » (*Ibid.*, p. 226).

8.3 La portée de notre recherche selon les différentes postures de recherche

Notre projet de recherche questionne les effets d'une formation aux pratiques du Sensible auprès des médecins. Il semble qu'une formation corps / esprit telle que les pratiques du Sensible puisse répondre à un besoin de soin plus holistique et

humain. À la vue de nos résultats présentés au prochain chapitre, il est intéressant de comprendre la transformation qu'ont dit avoir vécu les participantes et le participant. Le processus de formation semble les ouvrir à une relation différente avec eux-mêmes, plus dynamique et enrichie d'un dialogue intérieur. Ils semblent aussi s'ouvrir à des relations plus humaines et nourrissantes au sein de leur environnement professionnel ainsi qu'avec les patientes et patients.

Notre projet de recherche exploratoire permet d'apporter un éclairage sur un phénomène sans pour autant permettre d'étendre les résultats plus largement. Toutefois, ces derniers nous semblent suffisamment intéressants et plausibles pour éventuellement engager d'autres projets de recherche plus adaptés au milieu de la formation médicale. Du point de vue de la compréhension, il semble que notre analyse ait permis d'avoir accès à une profondeur des processus fondamentaux vécus, nous permettant ainsi une transférabilité des résultats dans une certaine mesure. Nous reprendrons ces propos dans notre conclusion. La prochaine section présente les forces et les limites de notre projet de recherche.

9. LES FORCES ET LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Chaque recherche est singulière et comporte des points forts et des limites en fonction de l'objet de recherche, de la nature du devis utilisé et de l'échantillon choisi pour répondre aux objectifs de recherche. La prochaine section présente les différentes forces et limites de notre recherche exploratoire.

9.1 Les forces

Le point fort de notre recherche est d'avoir identifié et décrit les transformations rapportées par des médecins à l'égard de leur pratique médicale à travers leur relation aux autres professionnelles et professionnels et aux patientes et patients. Peu de recherches ont étudié les incidences d'un apprentissage expérientiel

d'une approche corps / esprit auprès de médecins et porté attention aux transformations dans la sphère professionnelle de manière aussi détaillée. Effectivement, peu de recherches interpellent des médecins en exercice ayant fait une telle formation et questionnant les effets dans leur agir professionnel. Étant donné que les étudiantes et étudiants en médecine n'ont pas encore débuté leur pratique professionnelle, les recherches faites auprès d'eux ne permettent pas de faire une comparaison. « Moreover, we do not know how these impacts generalise to other aspects of the students' lives and their work with peers, colleagues and patients » (Dobkin, Hutchinson, 2013, p. 777).

Une autre particularité de notre recherche est sa nature qualitative. Effectivement, nous avons voulu identifier et décrire les transformations rapportées par six médecins avec l'utilisation d'un guide d'entretien ouvert où nous prenions le temps d'écouter les participantes et le participant avec le moins d'orientation possible et en utilisant leur propos. Nos entretiens ont permis d'aller extraire un bon niveau de profondeur de leur expérience, autant d'un point de vue personnel que professionnel. La recherche qualitative est tout indiquée lorsque le phénomène étudié est peu documenté, car elle permet une compréhension plus profonde du point de vue des actrices et acteurs (Tavakol et Sandars, 2014b). En effet, la recherche qualitative s'intéresse à la subjectivité des participantes et participants et permet d'obtenir une riche description du phénomène observé qui suscite un intérêt pour les chercheuses et chercheurs (Tavakol et Sandars, 2014b). Les entretiens compréhensifs et d'explicitations ont aussi permis d'entrer profondément en relation avec l'expérience subjective du sujet.

Comme notre recherche a été produite plusieurs années après la fin de la formation de nos participantes et de notre participant, nous pouvions avoir accès aux effets perçus que la formation a eu dans leur vie, et ce, de manière durable. Les recherches de ce type sont souvent effectuées tout de suite après l'intervention et ne permettent pas de relever les retombées qui durent dans le temps et celles qui

nécessitent du temps pour pleinement apparaître. « We have yet to learn if these changes are maintained over time » (Dobkin, Hutchinson, 2013, p. 777).

La diversité de notre échantillon peut être à la fois vue comme étant une faiblesse mais aussi une force. Malgré les caractéristiques et les parcours différents de nos participantes et de notre participant, nos résultats démontrent quand même des points de convergence. Un seul participant semble à part dans les résultats suite à la formation aux pratiques du Sensible. Philippe est particulier dans son cheminement et nous sommes en mesure d'envisager des hypothèses plausibles sur la divergence des résultats. En effet, Philippe est d'âge mature lors de sa formation aux pratiques du Sensible (plus de 55 ans), son expérience de yoga et sa discipline de méditation depuis plus de 25 ans ont eu, selon nous, des effets sur la manière dont il a vécu la formation. Philippe a aussi fait sa formation d'homéopathe en même temps que sa formation médicale. La prochaine section discute des limites de notre recherche.

9.2 Les limites

Notre projet de recherche comporte des limitations qu'il est important d'identifier. De nature qualitative, nos résultats de recherche ne peuvent être généralisés. Toutefois, plus les conditions et le contexte de la recherche sont similaires à la nôtre plus les résultats seront transférables. Malgré cela, la recherche qualitative est, selon Tavakol et Sandars (2014a), de grande valeur autant pour le système médical que la recherche en éducation : « However, the contribution of qualitative studies in evidence-based practice has increasingly been recognised in both healthcare systems and educational research » (p. 746).

Notre recherche s'intéressait à identifier et à décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins ayant suivi la formation aux pratiques du Sensible. Évidemment, nos résultats se rapportent seulement à un type de pratique corps / esprit et pourront être transférés selon le niveau de similitude avec les

pratiques du Sensible. Certaines approches seront peut-être plus similaires aux pratiques du Sensible et permettront plus de transférabilité, comme la pratique d'éducation somatique Feldenkrais qui inclut une approche gestuelle et manuelle.

Notre projet est basé sur des faits rapportés et est directement en lien avec le confort ou l'inconfort des participantes et du participant à nous divulguer des informations sur leur vécu qui, dans une certaine mesure, peuvent avoir été censurées. Certaines participantes et le participant ont peut-être limité le niveau d'informations plus intimes de cette expérience, ce qui constitue aussi une limite de notre recherche.

Notre devis de recherche comportait aussi certaines limitations. En effet, nous avons questionné les participantes et le participant à la fin de leur parcours de formation ou quelques années après. Il était impossible pour nous de documenter leurs transformations au fil des ans et des formations. Il était ainsi difficile d'observer à proximité le processus de transformation à l'œuvre pour ainsi en apercevoir chacune des étapes. De plus, nous n'étions pas en mesure d'identifier les incidences des différents modes d'intervention proposés par les pratiques du Sensible. Par contre, dans une certaine mesure, l'entretien compréhensif et d'explicitation nous permettaient d'être en lien avec des moments clés de leur formation et de leur transformation.

Une autre caractéristique particulière et possiblement limitative à notre projet de recherche est son appui sur des concepts d'Amérique du Nord, dont celui de la médecine intégrative, et le fait que nous avons questionné des médecins français. Aucun médecin n'ayant complété ce cursus de formation en Amérique, nous avons privilégié ce choix malgré les inconvénients.

Le chapitre de méthodologie nous a permis d'éclairer notre posture épistémologique et les moyens mis en œuvre pour répondre à notre question de recherche et à nos six objectifs, tout en décrivant notre démarche de manière globale

et détaillée. Cette description permet de mieux saisir la rigueur de notre démarche ainsi que les moyens utilisés afin d'augmenter la valeur scientifique de notre projet tout en y relevant les forces et les limites. Le prochain chapitre présente les résultats de notre recherche.

CINQUIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS ET ANALYSE

1. LA RECHERCHE PRINCIPALE

1.1 Présentation des participantes et du participant

L'échantillon de la recherche principale est constitué de six médecins ayant terminé leur processus de formation aux pratiques du Sensible et pratiquant toujours la médecine en France. L'entretien a été effectué à moins de sept ans d'écart après leur formation aux pratiques du Sensible. La section suivante précise les différences en lien avec le temps, la nature de la formation et les caractéristiques liées aux personnes.

Le tableau 21 de la page suivante présente les participantes et le participant en identifiant l'année de leur diplomation et leur âge, suite à leur formation en médecine et aux pratiques du Sensible. Les deux dernières colonnes précisent leur contexte de vie pendant leur formation aux pratiques du Sensible et les intentions qu'ils avaient lorsqu'ils ont fait le choix de s'inscrire à cette formation.

Tableau 21
Informations sur les participantes et le participant de la recherche

Participants (noms fictifs)	Médecine		Pratiques du Sensible		Contexte de vie durant formation	Intention de formation aux pratiques du Sensible
	Année de diplomation	Âge	Année de diplomation	Âge		
Suzanne	1989 Médecine générale	27 ans	2010	48 ans	Incertitude dans sa vie privée et professionnelle	Envie de changer de métier
Marie-Hélène	1992 Médecine générale	30 ans	2012	50 ans	Fin de cycle, fin d'une relation amoureuse horrible de huit ans	En quête de guérison à partir du corps pour les victimes de torture
Nathalie	1996 Médecine générale	32 ans	2011	47 ans	Recherche continue dans sa vie personnelle, étape, divorce avec deux jeunes enfants	Quête personnelle
Isabelle	1989 Médecine générale	33 ans	2008	52 ans	Recherche continue dans sa vie personnelle	Recherche d'une pratique manuelle à son image
Philippe	1977 Cardiologie	30 ans	2008	61 ans	Fin de carrière avec une pratique personnelle de yoga et méditation bien intégrée dans sa vie	Curiosité, comprendre cette approche qui l'interpellait
Eva	2007 Médecine générale	26 ans	2005	24 ans	Connaît l'approche depuis qu'elle a 15 ans, elle est en formation de médecine et se fait traiter régulièrement depuis deux ans	Recherche une approche manuelle pour compléter sa formation de médecin

Le tableau 22 fait état des différentes formations complémentaires suivies par les participantes et le participant en dehors de la formation en médecine et de celle des pratiques du Sensible. Ce tableau permet de situer le parcours de formation de chaque participante et participant dans une vue d'ensemble.

Tableau 22
Autres formations suivies depuis la diplomation en médecine

Participants (noms fictifs)	Autres formations complémentaires
Suzanne	Diplôme Universitaire (DU) contraception 2003-2004
Marie-Hélène	Diplôme Universitaire (DU) urgentiste 1997-1998 Diplôme d'Étude Supérieure Spécialisée en psychologie 1992-1997 Formation de criminologie appliquée à l'expertise mentale 1994-1995
Nathalie	Formation en Reiki : les trois niveaux 1999-2000 Formation d'un an en SPP en lien direct avec la psychologie
Isabelle	Acupuncture Médecine tropicale Léprologie Médecine agricole Formation ostéopathie vers 1995, sur trois ans avec une addition de deux ans, spécialité crânienne Gymnastique sensorielle périnatale 2008-2010
Philippe	Certificat en cardiologie en même temps que l'internat Formation en homéopathie sur trois ans, en même temps que l'internat Pratique de yoga assidue
Eva	Master psycho-pédagogie perceptive de 2007 à 2012

1.1.1 Différences reliées au temps

Les différences liées au temps peuvent être de plusieurs natures, par exemple, le moment de formation à la médecine lors des entretiens en 2012 : certaines personnes ont été formées il y a 5 ans (Eva, 2007), 23 ans (Suzanne et Isabelle, 1989) et d'autres il y a plus de 35 ans (Philippe, 1977). Quant au moment de la formation aux pratiques du Sensible, certains ont été formés depuis moins de deux ans (Marie-Hélène, Nathalie et Suzanne, 2012, 2011 et 2010) et d'autres depuis plus de quatre ans (Isabelle, Philippe et Eva, 2008, 2008 et 2005). Une personne, Eva, a reçu les deux formations de façon concomitante : elle a débuté sa formation aux pratiques du Sensible en troisième année de médecine. Finalement, il faut considérer le fait que les participantes et le participant ont été formés en médecine et aux pratiques du Sensible à des moments différents dans leur vie.

1.1.2 Différences reliées à la nature de la formation

D'autres différences existent en lien avec la nature de la formation. En effet, selon le lieu de l'institution de formation en médecine, il peut y avoir des différences dans la philosophie d'enseignement ou dans la manière de concevoir la médecine.

La formation aux pratiques du Sensible évoluant avec le temps sous l'influence de la recherche et de la pratique, le contenu de la formation a varié au cours des années. Nous avons tenté de recruter des gens formés récemment, entre 2005 et 2012, pour minimiser cet impact et faciliter l'exercice de la mémoire. Une personne (Marie-Hélène) a été formée à la SPP et les autres à la fasciathérapie.

1.1.3 Différences reliées aux caractéristiques des personnes

Le dernier type de différence est lié aux caractéristiques des personnes. Notre groupe de participants est constitué à majorité de femmes. La plupart, quatre sur six, sont en mi-carrière, tandis qu'une personne est en début de carrière et une autre en fin de carrière. La majorité a étudié la médecine générale; seulement une personne a une spécialité en cardiologie.

Le moment de vie où la personne a suivi sa formation (jeune adulte ou plus tardivement), que ce soit celle en médecine ou celle en lien avec les pratiques du Sensible, constitue une autre différence. Eva a fait son programme de formation aux pratiques du Sensible au début de la vingtaine; d'autres comme Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie et Isabelle ont débuté leur formation dans la quarantaine avancée, tandis que Philippe a débuté sa formation dans la cinquantaine avancée. Le programme de médecine a été fait autour d'un intervalle plus petit avec seulement sept ans d'écart entre l'ensemble des participantes et du participant : Eva termine son programme à 26 ans, tandis qu'Isabelle termine à 33 ans.

En début de formation, le contexte de vie et l'état d'esprit des participantes et du participant sont différents pour chacun et donne accès à une belle diversité. Par exemple, le fait que la personne rapporte qu'elle était dans une impasse momentanée dans sa trajectoire de vie (Suzanne, Marie-Hélène et Nathalie) constitue un facteur ayant des influences sur son expérience de vie. Suzanne se retrouve dans un moment d'incertitude autant dans sa vie personnelle que professionnelle. Pour sa part, Marie-Hélène est à la fin d'une relation amoureuse qui a été très difficile, tandis que Nathalie sort d'un divorce avec deux jeunes enfants. Isabelle est plutôt dans une quête personnelle de bien-être tout au long de sa vie dont fait partie cette formation. Philippe et Eva ont trouvé un équilibre dans leur propre vie.

Il est aussi intéressant d'observer les intentions qu'avaient les participantes et le participant lorsqu'ils se sont inscrits à cette formation. Suzanne avait envie de changer de métier, tandis que Marie-Hélène cherchait des solutions pour les victimes de torture dans une approche impliquant le corps. Philippe était curieux; il voulait comprendre l'approche qui l'avait beaucoup interpellé. Eva explorait une approche manuelle pour compléter sa formation de médecin, à la manière d'Isabelle qui cherchait une pratique qui lui ressemble. Nathalie a fait la formation au départ dans une quête personnelle seulement. La prochaine section présente chacune des participantes et le participant de notre recherche.

1.2 Les encadrés des participantes et du participant

Les encadrés des pages suivantes sont tirés des entretiens et présentent chaque participante et participant dans son parcours de formation en médecine et dans sa pratique médicale. Ils décrivent également les grandes lignes de leur cheminement de formation aux pratiques du Sensible.

Encadré 3 – Série – Parcours de formation et de pratique médicale

Identification Suzanne / 51 ans.

Formation médicale Diplômée en médecine générale en 1989 à l'âge de 27 ans. Elle a fait deux formations complémentaires en faculté de médecine : Diplôme Universitaire (DU) contraception 2003-2004 et DU gynécologie 2012-2013. **Sa pratique** Elle a pratiqué en médecine scolaire en début de carrière. Actuellement, elle est à mi-temps dans un centre de planification et d'éducation familiale (10 ans) et à mi-temps à l'hôpital dans le service de gynécologie depuis 4 ans.

Autres formations Elle a fait sa formation en fasciathérapie de 2006 à 2010.

Rencontre avec l'approche Elle a rencontré la fasciathérapie vers 1998 : « Par hasard, je faisais de la course à pied avec un monsieur qui est lui-même somato-psychopédagogue. Il m'en a parlé, il m'en a fait profiter un petit peu. Et puis, il me disait régulièrement : "je pense que ça te conviendrait bien, je pense que ça te conviendrait bien". Puis voilà, ça s'est fait. » « En fait, c'était une période de grande incertitude à tous points de vue, vie privée, vie professionnelle. J'avais carrément envie de changer de métier. »

Biographie Suzanne a rencontré l'approche dans un moment d'incertitude et où elle songeait à la possibilité de changer de métier. Elle semblait au bout d'une trajectoire. La formation a été bouleversante. Elle lui a permis de laisser vider un trop-plein d'émotions, de prendre conscience qu'elle était dépressive et que plusieurs choses n'allaient pas dans sa vie. La formation a été pour elle un élément déclencheur qui lui a permis de transformer beaucoup de choses dans sa vie dont son rapport à la vie, désormais beaucoup plus positif, actif, et de moins subir les choses. Elle a quitté son mari et a pris conscience de son désir de devenir gynécologue. Elle est intimement persuadée du lien entre le corps et l'esprit : « à partir du moment où je suis bien dans ma tête, mon corps va mieux aussi ». Son rapport à son travail a aussi changé. Selon elle : « Le fait de commencer la fasciathérapie m'a fait prendre des initiatives qui ont changé ma pratique professionnelle et c'est là que je suis passée aussi à l'hôpital. Et où j'ai réalisé petit à petit que, de toute façon, je le savais, mais je l'avais un peu occulté, que depuis le départ, je voulais faire de la gynéco. Et je me suis donné les moyens d'y arriver. Donc, je subissais ma condition, enfin, professionnelle. Je ne m'y plaisais pas, mais je ne faisais pas grand-chose pour en sortir ». La fasciathérapie semble lui avoir permis de dépasser une difficulté dans son rapport à elle-même : « Autant, je ne le faisais pas, j'avais peur de le faire, surtout je crois et la fasciathérapie m'a redonné confiance en moi. Ce qui fait que maintenant je prends vraiment plaisir à faire ce que j'ai toujours aimé faire en fait. ». Lors du début de la formation, la participante était dans de grandes remises en question en lien avec son métier. Là, elle réalise qu'elle aime pratiquer son métier et prendre soin des patients; elle parle de réconciliation : « Et bien, je me suis réconciliée avec la santé dans le sens où j'ai réalisé que en fait, j'ai toujours aimé m'occuper des gens et que c'était ce que je voulais faire... finalement. » Les effets sont constatables dans les retours positifs que lui font les patientes et les patients.

Identification Marie-Hélène / 51ans.

Formation médicale Diplômée en médecine générale en 1992 à l'âge de 30 ans. Elle a fait une formation complémentaire en faculté de médecine : DU urgentiste 1997-1998. **Sa pratique** Elle a toujours eu deux lieux différents pour sa pratique : un cabinet libéral comme médecin de famille généraliste et dans une institution qui a varié au cours des années, dispensaire auprès de populations plus démunies (4 ans), centre de toxicomanes actifs (3 ans), centre de réorientation pour des travailleurs handicapés (20 ans), centre de soins pour les victimes de violence politique et de torture (depuis 7 ans). Elle a aussi mentionné son passage dans d'autres institutions dont les urgences d'un hôpital général. Elle a été ensuite téléphoniste auprès d'adolescents pour des questions de santé et sexualité, et elle a finalement travaillé dans un service de médecine judiciaire pour victimes d'agression et de viol.

Autres formations « Dès que j'ai commencé à être médecin généraliste, je me suis rendu compte que j'avais été à moitié formée. J'avais été formée à reconnaître des maladies et à appliquer des traitements pour ces maladies, mais je n'avais absolument pas été formée à la médecine générale qui comporte relativement peu de maladies et beaucoup de relations. » 1992-1997 : cursus de psychologie jusqu'au DESS. Formation de criminologie appliquée à l'expertise mentale (1994 - 1995). Formation en SPP de 2008 à 2012. Elle est d'abord inscrite en fasciathérapie, puis elle passe en SPP, suite à un stage qu'elle a manqué. Comme elle avait déjà des affinités avec la psychologie et qu'elle se sentait nulle en anatomie, elle n'était pas à l'aise de se retrouver avec des kinés. Dans un groupe de jeunes kinés, elle se sentait en décalage. « Une fois que je suis rentrée en SPP, j'y suis restée. » Pourquoi? Le discours était plus centré sur le rapport à soi, alors qu'en fasciathérapie on était plus centré sur le traitement, dans la technique. La formation était à son avis plus ouverte, plus diversifiée et plus large.

Rencontre avec l'approche Lors d'un dîner chez son frère, qui est metteur en scène, elle rencontre un comédien, qui lui parle du sphénoïde. Elle est étonnée qu'il connaisse cet os. Le comédien a fait une formation en art et expressivité avec la méthode. Il lui parle d'un traitement qu'il a fait la veille sur un médecin pour un lumbago. Ce médecin lui a témoigné n'avoir jamais été touché de cette manière. Lorsque le comédien lui parle, ça a « tilté » : « j'étais déjà médecin dans un centre de victimes de torture et de violence politique. [...] mais j'étais convaincue que la torture s'exerçant sur le corps, le point de départ du soin devait repartir du corps pour que les gens puissent se réapproprier leur corps. [...] Le lendemain, j'ai téléphoné et le week-end, j'ai commencé la formation. »

Biographie La participante a rencontré l'approche dans une période de vie exigeante et en fin de cycle. Elle venait de quitter son dernier compagnon, ce qui mettait fin à une période difficile de huit ans. « Par ailleurs, j'avais énormément de tendinites, d'allergies parce que j'étais à une période où je venais de vivre 8 ans horribles avec un homme. C'était l'horreur ce que je venais de vivre. Quand j'ai rencontré la formation, j'étais malade tout le temps, tout le temps. Et bien là, ça s'est beaucoup amélioré et je n'ai plus de tendinites, je n'ai plus d'allergies. Voilà, j'ai un niveau d'énergie, parce que j'étais dépressive chronique aussi. » Son élan pour faire la formation a été vraiment l'expression de la praticienne en elle cherchant à trouver des nouvelles solutions pour les gens qu'elle accompagne qui sont victimes de torture et de violence politique. La formation a été, pour elle, un lieu d'apprentissage mais aussi une voie d'expression du métier comme elle le conçoit : « Aujourd'hui, je ne dis pas que je suis SPP, je suis médecin, mais thérapeute et je suis médecin comme moi je souhaitais profondément l'être. [...], c'est une grande joie dans ma vie. Vraiment, c'est un immense cadeau d'avoir réussi à accéder là où je voulais. C'est immense parce que j'avais une idée du thérapeute que je voulais être, mais je n'avais pas les moyens. » La formation lui a permis de faire des traversées personnelles, par exemple en lien avec son traumatisme du toucher lié à son histoire : « Et concomitamment, j'étais incapable de me faire toucher, c'était une souffrance d'être traitée et de me faire toucher ». La participante était toujours dans un sentiment d'illégitimité et de honte constante. Au cours de la formation, un dépassement inattendu a été possible pour retrouver sa juste place : « Et donc, d'être à ma place juste, ne plus être honteuse de vivre, honteuse d'exister, parce que je ne devrais pas exister. Ma mère, elle devrait être morte dans les camps, moi, je ne devrais pas exister. »

Identification Nathalie / 49 ans.

Formation médicale Diplômée en médecine générale en 1996 à l'âge de 32 ans. **Sa pratique** Un remplacement d'été en 1993 dans un hôpital psychiatrique. Elle a travaillé 16 ans dans un centre pour enfants handicapés et autistes (1996-2011). Maintenant, elle pratique en addictologie (2011-aujourd'hui).

Autres formations Une psychanalyse pendant cinq ans pour elle-même. Formation en Reiki : les trois niveaux (1999-2000). Elle a fait sa formation en fasciathérapie de 2003 à 2006 et de 2010 à 2011. Elle fait une formation d'un an en SPP en lien direct avec la psychologie. Formation SPP personnelle entre 2006 et 2010.

Rencontre avec l'approche Elle a rencontré l'approche en 2001, après du maître Reiki qui lui faisait des soins. Il a introduit de la fasciathérapie dans le soin et elle a été interpellée par sa hanche qu'elle sentait bouger. Elle a donc basculé du Reiki à la fasciathérapie. Elle est en recherche personnelle depuis l'âge de 18 ans, la fasciathérapie était pour elle une continuité de sa quête.

Biographie Le choix de la formation en 2003 a été vraiment un lieu pour lui permettre de continuer sa quête personnelle. La formation est arrivée dans sa vie dans une période exigeante et lui a permis de se ressourcer : « Alors les 3 premières années, donc là mes petits, mes 2 petits étaient petits. J'allais en stage, j'allaitais, j'étais en période de divorce donc ce n'était presque pas de la formation, c'était plutôt j'allais me ressourcer. C'était plus pour me ressourcer et en fait peu importe le sujet qu'on traitait, ce qui importait, c'était que ça me ressourçait d'aller en stage. On faisait de la thérapie, des introspections et ça me faisait du bien. Je dirais que ça a été ça les 3 premières années. » Durant la période où elle faisait sa psychanalyse, elle réfléchissait à un changement de carrière pour peut-être devenir une psychanalyste. L'interruption de formation entre 2006 et 2010 a été faite pour mieux intégrer la formation et être prête à passer le DU. Elle a repris la formation en 2010. Le travail allait encore moins bien et elle pensait quitter son emploi et s'installer en libéral en tant que fasciathérapeute. La formation lui a permis de dépasser une difficulté de proximité dans le toucher qui déclenchait une panique à l'intérieur d'elle : « Oui, oui, j'acceptais plus les différences de pression, la proximité d'autres personnes aussi ». Cette traversée a eu des incidences dans son rapport à l'examen médical : « J'arrive plus à entrer dans la logique corporelle. Déjà avant, le corps pour moi c'était l'examen, l'examen clinique et c'était comme s'il fallait un peu le sonder, en faire l'examen médical, chercher s'il y a une maladie, chercher des signes. Et maintenant avec la fasciathérapie, c'est plus un dialogue avec le corps de l'autre. Il y a un échange, les organes sont vivants, ils ont une histoire et ce n'est pas uniquement un organe malade ou un organe à traiter ».

Identification Isabelle / 57 ans.

Formation médicale Diplômée en médecine en 1989 à l'âge de 33 ans. Elle a fait plusieurs formations complémentaires en faculté de médecine : acupuncture, médecine tropicale, léprologie et médecine agricole. **Sa pratique** Elle a fait des remplacements en cabinet médical de 1985 à 1992. Elle partait régulièrement à l'étranger en mission humanitaire (1990-1994) de deux à six mois. 1993 : elle a ouvert son cabinet, d'abord avec d'autres collègues et ensuite seule (2002).

Autres formations Formation ostéopathie vers 1995, sur trois ans avec une addition de deux ans, spécialité crânienne. Elle termine sa formation en ostéopathie structurale afin d'obtenir son diplôme et être en règle avec le conseil de l'ordre. Stages de formation ponctuels avec des ostéopathes ayant développé leur approche. Elle n'avait pas trouvé sa voie en ostéopathie. Elle a fait sa formation en fasciathérapie de 2004 à 2008. Gymnastique sensorielle périnatale (2008-2010). Elle a senti qu'elle a déposé ses valises, elle était faite pour ça. Sur le plan humain, ça correspondait : chaque personne compte et a sa valeur. Le mouvement et la possibilité de s'auto-traiter lui plaisait, rendre les patients autonomes.

Rencontre avec l'approche Elle a rencontré la fasciathérapie (2003) par l'intermédiaire d'un étudiant en ostéopathie qui avait débuté sa formation en fasciathérapie et lui en avait parlé à l'époque. Elle a ressorti les papiers reliés à cette formation quelque temps après. Elle a toujours cherché à travailler sur elle-même. De plus, quelques patients allaient consulter des ostéopathes. Son intérêt pour la formation est donc autant personnel que professionnel.

Biographie La participante a fait beaucoup de formations, en lien avec la faculté de médecine, en lien avec des approches ostéopathiques ou d'autres reliées au développement personnel. Elle en a fait beaucoup dans son parcours : « Alors, la 1^{ère} que j'ai faite, je vais sûrement en oublier parce qu'il y en a que je n'ai pas continué. J'avais fait quelque chose sur le pied et j'ai arrêté. ». Elle est une personne intense, par exemple elle entreprend plusieurs projets de front. Elle n'a pas peur du risque lorsqu'elle s'engage dans des missions humanitaires clandestines où les autorités du pays ne sont pas au courant. La pratique en ostéopathie lui a permis de franchir des pas nécessaires mais elle n'avait pas encore trouvé l'approche qui lui convenait : « Voilà et je n'avais toujours pas trouvé ma voie, enfin je sentais que le toucher était important pour moi, mais je n'avais pas encore tout trouvé ». En faite, la rencontre a été révélatrice dès sa première formation : « Et au 1^{er} cours, j'ai senti que je posais mes valises. Ça ne veut pas dire que c'est un cours facile, mais je me sentais plus faite pour ça que...que tout ce que j'avais vu avant. ». En même temps, l'entrevue permet de constater que son parcours de formation était aussi lié à une quête personnelle : « En fait, j'ai toujours cherché à travailler sur moi et donc ce qui m'a poussée à l'ostéopathie en tout cas, enfin, au traitement manuel, c'est, bon on en avait parlé quand j'étais au Kurdistan, j'avais une fille qui était avec moi en mission qui en faisait. C'est la 1^{ère} fois que j'en avais entendu parler. Et puis ensuite, j'ai beaucoup de patients qui me disaient : je suis allé voir l'ostéopathe, je vais beaucoup mieux. Et il y en avait de plus en plus. Si bien qu'un beau jour, j'ai téléphoné à l'ostéopathe puis je lui ai dit, je t'envoie plein de gens. Bon, qu'est-ce que tu as fait comme école parce que ça m'intéresse? *Donc ça c'était plus une motivation professionnelle?* Oui, non, mais il n'y a pas que le professionnel là-dedans. Il y a le personnel qui rentre dedans. *Comment ça rentre dedans le perso?* Bon, dans mon parcours d'enfant, je n'ai pas été trop touchée ou si quand on était touché, c'était plutôt les fessées ou les trucs comme ça ». La formation lui a permis de mieux s'incarner, d'acquérir une proximité et une sensibilité à son propre corps. Elle est plus à même de sentir ses besoins et ce qui lui fait du bien. « Je sens que, en fait, mon corps a besoin de beaucoup de nature et de repos et donc ça entre en jeu ». La pratique manuelle a toujours été un lieu de rencontre de ses peurs, peur de mal faire, qui mettait sur la scène son manque de confiance en elle, qu'elle travaille toujours. Cette approche la rejoignait dans des valeurs qu'elle portait dont le non-jugement, la valeur de tout être humain, le calme dans les cours et la possibilité de rendre les patients plus autonomes, par exemple avec le mouvement. Elle a senti un espace de réconciliation se faire dans son rapport à l'autre, dans sa vie relationnelle avec plus de sérénité. « Je sens aussi que ce travail-là m'a permis de me réconcilier, était bien sur le chemin de réconciliation avec moi-même et avec les autres. »

Identification Philippe / 66 ans.

Formation médicale Diplômé en médecine en 1977, à l'âge de 30 ans, spécialisé en cardiologie. Il a fait un certificat en cardiologie en même temps que l'internat. **Sa pratique** Cabinet privé « cardiologue et homéopathe » depuis 1977.

Autres formations Formation en homéopathie sur trois ans, en même temps que l'internat et le certificat en cardiologie. Il pratique le yoga depuis 1975 avec beaucoup d'assiduité. Il fait de la méditation depuis des dizaines d'années. Il a fait une formation en fasciathérapie de 2004 à 2008.

Rencontre avec l'approche Il a découvert la fasciathérapie vers l'année 1998. En fait, il échangeait des patients avec un kinésithérapeute et fasciathérapeute depuis plus de 20 ans (1978-1998) sans jamais l'avoir rencontré. Un jour que sa femme avait beaucoup de maux de tête, il est allé avec elle pour une consultation chez le kinésithérapeute et fasciathérapeute. Cela lui a bien plu et il a voulu bénéficier d'un soin. « Donc jusque là, rien ne m'avait satisfait en termes de thérapie manuelle. Et puis là, tout d'un coup, la 1^{ère} séance avec Charles, ça a été une espèce de révélation parce qu'enfin un traitement me concernait et il y avait un vrai dialogue entre le thérapeute et moi, c'est-à-dire mon corps et l'ensemble de mon être. Donc, j'ai dit, ça c'est très très bien. »

Biographie Le participant s'est formé en même temps qu'à l'internat à la cardiologie et à l'homéopathie. Il était déjà en début de carrière dans une vision de la personne dans sa globalité et il mentionne à plusieurs reprises l'influence des travaux de Rogers sur la relation thérapeutique. Assez rapidement, il a pris conscience de l'importance de sa qualité de soignant en termes de connaissance autant que de sa qualité de personne humaine. « J'étais à peine installé ici que j'ai vraiment pris conscience que je soignais autant avec ce que je suis, qu'avec ce que je sais, ce que j'ai appris ». Le participant a rencontré l'approche en fin de carrière. Il était dans une période de vie relativement stable où les défis personnels étaient plus derrière lui. « Et à titre personnel, je n'étais pas venu en fascia parce que j'avais des problèmes personnels. Je n'étais pas venu avec des problèmes personnels. Ma vie est derrière moi et elle est assez longue, j'ai traversé beaucoup d'épreuves, j'ai eu un travail personnel. Bon, on a toujours des choses à retravailler, toujours, jusqu'à son dernier souffle, mais n'empêche que le plus gros était derrière. ». Il pratiquait le yoga depuis longtemps et avait aussi une pratique introspective depuis un bon moment. Il semble avoir rencontré une difficulté à travers la pratique du mouvement : « Quand j'ai été confronté au travail de l'apprentissage du mouvement, bien effectivement, là j'ai dit, j'ai une difficulté. Mais, si je voulais travailler le mouvement, je sais comment je l'aborderais, mais, je lui mettrais d'abord quelque chose qui m'appartient. Je dois être un insoumis fondamental, voilà. Ça doit être ça. » L'apprentissage de la fasciathérapie lui a permis d'ouvrir un champ perceptif nouveau pour mieux saisir le corps de la personne qui vient le consulter. Il a aussi adapté sa façon d'intervenir auprès de ses patientes et patients, par la discussion thérapeutique durant le soin en thérapie manuelle qui est, selon Philippe, plus performante.

Identification Eva / 32 ans.

Formation médicale Diplômée en médecine générale en 2007, à l'âge de 26 ans. **Pratique** en cabinet semi-rural depuis 2007.

Autres formations Dès l'âge de 15 ans, Eva pratique le théâtre. Cette pratique inclut le travail en gestuelle avec l'expressivité du mouvement. Elle se fait traiter en fasciathérapie comme patiente en 1998 et 1999, elle cherchait une thérapie manuelle pour compléter sa formation médicale. Elle a fait des cours de mouvement dans les mêmes années (2 h tous les 15 jrs et après, 3 h tous les 21 jrs). Elle a fait sa formation en fasciathérapie de 2000 à 2005. Master psycho-pédagogie perceptive de 2007 à 2012.

Rencontre avec l'approche Au lycée, à l'âge de 15 ans environ (1995), elle faisait du théâtre. La femme du metteur en scène pratiquait la SPP, et avait travaillé le jeu de l'acteur avec la gestuelle, le côté expressivité. Elle débute ses traitements en tant que patiente en 1998-1999, première année de médecine. Elle voulait découvrir une thérapie manuelle, une profession pour elle. **Événement fondateur** « Alors, en fait, un des événements déclencheurs, [...]. Toujours au lycée, je pense vers 16 ans, je m'étais bloqué le bassin et ma mère m'a amenée voir un ostéopathe qui me manipule et (me) décoince au niveau du bassin et à la fin de la consultation, elle me montre ses mains et me dit : tu vois, moi je soigne avec ça. J'ai fait mon analyse pratique de mon mémoire en psychopédagogie perceptive et ça c'est vraiment un événement fondateur. En fait, de me dire, on peut soigner, donc être dans une pratique de soin avec les mains. J'avais vraiment cette envie-là de ne pas soigner avec des médicaments ou avec des opérations chirurgicales, tu vois, d'être vraiment dans une pratique, quelque chose de très concret, manuel, avec la « physicalité », si on peut dire, quelque chose de vraiment incarné. Et puis, quelque chose d'assez en direct, il ne faut pas attendre l'effet d'un médicament, il y a aussi quelque chose d'assez rapide dans les résultats. »

Biographie Eva a rencontré l'approche très tôt dans sa vie, à l'âge de 15 ans. Elle a été touchée par la possibilité de soigner avec les mains à 16 ans. Elle avait déjà une orientation qui était la sienne concernant son futur métier de médecin. Très à l'écoute de l'autre, Eva avait déjà une personnalité ouverte aux autres. Avant la formation en fasciathérapie, la participante a fait des séances en fasciathérapie pour mieux connaître l'approche et pour ses petits maux de dos. Elle a aussi participé à des cours de mouvement les deux années précédant son inscription à cette formation : « Mais en 1^{ère} année de médecine, 2^e année de médecine, je faisais des cours collectifs de gestuelle. Et ça été, au début, c'était 2 heures, tous les 15 jours et après c'était 3 heures toutes les 3 semaines. Donc, c'était vraiment des séances intenses, avec un ressenti, je sentais vraiment le travail, l'efficacité de ça, le développement gestuel qui allait avec. ». Elle a pu goûter les bienfaits de cette part de la formation en fasciathérapie sur son propre corps et sa propre expérience. La formation est venue enrichir sa capacité de dialogue avec les patients et sa capacité d'habiter la posture de médecin avec une part active. Le processus a enrichi son rapport à l'éprouvé. « Je pense qu'au début, je n'en avais pas forcément. Quand j'en avais, il fallait que ce soit sur des choses intenses en fait. Et là, maintenant, il y a légèreté, il n'y a plus besoin d'une grande intensité, ça peut être un « éprouvé », quelque chose d'un peu plus subtil, de plus fin, dans la perception. Et, quand c'est quelque chose que tu n'as pas, tu as envie de savoir. Donc, tu vas le chercher et du coup, ça met une pression et forcément, tu n'as pas, la façon dont on travaille. Oui, je pense qu'il y a plus de délicatesse de ma part au niveau attentionnel, je m'angoisse moins et je ne me mets pas de pression là-dessus. Ça vient plus facilement, petit à petit. Je pense que c'est quelque chose de ce goût-là. » Cette expérience a été riche de compréhension pour elle-même et sa propre vie. Elle sent qu'elle est plus en lien avec des émotions positives. « Alors, je pense qu'il y a eu, il y a un rapport aux émotions qui est différent avec, de façon surprenante, je pense, une capacité à ressentir de la joie ou des émotions positives de façon beaucoup plus facile qui sont plus souvent là qu'avant en fait. Et ça, c'est assez récent comme découverte ».

2. LES RÉSULTATS PAR OBJECTIF

La question générale de la recherche est d'identifier dans un sens global si l'apprentissage des pratiques du Sensible transforme quelque chose chez les médecins et si oui, quoi? Les objectifs spécifiques permettent d'observer un axe à la fois. Par exemple, le premier objectif est plus centré sur les transformations perçues dans la sphère personnelle du médecin. Il s'agit d'identifier et de décrire, le cas échéant, les transformations du rapport à son corps, à sa présence et à sa santé, suite à la formation aux pratiques du Sensible. Quant au deuxième objectif, il est plus centré sur les transformations ayant des effets sur la sphère professionnelle du médecin. Il s'agit d'identifier et de décrire, le cas échéant, les transformations du rapport à la santé en général, à la présence aux autres professionnelles et professionnels, aux patientes et patients générées par l'apprentissage des pratiques du Sensible rapportées par les répondants. À la lecture des résultats, autant de la sphère personnelle que professionnelle, le lecteur doit bien saisir qu'il s'agit de transformations perçues et rapportées par les participantes et le participant suite à la formation aux PS. Le processus de transformations n'a pu être observé par la chercheuse mais a plutôt été analysé à travers les témoignages des participantes et du participant suite à l'entretien. Parfois, il s'agit des transformations vécues au sens de Vermersch (2012).

2.1 Présentation des résultats concernant la sphère personnelle

Nous allons prendre le premier objectif et le diviser en sous-objectifs en utilisant la liste de phénomènes nommés sous forme de catégories en lien direct avec les objectifs de la présente recherche : identifier et décrire, le cas échéant, les transformations du rapport à son corps, à sa présence et à sa santé, suite à une formation aux pratiques du Sensible.

2.1.1 Transformation : rapport au corps

La première catégorie, « Transformation du rapport à son corps », est définie comme un changement dans la nature de la relation qu'entretient la personne avec son corps. Par exemple, ce dernier pourrait être considéré exclusivement ou partiellement comme un véhicule de déplacement (permet d'aller d'un point A à un point B) ou, à l'opposé, comme un interlocuteur pour la personne.

Les résultats sont présentés en trois temps : 1) les convergences de contenus entre les participantes et le participant dans chaque catégorie; 2) les singularités ou les alliances entre quelques-uns d'entre eux et 3) les divergences d'expérience vécue au sein de notre échantillon face à la catégorie. Par la suite, un tableau reprend les transformations pour chaque participante et participant.

Il y a un mouvement de convergence pour Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle et Eva. Elles disent sentir plus de proximité et d'attention à leur corps, suite à la formation aux pratiques du Sensible. En plus, elles ont l'impression d'une meilleure écoute de leur corps. Chacune à leur façon, elles ont vécu un enrichissement du rapport à leur corps. En effet, elles vivent l'expérience corporelle d'une manière plus riche de ressentie et de signification.

Pour sa part, Suzanne réalise son manque d'écoute de son corps, le verrouillage qu'elle a fait subir à tout son monde émotionnel. « Oui, par exemple le fait d'avoir... j'ai pris conscience que je n'écoutais pas mon corps. » Le processus de formation lui a permis d'ouvrir un carcan, d'extraire les émotions de son corps et d'être mieux informée des effets de son vécu dans son corps.

Une autre participante, Marie-Hélène, retire de la satisfaction à être informée de l'état de son corps. Elle confie qu'avant elle ne se sentait pas et que maintenant, elle peut identifier avec précision dans son corps d'où viennent ses douleurs. Marie-

Hélène ressent de la douleur dans son corps lorsqu'elle traite. La douleur a diminué entre le début et la fin de la formation. Elle a traversé la barrière que constituait le fait d'être touchée, qui pour elle était une source de souffrance en lien avec son histoire personnelle et familiale.

De son côté, Nathalie jouit d'une sensation d'apaisement grâce à un meilleur équilibre entre son corps et son esprit. Elle découvre sa capacité de s'exprimer corporellement devant les autres, elle qui vivait auparavant de l'inconfort face à son corps. Nathalie était surprise d'être volontaire à faire du mouvement devant les autres étudiantes et étudiants, en plus d'en ressentir du plaisir.

Alors moi, qui ne me trouvais pas à l'aise dans mon corps, me retrouver comme ça en stage à faire du mouvement devant tout le monde et d'être volontaire, alors là, je ne me serais jamais crue capable de ça. Oui. De pouvoir le montrer devant tout le monde. [...] C'était un plaisir.

Pour sa part, Isabelle a été mise en face d'un choix « d'incarnation »²⁴ durant le processus de formation. Elle a réalisé qu'elle n'était pas incarnée, qu'elle ne voulait pas s'incarner et qu'elle devait accepter et faire le choix de son incarnation. Elle réalisait qu'elle n'était pas dans sa matière, dans son corps. Par exemple, lorsqu'elle allait à la piscine, elle « se cassait la figure tout le temps ». Elle perdait régulièrement son contact avec le sol, comme si elle n'avait pas assez d'enracinement dans ses pieds et par le fait même dans le sol. Elle témoigne de son gain d'ancrage dans son corps et qu'elle ne perd plus pied au sens propre. Isabelle nous partage aussi qu'elle a une plus

²⁴ Incarnation : Selon Laronde (2012), « *sentiment d'incarnation*, je vois la notion d' « habiter » plus, habiter plus son corps, sa pensée, ses actions, ses relations, sa vie. Il y a la notion d'un potentiel à concrétiser dans sa vie, quelque chose de l'ordre de la réalisation » (p.31). Suite à sa recherche, elle nous explique qu' « Au contact du mouvement interne, là où le corps devient matière animée ou matière en mouvement, se déploie la perception de l'incarné. C'est sur cette expérience que se développe le sentiment d'incarnation au contact du Sensible (*Ibid.*, p. 173). Dans le cadre d'un processus de transformation au contact d'une nouveauté, fondement de la somato-psychopédagogie, « le fait d'écouter le temps spécifique dont le corps a besoin participe à la transformation, en permettant à la nouveauté issue de l'expérience de s'incarner en soi » (*Ibid.*, p. 176).

grande proximité à sa douleur physique, comme si le fait d'être plus proche de son corps, lui permettait de se ressentir plus rapidement et intensément.

La dernière participante, Eva, témoigne de l'élargissement de son « éprouvé²⁵ », plus seulement dans son rapport à sa pensée, mais aussi présent dans son corps. En effet, Eva ressentait plus d'éprouvé dans sa pensée au début de sa formation, au fur et à mesure des ponts se sont construits dans son rapport à l'éprouvé corporel. Elle réalise aussi qu'elle n'a plus besoin de vivre les choses avec intensité pour pouvoir les ressentir. Sa quête de l'éprouvé n'est plus sous le signe de la pression ou de l'angoisse, quelque chose en elle est plus posé. Elle réalise qu'elle est plus délicate dans sa manière de poser son attention. Eva affirme qu'elle a plus de raffinement dans son ressenti corporel et qu'elle a plus de repères. Son attitude d'écoute corporelle est installée dans sa vie au quotidien.

Un mouvement plus spécifique est aussi présent. En effet, deux participantes, Suzanne et Nathalie, ont témoigné des bienfaits de l'accordage du corps et de la pensée pour elles-mêmes. Nathalie a rencontré un apaisement qu'elle cherchait depuis longtemps.

Ça a été cette unité-là. Sinon, j'ai toujours été en décalage avec moi. C'est comme si j'avais un véhicule et que je ne maîtrisais pas le frein et l'accélérateur. Je pouvais (être) speed dans la tête et puis le corps tout mou puis après, c'était l'inverse. Je me sentais ingérable, c'était compliqué. Et donc cette formation ça a vraiment créé cette unité-là et du coup un apaisement que je cherchais depuis très longtemps.

²⁵ Éprouvé : « Prendre conscience de ce qui est ressenti de façon claire et distincte, plus approfondie; en extraire des caractéristiques, des composantes, par exemple pour en cerner les contours et en comprendre la signification » (Bois, 2006, p. 135).

Nathalie partageait le fait qu'elle arrive davantage à entrer dans la logique corporelle. Cette transformation du rapport à son corps et au corps, a complètement révolutionné sa manière de faire et de vivre la consultation médicale. Nous en traiterons dans la section liée aux transformations de la sphère professionnelle.

Un seul participant, Philippe, ne rapporte pas de changement au plan du rapport à son corps, mais a été interloqué par la qualité du touché de son thérapeute qui rencontrait les exigences de son corps et de son être. Pratiquant assidu du yoga depuis plus de 25 ans, au début de sa formation aux pratiques du Sensible, il mentionne qu'il a une bonne expertise de son corps. « J'avais un assez, je vais dire une assez grande expertise de mon propre corps parce que je pratique le yoga depuis 1975-1976 avec beaucoup d'assiduité, donc mon corps et mon être sont des vieux compagnons de route que je fréquente en intimité ». Philippe mentionne qu'il n'avait aucune demande personnelle lors de sa formation et que ses traversées de vie sont derrière lui. Il a vraiment senti la qualité du toucher, il s'est senti concerné et écouté durant le traitement : « la 1^{ère} séance avec Charles, ça a été une espèce de révélation parce qu'enfin un traitement me concernait et il y avait un vrai dialogue entre le thérapeute et moi, c'est-à-dire mon corps et l'ensemble de mon être ».

Le tableau 23 résume la catégorie « Transformation du rapport au corps » de chaque participante et participant avec une appellation plus singulière au vécu original de chacun d'eux.

Tableau 23
Transformation du rapport au corps

Participants	Intitulé
Suzanne	Manque d'écoute de son corps. Conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit.
Marie-Hélène	Proximité et attention à son corps.
Nathalie	Bienfaits de l'unité corps et esprit. État de confort dans l'expression corporelle. Le corps interlocuteur.
Isabelle	Meilleure qualité de présence à son corps et plus incarnée.
Philippe	Aucune transformation du rapport à son corps n'est rapportée. Mais révélation d'être rejoint dans la profondeur de son corps et l'ensemble de son être.
Eva	Construction de l'éprouvé corporel petit à petit avec plus de subtilité.

2.1.2 Transformation : rapport à sa présence

La deuxième catégorie, « Transformation du rapport à sa présence », est caractérisée par une meilleure qualité d'ancrage de la présence à soi-même pour les participantes et le participant. Cette amélioration perçue de la présence à soi peut se faire sentir dans plus de présence à l'immédiat, en étant plus présent à son corps, à son expérience du moment, à ce que l'on y vit. La personne a la capacité d'être présente à son corps, à ses états intérieurs et à ses pensées de manière plus équilibrée. Sa meilleure qualité d'attention permet à la personne d'être plus au présent dans sa vie, avec une acuité plus fine dans son rapport à elle-même.

Dans cette catégorie, les cinq participantes et le participant verbalisent, explicitement ou de manière plus subtile dans leur témoignage, une qualité de présence à eux-mêmes souvent en lien avec leur corps. Un ancrage plus grand de présence à soi leur permet d'être mieux informés sur eux-mêmes, leurs corps ou leurs états intérieurs. Dans le cas de plusieurs, l'analyse nous permet d'établir un lien entre leur qualité de présence à eux-mêmes et la capacité de faire des prises de conscience

sur leur vie. La catégorie « rapport à sa présence » dans l'analyse semble être en relation avec l'amointrissement d'états inconfortables ou l'apparition d'états confortables.

En effet, il semble que les cinq participantes et le participant ont augmenté la qualité de leur présence et qu'elle a influencé positivement leur état intérieur. Suzanne réalise son état dépressif et ses causes. Elle écoute ce qu'elle ressent et réoriente ses choix de vie personnelle et professionnelle. Par exemple, elle fait le choix de quitter son mari. Elle se sent plus connectée à elle-même et authentique, avec moins de masques.

Marie-Hélène se sent posée pour la première fois de sa vie. Elle ne ressent plus l'état de honte et de dégoût qu'elle éprouvait dans le passé à son endroit. Auparavant, elle avait vraiment l'impression de générer de l'aversion : « j'avais l'impression que mon corps dégageait une sale odeur qui dégoutait les gens. J'avais l'impression d'inspirer du dégoût partout où je passais, que j'étais très laide, que j'étais dégoutante ». Suite à un exercice en mouvement, elle a senti un apprentissage d'une grande puissance se faire en elle. Un déplacement de pied, lui a fait sentir qu'elle était à sa juste place et depuis elle sent sa place légitimée. Cette expérience a touché à tous les secteurs de sa vie. « Tout ça, ça s'est arrêté, donc ça compte aussi beaucoup dans ma vie. De ne plus avoir le sentiment de dégouter tout le monde à tout bout de champ, ça change. » Elle ajoute : « Donc, ça a changé beaucoup de choses dans tous les domaines ». Marie-Hélène ressent aussi de la satisfaction à être mieux informée sur son état intérieur et corporel. En plus, elle sent qu'elle peut dire des choses d'intérêts, que son opinion a de la valeur.

Pour la 1^{ère} fois, je me suis sentie posée et alors après, si je peux continuer un peu, quand je méditais, quand j'étais en introspection. Et j'avais un truc, c'était en permanence, mon pied, droit, se soulevait et je me retrouvais toujours au milieu de l'introspection sur la pointe du pied droit. J'étais assise comme ça sur la pointe du pied. Je faisais l'effort de retourner dans mon pied. Et à partir de ce

moment-là, ça ne s'est plus fait parce que j'étais à ma place juste, quelque chose comme ça. Et donc, bien ça, d'être à ma place juste, ne plus être honteuse de vivre, honteuse d'exister, parce que je ne devrais pas exister. Ma mère elle devrait être morte dans les camps, moi, je ne devrais pas exister.

Lors de son témoignage, Nathalie nous dit à plusieurs reprises dans l'entretien qu'elle a une meilleure qualité de présence. Elle a aussi la capacité de constater l'absence de sa présence lorsque c'est le cas. Elle possède les outils pratiques pour retrouver sa présence et peut même la maintenir dans des moments difficiles. En effet, elle témoigne de sa capacité de suspendre ses schémas habituels de panique et de s'ouvrir à quelque chose de nouveau :

Bien de me dire voilà, je lui fais confiance, je vais voir ce qui se passe plutôt que de rester dans ma panique. Voilà, on va voir peut-être qu'il y a quelque chose qui va se passer. Ça c'était important d'avoir cette capacité de m'ouvrir à la nouveauté. Plutôt que de garder les mêmes schémas, voilà je panique, je reste dans ma panique et puis peut-être que je vais lui en vouloir ou je vais m'en vouloir, voilà je ne suis pas bien, mais attendons et voyons ce qui va pouvoir sortir de là.

Isabelle constate que son choix d'incarnation lui permet d'être plus présente à elle-même et aux autres. Elle sent mieux qui elle est, ses besoins et ce pourquoi elle est faite dans la vie. Elle nous partage que la nature et le repos sont très nourrissants, mais qu'elle a encore de la difficulté à se prioriser et à agir dans cette direction.

Eva partage « son savoir-faire » dans les étapes qu'elle se donne pour être dans une meilleure qualité de présence à elle comme à l'autre. Elle prend conscience de la nécessité de sa part active dans sa pratique manuelle, sa parole et sa vie en générale.

Oui, enfin, où j'ai pris conscience qu'il y avait une insuffisance dans ma façon de toucher, donc il y avait beaucoup de neutralité et que la part active était un peu en retrait, pas assez au même niveau

que la neutralité. [...] Je pense que c'est beaucoup en lien aussi. Tu vois, je te disais j'ai une facilité d'écoute, mais par exemple, pas de prendre la parole, de dire ce que je pense, de m'exprimer, ce n'était pas très développé chez moi.

Philippe ne témoigne pas directement d'un gain de présence, mais plus modestement d'amélioration de sa présence car il a été rejoint là où un appel de son intérieur était en demande. Philippe ne semble pas avoir un écart aussi grand dans l'évolution de ses états intérieurs entre l'avant et l'après formation.

Les cinq participantes et le participant témoignent d'un plus grand ancrage de présence à soi en lien avec leur corps et leurs états intérieurs améliorés. Le mouvement singulier est le lieu d'amélioration qui est très spécifique à chacun et chacune, comme expliqué précédemment. Isabelle et Philippe détonent avec les autres participantes. En effet, la bascule vers certains nouveaux comportements ne semble pas encore totalement intégrée pour Isabelle, par exemple, la gestion de la consommation du sucre. Elle constate les lieux où ses comportements lui font du bien, mais elle a de la difficulté à se prioriser dans sa vie. Dans le cas de Philippe, le changement est plus nuancé et ne semble pas aussi important. Le tableau 24 résume la catégorie « Transformation du rapport à sa présence » pour les participantes et le participant, avec une appellation plus singulière au vécu original de chacune et chacun.

Tableau 24
Transformation du rapport à sa présence

Participants	Intitulé
Suzanne	Présente et écoute des effets dans son corps.
Marie-Hélène	Mieux informée de ses états intérieurs et plus présente aux maux de son corps avec précision.
Nathalie	Qualité de présence à soi permettant de nommer et d'équilibrer les états intérieurs, malgré un inconfort.
Isabelle	Capacité d'être plus présente à elle-même, ses besoins et ce pourquoi elle est faite.
Philippe	Rejoint dans une profondeur de son être.
Eva	Savoir entrer en relation avec soi-même, plus présente à moi.

2.1.3 Transformation : rapport à sa santé

La troisième catégorie, « Transformation du rapport à sa santé », concerne les changements dans la manière de concevoir le fait d'être en santé à partir de leur expérience personnelle. Par exemple, mieux ressentir son corps par le biais de l'introspection sensorielle est une occasion pour la personne de découvrir les incidences positives ou négatives de certains comportements sur sa santé. Ce nouveau rapport à sa santé par l'expérience vécue peut susciter des transformations chez la personne dans sa façon de prendre soin d'elle-même et peut impliquer l'adoption de nouveaux comportements.

Dans cette catégorie, le lieu de rapprochement chez les différentes participantes et le participant est une capacité plus grande d'être sujet de sa santé. En effet, ils sont plus conscients de leur état physique et intérieur. Le fait d'être plus conscient leur donne du pouvoir sur la situation en les rendant plus actrices ou acteurs de leur vie et de leurs choix. Mieux informés, ils peuvent faire des choix tout en étant au courant des incidences de ces derniers. L'ensemble du groupe vit une forme

d'enrichissement du rapport à leur santé. L'enrichissement peut être la prise de conscience de l'effet de l'esprit sur le corps et pour d'autres, vivre un état de santé plus élevé suite à des séances en thérapie manuelle.

Par exemple, Suzanne n'a pas changé sa définition d'être en santé, mais elle nous partage qu'elle l'intègre mieux dans sa propre vie. Elle conscientise l'intimité du lien entre le corps et l'esprit : « je suis intimement persuadée que le corps et l'esprit sont reliés, à partir du moment où je suis bien dans ma tête, mon corps va mieux aussi. ». En effet, elle prend conscience que son regard sur la vie a des effets sur elle. Dans ce sens, elle fait le choix d'un regard plus positif sur la vie, sur sa vie :

J'ai beaucoup plus de facilité à regarder les côtés positifs. Au départ, j'étais peut-être ..., enfin j'ai toujours eu mal au dos, mais bon voilà... Il y a une période où j'ai été, j'en ai marre d'avoir mal au dos, mais tant pis, je vis avec. Il y a d'autres endroits où je n'ai pas mal et ça permet de compenser.

Pour sa part, Marie-Hélène prend du recul et réalise que son rapport à l'existence n'est pas altéré par le processus de vieillissement. En effet, durant la formation, elle allait atteindre la cinquantaine et envisageait mal l'avenir et la perte des gens autour d'elle dans ce processus de vieillissement. Elle a réalisé dans sa pratique du Sensible que malgré le processus de vieillissement, elle ne perdra jamais son sentiment d'existence et sa globalité corporelle. Elle se sent ainsi rassurée sur l'avenir et entretient un rapport plus sein avec le processus de la vie.

Comme beaucoup de gens, je m'inquiète de la vieillesse et de la perte de pairs quand on vieillit. C'est un deuil permanent, multiple, mais je me suis rapidement rendu compte qu'on pouvait perdre beaucoup de choses, mais on ne perdrait pas le sentiment de globalité, donc même si je perds l'utilisation d'un bras, de la vue, la marche, j'ai toujours mon sentiment de globalité et d'existence.

Marie-Hélène nous partage qu'elle s'autorise maintenant des nouvelles activités : « Maintenant, ce qui a changé dans ma façon de vivre, oui c'est que je fais des choses que j'avais envie de faire et que je ne m'autorisais pas à faire. Par exemple, danser, bien maintenant, je danse, depuis peu ».

Quant à Nathalie, elle témoigne à plusieurs reprises des bienfaits de l'accordage entre le corps et l'esprit. Elle nous confie que cette formation a été un lieu privilégié pour se ressourcer, elle qui était dans une période de fatigue physique et psychique.

Pour sa part, Isabelle a plus de proximité à son corps. Elle est plus sensible à son corps et à ce qui lui fait du bien. Isabelle nous raconte qu'elle pouvait se faire arracher une dent sans anesthésie tandis que maintenant elle n'y parviendrait pas. Or désormais, elle ressent plus rapidement la douleur qu'avant. Son choix de s'incarner est probablement en lien avec cette nouvelle sensibilité à son corps. Isabelle nous partage qu'elle vit un combat intérieur. En effet, comme pour la dernière catégorie, il semble que la bascule vers un comportement renouvelé et plus adapté à elle n'est pas encore faite concernant sa consommation de sucre. Elle sent bien en profondeur ce qui lui fait du bien, mais à la superficie d'elle-même, en quête de compensation, elle va à l'encontre des indications de sa profondeur. « Et je sens que c'est la partie, la partie profonde axée... qui donne les infos. Et que c'est la partie superficielle, une petite partie (qui est) en manque de quelque chose. [...] Il y a un combat entre ce que je voudrais et ce que je suis. » Isabelle sent bien aussi que la nature, le repos et les relations en dehors du travail l'aident à être plus en harmonie avec elle-même, mais l'intégration de ces activités dans sa vie quotidienne n'est pas acquise pour le moment. Elle conscientise beaucoup d'éléments nouveaux ayant des effets sur sa santé; elle chemine à son rythme dans son processus de mise en action de nouveaux comportements.

Eva a plus de repères perceptifs qui lui indiquent ce qui est bon ou non pour sa santé. En effet, elle sent mieux les contrecoups sur son corps et ses états intérieurs de certains comportements alimentaires. Elle réalise aussi l'effet des lieux physiques qu'elle fréquente sur ses états intérieurs. La formation aux pratiques du Sensible l'a conscientisée sur les effets de certains comportements sur l'accordage entre son ressenti corporel et sa pensée.

En fait, je n'avais pas une mauvaise hygiène de vie à la base, donc elle n'a pas fondamentalement changée. Par contre, je sens mieux en fait, effectivement il ne faut pas, si je bois une bière le soir, je suis complètement désaccordée le lendemain ou plus dure dans mon corps. Il y a un affinement au niveau des repères, en fait, sur ce qui est bon pour moi, ce qui n'est pas bon pour moi en termes d'alimentation beaucoup et puis en termes de lieu de vie, les endroits que je ne me sens pas bien et donc là, il y a un impact assez, si vraiment je sens que physiquement je ne suis pas bien dans cet endroit, je ne vais pas y aller.

La formation n'a pas changé le rapport que Philippe a avec sa santé. Toutefois, il entretient sa bonne santé par des traitements en fasciathérapie tous les deux à trois mois afin d'être dans une harmonie d'un plus haut niveau en rééquilibrant les désordres internes liés à la vie quotidienne.

Toujours dans l'axe d'une plus grande part active face à leur santé, de manière plus spécifique, certaines personnes dont Marie-Hélène, Nathalie et Philippe ont nommé leur capacité de s'auto-soigner par les outils de l'approche. En effet, la formation leur a permis d'apprendre l'utilisation de nouveaux outils, qu'il s'agisse de points d'appui en thérapie manuelle, d'exercices en mouvement ou d'introspection sensorielle. Ils ont plus d'autonomie face à leur santé. Marie-Hélène note une nette amélioration de sa santé : « quand j'ai rencontré la formation, j'étais malade tout le temps, tout le temps. Et bien là, ça s'est beaucoup amélioré et je n'ai plus de tendinites, je n'ai plus d'allergies ». Marie-Hélène et Nathalie remarquent que leur niveau d'énergie s'est nettement rehaussé.

Suzanne et Isabelle mentionnent qu'elles se sont réconciliées avec une partie d'elles-mêmes, elles sont plus en harmonie. Isabelle nous partage que les pratiques du Sensible avec la lenteur du mouvement par exemple, lui permet de se poser et d'être en paix :

Bon, ce qui m'a beaucoup marquée, c'est la lenteur, l'accessibilité à des zones de plus en plus profondes. Le fait de se poser aussi, le fait de travailler comme, il y a une sensation de paix, enfin le fait de travailler comme ça. Une grande sensation de paix. Je sens aussi que ce travail-là m'a permis de me réconcilier, (j') étais bien sur le chemin de réconciliation avec moi-même et avec les autres.

Le tableau 25 résume les catégories propres à chaque participante et participant concernant l'impression qu'ils ont de leur « Transformation du rapport à sa santé ».

Tableau 25
Transformation du rapport à sa santé

Participants	Intitulé
Suzanne	Élargissement de sa conscience sur sa réalité. Prise de conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit.
Marie-Hélène	Changements significatifs de son état de santé depuis la formation. Rehaussement du niveau d'énergie. Apprécie être au courant d'elle-même.
Nathalie	Beaucoup bénéficiée du meilleur accordage entre son corps et son esprit.
Isabelle	Plus incarnée, plus sensible physiquement. Présentement dans une phase de gestion de sa consommation de sucre.
Philippe	Rencontre une harmonie d'un plus haut niveau suite aux soins.
Eva	Sensibilité et perception plus raffinée. Plus présente à ce qui lui fait du bien ou non.

2.1.4 Rapport à son corps, à sa présence et à sa santé chez les participants

L'analyse des différentes catégories (rapport au corps, à sa présence et à sa santé), avec plus d'attention sur les participantes et le participant, permet de rehausser la finesse de l'analyse en conservant le cap sur chaque catégorie. Les éléments qui ressortent concernant Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle, Philippe et Eva, pour chaque catégorie, sont résumés dans les tableaux 26 à 31, suivis d'un bref paragraphe d'analyse d'un troisième niveau.

2.1.4.1 Suzanne

Tableau 26
Synthèse des trois catégories pour Suzanne

Catégorie	
Son corps	Manque d'écoute de son corps. Prise de conscience du verrouillage des émotions dans ses réactions. Ouverture d'un carcan.
Sa présence	Présente et écoute les effets dans son corps, des paroles et des actes. Prise de conscience de sa dépression et de ses causes. Choix de ne plus se verrouiller. Plus en connexion avec elle-même et plus authentique, moins de masques.
Sa santé	Prise de conscience de l'intimité du lien entre le corps et la pensée. Plus de facilité à regarder les côtés positifs à chaque chose. Réconciliée avec elle-même, la santé et la médecine. Meilleure appropriation et intégration de son concept de la santé.

Dans chacune des catégories, il semble y avoir un élargissement de conscience sur sa réalité : que ce soit le manque d'écoute de son corps, son état dépressif ou bien l'intimité du lien entre son corps et son esprit. Il y a aussi des choix qui sont faits et intégrés dans l'action : écouter les effets de ce qu'elle vit dans son corps sans se verrouiller et regarder le côté positif des choses. La prise de conscience, le choix et l'action de Suzanne sont vraiment dans le sens d'une appropriation et d'une intégration de son concept de la santé, en créant les conditions pour devenir actrice de sa vie et de sa santé. Elle développe ainsi une capacité d'être à l'écoute d'elle-même, ainsi que de son monde intérieur et émotionnel, afin de mieux orienter ses choix, de manière libre, en étant moins sous l'emprise de ses peurs.

2.1.4.2 Marie-Hélène

Tableau 27
Synthèse des trois catégories pour Marie-Hélène

Catégorie	
Son corps	Proximité, attention et nouvelle capacité à sentir son corps. Douleur lorsqu'elle traite. Les douleurs disparaissent plus rapidement. Dépassement de la difficulté d'être touchée. Souffrance liée à son histoire.
Sa présence	Mieux informée de ses états intérieurs et plus présente aux maux de son corps avec précision. Elle a trouvé sa juste place et n'est plus honteuse d'exister. Avant, se sentait inepte, maintenant elle peut dire des choses d'intérêt.
Sa santé	Changements significatifs de son état de santé depuis la formation. Apprécie être au courant d'elle-même. Autonomie plus grande par auto-soin et bonne gestion de sa transition de vie. Une nouvelle vision du vieillissement - maintien de sa globalité et de son sentiment d'existence. S'autorise de nouvelles activités.

Marie-Hélène est plus consciente de l'état de son corps et de son intériorité. Elle choisit de traverser ses lieux d'inconfort et ses états traumatiques dans l'acte d'être touchée. Elle se permet de dépasser son incapacité d'être touchée et devient ainsi plus libre. Elle choisit aussi de prendre soin d'elle et de s'autoriser de nouvelles activités. Elle fait le choix d'aller se faire traiter, de prendre soin d'elle et d'aller danser. Marie-Hélène réalise des prises de conscience, des choix et se met en action face à ses choix comme Suzanne. La trame de fond qui traverse le témoignage de Marie-Hélène est la qualité de ses dépassements. Comme Suzanne, Marie-Hélène est plus sujet de sa santé, une révolution s'opère dans ce domaine. En effet, elle n'a plus de tendinites et d'allergies, son niveau d'énergie est nettement rehaussé et elle gagne en autonomie par auto-soin. Les expériences durant la formation la rassurent sur le processus de vieillissement. Suite à une expérience de repositionnement de son pied dans une activité en mouvement, elle sent qu'elle est à sa juste place et ne se sent plus honteuse d'exister. Son sentiment de légitimité touche tous les secteurs de sa vie. Elle sent qu'elle peut dire des choses d'intérêt et s'autorise maintenant à investir un désir qu'elle portait : danser.

2.1.4.3 *Nathalie*

Tableau 28
Synthèse des trois catégories pour Nathalie

Catégorie	
Son corps	Bienfaits de l'unité du corps avec l'esprit. État de confort et de plaisir dans l'expression corporelle. Le corps prend un autre sens, où il devient un interlocuteur.
Sa présence	Meilleure qualité de présence à soi, inspirant la confiance. Capacité d'habiter le moment présent, malgré l'inconfort. Consciente lorsqu'elle n'est pas présente et outillée pour le devenir. L'accordage entre le corps et l'esprit donne de la présence.
Sa santé	Beaucoup bénéficié du meilleur accordage entre son corps et son esprit. Apaisement qu'elle cherchait depuis longtemps avec l'accordage. Niveau d'énergie rehaussé.

Nathalie note clairement les bienfaits de l'unité du corps avec l'esprit. Cet accordage lui permet d'être plus présente. Nathalie fait directement le lien entre l'accordage corporel, sa qualité de présence et sa santé. Consciente des bienfaits de l'accordage, elle sait reconnaître son manque de présence et elle est outillée pour la retrouver. À la manière des deux premières participantes, Nathalie se conscientise, elle fait aussi des choix qu'elle assume dans son action. Elle change son rapport à son corps qui, de l'inconfort de sa jeunesse, devient un lieu d'expression devant autrui en lui procurant du plaisir. Le corps devient un interlocuteur pour elle et une interface de discussion avec ses patientes et patients. Sa qualité de présence lui permet d'habiter des lieux d'inconfort et de dépasser ses états de panique, par exemple lors des pratiques en thérapie manuelle, où la peur de toucher et de ne pas sentir était présente. En effet, elle réussit à rester présente dans l'inconfort en mettant en suspension des schémas habituels de panique et s'ouvre à la nouveauté. Elle a une capacité de recul par rapport aux situations de sa vie. L'entretien lui permet de conscientiser que l'accordage contribue à sa santé. Elle se fatigue moins vite, son niveau d'énergie est en hausse et elle est plus consciente de ses limites.

2.1.4.4 Isabelle

Tableau 29
Synthèse des trois catégories pour Isabelle

Catégorie	
Son corps	Meilleure qualité de présence à son corps. Consciente de sa difficulté d'incarnation. Le choix de s'incarner plus. Écoute du corps sans préconçu et plus de proximité à sa douleur.
Sa présence	Capacité d'être plus présente à elle-même, ses besoins et ce pourquoi elle est faite. Authenticité lors d'un exposé oral. Plus de recul par rapport aux situations. Relation avec les autres plus calme et plus juste.
Sa santé	Plus incarnée et plus sensible physiquement. Vit un combat en elle entre une partie profonde et une partie superficielle. L'unité de ses deux parties se fait dans son rapport à la nature et les relations en dehors du travail. La formation lui a permis de se réconcilier avec elle-même et les autres.

Isabelle est aussi dans un mouvement avec des prises de conscience, des choix et des mises en action. Elle conscientise la nécessité de son choix d'incarnation, le fait et l'assume. Elle conscientise aussi la nécessité du repos, du contact avec la nature et des relations en dehors du travail pour un meilleur équilibre dans sa vie et moins de tiraillements intérieurs. Elle cherche aussi à diminuer sa consommation de sucre, mais il semble que l'intégration de ces comportements dans sa vie est plus difficile à respecter. Elle sent certains combats intérieurs et en même temps, elle se réconcilie avec elle-même et les autres. Les résultats nous permettent de constater, comme pour Nathalie, que les différentes catégories sont intriquées. En effet, le témoignage d'Isabelle met en lien la présence au corps et la présence à elle-même de manière plus générale. Sa santé est directement en lien avec sa capacité de se ressentir plus finement au plan corporel, d'être présente à elle-même, de ressentir ses besoins et surtout d'agir en fonction de ce qu'elle ressent pour abolir les combats intérieurs. Elle a plus de recul face aux situations, et la relation aux autres se fait plus sereinement. Elle est consciente que la fatigue teinte plus facilement ses relations d'agressivité. Elle tient compte de sa fatigue et prend des moments de repos, afin que le calme et la justesse soient au rendez-vous dans ses relations avec les autres.

2.1.4.5 Philippe

Tableau 30
Synthèse des trois catégories pour Philippe

Catégorie	
Son corps	Aucune transformation du rapport à son corps. Première séance en thérapie manuelle vécue comme une révélation d'être rejoint dans la profondeur de son corps et l'ensemble de son être.
Sa présence	Il se sent rejoint dans un appel de son intériorité, un besoin est satisfait. Une satisfaction plus profonde de son être, plus en santé.
Sa santé	Fasciathérapie tous les deux à trois mois pour sa santé. Il se sent écouté et concerné à la hauteur de ses exigences comme thérapeute. Il sent un vrai dialogue entre le thérapeute et son être vivant. Outil de plus pour sa vie et sa fonction de thérapeute.

Philippe ne rapporte aucune transformation de son rapport à son corps. Comme il pratique le yoga depuis 1975, il a une bonne expertise de son corps et de son être. Il témoigne aussi de sa démarche personnelle avec ses traversées derrière lui. Sans prise de conscience, ni choix et nouveaux comportements, Philippe est vraiment interpellé par la profondeur de l'approche et le fait d'être rejoint dans ce niveau de son être. Il fait le choix d'entretenir sa santé par une séance aux pratiques du Sensible en thérapie manuelle tous les deux à trois mois. Il est conscient de l'obligation professionnelle de la préservation d'un ordre interne. Un état d'harmonie qu'il acquiert plus profondément grâce à la fasciathérapie. Le participant semble déjà dans une posture d'être sujet de sa santé avant même d'avoir rencontré l'approche. La thérapie manuelle propre aux pratiques du Sensible répond à un besoin auquel aucune autre pratique manuelle n'a pu répondre par le passé.

2.1.4.6 Eva

Tableau 31
Synthèse des trois catégories pour Eva

Catégorie	
Son corps	Construction de l'éprouvé corporel petit à petit avec plus de subtilité. Attitude d'écoute corporelle au quotidien.
Sa présence	Savoir entrer en relation avec soi-même, plus présente à soi : attention orientée vers ses perceptions internes, se poser, prendre du recul et diminuer son tonus. Prise de conscience de l'insuffisance de sa part active.
Sa santé	Bonne santé et bonnes habitudes de vie avant la formation. Sensibilisée à l'importance de l'accordage somato-psychique. Raffinement du ressenti corporel, plus de repères sur ce qui est bon et moins bon pour elle.

Il y a des liens entre les trois catégories. Eva a acquis la capacité d'entrer en relation non seulement avec son ressenti intellectuel et cognitif mais aussi avec son ressenti corporel. Ce ressenti devient une troisième oreille pour être à l'écoute d'elle-même et des autres. Le corps est alors un lieu de construction de sa présence à elle-même qu'elle définit par différentes étapes : attention orientée vers ses perceptions internes, se poser, prendre du recul et diminuer son tonus. Comme bien d'autres, Eva prend aussi conscience d'éléments importants pour sa vie. Dans son cas, elle constate son asymétrie, une nature de déséquilibre dans sa manière d'être. Elle constate dans un exposé oral qu'elle est plutôt dans une attitude neutre avec peu d'implication. Effectivement, elle réalise dans sa communication qu'elle est plus dans l'accueil des gens à travers son écoute, et qu'elle s'exprime peu. Eva prend conscience que cette asymétrie imprègne sa vie dans plusieurs secteurs autant dans la thérapie manuelle que dans le dialogue à l'autre. Elle apprend à communiquer davantage ses états intérieurs et impulsions vers l'extérieur, vers le monde. Ce gain de raffinement dans son ressenti corporel lui permet d'avoir des repères plus clairs sur ce qui lui fait du bien ou à l'inverse ne lui fait pas du bien. Cette source nouvelle d'information lui permet d'avoir plus d'emprise sur sa santé et d'ajuster ses comportements sur la base de son ressenti corporel. Son état de santé était déjà très

bon avant sa formation. Sur ce plan, elle ne constate pas de changement majeur, mais elle note qu'elle est plus sensibilisée à l'importance d'être accordée dans sa vie et d'en prendre soin régulièrement par la thérapie manuelle.

2.2 Analyse des résultats concernant la sphère personnelle

La prochaine section permet de mettre en lien les différents résultats de la sphère personnelle en essayant de mieux illustrer ce que vivent les cinq participantes et le participant de notre recherche. Cette section est divisée en quatre sous-sections. Une première décrit le lien entre l'accroissement de la présence au corps avec la possibilité de faire des prises de conscience sur sa vie. La deuxième regroupe les différents dépassements que les participantes et le participant ont rencontrés pour leur permettre une plus grande liberté d'être. La troisième présente la transformation des personnes selon leur état d'harmonie avec elles-mêmes en début de formation. La quatrième tente d'illustrer le changement identitaire²⁶.

2.2.1 Présence au corps, un lieu d'opportunité de prise de conscience

Les résultats nous amènent à conclure que la formation aux pratiques du Sensible a une influence sur le rapport qu'entretiennent les participantes et le participant avec leur corps. La formation propose des modes d'intervention centrés sur le corps dans des conditions extra-quotidiennes, par la thérapie manuelle, la thérapie gestuelle, l'introspection sensorielle et l'entretien verbal sur le vécu corporel. Cinq d'entre elles notent un changement de proximité et d'attention à leur corps. Elles remarquent aussi un changement d'écoute de leur corps.

²⁶ Identitaire : qui concerne l'identité. L'identité est un carrefour (Rondeau, 2014) où s'exprime une tension perpétuelle entre « une perception subjective de soi et une image sous le regard d'autrui » (Lipiansky, 1990, p. 186). Ainsi, dans cette perspective, l'identité se définit dans cette tension en perpétuel changement. Inspirée des travaux de Dubar (2000), Rondeau (2014) définit l'identité comme étant « au coeur de cette tension entre l'unique et le pluriel s'organise alors un processus de construction identitaire qui oscille entre deux pôles inextricablement liés : l'identité personnelle de l'individu (son sentiment propre d'exister et de se différencier de l'autre) et l'identité sociale (son rapport avec différentes communautés porteuses de culture) » (p. 62).

Ce rassemblement d'informations permet de faire le point sur l'analyse de troisième niveau. En effet, cette analyse permet de regarder les actes communs au-delà des contenus et des contextes de vie des participantes et du participant lors de leur formation aux pratiques du Sensible. Elle permet aussi de faire ressortir les actes communs, tout en les mettant en perspective pour chaque participante et participant. Le tableau 32 résume leur transformation du rapport au corps.

Tableau 32
Transformation du rapport au corps

Participant	Transformation du rapport à son corps
Suzanne	Écoute son corps
Marie-Hélène	Sent son corps
Nathalie	S'exprime avec aisance par son corps
Isabelle	Sent son corps
Philippe	Aucune transformation
Eva	Perçoit par l'entièreté de son corps

Cet entraînement de la perception corporelle semble avoir modifié la qualité de présence que les participantes et le participant ont face à eux-mêmes, et ce, pour l'ensemble du groupe.²⁷ L'effet de ce gain de présence est plus tangible pour cinq d'entre elles et se fait sentir par des prises de conscience sur leur mode d'existence, par exemple, la capacité d'avoir un regard positif sur la vie. La prise de conscience leur permet d'agir sur leur vie en diminuant les états d'inconfort ou en créant des comportements générant du confort. Ayant déjà une pratique soutenue de méditation

²⁷ Philippe ne mentionne aucun changement dans son rapport à son corps. Par contre, il mentionne que lorsqu'il reçoit des traitements, il est rejoint dans une qualité de profondeur qui lui permet d'être dégagé du stress de son quotidien. Il nomme aussi un changement dans sa qualité de perception lorsqu'il touche ses patientes et patients.

avant sa formation, Philippe rapporte des transformations moins profondes. Isabelle pour sa part, semble avoir plus de difficultés à ajuster l'ensemble de ses comportements en cohérence avec les prises de conscience qu'elle fait; un écart persiste.

Chez la plupart, des choix sont faits en lien avec les nouvelles informations et des actions conséquentes et cohérentes sont posées en lien avec leur processus. À l'exception de Philippe, l'acte de prise de conscience est le lieu où les participantes se rejoignent dans leur expérience, peu importe le contenu lié à la prise de conscience. Le tableau 33 en fait le résumé.

Tableau 33
Prise de conscience

Participants	Prise de conscience
Suzanne	Manque d'écoute de son corps - de son état dépressif
Marie-Hélène	Sent l'état de son corps avec précision - sentiment d'existence inaltérable
Nathalie	Manque de présence - l'importance d'être bien accordée
Isabelle	Nécessité de faire le choix d'être incarnée
Philippe	Ne rapporte pas de prise de conscience
Eva	Manque d'implication dans une part active en thérapie et dans la parole

Le fait d'être plus conscient de soi-même permet à la personne d'être plus dans des comportements préventifs pour sa santé. Plus elle est consciente d'elle-même et de son corps, plus elle a du pouvoir sur sa régulation. Parmi les cinq participantes et le participant, cinq étaient mieux informées d'elles-mêmes. Elles ont conscientisé des éléments importants de leur vie pour leur santé et ont modifié leurs comportements. Les participantes ont pris une part très active dans leur santé. L'ensemble du groupe a intégré, chacun et chacune à sa manière, un niveau de santé plus élevé. Suzanne intègre mieux le concept de santé pour sa propre vie en écoutant

ses élans, dont celui de quitter son mari et de devenir gynécologue. Marie-Hélène renouvèle son rapport à l'existence : son rapport au processus de vieillissement est plus sain. Elle s'autorise à investir dans des désirs qu'elle porte comme celui de danser. Nathalie est apaisée depuis qu'elle se vit dans un meilleur équilibre entre son corps et son esprit. Isabelle est plus en proximité avec son corps : elle peut faire des choix plus appropriés à sa santé. Philippe se sent dans un niveau de santé plus élevé avec les séances en fasciathérapie. Finalement, Eva a plus de repères perceptifs par rapport à ce qui est bon pour elle, incluant la nécessité d'un accordage entre son corps et son esprit. Elle peut ainsi faire des choix plus adaptés à sa santé.

Nos participantes et notre participant notent une amélioration de leur santé. Certaines notent aussi un rehaussement d'énergie et une plus grande autonomie pour les soins de leur corps. Elles semblent gagner en liberté face à leur choix de vie. Suite aux apprentissages des pratiques du Sensible, les participantes et le participant sont plus Sujet de leur vie et de leur santé, car ils sont davantage à l'affût de leurs modes de fonctionnement. La figure 11 illustre le processus.

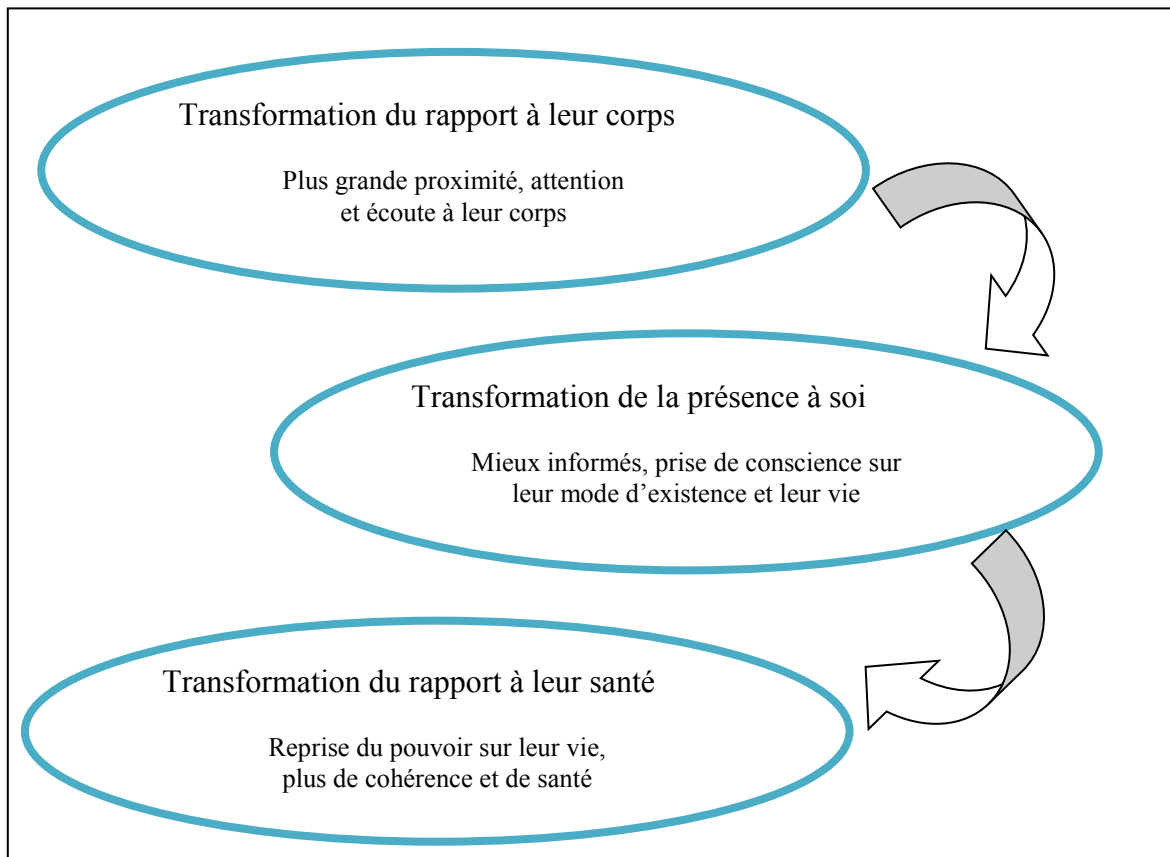


Figure 11 – Le processus pour devenir plus sujet de leur vie et de leur santé

Pour Nathalie, Isabelle et Eva, les résultats pour les trois catégories (rapport à son corps, sa présence et sa santé) sont très intriqués. Parfois, les participantes font directement le lien avec l'attention portée au corps et la meilleure qualité de présence.

Les cinq participantes et le participant semblent éprouver plus de cohérence aux plans de leur ressenti corporel, de leurs raisonnements et de leurs comportements, comme si un dialogue s'était construit entre plusieurs parties d'eux-mêmes pour trouver une cohérence plus grande dans leur relation à eux-mêmes. La création d'un lien nouveau avec leur corps par les pratiques du Sensible semble les avoir informés davantage sur leur vie. Cette capacité accrue de cohérence est un gage de santé dans leur vie en général.

2.2.2 Dépassement d'états intérieurs à teneur émotionnelle, vers plus de liberté d'être

Chez les cinq participantes et le participant, nous observons un dépassement de limites d'ordre diverses, pour certains d'ordre émotionnel et pour d'autres d'ordre comportemental, dans leur processus de transformation. Le tableau 34 résume les limites de chacune et chacun.

Tableau 34
Les limites dépassées

Participants	Limites dépassées
Suzanne	Peur de l'erreur
Marie-Hélène	Peur du toucher
Nathalie	État de panique
Isabelle	Inertie dans sa vie
Philippe	Superficialité du toucher
Eva	Manque d'implication

En effet, les participantes dépassent des états intérieurs et émotionnels pour surmonter un obstacle à leur grandir afin de libérer d'autres possibilités de vivre dans leur vie (par exemple, en dehors de l'emprise de la peur ou de la panique). De son côté, Philippe approfondit son toucher; le dépassement se fait à un autre niveau.

Dans un premier temps, certains dépassements sont effectués, au sein des pratiques du Sensible, avec les outils d'intervention (thérapie manuelle, thérapie en mouvement, introspection sensorielle ou entretien verbal). Par la suite, ils peuvent être réinvestis dans la vie quotidienne personnelle ou professionnelle des participantes et du participant. Il semble y avoir deux natures de dépassement. D'abord, un premier dépassement dans l'expérience corporelle permet le changement

de référents intérieurs et produit un changement identitaire²⁸, puis à la suite de cette transformation, un processus en cascade s'enclenche : prise de conscience, nouveaux choix et mise en action. Ces nouveaux choix amènent souvent une deuxième nature de dépassement dans les habitudes de vie installées pour certains depuis longtemps. Par exemple, pour Marie-Hélène et Nathalie, des dépassements ont été faits directement dans les pratiques du Sensible : en mouvement pour Marie-Hélène et en thérapie manuelle pour Nathalie. Par la suite, ces dépassements ont permis d'être réinvestis dans des nouveaux comportements dans leur vie, par exemple, une capacité de gérer la distance relationnelle pour Nathalie. Les participantes ont parfois vécu des traversées soudaines ou graduelles d'états intérieurs ou émotionnels inconfortables. Parfois intégrés depuis très longtemps, ces états ont besoin de temps pour se diluer et donner aux personnes un accès à d'autres possibilités dans leur manière d'habiter leur vie.

Il est difficile d'identifier clairement la suite des événements dans le temps étant donné que l'entretien a été fait en fin de parcours et qu'un suivi tout au long de la formation n'a pas été possible. En effet, notre devis de recherche ne nous permet pas de suivre les étapes précises du changement. Une recherche longitudinale serait tout indiquée pour permettre de mieux les comprendre.

Suzanne, par exemple, dépasse une peur de l'erreur qui la place en retrait de sa vie et toujours dans une posture de subir les événements par peur de faire des choix, par exemple, le choix de devenir gynécologue et d'investir sa propre dynamique dans sa profession en donnant son avis. La formation lui a permis de retrouver la confiance en elle, tout en lui permettant de faire des choix sans cette peur de l'erreur. Certains dépassements ont été possibles pour l'ensemble du groupe. Par contre, Philippe note une difficulté dans sa capacité de faire du mouvement tel qu'on le lui enseigne. Il semble, en partie, l'associer à une part insoumise en lui.

²⁸ La figure 14 illustre le changement identitaire.

Présentée à la page suivante, la figure 12 illustre les conséquences des dépassements et des prises de conscience suite à l'expérience des pratiques du Sensible. Les participantes et le participant font de nouveaux choix sur la base d'informations nouvelles. Grâce à un processus d'éveil de conscience de leur vie, ils arrivent à modifier certains de leurs comportements..

Devenir actrice ou acteur de sa vie

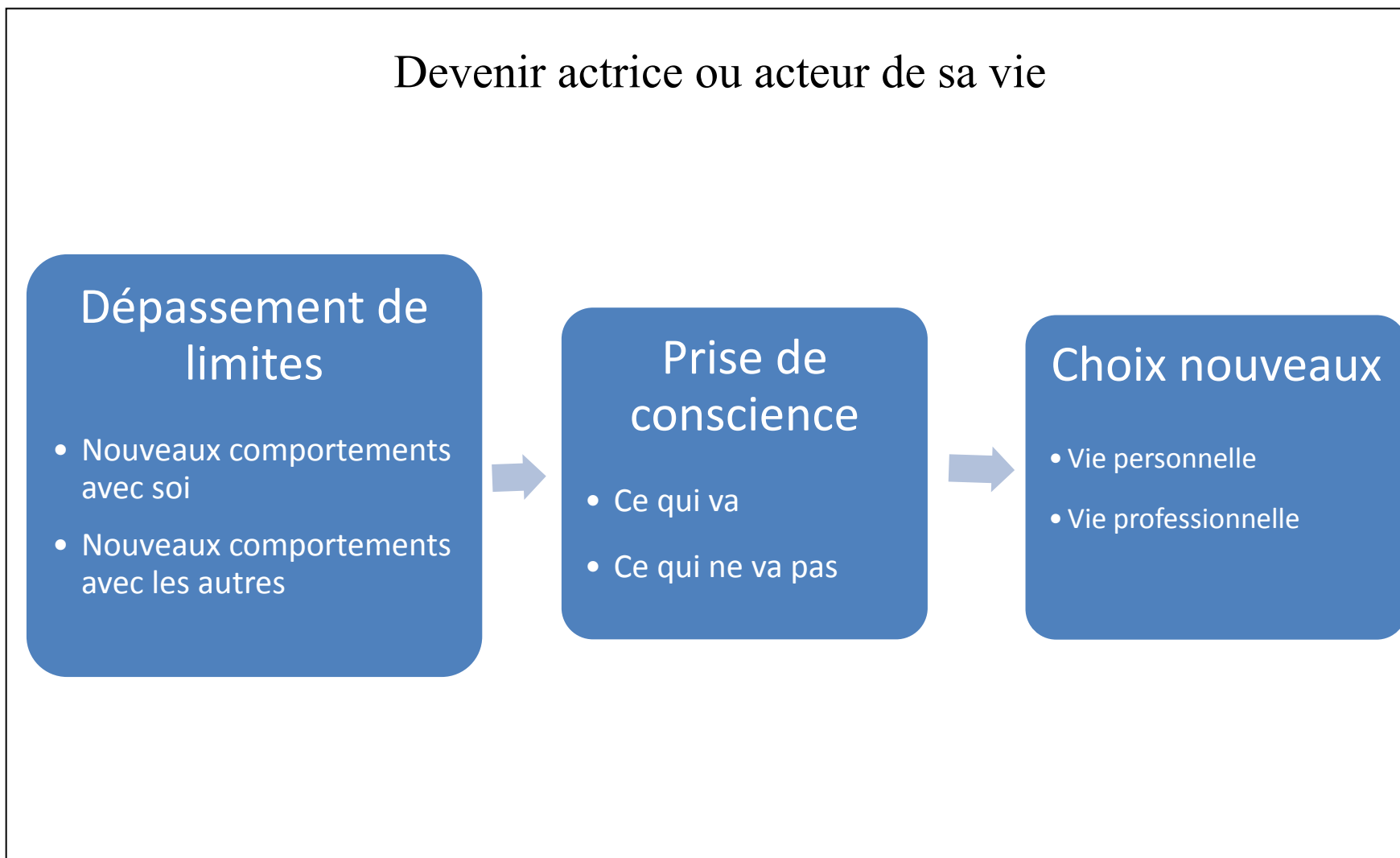


Figure 12 – Processus d'éveil de conscience de leur vie avec les pratiques du Sensible

2.2.3 Transformations en lien avec l'état d'harmonie en début de formation

Notre analyse permet de constater une relation entre le niveau de la transformation opéré chez les participantes et le participant en lien avec leur état intérieur avant le début de la formation. En effet, ceux qui ont témoigné d'un degré d'harmonie avec eux-mêmes plus faible ont connu des transformations plus intenses, tandis que ceux déjà en harmonie ont plutôt acquis des outils nouveaux pour leur pratique²⁹. La classification des participantes et du participant a été faite sur la base d'informations qualitatives transmises lors de l'entretien et est directement en lien avec la capacité des participantes et du participant à livrer plus ouvertement des éléments de leur vie personnelle. Les deux personnes identifiées comme en dysharmonie (Suzanne et Marie-Hélène) ont toutes deux nommé le fait qu'elles étaient dans un état dépressif. Les deux personnes identifiées comme en harmonie partielle (Nathalie et Isabelle) ont toutes deux manifesté qu'elles étaient dans des périodes de changements importants. Nathalie parle d'un état de fatigue physique et psychique, en plus d'états d'instabilité émotionnelle. Pour sa part, Isabelle semble naviguer plus calmement dans sa vie, tout en étant en constante transformation. Elle nous partage qu'elle est accompagnée en parallèle pour l'aider à gérer des difficultés qu'elle rencontre dans sa vie. Les deux personnes identifiées comme étant en harmonie (Eva et Philippe) ont tous deux manifesté un état de stabilité et de sérénité. Leur navigation est plus douce, même si Eva rencontre des états parfois inconfortables; celle-ci semble vivre moins d'états instables, en plus de mieux naviguer lorsque qu'elle les traverse.

Suzanne et Marie-Hélène (dysharmonie) étaient dans leur vie en fin de trajectoire lors de la formation. Suzanne était en plein questionnement dans sa vie professionnelle et désirait réorienter son parcours; beaucoup d'incertitude planait dans sa vie. Marie-Hélène sortait d'une relation amoureuse de plus de huit ans où elle

²⁹ Gohier, Anadón, Bouchard, Charbonneau et Chevrier (2001) mentionnent que les moments de crises sont mobilisateurs « l'importance de la crise comme moteur de développement identitaire » (p. 7)

avait été beaucoup affectée. Il est très facile de constater, à travers leurs témoignages, le mouvement de prise de conscience, de choix et d'action en lien avec leur prise de conscience. Les deux participantes mentionnent toutes les deux qu'elles étaient dans une phase dépressive lors du début de la formation. Elles nous expriment explicitement qu'elles se sont littéralement transformées, comme le mentionne Suzanne : « entre le début et la fin des 4 années, je n'étais plus la même, ça, c'est clair. Et ça se voyait ».

Nathalie (harmonie partielle) a accompli sa formation en deux temps : de 2003-2006 et de 2010-2011. Nathalie est dans une quête personnelle lorsqu'elle décide de faire la formation aux pratiques du Sensible en 2003. Dans cette période de sa vie, elle se sent fatiguée physiquement et psychiquement. Elle est prise dans un divorce, dans un moment d'instabilité émotionnelle avec des états de panique et d'indécision. Cette formation est vécue comme un lieu de ressourcement. En 2010, lors de sa reprise de formation suite à une interruption, la visée est beaucoup plus professionnelle; elle cherche alors à changer d'emploi. Elle constate que cette formation a rayonné dans toute sa sphère professionnelle. Pour sa part, Isabelle (harmonie partielle) réussit aussi à faire ce cheminement pour certaines prises de conscience et constate que, pour d'autres, la mise en action est plus difficile dans son quotidien. Isabelle est dans un processus de connaissance de soi depuis longtemps; cette formation constitue la rencontre d'une pratique manuelle qui lui convient personnellement. Dans le cas de Nathalie et d'Isabelle, elles sont toutes les deux dans une quête personnelle où les transformations se font sentir dans leur état intérieur et leur comportement. Nathalie nous en parle en ses termes : « Un apaisement, du coup un état de confiance, une tranquillité, presque la sérénité des fois. Mais un calme. Oui, ça a été ça la chose la plus importante ».

Eva (harmonie) a une vie relativement stable et est en bonne santé comme Philippe. Elle est toutefois dans un processus constant de cheminement. En effet, elle pratique le mouvement et bénéficie de séances en fasciathérapie durant les trois

premières années de formation en médecine. En troisième année de médecine, elle décide de s'inscrire à la formation aux pratiques du Sensible. Elle fait donc les deux formations en parallèle. Elle était à la recherche d'une pratique manuelle pour venir compléter sa formation en médecine. Elle continue ainsi son processus de cheminement en réalisant qu'elle n'est pas assez active, par exemple, dans la thérapie manuelle comme dans son accompagnement verbal.

Quant à Philippe (harmonie), il était en fin de carrière et curieux de mieux comprendre le fonctionnement de cette approche qui l'avait fortement interpellé. En apparence, il ne semble pas avoir vécu autant de transformation et de changement dans sa vie. Ceci s'expliquerait, en partie, par sa pratique personnelle de la méditation depuis plusieurs décennies, par sa conception rogérianne de la thérapie et aussi en raison de son âge et de sa maturité. Philippe investit dans l'action, le fait de se sentir en meilleure santé lorsqu'il se sent rejoint profondément, en allant se faire traiter tous les deux à trois mois. Il a de nouveaux outils à sa disposition autant pour sa vie personnelle que professionnelle.

Le degré de transformation des participantes et du participant semble directement lié à leur état d'harmonie, d'harmonie partielle ou de dysharmonie en début de formation. En effet, plus l'état de dysharmonie est grand, plus la transformation est majeure et influence l'identité de la personne; par contre, plus la personne est en état d'harmonie plus elle vit une transformation mineure et découvre des outils additionnels pour sa pratique.

2.2.4 Le changement identitaire

Avant d'avoir fait l'analyse des résultats par catégorie et par participante et participant et après avoir fait la liste des phénomènes dans la deuxième démarche d'analyse, nous avons constitué deux schémas (figures 13 et 14) représentant le phénomène en présence. Le premier schéma (figure 13) représente le potentiel

d'expérience transformatrice constitué à partir de la boucle pour grandir en conscience présentée dans le chapitre de référents interprétatifs (chapitre trois). Il illustre l'occasion de transformation au contact de l'expérience extra-quotidienne des pratiques du Sensible à un niveau macro, avec une certaine distance.

Le deuxième schéma (figure 14) représente le processus de transformation possible à un niveau micro, nous permettant de comprendre ce que vit la personne au sein du processus de centrage d'elle-même. La figure 14 – Centrage de la personne au sein de l'expérience corporelle – semble cohérente à tous points de vue avec les résultats d'analyse des pages précédentes, et ce, autant par catégorie que par participante et participant.

Construction de référents intérieurs et conscientisation de référents extérieurs

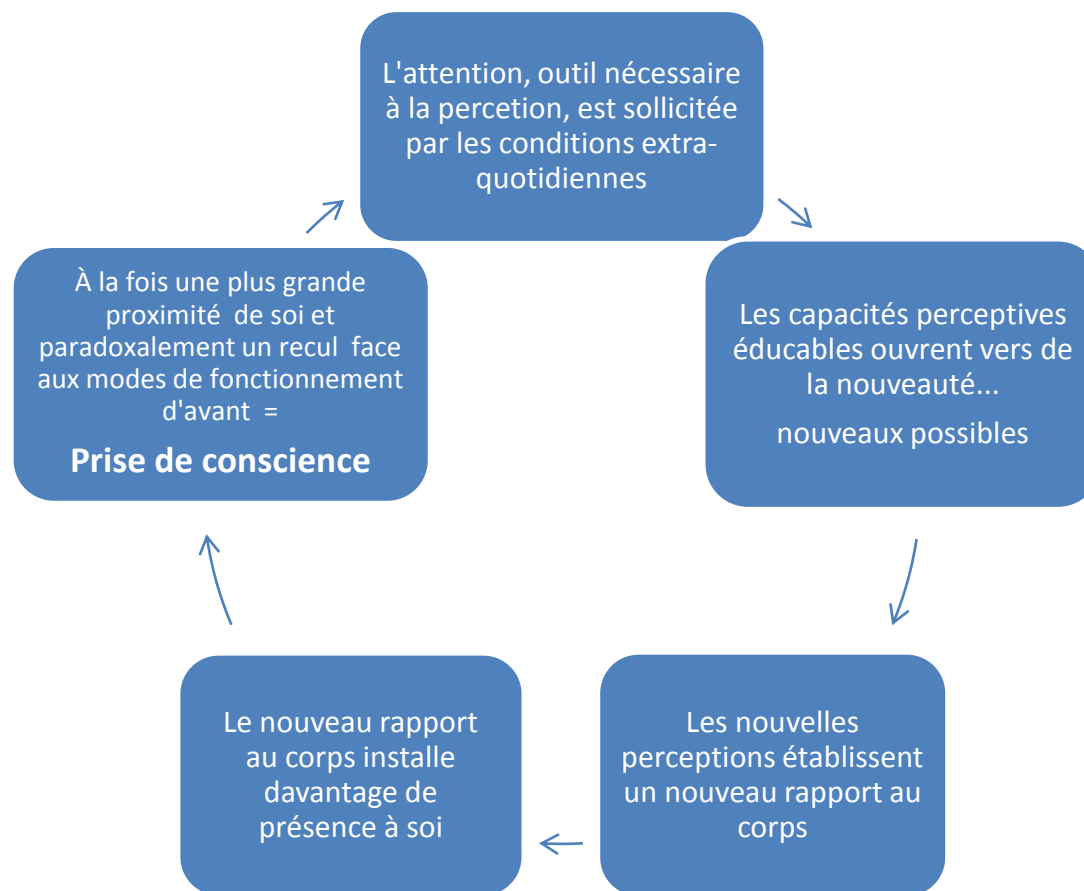


Figure 13 – Potentiel d'expérience transformatrice

L'expérience des pratiques du Sensible crée un rapprochement de la personne avec elle-même, et à la fois, elle crée paradoxalement une sensation de recul³⁰. La personne se rapproche de son corps, de son expérience et de sa manière de se vivre dans sa vie. Elle est mieux informée sur sa vie. L'expérience devient une référence intérieure pour mieux être informé de soi, des élans qui la portent et lui conviennent. Lorsqu'elle écoute sa vie intérieure, la personne devient plus centrée et autogouvernée.

Simultanément, l'expérience corporelle par les pratiques du Sensible permet de mettre en évidence a posteriori l'écart, la distanciation que les participantes et le participant avaient par rapport à eux-mêmes avant l'expérience des pratiques du Sensible. L'évidence de l'écart leur permet de prendre du recul non seulement par rapport à leur état intérieur et émotionnel d'avant, mais aussi par rapport à leur vie en général. Ils deviennent ainsi conscients des paramètres extérieurs qui avaient préséance dans leur vie. Les paramètres extérieurs incohérents sont le reflet des incohérences intérieures qui existaient au sein de la personne avant le processus de proximité vers son corps. Auparavant, l'écart n'était pas perçu, mais des états intérieurs et émotionnels signalaient un inconfort. Suite à l'expérience corporelle, il s'opère un changement dans l'importance accordée aux référents intérieurs et extérieurs chez les participantes et le participant. Ce changement met en évidence deux natures d'écart : une réduction d'écart et un agrandissement d'écart, selon le point d'ancrage au départ. Avant l'expérience corporelle, ils avaient un écart par rapport à leur profondeur, tout en étant collés à leur manière d'être dans leur vie; le mouvement de proximité vers soi réduit l'écart vers leur centre, tout en créant du recul par rapport à leur manière d'être antérieure.

³⁰ Gohier, Anadón, Bouchard, Charbonneau et Chevrier (2001) parlent du phénomène de mise à distance de soi dans leur article sur la construction identitaire de l'enseignant : « Le rapport à soi comme personne ou, en termes synthétiques, la connaissance de soi requiert une capacité introspective qui demande une mise à distance avec soi. Cette mise à distance est rendue possible grâce à un esprit réflexif capable d'auto-évaluation. La psychologie au XX^e siècle, de quelque allégeance qu'elle soit, l'a bien montré, la connaissance de soi contre la tendance – naturelle et inconsciente – de la personne à projeter sur l'autre ses propres manques et lacunes » (p. 13).

Le rapprochement intérieur par le corps est le premier pas qui permet, par la suite, une vie personnelle et professionnelle plus en cohérence pour la personne. Le rapprochement intérieur par l'expérience corporelle semble être la première étape révélatrice des incohérences intérieures et extérieures. Une conscience de soi, par l'intermédiaire de l'expérience corporelle qui crée une proximité vers soi, met en évidence le poids, les limites et l'impact du regard extérieur d'autrui sur la vie des participantes et du participant. En dehors de leurs repères habituels et à l'abri de leurs enjeux personnels, l'expérience nouvelle permet à la personne d'être informée sur sa manière de vivre sa vie. En effet, les conditions extra-quotidiennes permettent d'augmenter le niveau d'attention de la personne et accroissent ainsi sa capacité de perception. Cet enrichissement de perception est une opportunité d'établir un nouveau rapport avec son corps. Ce nouveau rapport au corps semble être l'assise d'un accroissement de présence pour la personne, une augmentation de présence à soi. Cet élargissement de présence agrandit la capacité de prise de conscience et permet de vivre une expérience nouvelle intérieurement.

L'expérience nouvelle révèle en elle-même et par contraste les fonctionnements intérieurs anciens de la personne. Le nouveau, par exemple, l'enrichissement du rapport au corps, permet de percevoir les modes anciens plus pauvres du rapport au corps. Comme si la qualité du rapport au corps créait une lunette de perception de soi plus lucide et un ancrage dans un état de confiance corporelle qui devront par la suite être intégrés dans la vie de la personne.

Cette connaissance par contraste a déjà été abordée par Piaget (1974) et Bois (2007) dans leurs perspectives respectives. L'enrichissement perceptif du rapport au corps permet de constater a posteriori la pauvreté perceptive du corps. Comme l'exprime Piaget (1974) :

le résultat positif est toujours et nécessairement solidaire d'un transfert à partir d'une situation négative de départ : introduire une modification en un objet, c'est en effet, tout à la fois et de façon indissociable, l'enrichir d'un état nouveau et (en ce sens) positif, et abolir l'état antérieur ou initial, ce qui consiste en une négation ou soustraction (p. 172).

L'enrichissement du rapport au corps constitue l'affirmative apparaissant dans l'expérience, et son absence dans le moment antérieur est sa négative. Une négative imperçue antérieurement est révélée par l'apparition de la positive. Comme l'explique Bois (2007), l'étudiante ou l'étudiant « est placé dans un lieu nouveau de conscience, de ressenti et de réflexion, qui lui donne accès à un nouveau regard sur son mode de fonctionnement antérieur » (p. 278). Piaget (1974) met en évidence la possibilité de contradictions pour le sujet, si l'absence de la négative octroie à la personne des bénéfices secondaires par exemple. Il s'agit alors du moment d'habiter sa capacité d'être sujet de sa vie et de faire des choix en conséquence en les assumant.

Les analyses précédentes avaient déjà permis de constater que les participantes et le participant opéraient une centration sur eux-mêmes et pour certains, une réconciliation. Les pratiques du Sensible sont ainsi une opportunité d'expérience transformatrice, comme l'exprime le schéma de la figure 14 illustrant la centration de la personne au sein de l'expérience corporelle.

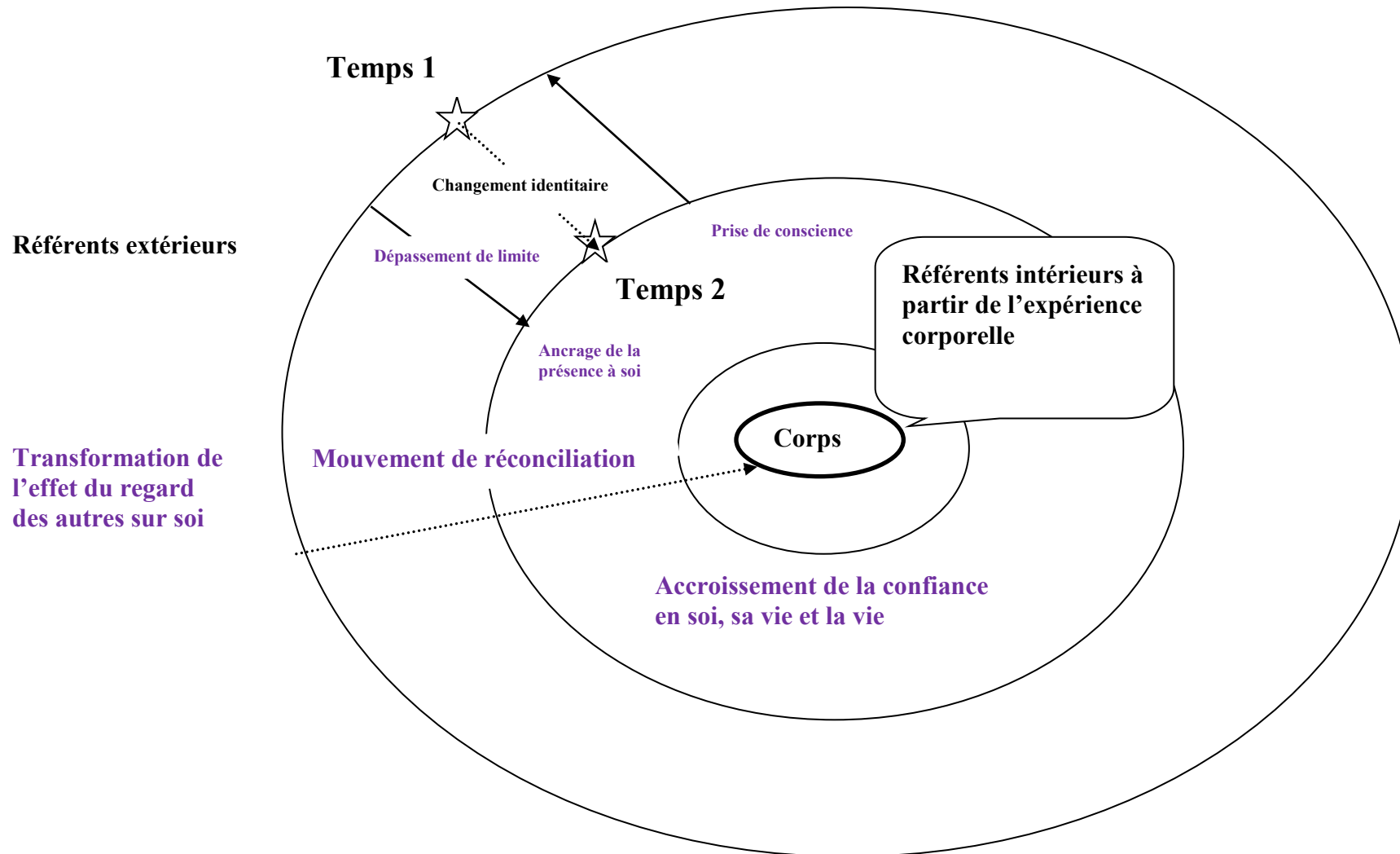


Figure 14 – Centration de la personne au sein de l'expérience corporelle

Ce deuxième schéma a été construit à partir de la liste des phénomènes inférés à partir des déclarations des participantes et du participant. Il illustre la centration de la personne au sein de l'expérience corporelle. Il image le changement d'identité du temps 1 au temps 2 que semblent opérer les participantes et le participant au contact de cette approche corporelle. L'identité en termes de référents intérieurs s'est déplacée et est plus centrée sur des référents internes corporels profonds³¹. Les référents internes s'approfondissent et s'incarnent au fil de l'expérience sensible et la personne constate l'écart de sa construction antérieure par les référents extérieurs ou référents intérieurs en périphérie.

Par exemple, Suzanne réalise par son rapprochement intérieur, au fur et à mesure de sa formation, l'emprisonnement de son monde intérieur et émotionnel, son état dépressif et ce qui ne va pas dans sa vie. Par la suite, elle gagne en confiance au fil de la formation et fait le choix de dépasser sa peur de l'erreur et s'engage dans la formation pour devenir gynécologue et partage son opinion avec ses collègues de travail. Une sensation de plus grande proximité à soi semble être présente. En même temps, les participantes et le participant ont plus de recul et de compréhension face à leur comportement construit sur la base d'un certain éloignement d'eux-mêmes. Le changement identitaire interne est un mouvement permettant les prises de conscience, car la personne s'est déplacée, il y a une prise de recul. La personne est moins identifiée à la position initiale (éloignée d'elle-même) qui édifiait sa manière d'être dans le monde pour survivre à son parcours, donc avec une certaine distance. La peur ou la panique a moins d'emprise, les participantes s'y identifient moins sur cette base et elles réalisent qu'elles ne sont pas que peur ou panique, qu'elles peuvent se sentir autrement, à partir de l'installation d'un autre lieu plus profond, ancré dans la qualité et stabilité du rapport au corps.

³¹ Rondeau (2014) nous rappelle justement, avec les propos de Dubar (2000), que « l'individu est d'abord « un sujet social [...] qui a besoin de retrouver des références, des repères » (Dubar, 2000, p. 172) pour ainsi s'affirmer en tant que créateur de sa propre existence » (p. 68).

Une relation de confiance permet d'être plus à l'affût et ouvert à la nouveauté. Certains parlent plus de confiance en soi, tandis que d'autres semblent faire allusion à une confiance en la vie, en leur propre vie. La confiance semble être un ingrédient peut-être préalable au changement identitaire. Et peut-être même que le changement de rapport à la confiance est déjà un changement identitaire pour la personne. Un dépassement de limites est possible au sein de l'expérience corporelle qui semble être le gage du dépassement que la personne pourra éventuellement opérer dans sa propre vie.

En résumé, les médecins qui ont participé à notre recherche ont tous vécu un processus de transformation. Philippe et Eva, qui étaient au début de la formation dans un état d'harmonie avec eux-mêmes, ont expérimenté des transformations mineures et acquis des outils intéressants pour la gestion de leur vie personnelle. Tandis que Suzanne et Marie-Hélène, qui étaient initialement en dysharmonie, ont vécu des transformations identitaires majeures. Pour leur part, Nathalie et Isabelle, qui étaient en harmonie partielle, ont vécu des transformations dans leur état intérieur et leur comportement. Quoi qu'il en soit, l'expérience extra-quotidienne à partir du corps a permis de recentrer les personnes sur elles-mêmes et leurs besoins. Au fur et à mesure, les participantes et le participant semble avoir transformé leur base de référence. En effet, de plus en plus en lien avec leur expérience corporelle, ils se sont plus référés à leur corps et à leur intériorité qu'à des références extérieures à eux-mêmes. Une plus grande proximité à eux-mêmes les a mieux informés sur l'état de leur corps et de leurs intériorités. Ces expériences leur ont donné la chance de faire des prises de conscience sur leur vie et d'ajuster leur choix, leur attitude ou leur manière d'être afin d'être plus acteur de leur vie. Pour ce faire, cela voulait dire traverser des inconforts qui, pour certains, étaient liés à des états émotionnels et, pour d'autres, à des comportements en lien à leur manière de vivre leur vie. Il appert que les participantes et le participant vivent maintenant une plus grande liberté d'être et semblent avoir repris du pouvoir sur leur vie. Le recentrage expérimenté par les médecins participants semble avoir créé une mise à distance nécessaire leur

permettant de mieux s'observer et de faire des choix adaptés à leur vie. Ils témoignent tous d'un gain au niveau de leur santé.

2.3 Présentation des résultats concernant la sphère professionnelle

Le deuxième objectif de notre recherche traite plus spécifiquement des transformations ayant eu des répercussions sur la sphère professionnelle des médecins. Il s'agit d'identifier et de décrire, le cas échéant, les transformations du rapport à la santé en général, à leur présence aux autres professionnelles et professionnels et aux patientes et patients découlant de l'apprentissage des pratiques du Sensible. Ainsi, les résultats liés à la sphère professionnelle tentent de décrire les transformations du rapport à la santé telles que rapportées par les répondantes et le répondant. Les résultats cherchent aussi à illustrer les changements liés à la présence aux autres : autant les autres professionnelles et professionnels que les patientes et patients.

2.3.1 Le concept de la santé

Dans cette section, nous présentons plusieurs sous-sections en lien avec le concept de santé. Dans un premier temps, les encadrés présentent la définition de la santé selon chaque participante et participant avant la formation aux pratiques du Sensible. Par la suite, nous observons les changements du rapport à la santé de manière générale dont ils témoignent dans leurs entretiens. Finalement, nous observons les modifications du concept de santé suite à la formation.

2.3.1.1 Définition de la santé avant la formation

Sous forme d'encadré, cette section présente la définition de la santé donnée par chaque participante et participant avant le début de la formation aux pratiques du Sensible.

Encadré 4 – Série – Définition de la santé avant la formation aux pratiques du Sensible

Identification Suzanne / 51 ans.

Définition de la santé « La santé, c'est un bien-être. Je mettrais bien physique et mental, qui, moi, me permet de réaliser à peu près ce que j'ai envie de réaliser, mes désirs, mes passions. La définition de ma santé va changer dans 10 ans parce que je n'aurai pas les mêmes capacités physiques. Aujourd'hui, c'est un bien-être en tout cas. [...] Cette définition-là, je la connaissais, le bien-être physique, mental et puis la définition de l'OMS il y a un 3^e facteur. Social, voilà. »

Identification Marie-Hélène / 51ans.

Définition de la santé « C'est la capacité de tomber malade et de se relever, de recouvrir, voilà. Ce n'est pas forcément de ne jamais être malade, d'avoir la santé. Autrement dit, il y a des gens malades qui peuvent avoir de la santé. Il y a des gens qui n'ont rien, qui ne sont jamais malades, mais qui peuvent quand même être en dehors d'eux-mêmes. Je ne suis pas sûre qu'ils sont en meilleure santé. »

« Tu la connais la définition de l'OMS, l'Organisation mondiale de la santé, c'est un état complet de bien-être physique, psychique, social, je crois que c'est ça, ça s'arrête là. Voilà, c'est une pure utopie. C'est une utopie, en général, on n'atteint jamais ça. »

Identification Nathalie / 49 ans.

Définition de la santé « Alors la santé, ce n'est pas uniquement malade ou non malade. La santé serait un état de bien-être aussi, un état de bon fonctionnement du corps, des organes. »

« Alors déjà, donc en médecine, j'étais un petit peu ennuyée par la manière dont ils voyaient la maladie, la santé, j'étais très gênée par les prescriptions de médicaments. » « Parce que donc moi, je voyais la maladie plutôt comme un symptôme et pour moi chaque maladie a une histoire, il faut essayer de comprendre ce qui se passe et ce n'est pas uniquement casser le symptôme, le traiter de manière symptomatique. Donc j'étais très gênée par la pratique médicale actuelle, je ne trouvais pas ma place. »

Identification Isabelle / 57 ans.

Définition de la santé « Moi, je dirais que la fasciathérapie, pour moi, ça me permet d'aller au-delà de la santé en général. » « Bon, la santé en général, la santé pour un médecin généraliste, c'est quelqu'un, bon l'examen clinique est bon, les bilans biologiques, tout ça, il n'y a rien, on ne trouve rien. »

Identification Philippe / 66 ans.

Définition de la santé Une échelle de progression entre le « tout va bien » et le « tout va mal », c'est fonctionner au mieux avec ce que l'on a aujourd'hui.

« Donc, c'est quand même deux concepts qui s'opposent. Ce ne sont pas deux concepts, ce sont les deux extrêmes d'une ligne graduée qui va de la totale bonne santé à la totale maladie. Et il y a toutes les nuances de gris entre le blanc et noir. »

« Bien sûr qu'une constipation, une diarrhée peuvent être un symptôme d'une maladie, mais il y a plein de gens qui ont un transit un peu accéléré ou ralenti et qui ne sont pas malades du tout. Donc, ils n'ont pas de maladie, ils ne sont pas vraiment totalement en bonne santé puisqu'ils sont gênés et quelque part c'est un retentissement, mais ils sont entre les deux, ils sont dans le domaine du dysfonctionnement. Un dysfonctionnement prolongé peut, en s'aggravant, conduire à quelque chose qui est du domaine de la maladie. »

« Je fonctionne du mieux possible à l'âge de 20 ans, cet être que je suis et qui a 20 ans peut vivre plein de choses et dont une partie ne sera pas possible de vivre si c'est le même être qui a 80 ans. Et pourtant, l'être de 80 ans en bonne santé est en bonne santé donc il fonctionne bien, mais il n'a plus la souplesse, il n'a plus la résistance, il n'a plus la récupération, il lui manque un certain nombre de choses, même si c'est bien conservé. Il a vieilli et le phénomène de vieillissement n'est pas une maladie que je sache. »

Identification Eva / 32 ans.

Définition de la santé « OMS qui est un parfait état de bien-être physique, psychique et social. Et c'est vrai que, si on en reste juste à cette définition-là, déjà on peut dire qu'il y a très peu de gens qui sont en bonne santé parce [que] réussir tous ces trois critères et surtout au niveau social, je trouve maintenant peut-être même le plus difficile. Je pense qu'il y a des gens qui peuvent être malades et qui vont être en bonne santé, c'est-à-dire qu'ils vont avoir aussi une relation saine avec leur maladie, avec leur vie aussi, tu vois, la façon de gérer leur maladie justement. Et il y a ce côté, je pense que l'autonomie fait partie pour moi de comment définir la santé. [...] Tu vois, c'est une espèce de démarche comme ça, donc c'est plus une attitude saine par rapport à la maladie. »

À la lecture des différents encadrés, nous constatons qu'au début de leur formation, les cinq participantes et le participant ont une conception similaire mais pas identique de la santé. Trois font allusion à la définition de l'OMS. Suzanne vient relativiser sa définition avec le facteur temps : la définition va être adaptée selon l'âge de la personne en lien avec ses capacités physiques. Marie-Hélène considère la définition de l'OMS comme une utopie. Tandis qu'Eva définit le concept à partir de l'OMS et ajoute qu'aujourd'hui il est difficile de parvenir à un état de santé complet et que le facteur social semble être celui le plus ardu à atteindre.

Isabelle et Philippe ont tous deux des définitions en lien avec le fait d'être en santé sur le plan physique. Isabelle parle de la santé en général qu'elle définit par les

examens cliniques et les bilans biologiques. De son côté, Philippe définit la santé comme un continuum entre le « tout va bien » et le « tout va mal ». Il nuance ses propos entre les deux pôles avec la notion de dysfonctionnement. Le dysfonctionnement n'est pas une maladie, mais sur du long terme, il peut devenir le précurseur à la maladie. Philippe conçoit la diminution du bon fonctionnement de l'organisme (moins de souplesse, de résistance et de capacité de récupération) par le vieillissement comme un processus physiologique normal et non pas comme une maladie.

Nathalie a été gênée tout le long de sa formation en médecine par la définition des différents concepts abordés, dont la santé, la maladie et la prescription de médicament. Elle considère la maladie comme un symptôme issu d'une histoire : enlever le symptôme ne constitue pas une solution; il faut essayer de comprendre ce qui se passe pour la personne dans son histoire de vie.

Marie-Hélène et Eva abordent le fait qu'on peut être malade tout en étant en santé. Marie-Hélène considère que la santé est la capacité de se relever suite à un épisode de maladie, tandis qu'Eva considère qu'une personne malade peut être en santé car elle conserve une autonomie dans sa vie et entretient une relation saine avec sa maladie. La prochaine section observe les transformations du rapport à la santé.

2.3.1.2 Le rapport à la santé de manière générale

Concernant le rapport à la santé de manière générale, il n'y a pas de ligne de rapprochement entre les participantes et le participant. En effet, il n'y a pas de mouvement qui converge pour les six médecins à propos de leur rapport à la santé en générale. Trois phénomènes différents ressortent, chacun regroupant deux personnes : aucun changement de définition (Suzanne et Nathalie), nouveaux repères perceptifs de la santé (Isabelle et Philippe) et élargissement du concept de la santé (Marie-Hélène et Eva).

Suzanne et Nathalie n'ont pas changé leur définition. Toutefois, Suzanne constate qu'elle s'approprie mieux sa définition et l'intègre mieux dans sa vie. Elle va plus loin en affirmant qu'elle s'est réconciliée avec la santé et avec sa profession : « je me suis réconciliée avec la santé dans le sens où j'ai réalisé qu'en fait, j'ai toujours aimé m'occuper des gens et c'était ce que je voulais faire... finalement. » De son côté, Nathalie était ennuyée par les différentes définitions de la médecine : « Alors déjà, en médecine, j'étais un petit peu ennuyée par la manière dont ils voyaient la maladie, la santé, j'étais très gênée par les prescriptions de médicaments. [...] j'étais très gênée par la pratique médicale actuelle, je ne trouvais pas ma place ». La formation l'a confortée dans sa manière de concevoir la santé. Lors de la présente recherche, l'entretien lui a permis de réaliser que l'accordage somato-psychique pouvait être assimilé à un état de santé et ainsi changer sa définition. La formation a eu des effets sur sa conception de la santé, mais la prise de conscience n'avait pas encore été faite.

Isabelle constate que les pratiques du Sensible lui ont permis d'aller au-delà de la santé en général. Cette pratique lui permet de lire la santé dans « l'invisible », dans ce qui n'est pas perçu par les examens médicaux standards. « Il n'y a pas de pathologie particulière, par contre, quand on met la main sur quelqu'un, on sent des choses. Il y a des densités, il y a des zones qui ne vont pas bien. Ça va au-delà de la santé visible, c'est plus profond. » Isabelle considère que sa définition de la santé s'est élargie, tandis que Philippe non : « Alors, je vais dire, ma conception de la santé n'a pas changé avant et après la formation ». Par contre, cette formation lui a donné un outil de plus afin d'avoir des nouveaux repères perceptifs de la santé : « le toucher manuel m'a permis justement d'avoir des informations supplémentaires avec l'écoute manuelle, (cela) me permet d'avoir un champ supplémentaire d'exploration de la santé des gens, voilà ça oui. »

Marie-Hélène et Eva élargissent leur concept de santé. La première inclut la proximité du rapport à soi dans ses critères de santé, en plus du dialogue avec soi-

même et la capacité de trouver du sens à ce qui lui arrive. « Je pousse l'absence de souffrances jusqu'à considérer aussi celle représentée par le fait d'être éloignée de soi-même et pas au courant de soi, de ce qu'il en est de soi. » Marie-Hélène constate que c'est souvent a posteriori que l'on constate notre éloignement de nous-mêmes. Suite à un rapprochement, la réalisation de l'éloignement est plus évidente. Eva constate, avec la formation aux pratiques du Sensible, les bienfaits et l'importance de l'accordage somato-psychique. « Je pense, pour moi, ça fait partie d'être en bonne santé, c'est-à-dire qu'il y ait cette interaction-là entre le corps et le psychisme ». Eva met très bien en valeur la nécessité d'être sujet de sa vie et d'inviter sa patiente ou son patient à le devenir. Elle les invite à devenir plus actifs dans leur démarche de santé, car « il y a certains patients qui sont très passifs chez le médecin. Et là, ça serait vraiment pour commencer [...] qu'elle accède à ce niveau de part active par rapport à sa propre santé et pour construire la consultation aussi. » Dans cette conception élargie, elle priorise la nécessité du lien avec la vie intérieure corporelle : « une bonne écoute dans ce qui se passe aussi à l'intérieur de soi et que ce ne soit pas un absent, mais au contraire, un très présent, que le corps est présent et qu'il puisse aussi prendre toute sa place, toute son expression. » Les résultats en lien avec le rapport à la santé sont repris sous forme de synthèse dans la prochaine section afin de faire ressortir les informations nouvelles et observer les participantes ayant changé leur conception de la santé.

2.3.1.3 Élargissement du concept de la santé

La catégorie « élargissement du concept de la santé » fait référence à un agrandissement du concept de la santé par les participantes et le participant. Elle est définie comme un changement de représentation du concept de la santé, en lien avec le bon fonctionnement du corps, de l'esprit, de l'inscription sociale de la personne et de sa spiritualité, selon le cas. Une transformation de la conceptualisation de ce qu'est la santé s'est opérée chez la plupart. Elles ont un point de vue plus large du fait d'être en santé. Quatre d'entre elles élargissent les composantes ayant des incidences sur la santé. Les encadrés présentent les changements.

Encadré 5 – Série – Définition de la santé après la formation aux pratiques du Sensible

Identification Suzanne / 51 ans.

Changement de définition suite à la formation « Je ne pense pas qu'elle ait changé, c'est que je me l'approprie mieux qu'avant. [...] Mais je l'avais pas aussi bien intégrée. » Directement en lien avec la santé, la participante s'est réconciliée avec la santé et son métier : « je me suis réconciliée avec la santé dans le sens où j'ai réalisé que en fait, j'ai toujours aimé m'occuper des gens et c'était ce que je voulais faire... finalement. »

Identification Marie-Hélène / 51ans.

Changement de définition suite à la formation « La santé c'est évidemment l'absence de pathologies, de souffrances, mais alors quand je pousse l'absence de souffrances jusqu'à considérer aussi celle qui est représentée par le fait d'être éloignée de soi-même et pas au courant de soi, de ce qu'il en est de soi. Pour moi, ça aussi c'est une souffrance qui n'est pas prise en compte par l'OMS. »

« D'une part, d'être éloigné de soi, pour moi ça c'est un type de souffrance que l'on découvre que par contraste a posteriori quand on a été rapproché, donc les gens non contemporains ignorent, c'est une anosognosie. Tu connais ce terme? L'anosognosie, c'est de ne pas savoir qu'on est malade. [...] Et d'une autre part, l'incapacité d'établir un dialogue entre soi et soi-même et de se tenir au courant de soi, de ce qu'il en est, la façon dont on peut être affecté et de comment. »

« Il y a des gens qui sont malades, mais ils retrouvent une capacité qualitative à vivre parce qu'ils retrouvent du sens. Il y a des choses qui peuvent évoluer, même si leur état de santé ne se rétablit pas. Donc, ma tâche de médecin, elle tient compte de ça beaucoup, beaucoup plus. »

Identification Nathalie / 49 ans.

Changement de définition suite à la formation « La formation a conforté ma définition. » Lors de l'entretien, la participante réalise que l'accordage somato-psychique peut être assimilé à l'état de santé. « Alors par rapport à la santé, ce n'est pas tellement par rapport à la santé que ça a changé, c'est plus ressentir un équilibre. Je t'ai parlé tout à l'heure de l'accordage somato-psychique qui est important pour moi, très important et un état d'équilibre. On se sent équilibré dans sa vie surtout que ça a beaucoup changé ça. Et avec les patients, je travaillais beaucoup ça aussi. » « Donc alors après, on peut parler d'équilibre, l'équilibre qui serait, on peut assimiler ça à un état de santé aussi. »

Identification Isabelle / 57 ans.

Changement de définition suite à la formation « Voilà. Il n'y a pas de pathologie particulière, par contre, quand on met la main sur quelqu'un, on sent des choses. Il y a des densités, il y a des zones qui ne vont pas bien. Ça va au-delà de la santé visible, c'est plus profond. » « Des fois, j'ai des, je ne sais pas trop comment dire, des fois je sens par exemple, on sent qui s'est passé quelque chose à tel endroit. On va dire à la personne, bon, il s'est passé quelque chose, un problème de grossesse. Et donc, il revient à la mémoire, il revient à la mémoire des épisodes. »

Identification Philippe / 66 ans.

Changement de définition suite à la formation Rien. « Alors, ma perception de la santé ou ma conception de la santé, je vais dire, qu'elle n'a pas changée avant et après la formation. »

« Par contre, en termes de repères perceptifs de la santé, le toucher manuel m'a permis justement de voir des informations supplémentaires avec l'écoute manuelle, me permet d'avoir un champ supplémentaire d'exploration de la santé des gens. [...] J'ai un outillage supplémentaire qui me donne une possibilité d'aller voir, je dirais, des choses que je n'aurais pas pu voir jusque-là. » »

Identification Eva / 32 ans.

Changement de définition suite à la formation « Il y a vraiment une question de se positionner comme sujet. [...] d'être actif en fait par rapport à ça puis de prendre des décisions aussi de bon sens par rapport à ses habitudes de vie. Est-ce que la fasciathérapie a changé ma vision de la santé? Je ne sais pas si j'aurais pu avoir cette vision-là du patient sujet et actif et qui fait des choix par rapport à sa santé si je n'avais pas fait la formation de fasciathérapie. »

« On sent que même sous la main, la personne c'est une vraie personne qui, même si elle est allongée sur une table, elle est active dans le psychotonus. De sentir le psychotonus, le mouvement interne et toute cette part active qui est invisible, la personne qui justement la fait se positionner en tant qu'individu unique qui est en processus de décision.»

« Tu vois qu'elle a une façon de réfléchir, mais qui est purement intellectuelle. Et qui du coup, coupée de son ressenti et coupée de son corps et de ce qui se passe dans son corps. À mon avis, il y a ce que je disais dans les décisions de bon sens, mais ce sont des décisions qui partent aussi du bon endroit, c'est-à-dire, à partir du moment où elles sont accordées entre leur façon de réfléchir et leur ressenti corporel. Et être en bonne santé, il y a aussi cet accordage-là entre ne pas être juste tout le temps en train de réfléchir et que le corps ne soit juste qu'un « véhicule », mais qui est vraiment tout de la personne, c'est-à-dire, à la fois, un élan corporel et un élan psychique ou réflexif qui va dans un sens ou dans un autre. Il y a beaucoup cette notion d'accordage-là qui n'est pas enseignée en médecine, en tout cas, non qui n'est pas enseigné en médecine classique. »

« C'est plus question d'intériorité, on va dire corporelle, mais qui n'est pas que corporelle, du coup, c'est vraiment toute la personne en entier, donc à la fois son ressenti, dans sa chair, d'être reliée à son être de chair on va dire. Mais, en fasciathérapie, il va y avoir aussi l'inverse, c'est-à-dire que c'est au contraire la santé c'est la vie, mais aussi organique et savoir se relier aussi, savoir écouter, savoir [écouter] son intériorité. Ça se passe dans sa chair et puis de réfléchir à partir de ça. Oui. Là-dessus, moi, je n'ai pas du tout cette vision de la santé comme la vie dans le silence des organes, c'est au contraire la vie dans une bonne relation, une bonne écoute dans ce qui se passe aussi à l'intérieur de soi et que ce ne soit pas un absent, mais au contraire, un très présent, que le corps est présent et qu'il puisse aussi prendre toute sa place, toute son expression. »

Finalement, nous constatons que quatre participantes ont élargi leur conceptualisation de la santé. Certaines l'ont fait en y ajoutant une notion d'accordage entre le corps et l'esprit, nommé parfois en terme d'équilibre entre le raisonnement et le ressenti. D'autres ont ajouté des notions liées à une meilleure qualité de relation de soi à soi, comme si une nature de dialogue plus profond pouvait émerger du rapport au corps. Certaines discutent de la nécessité de devenir actrice ou acteur de sa propre vie comme de sa santé.

2.3.2 Une qualité de présence dans le milieu professionnel transformée

Cet aspect de la sphère professionnelle fait référence à la catégorie « Ancrage de sa présence dans la relation à l'autre ». Cette catégorie s'exprime par une plus grande qualité de présence aux autres qui s'appuie sur une meilleure qualité de présence à soi-même et d'attention à l'immédiateté, c'est-à-dire une capacité d'habiter l'instant, le présent dans la relation avec autrui, par sa qualité de silence et d'écoute. Nous abordons la qualité de présence des participantes et du participant avec les autres professionnelles et professionnels, par exemple, le personnel administratif ou les infirmières.

Dans les milieux de travail de Suzanne, Marie-Hélène et Nathalie, la relation quotidienne avec d'autres professionnelles et professionnels et avec la direction institutionnelle est incontournable. Comme Isabelle, Philippe et Eva sont en cabinet privé, ils ont moins d'interactions professionnelles. Le témoignage d'Eva est aussi différent car sa pratique a débuté au même moment que sa formation. Dans ce cas, il n'y a donc pas un avant et un après formation, autant pour la relation aux autres professionnelles et professionnels qu'aux patientes et patients.

Suzanne nous parle de changements qu'elle a vécus autant avec ses collègues qu'avec la direction de l'institution où elle travaille. Dans un premier temps, elle nous parle de la piètre opinion qu'elle avait de ses collègues qualifiés de bornés. Par la suite, après un long moment d'hésitation, elle réalise que sa dépression affectait son attitude et que, finalement, elle jalousait ses collègues car ils avaient du plaisir dans leur métier, alors qu'elle n'arrivait pas à être en connexion.

Elle perçoit communiquer davantage avec ses collègues depuis la formation. En effet, elle s'autorise à donner son avis, ce qu'elle ne faisait pas avant. « je donne mon avis, alors qu'avant, je me taisais. Je le gardais là et ça ne sortait pas. Maintenant, ça sort. S'il y a quelque chose qui me déplaît, j'ose aller voir. [...] Et

puis finalement, ça ne se passe pas mal. » Elle réalise aussi qu'elle peut demander conseil plus facilement qu'avant. Suzanne explique que la direction du service a changé entre temps, mais que de toute façon son lien avec ses chefs de services n'est plus le même. Avant les gens la considérait « transparente », inexistante et sans enthousiasme, tandis que présentement son chef de service trouve qu'elle est pleine d'enthousiasme, avec des initiatives et qu'elle adhère aux propositions, en plus d'en faire elle-même.

De son côté, Marie-Hélène a connu une entrée difficile dans son milieu de travail. En effet, sa nouvelle pratique sur la base de sa formation aux pratiques du Sensible a créé beaucoup d'émoi dans son centre de soins.

Et j'ai eu aussi une grande difficulté dans le centre de soins où je travaille parce que ça n'a pas du tout, du tout, du tout été bien accueilli. J'ai eu un avertissement pour faute parce que je touchais les patients alors que j'avais mentionné cette formation, j'avais même demandé si éventuellement je pouvais avoir une petite aide à la formation donc ils étaient au courant que je faisais cette formation.

Suite à l'intervention du président du centre lors d'une réunion générale, elle a eu l'autorisation de pratiquer sur ses patientes et patients. Marie-Hélène constate qu'avant tout, c'est elle qui a beaucoup changé. Elle est moins timorée, « c'est-à-dire que j'avais des idées, mais je n'allais pas au bout. [...] Et maintenant, je peux déployer une amplitude (de ses idées) et la mener jusqu'au bout. Et rien qu'en faisant ça, tu concernes davantage les gens quand tu communique avec eux. » Elle nous partage qu'il y a plus de *maïeutique*, de dialectique, et d'échanges dans ses liens et que ça pousse les gens à aller plus loin. Elle considère que la communication est meilleure avec ses collègues : « c'est que maintenant, [...], même si d'un (certain) point de vue, (nous avons) un discours (différent), une approche différente, on a en commun la personne, sa subjectivité ». Elle sent la communication plus fluide, mais pour l'instant dans un sens seulement. Elle va vers eux avec les informations qu'elle

obtient en séance de thérapie manuelle pour supporter le travail des psychanalystes au profit des patientes et patients. Pour l'instant, la communication n'est pas encore établie dans les deux sens. Marie-Hélène parle aussi de sa manière d'être en général qui a changé et qui a évidemment un impact dans ses rapports professionnels :

Dans mon comportement, oui, je suis beaucoup plus patiente. Je peux réagir vite, mais voilà, ça se résout vite. Et puis, j'en ai beaucoup sur le coude, je suis plus patiente, moins réactive. Je prends une situation plus largement. Donc, oui oui, ça a changé beaucoup de choses dans ma façon d'être avec les uns, les autres, moi-même.

Nathalie mentionne aussi des changements dans ses modes relationnels. En effet, elle constate qu'elle accepte les conflits et que les ambiances relationnelles ne reposent pas sur elle uniquement. Nathalie réalisait plus un métier de médiateur que de médecin par moment, elle ne supportait pas les conflits. « Je peux mettre de la distance en me disant bien voilà on est moins proches, donc on est un peu plus distantes. Ce n'est pas catastrophique. » Elle a apprivoisé la distance relationnelle dans ses liens et n'en porte plus la totale responsabilité. « Et je peux attendre que ça change. Et si ça ne marche pas, ça ne marche pas, ce n'est pas grave. Ça c'est un grand changement. » Elle parle aussi d'un changement dans ses liens avec l'administration et les infirmières, des liens où il y a plus de complémentarité et d'échanges. « Avant, il y avait peut-être plus de rivalité, (maintenant, il y a) plus de tolérance et de complémentarité, chacun a sa place et c'est confortable ça. » À la fois, Nathalie constate qu'il y a plus d'échanges entre les personnes et à la fois, elle prend moins la place de médiateur et elle est plus confortable avec les relations parfois à distance. Au-delà d'une capacité de distance relationnelle, elle peut même se positionner à l'encontre de l'opinion de ses collègues en matière de suivi de protocole afin d'être à l'écoute du besoin de ses patientes et patients.

Je rencontre des conflits dans l'équipe, du fait que je ne suis pas forcément les protocoles, mais je pars du ressenti du patient et donc, par exemple, on peut citer la méthadone qui se donne théoriquement

en une fois et certains patients sont mieux avec deux prises par 24 heures. Donc pour moi, c'est plus important que le patient soit bien, même si c'est en deux prises, mais l'équipe n'admettait pas que ce soit hors protocole.

Isabelle, pour sa part, constate que la formation a eu beaucoup d'impacts dans ses relations interpersonnelles, même si son milieu de travail en cabinet privé n'implique pas beaucoup d'interactions avec d'autres professionnelles et professionnels de la santé. « Ça m'a transformée en sérénité par rapport à la relation à l'autre. Qu'il était possible d'avoir une sérénité, d'avoir un contact avec l'autre qui pouvait être dans le non-jugement, dans le respect de ce qu'est l'autre, dans l'accueil de ce qu'est l'autre. » Isabelle a été profondément touchée par les retours positifs des étudiantes et étudiants et des professeurs lors de son exposé oral nécessaire à l'obtention de son diplôme aux pratiques du Sensible. Elle était surprise de rencontrer à travers le regard et les observations des autres une part d'elle qu'elle ne connaissait pas. Elle ajoute qu'elle a beaucoup été impressionnée par les retours des autres. « Bon, en découvrant que finalement, j'avais un côté en moi de joyeux et un peu clownesque dans ma façon de présenter les choses ». Isabelle réalise aussi dans quelles conditions elle doit être pour une meilleure relation à l'autre et constate qu'elle a plus de distance face aux événements. « Quand je suis très fatiguée, je deviens agressive et tout ça, mais j'arrive quand même, j'ai plus de moments où j'arrive à prendre du recul par rapport aux situations pour être en relation avec l'autre, d'une autre façon, plus calme, plus juste. »

Eva parle de sa relation actuelle avec une collègue médecin / homéopathe mais sans transformation, puisque sa formation a débuté avant qu'elle n'établisse des liens professionnels. Elles ont chacune leur cabinet, mais des jours où elles sont présentes toutes les deux, elles partagent leur expertise. Eva bénéficie de l'expérience de sa collègue lors de situations incertaines, touchant par exemple le diagnostic. Elle nous partage la richesse des échanges qu'elle tient avec sa collègue, étant donné l'ouverture de son regard. « (Elle) a une vision qui n'est pas uniquement en

allopathie, mais qui est aussi ouverte sur l'homéopathie, donc c'est une médecine différente et une façon d'envisager le malade et la maladie complètement différente. » Elles ont toutes les deux la capacité d'avoir un regard critique sur l'allopathie, « mais parce qu'on sait qu'il y a d'autres façons, il y a d'autres regards sur la maladie, sur le patient et on échange beaucoup ».

Quant à Philippe, il ne fait aucune allusion à des changements dans ses relations professionnelles, ni directement, ni indirectement.

2.3.2.1 En amont, une transformation du rapport à soi

Les quelques paragraphes qui suivent tentent de faire un résumé des transformations de la qualité de présence des participantes et du participant dans leur relation avec d'autres professionnelles et professionnels. Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie et Isabelle, déclarent toutes les quatre avoir transformé leur manière d'entrer en relation et de vivre le lien aux autres professionnelles et professionnels. Il est aussi intéressant de constater que pour chacune d'entre elles, une autre transformation semble s'être opérée en amont, dans leur propre relation à elles-mêmes. Suzanne a fait des pas quant à son état dépressif. Elle fait le choix de regarder la vie du bon côté et elle écoute son corps. Marie-Hélène est moins timorée, se sent légitime d'exister, suite à une expérience en mouvement et déploie sa communication avec toute l'amplitude de ses idées. Nathalie a apprivoisé la proximité relationnelle en thérapie manuelle et la distance relationnelle à autrui. Finalement, Isabelle a vécu un exposé oral qui l'a littéralement transformée et réconciliée dans son rapport à autrui. Cette transformation prend une bonne place dans son partage, malgré le fait qu'elle pratique en cabinet privé avec moins de rapports professionnels.

La figure 15 illustre nos propos en mettant en valeur la transformation que les participantes ont vécue dans leur rapport à elles-mêmes et ensuite, dans le changement qui s'est opéré dans leur rapport aux autres professionnelles et professionnels.

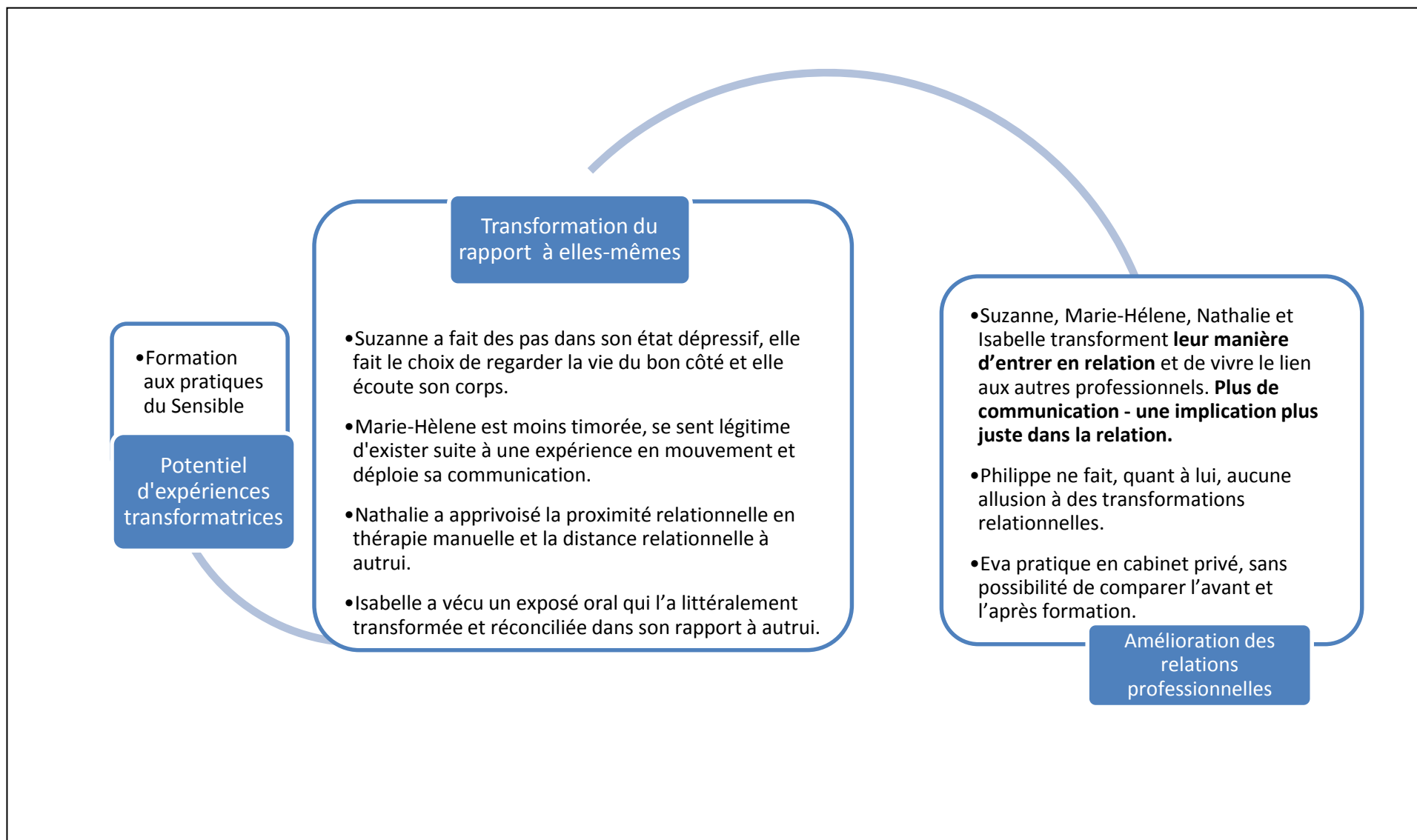


Figure 15 – Transformations des relations professionnelles

Marie-Hélène, Isabelle et Nathalie font mention toutes les trois qu'elles ont plus de recul par rapport aux situations et qu'elles peuvent voir plus largement les dynamiques ou les problématiques. Eva aborde aussi la notion de recul et de neutralité dans sa manière d'entrer en communication avec ses patientes et patients. Quatre participantes font appel à des notions de recul et de conscience élargie sur les situations en général. Philippe et Suzanne ne font aucune mention de phénomènes similaires.

Pour sa part, Philippe ne fait aucune allusion à des transformations relationnelles. Son milieu de travail en cabinet privé l'expose moins à des relations professionnelles. Eva pratique aussi en cabinet privé, sans possibilité de comparer l'avant et l'après formation. Il est toutefois intéressant d'observer que sa collaboration avec sa collègue est nourrissante pour elle. Elle partage dans son témoignage que les relations s'établissent moins dans les statuts mais plus dans un rapport d'humain à humain, en dehors d'une relation marchande avec le boulanger, par exemple. Eva met en perspective la primauté de l'humain sur le statut, peut-être que cette transformation se fait aussi sentir dans ses liens professionnels.

Dans la prochaine section, nous abordons toujours la présence des participantes et du participant dans leur rapport à autrui, mais plus spécifiquement leur présence à leur patiente ou patient.

2.3.3 La relation aux patientes et patients transformée

La relation aux patientes et patients se construit par la qualité de présence que la ou le médecin peut offrir à sa patiente ou son patient pour établir le lien. Les prochains paragraphes résument les transformations que les participantes et le participant ont rencontrées dans la relation aux patientes et patients : dans le toucher, dans l'écoute, dans la communication et la présence aux patientes et patients.

Quatre participantes ont rencontré puis franchi un obstacle lié au toucher. En effet, Marie-Hélène, Suzanne, Nathalie et Isabelle ont toutes dépassé une difficulté dans le contact corporel. Certaines avaient de la difficulté à être touchées et d'autres devaient apprivoiser le fait de toucher les autres étudiantes et étudiants de la formation aux pratiques du Sensible. De son côté, Eva constatait son aisance dans le toucher. Toutefois, en cours de formation, elle a réalisé qu'elle n'investissait pas suffisamment sa part active dans la thérapie manuelle. Par exemple, elle avait une bonne écoute du corps, mais était timide à amener le corps dans des orientations moins faciles pour lui ou d'imposer un niveau de pression plus intense. Après un an d'arrêt, Eva a aussi rencontré un court moment délicat, suite à l'introduction d'une notion nouvelle dans la pratique manuelle, avec la sollicitation du psychotonus. Quant à Philippe, le toucher aux pratiques du Sensible a représenté une voie d'entrée plus efficace vers le corps, lui donnant accès à une familiarité plus profonde des artères qu'il n'avait pas rencontré durant ses quarante années d'écoute des artères.

Les participantes et le participant témoignent de l'enrichissement de leur écoute dans leur relation avec leurs patientes et patients. Le corps est concerné dans cet enrichissement de l'écoute. Parfois il facilite l'écoute dans sa posture d'ouverture (un visage plus ouvert); parfois il est un outil d'écoute du corps de l'autre avec le toucher. Finalement, le corps peut devenir un interlocuteur à écouter par l'intermédiaire de la thérapie manuelle ou simplement par l'attention à l'écoute plus subtile de la personne en dehors du contact tactile et au-delà de ce qui est verbalisé. Marie-Hélène, Nathalie, Philippe et Eva font mention d'une double écoute : à la fois une écoute de ce que la patiente ou le patient partage et à la fois au même moment une écoute de leur propre corps, de leur état intérieur pendant qu'ils écoutent aussi avec l'ouïe. Leur corps devient un organe d'écoute et de communication qui donne aussi parfois les nouvelles orientations de la parole à dire aux patientes et patients. Eva semble avoir une affinité particulière avec l'écoute. En effet, l'écoute du silence dans la pièce lorsqu'elle traite l'orienté sur les prises à faire en thérapie manuelle.

Parfois le soin est orienté par l'information qui vient sous ses mains, dans son corps ou ses oreilles.

Pour Suzanne et Eva, la formation a été l'occasion de développer des capacités nouvelles de dialogue avec leurs patientes et patients. Selon ses propos, Eva apprend la « physiologie du langage » avec son propre corps. En effet, elle est plus sensible à des indications physiologiques qu'elle ressent et qui l'informent sur le moment juste où elle peut s'exprimer. Par exemple, elle sent les moments où elle doit parler à partir d'impulsions qu'elle sent dans son corps. Suzanne arrive à trouver les paroles qui rassurent ses patientes et patients. Les pratiques du Sensible ont ouvert Marie-Hélène, Nathalie, Philippe et Eva à une communication qui implique le corps directement. Le niveau d'implication varie selon les participantes et le participant. Parfois le corps devient un outil de communication et même un interlocuteur où la sensation corporelle est traduite en mots dans l'entretien avec la patiente ou le patient. Suite à cet enrichissement de leur mode de communication, Marie-Hélène, Nathalie et Philippe témoignent qu'ils ont changé leur manière de soigner leurs patientes et patients.

Les participantes et le participant de notre recherche nous partagent qu'ils ont l'impression d'être plus présents et disponibles à eux comme à leurs patientes et patients. Le contact manuel supporte une proximité plus grande avec eux. Ils mentionnent aussi l'ajout d'une dimension supplémentaire que certains nomment comme une approche de la personne en elle-même : moins centrée sur la maladie et validant l'expérience de la personne. Isabelle et Nathalie témoignent de moments de subtilité dans l'entretien avec les patientes et patients. Il semble que la qualité de présence, de silence et d'accueil produit des effets sur les patientes et patients. Par exemple, Nathalie considère que le moment de l'entretien permet à la patiente et au patient de s'informer sur eux-mêmes; elle est attentionnée à sa présence et à la qualité de sa propre respiration. Quatre participantes (Suzanne, Nathalie, Isabelle et Eva) nous informent sur leur plus grande capacité à être dans la juste distance

thérapeutique. Elles ont plus de repères perceptifs. Trois participantes et un participant (Nathalie, Isabelle, Philippe et Eva) témoignent de leur manière d'inclure la singularité de la patiente et du patient dans le soin; il n'y a pas de voie unique. Marie-Hélène, Philippe et Eva sont aussi conscients de l'importance de leur propre singularité de médecin dans le soin prodigué. Par exemple, Eva constate que sa propre manière d'habiter sa singularité comme sujet invite ses patientes et patients à faire de même. Eva bénéficie de cette manière d'interagir avec ses patientes et patients : « J'ai commencé à voir, à sentir le bien que ça me faisait d'avoir ce niveau de subjectivité corporelle dans le temps de ma pratique ». Les prochaines sous-sections nous permettent d'accéder à un niveau de détails plus important.

2.3.3.1 Transformation du rapport au toucher

L'action thérapeutique du médecin inclut des moments de contacts physiques pour procéder à l'examen médical auprès de ses patientes et patients. Le toucher fait partie de la relation aux patientes et patients. La qualité de présence du médecin peut être mise à profit dans le toucher nécessaire dans l'acte médical. Dans notre recherche, quatre participantes (Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie et Isabelle) témoignent de leurs difficultés avec le toucher durant la formation aux pratiques du Sensible ou même antérieures à celle-ci. Philippe et Eva n'avaient pas de difficulté, mais partagent qu'ils ont approfondi leur toucher. Pour l'ensemble du groupe, la formation aux pratiques du Sensible, incluant des pratiques en thérapie manuelle, a été un lieu d'entraînement et de traversée face à cet obstacle. Suzanne nous partage qu'elle n'aurait jamais osé toucher une patiente ou un patient et que simplement toucher la main d'une patiente ou d'un patient procure du bien-être à ce dernier : « Bien oui, des fois rien que de toucher la main de quelqu'un qui ne va pas bien, ça lui fait du bien. Alors, je ne me serais jamais autorisée à le faire il y a 10 ans ».

Marie-Hélène s'est retrouvée en formation avec un grand groupe de personnes. Elle devait régulièrement recevoir et donner des séances en thérapie

manuelle afin de pratiquer et d'intégrer l'information. Elle a rencontré l'enjeu majeur du toucher durant sa formation :

J'étais incapable de me faire toucher, c'était une souffrance d'être traitée et de me faire toucher. C'était quelque chose que je vivais très mal. Donc ça a été le 1^{er} barrage pour moi. Traiter, parce que pendant les stages, on n'arrête pas de se traiter, [...]. Mais c'était lié à ma vie à mon histoire évidemment, à mon histoire personnelle et même au-delà, mon histoire familiale.

Marie-Hélène mentionne que le toucher n'était pas sa facilité, mais qu'au fur et à mesure de la formation aux pratiques du Sensible, elle l'a apprivoisé : « Bon, ce n'était pas mon truc toucher les gens, j'étais un petit peu pudique, un petit peu phobique du toucher, et puis bon me toucher moi c'était une catastrophe. Donc, ce n'était pas mon truc initialement, mais ça l'est devenu ».

Nathalie mentionne pour sa part qu'elle accepte plus la proximité aux autres et que la pression dans le toucher n'est plus un problème pour elle. « Oui, oui, j'acceptais plus les différences de pression, la proximité des autres personnes aussi. » Le témoignage de Nathalie met déjà en perspective l'interrelation entre le toucher et la qualité de relation à l'autre, sans pour autant en discuter explicitement. Nathalie était perturbée par la réaction des autres envers son toucher. Elle avait peur de ne pas sentir ce qu'il faut faire et de ne pas être dans le bon niveau de toucher. Elle avait peur de toucher et elle avait peur aussi de ne pas sentir. Finalement, l'angoisse de la justesse du toucher créait chez elle un discours interne l'empêchant de sentir car elle était trop dans ses pensées. La verbalisation en cours de séance l'a beaucoup aidée à traverser cette épreuve :

Je t'ai parlé beaucoup de mes difficultés à ressentir, la peur de ne pas sentir quand je traitais et la peur de toucher. Dès que je mettais les mains, mon Dieu, est-ce que je vais sentir, ne pas sentir? J'avais toujours les mains froides. Et donc un stage qui a été déterminant, c'est quand on a travaillé avec le verbal, c'est-à-dire qu'on traitait et

en même temps on verbalisait. Ça, ça m'a beaucoup aidée. Après, je n'ai plus eu de souci quoi.

Nathalie nous partageait aussi le fait qu'elle arrive davantage à entrer dans la logique corporelle. Cette transformation du rapport à son corps, au corps et à la maladie a complètement révolutionné sa manière de faire et de vivre la consultation médicale. Plutôt qu'une recherche de signes de maladie, l'examen physique devient un lieu de dialogue avec le corps et son histoire. Nathalie nous confie qu'elle apprécie aujourd'hui faire les examens physiques, chose qu'elle détestait faire autrefois.

De la même manière que Nathalie, Isabelle éprouve aussi un inconfort avec le toucher. Un inconfort basé sur un manque de confiance en elle et une peur de faire du mal à l'autre. « Ça s'atténue, ça s'atténue, mais j'ai encore toujours des doutes moi. » Isabelle a démarré sa pratique assez rapidement, sa formation précédente en ostéopathie avait ouvert le chemin car elle avait beaucoup de mal à poser les mains sur quelqu'un auparavant. Isabelle est passée par un processus de réhabilitation du toucher « dans mon parcours d'enfant, je n'ai pas été trop touchée, quand on était touché, c'était plutôt les fessées ou les trucs comme ça ». Suite à un exposé oral en quatrième année aux pratiques du Sensible, Isabelle nous partage qu'elle est plus libre d'oser dans sa vie. Il semblerait que son manque de confiance perd de son emprise sur elle : « Avancer dans la vie, oser avancer dans la vie. Toucher les autres et par ce biais là, toucher une profondeur de vie, une profondeur de vie qui va jusqu'à la présence de Dieu. Oui. »

De son côté, Philippe n'a pas de difficulté avec le toucher, mais il constate que le toucher propre à cette méthode lui fait découvrir une autre voie d'entrée dans le corps de ses patientes et patients qui serait plus efficace. « C'est qu'au fond, [...] poser les mains sur les artères de quelqu'un, devenait une autre porte d'entrée, une porte d'entrée supplémentaire, plus subtile, plus efficace. » Il ajoute ensuite qu'il connaît bien les artères car il les touche depuis plus de 40 ans, il est familier mais l'expérience aux pratiques du Sensible l'ouvre à autre chose.

Ça me permettait d'entrer plus encore dans la familiarité des artères, dans une familiarité plus intime, [...]. Et à travers cette intimité là, à quelque chose qui dépassait l'artère effectivement et qui me permettait de rejoindre on va dire la totalité du corps de la personne et de l'être.

Contrairement à la plupart des participantes, Eva a eu de la facilité dans l'appropriation du toucher. Le seul moment où le toucher est devenu un enjeu pour elle, c'est lors de son retour, suite à un arrêt d'un an pour préparer le passage de son examen de médecine. En effet, à son retour, le toucher avait évolué et l'accent sur le travail du tonus l'a déstabilisée; elle avait l'impression que les formateurs parlaient chinois. « Et un langage qu'au niveau perception, je ne connaissais pas en fait. Et là, il m'a fallu un certain temps, pour accrocher vraiment, pour percevoir cette chose-là. » Elle nous confie tout de même que cette adaptation était due à une difficulté de sentir ce toucher. « Je pense que la résistance, la difficulté c'est ce dont je t'ai parlé au début quand il y a eu le psychotonus, c'est que je sentais, je n'avais pas accès à ça sous ma main et c'est plus un moment de panique et d'incompréhension, mais qui s'est régulé. »

Sans grande difficulté dans le toucher, Eva réalise tout de même, dans sa soutenance d'examen des pratiques du Sensible sur le concept de neutralité active, qu'elle n'investit pas suffisamment sa part active dans son toucher : « ça m'avait fait prendre conscience que dans mon toucher, j'étais un peu trop neutre, mais pas assez active en même temps. Et donc, il fallait que j'investisse plus en termes d'activité et moins de passivité dans le geste manuel. » Elle réalise qu'elle a une grande capacité d'être neutre et à la fois conscientise la nécessité d'être plus active dans son toucher : « plus de poussée dans le tissu, ne pas hésiter à aller dans des directions dans lesquelles elle ne va pas aller forcément, des choses comme ça ».

Le toucher fait partie intégrante de la profession médicale. Nathalie gagne en confort dans son rapport à la maladie, au corps et à la personne. Aujourd'hui, elle

apprécie la période de consultation médicale tandis qu'auparavant elle la détestait. Le toucher semble avoir un potentiel positif sur la santé des patientes et patients. Pour quatre d'entre elles (Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie et Isabelle), la formation aux pratiques du Sensible semble avoir changé le rapport difficile qu'elles avaient avec le toucher. Pour Philippe et Eva, le rapport au toucher s'est enrichi d'une plus grande profondeur, comme l'illustre la figure 16.

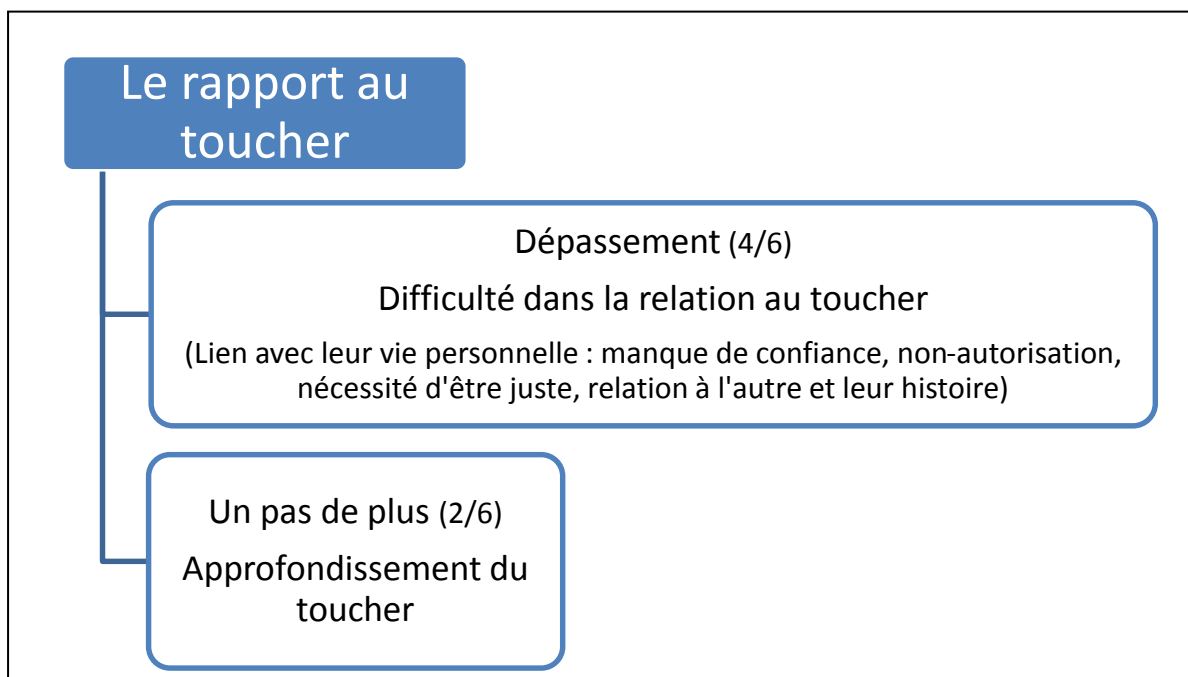


Figure 16 – Transformation du rapport au toucher

La rencontre du corps à travers la thérapie manuelle est la base sur laquelle s'appuie un changement du rapport au corps. Ce changement semble être en lien avec la nature du toucher relationnel et la qualité du lien établi avec le corps qui change de statut et où le corps devient une matière vivante et plus sensible. La nature du toucher relationnel semble interpeller le corps et l'éveiller à une dimension disponible mais non encore révélée. Les résultats nous permettent de constater qu'une transformation s'opère et qu'elle a des influences sur l'écoute, la communication et la présence aux patientes et patients. Nous aborderons ces autres thèmes dans les sections suivantes.

2.3.3.2 *L'écoute enrichie par le toucher*

Dans cette section, nous allons considérer les changements dans le rapport aux patientes et patients suite à la formation aux pratiques du Sensible, et ce, plus particulièrement dans l'écoute qu'offre la ou le médecin aux patientes et patients. Les cinq participantes et le participant notent des changements dans leur qualité d'écoute envers leurs patientes et patients. Les changements liés à l'écoute des patientes et patients suite à la formation aux pratiques du Sensible sont très en lien avec le corps. Selon eux, le corps peut faciliter l'écoute, devenir un outil de communication ou bien un interlocuteur à qui on s'adresse directement.

Suzanne réalise qu'elle avait l'impression d'être à l'écoute de ses patientes et patients, mais ce n'était pas le cas. Ses patientes et patients ne ressentaient pas son écoute et ne s'ouvraient pas. Son écoute n'était pas perçue par ses patientes et patients. Elle dit que maintenant elle est plus bienveillante. Dans son cas, son corps illustre son écoute : « Elle est plus visible. [...], je ne me vois pas, mais j'ai l'impression que je suis plus ouverte physiquement, je pense que mon visage est plus avenant qu'avant, je suis plus souriante qu'avant, je suis plus bavarde aussi. »

Nathalie nous partage : « Je vais moins dans le faire, je vais être plus dans une écoute, dans une attente, dans laisser un espace à l'autre. Donc tout ça, ça fait de l'empathie. » Nathalie laisse ses patientes et patients venir vers elle, elle sait les attendre et les écouter. Elle mentionne qu'elle n'écoute pas uniquement ce que la personne dit, mais qu'elle écoute plus globalement. Elle nous parle d'une écoute à partir du corps : « Je vais écouter plus avec le corps ». Une écoute qui semble aller au-delà des mots autant pour Nathalie, Isabelle et Eva. Cette dernière approfondit la notion d'écoute au-delà des mots qu'elle explore dans le département des soins palliatifs où il y a parfois des phases de déni chez les patientes et patients. Elle mentionne que l'écoute des mots nous limite beaucoup, car souvent les questions des patientes et patients n'entrent pas dans une logique d'un point de vue strictement médical. Eva explique sa manière d'accueillir l'autre dans son écoute :

Découvrir que d'être présente à ce qui se passait au sein de moi et de ne pas écouter la question et la laisser rentrer et me laisser imbiber par cette question et d'être capable après d'une réponse, de dire : oui, j'entends ça, mais je n'entends pas qu'avec mes oreilles, j'entends aussi ce que vous me dites et votre angoisse de mourir et le désir de vivre. Et ça permet de répondre différemment en fait, sans forcément répondre à la question parce que de toute façon, on ne demande pas forcément de réponse à notre question, on demande peut-être plus qu'on les écoute.

Eva ajoute que la formation l'« a ouverte à une profondeur d'écoute que je n'avais pas avant et en même temps en me reliant à mon intériorité ». Une qualité d'écoute de l'autre tout en étant reliée à son intériorité, avec une écoute d'elle-même; une écoute qui englobe ce qui se passe à l'extérieur, comme à l'intérieur. Une réciprocité s'installait entre ce que lui disait la patiente ou le patient et ce qui se passait en elle : « je n'écoutais pas que les mots, j'écoutais vraiment aussi l'animation intérieure comment ça la modifiait ». Les mots n'entrent pas seulement par les oreilles, ils entrent à travers tout le corps. Le corps devient comme une oreille percevant ce qui est dit et perçu au-delà de ce qui est exprimé verbalement.

Eva semble avoir une affinité particulière avec l'écoute. En effet, elle réalise en thérapie manuelle que parfois elle ne sent pas avec ses mains, mais que l'écoute du silence lui donne des informations sur la séance à venir. Elle découvre que « le silence peut être plus ou moins épais [...], que le silence s'écoute aussi et que c'était en lien avec des tonalités corporelles, du crâne ». Eva fait le lien entre l'écoute du corps de l'autre à travers le silence et les demandes spécifiques du corps. Elle nous parle du silence propre au travail crânien : « le même silence que quand il neige dehors, un gros tapis de neige et tout est un peu assourdi, les sons sont un petit peu amortis ». Eva constate ainsi que le silence pouvait avoir différentes qualités et textures.

Eva perçoit que l'écoute du silence l'informe sur la séance en thérapie manuelle en cours. Elle est aussi consciente que la qualité de son écoute peut faire la différence dans un entretien avec une patiente ou un patient en difficulté ou en fin de vie. Elle réalise aussi, à un autre niveau que la qualité de son écoute engagée peut être un support pour la patiente ou le patient qui cherche à être actrice ou acteur de sa santé. « Et moi, je pense que c'est aussi parce que j'avais cette qualité d'écoute et d'être sujet moi-même dans mon écoute, que ça générerait chez eux la capacité aussi, bien ok, moi aussi j'y vais et je m'affirme dans ma singularité dans ce dont j'ai besoin. » Une qualité d'écoute qui permet d'aller chercher l'autre dans sa capacité d'être sujet de sa vie comme de sa santé, nous explique Eva. Elle nous parle des patientes et patients en fin de vie comme étant des personnes très impliquées dans la relation et actives. « Des patients que je trouvais extrêmement actifs au niveau de la relation elle-même, donc c'est-à-dire, sur le plan de me dire quel traitement ils veulent, ils ne veulent pas. » Elle parle de ses patientes et patients en fin de vie, comme de réels enseignants sur le plan relationnel : « ils étaient très vigilants et très actifs pour me guider sur la qualité relationnelle ».

En ce qui concerne Marie-Hélène et Philippe, nous constatons le lieu d'intersection entre le toucher et l'écoute. Dans ce lieu d'intersection, la trame de fonds du corps y joue tout son rôle. Le toucher permet un type particulier d'écoute où le corps est mis en avant-plan et est digne d'intérêt pour une main experte à l'affût des moindres signaux.

D'emblée, une des premières transformations dont nous parle Marie-Hélène est son écoute. Elle constate qu'elle écoute différemment ses patientes et patients. Marie-Hélène prend conscience dans ses pratiques en thérapie manuelle « qu'on retrouve dans la matière ce qu'est la personne, ce qu'elle est ». Le corps de ses patientes et patients transmet des informations cohérentes avec ce qu'elle pouvait percevoir en écoutant les patientes et patients de manière audible. Elle a « accès à ce qu'ils sont, qui est beaucoup plus global, vrai ». Marie-Hélène parle à la fois de

l'écoute du corps de l'autre par le toucher, tout en utilisant son propre corps comme caisse de résonance pour percevoir dans l'autre. Une forme d'écoute de corps à corps, où le corps de la patiente ou du patient transmet et celui du médecin écoute. Le corps devient un interlocuteur.

Philippe évoque que la formation lui a permis de développer une écoute manuelle. Cette écoute lui apporte des informations supplémentaires qu'il intègre dans sa pratique. Il a un outil d'écoute supplémentaire avec les mains : « ça me permet d'entendre des choses, de percevoir, d'entendre dans un sens large bien sûr ». Comme Philippe, Eva constate que la formation lui a transmis des outils afin de développer une plus grande capacité à écouter, et ce, malgré le fait qu'elle soit une personne très à l'écoute dans sa nature.

En résumé, chez les participantes et le participant, le corps semble au cœur de la transformation de l'écoute et le toucher, une voie additionnelle pour acquérir plus d'informations. La formation aux pratiques du Sensible a été pour Suzanne un terrain d'apprentissage pour déployer une attitude d'écoute plus ouverte qui se traduisait dans ses gestes et sa posture. Dans le cas de Marie-Hélène, Philippe et Eva, la formation a été l'occasion d'ajouter un autre outil d'écoute par la thérapie manuelle, une troisième oreille. Nathalie, Isabelle et Eva parlent aussi du corps comme un outil d'écoute, une écoute de l'autre à partir de leur propre corps. Le corps peut permettre un nouvel outil d'écoute, mais pour Marie-Hélène, Nathalie et Eva, le corps devient un interlocuteur de choix. Le corps de la patiente ou du patient devient un interlocuteur à écouter. Pour trois de nos participantes (Nathalie, Isabelle et Eva), le corps du médecin devient aussi un interlocuteur à écouter pour mieux saisir la résonance des mots qu'utilise la patiente ou le patient. Il y a un double raffinement de l'écoute, une écoute de la patiente ou du patient mais aussi une écoute des effets de ce qui est perçu de la patiente ou du patient chez la ou le médecin. Nathalie, Isabelle et Eva évoquent cette écoute au-delà des mots qui informe autrement sur la patiente ou le patient. Eva nous partage que l'écoute peut être soignante dans certaines

circonstances. L'écoute étant un primat de la communication, la prochaine section aborde la communication dans la relation aux patientes et patients.

2.3.3.3 Une meilleure communication avec les patientes et patients

La communication est la capacité d'entrer en relation avec quelqu'un, faculté qui inclut à la fois la capacité d'écoute et d'expression. Suzanne et Eva ont grandement approfondi leur capacité de communication lors de leur formation. Suzanne nous confie qu'« Avant, j'écoutais, mais je ne disais rien donc forcément, ce n'est pas tout le monde qui a envie de parler à un mur ». Non, seulement Suzanne arrive maintenant à parler, mais sa parole semble devenir soignante, elle déclare faire du bien à ses patientes et patients. « Je pense que j'arrive à trouver des mots qu'auparavant je ne trouvais pas. Des mots ou des gestes par ailleurs ». Elle ajoute : « J'ai réussi à la rassurer par la parole. »

Eva nous partage qu'elle a appris à s'exprimer au cours de sa formation aux pratiques du Sensible. Elle sent qu'elle a retrouvé, selon elle, la physiologie du langage à partir de l'écoute de son corps. Eva avait de la facilité à écouter, mais la parole, l'expression était plus difficiles pour elle : « Ça m'a donné des outils pour à la fois développer mon écoute, mais développer ma parole aussi. [...], parce qu'avant j'avais une facilité à écouter pas forcément à parler et là, avec les (outils des pratiques du Sensible) ». Eva a retrouvé une capacité de percevoir les tonalités et les impulsions de parler dans son corps; elle se sent reconnectée à une espèce d'indication physiologique du corps qui se donne en termes de mouvement. « Tu as tout le côté temporel du langage, des temps d'impulsion pour parler. Et puis, tu as le côté d'orientation, en fait, où je sens qu'on peut partir dans une orientation ou au contraire qu'il a quelque chose qu'il ne faut surtout pas aborder. » Eva laisse la parole de l'autre entrer dans ses oreilles, mais surtout dans son corps et « puis de mieux percevoir quand est-ce qu'il faut parler, qu'est-ce qu'il faut dire, sur quel ton ».

Marie-Hélène, Nathalie et Philippe se retrouvent dans une zone d'intersection entre la communication et le toucher. En effet, les trois disent travailler avec le toucher et en même temps exprimer verbalement des choses à leurs patientes et patients. Dans d'autres circonstances, certains communiquent directement avec le corps par le toucher, comme si le toucher devenait un lieu d'écoute du corps de l'autre, afin d'écouter le message des tissus et où le toucher du médecin peut aussi émettre de l'information aux patientes et patients.

Marie-Hélène écoute et communique à partir du corps et constate qu'elle change ainsi sa façon de soigner : « Donc, ça peut changer beaucoup de choses dans ma façon de les soigner, cette nouvelle façon de communiquer. Rien qu'à cause de, grâce aux fascias ». Le corps permet un niveau de communication qui fait le lien entre la personne, son corps et sa pathologie. « Voilà, parce que les fascias sont dans les interstices des appareils et des pathologies, ils font le lien, ils font la personne, ils font ce qui a besoin d'être accompagné quand on soigne des pathologies et des maladies. » Marie-Hélène utilise les fascias pour expliquer à ses patientes et patients ce qui se passe dans leur propre corps et ainsi leur permettre de mieux comprendre son travail à partir du corps. Elle constate que son intervention aide les patientes et patients « à se réconcilier un peu avec leur corps, avec eux-mêmes ».

Pour sa part, Nathalie utilise la parole pour rassurer ses patientes et patients et les rendre plus actrices ou acteurs de leur vie et de leur santé. « D'avoir une posture d'accompagnement et de rendre le patient acteur. Et du coup, je trouve que le verbal a toute sa place. On explique au patient ce que l'on fait. » Nathalie utilise la parole en traitement autant pour elle que pour sa patiente ou son patient : « Je le sens plus rassuré quand je parle, ça me rassure, mais je vois que ça le rassure aussi le patient ».

Philippe aussi utilise la parole au cours de ses séances en thérapies manuelles. Il y voit une efficacité accrue comparativement aux entretiens sans contact manuel. La main devient un outil supplémentaire de communication dans la relation

thérapeutique : « Et j'ai observé qu'effectivement, la justesse et l'efficacité thérapeutiques sont largement accrues par rapport à un dialogue qui se ferait en face à face par exemple, même quand la relation est efficace, je dirais. Là, il y a une dimension supplémentaire. » Le passage par la main fournit à Philippe des portes d'entrée nouvelles dans sa pratique : « à la fois parce que ça me permet d'entendre des choses [...]. Et en même temps, ça me permet de faire passer des choses forcément, c'est un lieu de communication. » La formation aux pratiques du Sensible lui a permis de découvrir « une possibilité de dialogue avec le patient, je dirais en péri-immédiateté ». Un dialogue qu'il déploie durant la thérapie manuelle « c'est à chaud, au moment où les choses se passent, dans l'immédiateté ». Il établit un dialogue pendant qu'il traite sur la base de ce qu'il ressent, ce qui lui vient durant la séance : « il y a des choses qui nous viennent, des pensées qui nous viennent et à moins que je sente qu'il n'est pas judicieux de le partager, en dehors de ça, [...], j'exprime à haute voix. »

En résumé, Suzanne et Eva ont amélioré leurs capacités de communication et elles constatent l'effet soignant de la communication. Nathalie aussi constate les bienfaits d'une bonne qualité de communication avec ses patientes et patients. Elle utilise la parole pour rassurer ses patientes et patients, mais aussi pour les inviter à être actrices ou acteurs de leur vie comme de leur santé. Marie-Hélène et Philippe communiquent et écoutent avec leur corps entier. Marie-Hélène constate que l'implication du corps change le soin qu'elle prodigue. De son point de vue, Philippe constate même que cette communication durant la thérapie manuelle qui implique le corps est plus efficace qu'un entretien strictement verbal. Nathalie utilise aussi la communication verbale lors de ses soins en thérapie manuelle et elle constate les effets. Selon nos participantes et notre participant, la communication a des effets soignants, l'implication du corps change le soin et finalement, le corps exprime le lien entre la personne et la maladie. La prochaine section présente les transformations en lien avec la présence aux patientes et patients.

2.3.3.4 *La présence aux patientes et patients*

Chacun et chacune à leur manière, les participantes et le participant parlent de leur plus grande présence et disponibilité à l'autre. Paradoxalement, Suzanne note qu'elle a moins de temps mais qu'elle est plus disponible. Elle n'en parle pas directement dans son lien avec ses patientes et patients mais aborde le sujet dans la relation auprès de ses enfants « Avant, j'avais beaucoup de temps libre, mais je n'étais pas là, j'étais trop mal pour être attentive à leurs désirs, à leurs besoins, etc. » Marie-Hélène, Isabelle, Philippe et Eva constatent qu'ils ont une plus grande proximité à leurs patientes et patients par le toucher. Une présence élargie par le contact manuel qui permet à Marie-Hélène d'être plus efficace : « ça me donne une capacité de les comprendre, de les rejoindre et de les aider qui est décuplée. »

Philippe aussi, à la manière de Marie-Hélène, rencontre une autre dimension de la personne et de la relation. En effet, Philippe rencontre dans le toucher une dimension supplémentaire à la relation. Ce toucher lui donne accès à la personne entière. Quant à elle, Isabelle est consciente que ce n'est pas juste la proximité manuelle mais aussi une manière d'entrer en relation avec l'autre dans une approche de la personne elle-même.

Nathalie est plus présente à elle-même dans son lien à sa patiente ou son patient, par exemple : « Je vais être plus attentive à des fois, ne serait-ce (que de) ne pas bloquer ma respiration, faire des respirations et je vois du coup que le patient peut changer ». Nathalie est consciente que parfois, avec très peu de dialogue, il se passe des choses dans la consultation. Elle a la chance de pouvoir bénéficier de trente minutes par patiente ou patient. Nathalie considère que ce temps précieux est un moment important pour la patiente ou le patient. « Vraiment moi, je considère que le temps de consultation, c'est son temps à lui. C'est le temps qu'il se donne lui déjà pour se trouver ». Nathalie, comme Isabelle, rencontre dans les séances avec ses patientes et patients des moments de subtilité. « Il y a souvent quelque chose dans le

subtil qui est passé, à la fois dans le corps, dans le subtil, une relation autre, plus profonde que la relation de patient à patient commune. »

Pour sa part, Philippe est conscient de l'importance de se maintenir en bonne santé afin d'être plus disponible pour s'occuper des autres. La fasciathérapie élève son niveau de santé et le rend plus disponible aux autres. Eva développe davantage sur sa manière d'être présente à elle et à ses patientes et patients. « savoir entrer en relation avec soi-même, en étant neutre, plus présent à soi. Ça c'est sûr que ça m'a permis d'être plus présente pour le patient et ça me permet de me poser dans moi et de rester, d'avoir une présence à la fois à moi et au patient ».

L'ensemble du témoignage d'Eva est teinté de l'importance qu'elle accorde à la relation thérapeutique. En effet, il semblerait que sa personnalité et aussi la formation aux pratiques du Sensible lui donnent une longueur d'avance en matière de relation aux patientes et patients. Sa collègue de travail lui témoigne : « tu as gagné 20 ans au niveau relationnel. C'est-à-dire qu'elle trouve qu'au niveau de l'entretien avec les patients, j'en suis à un stade où ce sont des médecins avec 20 ans d'expérience... ». Eva considère la profession médicale d'abord comme une profession basée sur la relation où la co-création est :

Ce phénomène de créer une relation et à partir de cette relation construire un sens qui va être commun à tous les deux. Qui va être une hypothèse, un diagnostic, à envisager un traitement, donc quelque chose qui est créé à l'issue de cette relation, par cette relation. Et qui va effectivement, bien sûr dans le sens d'une meilleure santé. Je pense qu'il y a le côté théorique de ce qu'est être médecin, la tâche d'un médecin, c'est de soigner un patient, faire un diagnostic, débiter un traitement, adresser à un spécialiste s'il y a besoin, etc. Mais ça, c'est théorique, on va dire, des charges théoriques, c'est une pratique la médecine et donc, c'est une pratique pour moi relationnel et de co-création d'un sens, d'une explication, d'un traitement.

Dans sa manière de pratiquer la médecine, la relation est très valorisée. Il s'agit d'une relation avec la patiente ou le patient sous le signe du dialogue. Un dialogue utile pour faire les choix thérapeutiques en lien avec la patiente ou le patient, ses valeurs et ses besoins.

Et c'est vrai que je leur demande toujours parce que du coup, il y a des patients qui ne veulent surtout pas de médicaments, d'anti-inflammatoires, ils ont vraiment envie de plus qu'on regarde au niveau homéopathie s'il n'y aurait pas un remède qu'il pourrait convenir, etc. ou qu'ils préfèrent qu'on regarde plus en phytothérapie. Et il y a en a d'autres qui sont plus dans une démarche, ils veulent retourner travailler, ils veulent quelque (chose) d'efficace tout de suite et donc ils vont vouloir des antalgiques et puis anti-inflammatoires, un traitement un peu fort sur quelques jours pour être vite débarrassés, donc moi, oui, je leur demande et enfin, je suis plutôt ouverte sur ce qu'eux, ce dont ils ont envie, ce qui leur semble bien. Et puis après, c'est évident que s'il y a des contrindications, si je vois que les anti-inflammatoires il ne faut surtout pas, on essaie de trouver un autre traitement, un terrain d'accord, en fait, un terrain d'entente entre trouver le remède qui va leur convenir et avec lequel moi aussi je serai en accord pour prescrire parce que j'engage ma responsabilité de toute façon quand je prescris.

Eva utilise aussi le dialogue pour permettre à la personne de faire des prises de conscience sur son état de santé et voir comment elle peut contribuer à améliorer son sort avec des comportements qui prennent plus soin d'elle-même, par exemple : « une personne qui vient pour une bronchite et je sens à l'odeur qu'elle fume, là on va beaucoup discuter si elle est capable de diminuer les cigarettes quand elle est malade et puis on va partir là-dessus ». Dans son quotidien, Eva prend le temps de discuter avec ses patientes et patients et parfois même elle négocie avec la patiente ou le patient pour s'assurer qu'il prendra la bonne décision en matière de santé. Elle ne se limite pas à donner des diagnostics, elle accompagne la patiente ou le patient dans la réception et la gestion de l'information en relation avec sa santé :

Je pense que ma responsabilité c'est de dire, en tant que médecin, en tant que fasciathérapeute, je fais un bilan, j'ai vu qu'il y avait ça dans votre corps dont vous n'êtes peut-être pas conscient. Et de transmettre cette information et aussi d'accompagner la réception, c'est-à-dire de voir si lui, il l'entend, qu'est-ce qu'il en fait, etc. Et après, c'est sa décision de commencer à se dire, ok, même mon corps ne suit plus, je vais peut-être essayer de déléguer, etc. Donc je pense qu'il y a à la fois la responsabilité qui n'est pas que de dire voilà, en tant que médecin, je vous prescris ça, il faut interagir.

Eva prend ainsi vraiment le temps de discuter avec ses patientes et patients et surtout de leur expliquer. Elle nous confie qu'elle n'a jamais eu de conflit et qu'elle a toujours trouvé les voies de passage, par exemple, avec des tests rapides qui permettent de situer le niveau d'urgence pour parfois aider à négocier et à d'autres moments être ferme selon le diagnostic. Elle prend le temps d'expliquer à ses patientes et patients et offre différentes voies : homéopathie, phytothérapie et puis l'allopathie. Elle fait toutefois la différence avec les situations d'urgence où la négociation n'a pas sa place et où sa posture doit être ferme : « on ne peut pas négocier. C'est-à-dire, ce sont des urgences qui nécessitent d'être hospitalisé. On dit non là, c'est grave, il faut vraiment l'avis de, faire un bilan aux urgences aujourd'hui. Donc des fois sur les urgences, se positionner fermement.»

La capacité de présence à soi semble un préliminaire important afin d'être dans la juste distance thérapeutique. La juste distance thérapeutique se caractérise par l'espace relationnel adéquat entre la ou le médecin et la patiente ou le patient où chacun a sa propre responsabilité. La ou le médecin est empathique avec ses patientes et patients, tout en prenant sa responsabilité par rapport à leur santé, sans être trop impliqué affectivement. Suzanne, Nathalie, Isabelle et Eva ont mentionné qu'elles ont plus de repères et de facilité à être dans la juste distance thérapeutique. Suzanne nous dit :

J'ai évolué, quand il y a des personnes, des patients qui me touchent, heureusement je ne pleure pas à chaque fois, ça serait un peu embêtant. J'arrive maintenant à ne pas laisser mes émotions me

submerger. Donc, que la détresse de quelqu'un m'a toujours touchée, mais autant avant, voilà je la prenais en plein dedans et ça continuait à s'accumuler dans mon carcan. Maintenant, je prends, mais j'arrive à ne pas faire de la détresse de l'autre la mienne.

Le toucher des pratiques du Sensible a obligé Nathalie à établir des frontières avec ses patientes et patients. « Et j'étais longtemps perturbée, qu'est-ce que je sens, c'est moi, c'est l'autre, les pensées que j'ai, c'est les miennes, c'est l'autre, je ne sais pas. Je ne sais pas ça ». Elle témoigne qu'elle ne se pose plus ces questions et que ce toucher l'a obligé à faire « la différence entre soi, l'autre ». Cette pratique lui permet de « traiter l'autre, mais en même temps être en soi ».

Isabelle fait aussi mention d'une plus grande qualité de présence tout en étant dans une distance plus juste avec les patientes et patients. « Je me vois plus présente à moi, plus présente aux autres, dans une distance, qui devient plus juste ». Isabelle nomme directement qu'avant elle était plus dans un lien fusionnel avec les gens; elle sent qu'à la fois, elle est plus à l'écoute et en même temps, elle a plus de recul par rapport aux gens. Elle ne prend plus la responsabilité des autres :

J'étais responsable et comme si, la souffrance de l'autre m'atteignait, me faisait souffrir, comme si je vivais la souffrance de l'autre. C'est un mécanisme que j'ai mis en place toute petite. Et donc, ce travail là, il y a aussi le travail que j'ai (fait) personnellement qui entre en jeu aussi là-dedans, je ne sais pas trop, mais il y a une part qui vient de la fascia aussi.

Eva mentionne jusqu'à quel point la formation en fasciathérapie lui a donné des repères concrets à partir de son corps, là où la médecine n'offrait rien de tangible :

Je n'ai eu aucun apprentissage de comment dire, pas d'outils concrets, on nous dit il faut écouter le patient, il faut gérer la distance, il faut être proche, mais pas trop proche et pas trop loin, mais, c'est des injonctions, des conseils, mais sur le plan de la pratique médicale, il n'y a pas d'outils.

Eva a beaucoup bénéficié des repères internes, des repères perceptifs de son corps qui sont concrets, par exemple sentir ses contours corporels. La formation l'a aidée à rencontrer plus spécifiquement tout le travail qu'elle trouve immatériel dans l'attitude thérapeutique, par exemple, rendre plus concret l'attitude d'écoute dans son propre corps et sous la main en thérapie manuelle. Elle réalise aussi à travers ses expériences que lorsque l'écoute change « ça change tes perceptions sous la main ». Eva apprend à partir de son corps, mais aussi à partir de sa cognition comme elle le mentionne : « il s'agit de modifier son mode attentionnel ». Elle fait mention de sa capacité de changer sa posture intérieure, son attitude et d'enrichir sa façon d'écouter qui s'est transférée de la thérapie manuelle à la consultation en médecine.

Marie-Hélène et Philippe ne font pas mention de changement dans leur rapport à l'attitude thérapeutique avec leurs patientes et patients. Ils nomment tous les deux l'ajout d'informations par la pratique manuelle, mais sans changement dans la relation thérapeutique. Marie-Hélène et Philippe ont tous les deux une formation approfondie en lien avec la relation thérapeutique. En effet, Marie-Hélène, après son cursus en médecine, a fait un cursus de psychologie; elle réalisait en début de carrière qu'il lui manquait des compétences.

Je me suis rendu compte que j'avais été à moitié formée. J'avais été formée à reconnaître des maladies et à appliquer des traitements pour ces maladies, mais je n'avais absolument pas été formée à la médecine générale qui comporte relativement peu de maladies et beaucoup de relations.

De son côté, Philippe s'est formé à l'homéopathie dès le début de sa carrière. Cette formation l'a ouvert à une tout autre perspective sur la santé et la relation thérapeutique. Il a aussi été influencé par les pratiques de Carl Rogers en éclosion à l'époque de sa formation.

La formation aux pratiques du Sensible semble avoir eu des effets sur la qualité de présence offerte à l'autre pour les participantes et le participant de notre recherche. Cette qualité relationnelle semble aussi avoir inspiré une relation plus personnalisée. À la fois, la présence permet une juste distance à l'autre, tout en étant dans un rapport de proximité à la singularité de l'autre comme de la leur. Dans le discours de Nathalie, nous retrouvons à plusieurs endroits sa préoccupation de la singularité de sa patiente ou son patient : dans la manière dont elle fait son examen médical avec la logique corporelle, dans sa conception de la maladie qui parle de l'histoire de sa patiente ou son patient et aussi dans les traitements qu'elle propose en prenant en considération le ressenti de la patiente ou du patient. « Pour moi, chaque maladie a son histoire et je trouve que c'est intéressant de faire un travail personnalisé. » Nathalie considère que la patiente ou le patient possède sa solution : nous sommes dans une responsabilité partagée et nous devons nous appuyer sur la potentialité des patientes et patients. « La posture qui a été importante, de voir les potentialités qu'il y a dans la personne, c'est drôlement important. De partir de là où est le patient, c'est important. »

Comme Nathalie, Isabelle parle de la singularité de la personne lorsqu'elle touche le corps de la patiente ou du patient et constate l'empreinte de son histoire encore inscrite dans des crispations et des immobilités. Isabelle attache beaucoup d'importance à l'écoute des tissus. « Moi, j'ai besoin de l'écoute, des tissus et je vois plus le traitement comme un dialogue de tissus à tissus ». Isabelle nous parle du plan humain abordé dans sa formation où « chaque personne est, compte », a de la valeur et où le « ressenti de chaque personne était important ». Isabelle est touchée par l'importance accordée à la personne, à ce qu'elle est au fond d'elle-même, dans le respect de ce qu'elle est et de sa beauté. Isabelle octroie cette même valeur de la singularité à ses patientes et patients, il n'y a pas de voie unique :

Il n'y a pas une voie à suivre pour tout le monde, c'est vraiment très varié et le fait d'avoir des outils différents, ça permettait pour moi de m'adapter à chaque patient, proposer la thérapie manuelle, plutôt le gestuel, travailler aussi en verbal, c'est plus ça que je fais et cette ouverture-là a toujours été importante.

Eva aborde la singularité dans un tout autre axe : elle parle de sa propre singularité en tant que personne. Elle est consciente de la nécessité de sa présence et l'habite aussi dans une intention de permettre à sa patiente ou son patient de devenir plus présent au sein de la consultation :

À la fois, d'être, de ne pas me nier ou ne pas m'effacer au centre de la relation, mais d'être très présente et aussi d'être aussi singulière, on va dire. Et quand je pense quelque chose, je vais lui dire si j'estime que c'est porteur, qu'elle a peut-être besoin d'entendre quelque chose, etc.

Eva s'engage dans la relation thérapeutique avec sa part subjective et nous partage qu'elle constate les bienfaits de sa subjectivité corporelle pour elle-même dans la consultation. Une pratique d'entretien où elle est au contact avec le goût d'elle-même et sa part « identitaire et très incarnée, très concrète, perceptive ». Les lectures lui ont aussi permis de développer cette vision d'interaction : « être sujet et d'entrer dans ma subjectivité et du coup d'aller favoriser celle du patient ».

Pour sa part, Marie-Hélène est consciente que l'approche lui a permis d'établir un autre contact vers elle-même. Cette relation lui permet d'acquérir des connaissances qu'elle peut maintenant transmettre aux patientes et patients en explicitant davantage à partir de son propre processus. Marie-Hélène contacte aussi la singularité de ses patientes et patients à travers la pratique manuelle; elle sent l'efficacité de l'approche. Elle nous partage que les pratiques du Sensible sont très efficaces auprès de la population victime de torture et qu'elle voit des sujets naître devant ses yeux : « Et puis, ça restitue le “ je ”, la parole qui leur a été ravie aussi par les effets de la torture. Ce sont des personnes qui peuvent, par le biais de ce qui se

passé dans leur corps, et qu'on partage après une séance, ils recommencent à parler en leur propre nom. »

La formation a confirmé Philippe dans son rapport à la subjectivité. Elle a créé un renforcement dans la relation intuitive avec le monde. Selon Philippe, cette part intuitive, irrationnelle est très mal acceptée en Occident. « L'idée d'introduire de l'irrationnel dans une pratique médicale, on peut se faire radier de l'Ordre des médecins quasiment si on prône ça devant n'importe qui. Cette part-là, elle a trouvé une justification supplémentaire à son existence, je dirais. » Cette formation lui a permis de construire plus d'assurance :

L'appréciation subjective à trouver de la nourriture pour s'étoffer, pour se sentir plus réel dans le regard des autres et aussi dans ma certitude en quelque sorte. [...], ça permet de s'appuyer, plus sereinement sur l'appréciation subjective que l'on a de la vie en général. [...], elle est mieux assurée, elle devient plus indiscutable. Et là, ça devient à nouveau une certitude ancrée en soi, plus encore qu'avant. Mais c'est le fait de l'expérimentation, j'ai expérimenté dans un domaine nouveau et différent ce que ma subjectivité était capable de m'apprendre.

En résumé, il semblerait que davantage de présence à soi est un ingrédient facilitateur pour à la fois créer une meilleure présence à l'autre tout en ayant une juste distance thérapeutique sans quitter la proximité aux patientes et patients. Cette qualité de présence permet à la fois un mouvement de distanciation et de proximité en prenant soin de la singularité des individus. Le schéma ci-dessous (figure 17) tente de faire le résumé de nos propos en ce qui concerne la relation entre la présence à soi et aux autres, la patiente ou le patient :

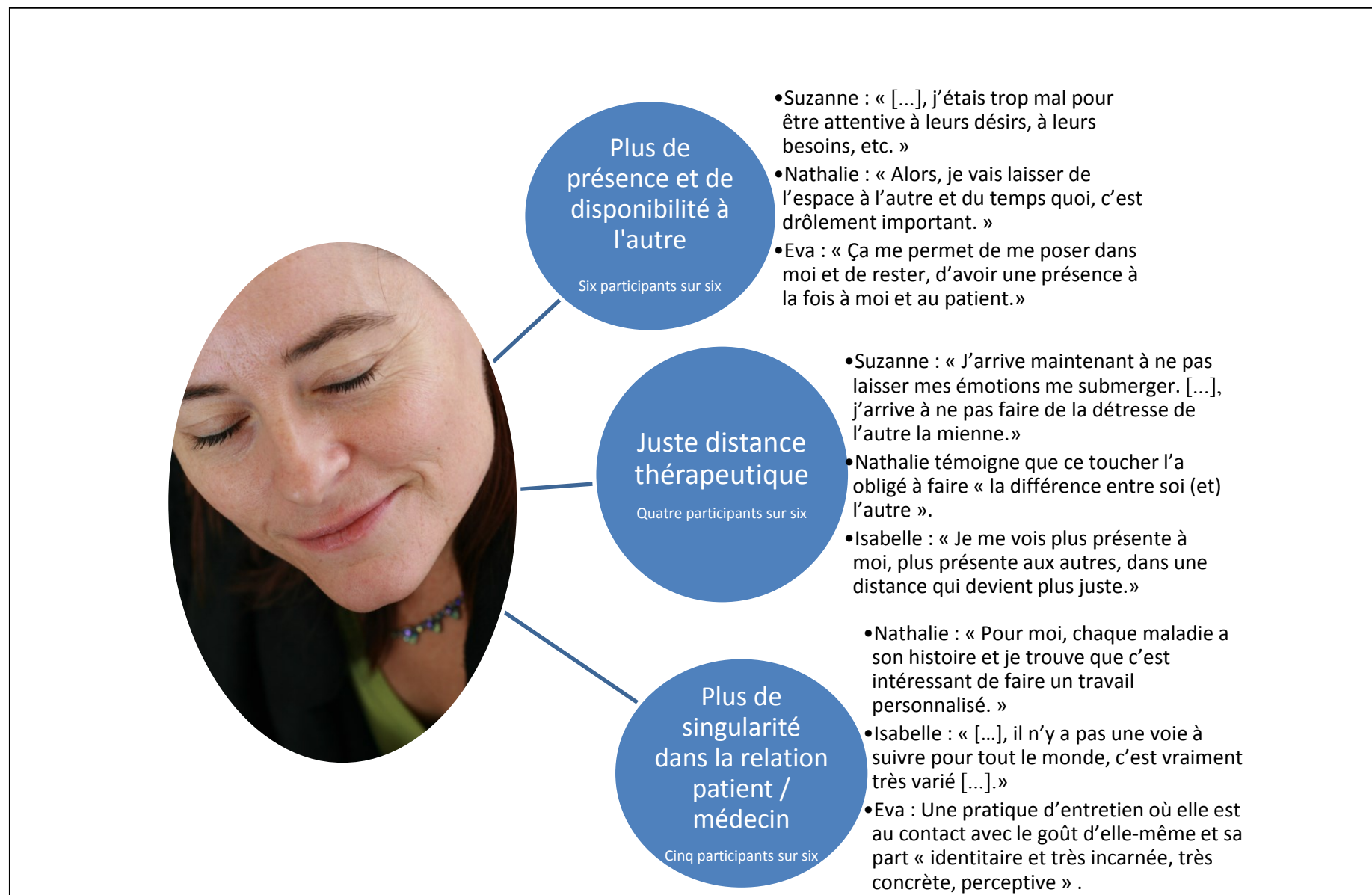


Figure 17 – La qualité de présence à soi et aux autres

2.3.3.5 Une dimension de réciprocité dans la relation

Lors de l'entretien d'explicitation, les participantes et le participant font mention d'une nature de relation nourrissante pour eux-mêmes et pour leur patiente ou patient. Chacun à leur manière, ils nous confient leur expérience de la réciprocité. Suzanne nous partage une expérience avec une patiente où elle constate les bienfaits réciproques : « c'est clair que ça a été réciproque parce qu'elle m'a fait autant de bien que je pense lui en avoir fait ». De son côté, Nathalie réalise que le partage et la sensation d'un accordage entre elle et sa patiente crée la réciprocité. « Ça peut être un accordage, je vais dire, un peu sur le plan de la tonicité ou ça peut être un accordage, là c'était le plan rêve éveillé ou imaginaire. C'était ça qui était nourrissant. »

Marie-Hélène évoque aussi une expérience où la réciprocité était au rendez-vous. Elle l'associe à la présence d'une troisième instance qu'elle attribue au grand de notre humanité.

C'est le plus grand que soi qui nous concerne tous et qui circule entre deux personnes qui avec une dialectique ou une réciprocité actuante qui nous nourrit mutuellement et qui font notre vivant dans notre humanité. C'est ça, moi je pense. Je ne suis pas, je n'ai pas une tendance spirituelle a priori, mais c'est l'expérience qui m'amène à ça.

À la manière de Marie-Hélène, Isabelle témoigne d'un moment d'accompagnement d'une femme enceinte où le bébé fait une galipette sous ses mains créant ainsi « un moment très fort de joie par rapport à la vie ». Un moment intense d'émerveillement au sein de la relation à quatre : la participante, la maman, le bébé et le mystère de la vie : « c'est un temps comme si on n'était plus quatre, on n'était plus séparés, mais on était à la fois quatre dans cette relation ».

Eva nous évoque une expérience en début de carrière qui l'a totalement transformée. En nous partageant l'expérience, elle réalise que cette consultation lui a permis d'éclorre à sa nouvelle profession tout en lui faisant prendre la mesure de

l'importance de la relation thérapeutique. Cette expérience fut très bénéfique pour elle et sa patiente. Eva est impressionnée par la portée de cette expérience dans le temps au sein de la relation thérapeutique.

Je trouve de l'avoir eu cette personne-là en crise, au début, c'est quelqu'un que je vois très régulièrement, en fait et il y a vraiment une grande confiance qui s'est installée et du coup, cette réciprocité-là, cet échange et la façon dont on a géré cette crise-là, en respectant son désir à elle, en construisant un cadre qui était sécurisant, à la fois pour elle et pour moi parce que j'avais besoin aussi d'être rassurée en tant que médecin, qu'elle n'allait pas se suicider en sortant du cabinet ou quelque chose comme ça.

Eva nous décrit plus spécifiquement cette manière d'entrer en relation avec l'autre dans une réciprocité : « Et je pouvais écouter aussi l'animation interne, la mienne, ma propre animation intérieure et donc petit à petit, il y a eu ce phénomène d'entrée en réciprocité avec ce qui se passait et ce que le patient me disait. »

Finalement, Philippe nous parle aussi de moments qu'il qualifie de « communion avec ses patients ». Il ne semble pas percevoir de différence depuis sa formation aux pratiques du Sensible. Il ne fait pas allusion à un moment spécifique et semble nous parler plus de situations générales dans son lien à ses patientes et patients. En fait, il a ouvert un dossier informatique qu'il appelle : « appris des patients », où il peut inscrire des livres intéressants à lire ou bien des recettes partagées par ses patientes et patients.

2.3.3.6 Transformation de la posture du médecin

La formation aux pratiques du Sensible a aussi transformé la posture de plusieurs de nos participantes en tant que médecin. En effet, quatre d'entre elles (Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie et Eva) parlent spécifiquement d'un changement de posture. Elles deviennent, pour leur patiente ou patient, un soutien, une personne qui les accompagne dans leur parcours vers la santé. La ou le médecin effectue des diagnostics du corps dans son accompagnement. Il supporte aussi le corps dans son

potentiel de guérison dans la thérapie manuelle tout en accompagnant la personne dans sa quête de sens autour de cet épisode de vie. Philippe était déjà dans une démarche d'accompagnement avant la formation, et Isabelle supportait l'autonomisation de ses patientes et patients sans pour autant aborder la question de l'accompagnement.

Parmi les témoignages, deux participantes font mention des retours des patientes et patients qui changent. Suzanne nous dit : « C'est le regard des patients par contre qui a beaucoup changé. Je n'ai pas du tout le même retour qu'il y a 10 ans. » Elle explique que certaines patientes lui disent clairement leur satisfaction et que des collègues lui rapportent aussi des commentaires : « Il y en a un (autre gynéco) qui régulièrement me dit, cette patiente-là elle t'a vue la semaine dernière et elle t'adore, elle te trouve vraiment super. » Suzanne constate aussi que les patientes sont plus détendues et ouvertes. Elles abordent plus de sujets qu'avant, mais surtout elles reviennent : « Elles reviennent, alors qu'avant, elles ne revenaient pas forcément, et voilà. » De son côté, Marie-Hélène sent que ses patientes et patients l'aiment plus : « c'est idiot à dire, mais en gros, ce que je peux dire, c'est qu'ils m'aiment plus ».

Dans un récit, et sous forme d'encadré, l'annexe 4 présente les transformations des pratiques médicales de chaque participante et participant. Dans le cas de Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle et Philippe, il est question des changements de pratique. Tandis que pour Eva, il s'agit de la construction de sa pratique médicale au contact des deux formations : lorsque sa formation aux pratiques du Sensible débute, elle est déjà au cœur de son processus de formation médicale.

La prochaine section analyse les différents résultats de la sphère professionnelle en essayant de mieux illustrer le processus de transformation que vivent les participantes et le participant de notre recherche. Nous analysons les répercussions de leurs transformations personnelles sur leur sphère professionnelle.

2.4 Analyse des résultats concernant la sphère professionnelle

Dans un premier temps, nous analysons le lien entre le fait de changer ou non de conception de la santé et le fait de transformer plus ou moins profondément sa pratique médicale. Dans un deuxième temps, nous analysons la relation entre les transformations vécues au plan personnel et celles survenues dans la vie professionnelle des participantes et du participant. Cette section se divise en six parties. Les quatre premières discutent de l'impact du corps dans les transformations rapportées par les participantes et le participant : 1) expose les apprentissages qu'ils font dans leur habileté relationnelle avec eux-mêmes (intrapersonnelle) et avec les autres (interpersonnelle); 2) présente les transformations dans la dimension relationnelle; 3) expose la transformation du rapport au corps et 4) présente le corps et ses multiples rôles. La cinquième partie met en évidence une nature particulière d'apprentissage qui s'accomplit en filigrane durant la formation aux pratiques du Sensible : un savoir-être. Selon notre analyse, ce savoir-être semble découler de l'accroissement de la présence à soi en lien avec la sphère personnelle. Finalement, la sixième partie présente l'interrelation entre la formation aux pratiques du Sensible et les effets sur la santé des participantes et du participant.

2.4.1 *Changement de conception et changement de pratique?*

Les participantes et le participant de la recherche n'ont pas tous changé leur conception de la santé. C'est le cas de Suzanne et Philippe. Par contre, leur pratique, elle, a changé. En effet, Philippe a un outil de plus pour lire la santé de ses patientes et patients et une manière de plus de communiquer avec eux par leur corps. De son côté, Suzanne utilise la parole et les gestes afin d'entrer en communication avec ses patientes et patients et prendre soin d'eux. Elle pratique aussi la thérapie manuelle dans ses consultations. Il semble que nous devons être prudente dans nos affirmations. Effectivement, le fait de conserver la même conception de la santé, n'empêche pas de changer de pratique.

À la suite de la formation, Nathalie, Isabelle et Philippe découvrent des éléments perceptifs de la santé à partir de leurs mains dans leurs contacts avec les patientes et patients, comme si le corps reprenait un statut d'interlocuteur à partir de la main du médecin qui écoute le corps de la patiente ou du patient. Il est intéressant de souligner que pour Isabelle et Philippe, dans des conditions similaires d'expérience et de prise de conscience, l'un dit changer sa conception de la santé alors que l'autre, non. En effet, les deux évoquent que la formation les a outillés au plan perceptif pour lire la santé des patientes et patients. Isabelle considère que sa définition de la santé s'est élargie et va au-delà du visible, tandis que Philippe non. Même si ce dernier change sa manière de pratiquer la médecine, il ne modifie pas sa conception de la santé. Il est possible que, soit sa prise de conscience ne se soit pas faite sur le changement de représentation, soit que la formation aux pratiques du Sensible lui a donné des outils pour couvrir plus largement sa manière de voir l'humain et la santé. Nathalie est un autre bon exemple. Elle n'a pas changé sa définition de la santé et finalement en cours d'entretien pour notre recherche, elle conscientise et intègre le changement de conception de la santé.

D'autres ont changé leur définition de la santé, et ce renouveau a des effets sur leur posture de professionnelles de la santé. Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle et Eva cherchent, à leur façon, à interpeller la patiente ou le patient dans sa démarche de santé. Marie-Hélène et Eva voient la nécessité d'établir un lien entre la patiente ou le patient et sa vie intérieure pour permettre un dialogue entre soi et soi, que la patiente ou le patient puisse donner du sens à son expérience. Isabelle supporte ses patientes et patients vers plus d'autonomie avec la gymnastique sensorielle qu'ils peuvent pratiquer à la maison. Eva et Nathalie, comme Marie-Hélène, veulent amener leurs patientes et patients à devenir sujet de leur vie, avec plus de cohérence tout en étant en lien avec leur vie intérieure.

La formation aux pratiques du Sensible peut avoir des influences sur l'exercice de la médecine en transformant la conceptualisation de la santé de futurs médecins. Cette formation semble aussi avoir eu des influences sur la capacité de présence des participantes et du participant dans leurs relations professionnelles autant avec les autres professionnelles et professionnels qu'avec les patientes et patients. Les sections suivantes expliquent ces constats d'ordre relationnels.

2.4.2 Des transformations personnelles ayant des retombées au plan professionnel

La formation aux pratiques du Sensible a transformé les participantes et le participant sur les plans personnel et professionnel. Les six prochaines sections abordent le rayonnement de la transformation personnelle sur la vie professionnelle des personnes du groupe de notre recherche. Dans la première section, nous discutons des transformations dans les dimensions intrapersonnelle et interpersonnelle. Dans la deuxième section, nous voyons les effets de ces changements dans les modes relationnels et communicationnels. Dans les troisième et quatrième sections, nous discutons des transformations du rapport au corps et de ses multiples rôles. Dans la cinquième section, nous mettons en lumière une nature de savoir-être au service de l'agir professionnel et terminons, avec la sixième section, par les effets soignants d'une telle formation et l'impact qu'ont ces effets sur l'aspect professionnel.

2.4.2.1 Le corps : l'assise de transformations dans les relations intrapersonnelle et interpersonnelle

Il semble que la formation expérientielle centrée sur des expériences corporelles par les participantes et le participant des pratiques du Sensible a été l'assise de transformations dans la relation qu'ils entretiennent avec eux-mêmes affectant ainsi la dimension intrapersonnelle. Ils se disent plus en proximité avec leur corps et mieux informés de leur état intérieur et émotionnel. Cette capacité perceptive d'eux-mêmes les informe davantage et leur permet d'engager un dialogue intérieur conduisant vers une meilleure gestion de leur vie, comme de leur état intérieur et émotionnel. En effet, une nature de réflexion plus profonde semble émerger suite aux

expériences corporelles vécues. Ils sont ainsi dans une dynamique intrapersonnelle plus active et vivante. De plus, ce processus de proximité au corps devient une assise qui permet de mieux gérer les états de mal-être éventuels occasionnés par des émotions de peur, de panique et par le manque de confiance. Ces traversées d'intempéries intérieures engagent un processus de transformation identitaire qui redonne ainsi plus de liberté d'être aux participantes et au participant.

Suite à la formation aux pratiques du Sensible, les médecins participants à notre recherche ont changé personnellement dans leur rapport à leur corps et à eux-mêmes et ont aussi changé leur rapport aux autres incluant les rapports professionnels, dont celui avec les patientes et patients. Il semble qu'une meilleure gestion de la relation intrapersonnelle a eu des effets sur leur capacité d'établir des relations interpersonnelles plus saines. La figure 18 présente le rapport entre les transformations dans la dimension intrapersonnelle et interpersonnelle.

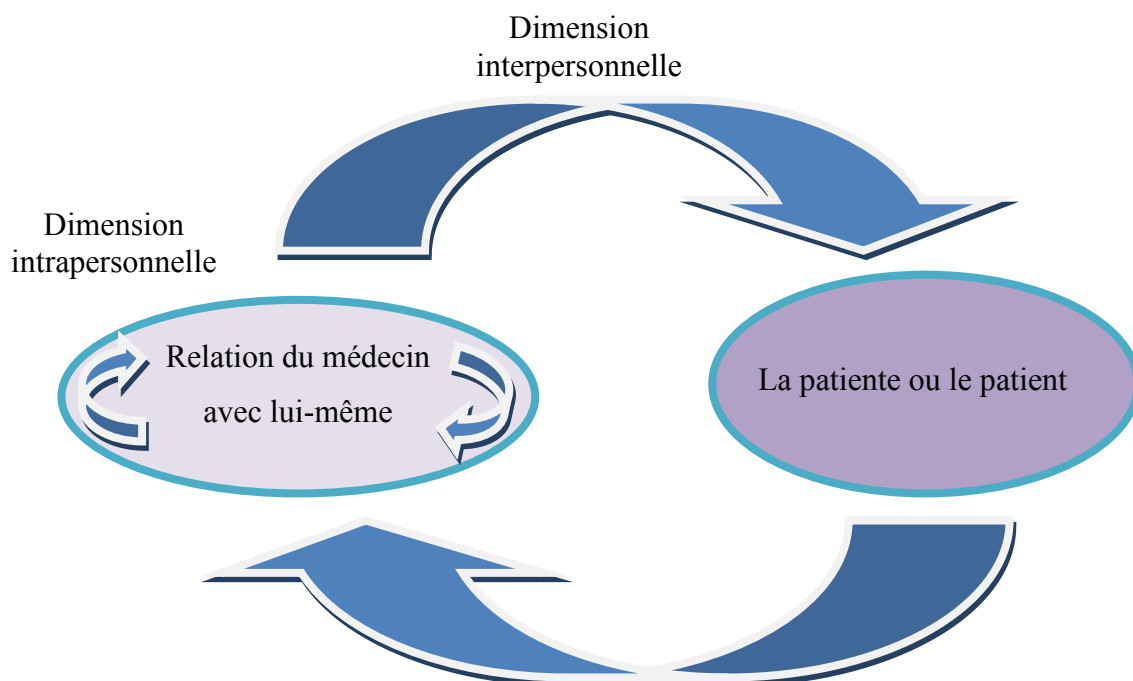


Figure 18 – Rapport entre les transformations dans la dimension intrapersonnelle et interpersonnelle

Les participantes et le participant semblent non seulement avoir transformé leur rapport aux autres, mais en plus, cette transformation semble toujours être en lien avec une dimension corporelle. Le corps et sa capacité perceptive semblent jouer un rôle important dans le renouvellement de leur mode relationnel. En effet, ils semblent être plus informés à la fois sur eux-mêmes et sur les autres pouvant ainsi établir des relations sur une base plus saine (moins teintées de leur conditionnement et plus selon leur renouvellement identitaire).

2.4.2.2 L'implication du corps transforme la dimension relationnelle

La formation aux pratiques du Sensible a transformé positivement la relation qu'entretiennent les médecins avec leurs patientes et patients, et ce, dans deux aspects relationnels : la communication – qui comprend la dimension du toucher et de l'écoute – et la présence aux autres. Cette transformation semble avoir modifié favorablement leur pratique de la médecine, par un approfondissement relationnel en impliquant différentes dimensions de la relation humaine. L'ensemble de ces transformations semblent en lien avec le corps. Le corps y joue un rôle central; il devient un organe entier de perception. Le corps est une interface entre la ou le médecin et sa patiente ou son patient, de laquelle peut émerger un lien plus riche et mieux ressenti. Il semble que la capacité de proximité du médecin avec son propre corps a des effets sur sa qualité de présence à lui-même, mais aussi sur sa capacité de perception de l'autre.

Plutôt que de voir la communication d'une manière simplifiée, dans une logique binaire de cause à effet avec un émetteur, un récepteur et un message, Myers et Myers (1990) tentent de représenter la communication humaine dans toute sa complexité, sous l'angle de la transaction. Le schéma de la figure 19 est inspiré grandement de leur vision.

Ce schéma tente de représenter l'interaction entre la ou le médecin et sa patiente ou son patient. Ces derniers sont à la fois émetteurs et récepteurs de

messages constants, parfois verbaux et parfois non verbaux, en lien avec le présent et même le passé de la personne. Le corps de la personne est animé et produit des échos chez l'autre. Les deux sont en réverbération l'un avec l'autre ainsi qu'avec le message transmis. Myers et Myers (1990) incluent dans leur représentation le rôle de la perception dans la communication.

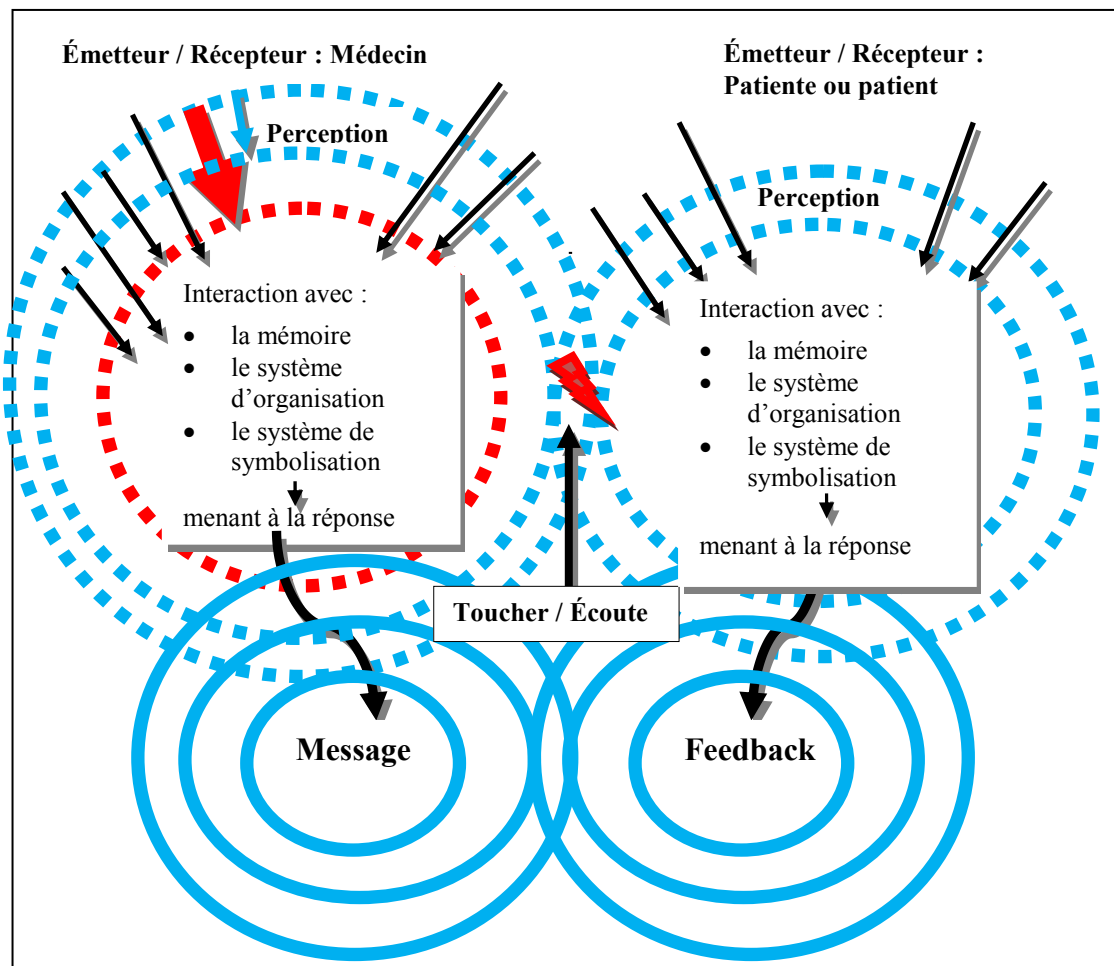


Figure 19 – La transformation de la communication entre le médecin et la patiente ou le patient, suite à l'accroissement perceptif

Inspiré de : Myers, G.F. et Myers, M. T. (1990). *Les bases de la communication humaine, une approche théorique et pratique*. Montréal : McGraw-Hill, Éditeurs.

Le schéma de la figure 19 expose la transformation relationnelle entre le médecin et les autres, suite à l'accroissement perceptif. Il tente de démontrer l'impact

de cet accroissement perceptif illustré par la flèche prédominante (dans le dessin de gauche, qui représente le médecin), suite aux pratiques du Sensible. La transformation relationnelle et communicationnelle (incluant le toucher et l'écoute) aux patientes et aux patients émerge sur une trame de fond particulière dans notre recherche, c'est-à-dire le rapport au corps. Tout comme des plaques tectoniques qui bougent les fondations de la personne, le rapport au corps semble le support sur lequel s'appuient les différents changements.

La capacité d'écoute de son propre corps et la qualité d'éveil du corps du médecin semblent être des pas vers l'écoute du corps de la patiente ou du patient, par plus d'attention et de sensibilité à l'autre. Les pratiques du Sensible, et particulièrement la thérapie manuelle, le rendent plus disponible à une écoute plus vaste. Lorsque la ou le médecin dépose la main sur le corps d'une patiente ou d'un patient, il développe une autre qualité d'écoute du corps. Ainsi, le toucher semble aussi être un lieu d'intersection (point de contact entre le médecin et la patiente ou le patient) ayant des effets sur l'écoute, comme le représentent l'intersection dans la figure 19. De plus, le toucher interpelle directement le corps : non seulement la ou le médecin touche-t-il le corps de sa patiente ou son patient, mais il est lui-même touché par le corps de sa patiente ou de son patient.

2.4.2.3 La transformation du rapport au corps

À la section des transformations dans la sphère personnelle, nous avons constaté que les participantes et le participant ont transformé leur rapport à leur corps, par plus de proximité, d'attention et d'écoute de celui-ci³². Pour certains, leur corps est devenu un interlocuteur avec des informations précieuses pour leur propre vie. Par l'écoute de leur corps, les participantes et le participant sont devenus plus présents à

³² Nous rappelons que Philippe dit ne pas avoir changé son rapport à son corps, mais qu'il témoigne qu'il se sent rejoint dans la profondeur de son être et qu'il perçoit plus d'informations dans son toucher.

eux-mêmes et se sont montrés plus disposés à être présents à l'autre, en l'occurrence les patientes et patients.

Toute nature d'écoute incluant celle du toucher fait partie de la communication. La qualité du toucher et de l'écoute enrichit la qualité de la communication, et ce, avec les capacités perceptives accrues du corps suite à une éducation perceptive et attentionnelle. Toute la dimension relationnelle est influencée par la qualité de la communication incluant l'écoute et le toucher.

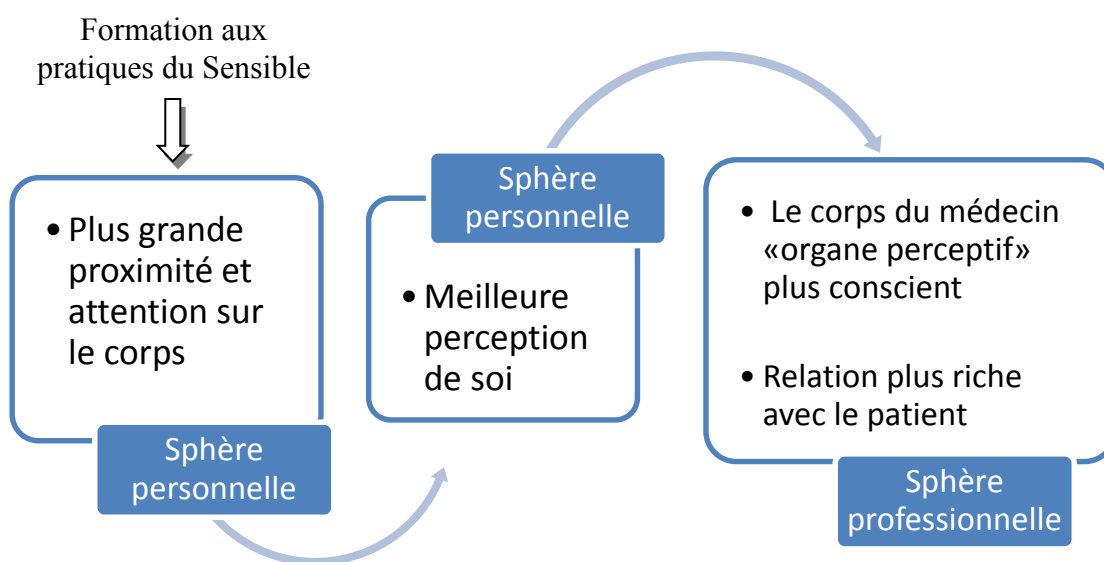


Figure 20 – Déploiement perceptif personnel et professionnel

En effet, le corps tapisse ces transformations : des perceptions nouvelles par l'écoute de l'audible et de l'inaudible (la qualité du silence ou l'ambiance de la rencontre) à partir du corps du médecin; une écoute du corps de la patiente ou du patient par le toucher. En thérapie manuelle, le toucher se fait de corps à corps et amène une autre nature de communication. Par un meilleur ancrage corporel et une attention sur son corps, la ou le médecin a une meilleure qualité de présence vers la patiente ou le patient. Le corps devient un véritable outil de perception.

2.4.2.4 Le corps aux multiples rôles

Les capacités perceptives accrues enrichissent la communication et la relation. Selon les participantes et le participant, le corps s'ouvre à de nouveaux rôles. Ils peuvent mentionner plusieurs rôles dans la relation et plus spécifiquement dans la communication. Le nombre de personnes ayant mentionné le même rôle est indiqué pour chacun. La figure 21 présente les différents rôles que peut accomplir le corps, selon les participantes et le participant.

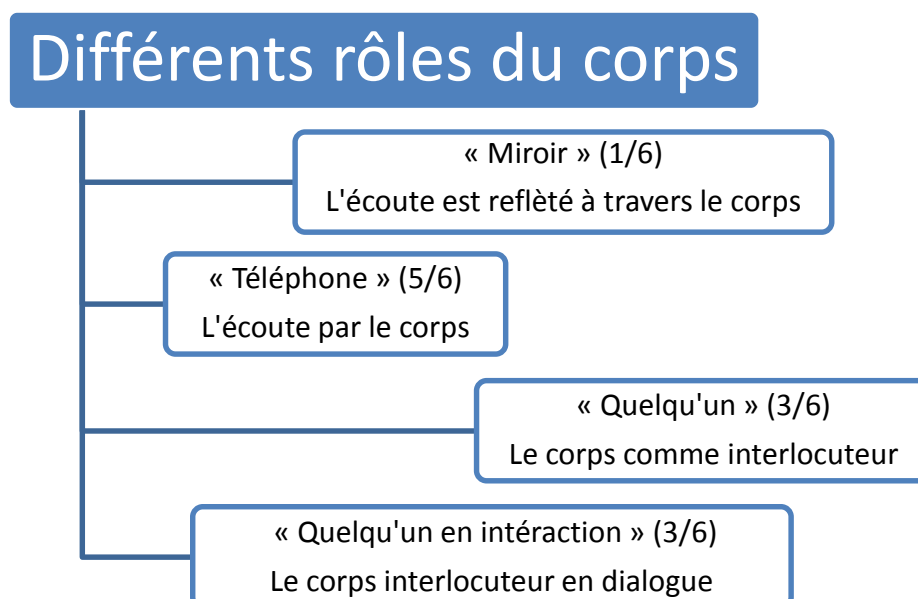


Figure 21 – Différents rôles du corps

Pour le médecin, le statut de son propre corps et de celui de la patiente ou du patient change, et cela a pour effet de modifier la façon dont il entre en contact avec le corps. Ainsi, la manière d'entrer en relation, en communication, et même d'œuvrer dans sa pratique médicale, change. Dans le premier rôle, le corps peut être vu comme un miroir. Suzanne nous dit que son corps illustre son écoute : « Je suis plus ouverte physiquement, je pense que mon visage est plus avenant qu'avant, je suis plus souriante qu'avant ».

Dans le deuxième rôle, le corps permet d'écouter la personne comme pourrait le faire un téléphone. Nathalie mentionne qu'elle écoute avec le corps. Dans le troisième rôle, le corps devient un interlocuteur à qui parler. Marie-Hélène témoigne aussi d'une plus grande efficacité grâce à la dimension tactile lors de ses rencontres thérapeutiques. Marie-Hélène parle à la fois de l'écoute du corps de l'autre par le toucher, tout en utilisant son propre corps pour percevoir dans l'autre. Une forme d'écoute de corps à corps, où le corps de la patiente ou du patient transmet et celui du médecin écoute. Le corps devient un interlocuteur. Toujours dans ce même rôle, Nathalie nous a aussi partagé le fait qu'elle arrive davantage à entrer en dialogue avec le corps de l'autre lors des consultations médicales.

Dans le quatrième rôle, le corps devient un interlocuteur en interaction plus intensément. Eva aussi nous parle d'une écoute où le corps devient un interlocuteur en dialogue avec l'autre à partir de l'intériorité. Eva est à la fois à l'écoute de son intériorité, tout en étant à l'écoute de l'autre; une écoute qui englobe ce qui se passe à l'extérieur comme à l'intérieur. Une réciprocité s'installait entre ce qu'elle entendait et ce qui se passait en elle. Les mots n'entrent pas seulement par les oreilles, ils entrent à travers tout le corps. Le corps devient comme une oreille percevant ce qui est dit et perçu au-delà de ce qui est exprimé verbalement.

Toujours dans un espace dialogique, Philippe communique avec sa patiente ou son patient à partir des informations reçues par le toucher. Il a un outil d'écoute supplémentaire avec les mains. Il y voit une plus grande efficacité comparativement aux entretiens sans contact manuel. Le passage par la main fournit à Philippe une autre voix de communication avec ses patientes et patients. La formation aux PS lui a permis de découvrir « une possibilité de dialogue avec le patient, je dirais en péri-immédiateté ». Il ouvre un dialogue durant la thérapie manuelle au moment même où il en est en train de traiter la personne. Le toucher enrichit la relation thérapeutique.

Tout au long de l'analyse, nous constatons, et ce, à plusieurs reprises des liens entre les transformations de la sphère personnelle et celles de la sphère professionnelle comme si les transformations personnelles créaient des répercussions dans la manière d'exercer la profession de médecin, que ce soit en lien avec la santé, la relation aux autres professionnelles et professionnels et les patientes et patients. Dans la prochaine section, nous explicitons davantage les transformations reliées à la sphère personnelle des participantes et du participant ayant produit un certain savoir-être qu'ils ont appris au contact des pratiques du Sensible.

2.4.2.5 Un savoir-être à investir dans l'agir professionnel

Il semblerait que le recentrage des participantes et du participant leur permet de se rapprocher d'eux-mêmes par l'expérience corporelle et qu'il produit des effets dans leur manière d'être en lien, avec eux-mêmes et avec les autres, et dans leur manière d'exercer leur profession. La figure 22 illustre une perspective entre les transformations personnelles d'où émerge un savoir-être au service d'une profession.

L'expérience corporelle extra-quotidienne enseignée dans l'apprentissage des pratiques du Sensible accroît le niveau d'attention de la personne et ainsi augmente sa qualité de présence à elle-même. Cette qualité de présence produit à la longue une transformation de l'état intérieur de la personne. Elle apprend à être.

L'expérience corporelle extra-quotidienne

Transformation : Apprentissage d'un savoir-être

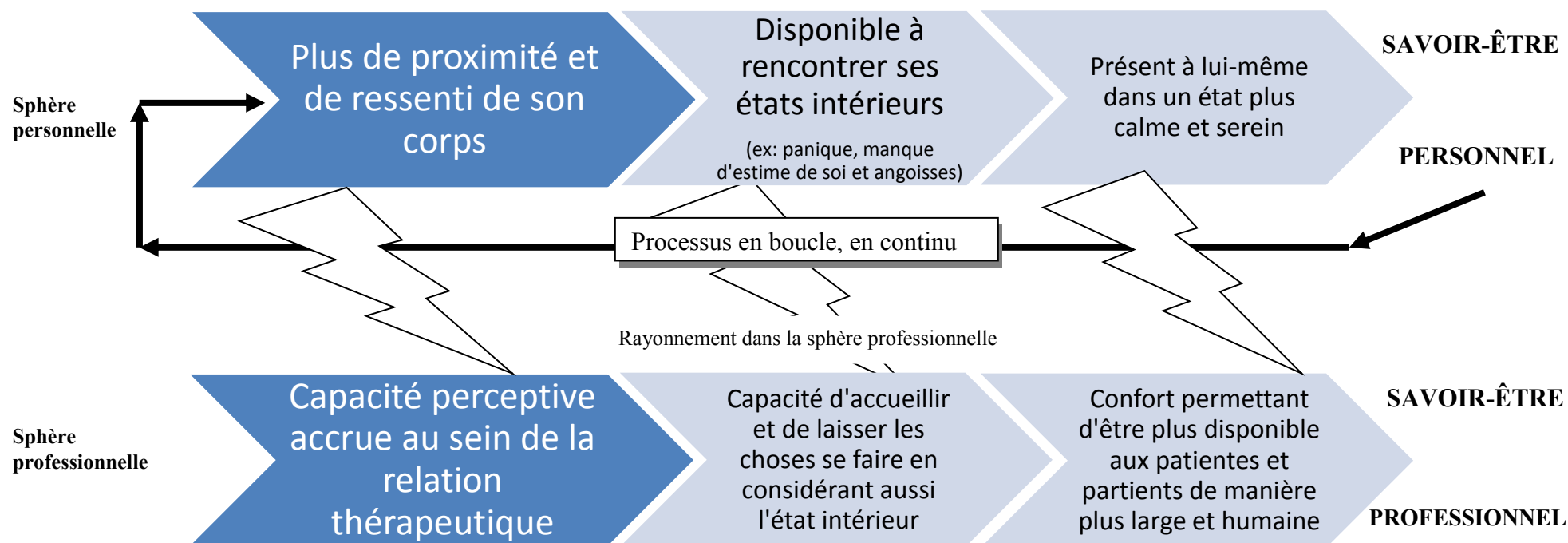


Figure 22 – Perspective des transformations personnelles d'où émerge un savoir-être au service d'une profession

Dans la figure 22, la première ligne horizontale représente les transformations dans la sphère personnelle. La personne est plus en proximité avec son corps et le ressent mieux. Elle est plus disponible à rencontrer ses états intérieurs qui sont, dans un premier temps, inconfortables : par exemple, la panique, le manque d'estime de soi ou l'angoisse. Par la suite, elle est plus présente à elle-même dans un état plus calme et serein. Cette première ligne est directement en lien avec notre analyse de la sphère personnelle : les participantes et le participant sont plus présents à eux-mêmes, ils font des prises de conscience et agissent conséquemment dans leur vie. Ce processus continu peut parfois être semé d'embûches et nécessiter des dépassements afin d'atteindre un plus grand niveau de cohérence comme exposé dans notre analyse à la section 2.2.2. Ils deviennent actrices et acteurs de leur vie à partir d'un recentrage d'eux-mêmes qui prend naissance dans l'expérience corporelle. Ainsi, plus cohérents avec leur vie intérieure, les participantes et le participant sont plus calmes et sereins dans leur vie en générale.

La deuxième ligne horizontale fait le parallèle avec la sphère professionnelle des participantes et du participant. Plus proche de leur corps, les médecins se ressentent mieux et augmentent leur capacité perceptive au sein de la relation thérapeutique. En effet, ils perçoivent plus d'informations dans l'entretien verbal, dans le toucher thérapeutique ou dans l'examen médical. Ils sont plus à même d'accueillir les circonstances telles qu'elles se présentent et agissent en prenant aussi en compte leur état intérieur. Les médecins sont ainsi dans un état de confort qui leur permet d'être plus disponibles aux patientes et patients en prenant soin d'eux de manière plus humaine avec toutes les dimensions de la personne.

Selon nos résultats, nous pourrions croire que les participantes et le participant sont plus à l'écoute d'eux-mêmes que de leur patiente ou patient. Toutefois, il en est tout autrement. Avant l'apprentissage, les médecins étaient plus au service des autres que d'eux-mêmes, et leurs actions thérapeutiques étaient plus guidées par leur état inconfortable souvent inconscient (panique, manque d'estime de soi ou angoisse), et

ce, souvent au détriment de la relation thérapeutique. L'écoute d'eux-mêmes leur permet d'être dans un mieux-être et ainsi d'offrir une meilleure écoute à leurs patientes et patients.

Un mouvement vers soi par l'expérience corporelle à partir des quatre types d'intervention (approche manuelle, gymnastique sensorielle, introspection sensorielle et l'entretien verbal à propos de l'expérience corporelle) semble être révélateur de connaissances par contraste. Deux natures de contrastes existent : 1) un contraste d'état corporel et intérieur avant et après l'intervention et 2) un contraste comportemental avant et après le début de leur formation. Ce contraste est une opportunité d'apprentissage et une occasion de changer des choses dans sa vie, de reprendre du pouvoir sur sa vie. Ce recentrage de la personne l'amène, sans trop s'en rendre compte, vers la création d'un savoir-être particulier et plus conscient. C'est comme si le processus de disponibilité à rencontrer ces états intérieurs inconfortables avait laissé place, par les prises de conscience, les nouveaux choix et les mises en action, à une nouvelle réalité intérieure plus unifiée et plus sereine. Ce processus fonctionne en boucle. L'expérience du corps peut toujours s'approfondir et révéler des enjeux du moment, comme c'était le cas avec Isabelle et sa compensation caractérisée par une consommation de sucre.

Le processus de formation installe au fur et à mesure une certaine forme de connaissance dans le savoir-être, d'où émerge un savoir-faire et un savoir-apprendre respectant davantage les participantes et le participant et même leurs patientes et patients. Ces derniers n'ayant pas été questionnés, il est difficile d'aller très loin dans cette hypothèse. Par contre, les médecins qui ont fait partie de notre recherche semblent dans l'ensemble plus en lien avec leur identité vocationnelle et mieux dans l'exercice de leur profession, comme l'attestent leurs témoignages présentés à l'annexe 9. Suzanne, Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle, Phillippe et Eva sont tous les six plus accomplis et, pour certains, heureux de pouvoir pratiquer la médecine d'une manière plus cohérente avec eux-mêmes. Marie-Hélène témoigne :

Aujourd'hui, je ne dis pas que je suis SPP, je suis médecin, mais thérapeute et je suis médecin comme moi je souhaitais profondément l'être. Donc là, c'est une grande joie dans ma vie. Vraiment, c'est un immense cadeau d'avoir réussi à accéder là où je voulais. C'est immense quoi parce que j'avais une idée du thérapeute que je voulais être, mais je n'avais pas les moyens.

Pour Isabelle, cette formation et cette pratique lui permettent de continuer à faire de la médecine conventionnelle, comme elle nous le partage :

Pour moi la fasciathérapie est très importante dans ma pratique, je ne pourrais pas faire que de la médecine générale parce que je disjoncterais très vite. La fasciathérapie m'apporte personnellement un moment où je me pose. Un moment de calme et de sérénité où je rejoins quelque chose de plus grand que moi.

En considérant plus leurs référents internes, il semble que le changement identitaire a permis aux participantes et au participant d'avoir une vie plus construite en fonction d'eux-mêmes, amenant ainsi plus de cohérence dans leur vocation de médecin. Ainsi, la ou le médecin est peut-être moins identifié uniquement à son rôle professionnel et devient plus identifié à la base comme personne humaine. La prochaine section établit un lien entre la formation aux pratiques du Sensible et l'impact soignant chez les participantes et le participant de notre de recherche, tout en exposant des liens entre la sphère personnelle et professionnelle.

2.4.2.6 Une formation soignante

Une relation étroite entre la transformation personnelle et professionnelle apparaît à plusieurs endroits. Cette relation semble prendre ancrage dans le rapport qu'entretient la personne avec ses référents internes. En effet, l'expérience corporelle amène les participantes et le participant à mieux ressentir leur corps et à transformer leur rapport à leur corps, en prenant ainsi en compte davantage leurs référents internes et moins ceux externes. Cette nouvelle configuration des référents internes et externes (changement identitaire suscité par un basculement de l'importance des

référents intérieurs par rapport aux référents extérieurs) semble modifier la manière d'être en relation avec soi. Cette modification dans la manière d'être avec soi est à l'origine d'une reconfiguration de la manière d'être avec l'autre et son environnement. La personne se représente ainsi comme un tout non compartimenté. Une modification dans l'agencement intérieur a des influences dans les différentes dimensions de sa personne.

Cette relation entre la sphère personnelle et professionnelle vient de ce changement identitaire évoqué dans l'analyse de la sphère personnelle qui affecte l'ensemble des secteurs de vie de la personne, incluant la sphère professionnelle. Cette relation entre les deux sphères semble présente sur plusieurs plans : celui de la santé, de la présence, du recentrage de la personne, du savoir-être ainsi que la capacité de prendre soin de soi. Le tableau 35 résume l'interrelation entre la sphère personnelle et professionnelle des participantes et du participant.

Tableau 35
Interrelation entre la sphère personnelle et professionnelle

Sphère personnelle	Sphère professionnelle
Expérience de santé rehaussée	Nouvelle conception de la santé
Qualité de présence accrue à soi	Meilleure qualité de présence à l'autre
Recentrage à partir de l'expérience corporelle	Identisation ³³ vocationnelle
Savoir « être »	Savoir « faire » d'une profondeur de soi
Prendre soin de soi	Apprendre à prendre soin de l'autre

³³ Basé sur le modèle proposé par Tap (1980), Rondeau (2014) définit l'identisation et l'identification : « Alors que l'identisation est le mécanisme par lequel le sujet tend à se différencier des autres, l'identification est le mécanisme par lequel le sujet se reconnaît des ressemblances avec un ou des groupes » (p. 84-85).

Suite à la formation aux pratiques du Sensible, une meilleure santé chez toutes les participantes et le participant semble avoir eu des incidences sur leur conception de la santé. L'expérience vécue lors du processus de formation leur a permis d'expérimenter leur corps autrement, tout en prenant conscience, pour certains, de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit. Chez certains d'entre eux, une qualité accrue de présence à eux-mêmes a engendré une amélioration de la qualité de présence à autrui, que ce soient des collègues ou bien des patientes et patients. En fait, l'apprentissage des pratiques du Sensible enseigne la nécessité d'être présent à soi pour accéder à une plus grande proximité et présence à l'autre. Un recentrage à partir de l'information issue de leur expérience corporelle leur a permis un changement identitaire. Ce rapprochement intérieur a eu des incidences sur l'affirmation de l'identité vocationnelle de certaines participantes de notre recherche. Pour d'autres, l'ajout des outils d'intervention des pratiques du Sensible leur a donné les moyens d'atteindre une manière très singulière d'œuvrer dans leur vocation.

Pour nos participantes et notre participant, l'expérience corporelle des pratiques du Sensible semble être un levier important d'occasions de transformations dans la manière de vivre leur corps, de vivre leur vie. Le rapprochement de soi par le corps ouvre à une possibilité d'être conscient de soi et peut permettre de construire un savoir-être, inaccessible auparavant. En effet, l'éloignement dans le rapport au corps était la meilleure arme pour se défendre de ses propres mal-être et inconforts. La proximité à soi constitue une première possibilité de prise de conscience sur soi. L'apprentissage d'un savoir-être semble être le socle de base d'une transformation personnelle mais aussi professionnelle, car le savoir-faire peut alors émerger d'un autre lieu de la personne, plus paisible et cohérent avec elle-même. De plus, la qualité du savoir-être est porteuse d'influence dans la relation aux patientes et patients. Il s'agit d'une relation plus humaine s'appuyant sur des capacités perceptives plus fines.

L'apprentissage des pratiques du Sensible est une occasion de recentrage de la personne par l'expérience corporelle qui peut lui permettre d'acquérir un savoir-

être soignant comme professionnelle de la santé. Cette formation est non seulement soignante pour les individus eux-mêmes mais elle est aussi un lieu d'apprentissage de leur profession. Effectivement, les pratiques du Sensible leur enseignent à prendre soin d'eux-mêmes et des autres. Ce processus d'apprentissage semble, pour plusieurs de nos participantes et notre participant, une occasion d'amélioration de leur santé. Cette formation offre une opportunité de proximité à leur corps et à leurs états intérieurs d'où peuvent émerger un recentrage et un plus grand respect de soi.

En résumé, la formation aux pratiques du Sensible a transformé la manière dont les participantes et le participant entrent en relation avec eux-mêmes et leur a permis de réfléchir sur des aspects qu'ils ne voyaient pas auparavant. Une communication enrichie de leur proximité à eux-mêmes et leur capacité perceptive accrue facilitent la qualité de leur relation thérapeutique et professionnelle. Le corps du médecin devient un organe de perception tout entier et s'engage dans la relation. Le corps joue différents rôles au service de la relation et de la communication avec autrui. Habité par la sérénité, le médecin est plus à même d'être là pour sa patiente ou son patient, car moins emprisonné par ses états intérieurs inconfortables. En effet, le processus de recentrage enclenche une capacité d'apprivoiser ses propres états de mal-être afin d'atteindre au fur et à mesure un certain niveau de sérénité disponible dans la relation thérapeutique. Une nature de savoir-être s'apprend et permet au médecin d'être au plus proche de sa vocation singulière. Cette formation s'avère être soignante à des degrés divers pour l'ensemble de nos participantes et notre participant et a permis à quatre d'entre eux de concevoir la santé autrement. L'apprentissage des pratiques du Sensible leur a permis d'apprendre à prendre soin d'eux-mêmes en plus de prendre soin des autres.

SIXIÈME CHAPITRE

MISE EN PERSPECTIVE

Le sixième chapitre vise à positionner nos résultats de recherche à partir de la documentation dans notre domaine pour offrir une perspective plus large et critique. Ce chapitre cherche à nuancer, à relativiser et à interpréter nos résultats afin d'en tirer plus de sens. Dans d'autres cas, il va aussi créer un effet de levier pour mieux ancrer nos résultats dans une réalité soutenue par d'autres recherches tout en ouvrant de nouvelles avenues de recherche, d'enseignement et de pratique. L'interprétation de nos résultats est présentée à partir de nos six objectifs de recherche.

1. LE CONCEPT DE SANTÉ

1.1 Un regard sur la santé plus unifié

Comme nous l'avons vu précédemment, la santé peut se définir d'une manière plus large que simplement par l'absence de maladie. En effet, elle peut être définie en considérant non seulement les facteurs biologiques mais également psychologiques, sociaux et spirituels. La santé peut se définir à partir d'une conception élargie, incluant l'ensemble de ces facteurs et l'interrelation de ces derniers. Notre premier objectif de la sphère professionnelle de recherche était d'identifier et de décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de leur conception de la santé suite à leur formation aux pratiques du Sensible. Les participantes et le participant de notre recherche ont reçu et aussi donné des soins au cours de leur formation expérientielle aux pratiques du Sensible. Cette dernière a suscité des changements dans leur conception de la santé et les a ouverts à une définition plus large de la santé.

Quatre d'entre elles ont transformé et élargi leur définition de la santé en incluant des facteurs liés à l'interrelation entre le corps et l'esprit. Plusieurs font aussi mention de la nécessité que la patiente ou le patient participe dans le processus de guérison, un engagement vers sa santé autant physique que spirituelle. Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle et Eva veulent, chacune à leur manière, solliciter la personne dans sa démarche de santé afin de contacter de manière intentionnelle le potentiel de santé de la personne. Elles vont ainsi s'appuyer sur la participation de la patiente ou du patient qui constitue un potentiel à investir comme le propose Bircher (2005) dans sa définition de la santé laquelle inclut une dimension dynamique. Celle-ci est le fruit du potentiel de la personne et ce qui lui est nécessaire pour traverser sa vie. Selon Bircher (2005), le potentiel acquis par la personne au cours de sa vie peut augmenter tout le long de la vie; il est directement en lien avec l'engagement de la personne vis-à-vis de sa propre santé.

Suite à une intervention avec les pratiques du Sensible faite à leurs patientes, Duval (2010) et Laemmlin-Cencig et Humpich (2009) constatent que leurs patientes changent leur définition de la santé, qui passe de l'absence de la maladie à une capacité d'agir dans leur propre vie. L'accompagnement peut ainsi aller plus loin et permettre aux patientes d'aller dans leur cheminement plus consciemment vers la santé comme proposé par Wendler (1996) et Newman (1990). Wendler (1996) définit le concept de guérison dans cet esprit :

Healing is an experiential, energy-requiring process in which space is created through a caring relationship in a process of expanding consciousness and results in a sense of wholeness, integration, balance and transformation and which can never be fully known (p. 841).

À l'instar des recherches de Laemmlin-Cencig (2007), de Duval (2010) et de Large (2009), Eva, Nathalie et Marie-Hélène voient l'importance de rendre leurs patientes et patients sujets de leur vie en étant plus cohérents avec leur vie intérieure. Sur la base de leur expérience de formation, certaines de nos participantes ont

modifié leur définition de la santé pour inclure un aspect de cohérence et de sens correspondant à une santé globale. La consultation n'est plus centrée sur les symptômes, mais porte aussi attention à une certaine forme d'éducation à la santé, d'accompagnement de la personne dans son processus de transformation et d'autonomisation vers une autogestion de leur propre santé. La prochaine section permet de tracer des parallèles avec d'autres recherches qui établissent des liens entre la santé corporelle, psychologique et sociale de manière plus large.

1.2 Une perspective plus vaste des résultats en lien avec la conception de la santé

Les résultats de notre recherche permettent aussi de faire un lien avec le schéma de Rakel (2007), présenté à la figure 3 du chapitre un et repris et transformé à la figure 23, qui tente d'illustrer la dynamique d'interaction entre les dimensions physiques et non physiques de la personne. Les pratiques du Sensible semblent éveiller les sujets à leur vie intérieure et émotionnelle tout en les aidant à faire des choix plus cohérents avec leur vie. Il semblerait que cette pratique facilite le dialogue entre ce que la personne vit intérieurement et émotionnellement avec son corps, enrichissant le dialogue intrapersonnel.

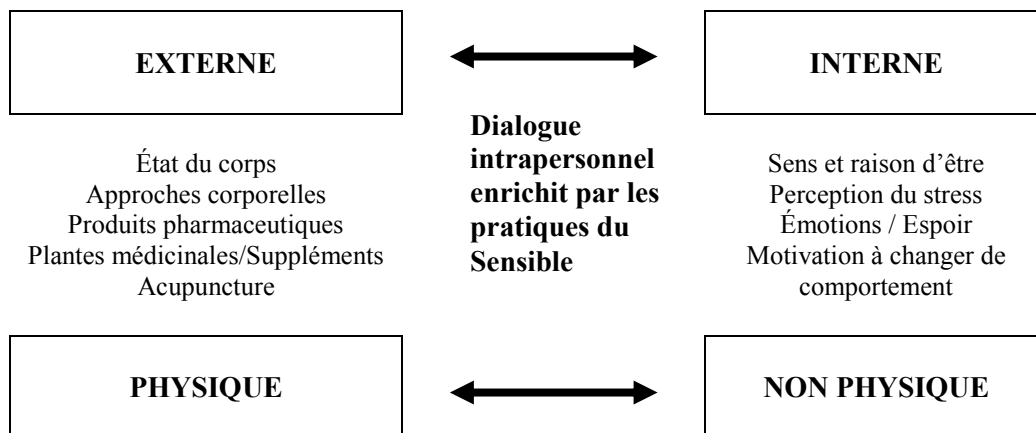


Figure 23 – Interaction dynamique sur les influences physiques et non physiques qui s'exercent sur la santé comme sur la maladie.

Inspiré du schéma tiré de Rakel, D. (2007). *Integrative medicine*. Philadelphie : Saunders Elsevier (2^e éd.), p. 9.

Marie-Hélène, Nathalie et Eva accompagnent l'individu dans une démarche qui cherche à le connecter avec sa vie intérieure, afin d'entretenir un dialogue plus profond avec lui-même. À travers ce dialogue intrapersonnel, elles tentent de donner du sens à leur expérience. Les participantes interpellent directement la patiente ou le patient dans cette quête d'intériorité et d'expression tel qu'exposé dans la recherche de Large (2009). Comme l'exprime Rakel (2007), le fait de permettre aux patientes et patients de comprendre leur problématique et de s'engager à faire les changements qui s'imposent est plus bénéfique pour leur santé que de simplement supprimer les symptômes qui risquent de réapparaître sous une autre forme. La formation aux pratiques du Sensible semble créer des conditions pour établir une communication intrapersonnelle plus riche. En effet, une meilleure proximité au corps (physique) installe dans la personne un dialogue avec ce que vit celle-ci intérieurement et émotionnellement (non physique). La dynamique de ces deux réalités influence l'état de santé de la personne. Les pratiques du Sensible semblent permettre ce type d'interaction entre le physique et le non physique de manière plus consciente.

L'expérience corporelle extra-quotidienne permet de développer une plus grande attention au corps et agrandit ainsi la capacité d'être présent à soi et conscient de soi par le fait même, comme avancé par nos participantes et notre participant. Cette expérience corporelle donne au corps une fonction d'interface entre le corps physique et ce que la personne vit intérieurement et émotionnellement. Ainsi la personne est plus informée du processus qui s'opère en elle. En plus, elle est outillée pour avoir accès à son intériorité corporelle par les pratiques du Sensible, qu'elle peut utiliser par elle-même, de manière autonome. Elle peut aussi, lorsque nécessaire, consulter sa ou son thérapeute pour obtenir du soutien face à sa démarche. Elle est plus à même d'être actrice de sa vie et de sa santé. En plus de s'occuper des symptômes de la patiente ou du patient, la ou le médecin veille sur sa propre qualité de présence et sur celle de la patiente ou du patient afin que ce dernier soit plus présent à lui-même et puisse ainsi identifier la source potentielle de son problème et retrouver du pouvoir sur sa vie et son état de santé.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Duval (2010) et Laemmlin-Cencig et Humpich (2009) : quatre de nos participantes ont changé leur représentation de la santé suite à l'apprentissage des pratiques du Sensible. Elles font état d'un changement de représentation comme le propose Bois (2007). Par contre, à notre connaissance, il n'existe pas de recherche spécifique en lien avec des approches corps / esprit qui questionne les changements de conception de la santé chez des étudiantes et étudiants en médecine ou encore chez des médecins. Toutefois, Hewson *et al.* (2006) suggèrent que l'apprentissage expérientiel est une composante importante dans le changement de conception des participantes et participants en ce qui concerne, par exemple, leur attitude face aux MAC. Plusieurs auteures et auteurs considèrent qu'un entraînement de type corps / esprit, qui permet à l'apprenante ou l'apprenant d'avoir une expérience directe avec la modalité, serait une façon d'élargir son point de vue sur ce qui constitue la santé (Elder *et al.*, 2007).

L'expérience des pratiques du Sensible semble avoir fait expérimenter, à nos participantes et à notre participant, cette connexion entre leur corps et leur esprit. Pour plusieurs, l'effet bénéfique d'un accordage entre le corps et l'esprit a été noté. Nos résultats semblent appuyés par des recherches dans d'autres domaines sur cette interrelation. Les récentes recherches sur la génomique tendent à établir un lien entre la capacité de donner du sens à sa vie (santé spirituelle), le fait d'être heureux dans sa vie (santé psychologique) et la santé biologique (Fredrickson *et al.*, 2013). En effet, l'importance de donner du sens à sa vie serait appuyée par les effets biologiques produits au niveau de la régulation des gènes (Fredrickson *et al.*, 2013). Ces résultats argumentent en faveur d'une prise en compte de la santé dans un sens plus large en incluant la santé spirituelle de la personne.

Cette perspective continue d'établir des ponts entre la santé physique des personnes, leur état psychique et leur environnement. Les travaux de Blackburn et Epel (2012) mettent en évidence la nécessité de regarder autant la biologie de la

personne que son environnement et surtout son rapport à celui-ci pour s'adresser à la maladie. Dans leur article, Epel et Lithgow (2014) mettent en lien le stress vécu et son effet sur le processus de vieillissement des cellules. Le vieillissement des cellules constitue un facteur important d'anticipation des maladies précoces. Des études pilotes suggèrent que des interventions de trois mois visant une meilleure gestion du stress (techniques de réduction du stress), souvent accompagnées d'activités physiques et des changements alimentaires peuvent tranquillement relancer l'activité des cellules.

Le concept de la santé n'est plus que biologique; les avancées de la science d'aujourd'hui donnent encore plus de poids à la vision biopsychosociale de la santé comme déjà proposée dans les années soixante-dix par Engel (1977). La santé ne se limite pas à la biologie de la personne, mais embrasse toutes ses dimensions. La notion de bien-être ajoutée par l'OMS en 1946 ne semble plus un bonus additionnel à l'absence de la maladie, mais plutôt le fondement d'une vie future en santé. Sans être le seul, le bien-être peut devenir une mesure qui représente la capacité de la personne à faire face aux événements de sa vie à la manière de Tchobroutsky et Wong (1995), c'est-à-dire passer à travers les épreuves de sa vie. Les épisodes de mal-être ou d'inconfort (Mongeau et Tremblay, 2002) peuvent être des indicateurs que des choix ou des transformations doivent s'opérer pour atteindre un bien-être encore plus grand et plus cohérent avec l'ensemble de la profondeur de son être. Huber, Knottnerus, Green, Van der Horst, Jadad, Kromhout *et al.*, (2011) critiquent la définition de l'OMS et suggèrent d'actualiser le concept de la santé avec les réalités d'aujourd'hui. Ils proposent d'aller vers une définition plus dynamique où la santé devient « the ability to adapt and to self manage » (p. 235). Les auteurs viennent ici pointer l'importance de prendre du pouvoir sur sa vie et de s'adapter à la manière dont le rapportent nos participantes et notre participant. Le type d'adaptation dont ils font preuve est particulier; en effet, l'adaptation se fait en résonance avec les référents intérieurs et moins avec ceux extérieurs.

La philosophie et les valeurs de la médecine intégrative cherchent à ouvrir le regard sur les différentes dimensions de la santé de la personne tout en s'appuyant sur le potentiel d'auto-régulation du corps de la patiente ou du patient « Respect and work with the intrinsic healing powers of the body. » (Boon *et al.*, 2004, p.45), comme présenté dans le premier chapitre de notre thèse. Face à la problématique d'une patiente ou d'un patient, le défi est de prendre en compte les différentes dimensions de la personne dans une relation thérapeutique et de l'accompagner dans son processus vers plus de santé. La prochaine section porte un regard sur les recherches en lien avec la formation des futurs médecins et leur état de santé durant ce parcours de formation.

2. LE PROCESSUS DE FORMATION DES MÉDECINS ET LEUR ÉTAT DE SANTÉ

Dans cette section, nous discutons des processus de formation conventionnelle ou non-conventionnelle des médecins ou futurs médecins en lien avec leur état de santé. Dans un premier temps, nous présentons les transformations de l'état de santé des médecins ayant suivi une formation aux pratiques du Sensible. Simultanément, nous positionnons nos résultats de recherche avec d'autres types de formation corps / esprit ayant été proposés à des étudiantes et étudiants en médecine, à des médecins ou à des professionnelles et professionnels de la santé. Dans un deuxième temps, nous discutons des effets du processus de formation initiale sur l'état de santé des étudiantes et étudiants en médecine. Dans un troisième temps, nous examinons les différents programmes corps / esprit offerts dans les facultés de médecine.

2.1 La formation aux pratiques du Sensible expérimentée par des médecins

Les résultats de notre recherche permettent de constater un gain dans le niveau de santé de nos participantes et de notre participant, suite à la formation aux

pratiques du Sensible. Nous présentons le gain de santé tel qu'exprimé aux plans biologique/corporel, psychologique, social et spirituel. Les cinq participantes et le participant rapportent une amélioration de leur état de santé dans ces différentes facettes. Nous présentons les trois objectifs, qui touchent la sphère personnelle, soit le rapport au corps, à la présence et à leur propre santé.

2.1.1 La dimension biologique/corporelle

Dans la dimension biologique/corporelle de la santé, les cinq participantes de notre recherche disent avoir une perception plus fine et plus intime de leur corps. Elles notent une plus grande proximité et attention à leur corps. Elles sont plus à l'écoute de celui-ci et mieux informées de l'état de leur corps. Nos résultats s'apparentent directement à ceux des recherches où l'intervention s'appuyait sur des approches corps / esprit auprès de futurs médecins ou des professionnelles et professionnels de la santé. En effet, Irving *et al.* (2014) parlent d'une amélioration de l'attention aux sensations corporelles, en plus de mettre l'accent sur les sensations qui conduisent les professionnelles et professionnels de la santé à accroître la sensibilité au plaisir, suite à des pratiques de pleine conscience. Hewson *et al.* (2006) remarquent également une augmentation du niveau d'attention porté à soi de manière plus générale. Comme nos résultats, Elder *et al.* (2007) rapportent que les participantes et participants sont plus informés d'eux-mêmes. Saunders *et al.* (2007) constatent que leurs participantes et participants ont développé une écoute de leur propre corps et qu'ils se sentent soutenus physiquement. Hassed, de Lisle, Sullivan et Pier (2009) parlent aussi des effets bénéfiques sur le bien-être physique des étudiantes et étudiants de première année en médecine d'un programme de formation sur l'amélioration de la santé qui inclut des approches corps / esprit et de la pleine conscience.

Deux participantes de notre recherche mentionnent spécifiquement qu'elles perçoivent une augmentation de leur niveau d'énergie. Les résultats de Rosenzweig *et*

al. (2003) vont dans la même direction et soutiennent qu'à la suite d'intervention sur la réduction du stress par la pleine conscience (Mindfulness-based stress reduction, MBSR), les étudiantes et étudiants en médecine ont plus de vigueur, avec une hausse de leur niveau d'activité et une baisse de leur niveau de tension. Dans notre recherche, les participantes et le participant témoignent d'une impression d'amélioration de l'équilibre entre le corps et le psychisme. Les résultats de Maclaughlin *et al.* (2011) suggèrent que les étudiantes et étudiants en médecine sont moins stressés, les marqueurs biologiques du stress (cortisol, sulfate de déhydroépiandrostérone et testostérone) diffèrent par rapport à ceux du groupe contrôle suite à un programme de formation aux approches corps / esprit (exercices de relaxation, de biofeedback, de l'imagerie guidée, de l'écriture dans un journal ainsi que de la méditation pleine conscience). Motz *et al.* (2012) font aussi mention d'une diminution du niveau de stress perçu chez l'ensemble des participantes et participants de leur recherche réalisée auprès d'étudiantes et d'étudiants en médecine, suite à des apprentissages expérientiels (la méditation de la pleine conscience, l'imagerie guidée, le mouvement et des exercices d'écriture).

L'enrichissement perceptif du corps par les pratiques du Sensible permet de déployer des compétences nouvelles et d'apporter un plus dans la gestion de la santé des participantes. Bois et Bourhis (2010) identifient qu'une plus grande proximité au corps optimise la santé : « Si le corps est, [...], le support, voire le lieu d'expression de la maladie, il est également un lieu d'expériences vécues et signifiantes pour le sujet » (p. 235). Duval (2010) rapporte aussi, chez ses patientes, un changement dans la perception : plutôt que de ne percevoir que les douleurs, les participantes s'ouvrent à d'autres types de sensations corporelles permettant parfois des nouvelles réflexions. Le déploiement perceptif est aussi vu par Laemmlin-Cencig et Humpich (2009) comme un des effets des pratiques du Sensible, soutenu par Angibaud, Duprat et Bois (2013), Bois (2007) et Large (2009). Les résultats de Duval (2010) vont dans le même sens que les nôtres : les patientes sont plus conscientes de leur santé. Elles accroissent leur capacité d'agir sur la santé à partir du gain perceptif d'elles-mêmes et

elles sont plus autonomes. Fortin et Vanasse (2011) mentionnent aussi chez leurs participantes, atteintes de troubles alimentaires, un élargissement de leur champ perceptif, suite à une activité d'éducation somatique. Celles-ci témoignent de leur corps comme un « corps étranger » et que l'expérience leur fait vivre des transformations vers un « corps vécu » au fur et à mesure des rencontres en éducation somatique.

2.1.2 La dimension psychologique

La dimension psychologique de la personne a des incidences sur la relation aux autres et à l'environnement. Cette dimension est abordée en considérant largement ces incidences. Dans la dimension psychologique, les participantes et le participant de notre recherche sont plus conscients de leur état intérieur et émotionnel avec une meilleure prise de recul sur les situations et événements. Ils témoignent d'une plus grande qualité de présence par un meilleur ancrage corporel. Notre analyse a aussi permis d'esquisser des liens : la meilleure qualité de présence des participantes semble être associée à la capacité de faire des prises de conscience sur leur vie. Il semble aussi que le rapport à sa présence soit en lien avec une capacité d'accueillir ses états intérieurs inconfortables et au fil du temps, sentir leur diminution et l'apparition d'états plus sereins et confortables.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux de Irving *et al.* (2014). Ces derniers notent que les professionnelles et professionnels de la santé sont plus attentifs à eux-mêmes sur les plans cognitif et émotionnel (plaisir ou détresse) avec une plus grande capacité à réguler leurs émotions. Les mêmes auteures et auteurs mentionnent aussi leur capacité de recul par rapport aux événements qui semblent en lien avec leur capacité de naviguer de manière plus attentive avec les aspects positifs ou négatifs de leur personne, des autres et de l'environnement. Suite à une formation aux approches corps / esprit (la méditation de la pleine conscience, l'imagerie guidée, le mouvement et des exercices d'écriture), Motz *et al.* (2012) mentionnent aussi une

transformation en lien avec la gestion des émotions. Ils notent une augmentation d'attention aux sentiments, mais seulement chez les étudiantes en médecine (et non pas chez les étudiants). Le groupe de chercheuses et chercheurs remarque une augmentation significative des états affectifs positifs chez l'ensemble des participantes et participants et une diminution significative des états affectifs négatifs chez les femmes seulement. De leur côté, Rosenzweig *et al.* (2003) notent un état de confort plus grand qui se manifeste par une baisse du niveau d'anxiété, de dépression et de confusion et par une diminution de la perturbation de l'humeur et de la détresse psychologique des étudiantes et étudiants en médecine, suite à des pratiques de pleine conscience. Suite à un programme de formation sur l'amélioration de la santé qui inclut des approches corps / esprit (la pleine conscience, des stratégies de changements de comportements et des saines habitudes de vie), Hassed *et al.* (2009) notent aussi une amélioration du bien-être psychologique chez les étudiantes et étudiants de première année en médecine dans la période précédant leur examen, là où habituellement ces derniers sont dans des états intérieurs plus inconfortables. Suite à une intervention sur la réduction du stress et un modèle de relaxation (de la méditation, un balayage attentionnel du corps et du yoga), les résultats de la recherche de Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) indiquent une réduction de la détresse psychologique globale, y compris la dépression et les états d'anxiété.

Motz *et al.* (2012) signalent aussi un niveau d'attention accrue chez les étudiantes et étudiants en médecine. Motz *et al.* (2012) et Saunders *et al.* (2007) évoquent que les étudiantes et étudiants dans leurs études ont diminué significativement leur stress, suite à l'expérience d'approches corps / esprit. Irving *et al.* (2014) mentionnent que les professionnelles et professionnels de la santé apprennent à cultiver et à améliorer leur ouverture et leur compassion avec eux-mêmes. Une plus grande proximité à eux-mêmes leur permet au fur et à mesure des pratiques de se recentrer sur eux-mêmes, comme le suggèrent nos résultats de recherche. Selon l'étude de Saunders *et al.* (2007), la qualité de présence des participantes et participants leur permet d'être plus au fait de leurs priorités, de leurs

limites et de leur état d'esprit, et ce, suite à des apprentissages expérientiels avec des approche corps / esprit (des techniques de relaxation, de respiration lente et profonde, de biofeedback, d'imagerie guidée, de méditation ainsi que des exercices d'écriture et de dessin).

Un autre lieu de rapprochement entre nos résultats et ceux de Bois et Bourhis (2010) qui est directement en lien avec la vision de la santé axée sur le potentiel de la personne (Bircher, 2005), est la capacité de développer la confiance face aux soins reçus ainsi qu'aux ressources internes propres à son corps ou à sa vie : « l'aider à investir la confiance dans ses propres capacités psychiques, à repousser ses limites face à la maladie, et dans les capacités naturelles de son corps à s'autoréguler » (Bois et Bourhis, 2010, p. 235). Dans une recherche faite auprès de femmes souffrant de troubles du comportement alimentaire et de dépression, une intervention sur une période de vingt et une semaines, à raison d'une durée d'une heure et demi, avec une approche d'éducation somatique a donné le même type de résultats que les nôtres. Les sensations inconfortables cèdent la place à des sensations de confort, et des prises de conscience s'effectuent : « However, as the action research unfolded, unpleasant sensations were replaced with enjoyable ones » (Fortin et Vanasse, 2011, p. 133). Les participantes de cette recherche mentionnent des changements d'état vers un mieux-être ainsi qu'une diminution du stress et de l'anxiété.

2.1.3 La dimension sociale

Dans la dimension sociale de la santé, nos participantes et notre participant s'autorisent davantage à investir leurs désirs dans leur manière d'être dans le monde, dans leur vie personnelle et professionnelle. Ils se valident eux-mêmes et ressentent plus de liberté dans leur vie. Irving *et al.* (2014) mentionnent aussi un gain de liberté dans le comportement des professionnelles et professionnels de la santé, suite à une formation sur la pratique médicale de la pleine conscience basée sur le programme de réduction du stress par la pleine conscience en ajoutant des exercices de jeux de rôle,

de communication, des travaux pratiques à la maison ainsi qu'une retraite silencieuse. Ces mêmes chercheuses et chercheurs discutent aussi de la capacité des participantes et participants d'être plus conscients de leurs dynamiques relationnelles. Ils sont plus conscients et ont développé une aptitude à s'observer en relation et d'être moins victimes de leurs comportements. Ils prennent du recul tout en faisant le choix d'agir autrement qu'à l'habitude.

Les cinq participantes de notre recherche ont fait des prises de conscience et ont apporté des ajustements à leur vie, comme cela semble aussi être le cas dans d'autres recherches (Irving *et al.*, 2014; Large, 2009). Ce gain de validation et de liberté s'exprime aussi dans les travaux de Large (2009) par le fait qu'« ils deviennent plus assertifs, tout en se rapprochant de l'autre » (p. 407). Les patientes ayant expérimenté les pratiques du Sensible dans le cadre de la recherche d'Angibaud *et al.* (2013) mentionnent aussi des sensations de liberté corporelle (oppression disparue, plus d'espace dans leur corps) générant un sentiment de liberté intérieure. Angibaud *et al.* (2013) notent une action sur l'unité corps-esprit (sentir-penser) qui a un impact sur leur changement d'attitude de vie.

Dans la dimension sociale, nous présentons les résultats de notre projet qui sont similaires à d'autres recherches concernant la qualité de la relation thérapeutique. Notre recherche met en perspective l'accroissement de la disponibilité et de l'écoute de la patiente ou du patient au sein d'une relation de réciprocité. Irving *et al.* (2014) notent que les professionnelles et professionnels de la santé ont plus d'empathie pour les individus en relation avec leur profession, suite à une formation sur la pratique médicale consciente basée sur le programme de réduction du stress par la pleine conscience, en ajoutant des exercices de jeux de rôle, de communication, des travaux pratiques à la maison ainsi qu'une retraite silencieuse. Les auteures et auteurs ajoutent que les professionnelles et professionnels de la santé sont plus présents et disponibles lorsqu'ils sont auprès des personnes malades plutôt que de toujours essayer de faire quelque chose. Motz *et al.* (2012), Rosenzweig *et al.* (2003) et

Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) mentionnent aussi une augmentation significative du degré d'empathie des étudiantes et étudiants en médecine, tandis que Desylvia *et al.* (2008) notent que les étudiantes et étudiants croient plus en la force du lien thérapeutique.

Notre recherche dénote aussi, chez quatre de nos participantes, l'acquisition d'une capacité d'être à la juste distance thérapeutique, à la manière de Motz *et al.* (2012) où les étudiantes et étudiants en médecine diminuent leur détresse personnelle en réponse à la détresse des autres. Beckman, Wendland, Mooney, Krasner, Quill, Suchman *et al.* (2012) observent aussi une amélioration des interactions avec les patientes et patients, suite à un programme de communication consciente (retraite silencieuse, méditation de la pleine conscience, exercices d'attention à soi, exercices de narration à propos des expériences cliniques et des discussions). Par exemple, ils notent qu'une participante se permet d'établir clairement « personal boundaries, prioritize her energy, and focus on what was most important in the patient encounter » (p. 816). Nous abordons la dimension des relations professionnelles de manière plus spécifique dans la section sur l'apprentissage expérientiel et la pratique médicale.

Toujours dans la dimension sociale, quelques recherches dont celles du groupe de Irving *et al.* (2014), et de Saunders *et al.* (2007) évoquent le fait que les participantes et participants sortent de l'isolement (Beckman *et al.*, 2012), apprennent à se donner du soutien, vivent une expérience de groupe où l'autre contribue à leur croissance et découvrent le sens de la communauté apprenante. Selon leur recherche en éducation somatique faite auprès de femmes souffrant de troubles alimentaires, Fortin et Vanasse (2011) mentionnent aussi que la présence à soi n'amène pas des comportements égoïstes, mais ouvre plutôt la personne sur une conscience sociale : « does not encourage a selfish escape into private narcissism but, on the contrary, might create a path towards social consciousness » (p. 138). Dans notre recherche, le questionnaire n'a pas beaucoup investi dans le sens de la dynamique du groupe au

sein de l'apprentissage. Toutefois, deux de nos participantes mentionnent à leur manière l'importance du groupe dans leur processus de transformation.

2.1.4 La dimension spirituelle

Il nous semble important de rappeler la définition de la spiritualité proposée au début de notre thèse dans la section du prologue. La définition de Reed (1992) nous semble inclusive et couvre différentes dimensions, même si cette notion demeure très singulière.

The propensity to make meaning through a sense of relatedness to dimensions that transcend the self in such a way that empowers and does not devalue the individual. This relatedness may be experienced intrapersonally (as a connectedness within oneself), interpersonally (in the context of others and the natural environment), and transpersonally (referring to a sense of relatedness to the unseen, god, or power greater than the self and ordinary resources) (p. 350).

La notion de connexion englobe plusieurs dimensions centrales pour tout être humain (Jager Meezenbroek, Garssen, van den Berg, van Dierendonck, Visser et Schaufeli, 2012). Selon les mêmes auteures et auteurs, la connexion à soi peut faire référence à la capacité d'être authentique, d'être en contact avec nos états intérieurs paisibles, d'agrandir notre niveau de conscience, de mieux se connaître et de trouver un sens à notre vie. La connexion à l'autre est liée à la compassion, à la gratitude et à la capacité de prendre soin. La connexion à la transcendance fait référence à l'univers, à une force plus grande que soi, à Dieu ou à des notions d'espoir, de sacré et d'adoration (Jager *et al.*, 2012).

Dans la dimension spirituelle de la santé, nos résultats nous suggèrent que les participantes et le participant ont repris du pouvoir sur leur vie, suite à un processus de recentrage. Pour un certain nombre, l'apprentissage des pratiques du Sensible a représenté une occasion de dépassement d'une difficulté majeure dans leur vie ainsi

qu'un moment de traversée d'états intérieurs et émotionnels difficiles. Une traversée qui a été lente pour certains et plus rapide pour d'autres. Suite à des interventions corps / esprit du type pratiques du Sensible (Large, 2009), approches de réduction de stress par la pleine conscience adaptées (Irving *et al.*, 2014; Rosenzweig *et al.*, 2003) et médecines corps / esprit (Saunders *et al.*, 2007), les résultats des recherches portant sur ces interventions mettent aussi en évidence des effets de recentrage dans la vie des participantes et participants et la capacité de ceux-ci à percevoir les incohérences dans leur vie. Certaines de nos participantes notent qu'elles sont plus autonomes dans leur capacité à prendre soin d'elles-mêmes. Chez les professionnelles et professionnels de la santé, le groupe d'Irving *et al.* (2014) note aussi une augmentation de leur pratique liée à prendre soin d'eux-mêmes, suite à une formation sur la pratique médicale consciente (un programme de réduction du stress par la pleine conscience, des exercices de jeux de rôle, de communication, des travaux pratiques à la maison ainsi qu'une retraite silencieuse). Suite à des interventions basées sur la pleine conscience pour la réduction du stress (la méditation, un balayage attentionnel du corps et du yoga), Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) remarquent chez des étudiantes et étudiants en médecine un plus grand sens de la spiritualité. Les étudiantes et étudiants inscrits au curriculum de médecine intégrative ayant participé à l'étude de Desylvia *et al.* (2008) comprennent l'importance des croyances spirituelles reliées à la santé de leurs patientes et patients. Deux de nos participantes notent spécifiquement une nature de connexion avec une instance plus grande qu'elles-mêmes, qu'Isabelle appelle le divin ou le mystère de la vie.

À la lumière de nos résultats, il semble qu'effectivement la dimension spirituelle soit le fil qui tisse le lien avec l'ensemble des dimensions de la santé comme le suggérait Miner-Williams (2006). En effet, les dimensions corporelle et psychologique amènent à constater qu'une connexion à soi s'accroît et produit des effets dans l'état intérieur et émotionnel des participantes et du participant de notre recherche. Ainsi, ces derniers passent à travers les quatre premières étapes de transformation du corps sensible proposées par Large (2009) et définies dans le

tableau 9 du chapitre trois. Ces étapes permettent une reconnexion avec soi 1) en tournant consciemment son attention à l'intérieur de soi, 2) en portant attention aux différentes perceptions de son corps, 3) en rencontrant son sentiment d'existence et 4) en vivant l'expérience intérieure qui devient la matrice de l'instauration de nouveaux possibles extérieurs. Suite à cette connexion avec soi-même, il semble que les participantes et le participant modifient des manières d'être dans leur vie et effectuent de nouveaux choix, incluant dans la dimension relationnelle. Ainsi, la dimension sociale permet de constater que la connexion à l'autre prend une autre qualité pour nos participantes et notre participant avec les autres professionnelles et professionnels et leur patiente ou patient. Les trois dernières étapes de Large (2009) rendent visible le processus dans la vie extérieure : 5) en apprenant de son expérience intérieure, 6) en laissant se dessiner le sens de l'intérieur et finalement 7) en extériorisant sa transformation en s'actualisant dans ses actions, dans ses relations et dans le monde. Les sept étapes de transformation de Large (2009) illustrent le passage du renouvellement identitaire des participantes et du participant de l'intérieur vers l'extérieur. Ils priorisent les référents intérieurs et engagent un dialogue entre leurs sensations corporelles, leurs états intérieurs, leur monde émotionnel et leur cognition. Nous pouvons mettre en lien la définition de Reed (1992) sur la spiritualité et la qualité de présence et de connexion produite à l'intérieur d'eux et dans la relation aux autres et au monde.

Les participantes et le participant sont plus informés par leur corps de leur réalité intérieure leur permettant ainsi d'être plus en connexion avec eux-mêmes et en cohérence avec leur vie extérieure. Une plus grande proximité au corps est directement en résonance avec la pleine conscience et facilite l'adoption de comportements préventifs, comme le suggère la roue de la santé (figure 2), et permet de tendre vers une approche de médecine intégrative en s'appuyant sur ses capacités de générer plus de santé dans sa vie (Boon *et al.*, 2004; Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007). En effet, être mieux informé et gérer sa vitalité plus efficacement, tout en s'appuyant sur ses propres ressources internes dans un lieu

de confiance pour sa vie, sont autant de points forts facilitant l'accès vers une santé globale. L'enjeu de permettre aux soignantes et soignants comme aux patientes et patients d'habiter une posture d'apprenant pour sa vie est, selon nous, une posture éthique propre, entre autres, à la médecine intégrative. Cette posture est directement en lien avec la santé spirituelle des individus. La prochaine section présente la formation initiale des médecins et l'effet du processus de formation sur l'état de santé des étudiantes et étudiants.

2.2 La formation initiale des médecins

Actuellement, il semble que les conditions d'apprentissage des formations initiales en médecine posent des enjeux de santé pour les étudiantes et étudiants. En effet, plusieurs études notent un niveau élevé d'épuisement chez les étudiantes et étudiants (Brazeau *et al.*, 2010; Colombat *et al.*, 2011; Ishak *et al.*, 2013; Llera et Durante, 2014; Rodrigues *et al.*, 2012). Certaines avancent la possibilité d'un lien entre l'environnement éducatif et le syndrome d'épuisement chez ceux-ci (Brazeau *et al.*, 2010; Llera et Durante, 2014). Cette perspective continue de donner du poids à l'idée que notre environnement et notre état de bien-être influencent directement notre état de santé. Il semble étonnant de constater qu'une formation pour des professionnelles et professionnels de santé génère autant d'inconfort chez leurs propres étudiantes et étudiants. Plusieurs facteurs influencent grandement ce stress dont la performance scolaire, l'ajustement aux responsabilités cliniques, le développement de l'identité professionnelle, l'exposition à la mort et à la souffrance humaine, les conflits éthiques, la pression, les longues journées de travail, la rotation des heures de travail, les habitudes de sommeil perturbées et bien d'autres encore (Regehr, Glancy, Pitts et LeBlanc, 2014).

2.2.1 La gestion du stress dans la formation médicale

La gestion du stress chez les médecins et les étudiantes et étudiants en médecine est un sujet qui suscite beaucoup d'intérêt chez les chercheuses et

chercheurs. Deux articles récents tentent de faire le point sur les interventions et les programmes pour réduire le stress et prendre soin du bien-être des personnes se prêtant à l'expérience. Suite à leur revue systématique de la documentation sur les programmes pour la gestion du stress auprès des étudiantes et étudiants en médecine, Shiralkar, Harris, Eddins-Folensbee, et Coverdale (2013) concluent que toutes les interventions diminuent la détresse émotionnelle. Les données disponibles supportent l'efficacité de certaines formes d'intervention pour promouvoir la santé et la réduction du stress auprès des étudiantes et étudiants en médecine. Les résultats de quatre des cinq études incluant des approches corps et esprit sont en faveur de ce type d'approche. Ces approches incluent des techniques de la pleine conscience et de l'autohypnose. Nos résultats de recherche abondent dans ce sens. Suite à la formation aux pratiques du Sensible, les participantes et le participant disent qu'ils composent mieux avec des situations problématiques. En effet, plusieurs mentionnent pouvoir prendre du recul par rapport aux événements et avoir un regard plus large sur ceux-ci.

Regehr *et al.* (2014) font une revue de la littérature et une méta-analyse des interventions pour réduire les conséquences du stress chez les médecins et étudiantes et étudiants en médecine. Douze études sont analysées. Quatre d'entre elles, faites auprès de médecins avec des approches cognitive, comportementale et de pleine conscience, notent des résultats significatifs importants sur le stress et l'anxiété contrairement à un groupe contrôle, quatre autres montrent des résultats significatifs modérés. Les quatre dernières études sur l'épuisement professionnel démontrent un changement significatif modéré entre un pré-test et un post-test. Même si les approches diffèrent et que leur durée varie, les chercheuses et chercheurs concluent que « with both medical students and physicians in different countries, the results are remarkably consistent across studies » (Regehr *et al.*, p. 358). Selon Regehr *et al.* (2014), le stress est inhérent à la profession de médecin et « that the outcomes of stress are associated with risks to both the physician and their patients, it is imperative that physicians have access to interventions that reduce stress, anxiety, and potentially burnout » (*Ibid.*, p.358). Les approches corps / esprit telles que les

pratiques du Sensible semblent être une voie dans laquelle il serait judicieux d'investir davantage, comme l'état intérieur et émotionnel du médecin semble influencer directement la qualité des soins incluant la qualité relationnelle.

2.2.2 La gestion des états intérieurs et émotionnels dans la formation médicale

L'année d'entrée en stage semble être un moment charnière où les étudiantes et étudiants rencontrent des difficultés personnelles majeures dans leur parcours de formation (Bellini et Shea, 2005). L'état de mal-être, de stress et le niveau d'empathie en baisse à cette période de leur formation peuvent être les symptômes d'un manque d'accompagnement pour gérer des situations nouvelles et extrêmes. L'étudiante ou l'étudiant a besoin d'apprendre à composer avec ces situations en tenant compte de son monde émotionnel et de ses limites corporelles.

Les récentes recherches sur les sciences cognitives démontrent que l'état émotionnel de la personne produit des effets sur l'élaboration des processus cognitifs tels l'attention, la perception, la mémoire et la prise de décision (McNaughton et LeBlanc, 2012). Il semble que les professions liées à la santé ne tiennent pas suffisamment compte de l'effet des émotions sur le raisonnement :

« In the health professions, these concepts have not been well integrated into our understanding of competency. Attempts at understanding motor skill acquisition, clinical-reasoning and decision-making skills, transfer of knowledge, and team performance are very much grounded in a purely cognitive approach, with virtually no discussion of the role of feelings and moods on these processes » (McNaughton et LeBlanc, 2012, p. 82).

Très interpellée par l'objectivation de l'activité du médecin et de ses décisions, la profession voulait répondre à un besoin de normalisation de la formation des futurs médecins appuyé sur des preuves scientifiques. Toutes les approches en dehors de ces normes sont devenues caduques et dépourvues d'intérêts. Il semblerait

au vu des connaissances d'aujourd'hui que la part subjective, corporelle et humaine ait été mise de côté.

Non seulement la dimension émotionnelle affecte la capacité du médecin à œuvrer dans sa profession et auprès de ses patientes et patients, mais cette dimension de l'être humain agit directement sur l'organisme et la santé générale des individus. En effet, l'incidence des émotions sur l'état de santé des individus fait ressortir la nécessité de prendre en compte la personne dans toute sa globalité. Comme expliqué précédemment, des chercheuses et chercheurs avancent que la manière d'être et de vivre dans le corps semble être un facteur de santé. En effet, selon les travaux de Fredrickson *et al.* (2013), il semblerait qu'une personne joyeuse ait moins de chance d'avoir des épisodes de vie teintés de la maladie. Toujours selon leurs travaux, une personne habitée par un sentiment de joie et pour qui la vie a du sens posséderait un grand atout. Une qualité de savoir-être semble être la base d'une vie en santé. Cette qualité teinte l'impulsion de laquelle émerge notre agir professionnel, comme l'expliquent également Bourassa *et al.* (2003) :

Une connaissance de soi plus approfondie, [...] exerce inévitablement un effet éclairant sur notre agir. Et c'est en partie cette représentation de soi qui façonne notre savoir-être et notre savoir-faire et permet de retrouver dans l'action un niveau d'efficacité personnelle et professionnelle satisfaisant (p.169).

Dans le sens du savoir-être, Demers (1991; 2008) plaide en faveur d'une démarche éducative qui s'appuie sur une nouvelle éducation corporelle, afin d'apprendre aux générations futures à mieux vivre et à être responsables de leur santé globale (corporelle, sociale, mentale et spirituelle). Il fait appel à la capacité des individus de développer leur conscience et d'engager une réflexion et un regard critique sur soi, les autres et leur milieu de vie. Les participantes et le participant à notre recherche ont, par l'expérience corporelle, développé une qualité d'écoute d'eux-mêmes et d'autrui à la fois, tout en renforçant leur capacité d'être acteur ou actrice de leur choix, de leur santé et leur vie. En effet, leur accroissement de

présence à eux-mêmes leur a permis d'être plus conscients d'eux-mêmes et de leur vie et, lorsque nécessaire, de poser des actions vers des conditions plus adaptées à leur réflexion intérieure.

2.2.3 À l'ère du renouvellement de la formation médicale

La formation professionnelle des futurs médecins n'échappe pas à l'approche par compétences. Selon Hodges et Lingard (2012), cette transformation semble être une des plus importantes depuis le rapport Flexner, publié en 1910. Ceux-ci enchaînent en spécifiant l'importance de la qualité de présence « mindfulness » au sein de la compétence (Hodges et Lingard, 2012). En effet, il semble que la qualité d'attention et de présence soit un ingrédient de base pour atteindre un meilleur niveau de compétence dans l'agir professionnel. Une certaine forme de savoir-être agit et permet de maximiser le savoir-faire. Dans son rapport à l'Unesco, Delors (1996) discutait déjà des enjeux éducatifs et de la nécessité d'un « apprendre à être » sur lequel s'appuient les autres types d'apprentissages. La compétence des compétences serait une capacité de réponse humaine (Hodges et Lingard, 2012).

Présentement en élaboration, la nouvelle version du cadre de compétences CanMEDS (2015) du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada met plus d'emphase sur la responsabilité envers soi-même au sein du rôle professionnel, incluant la nécessité de prendre soin de soi, évidemment dans une intention de mieux servir les autres. Cette nouvelle version semble mettre plus en évidence l'influence de l'état de conscience de la personne sur elle-même et sa capacité de prendre soin d'elle-même. Ce renouvellement du CanMEDS décrit d'une manière plus élaborée et descriptive l'importance et l'impact, pour la profession, d'être plus conscient et de prendre soin de soi. Le défi demeure entier et met en lumière la nécessité de trouver les meilleurs moyens d'apprendre et d'intégrer cette habileté à prendre soin de soi au fil d'une formation exigeante et exténuante pour plusieurs. La difficulté est d'élaborer un programme de formation où la coexistence de l'exigence scolaire et du prendre

soin de soi est possible, plutôt que de simplement enrayer le stress par des interventions. Cette manière de concevoir le processus de formation est directement en lien avec la définition de la santé proposée plus tôt par Huber *et al.* (2011) : « the ability to adapt and to self manage » (p.235). Encore faut-il que les conditions d'adaptation ne soient pas devenues une demande déshumanisante ou qui outrepassent une certaine limite et qu'elles ne viennent donc pas mettre en péril la santé des étudiantes et étudiants. Il s'agirait alors d'un manque de prise en compte coûteux pour les futurs médecins.

À notre avis, il est intéressant de porter attention au processus de formation et à ses effets sur les étudiantes et étudiants de médecine afin de participer à leur émancipation en cours de formation et ainsi contribuer aussi à leur propre état de santé tant biologique que psychologique, social et spirituel. Dans un contexte nord-américain, à travers sa recherche, Frank (2004) démontre le lien possible entre la capacité de prendre soin de sa propre santé et la propension à conseiller plus ses patientes et patients sur leur santé. Les résultats de sa recherche suggèrent que la ou le médecin a ainsi plus d'influence sur ses patientes et patients. Il semblerait donc que mettre l'accent sur un enseignement qui habilite les futurs médecins à prendre soin d'eux-mêmes aurait des effets sur eux-mêmes, leurs pratiques et possiblement sur leurs patientes et patients. Cette capacité d'autogestion est directement en lien avec la définition de la santé proposé par Huber *et al.* (2011).

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) a produit un rapport en 2010 sur l'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC). Ce rapport « examine comment les programmes d'études prédoctorales menant à un diplôme de doctorat en médecine (MD) au Canada pourraient mieux répondre aux besoins en évolution de la société » (p. 3). Trois recommandations du rapport AEMC vont dans le sens des résultats de notre projet de recherche, suite à l'enseignement des pratiques du Sensible. En effet, la première tente de mettre l'accent sur la nécessité de répondre aux besoins individuels et communautaires, par une approche centrée sur le patient et

la famille. À ce titre, les participantes et le participant à notre recherche témoignent qu'ils sont plus disponibles à leur patiente ou patient. En plus, dans la relation thérapeutique, leur écoute et leur communication sont plus riches, bonifiées par le toucher. Les participantes et le participant disent répondre d'une manière plus singulière aux besoins de leurs patientes et patients. La seconde recommandation vise à promouvoir la prévention et la santé publique. Pour ce faire, les auteurs mentionnent clairement que :

La santé, c'est bien davantage que l'absence de la maladie. La promotion d'une population canadienne en santé demande bien plus que de traiter les maladies quand elles surviennent; c'est aussi promouvoir des modes de vie sains, de se préoccuper des déterminants sociaux de la santé et prévenir la maladie avant qu'elle se produise (p. 21).

La plus grande proximité à leur corps leur permet d'être plus préventives et préventif pour eux-mêmes et leurs patientes et patients. Effectivement, nos résultats suggèrent que les pratiques du Sensible permettent aux personnes d'être plus présentes à elles-mêmes et d'être plus en contact avec leur état corporel, intérieur et émotionnel, afin de pouvoir agir de façon préventive face à leur état de santé. La troisième recommandation évoque clairement l'importance de bien exposer le curriculum caché en l'identifiant et que « les étudiants, les enseignants et les professeurs s'en préoccupent à toutes les étapes de l'apprentissage » (*Ibid.*, p. 23). Les pratiques du Sensible construisent une qualité de présence des participantes et du participant, qui privilégie leurs référents intérieurs plutôt qu'extérieurs, ce qui permet de pallier certains effets du curriculum caché. La prochaine section présente les formations aux approches corps / esprit dans différents cursus de formation médicale.

2.3 Les formations corps / esprit dans les cursus de formation en médecine

Un nombre limité d'institutions ont intégré des cours de pleine conscience ou d'approche corps et esprit à leur programme de médecine, dont l'University of Rochester School of Medicine and Dentistry aux États-Unis et Monash Medical School en Australie (Dobkin et Hutchinson, 2013). Récemment, au Québec, deux facultés de médecine offrent un cours de formation à la pleine conscience inclus dans leur programme de formation régulier. La secrétaire de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal a confirmé l'inclusion du cours « cultiver une pratique médicale attentive et attentionnée » à la troisième année de formation, pour l'année scolaire 2014-2015. Comme nous l'a confirmé personnellement Dobkin, depuis 2015, l'Université McGill a intégré le cours intitulé « Pratique médicale consciente » à son programme régulier de formation pour les étudiantes et étudiants de deuxième année de médecine. Ce cours de formation était auparavant offert en option aux étudiantes et étudiants de quatrième année. Suite à une recherche sur Google, Dobkin et Hutchinson (2013) mentionnent d'autres universités, principalement situées aux États-Unis (8) et au Canada (4) qui offrent des cours optionnels sur des approches corps / esprit ou la pleine conscience, soit dans l'esprit d'une meilleure gestion du stress pour les étudiantes et étudiants et leur future vie professionnelle, soit dans l'objectif d'aller vers une ouverture à la médecine intégrative. Dobkin et Hutchinson (2013) mentionnent l'efficacité de ses approches : « In general, results indicate that such programmes are beneficial in terms of reducing negative emotions and stress, as well as enhancing mindfulness, empathy and self-compassion » (p. 769). Selon ces mêmes auteurs, malgré la diversité des formes d'enseignement, « the results are uniformly positive » (*Ibid.*, p. 777). Les auteurs ont remarqué chez leurs étudiantes et étudiants que, même si la formule temporelle est changée, par exemple, une rencontre hebdomadaire sur huit semaines ou bien sept rencontres à raison de deux par semaine, les résultats ne sont pas altérés (Dobkin et Hutchinson, 2013).

Les différentes recherches suggèrent que ces approches sont très intéressantes pour la gestion du stress et qu'elles permettent aux étudiantes et étudiants en médecine de passer à travers leur cursus de formation mieux outillés pour affronter les vagues de stress plus intenses. Contrairement aux autres études, celle de Hassed *et al.* (2009) apporte un autre regard, puisque la formation était obligatoire au programme de l'Université Monash lors de la recherche.

To this date, no study has yet reported on a program delivered to a whole cohort as an integrated part of core-curriculum which demonstrates enhancement of medical student psychological and physical wellbeing at a time when it would be expected to be at its lowest (Hassed *et al.*, p. 395).

Ces approches semblent avoir des effets sur les différentes dimensions de la santé, comme le suggère aussi notre propre recherche (la biologie, la psychologie, l'inscription sociale ainsi que spirituelle). L'interrelation entre la formation et la santé va directement dans le sens des propos d'Honoré (2003) : « Les pratiques aujourd'hui professionnalisées dans la formation et dans le soin, dès lors qu'elles sont mises en perspective, en engageant sur le chemin du sens, se découvrent indissociablement formatives et soignantes » (p. 180). Une des particularités de ces approches est la forte implication des participantes et participants, car la plupart du temps, les apprentissages sont de type expérientiel. Beaucoup d'auteurs et auteurs signalent l'efficacité de l'enseignement de type expérientiel pour ce type d'approche (Elder *et al.*, 2007; Hassed *et al.*, 2009; Hewson *et al.*, 2006; Rosenzweig *et al.*, 2003 et Saunders *et al.* 2007).

De l'ensemble des facultés médicales enseignant les MAC, seul un petit nombre inclut des formations sur les approches corps / esprit ou la présence à soi. Plusieurs raisons semblent expliquer leur rareté : des méthodes d'enseignement exigeantes en ressources, la difficulté d'évaluation de ces habiletés de présence et de réflexion ainsi que le fossé toujours aussi présent entre le paradigme de la médecine complémentaire et celui de la médecine conventionnelle (Saunders *et al.*, 2007). La

prochaine section discute des résultats sous l'angle de l'apprentissage expérientiel que constituent les pratiques du Sensible explorées par les médecins participant à notre recherche.

3. L'APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL ET LA PRATIQUE MÉDICALE

L'apprentissage par l'expérience poursuit cette noble visée de faire advenir le sujet de l'expérience à son devenir par l'intermédiaire d'un rapport particulier à son action. Le courant de l'apprentissage expérientiel s'est inspiré des penseurs en philosophie de l'éducation qui ont influencé les théories et les pratiques pédagogiques depuis bien longtemps et depuis des lieux géographiques variés. Selon certaines auteures et certains auteurs (Bourassa *et al.*, 1999; Yardley *et al.*, 2012), les références d'origines peuvent variées, mais certains sont incontournables : Dewey, Piaget, Lewin et Kolb.

Le philosophe américain Dewey (1859-1952), l'auteur de la célèbre phrase « learning by doing », a permis de positionner l'importance de l'action directe envisagée dans une perspective de projet au cœur du processus d'apprentissage par l'expérience. En dehors d'une expérience d'apprentissage direct, le philosophe suggère que quelque chose est perdu dans le processus d'apprentissage. Le rôle de l'enseignante ou de l'enseignant n'est plus de transmettre un savoir « but to guide and assist learners who were actively working through meaningful experiences » (Yardley *et al.*, 2012). De son côté, le suisse Piaget (1896-1980) développe le courant qui considère l'expérience comme une résultante de l'interaction avec soi, avec les autres et avec l'environnement. Selon lui, l'expérience est aussi créatrice de transformations, non seulement dans l'actrice ou l'acteur mais aussi sur le terrain de son action.

D'origine allemande et réfugié aux États-Unis, Lewin (1890-1947) est particulièrement intéressé par la dynamique du groupe et le rôle de l'action et de l'apprentissage dans la transformation. « Selon Lewin, pour apprendre, il faut que la

réflexion s'inscrive dans l'action » (Bourassa *et al.*, 1999, p. 35). Lewin élabore aussi les quatre phases de l'apprentissage qui sont ensuite reprises par Kolb : expérience concrète, observation réfléchie, conceptualisation abstraite et seconde expérimentation pour vérifier la conceptualisation. Pour Kolb, apprendre est « un processus selon lequel la connaissance est créée par la personne à travers une transformation vécue dans une expérience » (*Ibid.*, p. 45-46).

Les auteurs de référence conçoivent l'apprentissage expérientiel comme un processus qui transforme l'apprenante ou l'apprenant, comme le proposent nos résultats de recherche. En effet, nos résultats suggèrent que les participantes et le participant se transforment dans leur rapport à leur corps, à eux-mêmes et aux autres, en incluant celui dans leur relation professionnelle. Suite au programme de communication consciente, la recherche de Beckman *et al.* (2012) note que les médecins rapportent avoir vécu des profondes transformations. Dans leur article, Hassed *et al.* (2009) mentionnent aussi la profondeur des apprentissages réalisés par l'expérience des étudiantes et étudiants en médecine lors du programme d'amélioration de la santé : « Experiential learning is seen as the most effective way to achieve deep learning, integration, empathy, and personal benefit » (p. 392).

L'apprentissage expérientiel fait partie intégrante de la formation des futurs médecins, mais la pédagogie sur le terrain semble nébuleuse et crée parfois des conflits chez les étudiantes et étudiants apprentis en les exposant à des pratiques venant à l'encontre de leurs apprentissages antérieurs (Yardley *et al.*, 2012). Plutôt qu'être guidés et assistés dans une pratique qui donne du sens à leur expérience (Yardley *et al.*, 2012), il semble qu'ils peuvent vivre cette période d'apprentissage sous le signe du conflit intérieur.

Ces conflits intérieurs arrivent principalement lorsque l'étudiante ou l'étudiant est en formation sur le terrain et tente de se construire une identité professionnelle et un sentiment d'appartenance à la profession. Transmis entre autres,

par le corps professionnel enseignant, le curriculum caché peut nuire à la formation professionnelle. Les éducatrices et éducateurs devraient notamment « recognize medical education as a cultural process and therefore as something that is constantly buffeted by external forces and by problems of internal integration » (Hafferty, 1998, p. 404). En effet, l'étudiante ou l'étudiant est dans un moment important de construction de son identité professionnelle. Il cherche l'approbation de son supérieur, tout en étant confronté à des pratiques sur le terrain en rupture avec l'enseignement reçu précédemment. Le transfert de savoirs des médecins seniors comprend des messages contradictoires et crée, selon certains, des barrières au sein de la relation avec la patiente ou le patient et les autres professionnelles et professionnels (Michalec et Hafferty, 2013). En plus, durant cette période d'apprentissage, l'interaction sociale et le soutien affectif, cognitif et pratique sont des conditions nécessaires au succès de l'apprentissage (Yardley *et al.*, 2012).

La dynamique relationnelle de nos participantes et de notre participant a changé positivement suite à la formation aux pratiques du Sensible. En effet, elle a été enrichie. Ce type de transformation serait profitable pour les relations entre les médecins séniors et les apprentis en médecine lors des apprentissages expérientiels. Cette formation semble être porteuse de transformations autant pour les participantes et le participant que pour leur environnement, comme semblent l'indiquer les tenants des apprentissages expérientiels comme le mentionne Piaget. La prochaine section expose les apprentissages expérientiels des pratiques du Sensible où les étudiantes et étudiants apprennent des deux postures en tant que donneur (praticienne ou praticien) et receveur (patiente ou patient).

3.1 L'apprentissage par l'expérience de la posture de la praticienne ou du praticien à celle de la patiente ou du patient

L'apprentissage expérientiel par les pratiques du Sensible permet d'apprendre autant de la posture de la praticienne ou du praticien que de celle de la patiente ou du patient, car à tour de rôle les étudiantes et étudiants changent de

posture et sont ainsi amenés à vivre les deux perspectives. Il semble que ces deux postures permettent d'acquérir des visions de la santé et du soin très particulières. En effet, nos participantes et notre participant ont amélioré leur santé et ont changé, pour certaines, leur conception de la santé tout en modifiant leur manière d'exercer leur profession.

3.1.1 La présence du corps dans l'expérience

Les participantes et le participant de notre recherche ont habité les deux postures d'apprentissage où la mobilisation du corps est au cœur de la pratique à partir d'un toucher relationnel. Cette particularité relationnelle nous amène à nos deux derniers objectifs de recherche au sein de la sphère professionnelle : identifier et décrire, le cas échéant, les transformations rapportées par les médecins à l'égard de leur qualité de présence aux autres professionnelles et professionnels, à leurs patientes et patients, suite à leur formation aux pratiques du Sensible. Les participantes notent des changements dans leur pratique médicale au sein de la relation aux autres professionnelles et professionnels. Elles témoignent que la communication s'est améliorée et que leur implication est mieux ajustée. Les participantes et le participant remarquent aussi des transformations dans la qualité de présence aux patientes et patients : une qualité de présence qui s'appuie sur le corps et qui enrichit leur communication par la qualité d'écoute et du toucher.

Dans la documentation, peu de recherches traitent de ce type de changement dans la relation thérapeutique. En effet, la dimension de l'agir professionnel suite à des pratiques corps / esprit est peu documentée (Dobkin et Hutchinson, 2013; Hassed *et al.*, 2009). Beckman *et al.* (2012) signalent que plus de 50 % des participantes et participants « increased self-awareness and better ability to respond nonjudgmentally during personal or professional conversations » (p. 817). Dans la même recherche, la formation sur la communication consciente (par la méditation de type pleine conscience, des exercices de conscience de soi, des récits sur des expériences

cliniques significatives, des entretiens, du matériel didactique et des discussions) « improved the participants' perceptions of their ability to be attentive and listen deeply to their patients' concerns and respond to them more effectively » (*Ibid.*, p. 818).

À notre connaissance, aucune intervention menée auprès de médecins ou d'étudiantes et étudiants en médecine et décrite dans la documentation n'implique autant le toucher et la participation du corps. Des recherches sur les pratiques du Sensible dans le domaine de l'enseignement auprès d'élèves permettent de positionner nos résultats. Melo da Silva (2013), chercheuse dans le milieu de l'enseignement, soutient que sa relation avec ses collègues est plus cohérente et structurée tout en s'appuyant sur un état d'être plus ouvert et compréhensif. Elle mentionne aussi des changements dans sa façon de communiquer « avec les autres d'une manière plus douce et assertive » (p. 66). Toujours dans le domaine de l'enseignement, Villeneuve (2013) suggère que les enseignantes ayant suffisamment expérimenté les pratiques du Sensible pour les appliquer en classe, développent une perception empathique de leurs élèves et sont ainsi plus à même de « capter le niveau d'attention de ses élèves, leur disponibilité ou leur saturation face au travail scolaire » (p. 77). Melo da Silva (2013) parle d'un changement de posture relationnelle avec les élèves.

Comme nous l'avons exposé dans le chapitre précédent, la dimension relationnelle est teintée de l'apport du corps, comme organe de perception plus conscient du médecin. Par exemple, Marie-Hélène, Nathalie, Isabelle et Philippe retrouvent une qualité de relation avec la patiente ou le patient sur la base du toucher, un toucher donnant des informations sur l'état de santé de la patiente ou du patient. Une forme de relation se construit à partir du toucher qui permet au médecin de lire la santé invisible à l'œil et aux tests biologiques. Une santé perceptible par le contact manuel comme l'exprime Isabelle : « Quand on met la main sur quelqu'un, on sent des choses. Il y a des densités, il y a des zones qui ne vont pas bien. Ça va au-delà de

la santé visible, c'est plus profond ». Un réservoir de vitalité propre au corps peut être considéré et même potentialisé. Selon nos participantes et notre participant, leurs perceptions s'enrichissent et modifient leur pratique. Comme le mentionne Melo da Silva (2013), dans un contexte d'enseignement, la dimension relationnelle avec les collègues est modifiée par les nouvelles perceptions de leur corps sensible.

Cette transformation vient mettre en évidence le changement du statut du rapport au corps qui modifie également la pratique médicale. À l'instar de Bois (2007), nous pourrions dire que c'est le statut du corps qui change. Si l'on suit sa typologie, toutes les participantes et le participant auraient expérimenté la troisième catégorie : « J'habite mon corps » (p. 58). Bois (2007) définit cette catégorie comme un corps « prenant le statut de sujet, impliquant un acte de perception plus élaboré, le ressenti devenant lieu d'expression de soi à travers les perceptions internes » (*Ibid.*, p. 58). Pour d'autres participantes et le participant, l'écoute du corps leur permet d'apprendre une forme de langage émergeant de l'intériorité. Là, il semble que la cinquième catégorie soit vécue : « J'apprends de mon corps » (*Ibid.*, p.58). Ainsi, toujours selon les propos de Bois (2007), cette catégorie fait référence à un « Corps sensible, caisse de résonance de l'expérience capable de recevoir l'expérience et de la renvoyer au sujet qui la vit » (*Ibid.*, p.58). Nos participantes et notre participant ont vécu, pour la plupart, un statut du rapport au corps renouvelé suite à la formation aux pratiques du Sensible. Il semble que nos participantes et notre participant ont expérimenté une transformation de l'image de leur corps et de l'image de soi comme le suggère la recherche de Duprat (2007) effectuée auprès des personnes ayant des troubles alimentaires.

3.1.2 La nouveauté dans l'expérience

Kolb, cité par Pineau et Courtois (1991), souligne aussi cette dimension de nouveauté inhérente à l'apprentissage par l'expérience et il le voit en terme de processus de production de savoirs à partir de l'expérience transformée, dans le sens

qu'elle est vécue par un sujet en transformation au cours de son expérience. « L'apprentissage expérientiel est un processus par lequel des connaissances sont créées à partir d'une transformation de l'expérience. Ces connaissances nouvelles résultent de la saisie (préhension) de l'expérience et de sa transformation » (Pineau et Courtois, 1991, p. 26). Nos participantes et notre participant rencontrent des nouvelles expériences perceptives durant et après la formation aux pratiques du Sensible, comme le proposent d'autres chercheuses et chercheurs des pratiques du Sensible (Angibaud *et al.*, 2013; Bertrand, 2013; Bois, 2007).

Parmi les auteurs contemporains plus proches de notre point de vue, Bourassa *et al.*, (1999) définissent l'apprentissage par l'expérience comme une action qui implique une rupture avec le passé : « Faire ou vivre une expérience d'apprentissage implique une nouveauté dans la compréhension et peut entraîner un changement dans les actions futures. L'expérience comporte une rupture avec ce qui existait auparavant » (Bourassa *et al.*, 1999, p. 5). Deux participantes nous partagent également qu'elles ont changé entre le début et la fin de la formation. Les travaux de Bois (2007) abondent aussi dans le sens d'une transformation radicale de la personne donnant la sensation d'être en présence d'une autre personne. Duval, Duprat et Berger (2013) font aussi mention au sein de leur recherche que les témoignages des participantes attestent aussi d'une rupture temporelle entre l'avant et l'après traitement en fasciathérapie.

Le champ de l'expérience humaine ne peut pas faire fi de la question de la nouveauté. Il y a expérience pour le sujet en autant qu'elle l'introduit dans l'inconnu, qu'elle ouvre à un imprévu qui va opérer une rupture avec ses habitudes de percevoir le monde et de se percevoir lui-même. C'est cette nouvelle manière de percevoir qui permet de savoir que le sujet est dans un processus d'apprentissage, car son expérience permet de renouveler non seulement sa compréhension mais aussi de sortir du cercle vicieux de la simple répétition du déjà connu. Fortin (2013) argumente en faveur d'une pédagogie qui propose des situations diversifiées et en

dehors des habitudes de l'étudiante ou l'étudiant en médecine pour enrichir « son univers intérieur par une réflexion éthique et déontologique » (p. 299). L'auteur suggère que des situations en dehors des normes permettent à l'étudiante ou l'étudiant de mieux affronter la complexité par une qualité de savoir-être construit par les prises de conscience sur ses croyances erronées et inappropriées. Dans le contexte des apprentissages transformateurs, Glee et Scouarnec (2008) avancent l'idée qu'une déstabilisation de la personne peut être à la source d'un renouvellement d'elle-même où elle se réapproprie sa propre vie.

3.1.3 La nécessité d'être Sujet de son expérience

Parler d'expérience suppose qu'il y a un sujet, c'est-à-dire une personne en situation qui vit cette expérience et qui tente d'en comprendre quelque chose et donc d'en faire une occasion d'apprentissage. Dans sa recherche exploratoire auprès de quelques participantes et participants au contact des pratiques du Sensible, Bertrand (2013) explique qu'une des dimensions importantes qui apparaît dans ce processus est, entre autres, la notion de sujet. Certaines participantes de notre recherche ont pleinement investi leur prise de conscience dans l'action, tandis que d'autres n'ont pu le faire que partiellement. Selon la recherche de Duval, Duprat et Berger (2013), il semble que les pratiques du Sensible supportent les participantes et participants dans cette capacité d'habiter la posture de sujet : « Nous observons également que les personnes accompagnées en fasciathérapie évoluent alors d'un statut de patients à celui d'acteurs de leur propre santé, plus responsables de leurs comportements individuels reconnus comme des déterminants de la santé » (p.53). Dans le contexte éducatif, Villeneuve (2013) fait aussi mention de la construction chez les élèves d'une forme de conscience témoin.

Selon nos résultats de recherche, il semble que la rupture créée par l'expérience corporelle nouvelle, plus riche perceptivement, initie des transformations chez nos participantes et notre participant. Ces transformations amènent un

changement de statut du rapport au corps dans leur expérience personnelle et professionnelle. Selon Fortin (2013), une rupture semble être un lieu privilégié d'où peut émerger un savoir-être né de la confrontation avec l'expérience inédite. En plus, comme nous l'avons vu précédemment, la capacité à rester sujet de l'expérience semble être aussi une condition nécessaire à la transformation. La prochaine section explicite davantage la notion de savoir-être issu du processus de transformation des participantes et du participant.

3.1.4 Une mise à distance, une méta-position d'où émerge un savoir-être

Le changement de statut du rapport au corps a plusieurs répercussions dans la manière dont la personne vit son corps et son expérience. Les participantes et le participant prennent ainsi une forme de distance à leur expérience et simultanément une proximité dans une richesse d'éprouvé. Leur expérience est plus ressentie et pleine intérieurement. Les participantes et le participant notent une plus grande proximité à eux-mêmes et à la fois, pour certaines participantes, vivent une certaine forme de prise de recul. Quatre participantes mentionnent qu'elles prennent les situations de manière plus large, avec plus de conscience des problématiques et de recul par rapport à celles-ci. Quatre participantes nomment aussi qu'elles sentent à la fois une plus grande justesse dans leur distance thérapeutique et plus de proximité avec leur patiente ou patient. Il semble que cette manière de vivre l'expérience est le fruit de l'attention qui a changé de statut. En effet, Bois (2007) propose une définition de l'attention avec quatre statuts différents. Le dernier se caractérise par une attention à sa présence, une conscience témoin. Selon Bois (2007), à ce stade, la personne vit l'expérience au « niveau le plus fin de réception » (p. 104). Ce type de rapport à l'expérience semble s'apparenter à la posture de recherche de Berger (2009) : « la distance de proximité » (p. 235). Dans le travail de nature identitaire au sein d'une maîtrise professionnelle en éducation, Rondeau (2014) note aussi une « dynamique de distanciation-rapprochement » qui déclenche un processus de transformation chez les participantes.

Les participantes et participants de la recherche de Beckman *et al.* (2012) rapportent : « that by developing the self-awareness to appraise their own reaction, as practitioners, they became more accepting and responsive to others' needs » (p. 817). Angibaud *et al.* (2013) mentionnent que les participantes à leur recherche ont plus de recul et de discernement face aux situations et que d'autres sont moins sous l'emprise de leur peur. À l'instar de nos résultats, ceux de Angibaud *et al.* (2013) semblent valider la boucle pour grandir en conscience que nous proposons dans la figure 5 du chapitre trois. Il s'agit d'une boucle présentée en quatre étapes pour agrandir le champ de conscience de la personne : 1) l'attention, outil nécessaire à la perception, est sollicitée par les conditions extra-quotidiennes; 2) les capacités perceptives éduquables ouvrent vers de la nouveauté; 3) les nouvelles perceptions établissent un nouveau rapport au corps et 4) le nouveau rapport au corps installe davantage de présence à soi. Les prises de conscience et de recul semblent indirectement reliées aux dialogues intérieurs des participantes et du participant qui ont surgi grâce à une plus grande proximité à leur corps, à leur ressenti et à leur capacité de réflexion, après avoir suivi une formation aux pratiques du Sensible.

3.1.4.1 Un déplacement identitaire

Là où avant nos participantes et notre participant étaient en manque de perspective par rapport à eux-mêmes, l'expérience corporelle en dehors de leurs habitudes leur permet de se vivre d'une autre manière et de créer un contraste par rapport à avant. Plusieurs auteures et auteurs (Bertrand, 2013; Bois, 2007; Large, 2009; Large, 2007) parlent de cette notion de contraste qui met en évidence chez nos participantes et notre participant un changement identitaire, une forme de déplacement intérieur. L'intensité du contraste met en évidence la distance du déplacement et l'ampleur du changement opéré chez les personnes. Quatre de nos participantes ont énormément changé, comme le proposent aussi les travaux de Bois (2007). Paradoxalement, les personnes ont changé et, comme le suggèrent les résultats de Large (2007), les participantes et le participant sont un peu plus eux-

mêmes. En effet, le déplacement identitaire propose que les personnes sont plus en lien avec elles-mêmes à partir de leur expérience corporelle et, en même temps, elles changent car elles sont moins en périphérie d'elles-mêmes.

Chercheuses et chercheur des pratiques du Sensible, Duval *et al.*, (2013) abondent dans le sens d'un renouvellement de l'identité qui change les manières d'être de la personne : « La découverte et la validation de cette nouvelle identité de soi conduit la personne à reconsidérer ses modes de vie, le rapport à son corps, à soi, à sa santé et au monde » (p. 53). De son côté, Bertrand (2013) mentionne une forme de renouvellement « d'un rapport à soi pluriel » (p. 42).

Suite aux pratiques du Sensible, les participantes et le participant de notre recherche ont accès à un savoir-être construit au fil de leur traversée dans leur processus de transformation et de changement identitaire. Selon la définition de l'attention de Bois (2007), il semble que la mobilisation de l'attention soit la première étape nécessaire pour enrichir notre savoir-être. En effet, par la suite l'attention change de statut pour devenir un « rapport à l'expérience » et aussi amener une qualité de présence permettant l'observation de soi. De son côté, la qualité d'être semble issue des choix que la personne fait dans un plus grand respect de ses référents intérieurs. Le non-respect des référents intérieurs construit un écart entre soi et soi. En privilégiant les référents externes, l'écart avec nos propres référents constitue le lieu de la construction du mal-être. L'écart peut être réduit par le sujet qui vit l'expérience corporelle et fait des choix conséquents avec ses référents internes. Évidemment, la personne demeure complètement libre de ses choix d'acter sa vie en fonction des référents intérieurs ou extérieurs. Le changement identitaire s'effectue au cœur du sujet, à partir de son expérience corporelle intime, lorsque celui-ci change l'importance accordée aux référents intérieurs par rapport aux référents extérieurs.

Selon Rondeau (2014), lors du travail identitaire au sein de la maîtrise en éducation, chaque étudiante « sans exception, a vécu des transformations de nature et d'intensité variables » (p. 176). L'auteur discute aussi d'un effet entre la vie intérieure et extérieure des étudiantes; elle mentionne qu'un voile protecteur et transmetteur sépare ces deux univers.

Une première fonction concerne la protection : « Protecteur dans le sens où il [le voile] restreignait (*sic*) l'atteinte au véritable soi qui avait peut-être peur de se révéler comme il est vraiment, peur de l'embarras, peur du ridicule, du jugement, du rejet et souvent, de tout simplement ne pas être aimé par les autres » (*Ibid.*, p. 179). Une deuxième fonction concerne la transmission : « Transmetteur dans le sens où il [le voile] laissait passer des ondes de résonance qui sont venues toucher la personne et déclencher une série de sensations, d'émotions, de questionnements et de remises en question » (*Ibid.*, p. 179).

Cette deuxième fonction évoque le modèle de communication proposé par Myers et Myers (1990) selon lequel les personnes en communication sont en résonance les uns avec les autres et transmettent constamment de l'information. Il semble que l'accroissement de perception chez nos participantes et notre participant et l'engagement dans un dialogue entre soi et soi ont contribué à mettre en lumière ce voile. Selon Myers et Myers (1990), le premier but de la communication est de nous permettre de « découvrir qui nous sommes et apprendre à nous connaître davantage » (p. 2). Le voile a été mis en évidence et la communication interpersonnelle est plus consciente. Nos participantes et notre participant témoignent d'une amélioration de leur communication qui est plus fluide, abondante et enrichie par la perception et le toucher.

3.1.4.2 Une qualité de savoir-être avec soi

Un savoir-être construit au fil du rapprochement de soi, par une vie vécue en privilégiant ses référents internes, est le chemin vers plus de cohérence pour les participantes et le participant. Il semble que l'appui sur les référents internes leur permet de s'édifier sur des bases plus saines pour leur état intérieur et leur vie. Suite aux pratiques du Sensible, Angibaud *et al.* (2013) abordent aussi une notion de recentrage des participantes à partir d'une expérience plus intériorisée. Au moment où les participantes « ont accès à des perceptions corporelles nouvelles, plus riches, arrive également un sentiment de plus grande proximité à son intériorité et de mieux-être » (p. 30). Dans le milieu éducatif, Villeneuve (2013) observe que les enseignantes expérimentées dans les pratiques du Sensible sont habitées par « un sentiment de solidité intérieure et de stabilité [qui] procure un état de confiance » (p. 76). Elle poursuit en ajoutant : « un état de mieux-être s'installe pendant l'activité professionnelle, avec moins de pression et de stress venant du contexte professionnel » (p. 76). Toujours dans un contexte professionnel en éducation, Melo da Silva (2013) confie que la formation aux pratiques du Sensible a engendré « un autre état d'Être dans mon métier » (p. 66). Une recherche en éducation somatique fait également référence à une diminution d'effets des éléments extérieurs chez des participantes ayant des troubles alimentaires : « Based on our finding, we can say that increasing subjective sensorial experience has helped most of the participants reduce the effect of external influences on them » (Fortin et Vanasse, 2011, p. 138).

Dans leur article, Dobkin et Hutchinson (2013) suggèrent qu'un certain savoir-être, une qualité d'être chez la ou le médecin, pourrait avoir des effets sur l'expérience de stress de la praticienne et du praticien et sur sa capacité de se relier aux patientes et patients. Suite à des interventions corps / esprit, incluant parfois la pleine conscience, les participantes et participants acquièrent une nouvelle manière d'être issu d'une bataille intérieure en lien avec le perfectionnisme (Irving *et al.*, 2014).

Relative to the phenomena of perfectionism, participants discussed how this tendency was implicated in meditation practice, for some leading to self-criticism and distress when perfection or mastery was untenable in the early phase of learning a new skill set and way of being (Irving *et al.*, 2014, p. 70).

En fonction des résultats obtenus dans le cadre de leur recherche, Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) avancent l'hypothèse que la pleine conscience cultive a : « “way of being” that may foster healing and growth in their own lives as well as skills to effectively help others heal and grow in the future » (p. 597). Dans la profession de médecin, le savoir-être permet d'être plus performant dans son action auprès des patientes et patients comme le laissent entendre Leung, Epstein et Moulton (2012) : « When we are able to free up our cognitive capacity from the anxieties of uncertainty, reputation, ego, and inadequacy, our limited resources can then be devoted to the challenges of the clinical situation at hand » (p. 173).

Au sein des cursus de formation de futurs médecins, beaucoup d'attention et de temps sont généralement consacrés à l'acquisition de compétences afin d'agir correctement pour accomplir la tâche de médecin. Jarvis-Selinger, Pratt, Regehr (2012) argumentent sur la nécessité d'inclure le savoir-être plutôt que d'être exclusivement orienté sur le savoir-faire. Les auteurs voient dans ce mouvement de compétences, le risque d'un réductionnisme excessif et la possibilité de perdre l'interconnexion des différents rôles qui contribuent au développement du médecin. Ils argumentent en faveur d'un regard plus large que la compétence, en incluant aussi la formation de l'identité durant le processus d'éducation médicale. McNaughton et LeBlanc (2012) argumentent aussi pour une prise en compte d'un savoir-être en lien avec le monde intérieur et émotionnel du futur médecin, au-delà d'un savoir-faire : « The idea of competency as a set of skills focuses on “doing the right thing”, while the idea of emotion as a unique aspect of one’s character focuses on remediating the internal moral ethical landscape of the individual, or “being the right thing” » (p. 88).

Miller (1990) propose une pyramide pour concevoir un cadre de compréhension utile à l'évaluation clinique des futurs médecins. Il fait la différence entre le savoir (la connaissance), le savoir comment (compétence), la démonstration du savoir (performance) et l'agir dans l'action de ce savoir. La figure 24 représente cette pyramide, mais à laquelle nous avons ajouté un étage à sa base, car il nous semble que le savoir-être est à la base d'une disposition intérieure qui permet un meilleur apprentissage, autant intellectuel que pratique.



Figure 24 – Dimensions de l'apprentissage vers une capacité de la pratique médicale
 Inspiré du schéma tiré de Miller, G. (1990) Invited reviews : The assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Academic Medicine*, 65 (9), p.S63-S67.

Il semble que ce savoir-être permet un meilleur ancrage de la connaissance chez la personne qui est dans un état d'esprit plus serein. Et, lorsque la personne n'est pas dans un état serein, elle est plus consciente de ses états et mieux outillée pour s'accueillir et laisser son état évoluer. Un savoir-être atrophié fragilise la personne et la qualité de ses apprentissages et de sa pratique, comme nous pouvons le voir à la figure 25 qui tente d'illustrer cette fragilité intérieure qui déstabilise tout le haut de la pyramide.

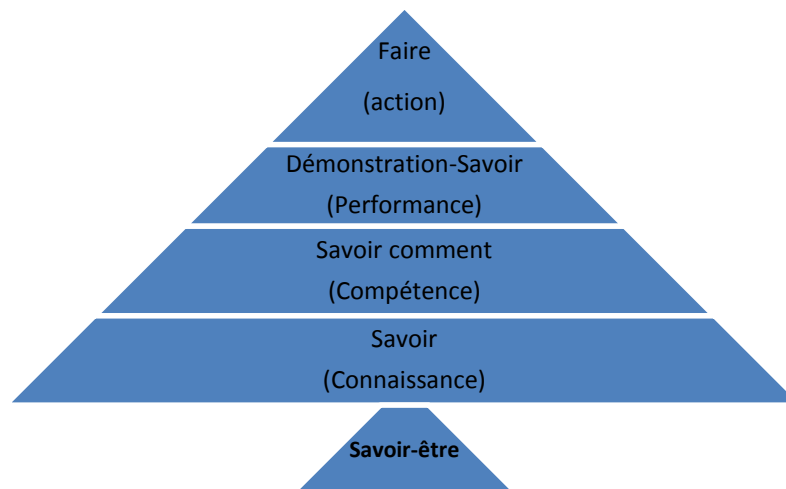


Figure 25 – Dimensions de l'apprentissage au sein d'un savoir-être atrophié
 Inspiré du schéma tiré de Miller, G. (1990) Invited reviews : The assessment of Clinical Skills / Competence / Performance. *Academic Medicine*, 65 (9), p.S63-S67.

Une forme de savoir-être dans la personne elle-même est en amont du savoir-faire dans l'action médicale. Un savoir-être doit avoir atteint sa maturité pour pouvoir donner à la personne tout son rayonnement professionnel. Ensuite, il s'agit d'un savoir-être médecin qui évolue avec le processus de formation de la personne qui passe par différents rôles : étudiante ou étudiant en médecine, résidente ou résident junior, résidente ou résident senior et médecin clinicien. Certaines étapes du mouvement identitaire sont très influencées par l'extérieur, comme le suggèrent Jarvis-Selinger *et al.* (2012) :

At this stage, they are very sensitive to how others perceive them and whether they are doing things right. They are likely to want to know the rules of appropriate action and will look to authority figures for direction and for reassurance that they are doing well and fitting in (p. 1186).

Les mêmes auteurs et auteurs signalent que les changements d'identité ne se font pas de manière graduelle mais plutôt de manière abrupte. Ces changements émergent souvent dans des moments de crises. Pour nos participantes et notre participant, la formation a été une période éprouvante et émouvante. La formation a

également été remuante, et ce, principalement pour les personnes qui étaient dans un état de moins grande harmonie en début de formation. Il semble qu'ils n'aient pas vécu la formation des pratiques du Sensible de la même manière. En effet, parfois les participantes étaient très interpellées dans le parcours de formation, tandis que d'autres développaient simplement de nouveaux outils personnels et professionnels. Comme le suggèrent Mongeau et Tremblay (2002), l'état de moins grande harmonie ou d'inconfort, termes utilisés par les auteurs, est un terrain fertile de transformation, car la personne est plus perméable et elle est en quête de soulagement : « Le confort refrène la prise de risque et le désir de changement, tandis que l'inconfort pousse à l'action et suscite le désir de rétablir la situation » (p. 30).

À son tour, Josso (1991) propose qu'il faut distinguer entre « expérience existentielle » et « apprentissage par l'expérience ». « L'expérience existentielle concerne le tout de la personne, elle concerne son identité profonde, la façon dont elle se vit comme être, tandis que l'apprentissage à partir de l'expérience, ou par l'expérience ne concerne que des transformations mineures » (p. 197-198). Il semble que le mouvement identitaire vécu par nos participantes et notre participant soit de nature différente : plus centré sur l'identité de la personne et moins en lien avec le rôle professionnel. Malgré cela, nos résultats suggèrent que ce changement identitaire a eu des impacts autant sur le plan personnel que professionnel.

3.1.4.3 Savoir-être dans sa vie personnelle et professionnelle

À la lumière de nos résultats, il semblerait que les participantes et le participant aient construit une présence à soi permettant d'édifier leur identité personnelle et de donner ainsi plus d'amplitude à leur rayonnement professionnel. En effet, il semble qu'une qualité de présence d'où émerge une forme de savoir-être crée un effet amplificateur dans la vie professionnelle, comme illustré à la figure 26.

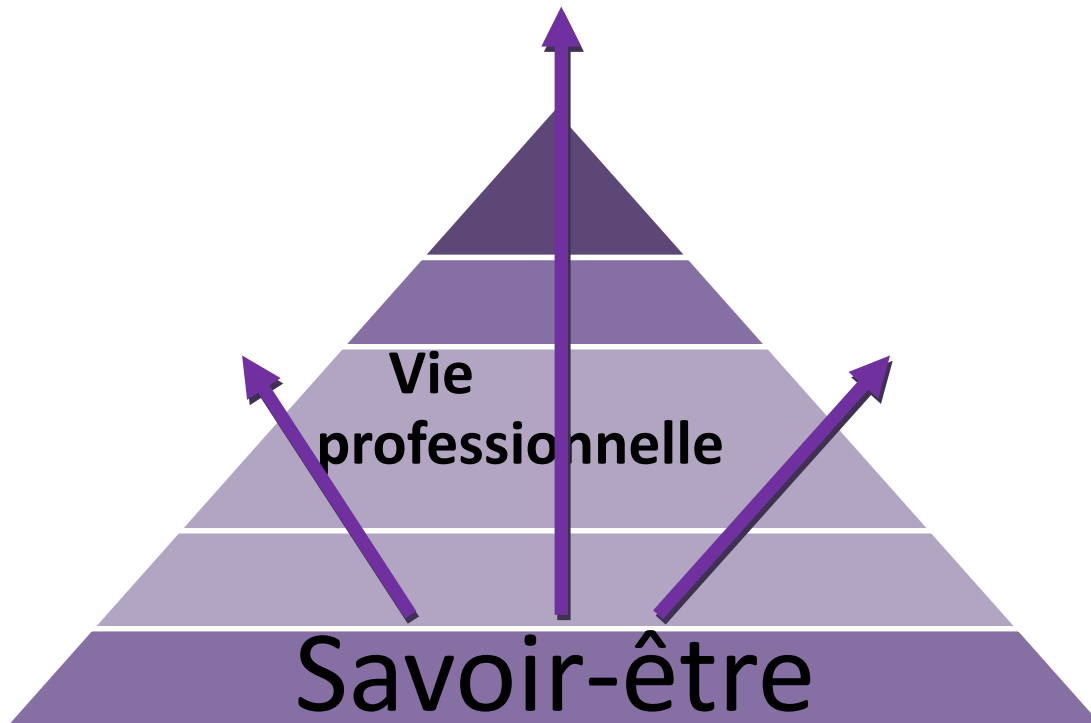


Figure 26 – Rayonnement du savoir-être

Inspiré du schéma tiré de Miller, G. (1990) Invited reviews : The assessment of Clinical Skills/Competence/Performance. *Academic Medicine*, 65 (9), p.S63-S67.

Beckman *et al.* (2012) rapportent que le programme de communication consciente a permis aux médecins « to make time for self-development and to realize how lack of attention to oneself can erode the capacity to engage more effectively with peers, family, and patients » (p. 818). Large (2009) présente cette qualité de présence à soi comme une capacité de lucidité sur soi et ses modes de fonctionnements antérieurs et actuels, avec une prise de recul qui permet d’être moins victime et plus actrice ou acteur de sa vie. Il est intéressant de souligner que deux de nos participantes étaient dans un état dépressif et une autre dans un état de grande fatigue physique et psychologique au début de leur formation. Comme l’avait constaté le groupe de recherche de Maranda *et al.* (2006), il faut parfois aller très loin dans le déni pour mieux se retrouver.

La recherche de Duval (2010) vient mettre en perspective qu’une personne qui consulte en fasciathérapie pour des problèmes de santé se transforme, dans sa

manière de vivre. Aucune distinction n'est faite entre sa vie personnelle ou professionnelle. Comme l'indiquent les praxéologues Schön (1994) et St-Arnaud (1999), la réflexion sur et dans l'action favorise non seulement la transformation des personnes, mais aussi celle des pratiques. Bourassa *et al.* (1999) notent également l'importance de mieux se connaître dans une démarche pour approfondir notre manière d'agir. « Et c'est en partie cette représentation de soi qui façonne notre savoir-être, et notre savoir-faire et permet de retrouver dans l'action un niveau d'efficacité personnelle et professionnelle satisfaisant » (p. 169). Comme le mentionne Hodges et Lingard (2012), différents secteurs et univers professionnels (entraîneurs sportifs, chefs d'entreprise) croient qu'une meilleure performance implique « “ looking in the mirror ” to openly and honestly identify one's weaknesses and take steps to improve on them » (p. 11).

Il serait illusoire de penser transformer les pratiques professionnelles sans prendre en compte la personne derrière la praticienne ou le praticien. L'apprentissage par l'expérience inédite permet de créer un changement dans la vie personnelle du sujet et, par le fait même, change son rapport à lui-même, aux autres et au monde tout en renouvelant son agir professionnel. Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) mentionnent que les interventions de la pleine conscience peuvent aider les étudiants en médecine dans les sphères personnelle et professionnelle de leur vie. Melo da Silva (2013) vient aussi appuyer la relation entre vie personnelle et professionnelle à travers son témoignage où elle constate une relation réciproque entre : « le personnel et le professionnel, entre moi et les autres acteurs éducatifs, “un état d'être en moi”, qui se prolonge par ma relation avec l'autre dans une dynamique d'interactivité mutuelle » (p.67). À plusieurs reprises, l'article de Beckman *et al.* (2012) discute de transformations liées autant à la sphère personnelle que professionnelle des médecins. Suite à la première année de formation à la maîtrise professionnelle en éducation sur le travail identitaire, Rondeau (2014) conclut que « la plupart des personnes ont confirmé la reliance entre « moi personnel » et le « moi professionnel », l'un n'allant pas sans l'autre et l'un dépendant de l'autre » (p. 189).

3.2 Plus de conscience pour plus de santé

Le rapport que la personne entretient avec son corps et surtout l'éducabilité de ce rapport sont une occasion majeure d'opérer un changement grâce à un développement attentionnel et perceptif. En effet, cette opportunité permet d'envisager une instrumentation pertinente d'un projet d'élargissement de la conscience des soignantes et soignants, et de celle des patientes et patients, comme le préconise le courant de médecine intégrative par la roue de la santé (figure 2, section 2.5 du premier chapitre). Ainsi abordée, la question de la santé est indissociable de celle de l'éducation. En dehors de cet effort de formation attentionnelle et perceptive permettant à l'être humain d'élargir sa conscience, ce dernier demeure prisonnier de ses habitudes motrices, perceptives et mentales. Ces habitudes ne participent guère à son bien-être et par conséquent nuisent à sa santé.

Selon Goldman (1966), il existe deux natures de conscience : la réelle et la possible. Dans la conscience réelle, disponible à l'individu ou à un groupe, s'opèrent des obstructions spécifiques de l'histoire tant de l'individu que du groupe qui empêchent l'accès à la deuxième nature de conscience, la possible. Cette dernière est indemne des obstacles singuliers ou sociaux qui permettent une objectivation. Comme le mentionne Goldman (1966) : « La conscience réelle est le résultat des multiples obstacles et déviations que les différents facteurs de la réalité empirique opposent et font subir à la réalisation de cette *conscience possible* » (p. 124-125).

Cette objectivation semble difficile à réaliser au sein des professions où il y a un apprentissage expérientiel auprès de seniors. Comme si l'objectivation passait par une appropriation de notre subjectivité plutôt que par un déni de son existence. En effet, à plusieurs reprises dans ce document, nous avons mentionné différentes recherches et auteures et auteurs argumentant l'influence de l'environnement d'enseignement et de la culture dominante entourant le monde médical et la profession de médecin. Au cours de l'apprentissage expérientiel, la ou le futur

médecin se trouve parfois en conflit entre l'enseignement prodigué et la manière d'œuvrer sur le terrain. Nous retrouvons à nouveau les effets du curriculum caché discuté plus tôt. Il s'agit d'une transmission de savoirs qui, dans une certaine mesure, maintient à l'écart de la conscience des possibles une profession et une population. Ces effets sont nocifs pour un projet de médecine intégrative qui invite à une qualité relationnelle avec les collaboratrices et collaborateurs ou les patientes et patients : ce curriculum caché perpétue des barrières avec les patientes et patients et les autres professionnelles et professionnels, comme l'expriment Michalec et Hafferty (2013) : « this is accomplished through the hidden curriculum by mechanisms such as the consistent reinforcement of hierarchical boundaries between doctors and patients and other professionals » (p. 396).

Selon plusieurs études précédemment mentionnées, le moment d'entrée en stage est un moment charnière où l'étudiante ou l'étudiant se trouve en difficulté personnelle au sein de son cursus de formation professionnelle. Nos résultats laissent entrevoir que ce moment de transition pourrait être facilité par l'édification d'une identité sur des référents internes afin de mieux préparer les étudiantes et étudiants à cette nouvelle réalité et mieux promouvoir la santé définie par Huber *et al.* (2011) comme : « the ability to adapt and to self manage » (p. 235). Les résultats de Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) donnent de la force à l'hypothèse que les approches de pleine conscience peuvent être enseignées à titre de médecine préventive aux médecins qui pourront ensuite développer des habiletés pour apporter un soutien aux personnes autour d'eux. De plus, ce type de formation permettrait de créer un équilibre entre les référents internes et externes tout en favorisant l'apprentissage d'un savoir-être à travers la multitude d'apprentissages d'un savoir-faire. Comme le soulignent Jarvis-Selinger *et al.* (2012) : « early in the adoption of any new role the developmental models of identity suggest that there will be a strong focus on the externally generated expectations and activities of the role – on the *doing* » (p. 1188).

Dans une perspective de médecine intégrative, la dynamique de réciprocité entre la conscience réelle et possible détermine le souci de la santé individuelle et communautaire. En fait, cette rencontre est un lieu de choix, un choix de devenir victime des chocs d'un tel rendez-vous ou bien de devenir actrice ou acteur et auteure ou auteur de sa vie, en ouvrant les yeux sur les éléments de conscience nouveaux en interaction avec l'autre ou le monde. Honoré (2003) aborde cette question de relationnalité :

J'ai nommé "relationnalité" le phénomène par lequel l'homme et le monde se révèlent dans une coappartenance, en correspondance de forme. Être hors de soi dans la relation ne signifie pas être dans un espace qui serait entre soi et autre chose, mais être là où l'homme se découvre en sa propre forme, en son visage. La mise en relation est toujours inachevée. L'engagement dans une démarche de formation n'est pas une stabilisation dans une forme de relation. (p. 155)

Une telle vision de la santé présente la conscience du corps comme un élément occupant une place incontournable. Le rapport au corps devient ainsi un outil concret pour la construction permanente des êtres inachevés, mais en devenir, inscrits dans une communauté en évolution. En effet, grandir en conscience amène à renouveler la vision de la santé, de la médecine et même de l'éducation. La préoccupation pour la santé des individus et des collectivités devient ici une démarche d'éducation des êtres dans leurs différentes sphères. Le regard des soignantes ou soignants ne pourra plus se contenter d'être centré sur la pathologie, mais devra cibler la potentialité des personnes et de leurs communautés, par un soin particulier mis à créer des conditions créatrices de santé et de pleine conscience collective et écologique.

L'expérience extra-quotidienne des pratiques du Sensible permet de déployer une qualité d'attention d'un niveau supérieur, comme d'autres approches corps / esprit d'ailleurs. Cette qualité d'attention facilite l'accès à de nouvelles perceptions du corps dans les cadres d'intervention précédemment expliqués. Ce processus

expérientiel amène la personne à développer des expériences nouvelles de son corps qui lui permettent de s'expérimenter autrement et même d'ouvrir à une qualité de présence à elle-même lui donnant la possibilité de rencontrer l'écart pour mieux marcher vers un mieux-être personnel et professionnel.

Comme l'illustre la figure 22 du chapitre cinq, le processus d'installation d'un savoir-être se déroule dans un cycle continu qui permet à la personne de toujours approfondir son recentrage. Selon les participantes de l'étude de Rondeau (2014) « le travail de nature identitaire ne sera jamais achevé. L'identité sera toujours, pour elles, le point tournant d'une valse-hésitation entre la protection et le dé-voilement de soi, entre une histoire passée et une histoire à-venir, entre le rêve et la réalité » (p. 190). Suite à cette mise en perspective de nos résultats de recherche, la prochaine section expose les conclusions de notre projet.

CONCLUSION

Au terme de notre projet, nous prenons d'abord le temps de revenir sur notre question et nos objectifs de recherche. Ensuite, nous présentons les défis qui se posent au plan de la formation médicale dans une période où l'élaboration de programmes par compétences amène un vent de renouvellement sur l'enseignement de cette profession. Puis, nous présentons les retombées de notre projet au vu des enjeux actuels de la formation médicale, tout en relevant l'importance de la posture éthique pour les médecins, la profession et la communauté citoyenne. En terminant, nous proposons différentes avenues de recherche, par exemple en s'adressant à un plus grand nombre de participantes et participants, afin de mieux relativiser nos résultats et peut-être même de les ancrer plus solidement.

1. L'ATTEINTE DE NOS OBJECTIFS

Notre question générale de recherche était la suivante : L'apprentissage des pratiques du Sensible suscite-t-il des transformations aux plans personnel et professionnel chez des médecins formés à cette approche? La réponse à cette question est certainement : oui, les médecins exposés à l'apprentissage des pratiques du Sensible se transforment. Cette transformation peut être variable selon les individus, notamment selon leur état d'harmonie ou de désharmonie en début de formation. Les objectifs de notre recherche nous permettent d'ouvrir sur cette affirmation en traitant des transformations personnelles et professionnelles avec plus de précision.

1.1 La sphère personnelle

Nos participantes et notre participant témoignent d'une augmentation des capacités perceptives de leur corps et d'une meilleure qualité de présence à eux-mêmes. Plusieurs nous ont également parlé des bienfaits d'un accordage somato-psychique qui leur permet d'être présents à leurs raisonnements autant qu'à leurs

ressentis corporels, intérieurs et émotionnels. Ils font aussi des prises de conscience importantes sur leur vie et ils apprennent à rebondir dans leur vie en se recentrant sur eux-mêmes et parfois en dépassant leurs limites personnelles. Selon l'état des participantes et du participant en début de formation, l'expérience de formation aux pratiques du Sensible peut les transformer ou leur donner accès à de nouveaux outils pour leur santé personnelle et leur pratique professionnelle.

Dans tous les cas, les participantes et le participant sont plus actrices et acteur de leur vie. La plupart ont vécu un déplacement identitaire, plus situé dans leur vie à partir de référents intérieurs émergés de leur expérience corporelle. Pour certaines, cette pratique les nourrit intérieurement et leur permet de rester dans un calme intérieur. Pour d'autres, elle propose des outils de soin pour eux-mêmes, leurs patientes et patients. Cet apprentissage a contribué à la santé des participantes et du participant de plusieurs manières : ils notent un meilleur ressenti de leur corps, un accordage somato-psychique leur permettant d'être plus présents globalement à leur personne tout en les disposant à être présents aux autres; ils sont plus en contact avec leur réalité intérieure et ont une meilleure perspective face à leur vie; finalement, les outils de cette approche leur permettent de se recentrer, d'augmenter leur énergie et de s'auto-soigner. Les transformations personnelles semblent résonner dans la pratique professionnelle des médecins de plusieurs manières; il semble qu'un savoir-être s'est construit au fil de leur apprentissage qui rayonne sur leur pratique professionnelle.

1.2 La sphère professionnelle

Nos participantes et notre participant ont expérimenté les pratiques du Sensible lors de leur formation autant dans une posture de praticienne ou praticien que de patiente ou patient. Cette expérience semble avoir été bénéfique dans leur vie personnelle et elle a aussi eu des incidences sur leur conception de la santé. En effet, plusieurs d'entre eux ont enrichi leur conception de la santé de facteurs liés à une

qualité de la matière du corps, à un meilleur équilibre entre le corps et l'esprit et à une certaine forme de proximité et de dialogue entre soi et soi.

Les participantes et le participant de notre recherche témoignent aussi d'une meilleure qualité de présence à l'autre, autant avec les autres professionnelles et professionnels qu'avec les patientes et patients. Là où avant il y avait peu ou aucune communication, le dialogue s'installe avec les autres professionnelles et professionnels. Plusieurs mentionnent que leur état intérieur de mal-être résolu (personne dépressive, timorée ou trop impliquée) facilite les communications avec les autres professionnelles et professionnels. Plusieurs expriment à leur façon que les relations professionnelles s'engagent avec un niveau d'implication plus juste, ni trop proche, ni trop éloigné.

L'amélioration de la qualité de présence à l'autre est également notée dans la relation aux patientes et patients. En effet, les participantes et le participant nous confient que, de manière générale, ils sont plus présents et disponibles pour leur patiente ou patient. Plus spécifiquement, quatre d'entre elles mentionnent qu'elles arrivent à trouver la juste distance thérapeutique. Chacun et chacune à leur façon nous exprime que la communication et l'écoute se sont enrichies. En effet, il semble que toute la dimension relationnelle s'est enrichie par la présence du corps, comme si le corps était devenu un organe entier, plus sensible à percevoir davantage de subtilités. Quatre de nos participantes ont dépassé une difficulté liée au toucher. La dimension tactile additionnée au soin enrichit aussi le type d'écoute et de communication.

La dimension relationnelle avec soi et avec les autres est centrale dans nos résultats de recherche. En effet, l'analyse de nos résultats fait ressortir un lien prégnant, sous le signe de la relation, entre la transformation personnelle et professionnelle. Les participantes et le participant de notre recherche s'étant recentrés sur leur vie à partir de leurs référents intérieurs avancent dans une démarche intérieure plus sereine avec eux-mêmes. Il semble que le processus de recentrage soit

la marche nécessaire vers l'apprentissage d'un savoir-être qui produit des effets bénéfiques dans les relations aux autres professionnelles et professionnels ainsi qu'avec les patientes et patients. Cet apprentissage d'un savoir-être transforme les pratiques médicales et améliore le monde relationnel du médecin. L'apprentissage des pratiques du Sensible est une formation soignante et créatrice de santé pour les étudiantes et étudiants. Les participantes et le participant développent des habiletés relationnelles avec eux-mêmes (intrapersonnelles) et avec les autres (interpersonnelles). Ce recentrage d'eux-mêmes est rendu disponible par l'expérience corporelle. Il s'incarne lorsqu'ils font le choix d'écouter et d'agir en fonction de leurs référents intérieurs. L'attention, l'écoute et l'action génèrent le recentrage (une forme de déplacement intérieur) ainsi que le changement identitaire sur lequel peuvent se construire les participantes et le participant. Nos résultats des sphères personnelle et professionnelle peuvent avoir des incidences sur les réflexions entourant le questionnement de la formation des futurs médecins, de même que les enjeux rencontrés par cette profession actuellement. La prochaine section présente certains enjeux en lien avec la qualité de présence nécessaire à l'agir sous-jacent dans tout acte médical.

2. LES RETOMBÉES DE NOTRE PROJET DE RECHERCHE

L'élan de recherche qui portait notre projet a d'abord été alimenté par le concept de médecine intégrative : une médecine empreinte d'un regard plus vaste sur la santé. Nous cherchions à voir comment la conception de la santé s'était transformée chez les médecins au cours des dernières décennies. Étant donné notre intérêt pour les pratiques de soins intégrés, notre recension des écrits tentait d'analyser les effets des formations aux approches alternatives et complémentaires, auprès des étudiantes et étudiants en médecine. Au départ enseignées pour mieux protéger le public et permettre aux médecins d'accompagner leurs patientes et patients, les approches corps / esprit, dont font partie les pratiques du Sensible, peuvent contribuer de plusieurs manières aux enjeux majeurs de la profession.

Comme expliqué précédemment, la formation initiale des futurs médecins fait état d'un taux élevé de dépression, les taux pouvant varier de 20 % à 50 % (Brazeau, *et al.*, 2010; Colombat *et al.*, 2011; Ishak *et al.*, 2013; Llera et Durante, 2014; Rodrigues *et al.*, 2012). Il semble aussi que l'environnement éducatif soit en lien avec l'épuisement des étudiantes et étudiants (Brazeau, *et al.*, 2010; Llera et Durante, 2014). Comme le stress et la pression semblent faire partie du milieu professionnel du médecin, il semble important de soutenir la future professionnelle ou le futur professionnel dans sa capacité de gérer son stress et de s'adapter aux situations imprévisibles liées à sa profession.

À l'heure du renouvellement du cadre de compétences CanMeds (2015) du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, celui-ci met plus d'emphasis sur la responsabilité de prendre soin de soi dans le rôle professionnel. Mais l'enjeu est d'apprendre et d'intégrer cette habileté à prendre soin de soi au fil des années d'une formation ardue et épuisante. Il semble qu'un changement de programme incluant seulement l'ajout d'un cours ne soit pas nécessairement la solution aux défis multiples qui se posent comme le propose Hafferty (1998) : « there is much work left to be done, including the critical step of framing change in terms of restructuring learning environments rather than in terms of modifying curricula » (p. 406). Au vu des enjeux actuels de la profession de médecin, il est intéressant d'apporter des nouvelles perspectives en considérant les résultats de la présente recherche.

2.1 La prise en compte de l'entièreté de la personne

La formation aux pratiques du Sensible a permis aux participantes et au participant d'être plus en contact avec leur corps en élargissant leur perception d'eux-mêmes. Pour plusieurs, cette formation a aussi contribué à un meilleur équilibre entre leur corps et leur esprit et à construire une nature de savoir-être dans leur relation avec eux-mêmes et les autres. Le savoir-être est défini comme un état de sérénité, de calme et de confiance d'où émergent les pensées et les actions. À la figure 22 se

trouve le schéma qui illustre le processus d'atteinte de se savoir-être. À l'annexe 7 se retrouve l'affiche présentée au Congrès de Washington en octobre 2015 illustrant un schéma intégrateur des diverses compétences du savoir-être. Les pratiques du Sensible pourraient permettre aux futurs médecins de prendre en compte le monde intérieur et émotionnel dans l'agir personnel et professionnel. Ce savoir-être est au fondement de toutes les compétences utiles à la profession, par exemple, la compétence relationnelle avec les autres professionnelles et professionnels, les patientes et patients. Ainsi, la profession pourrait œuvrer dans le sens d'unir le corps et l'esprit comme le valorisent les approches d'éducation somatique. La séparation entre le corps et l'esprit et entre le raisonnement et l'émotion apparaissent coûteuses à maintenir : « At worst, perpetuating the dichotomy between emotion and reason will be detrimental to students, practicing health professionals, and the profession itself » (McNaughton et LeBlanc, 2012, p. 96).

Selon notre recherche, la relation thérapeutique bénéficie de cette manière de concevoir l'humain dans toutes ses dimensions et reflète bien l'un des aspects de la philosophie de la médecine intégrative. La formation aux pratiques du Sensible peut être une alternative qui permet de réintégrer la part humaine du geste comme le suggèrent nos résultats de recherche et ceux de Courraud (2012) auprès de kinésithérapeutes : « Il apparaît tout d'abord nettement que la fasciathérapie participe à la formation globale du kinésithérapeute en contribuant à unifier la dimension technique de la thérapie manuelle avec la dimension humaine du toucher » (p. 32). McNaughton et LeBlanc (2012) sont aussi d'avis que ce tournant de prise en compte du monde intérieur et émotionnel est globalement important pour notre société :

Health professionals, health professional trainees, and patients/clients are negatively affected by the current tendency to pathologize or omit emotion from current thinking about competence. We need to collectively acknowledge and work with emotions in ways that honor them as internal and individual, as well as socially and culturally constructed, while also questioning the split between emotion and rationality (p. 95).

Cette conception plus unifiée de l'humain sera bénéfique autant pour les étudiantes et étudiants en médecine que pour la population en général. En effet, la prise en compte de la part intérieure et émotionnelle permettra peut-être d'éviter des coûts importants liés à la santé des étudiantes et étudiants et dans l'ensemble de la population. En effet, l'accroissement de perception par les pratiques du Sensible permet aux personnes d'être dans une action préventive; en plus, ces pratiques ont un impact autant sur la vie personnelle que professionnelle. L'action préventive est un investissement rentable.

Grâce à l'état de pleine conscience, des symptômes débutants sont pris en considération alors qu'ils ne sont encore qu'à l'état de murmure. L'identification anticipée des symptômes est à la clef du diagnostic précoce, lorsque l'affection est le plus facilement traitable (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007, p. 19).

2.2 Une construction identitaire porteuse de santé

Au fur et à mesure que le processus de prise de conscience fait son chemin, le choix de privilégier les référents internes corporels pour sa propre vie constitue une marche vers une vie enrichie de bien-être et de liberté. Un changement identitaire établi à partir de sa propre personne plutôt qu'à partir d'éléments uniquement externes construit la personne. Cette identité appuyée sur les référents intérieurs permet une meilleure stabilité et une plus grande solidité intérieures sur lesquelles peut prendre racine l'identité professionnelle du médecin. Ce constat résonne avec les résultats de Mavor, McNeill, Anderson, Kerr, O'Reilly et Platow (2014) qui avancent qu'une diversité dans la manière d'être de la personne pourrait pallier la fragilité intérieure lorsque le stress est élevé et la pression présente. Par exemple, pour ce groupe de recherche, une personne consciencieuse et intravertie dans sa vie étudiante, amicale, maritale et familiale, limite sa complexité identitaire et la fragilise. Tandis qu'une personne consciencieuse et intravertie dans sa vie étudiante, mais insouciant et extravertie dans d'autres secteurs de sa vie (vie amicale et familiale) complexifie

son identité et lui permet une capacité d'adaptation plus grande. Mavor *et al.* (2014) apportent un nouveau regard sur l'importance de l'identité pour les étudiantes et étudiants en médecine.

We agree that examining medical students' identities is an important avenue for research and propose to extend this further by suggesting that medical students' identities are not only important for their professional development, but also play a significant role in their well-being (p. 353).

Une identité personnelle construite à partir de référents internes corporels offre à la personne plus de liberté dans sa manière d'être dans sa vie et lui permet d'être bien ainsi que mieux informée de soi en amont de son rôle professionnel. Pour les médecins, cette construction d'eux-mêmes constitue un garde-fou contre l'épuisement professionnel. En effet, ceux-ci n'existent plus exclusivement à partir de leur identité professionnelle; il y a une personne qui existe en amont de la professionnelle ou du professionnel. De plus, la qualité de leur bien-être enrichit la qualité de leur relation professionnelle.

2.3 Une formation professionnelle créatrice de santé

Nos résultats de recherche suggèrent que ce type d'apprentissage expérientiel est soignant et émancipateur pour les participantes et le participant sur plusieurs plans. Shapiro, Schwartz et Bonner (1998) sont d'avis que la préparation pour le rôle de médecin doit englober plusieurs aspects dont : « care of the personal well-being of students in training » (p. 592). À l'heure où les chercheuses et chercheurs et la profession se préoccupent de plus en plus du bien-être des étudiantes et étudiants et des médecins, il semble que cette formation expérientielle aux pratiques du Sensible puisse soutenir les étudiantes et étudiants dans leur processus de formation et peut-être même arriver à contaminer la culture des organisations pour ainsi pallier l'effet nocif du curriculum caché. Il s'agirait d'engager les institutions de formation dans un projet collectif et d'enseigner aux futurs médecins à prendre soin des patientes et

patients sur la base de leur propre expérience de formation où le corps professoral veillerait sur leur bien-être (Desylvia *et al.*, 2008; Saunders *et al.*, 2007; Sklar, 2013). Ainsi, la formation et le soin bénéficient l'un de l'autre comme le propose Honoré (2003).

L'apprentissage expérientiel des pratiques du Sensible crée des retombées multidimensionnelles chez les participantes et le participant. Ces formations expérientielles pourraient devenir un ingrédient porteur pour la santé des futurs médecins et la population en générale. Non seulement ce type d'approche peut contribuer à la santé des étudiantes et étudiants et de la population, mais il pourrait aussi participer au développement de plusieurs rôles inclus dans le CanMeds du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, soit les rôles de promoteur de la santé, de professionnel, de communicateur et de collaborateur.

2.4 Le corps, le lieu d'investissement

Contrairement à la culture médicale dans laquelle le corps du médecin est souvent maltraité par des valeurs d'endurance et de dépassement de limites personnelles au profit de la profession, il est intéressant de constater, à travers nos résultats, jusqu'à quel point le corps joue un rôle central et précieux. Il apparaît comme une voie pour accéder à l'entièreté de la personne autant pour la ou le médecin que pour la patiente ou le patient. Comme exprimé précédemment, le rapport au corps semble être le support sur lequel s'appuie la transformation de la personne, à la manière des plaques tectoniques qui modifient l'assise des fondements de la personne. Le rapport au corps est le socle sur lequel se construit l'identité intérieure de la personne en formation, et ce, tout en créant plus de santé. Certaines de nos participantes ont noté un rehaussement de leur niveau d'énergie. D'autres ont fait des prises de conscience élargies sur leur propre vie. Comme les résultats de Bois (2007) ainsi que les nôtres le suggèrent, le corps change de statut et devient un organe de perception entier, un sujet avec qui s'entretenir lors des examens médicaux. À l'instar

des pratiques somatiques et des écrits de Newman (1990), il n'est plus l'objet malade, mais plutôt le lieu d'incarnation vivant de la personne dans toutes ses dimensions.

Dans cette perspective, le corps retrouve une place d'expression et permet aux médecins de véritablement prendre en compte les forces de guérison et de renouvellement du corps et de la personne. La relation au corps à partir des pratiques du Sensible permet aux soignantes et soignants d'avoir accès à l'expression de la vie dans le corps d'une manière humanisante autant pour les médecins que les patientes et patients.

2.5 La santé spirituelle : un lieu d'unification

Miner-Williams (2006) suggère que la santé spirituelle devrait être la trame de fonds qui relie toutes les autres formes de santé. Selon Reed (1992), la santé spirituelle s'appuie sur la qualité de connexion à soi, à l'autre et au transpersonnel. Selon les croyances et les individus, le transpersonnel fait référence à l'invisible, à un pouvoir plus grand que soi, aux dieux ou à l'intelligence du vivant. En dehors d'un mouvement religieux spécifique, cette définition est ouverte.

Les pratiques du Sensible ont permis aux participantes et au participant de notre recherche de se rapprocher de leur corps et de se connecter à une part intérieure d'eux-mêmes afin d'être plus au courant de l'état de leur corps, comme de leur état psychique. Ces pratiques leur ont permis de se recentrer et de faire des choix plus cohérents concernant leur vie. La reprise d'un sens plus profond de leur vie a permis aux participantes et au participant d'enrichir leur mode relationnel aux autres. Finalement, deux de nos participantes notent une qualité de connexion à une instance plus grande qu'elles-mêmes lors des pratiques du Sensible. Les pratiques du Sensible sont connues comme une pratique qui soigne les rapports (Berger, 2006). Il semble qu'elles soient tout indiquées pour apporter un appui à la santé spirituelle telle qu'elle est définie par Reed (1992), sur la base de la qualité de connexion. Nos résultats sont

dans la même veine que ceux de Rondeau (2014) dans le travail de nature identitaire fait dans le cadre de la maîtrise en éducation. Rondeau (2014) constate un changement de rapport à soi, à l'autre et au monde.

3. UNE POSTURE ÉTHIQUE

Selon notre recherche, la formation aux pratiques du Sensible a transformé la posture du médecin dans sa profession. Plusieurs participantes nomment spécifiquement le changement de posture. Elles deviennent un soutien, une personne qui accompagne les patientes et patients dans leur processus vers la santé. Ainsi, la ou le médecin effectue des diagnostics du corps dans son accompagnement et il soutient aussi le corps dans son potentiel de guérison tout en accompagnant la personne dans sa quête de sens autour de cet épisode de vie.

Une posture recentrée sur le médecin lui-même lui permet à la fois de préserver son capital santé et son bien-être et d'être plus disponible pour l'autre, et aussi de rencontrer moins d'obstacles liés à ses inconforts. Cette conception va dans le sens de l'éthique de l'imperfection de Shapiro (2008) qui suggère d'apprendre à gérer l'inconfort relié à la vulnérabilité humaine, à l'erreur et à l'incertitude afin de vivre un rapport plus sain à la réalité humaine. Cette nouvelle posture est possible grâce à la capacité attentionnelle tournée vers soi-même, par l'intermédiaire du corps, apportant un meilleur équilibre et dialogue entre le corps et le psychisme. Cette posture intérieure de présence à soi-même devient une responsabilité envers soi-même pour sa propre santé et également envers ses patientes et patients, sa profession et la communauté en générale.

À notre avis, cette posture est indispensable pour les intervenantes et intervenants de la santé dont font partie les médecins, et elle devient une posture éthique au sens où elle devient une responsabilité tant professionnelle que personnelle. C'est un mouvement éthique d'où peut émerger un engagement social

qui imbibe l'ensemble du tissu social. Ce processus vers une identité intérieure est la voie d'une « souveraineté intérieure », souveraineté au sein de la personne, de la profession et de la communauté. Une capacité d'entrer dans l'objectivité et la conscience des possibles selon Goldmann (1966), sans entrer dans l'abnégation de notre humanité, nous incite à faire un plongeon dans notre humanité pour mieux nous extraire de notre subjectivité teintée de nos conditionnements. En effet, il est nécessaire d'entrer dans notre subjectivité corporelle pour traverser le processus de désidentification et nous approprier pleinement nos états et nos réactions afin de mieux nous comprendre et de nous en libérer. L'article de Wald (2015) et de Holden, Buck, Luk, Ambriz, Boisaubin, Clark *et al.* (2015) sur l'identité professionnelle vient mettre en perspective comment cette édification s'appuie sur plusieurs facteurs en lien avec notre recherche : la connexion à soi et la capacité de réflexion, une prédisposition d'esprit et de cœur, l'approfondissement d'un engagement avec des valeurs, la qualité des relations interpersonnelles et des fondements éthiques par le développement d'une boussole interne qui régule la professionnelle ou le professionnel dans son travail.

4. LES AVENUES DE RECHERCHE

Plusieurs axes de recherche seraient pertinents et intéressants à poursuivre considérant les limites de la présente recherche : petit nombre de participantes et participants et devis a posteriori qui ne permet pas d'observer les transformations au fil de leur manifestation. D'autres recherches qualitatives pourraient permettre de mieux appréhender le processus de transformation des étudiantes et étudiants en médecine lors de leur formation aux approches de type corps / esprit dont les pratiques du Sensible. Un devis de recherche pourrait être élaboré pour suivre les participantes et participants tout au long de la formation aux pratiques du Sensible, ce qui contribuerait à mieux comprendre les différentes étapes de ce parcours de transformation ainsi que les enjeux pouvant y être reliés.

La formation aux pratiques du Sensible pourrait être offerte de manière optionnelle durant l'été précédent la première session d'études en médecine ainsi que les deux étés suivantes, et ce, sur un volume d'heures de formation moins élevé. Un accompagnement durant les sessions d'automne et d'hiver pourrait être possible par petits blocs de deux heures aux deux mois. Une à trois rencontres de thérapie manuelle à chaque session pourrait aussi être offerte pour soutenir les étudiantes et étudiants en médecine. Également, une recherche basée sur du long terme permettrait de mieux apprécier les intégrations que les participantes et participants font dans leur pratique en tant que médecin lorsque leurs études sont terminées. Un projet de recherche échelonné sur cinq à sept ans pourrait être élaboré.

Un programme de formation sous forme de certificat (10 cours de 45 heures sur deux ou trois ans) auprès des professionnelles et professionnels de la santé pourrait faire l'objet d'un projet de recherche. Celui-ci pourrait aborder des thèmes tels que la médecine intégrative, les approches corps / esprit, dont les pratiques du Sensible. Comme point central, ce programme viserait le développement de la compétence à prendre soin de soi à travers des apprentissages expérientiels. Il pourrait être dispensé avec une structure de recherche quantitative et qualitative tout en mesurant les impacts d'un point de vue financier.

À partir de recherches quantitatives, il serait intéressant de continuer d'autres projets auprès d'un plus grand nombre de médecins ou d'étudiantes et étudiants en médecine afin d'y observer les éléments de théorisation répétitifs inclus dans la théorisation ancrée de notre étude exploratoire. Une recherche comparable entre les pratiques du Sensible et d'autres approches corps / esprit pourrait aussi permettre d'établir des distinctions entre les résultats de ces deux types d'interventions. Ces différentes avenues de recherche ne se limitent pas aux secteurs de la formation des professionnelles et professionnels de la santé mais peuvent être appliquées aux différents métiers d'interactions humaines comme celui de l'enseignement.

Une médecine qui serait basée plus sur l'accompagnement du processus d'être en santé, et moins centrée sur la suppression des symptômes, nécessitera beaucoup de transformations dans nos institutions. Ce changement de posture obligerait, entre autres, nos institutions à changer de culture et de priorité. À court terme, les coûts liés à cette transformation de conception et de pratique de santé peuvent, à notre avis, nécessiter des investissements comme le suggère aussi Alonso (2004). Toutefois, à long terme, les avantages risquent d'être plus importants parce qu'ils affecteront autant la communauté des soignantes et soignants que des soignés. Ce changement de posture permettra notamment de sortir de l'état d'urgence de nos systèmes de santé afin de cibler encore plus la santé et la prévention. Le défi sera néanmoins de trouver une manière adaptée de mesurer l'efficacité d'un tel changement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research : the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counselling*, 53, 239-244.
- Angibaud, A., Duprat, E. et Bois, D. (2013). La voie du corps sensible dans le traitement du mal être. *Réciprocités*, 8, 26-35.
- Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). (2010). *L'avenir de l'éducation médicale au Canada (AEMC) : une vision collective pour les études médicales prédoctorales*. Ottawa.
- Astin, J.A., Shapiro, S.L., Eisenberg, D.M. et Forys, K.L. (2003). Mind-Body Medicine : State of the Science, Implications for Practice. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16, 131-147.
- Astin, J.A., Goddard, T.G. et Forys, K. (2005). Barriers to the Integration of Mind-Body Medicine : Perceptions of physicians, Residents and Medical Students. *Explore*, 1(4), 278-283.
- Bagheri, A. (2008). News and Views. Regulating medical futility : neither excessive patient's autonomy nor physician's paternalism. *European Journal of Health Law*, 15, 45-53.
- Barbaras, R. (1994). *La perception : essai sur le sensible*. Collections Optiques. Paris : Hatier.
- Beckman, H.B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M.S., Quill, T.E., Suchman A.L. et Epstein, R.M. (2012). The Impact of a Program in Mindful Communication on Primary Care Physicians. *Academic Medicine*, 87(6), 815-819.
- Bell, B. et Gilbert, J. (1994). Teacher development as professional, personal, and social development. *Teaching & Teacher Education*, 10(5), 483-497.
- Bellini, L.M. et Shea, J.A. (2005). Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic medicine*, 80(2), 164-167.
- Berg, G. et Sarvimäki, A. (2003). A holistic-existential approach to health promotion. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 384-391.

- Berger, E. (2005). Le corps sensible : quelle place dans la recherche en formation? *Revue internationale pratique de formation. Corps et formation*, 50, 51-64.
- Berger, E. (2006). *La somato-psychopédagogie ou comment se former à l'intelligence du corps*. 2^e édition, Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Berger, E. (2009). *Rapport au corps et création de sens en formation d'adulte*. Thèse de doctorat, Université Paris 8, Paris.
- Berger, E. et Bois, D. (2011). Du Sensible au sens : un chemin d'autonomisation du sujet connaissant. *Revue Chemins de formation*, 16, 117-124.
- Bertrand, I. (2013). Accompagnement en somato-psychopédagogie et renouvellement du rapport à soi. *Réciprocités*, 8, 36-44.
- Binet, A. (1894). *Introduction à la psychologie expérimentale*. Paris : Alcan.
- Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8, 335-341.
- Blackburn, E. et Epel, E. (2012). Too Toxic to Ignore. A stark warning about the societal costs of stress comes from links between shortened telomeres, chronic stress and disease. *Nature*, 490, 169-171.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien*. Paris : Éditions Nathan.
- Bois, D. (2001). *Le sensible et le mouvement*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé. Introduction à la somato-psychopédagogie*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Bois, D. (2007). *Le corps sensible et la transformation des représentations chez l'adulte*. Thèse de doctorat, Université de Séville, Séville.
- Bois, D. (2009). De la fasciathérapie à la somato-psychopédagogie. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p.47-72). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Bois, D. et Austry, D. (2007). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocités*, 1, 6-22.
- Bois, D. et Bourhis, H. (2010). Approche somato-psychique dans le champ de l'éducation à la santé : analyse biographique du récit de vie d'un patient formateur face à l'épreuve du cancer. *Pratiques de formation et analyses*, 58-59, p. 229-245.

- Bois, D., Bourhis, H. et Berger, E. (sous presse). Le corps Sensible comme lieu de connaissance : propositions pour une intelligence sensorielle. *Actes du colloque : Approches du corps sensible, immersions et formations dans les pratiques corporelles*. Université Henri Poincaré, Nancy. Presses universitaires de Nancy.
- Boisjoli, G., Garon A., Hamel P., Lamontagne Y., Lepage J.-M. et Rochette, D. (2003). *La réorganisation et la gestion des services médicaux : mieux, autrement et selon nos moyens*. Collège des Médecins du Québec.
- Boon, H., Verhoef, M., O'Hara, D., Findlay, B. et Majid, D. (2004). Integrative healthcare : arriving at a working definition. *Alternative Therapies*, 10(5), 48-56.
- Borde, F. (2009). Psycho-phénomologie. *Explicititez*, 35, 1-6.
- Boukaram, C. (2011). *Le pouvoir anticancer des émotions*. Montréal : Les éditions de l'homme.
- Bourassa, B., Serre, F. et Ross, D. (1999). *Apprendre de son expérience*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Bourhis, H. (2007). *Pédagogie du sensible et enrichissement des potentialités perceptives*. Mémoire de master 2 recherche : Éducation tout au long de la vie, Paris 8.
- Bourhis, H. (2009). La directivité informative dans le guidage d'une mise en sens de la subjectivité corporelle : une méthodologie pour mettre en évidence des donations de sens du corps sensible. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 245-270). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Bourhis, H. (2011). De l'intelligence du corps à l'esquisse d'une théorie de l'intelligence sensorielle. *Réciprocités*, 5, 6-23.
- Brazeau, C., Schroeder, R., Rovi, S. et Boyd, L. (2010). Relationships between medical student burnout, empathy and professionalism climate. *Academic Medicine*, 85(10), S33-S36.
- Burke, R.J. (1993). Stress, Work and Professional Satisfaction and Militancy Among Canadian Physicians. *Journal of Organizational Behavior*, 14(5), 459-472.
- Buttet, P. (2002). Le concept d'éducation pour la santé centre sur le patient. *Recherche en soins infirmiers*, 72, 41-48.

- Campbell, T.A., Auerbach, S.M. et Kiesler, D.J. (2007). Relationship of interpersonal behaviors and health-related control appraisals to patient satisfaction and compliance in a University health center. *Journal of American College Health*, 55(6), 333-340.
- Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, D. (2007). *Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges*. Paris : Éditions Robert Laffont.
- Charmillot, M. et Dayer, C. (2007). Démarche compréhensive et méthodes qualitatives : clarifications épistémologiques. In *Recherche qualitative* (p.126-138). Actes du colloque Bilan et Perspectives de la recherche qualitative. Hors série, n° 3.
- Chaterji, R., Tractenberg, R.E., Amri, H., Lumpkin, M., Amorosi, S.B.W. et Haramati, A. (2007). A large-sample survey of first- and second-year medical student attitudes toward complementary and alternative medicine in the curriculum and in practice. *Alternative therapies*, 13(1), 30-35.
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W. et Orlander, J. (2007). A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal General Internal Medicine*, 22(10), 1434-1438.
- Chez, R.A., Jonas, W.B. et Crawford, C. (2001). A survey of medical students' opinions about complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185(3), 754-757.
- Clark, N.M., Cabana, M.D., Nan, B., Gong, Z.M., Shish, K.K., Birk, N.A. et Kacoroti, N.K. (2008). The clinician-patient partnership paradigm : outcomes associated with physician communication behaviour. *Clinical Pediatrics*, 47(1), 49-57.
- Colombat, P., Altmeyer, A., Barruel, F., Bauchetet, C., Blanchard, P., Colombat, P., Copel, L., Ganem, G., Rodrigues, M. et Ruzniewski, M. (2011). Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie*, 13, 845-863.
- Coulon, Alain. (1993). *Ethnométhodologie et éducation*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Courraud, C. (2002). *Attention et performance : les cahiers de la mdb*. Paris : Éditions Point d'Appui.

- Courraud, C. (2009). L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 193-220). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Damasio, A. (2001). Les émotions, source de la conscience. *Sciences Humaines*, 119, 44-47.
- Delors, J. (1996). *L'éducation, un trésor est caché dedans*. Éditions Unesco, Paris : Éditions Odile Jacob.
- Demazière, D. (2011). L'entretien biographique et la saisie des interactions avec autrui. *Recherche qualitative*, 30(1), 61-83.
- Demers, P. (1991). *Pour vivre mieux. Une nouvelle éducation corporelle*. Ottawa : Les presses de l'Université d'Ottawa.
- Demers, P. (2008). *Élever la conscience humaine par l'éducation*. Québec : Les presses de l'Université du Québec.
- Depraz, N., Varela, F. et Vermersch, P. (2000). La réduction à l'épreuve de l'expérience. *Études phénoménologiques*, 31-32, Ousia.
- Desbiens, J.-F. (1999). La formation professionnelle, les savoirs et la professionnalisation : réflexion critique sur le cheminement de l'enseignement de l'éducation physique. *Avante*, 5(2), 40-53.
- DeSylvia, D., Stuber, M., Fung, C., Bazargan-Hejazi, S. et Cooper, E. (2008). "The knowledge, attitudes and usage of complementary and alternative medicine of medical students," *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2011, 1-5.
- De Valk, M. et Oostrom, C. (2007). Burnout in the medical profession. Causes, consequences and solutions. *Occupational Health at Work*, 3(6), 1-5.
- Dictionary of Cancer Terms (s.d.). Site du *National Cancer Institute*. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cancer.gov/dictionary?CdrID=454742>>. Consulté le 28 novembre 2011.
- Di Sarsina, P.R. (2007). The Social Demand for a Medicine Focused on the Person: The Contribution of CAM to Healthcare and Healthgenesis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 4(S1), 45-51.
- Dobkin, P.L. et Hutchinson, T.A. (2013). Teaching mindfulness in medical school : where are we now and where are we going? *Medical Education*, 47, 768-779.

- Dobkin, P.L., Irving, J.A. et Amar, S. (2012). For Whom May Participation in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program be Contraindicated? *Mindfulness*, 3, 44-50.
- Dornan, T., Hadfield, J., Brown, M., Boshuizen, H. et Scherpbier, A. (2005). How can medical students learn in a self-directed way in the clinical environment? Design-based research. *Medical Education*, 39, 356-364.
- Doron, R., Jalley, E. et Richelle, M. (2011). Pensée. In R. Doron et F. Parot (dir.) *Dictionnaire de psychologie*. (p. 527-528). Paris : Presses Universitaires de France.
- Doron, R., Mengal, P. et Richelle, M. (2011). Esprit. In R. Doron et F. Parot (dir.) *Dictionnaire de psychologie*. (p. 272). Paris : Presses Universitaires de France.
- Dubar, C. (2000). *La crise des identités. L'interprétation d'une mutation*. Paris : PUF.
- Duffin, J. (2011). Abraham Flexner a-t-il provoqué la création du JAMC?. *Canadian Medical Association Journal*, 183(9), E593-E596.
- Duprat, E. (2009). Relation au corps sensible et image de soi. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 361-376). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Duprat, E. (2007). *Relation au corps sensible et image de soi - Application auprès d'une population de personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Duval, T., Duprat, E. et Berger, E. (2013). Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. *Réciprocités*, 8, 45-55.
- Duval, T. (2010). *Fasciathérapie et transformation du rapport à la santé. Étude auprès de patients suivis en fasciathérapie*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Eisenberg, D.M., Davis, R.B., Ettner, S.L., Appel, S., Wilkey, S., Van Rompay, M. et Kessler, R.C. (1998). Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. *The Journal of the American Medical Association*, 280(18), 1569-1575.
- Eisenberg, D.M., Kessler, R.C., Foster, C., Norlock, F.E., Calkins, D.R. et Delbanco, T.L. (1993). Unconventional medicine in the United States. *The new England Journal of Medicine*, 328, 246-252.

- Eisenberg, N., Fabes, R.A., Murphy, B., Karbon, M., Maszk, P., Smith, M., O'Boyle, C. et Suh, K. (1994). The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related Responding. *Journal of personality and Social Psychology*, 66(4), 776-797.
- Elder, W., Rakel, D., Heitkemper, M., Hustedde, C., Harazduk, N., Gerik, S. et Haramati, A. (2007). Using Complementary and Alternative Medicine Curricular Elements to Foster Medical Student Self-Awareness. *Academic Medicine*, 82(10), 951-955.
- Engel, L.G. (1977). The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Epel, E.S. et Lithgow, G.J. (2014). Stress Biology and Aging Mechanisms : Toward Understanding the Deep Connection Between Adaptation to Stress and Longevity. *Journals of Gerontology : Biological Sciences*, 69(S1), S10-S16.
- Fedou, C. (2011). *Psychopédagogie perceptive et santé au travail. Prévention des troubles musculo-squelettiques par la gymnastique sensorielle - Évaluation qualitative d'une action de formation*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Fielden, S.L. et Peckar, C.J. (1999). Work Stress and Hospital Doctors : A comparative Study. *Stress Medicine*, 15(3), 137-141.
- Firth-Cozens, J. et Greenhalgh, J. (1997). Doctors's Perceptions of the Links Between Stress and Lowered Clinical Cares. *Social Science Medicine*, 44(7), 1017-1022.
- Fortin, B. (2013). Enrichir le savoir être des résidents en médecine par des stratégies pédagogiques diversifiées influençant leurs priorités. *Pédagogie Médicale*, 14(4), 297-302.
- Fortin, S. et Vanasse, C. (2011). The Feldendrais method and woman with eating disorders. *Journal of Dance & Somatic Practices*. 3(1-2), 127-141.
- Forget, M.-H. et Paillé, P. (2012). *L'entretien de recherché centre sur le vécu. Sur le journalisme, About journalism, Sobre jornalismo* [En ligne], vol. 1, n° 1, mis en ligne le 15 septembre 2012. URL : <http://surlejournalisme.com/rev>
- Frank, E. (2004). Physician Health and Patient Care. *The Journal of the American Medical Association*, 291(5), 637.

- Frank, E., Breyan, J. et Elon, L. (2000). Physician Disclosure of Healthy Personal Behaviors Improves Credibility and Ability to Motivate. *Archives of Family Medicine*, 9, 287-290.
- Fredrickson, B.L., Grewen, K.M., Coffey, K.A., Algoe, S.B., Firestone, A.M., Arevalo, J.M.G., Ma, J. et Cole, S.W. (2013). A Functional Genomic Perspective on Human Well-being. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(33), 13684-13689.
- Furnham, A. et McGill, C. (2003). Medical students' attitudes about complementary and alternative medicine. *The journal of alternative and complementary medicine*, 9(2), 275-284.
- Gaboury, I., Toupin April, K. et Verhoef, M. (2012). A qualitative study on the term CAM: is there a need to reinvent the wheel? *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12, 1-7.
- Gaboury, I., St-Onge, C., Xhignesse, M. et Petit, G. (2014). *Vision of health and prioritisation of CanMEDS roles : A survey of RCPSC Fellows*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Gatto, F. (1999). Apprendre à éduquer le patient. *Adsp*, 70-74.
- Gilbert, M.D. (2003). Weaving Medicine Back Together : Mind-Body Medicine in the Twenty-First Century. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(4), 563-570.
- Giorgi, A. (1997). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines : théorie, pratique et évaluation. In *La recherche qualitative: Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 341-364.). Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Glaser, K.M., Markham, F.W., Adler, H.M., McManus, R.P. et Hojat, M. (2007). Relationships between scores on the Jefferson scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care : a validity study, *Med Sci Monit*, 13(7), 291-294.
- Glee, C. et Scouarnec, A. (2008). *Parcours professionnels et enjeux RH contemporains : Comment passer du subir au choisir ?* XIXe congrès de l'AGRH - La contribution de la GRH au développement des territoires et des organisations. Université de Dakar (UCAD), Dakar.
- Gohier, C., Anadón, M., Bouchard, Y., Charbonneau, B. et Chevrier, J. (2001). La construction identitaire de l'enseignant sur le plan professionnel : un processus dynamique et interactif. *Revue des sciences de l'éducation*, 27, 3-32.

- Goldmann, L. (1966). *Sciences humaines et philosophie. Qu'est-ce que la sociologie?* Paris : Éditions Gonthier.
- Grandjean-Lapierre, S., Landry-Désy, J., Phay, R.-P., Simoneau, R., Tremblay-Pouliot, J., Lacroix, M.C., Leblanc, D., Massicotte, C., Turcotte, A.M. et Xhignesse, M. (2009). *Visions de la santé et rôles du médecin : étude exploratoire, la perspective du médecin.* Université de Sherbrooke.
- Greenfield, S.M., Brown, R., Dawlatly, S.L., Reynolds, J.A., Roberts, S. et Dawlatly, R.J. (2006). Gender differences among medical students in attitudes to learning about complementary and alternative medicine. *Complementary Therapies in Medicine, 14*, 207-212.
- Groulx, L.-H. (1997). Le débat qualitatif-quantitatif : un dualisme à proscrire? *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 4*(1), 46-58.
- Guiraud, G. (2003). Le recours aux médecines parallèles au XX^e siècle. *Presse Med, 32*, 1638-1641.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond Curriculum Reform : Confronting Medicine's Hidden Curriculum. *Academic Medicine, 73*(4), 403-407.
- Hafler, J.P., Ownby, A.R., Thompson, B.M., Fasser, C.E., Grigsby, K., Haidet, P., Kahn, M.J. et Hafferty, F.W. (2011). Decoding the learning environment of Medical Education : A Hidden Curriculum Perspective for Faculty Development. *Academic Medicine, 86*(4), 440-444.
- Hassed, C., de Lisle, S., Sullivan, G. et 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.
- Haute autorité de santé (HAS) (2007). *Éducation thérapeutique du patient : définition, finalités et organisation.*
- Halterman-Cox, M., Sierpina, V.S., Sadoski, M. et Sanders, C. (2008). Cam attitudes in first- and second-year medical students : a pre- and post-course survey. *Integrative Medicine, 7*(6), 34-42.
- Hanna, T. (1989). Définition du terme Somatique. *La somatique.* Paris : Inter-Éditions.
- Hawks, J.H. et Moyad, M.A. (2003). CAM: Definition and Classification Overview. *Urologic Nursing, 23*(3), 221-223.

- Hewson, M.G., Copeland, H.L., Mascha, E., Arrigain, S., Topol, E. et Fox, J.E.B. (2006). Integrative medicine: implementation and evaluation of a development program using experiential learning and conceptual change teaching approach. *Patient Education and Counseling*, 62, 5-12.
- Hillion, J. (2010). *Écriture et processus de transformation. Analyse d'une expérience d'atelier d'écriture auprès de personnes engagées dans une démarche en psychopédagogie perceptive*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Hodges, B.D. et Lingard, L. (2012) Introduction. In B.D. Hodges et L. Lingard (dir.), *The Question of Competence. Reconsidering Medical Education in the Twenty-First Century* (p.1-13). United States of America : Cornell University Press.
- Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S.K., Isenberg, G.A., Veloski, J. et Gonnella, J.S. (2009). The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191.
- Holden, M.D., Buck, E., Luk, J., Ambriz, F., Boisaubin, E.V., Clark, M.A., Mihalic, A.P., Sadler, J.Z., Sapire, K.J., Spike, J.P., Vince, A. Et Dalrymple, J. (2015). Professional Identity Formation: Creating a longitudinal Framework Through TIME (Transformation in Medical Education). *Academic Medicine*, 90(6), 761-767.
- Honoré, B. (1992). *Vers l'œuvre de formation. L'ouverture à l'existence*. Paris : L'Harmattan.
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin; la mise en perspective des pratiques*. Paris : L'Harmattan.
- Horton, R. (1995). Georges Canguilhem : philosopher of disease. *Journal of the royal society of medicine*, 88.
- 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. et Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343 :d4163, p. 1-3
- Hummelvoll, J.K. (1995). *Psychiatric Nursing in a Public Health Perspective. A Study of How a Holistic-Existential Psychiatric Nursing Model Contributes to Work in Public Health*. Doctoral Thesis. The Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden.

- Humpich, M. et Bois, D. (2007). Pour une approche de la dimension somato-sensible en recherche qualitative. *Revue sur la recherche qualitative, hors série* (3) (p. 461-489). Acte de colloque : Bilan et prospective de la recherche qualitative.
- Hwu, Y.-J., Coates, V.E., et Boore, J.R.P. (2001). The evolving concept of health in nursing research : 1988-1998. *Patient Education and Counseling*, 42, 105-114.
- Institute of Medicine of The National Academies. (2005). *Complementary and Alternative Medicine in the United States*. The National Academies Press : Washington.
- Irving, J.A., Park-Saltzman, J., Fitzpatrick, M., Dobkin, P.L., Chen, A. et Hutchinson, T. (2014). Experiences of Health Care Professionals Enrolled in Mindfulness-Based Medical Practice : A Grounded Theory Model. *Mindfulness*, 5(1), p. 60-71.
- Ishak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D. et Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*, 10, 242-245.
- Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., van den Berg, M., van Dierendonck, D., Visser A. et Schaufeli, W.B. (2012). Measuring Spirituality as a Universal Human Experience : A Review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion and Health*, 51, 336-354.
- Janssen, T. (2006). *La solution intérieure. Réveillez le potentiel de guérison qui est en vous*. Paris : Fayard.
- Jarvis-Selinger, S., Pratt, D.D., et Regehr, G. (2012). Competency is not Enough : Integrating Identity Formation Into the Medical Education Discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185-1190.
- Josso, C. (1991) L'expérience formatrice : un concept en construction. In B. Courtois et G. Pineau (dir.), *La formation expérientielle des adultes* (p.191-199). Paris : La documentation Française
- Kaptchuk, T.J. et Eisenberg, D.M. (2001). Varieties of healing. 1 : Medical Pluralism in the United States. *Annals of Internal Medicine*, 135(3), 189-195.
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2000). *Introduction à la recherche en éducation*. Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Kaufmann, J.-C. (2011). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif*. (3^e éd.). Paris : Armand Colin.

- Laemmlin-Cencig, D. et Humpich M. (2009). La somato-psychopédagogie et ses dimensions soignantes et formatrices. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 329-345). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Laemmlin-Cencig, D. (2007). *La somato-psychopédagogie et ses dimensions soignante et formative*. Mémoire de Mestrado en psychopédagogie perceptive. Université Moderne de Lisbonne. Portugal.
- Laidlaw, T.S., Kaufman, D.M., Macleod, H., Sargeant, J. et Langille, D.B., (2001). Patients' satisfaction with their family physicians' communication skills : a nova scotia survey. *Academic medicine*, 76(10), S77-S79.
- Langdeau, L. (2004). La dimension personnelle dans la formation professionnelle. *Revue Interactions*. 8(2), 21-23.
- Langdeau, L. et Danis, C. (2004). Développement professionnel et développement personnel dans le contexte de la formation continue. *Revue Interactions*. 8(2), 25-44.
- Large, P. (2009). Corps sensible et processus de transformation. In D. Bois, M.-C. Josso et M. Humpich (dir.), *Sujet sensible et renouvellement du moi* (p. 403-415). Ivry-sur-Seine : Éditions Point d'Appui.
- Large, P. (2007). *Corps Sensible et transformation en somato-psychopédagogie. « Qu'en disent des Praticiens d'expérience? »*. Mémoire de Mestrado en psychopédagogie perceptive. Université Moderne de Lisbonne. Portugal.
- Laronde, C. (2012). *Sensible et sentiment d'incarnation - Enquête sur le déploiement du sentiment d'incarnation auprès d'experts de l'expérience du Sensible*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Larson, J.S. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.
- Leão, M. (2003). *La présence totale au mouvement*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Legault, M. et Paré, A. (1995). Analyse réflexive, transformations intérieures et pratiques professionnelles. *Cahiers de la recherche en éducation*, 2(1), 123-164.

- Lenoir, Y., Larose, F., Deaudelin, C., Kalubi, J.-C. et Roy, G.-R. (2002). L'intervention éducative : clarifications conceptuelles et enjeux sociaux. Pour une reconceptualisation des pratiques d'intervention en enseignement et en formation à l'enseignement. *Esprit Critique, Revue international de sociologie et de sciences sociales*, 4(4), 1-39.
- Leung, A.S.O. et Epstein R.M. et Moulton, C.-A. E. (2012) The Competent Mind : Beyond Cognition. In B. D. Hodges et L. Lingard (dir.), *The Question of Competence. Reconsidering Medical Education in the Twenty-First Century* (p.155-176). United States of America : Cornell University Press.
- Lie, D. et Boker, J. (2006). Comparative survey of Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes, use, and information-seeking behaviour among medical students, residents & faculty *BMC Medical Education*, 58(6), 1-6.
- Lie, D., Shapiro, J., Pardee, S. et Najm, W. (2008). A focus group study of medical students' views of an integrated complementary and alternative medicine (CAM) curriculum : students teaching teachers. *Medicine Education*, 13(3), 1-13.
- Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J.A., McMurray, J.E., Williams, E.S. et Konrad, T.R. (2002). Physicians Stress : Results From the Physician Worklife Study. *Stress and Health*, 18, 37-42.
- Lipiansky, E.M (1990). Identité subjective et interaction. In C. Camilleri, J. Kastersztein, E.M. Lipianklsy, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez (dir.), *Stratégies identitaires* (p. 173-211). Paris : PUF.
- Llera, J. et Durante, E. (2014). Correlation between the educational environment and burnt-out syndrome in residency programs at a university hospital. *Archivos Argentinos 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. et Amri, H. (2011). Stress Biomarkers in Medical Students Participating in a Mind Body Medicine Skills Program. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1-8.
- Maizes, V., Rakel, D. et Niemiec, C. (2009). Integrative Medicine and Patient-Centered Care. *Explore*, 5(5), 277-289.
- Maranda, M.-F., Gilbert, M.-A., Saint-Arnaud, L. et Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement. Rapport d'enquête de psychodynamique du travail*. Les presses de l'Université Laval.

- Marieb, E.N. (1999). *Anatomie et physiologie humaines*. (2^e éd.) Saint-Laurent : Éditions du nouveau pédagogique inc.
- Martin, J.B. (2001). Historical and professional perspectives of complementary and alternative medicine with a particular emphasis on rediscovering and embracing complementary and alternative medicine in contemporary western society. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 7(1), S11-S18.
- Mavor, K.I., McNeill, K.G., Anderson, K. Kerr, A., O'Reilly, E. et Platow, M.J. (2014). Beyond prevalence to process : the role of self and identity in medical student well-being. *Medical Education*, 48(4), 351-360.
- McNaughton, N. et LeBlanc, V. (2012). Perturbations : The Central Role of Emotional Competence in Medical Training. In B. D. Hodges et L. Lingard (dir.), *The Question of Competence. Reconsidering Medical Education in the Twenty-First Century* (p. 70-96). United States of America : Cornell University Press.
- Melo da Silva, M.C. (2013). La Psychopédagogie perceptive et son influence sur ma (Trans)formation professionnelle en tant qu'enseignante. *Réciprocités*, 8, 56-68.
- Michalec, B. et Hafferty, F.W. (2013). Stunting professionalism : The potency and durability of the hidden curriculum within medical education. *Social Theory & Health*, 11(4), 388-406.
- Milgram, S. (1974), *Obedience to Authority; An Experimental View*. Harpercollins.
- Miller, G. (1990) Invited reviews : The assessment of Clinical / Skills / Competence / Performance. *Academic Medicine*, 65 (9), p.S63-S67.
- 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. et Tremblay, J. (2002) *Survivre. La dynamique de l'inconfort*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Morin, E. (1982). *Science avec conscience*. Paris : Fayard.
- Morin, Y. (dir.) (2002). *Larousse médical*. Paris.
- Morrisette, J., Guignon, S. et Demazière, D. (2011). De l'usage des perspectives interactionnistes en recherche. *Recherche qualitative*, 30(1), 1-9.

- Moser, G. (2011). Enquête. In R. Doron et F. Parot (dir.) *Dictionnaire de psychologie*. (p. 257-258). Paris : Presses Universitaires de France.
- Motz, K., Graves, K., Gross, C., Saunders, P., Amri, H., Harazduk, N. et Haramati, A. (2012). OA05.03. 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), 019.
- Mucchielli, A. (2009a). Compréhensive (approche). In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 24-27). Paris: Armand Colin.
- Mucchielli, A. (2009b). Méthodologie d'une recherche qualitative. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 143-145). Paris: Armand Colin.
- Myers, G.E. et Myers, M. T. (1990). *Les bases de la communication humaine, une approche théorique et pratique*. (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- National Center for Complementary and Alternative Medicine (2011). Site téléaccessible à l'adresse <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>>. Consulté le 28 novembre 2011.
- 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.
- Newton, B.W., Barber, L., Clardy, J., Cevaland, E. et O'Sullivan, P. (2008). Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medecine*, 83(3), 244-249.
- O'Brien, B.C., Harris, I.B., Beckman, T.J., Reed, D.A. et Cook, D.A. (2014). Standards for Reporting Qualitative Research : A Synthesis of Recommendations. *Academic Medicine*, 89(9), 1-7.
- Office québécois de la langue française. (2011). *Le grand dictionnaire terminologique*. Site téléaccessible : <http://www.granddictionnaire.com/> Consulté le 28 novembre 2011.
- Organisation mondiale de la santé. (1946). Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé adopté par la Conférence internationale sur la Santé.

- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Stratégie de l'OMS pour la Médecine traditionnelle pour 2002-2005*. Genève.
- Oumeish, Y. (1998). The philosophical, cultural, and historical aspects of Complementary, alternative, unconventional and integrative Medicine in the Old World. *Archives of dermatology*, 134(11), 1373-1386.
- Paillé, P. (1991). *Procédures systématiques pour l'élaboration d'un guide d'entrevue semi-directive : un modèle et une illustration*. Communication au Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative : une méthodologie de la proximité. In H. Dorvil (dir.), *Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche* (p. 409-443). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Paillé, P. (2009). Recherche qualitative. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 218-220). Paris : Armand Colin.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Park, M.C. (2002). Diversity, the individual, and proof of efficacy : complementary and alternative medicine in medical education. *American Journal of Public health*, 92(10), 1568-1572.
- Rey, A et Rey-Debove, J. (dir.) (2001). *Le Nouveau Petit Robert. Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert.
- Piaget, J. (1974). *Recherche sur la contradiction*. Paris. Presses Universitaires de France.
- Pilon, J.-M. (2004). Une formation universitaire d'orientation praxéologique : démarche de développement professionnel et de transformation personnelle. *Revue Interactions*. 8(2), 73-94.
- Pineau G. et Courtois B. (1991). *La formation expérientielle des adultes*. Paris : la documentation française.
- Poupart, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et Pires, A.P. (1997). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

- Pourtois, S.P. et Desmet, H. (2009). Épistémologie des méthodes qualitatives. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 71-76). Paris : Armand Colin.
- Quéré, N. (2004). *La pulsologie Méthode Danis Bois, Action sur les fascias, le système vasculaire et la microcirculation en approche manuelle*. Paris : Éditions Point d'Appui.
- Rakel, D. (2007). *Integrative medicine*. Philadelphie : Saunders Elsevier (2nd ed.).
- Reboul, O. (1971). *Philosophie de l'Éducation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Reed, P.G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 15, 349-357.
- Regehr, C., Glancy, D., Pitts A. et LeBlanc, V.R. (2014). Interventions to Reduce the Consequences of Stress in Physicians, A Review and Meta-Analysis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 353-359.
- Riccard, C.P. et Skelton, M. (2008). Comparative analysis of 1st, 2nd, and 4th year MD students' attitudes toward Complementary Alternative Medicine (CAM). *BioMed Central Research Notes*, 1(84), 1-5.
- Roberts, L.W., Warner, T.D., Carter, D., Frank, E., Ganzini, L. et Lyketsos, C. (2000). Caring for Medical Students as Patients : Access to Services and Care-seeking Practices of 1 027 Students at Nine Medical Schools. *Academic Medicine*, 75(3), 272-277.
- Rodrigues, M., Albiges, L. et Blanchard, P. (2012). Les internes et le burnout. *Oncologie*, 14, 343-344.
- Roll, J.-P. et Roll, R. (1996). Le sixième sens. *Science et Vie*, 195, p. 70-79.
- Romanow, R.J. (2002). Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*.
- Rondeau, K. (2014). *Modélisation de l'expérience du travail de nature identitaire d'enseignantes en contexte de formation expérientielle continue à la maîtrise renouvelée en enseignement au préscolaire et au primaire*. Thèse de Doctorat en éducation. Université de Sherbrooke. Sherbrooke.
- Rose, A.E., Frank, E. et Carrera, J.S. (2011). Factors Affecting Weight Counseling Attitudes and Behaviors Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine*, 86(11), 1463-1472.

- Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C. et Hojat, M. (2003). Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students. *Teaching and learning in medicine*, 15(2), 88-92.
- Rosser, W.W. et Kasperski, J. (2001). The benefits of a trusting physician-patient relationship. *The journal of family practice*, 50(4), 329-330.
- Rugira, J.-M. (2007). La relation au corps, une voie pour apprendre à comprendre et à se comprendre : pour une approche perceptive de l'accompagnement. *Les cahiers du CIRP*.
- Saunders, P., Tractenberg, R.E., Chaterji, R., Amri, H., Harazduk, N., Gordon, J., Lumpkin, M. et Haramati, A. (2007). Promoting self-awareness and reflection through an experientiel Mind-Body Skills course for first year medical students. *Medical Teacher*, 29, 778-784.
- Savoie-Zajc, L. (2009a). Validation des méthodes qualitatives. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 289-290). Paris : Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009b). Cohérence interne. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 20). Paris : Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009c). Acceptation interne. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 1-2). Paris : Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009d). Confirmation externe. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 29). Paris : Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009e). Complétude. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 23). Paris : Armand Colin.
- Savoie-Zajc, L. (2009f). Saturation. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 226-227). Paris : Armand Colin.
- Schmidt, K., Rees, C., Greenfield, S., Wearn, A.M., Dennis, I. Patil, N.G., Amri, H. et Boon, H. (2005). Multischool, International Survey of Medical Student's Attitudes toward "Holism". *Academic Medicine*, 80(10), 955-963.

- Schön, D. (1994). *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Montréal : Les Éditions Logiques.
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes : empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 10(3), 1-11.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. et Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, 581-599.
- Shapiro, S.L., Shapiro, D.E. et Schwartz, G.E.R. (2000). Stress management in medical education : a review of the literature. *Academic Medicine*, 75(7), 748-759.
- Shaw, B.R., Han, J.Y., Hawkins, R.P., Stewart, J., McTavish, F. et Gustafson, D.H. (2007). Doctor-patient relationship as motivation and outcome : examining uses of an interactive cancer communication system. *International journal of medical informatics*, 76, 274-282.
- Shiralkar, M.T., Harris, T.B., Eddins-Folensbee, F. et Coverdale, J.H. (2013) A Systematic Review of Stress-Management Programs for Medical Students. *Academic Psychiatry*, 37, 158-164.
- Sklar, D.P. (2013). Beginning the journey. *Academic Medicine*, 88(1), 1-2.
- Snyderman, R. et Weil, A. (2002). Integrative Medicine : Bringing medicine back to its roots. *Archives of Internal Medicine*, 162, 395-396.
- St-Arnaud, Y. (1999). *Le changement assisté. Compétences pour intervenir en relations humaines*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- St-Pierre, R., Béland, A., Houle, O., Aubé, M., Bouffard-Cloutier, A., St-Onge, C. et Xhignesse, M. (2010). *Visions de la santé et rôles du médecin*. Université de Sherbrooke.
- Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.
- Stock-Keister, M.C., Green, L.A., Kahn, N.B., Phillips, R.L., McCann, J. et Fryer, G.E. (2004). What people want from their family physician. *Am Fam Physician*, 69, 2310.
- Tap, P. (1980). *Identité individuelle et personnalisation*. Toulouse : Privat.

- Tartaryn, D.J. (2002). Paradigms of Health and Disease : A Framework for Classifying and Understanding Complementary and Alternative Medicine. *The Journal of alternative and complementary medicine*, 8 (6), 877-892.
- Tataryn, D.J. et Verhoef, M.J. (2001). *Intégration de l'approche conventionnelle et des approches complémentaires et parallèles en santé : vision d'une démarche, dans santé Canada. Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé : recueil de textes préparés à l'intention de Santé Canada*, p. VII.87-VII.93, Ottawa.
- Tavakol, M. et Sandars, J. (2014a). Quantitative and qualitative methods in medical education research : AMEE Guide No 90 : Part I. *Medical Teacher*, 36(9), 746-756.
- Tavakol, M. et Sandars, J. (2014b). Quantitative and qualitative methods in medical education research : AMEE Guide No 90 : Part II. *Medical Teacher*, 36(10), 838-848.
- Tchobroutsky, G. et Wong, O. (1995). *La santé. Que sais-je?* Paris : Éditions Presses Universitaires de France.
- Thiedke, C.C. (2007). What do we really know about patient satisfaction? *Family practice management*, 33-36.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing*. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Van der Maren, J.-M. (1995). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Van der Maren, J.-M. (2009). Double cohérence. In A. Mucchielli (dir.) *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales* (p. 66). Paris : Armand Colin.
- Vanasse, A., Gaboury, I., St-Onge, C. et Xhignesse, M. (2014). *Vision of health and prioritisation of CanMEDS-FM-FM, A survey of the CFPC members*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.
- Vermersch, P. (1996). Pour une psycho phénoménologie. *GreX*, 13, 1-6.
- Vermersch, P. (1999). Pour une psychologie phénoménologie. *Psychologie Française*, 44(1), 7-18.
- Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation*. (6^e éd.). Issy-les-Moulineaux : ESF éditeur. (1^{re} éd. 1994).

- Vermersch, P. (2012). *Explicitation et phénoménologie. Formation et pratiques professionnelles*. Paris : Presses Universitaire de France.
- Villeneuve, C. (2013). Les apports de la somato-psychopédagogie pour l'enseignant du primaire. *Réciprocités*, 8, 69-81.
- Villeneuve, L. (1995). *Des outils pour apprendre*. Ville St-Laurent : Saint-Martin.
- Vincent-Roman, M. (2010). *La psychopédagogie perceptive et l'enfant. Aspects théoriques et pratiques*. Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie perceptive, Université Fernando Pessoa, Porto.
- Wald, H.S., Dube, C.E. et Anthony, D.C. (2007). Untangling the web – The impact of internet use on health care and the physician-patient relationship, *Patient Education and counselling*, 68, 218-224.
- Wald, H.S. (2015). Professional Identity (Trans)Formation in Medical Education: Reflection, Relationship, Resilience. *Academic Medicine*, 90(6), 701-706.
- Watson, J. (1985). *Nursing : The Philosophy and Science of Caring*. Colorado Associated University Press, Boulder, CO.
- Watzlawick, P. et Nardone, G. (1993). *L'art du changement : thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe*. L'esprit du temps.
- Wendler, C. (1996). Understanding Healing: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 836-842.
- Widlöcher, D. (2011). Appareil Psychique. In R. Doron et F. Parot (dir.) *Dictionnaire de psychologie*. (p. 50). Paris : Presses Universitaires de France.
- Wieland, L.S., Manheimer, E. et Berman, B.M. (2011). Development and Classification of an Opérational Definition of Complementary and Alternative Medicine for the Cochrane Collaboration. *Alternative Therapies*, 17(2), 50-59.
- Yardley, S., Teunissen, P.W. et Dornan, T. (2012). Experiential learning: AMEE guide No. 63. *Medical Teacher*, 34, e102-e115.

ANNEXE 1

GUIDE D'ENTRETIEN

D) QUESTIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET RÉCIT DE FORMATION

1. Depuis combien de temps avez-vous terminé votre programme de formation (infirmière/médecin)?
2. À quel âge avez-vous obtenu votre diplôme?
3. Est-ce que vous avez une spécialité?
4. Depuis combien de temps exercez-vous une pratique professionnelle?
5. Dans quel milieu de travail êtes-vous?
6. Quel est votre parcours de formation après la formation initiale en médecine / sciences infirmières?
7. Depuis combien de temps connaissez-vous et pratiquez-vous la somato-psycho-pédagogie ou fasciathérapie?
8. Parlez-moi de votre rencontre avec la somato-psycho-pédagogie.
9. Quelle a été la durée de votre formation professionnelle en somato-psycho-pédagogie ou fasciathérapie?
10. Parlez-moi de votre investissement des outils de la SPP ou de la fasciathérapie d'un point de vu personnel.
 - a. en mouvement**
 - b. en thérapie manuelle**
 - c. en introspection sensorielle**
 - d. à quel rythme**

II) RÉCIT PROFESSIONNEL

11. La personne peut-elle me parler d'une journée type en cabinet depuis sa formation en SPP, par contraste avec avant?
 - a. **Le nombre de patients par jour**
 - b. **Le déroulement d'une rencontre avec un patient**
 - c. **La dynamique de communication et les propos abordés**
 - d. **La présence de discours sur la prévention, les habitudes de vie**
 - e. **La rencontre est centrée sur le corps ou pas (psyché, inscription sociale et sens de l'existence)**

12. La personne peut-elle me parler de ses liens avec les autres professionnels de la santé ou autres praticiens, depuis sa formation en SPP, par contraste avec avant?
 - a. **Quels types de professionnels, nouveaux professionnels**
 - b. **Actions coordonnées entre les acteurs**
 - c. **Collaboration, en parallèle**

13. La personne peut-elle me parler de la relation avec ses patients, depuis sa formation en SPP, par contraste avec avant?
 - a. **Participation à la prise de décision**
 - b. **Responsabilisation de chacun**

14. La personne peut-elle me parler de la dynamique relationnelle?
 - a. **Avec les collègues de même niveau**
 - b. **Avec l'équipe de travail**
 - c. **Avec la direction**

15. La personne peut-elle me parler de sa perception du rôle du médecin dans la société d'aujourd'hui, en contraste avec avant?

16. La personne peut-elle me parler comment elle voit l'avenir dans son métier de médecin, en contraste avec avant?

III) RÉCIT RELIÉ À LA FORMATION PROFESSIONNELLE EN SPP

17. La personne peut-elle me parler des étapes de transformation?
18. La personne peut-elle me parler des effets de la transformation dans son environnement : famille, parents, amis, patients?
19. La personne peut-elle me parler des résistances (milieu personnel et professionnel) de sa transformation?
20. La personne peut-elle me parler du soutien qu'elle a obtenu dans son parcours de transformation?
21. La personne peut-elle me parler, depuis sa formation en somato-psychopédagogie, par contraste avec avant, des transformations qu'elle constate?
 - a. **son rapport à son corps**
 - b. **son rapport à sa santé**
 - c. **son rapport à la santé**
 - d. **sa conception de son métier dans le rapport au corps humain**
22. Quelles sont les motivations personnelles ou professionnelles qui t'ont amené à reprendre les études et à continuer ta formation dans le domaine de la somato-psychopédagogie? Les éléments ou événements déclencheurs?

IV) ENTRETIEN D'EXPLICITATION (les sous-points ne sont pas des relances, mais des informations à ne pas oublier dans la couverture de l'expérience)

23. Je te propose, si tu es d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment d'apprentissage transformateur durant ta formation en somato-psychopédagogie
 - a. **Rapport au corps**
 - b. **Rapport à sa santé**
 - c. **Rapport à la santé**

Exemple : Je te propose, si tu es d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment où tu as senti ton rapport à ton corps différemment, suite à ton parcours de formation.

24. Je te propose, si tu veux bien, de prendre le temps de laisser revenir un moment de consultation signifiant avec un patient qui découle de ta formation en SPP.

- a. **Rapport à sa pratique**
- b. **Rapport au lien avec le patient**

25. Je te propose, si tu es d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment d'interaction avec un patient qui a été réciproquement nourrissant, depuis ta formation en SPP.

- a. **Rapport à sa pratique**
- b. **Rapport au lien avec le patient**

ANNEXE 2

GUIDE D'ENTRETIEN

I) QUESTIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET RÉCIT DE FORMATION

1. Depuis combien de temps avez-vous terminé votre programme de médecine?
2. À quel âge avez-vous obtenu votre diplôme (médecine)?
3. Est-ce que vous avez une spécialité?
4. Depuis combien de temps pratiquez-vous la médecine?
5. Dans quel milieu de travail êtes-vous?
6. Quel est votre parcours de formation après la formation initiale en médecine?
7. Depuis combien de temps connaissez-vous la somato-psychopédagogie (SPP) / la fasciathérapie?
8. Parlez-moi de votre rencontre avec la SPP / la fasciathérapie.
9. Depuis combien de temps pratiquez-vous la SPP ou la fasciathérapie?
10. Quelle a été la durée de votre formation professionnelle en SPP / fasciathérapie?
11. Quelles sont les motivations personnelles ou professionnelles qui vous ont amené à reprendre les études et à continuer votre formation dans le domaine de la SPP / la fasciathérapie? Les éléments ou événements déclencheurs?

12. Parlez-moi de votre investissement des outils de la SPP / fasciathérapie d'un point de vue personnel.
- a. **en mouvement**
 - b. **en thérapie manuelle**
 - c. **en introspection sensorielle**
 - d. **à quel rythme**

II) RÉCIT RELIÉ À LA FORMATION PROFESSIONNELLE EN SPP

13. Lorsque l'on suit une formation, dans ce cas si en SPP, on passe à travers tout un cheminement, un processus où l'on rencontre des choses. Qu'avez-vous rencontré, découvert d'une année à l'autre?
14. La personne peut-elle me parler, depuis sa formation en somato-psycho-pédagogie, par contraste avec avant, des transformations qu'elle constate?
- a. **son rapport à son corps**
 - b. **son rapport à sa santé**
 - c. **son rapport à la santé**
 - d. **sa conception de son métier dans le rapport au corps humain**
15. La personne peut-elle me parler du processus de transformation?
- a. **La transformation : les étapes**
 - b. **Les résistances (milieu personnel et professionnel) de sa transformation**
 - c. **Des effets de la transformation dans son environnement : famille, parents, amis, patients**
 - d. **Du soutien qu'elle a obtenu dans son parcours de transformation**

III) RÉCIT PROFESSIONNEL

16. La personne peut-elle me parler d'une journée type en cabinet depuis sa formation en SPP, par contraste avec avant.
- a. **Le nombre de patients par jour**
 - b. **Le déroulement d'une rencontre avec un patient**
 - c. **La dynamique de communication et les propos abordés**
 - d. **La présence de discours sur la prévention, les habitudes de vie**
 - e. **La rencontre est centrée sur le corps ou pas (psyché, sociale et sens/existence)**

17. La personne peut-elle me parler de ses liens avec les autres professionnels de la santé ou autres praticiens, depuis sa formation en SPP, par contraste avec avant?
- a. **Quels types de professionnels, nouveaux professionnels**
 - b. **Actions coordonnées entre les acteurs**
 - c. **Collaboration, en parallèle**
18. La personne peut-elle me parler de la relation avec ses patients, depuis sa formation en SPP, par contraste avec avant.
- a. **Participation à la prise de décision**
 - b. **Responsabilisation de chacun**
19. La personne peut-elle me parler de la dynamique relationnelle, depuis sa formation en SPP, par contraste avec avant?
- a. **Avec les collègues de même niveau**
 - b. **Avec l'équipe de travail**
 - c. **Avec la direction**
20. Comment voulez-vous exercer votre métier de médecin?

IV) ENTRETIEN D'EXPLICITATION (les sous-points ne sont pas des relances, mais des informations à ne pas oublier dans la couverture de l'expérience)

21. Je te propose, si tu es d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment d'apprentissage transformateur durant ta formation en somato-psychopédagogie.
- a. **Rapport au corps**
 - b. **Rapport à sa santé**
 - c. **Rapport à la santé**
22. Je te propose, si tu veux bien, de prendre le temps de laisser revenir un moment de consultation signifiant avec un patient qui découle de ta formation en SPP.
- a. **Rapport à sa pratique**
 - b. **Rapport au lien avec le patient**
23. Je te propose, si tu es d'accord, de prendre le temps de laisser revenir un moment d'interaction avec un patient qui a été réciproquement nourrissant, depuis ta formation en SPP.
- a. **Rapport à sa pratique**
 - b. **Rapport au lien avec le patient**

ANNEXE 3
LISTE DE CATÉGORIES : SUZANNE

Rapport à ...		
Relation disharmonieuse avec soi-même	NON-RESPECT D'ELLE-MÊME	<p>Acceptation de situations dérangeantes</p> <p>Absence de l'écoute de son corps</p> <p>Verrouillage des émotions</p>
Mouvement vers soi	CONSCIENCE D'ELLE-MÊME	<p>Prise de conscience de son état dépressif et des causes de cet état</p> <p>Conscience de l'intimité entre son corps et son esprit</p>
	RÉCONCILIATION	<p>Réconciliation avec moi-même, la médecine et la santé</p> <p>Acceptation de sa différence, en dehors des cadres</p> <p>Ouverture d'un carcan</p> <p>Expression des émotions hors de mon corps</p>
	CONNEXION AVEC ELLE-MÊME	<p>Connexion avec elle-même</p> <p>Authenticité</p>
Sa transformation	À SA MANIÈRE D'ÊTRE	<p>Dépassement de limites</p> <p>Prise de risque dans l'expression</p> <p>Récupération du plaisir de prendre soin</p>
	À LA VIE	<p>Reprise du pouvoir sur sa vie</p> <p>Regard renouvelé sur la vie</p> <p>Reprise de confiance</p>
	À LA SANTÉ	<p>Définition de la santé inchangée</p> <p>Appropriation et intégration de la définition</p>
	AU TEMPS	<p>Moins de temps, plus présente à elle et ses enfants</p>
À la formation		<p>Intérêt pour l'approche</p> <p>Formation émouvante</p> <p>Repérage difficile des moments formateurs</p> <p>Mise en mot du vécu : moment fort de prise de conscience</p>

Sa pratique thérapeutique		
Contexte de pratique		<p>Début de la pratique à l'hôpital</p> <p>Fasciathérapie à l'hôpital</p> <p>Soin autant en médecine qu'en fasciathérapie</p> <p>Proposition de la fasciathérapie par moi-même</p>
Transformation de la pratique	PRISE D'INITIATIVE	<p>Réalisation d'un désir occulté</p> <p>Pratique changée par mes initiatives</p> <p>Prise d'initiative assumée</p>
Relation direction et pairs		<p>Réaction positive face à l'inconfort</p> <p>Changement radical de son évaluation</p>
Relation aux patients	RELATION THÉRAPEUTIQUE	<p>Établir une juste distance thérapeutique avec le vécu du patient</p> <p>Manifestations non verbales d'ouverture et d'accueil chaleureux</p> <p>Confidence plus grande des patients suite à l'ouverture du médecin</p> <p>Apaisement de la patiente par la parole</p> <p>Prise de parole engagée</p> <p>Double raffinement de l'écoute</p> <p>Justesse des mots et des gestes</p> <p>Autorisation à toucher : création de bien-être</p> <p>Regard amélioré des patients sur leur médecin</p>
	PRATIQUE D'ACCOMPAGNEMENT	<p>Accompagnement dans la difficulté et la libération</p> <p>Allègement du cœur de la patiente</p> <p>Présence à la part émotionnelle du soin</p> <p>Aptitude à accompagner les gens</p>
	RÉCIPROCITÉ DANS SA PRATIQUE	<p>Réciprocité nourrissante</p> <p>Bien-être suite à l'accompagnement</p> <p>Médecin nourri par la confiance de la patiente</p>

ANNEXE 4

RÉSUMÉ DE LA PRATIQUE MÉDICALE

Identification Suzanne / 51 ans.

Suzanne nous confie qu'entre le début et la fin de la formation, elle n'était plus la même personne. « entre le début et la fin des 4 années, je n'étais plus la même, ça, c'est clair. Et ça se voyait. »

À une période où Suzanne a carrément envie de changer de métier, elle rencontre l'approche. Suite à la formation aux pratiques du Sensible, plusieurs transformations ont des effets directement dans sa manière de pratiquer la médecine.

Elle réalise, en cours de formation, ce qu'elle désire au fond d'elle-même pour son métier. « Et où j'ai réalisé petit à petit que, de toute façon, je le savais, mais je l'avais un peu occulté, que depuis le départ, je voulais faire de la gynéco. Et je me suis donné les moyens d'y arriver. Donc, je subissais ma condition, enfin, professionnelle. Je ne m'y plaisais pas, mais je ne faisais pas grand-chose pour en sortir ». Suzanne dépasse l'angoisse permanente de faire une erreur qui la place en retrait de sa vie et toujours dans une posture de subir les événements par peur de faire des choix, par exemple, le choix de devenir gynécologue et d'investir sa propre dynamique dans sa profession en donnant son avis.

La formation lui a permis de se reconnecter avec la confiance en elle, tout en lui permettant de faire des choix sans cette peur de l'erreur. Là, elle réalise qu'elle aime sa profession, qu'elle aime prendre soin de ses patients. Elle parle d'une réconciliation avec elle-même, la santé et le métier : « Et bien, je me suis réconciliée avec la santé dans le sens où j'ai réalisé que en fait, j'ai toujours aimé m'occuper des gens et que c'était ce que je voulais faire... finalement. »

La formation lui permet d'apprendre à écouter son corps et à se libérer d'un trop-plein d'émotions qu'elle gardait en elle. Cette capacité d'écoute de son corps a ouvert un carcan qui lui a permis de s'ouvrir intérieurement et corporellement à la présence de ses patients et ainsi avoir des relations thérapeutiques avec plus d'interactions tout en maintenant la juste distance thérapeutique. Elle arrive à trouver les bons mots, les bons gestes au moment juste avec beaucoup plus de liberté. Les effets sont constatés dans les retours positifs que lui font ses patientes. Les patientes sont plus ouvertes et abordent plus de sujets qu'avant. Suzanne réalise le changement dans sa qualité d'écoute qui est plus visible maintenant. Elle sent son aptitude à accompagner les patientes dans leur libération. Elle est intimement persuadée du lien entre le corps et l'esprit « à partir du moment où je suis bien dans ma tête, mon corps va mieux aussi ».

Dans ses relations avec les collègues, Suzanne a aussi fait des prises de conscience sur les difficultés relationnelles qu'elle rencontrait. « Je crois surtout que j'étais tellement dépressive à ce moment-là que plus rien ne m'intéressait. Donc, j'arrivais à ne plus être intéressée par le métier, en tout cas par la façon que je le pratiquais, ça c'est clair. Et, [...], je n'étais pas vraiment fâchée à étudier avec mes collègues, je pense que je les jalousais un petit peu, d'une certaine façon. Parce qu'eux ils avaient l'air de s'éclater dans ce qu'ils faisaient et je n'arrivais pas à être en connexion avec. » Elle mentionne que maintenant, lorsque quelque chose ne va pas, elle ose aller directement parler à son collègue. Il y a plus d'interaction.

Ses relations de travail avec ses chefs de service ont totalement changé : « J'étais transparente, j'étais inexistante, je ne mettais aucun enthousiasme à rien. Là, c'est totalement oublié, [...], il trouve que je suis pleine d'enthousiasme, d'initiatives, j'adhère à tout, aux propositions, je fais des propositions. »

Son rapport à son travail a aussi changé selon elle : « Le fait de commencer la fasciathérapie m'a fait prendre des initiatives qui ont changé ma pratique professionnelle et c'est là que je suis passée aussi à l'hôpital. » Elle propose dans son nouveau milieu de travail à l'hôpital, des soins en médecine conventionnelle et avec la fasciathérapie pour supporter ses patientes. Suzanne assume sa différence : « Je crois que je voulais rentrer dans un cadre qui ne me convenait pas, maintenant, j'assume ma différence. »

Identification Marie-Hélène/51ans.

À la question : « Qu'est-ce qui a changé dans ta pratique depuis ta formation? », Marie-Hélène nous répond : « En 1^{er}, ce qui a changé, c'est moi. Donc, j'ai une validation de ce que je suis, parce que j'étais quelqu'un de très timide et très timoré beaucoup plus importante. Maintenant, je me sens à la hauteur de mes contemporains et pas en dessous. Donc ça c'est important aussi pour un patient, je pense que ça a un effet pour lui, c'est la 1^{ère} chose. »

Marie-Hélène a fait sa formation dans un élan de trouver des solutions pour les victimes de torture politique. Elle nous parle de la destruction très forte chez ses victimes qui prend naissance d'abord dans le corps : « la torture c'est un ravage, elle s'exerce sur le corps, mais elle détruit la personne dans son entier. Elle détruit son rapport à elle-même, sa perception d'elle-même, son identité, sa validation. Elle a ravi son espace du rêve, du fantasme, tout est envahi par le bourreau. Le bourreau, il est installé à l'intérieur de la personne et elle est envahie par des images congelées d'horreur qui se répètent en permanence, la nuit et le jour qui l'empêchent d'être présente à sa vie et à elle-même. Sans compter cette absence au corps et tous les séismes qu'ils ont vécus, les multiples douleurs qu'ils ont. Le corps est complice du bourreau. [...] Et moi, je voulais un soin qui puisse faire un contre-pied au bourreau, qui soit aussi humain que la torture est inhumaine ». Marie-Hélène nous partage que les pratiques du Sensible sont très efficaces auprès de cette population et qu'elle voit des sujets naître devant ses yeux : « Et puis, ça restitue le " je ", la parole qui leur a été ravie aussi par les effets de la torture. Ce sont des personnes qui peuvent, par le biais de ce qui se passe dans leur corps, et qu'on partage après une séance, ils recommencent à parler en leur propre nom. »

La deuxième chose qui a changé est directement en lien avec sa posture de travail comme médecin. Comme elle nous explique : « La 2^e chose, c'est que je ne suis plus seulement le médecin qui fait des diagnostics et qui applique des traitements. Je ne soigne plus des maladies, j'accompagne des personnes malades, que je les traite ou que je ne les traite pas. C'est ma posture maintenant et ça change aussi beaucoup de choses pour mes patients. Je sens, c'est idiot à dire, mais en gros, ce que je peux dire, c'est qu'ils m'aiment plus. » Nous demandons à Marie-Hélène de définir la tâche du médecin, elle nous répond : « Ça va jusque dans ces interstices des pathologies d'accompagner des personnes malades vers la santé, vers les retrouvailles avec elles-mêmes, vers du sens pour eux-mêmes. Il y a des gens qui sont malades, mais ils retrouvent une capacité qualitative à vivre parce qu'ils retrouvent du sens. Il y a des choses qui peuvent évoluer, même si leur état de santé ne se rétablit pas. Donc, ma tâche de médecin, elle tient compte de ça beaucoup plus ».

Déjà, à la fin de ses études en médecine elle considérait qu'elle n'avait été qu'à moitié formée, elle décide de faire une formation en psychologie. « Dès que j'ai commencé à être médecin généraliste, je me suis rendu compte que j'avais été à moitié formée. J'avais été formée à reconnaître des maladies et à appliquer des traitements pour ces maladies, mais je n'avais absolument pas été formée à la médecine générale qui comporte relativement peu de maladies et beaucoup de relations. »

Marie-Hélène constate que son écoute a changé : « la 3^e chose, c'est que j'écoute différemment mes patients ». Elle nous partage un autre manque qu'elle constate dans la formation des médecins généralistes : « la majorité des patients qui viennent au cabinet du médecin généraliste ont des plaintes fonctionnelles, ce ne sont pas des maladies répertoriées avec une perturbation des examens complémentaires du bilan biologique, la plupart du temps, c'est ça. Donc, c'est notre pain quotidien de généralistes, mais on n'a rien pour répondre à ça. La majorité des cas, s'entendent dire c'est dans votre tête. Non, c'est dans leur corps et maintenant je le sais. »

Elle bénéficie d'une expertise qui lui permet de relever les défis là où le médecin n'a plus de moyen. « Et maintenant, ce n'est pas simplement un discours de forme, je le vis et je le vis avec eux et je peux les accompagner. Non seulement les accompagner, mais aller exactement rejoindre ce qu'ils sont en train de vivre dans leur corps puisque je le perçois et je peux le réguler aussi. Des fois, ça s'arrête au discours, mais des fois, ça va jusqu'au traitement et même si ça s'arrête, juste dans ma façon d'être, je deviens un point d'appui pour eux. Et, je résonne aussi à mes patients, même si je ne les traite pas. Autrement, ils se sentent rejoints, ils se sentent compris, ils se sentent accompagnés. Et plus

abandonnés et plus relégués, voilà, c'est dans vos têtes... Alors, il y a une autre dimension, c'est que maintenant, je peux faire quelque chose, là où le médecin s'arrête de pouvoir faire, moi, je commence à pouvoir déployer tout un savoir-être et même savoir faire pour continuer à être soignante avec ces patients-là. »

Marie-Hélène a du dépassé un traumatisme personnel qui s'était inscrit en elle, elle vit une souffrance lorsqu'elle est touchée et lorsqu'elle touche. En effet, elle nous partage qu'au départ le toucher n'était pas ça facilité : « Bon, ce n'était pas mon truc toucher les gens, j'étais un petit peu pudique, un petit peu phobique du toucher, et puis bon me toucher moi c'était une catastrophe. Donc, ce n'était pas mon truc initialement, mais ça l'est devenu. »

Elle nous explique au fur et à mesure qu'elle progresse dans l'apprentissage du toucher qu'elle réalise que le toucher lui permet d'aller plus loin dans l'accompagnement de la personne. « on retrouve dans la matière ce qu'est la personne, ce qu'elle est. Ce que je percevais de mes patients avec l'écoute, maintenant, je le vis dans la caisse de résonance qu'est mon corps et ma conscience en les touchant et en les traitant, donc j'ai un accès à ce qu'ils sont, qui est beaucoup plus global, vrai. Du coup, ça me donne une capacité de les comprendre, de les rejoindre et de les aider qui est décuplée. Il y a de ça, une meilleure compréhension de la souffrance humaine aussi parce que maintenant je la sens. »

Marie-Hélène réalise aussi qu'au-delà de la guérison apparente, il peut rester dans le corps des formes d'immobilité dans les tissus qui ne permet pas une guérison optimum. De plus, elle constate que parfois, il reste au sein des tissus la trace de la peur qui engendre aussi son lot de difficulté : « une fracture, tout est consolidé, mais ils ne récupèrent pas, même s'ils font de la kiné. Et bien voilà, je les traite et ça repars, je remets en circulation des immobilités, le vivant revient, la vascularisation et ça repars. Il y en a d'autres qui ont eu des choses, des pathologies effrayantes, ils en sont guéris, mais la frayeur, elle est encore dans leur corps, dans leurs tissus. Et c'est gens-là sont bloqués d'une manière traumatique par rapport à ces événements-là. »

Elle nous partage aussi que sa manière de communiquer avec ses patients a changé, la nature de communication n'est plus la même et le degré de communication est plus important aussi. Elle sent aussi que sa propre expérience avec elle-même lui permet d'expliquer davantage à ses patients. Même si dans certains cas la douleur persiste, le fait de pouvoir donner une compréhension au patient change la dynamique : « Ça change tout, il y a du sens, de la compréhension, il y a du lien avec quelqu'un qui peut partager ça avec lui. Ça leur met un peu la puce à l'oreille, ils s'écoutent eux-mêmes, même si je ne les touche pas. Ils commencent à s'écouter un peu autrement et me ramènent des fois des choses (informations), vous voyez. Donc, ça peut changer beaucoup de choses dans ma façon de les soigner, cette nouvelle façon de communiquer. Rien qu'à cause (et) grâce aux fascias. » Elle fait le lien entre la pathologie, la personne et son corps. Elle sent qu'elle permet parfois aux personnes de se réconcilier avec leur corps, avec eux-mêmes.

Dans ses communications avec les autres professionnels de la santé, elle constate que sa manière de communiquer a changé. En effet, elle nous partage qu'elle donne plus d'informations sur la personne : « Là, je veille vraiment à parler de la personne, mais je ne sais pas si ça peut être entendu parce que je connais les médecins. Je sais qui en a qui sont très éloignés d'eux-mêmes. » Marie-Hélène réfère aussi aux praticiens des pratiques du Sensible pour la rééducation sensorielle, entre autres.

Marie-Hélène nous explique que ses relations professionnelles dans le centre de soins pour les victimes de torture a aussi changé. Elle réalise qu'elle a plus de facilité elle-même à communiquer : « Alors, ce qui a changé, c'est moi, je pense que j'étais quelqu'un de timoré, c'est-à-dire que j'avais des idées, mais je n'allais pas au bout. Et je le sens encore dans ma matière que ça reste. Et maintenant, je peux déployer une amplitude et la mener jusqu'au bout. Et rien qu'en faisant ça, tu concernes davantage les gens quand tu communique avec eux. Il y a davantage de *maïeutique*, de dialectique, d'échanges et ça les pousse eux aussi à aller plus loin, à aller chercher donc c'est beaucoup plus riche. »

La formation a été pour elle un lieu d'apprentissage mais aussi une voie d'expression de la profession comme elle le conçoit : « Aujourd'hui, je ne dis pas que je suis SPP, je suis médecin, mais thérapeute et je suis médecin comme moi je souhaitais profondément l'être. [...], c'est une grande joie dans ma vie. Vraiment, c'est un immense cadeau d'avoir réussi à accéder là où je voulais. C'est immense parce que j'avais une idée du thérapeute que je voulais être, mais je n'avais pas les moyens. »

« Après, bon j'ai eu des immenses satisfactions professionnelles et même plus que ça du professionnel que je suis, dans ma profession et du professionnel de soin que je suis. Parce que ça répondait à une attente profonde que j'avais, même si je l'avais à moitié formulée à moitié conscientisée. » Elle nous parle de la relation qu'elle a avec ses patients, il semble que cette relation la nourrisse elle aussi. En fait, elle nous dit qu'elle sent un état de joie et de paix après les séances. Il semble que ces moments de rencontre particuliers soient aussi un moment de rencontre avec le plus grand que soi : « c'est le plus grand que soi qui nous concerne tous et qui circule entre 2 personnes qui avec une dialectique ou une réciprocité actuante qui nous nourrit mutuellement et qui font notre vivant dans notre humanité ».

Identification Nathalie / 49 ans.

Son intérêt pour l'approche vient de sa recherche personnelle. Elle est en recherche personnelle depuis l'âge de 18 ans, la fasciathérapie va dans la continuité de sa quête. La formation est arrivée dans sa vie dans une période exigeante et lui a permis de se ressourcer : « Alors les 3 premières années, donc là mes petits, mes deux petits étaient petits. J'allais en stage, j'allais, j'étais en période de divorce donc ce n'était presque pas de la formation, c'était plutôt j'allais me ressourcer. »

L'accordage somato-psychique a été pour Nathalie très supportant, elle sentait les bienfaits intérieurs dans ses états d'apaisement, de confiance et de sérénité. Elle nous parle des bienfaits à plusieurs reprises dans l'entretien. Elle inclut les accordages somato-psychiques dans sa pratique professionnelle auprès de ses patients. « Je t'ai parlé tout à l'heure de l'accordage somatopsychique qui est important pour moi, très important et un état d'équilibre. On se sent équilibré dans sa vie surtout que ça a beaucoup changé ça. Et avec les patients, je travaillais beaucoup ça aussi. »

Elle nous parle aussi d'un cours sur le stress qui l'a beaucoup aidé dans sa propre gestion personnelle, à la manière de l'accordage somato-psychique, lorsque c'est bon pour elle, Nathalie fait le transfert auprès de ses patients : « Oui, mon stress et après avec des patients aussi. Donner des limites, quand est-ce qu'on est fatigués, quand est-ce qu'on a faim. C'est des choses très basiques, mais je me rends compte que les patients ont le même souci; les choses élémentaires telles que la faim, le sommeil, ce n'est pas si simple. [...], ça m'a donné beaucoup de repères et de limites. »

Nathalie n'était pas à l'aise avec les définitions apprises en médecine, par exemple, le concept de la santé, de la maladie et la prescription de médicaments. « Donc j'étais très gênée par la pratique médicale actuelle, je ne trouvais pas ma place. » Cette formation l'a confortée sur sa manière de concevoir la maladie en lien avec l'histoire de la personne, la santé et son métier.

La formation lui a permis de dépasser une difficulté de proximité dans le toucher qui déclenchait une panique à l'intérieur d'elle : « Oui, oui, j'acceptais plus les différences de pression, la proximité de d'autres personnes aussi ». Elle nous explique comment l'accompagnement verbal au sein de ses séances en thérapie manuelle l'a aidée dans ce passage. Elle verbalisait au cours de ses séances tout ce qu'elle faisait dans le corps de ses patients. Elle demeurait ainsi dans l'expérience sans entrer dans un discours intérieur néfaste qui la faisait entrer dans ses peurs de ne pas sentir. Elle se sentait rassurée et pouvait constater que les patients aussi l'étaient.

Elle nous partage qu'elle est plus à l'aise dans le contact corporel avec les patients : « Le plus gros changement, c'est quand même que maintenant, j'aime bien examiner les patients. Oui. Donc avant, je ne pouvais pas examiner les patients, c'était, quand j'étais interne, j'allais un peu plus loin dans les chambres, je ne supportais pas la maladie. Je n'acceptais pas la maladie. Donc, ça été problématique dans ma profession. Même une personne malade, je peux quand même aller la toucher. »

Son rapport à la personne et à la maladie a beaucoup changé et lui permet de prodiguer des soins avec plus de fluidité et de confort : « Avant, je voyais surtout la maladie et là maintenant, je vais toucher la personne et non pas un organe malade, mais je vais toucher la personne... de la fascia et la médecine vont être là pour faire immerger des choses, c'est ma posture qui a changé. »

Depuis la formation à l'éducation thérapeutique, Nathalie s'est placée dans une posture d'accompagnante, elle nous en parle à nouveau : « Donc je pars du principe que c'est la personne qui a sa solution, c'est la personne qui a ses réponses et moi je viens toucher la personne, il va y avoir un échange, mais je ne me sens plus avoir toute la responsabilité comme j'avais avant où il ne fallait pas que je passe à côté d'un signe, il fallait que je trouve certaines choses. C'est comme s'il fallait avant que j'aie sonder un corps, chercher. » Elle nous explique aussi que sa posture a beaucoup changé auprès de ses patients depuis l'écriture de son mémoire, sa dynamique avec les patients a changé : « La posture qui a été importante, de voir les potentialités qu'il y a dans la personne, c'est drôlement important. De partir de là où est le patient, c'est important. Par exemple, en addicto, ce n'est pas obligatoirement l'emmener en cure l'emmener faire des examens. Voir où en est le patient parce qu'il n'y a que lui qui sait en fait. »

Elle laisse vraiment du temps à son patient, elle sait l'attendre et l'écouter : « Alors, je vais laisser de l'espace à l'autre et du temps quoi, c'est drôlement important. Vraiment, moi, je considère que le temps de consultation, c'est son temps à lui. C'est le temps qu'il se donne lui déjà pour se trouver. » Nathalie nous partage que son écoute a changé, elle écoute plus avec le corps, elle prend le temps d'être présente à elle-même pour être plus présente à l'autre : « Oui, ce n'est pas uniquement l'écoute de ce que la personne dit, une écoute plus globale. » Elle nous explique aussi que même sans les mots, il y a des choses qui s'opèrent entre elle et son patient : « Quand il y a très peu de dialogue, il se passe des choses aussi. Oui, c'est ça qui est intéressant. »

Cette traversée, au sein du toucher et de la relation, a eu des incidences dans son rapport à l'examen médical : « J'arrive plus à entrer dans la logique corporelle. Déjà avant, le corps pour moi c'était l'examen clinique et c'était comme s'il fallait un peu le sonder, en faire l'examen médical, chercher s'il y a une maladie, chercher des signes. Et maintenant avec la fasciathérapie, c'est plus un dialogue avec le corps de l'autre. Il y a un échange, les organes sont vivants, ils ont une histoire et ce n'est pas uniquement un organe malade ou un organe à traiter ». Plutôt que de chercher les signes de la maladie, l'examen médical devient un lieu de dialogue avec le corps et son histoire. Elle qui détestait exécuter l'examen physique, aujourd'hui, elle les apprécie.

Dans les relations professionnelles avec l'administration et les infirmières, Nathalie nous explique que les relations ont changé, il n'y a plus de rivalité en fait mais plus d'échanges : « de tolérance et (de) complémentarité, chacun à sa place et c'est confortable ça. » Elle nous confie aussi qu'elle est plus à l'aise avec la distance relationnelle : « c'est que j'accepte les conflits maintenant, que ce n'est pas à moi de tout régler. Je laisse faire, je peux attendre. Avant, si par exemple, je voyais la secrétaire qui n'était pas très contente, j'avais tendance à aller vers elle, maintenant, je peux mettre de la distance en me disant bien voilà on est moins proches, donc on est un peu plus distantes. Ce n'est pas catastrophique. Et je peux attendre que ça change. Et si ça ne marche pas, ça ne marche pas, ce n'est pas grave. Ça c'est un grand changement. »

Cette capacité de gérer la juste distance relationnelle l'aide à prendre des décisions qui lui semblent justes et parfois à contre-courant de ses collègues : « Et donc je rencontre des conflits dans l'équipe, du fait que je ne suis pas forcément les protocoles, mais je pars du ressenti du patient et donc par exemple, on peut citer la méthadone qui se donne théoriquement en une fois et certains patients sont mieux avec 2 prises par 24 heures. Donc pour moi, c'est plus important que le patient soit bien, même si c'est en 2 prises, mais l'équipe n'admettait pas que ce soit hors protocole. » En plus, elle nous partage que les pratiques manuelles qu'elle fait sur ses patients lui permet de diminuer la dose de médicament.

Identification Isabelle / 57 ans.

Après avoir expérimenté plusieurs approches manuelles, elle a senti dès la première formation qu'elle déposait ses valises, elle était faite pour cette pratique. Cette approche la rejoignait dans des valeurs qu'elle portait dont le non-jugement, la valeur de tout être humain et le calme dans les cours. L'entrevue permet de constater que son parcours de formation était aussi lié à une quête personnelle.

La formation lui permet d'aller au-delà de la santé en générale : « Bon, la santé en général, la santé pour un médecin généraliste, c'est quelqu'un (où) l'examen clinique est bon, les bilans biologiques, tout ça, il n'y a rien, on ne trouve rien. » La pratique manuelle lui permet d'aller plus profondément dans le corps au-delà de la santé visible : « quand on met la main sur quelqu'un, on sent des choses. Il y a des densités, il y a des zones qui ne vont pas bien. Ça va au-delà de la santé visible, c'est plus profond. » Isabelle a développé des critères de santé en fonction de ce qu'elle rencontre sous la main : « c'est beaucoup les densités, l'absence de mouvement. [...] Le froid aussi, mais c'est surtout ça ou un appel trop fort vers une zone. Et puis aussi une rythmologie qui est perturbée, un mouvement qui est perturbé ou un sacrum qui part dans un sens ou un membre inférieur, je sens que c'est très attiré vers le bassin, vers la hanche, le bassin plus haut et même plus haut. Avec difficulté de descendre. » Elle nous confie que parfois, elle se sent attirée par une zone du corps qui se révèle être pour le patient un zone avec de l'histoire, par exemple, les poumons avec des épisodes asthmatiques.

Isabelle nous indique que depuis sa formation, son lien au patient a changé. En effet, elle sent qu'elle est plus à l'écoute et en même temps, elle sent qu'elle a plus de recul et elle se sent moins responsable de tout : « Plus d'écoute, une chose importante aussi, c'est que, en fait, j'ai toujours été très en fusion et donc là, ces dernières années, je sens que se met en place le fait d'être à la fois plus à l'écoute, mais aussi plus, avoir plus de recul par rapport aux gens. Être moins en fusion et moins prendre pour moi, parce que j'ai toujours pris pour moi tout ce qui se passait. » Elle nous dit aussi qu'elle écoute au-delà de ce que les gens disent ou montrent, son écoute est ouverte. Elle nous partage aussi que son lien au patient a gagné en proximité par l'approche manuelle et son attention à la personne : « une relation aux gens, aux patients qui s'est modifiée, dans le sens que le contact, l'approche manuelle me donne une proximité, mais pas que dans le manuel, dans l'approche de la personne elle-même ».

Elle a senti un espace de réconciliation se faire dans son rapport à l'autre, dans sa vie relationnelle avec plus de sérénité. Une réconciliation avec elle-même qui est passé par l'acceptation de son incarnation. La formation lui a permis de mieux s'incarner, d'acquérir une proximité et une sensibilité à son propre corps. Elle est plus à même de sentir ses besoins et ce qui lui fait du bien. « Je sens que, en fait, mon corps a besoin de beaucoup de nature et de repos et donc ça entre en jeu ». Elle nous partage que ce choix d'incarnation a eu des effets dans sa relation à elle-même et aux autres : « Je me vois plus présente à moi, plus présente aux autres, dans une distance plus juste, qui devient plus juste. » Elle ajoute que cette capacité d'incarnation a changé son rapport à la vie et à la confiance : « Aussi par rapport à la vie, plus de moments de confiance en ma vie et en la vie. Petit à petit, je chemine vers être, enfin plus sentir qui je suis et me construire plus. »

La pratique manuelle a toujours été un lieu de rencontre de ses peurs, peur de mal faire, qui mettait sur la scène son manque de confiance en elle, qu'elle travaille toujours. Elle nous témoigne qu'elle est plus confortable et confiante maintenant.

Isabelle aime bien sentir qu'elle a plusieurs outils : thérapie manuelle, gestuelle et verbale. Elle appréciait aussi l'approche car la pratique du mouvement permettait à Isabelle de rendre ses patients autonomes. Même avant de rencontrer l'approche, autonomiser les patients était important.

La formation a enrichi Isabelle et sa pratique. Elle nous confie que la fasciathérapie lui permet de continuer la pratique de la médecine : « Pour moi la fasciathérapie est très importante dans ma pratique, je ne pourrais pas faire que de la médecine générale parce que je disjoncterais très vite. La fasciathérapie m'apporte personnellement un moment où je me pose. Un moment de calme et de sérénité où je rejoins quelque chose de plus grand que moi. Et donc, ça me donne une sérénité pour continuer le reste pour faire la médecine générale qui est parfois un peu difficile. »

Identification Philippe / 66 ans.

Philippe est en fin de carrière, ses traversées de vie sont derrières lui. Il est dans un bel équilibre de vie et il a intégré une bonne discipline en matière de méditation et yoga dans sa vie depuis fort longtemps. « Une assez grande expertise de mon propre corps parce que je pratique le yoga depuis 1975 avec beaucoup d'assiduité. Mon corps et mon être sont des vieux compagnons de route que je fréquente en intimité. [...] Je méditais depuis des années, des dizaines d'années. »

Suite à une séance en fasciathérapie qu'il a reçue et où il s'est senti rejoint, il est curieux et cherche à comprendre cette approche manuelle. Il décide de s'inscrire à la formation. « Donc jusque là, rien ne m'avait satisfait en termes de thérapie manuelle. Et puis là, tout d'un coup, la 1^{ère} séance avec Charles, ça l'a été une espèce de révélation parce qu'enfin un traitement me concernait et il y avait un vrai dialogue entre le thérapeute et moi, c'est-à-dire mon corps et l'ensemble de mon être. »

Au fil de l'entretien, Philippe nous confie qu'à une autre époque, il avait tenté d'apprendre une approche manuelle, mais qu'il n'avait rien trouvé qui lui convenait et le « timing » n'était pas bon dans sa vie. « Elle m'a essentiellement apporté un outil de travail supplémentaire dans ma vie et ma fonction de thérapeute. J'ai envie de dire, d'être soignant, je me formule et je me considère comme un être soignant. Donc à partir de là, une corde supplémentaire à mon arc c'est très bien. [...], j'avais toujours eu envie de traiter manuellement et un cardiologue ne traite pas beaucoup avec ses mains d'habitude. Donc voilà, ça répondait à une attente, une demande qui était plus ou moins formulée, informulée, que j'avais essayé de faire il y a une vingtaine d'années, mais ça n'arrivait pas au bon moment dans ma vie. »

Depuis longtemps Philippe est conscient qu'il est son propre outil de travail : « J'étais à peine installé ici que j'ai vraiment pris conscience que je soignais autant avec ce que je suis, qu'avec ce que je sais, ce que j'ai appris ». Philippe a beaucoup été interpellé par la thérapie manuelle : « Quand Charles m'a traité, voilà, j'ai rencontré une méthode qui m'écoutait, qui me concernait, qui me demandait de participer ». Il prend bien soin de son principal outil de travail, lui-même, autant physiquement qu'intérieurement : « Bien moi, j'ai le sentiment dans mon chemin d'être soignant, de médecin, je me passe au tamis régulièrement pour essayer d'enlever, de débarrasser de tout ce qui peut venir interférer péjorativement dans mon action. Et quand je dis mon action, c'est une action qui vient aussi d'un état bien sûr, un état d'être ». Il prend soin de lui en fasciathérapie tous les deux à trois mois pour se maintenir en forme et être plus présent dans sa pratique de soin pour ses patients : « Ça m'a rendu, ça ma mis plus en santé en tant que thérapeute, donc plus disponible pour m'occuper des autres ».

Cette pratique manuelle lui permet de contacter l'intimité des artères tout en lui donnant accès à la totalité du corps, de l'être de son patient : « Ça fait 35 ans, 40 ans que je touche des artères, c'est quelque chose qui m'est très familier. Et là à ce qui était familier, il s'est ajouté quelque chose de supplémentaire qui était justement au-delà de ça. Ça me permettait d'entrer plus encore dans la familiarité des artères, dans une familiarité plus intime, je dirais voilà, quelque chose comme ça. Et à travers cette intimité-là, à quelque chose qui dépassait l'artère effectivement et qui me permettait de rejoindre on va dire la totalité du corps de la personne et de l'être ».

Dès la première pratique en thérapie manuelle, Philippe rencontre ce qui lui convient parfaitement dans cette approche. « La 1^{ère} pratique où elle nous avait préparé à faire le 1^{er} toucher, immédiatement, c'est là que j'ai découvert, j'ai découvert ce nouveau toucher. Et là, j'ai su que j'étais, j'avais trouvé dans la méthode ce qui me convenait parfaitement, c'est-à-dire l'abord pulsologique du corps humain ou de l'être. »

Il réalise que les pratiques du Sensible lui ouvrent l'accès à une nouvelle oreille pour entendre d'autres informations sur le patient : « Mais en l'occurrence, la fasciathérapie m'a permis, je dirais d'avoir une écoute manuelle que je n'avais pas auparavant. Donc cette écoute manuelle-là m'apporte des informations supplémentaires que j'intègre et que j'assimile avec tout ce que je sais et que je sais faire par ailleurs ».

L'apprentissage de la fasciathérapie lui a permis d'ouvrir un champ perceptif nouveau pour mieux saisir le corps de la personne qui vient le consulter. Il a aussi adapté sa façon d'intervenir auprès d'eux, par la discussion thérapeutique durant le soin en thérapie manuelle qui est selon Philippe plus performante. « Mais, à la fois parce que ça me permet d'entendre des choses, de percevoir, d'entendre dans un sens large bien sûr. Et en même temps, ça me permet de faire passer des choses forcément, c'est un lieu de communication. Et en même temps, c'est un support, c'est-à-dire que ce que j'ai acquis, véritablement grâce à la fascia, à ma pratique de la fascia, j'ai découvert, je me suis découvert une possibilité de dialogue avec le patient, je dirais en périmmédiateté. »

Philippe développe sa propre pratique de dialogue lors du toucher : « Périmmédiateté, c'est à chaud, au moment où les choses se passent, dans l'immédiateté, mais il y a la post immédiateté et il y a pendant l'immédiateté. Et donc, j'ai un certain nombre de patients avec lesquels je fais un dialogue de psychothérapie en quelque sorte pendant que je traite. C'est-à-dire que souvent quand on traite, il y a des choses qui nous viennent, des pensées qui nous viennent et si je, à moins que je sente qu'il n'est pas judicieux de le partager, en dehors de ça, souvent, je partage, je veux dire, j'exprime à haute voix. Et le patient répond, etc. Il se forme un niveau de dialogue, donc avec la bouche cette fois, verbal ».

Il constate par ailleurs que ce dialogue durant la séance de thérapie manuelle revêt une plus grande efficacité thérapeutique : « Et j'ai observé qu'effectivement, la justesse et l'efficacité thérapeutiques sont largement accrues par rapport à un dialogue qui se ferait en face à face par exemple. Même quand la relation est efficace, je dirais. Là, il y a une dimension supplémentaire. »

Il nous témoigne jusqu'à quel point la pratique manuelle en pulsologie a été une révélation passionnante et qu'elle continue de l'être. « Mais là, tout d'un coup, ce naturel de recherche de globalité, trouvait, découvrait, c'est comme si tout d'un coup j'ouvrais une nouvelle fenêtre à ma maison que je ne connaissais pas et puis voilà, les volets s'ouvrent, une nouvelle perspective sur le paysage. Et une perspective effectivement, qui était très prometteuse. Et donc ça, pour moi, ça a été vraiment quelque chose de très fort et tellement fort que ça m'accompagne toujours je dois dire. Ma passion pour le rapport pulsologique aux gens est quelque chose qui est né là à ce moment-là et qui continue à m'accompagner. »

Philippe n'a pas changé sa définition de la santé, mais il nous parle des repères perceptifs nouveaux qu'il a pour mieux définir la santé de ses patients par le toucher. « Par contre, en termes de repères perceptifs de la santé, le toucher manuel m'a permis justement d'avoir des informations supplémentaires avec l'écoute manuelle, me permet d'avoir un champ supplémentaire d'exploration de la santé des gens, voilà ça oui. »

Identification Eva / 32 ans.

Dès l'âge de 16 ans, Eva a été touchée par la possibilité de soigner avec les mains. Elle avait déjà une orientation bien personnelle pour son futur métier de médecin. Très à l'écoute de l'autre, Eva était déjà dans une facilité relationnelle avec les caractéristiques de sa personnalité.

Elle a pu goûter les bienfaits de la formation sur son propre corps et sa propre expérience. Elle nous partage qu'elle fait bénéficier ses patients d'un savoir-faire dans le savoir-être : « Déjà le fait de savoir entrer en relation avec soi-même, en étant neutre, plus présent à soi. Ça c'est sûr que ça m'a permis d'être plus présente pour le patient et ça me permet de me poser dans moi et de rester, d'avoir une présence et à la fois à moi et au patient. » Elle nous explique que la formation aux pratiques du Sensible lui donne des outils là où la pratique médicale n'en avait pas, par exemple dans l'attitude thérapeutique.

À la fois sa personnalité et aussi la formation aux pratiques du Sensible lui donnent une longueur d'avance en matière de relation aux patients. En effet, sa collègue de travail lui témoigne : « tu as gagné 20 ans au niveau relationnel. C'est-à-dire qu'elle trouve qu'au niveau de l'entretien avec les patients, j'en suis à un stade où ce sont des médecins avec 20 ans d'expérience... » Eva a des excellentes relations avec sa collègue, elles discutent beaucoup et sont ouvertes sur la manière de voir les différents concepts liés à la santé. Durant la formation aux pratiques du Sensible, Eva réalise qu'elle n'est pas assez investie dans une part active dans sa relation aux patients, autant dans sa pratique manuelle que dans les échanges verbaux. Elle réalise qu'elle doit être plus active dans sa main et sa parole.

Avant même de déployer son éprouvé, Eva fait plusieurs apprentissages qu'elle peut transférer dans son futur métier de médecin, par exemple l'attitude du point d'appui : « Ce qui s'est passé, comme j'étais étudiante en médecine, je ne pouvais pas transférer ce que j'apprenais en stage sur les patients à l'hôpital, ce n'était pas mon statut, mon rôle de faire de la thérapie manuelle, mais comme je ne pouvais pas transférer la gestuelle, du coup, j'ai transféré l'attitude de points d'appui. Et notamment, c'est venu vraiment rapidement quand il y avait des patients qui étaient agressifs ou il y avait une tension dans le service, avec un patient qui n'allait pas bien, etc. [...]. Moi, je sentais que je me mettais en points d'appui, l'attitude, la posture intérieure des points d'appui et puis d'essayer de trouver mes contours et au niveau de la sensation. Et ça, je sentais c'était une 1^{ière} étape qui me donnait de la stabilité dans l'entretien. » En effet, Eva utilise les outils des pratiques du Sensible dans les entretiens difficiles, elle nous partage un type de protocole qu'elle fait lorsque c'est le cas. « De me connecter à moi, d'avoir tous ces outils-là, tu vois, maintenant, au niveau attentionnel déjà, de m'orienter vers mes perceptions internes, de me poser dans moi, de prendre un peu de recul, diminuer le tonus, etc. Et après, c'est quelque chose qui s'ouvre, en fait, vers l'autre au niveau perceptif et pour mieux sentir. Déjà, d'être plus calme, arriver à mieux sentir comment gérer l'entretien, la façon d'orienter un petit peu ce que je vais dire, ce que je vais lui demander et puis de parler beaucoup plus calmement, plus sereinement et enfin ça permet qu'il se pose aussi et puis qu'il commence à sentir que c'est un espace, une relation où ils peuvent pouvoir parler. Ça va être assez apaisant pour eux. »

Elle nous parle encore un peu plus de la gestion d'un entretien délicat avec les repères corporels qu'elle utilise concrètement afin de trouver la bonne attitude relationnelle dans ces situations, en lien direct avec un concept de la thérapie manuelle, le point d'appui : « Alors, d'une manière plus descriptive, on va dire en thérapie manuelle, tu as le point d'appui comme arrêt circonstanciel du mouvement, Charles disait, il y a une attitude en chien d'arrêt, c'est-à-dire qu'il y a quelque chose où tu dois être très stable, où c'est une attitude de stabilité. Tu vas chercher une stabilité intérieure et je sais que pour moi c'est aussi en lien avec mes contours, c'est-à-dire percevoir vraiment, tourner mon attention perceptive sur mes contours corporels, physiques, et laisser venir la sensation de contour physique et ça, c'est en lien avec, ça me permet de retrouver un état de stabilité. Donc, il y a déjà cette posture qui est stable, stabilisée et à partir de là, l'attitude de chien d'arrêt, c'est-à-dire d'être ouvert : ah ok, maintenant, qu'est-ce qui se passe? Comment? [...], ce n'est pas la peine de paniquer, ok je suis posée, je suis stable, donc voilà je vais voir comment l'autre évolue et sa colère, comment ça évolue, etc. Et je vais voir ce que ça me fait dans moi et d'être à l'écoute, à la fois comment on voit ce

qui se passe chez l'autre et ce qui se passe dans moi, dans mon intériorité, ce que je ressens, des tentions, est-ce que j'ai l'impression, tout d'un coup, il y a une phrase qui me vient et souvent, ça va être la bonne chose à dire pour décoincer un peu la situation, des choses comme ça.»

Eva nous explique comment la formation aux pratiques du Sensible, l'a vraiment aidé dans la communication avec le patient. À la fois lui permettre d'approfondir sa qualité d'écoute, tout en retrouvant la physiologie du langage nécessaire à une bonne communication avec son patient : « ça m'a donné des outils pour à la fois développer mon écoute, mais développer ma parole aussi. Et pour justement, arriver, parce qu'avant j'avais une facilité à écouter pas forcément à parler et là, avec les, ça c'est avec la fasciathérapie très clairement qui m'a donnée, qui m'a ouverte à une profondeur d'écoute que je n'avais pas avant et en même temps en me reliant à mon intériorité, en sentant des tonalités, même des impulsions de parler et ça la fasciathérapie ça m'a vraiment reconnectée à une espèce de physiologie du langage. [...], c'est vraiment en termes de mouvement des fois. Tu as tout le côté temporel du langage, des temps d'impulsion pour parler. Et puis, tu as le côté d'orientation, en fait, où je sens qu'on peut partir dans une orientation ou une autre orientation ou au contraire qui a quelque chose qu'il ne faut surtout pas aborder. Donc, ça, c'est la fasciathérapie très clairement sur déjà une profondeur d'écoute, vraiment j'ai eu l'impression de laisser rentrer dans mon corps, ce n'est pas qu'entre les 2 oreilles, c'est laisser rentrer dans le corps la question et puis de mieux percevoir quand est-ce qu'il faut parler, qu'est-ce qu'il faut dire, sur quel ton? »

Une relation avec le patient sous le signe du dialogue. Un dialogue utile pour faire les choix thérapeutiques en lien avec le patient, ses valeurs et ses besoins : « Et c'est vrai que je leur demande toujours parce que du coup il y a des patients qui ne veulent surtout pas de médicaments, d'anti-inflammatoires, ils ont vraiment envie de plus qu'on regarde au niveau homéopathie s'il n'y aurait pas un remède qu'il pourrait convenir, etc. ou qu'ils préfèrent qu'on regarde plus en phytothérapie. Et il y a en a d'autres qui sont plus dans une démarche, ils veulent retourner travailler, ils veulent quelque (chose) d'efficace tout de suite et donc ils vont vouloir des antalgiques et puis anti-inflammatoires, un traitement un peu fort sur quelques jours pour être vite débarrassés, donc moi, oui, je leur demande et enfin, je suis plutôt ouverte sur ce qu'eux, ce dont ils ont envie, ce qui leur semble bien. Et puis après, c'est évident que s'il y a des contrindications, si je vois que les anti-inflammatoires il ne faut surtout pas, on essaie de trouver un autre traitement, un terrain d'accord, en fait, un terrain d'entente entre trouver le remède qui va leur convenir et qui avec lequel moi aussi je serais en accord pour prescrire parce que j'engage ma responsabilité de toute façon quand je prescris. »

Eva utilise aussi le dialogue pour permettre à la personne de faire des prises de conscience sur son état de santé et voir comment elle peut contribuer à améliorer son sort avec des comportements qui prennent plus soin d'elle-même, par exemple : « une personne qui vient pour une bronchite et je sens à l'odeur qu'elle fume, là on va beaucoup discuter si elle est capable de diminuer les cigarettes quand elle est malade et puis on va partir là-dessus. Pareil pour les gens qui ont des problèmes de dos, problème de cervical, etc., vraiment questionner plus, pas les habitudes de vie, mais les habitudes professionnelles, les postures de travail et est-ce qu'elle porte des charges lourdes, etc. Est-ce que dans son poste, ça lui convient, ça je vais voir. Après, les personnes qui viennent qui sont stressées, qui ont des problèmes d'insomnie, etc., c'est évident qu'il faut aller faire un screening un peu et de voir dans sa vie professionnelle et dans sa vie privée comment ça se passe. Essayer de comprendre, de réfléchir avec elle sur son environnement et sur comment elle vit. » Eva nous partage un cas pratique en thérapie manuelle où elle est vraiment entrée dans une discussion thérapeutique : « J'ai traité une fois une personne en fascia qui venait pour un lombago aigu et je pose les mains et je m'attendais à trouver peut-être un diaphragme bloqué. En fait, c'est une angoisse massive qui était vraiment, la personne était envahie et c'est vrai qu'à la fin de la séance, je lui en ai parlé. Moi, j'ai ressenti ça sous la main, il y a cette espèce d'angoisse, d'anxiété, il y a un niveau de stress qui est énorme en vous et là on a commencé à parler un peu de ce qui le stressait, etc. et c'était beaucoup son milieu professionnel où il a beaucoup de responsabilités et en même temps, il refuse de déléguer, alors qu'il pourrait. Et moi, j'apporte mon point de vue, je dis, mais si vous continuez comme ça, je ne fais pas souvent ça, là c'était tellement énorme sous la main, que si vous continuez comme ça, vous allez droit dans le mur. Et là, on a commencé à discuter du coup d'essayer d'envisager des pistes avec lui de

pouvoir déléguer, etc. »

Eva considère le métier de médecin, d'abord comme une profession relationnelle où elle investit sa propre singularité. En effet, dans son quotidien, elle prend le temps de discuter avec ses patients et parfois même elle négocie avec le patient pour s'assurer qu'il prendra la bonne décision en matière de santé. Elle ne se limite pas à donner des diagnostics, elle accompagne le patient dans la réception et la gestion de l'information en relation avec sa santé : [...], je pense que ma responsabilité c'est de dire, en tant que médecin, en tant que fasciathérapeute, je fais un bilan, j'ai vu qu'il y avait ça dans votre corps dont vous n'êtes peut-être pas conscient. Et de transmettre cette information et aussi d'accompagner la réception, c'est-à-dire de voir si lui, il l'entend, qu'est-ce qu'il en fait, etc. Et après, c'est sa décision de commencer à se dire, ok, même mon corps ne suit plus, je vais peut-être essayer de déléguer, etc. Donc je pense qu'il y a à la fois la responsabilité qui n'est pas que de dire voilà, en tant que médecin, je vous prescris ça, il faut interagir. Tu vois, c'est une relation pour dire, mais est-ce que vous l'entendez? Comment vous l'entendez? Comment vous envisagez de réagir? Et là, les gens sont souvent assez francs, de dire de toute façon, vous pouvez prescrire ça, je ne vais pas en prendre. Je pense que c'est à ce moment-là qu'on peut essayer de soit de négocier ou de trouver un autre, une autre voie de passage. Bon, peut-être qu'il ne veut pas de médicaments alors on va essayer des séances de kiné. Ou il ne veut pas d'arrêt de travail, d'accord on va, mais par contre, toujours être franche, moi, je vois beaucoup de gens qui refusent des arrêts de travail alors qu'ils ont une sciatique ou quelque chose qui nécessiterait un arrêt de travail. Donc, moi, je leur explique, je leur dis non, d'un point de vue médical, c'est au moins 1 semaine d'arrêt de travail parce que votre nerf est pincé, il est en train de souffrir, etc. Et après, je vois avec eux, si vraiment ils ne veulent pas s'arrêter, ils ne peuvent pas s'arrêter, au moins de changer de poste pour 1 semaine ou de ne pas faire de voiture pendant 1 semaine, travailler à la maison. Enfin, essayer de trouver une négociation. »

Elle fait aussi la différence parfois avec les situations d'urgence où la négociation n'a pas sa place et où sa posture doit être ferme : « il y a des fois où il ne faut pas, on ne peut pas négocier. C'est-à-dire, ce sont des urgences qui nécessitent d'être hospitalisé, souvent par exemple les parents des enfants essaient de négocier un petit peu. On dit non là, c'est grave, il faut vraiment l'avis de, faire un bilan aux urgences aujourd'hui. Donc des fois sur les urgences, se positionner fermement.»

Eva prend vraiment le temps de discuter avec ses patients et surtout de leur expliquer, elle nous confie qu'elle n'a jamais eu de conflit et qu'elle a toujours trouvé les voies de passage : « Maintenant, on a des petits tests rapides pour voir s'il y a un streptocoque, s'il y a un streptocoque, il faut mettre des antibiotiques, parce qu'il peut y avoir des effets au niveau du rein, au niveau cardiaque. Donc, et là, ça aide à négocier aussi et dire non, là, il y a un streptocoque, donc le traitement antibiotique, il est important, etc. Mais, moi, je n'ai jamais eu de conflits vraiment et je trouve que toujours en expliquant, déjà en leur demandant ce qu'ils veulent et puis en expliquant, moi, mon point de vue en tant que médecin, on arrive à trouver. De toute façon, on a une grande panoplie entre homéopathie, phyto et puis allopathie, médecine plus conventionnelle. »

Eva est consciente que sa posture auprès de ses patients peut les aider à devenir plus sujet et acteur de leur vie comme de leur santé. Elle privilégie cette posture et porte attention à sa qualité de présence pour ainsi être plus juste pour chaque situation. « c'est vraiment ce phénomène de créer une relation et à partir de cette relation construire un sens qui va être commun à tous les 2. Qui va être une hypothèse, un diagnostic, à envisager un traitement, donc quelque chose qui est créé à l'issue de cette relation, par cette relation. Et qui va effectivement, bien sur dans le sens d'une meilleure santé. Je pense qu'il y a le côté théorique de ce qu'est être médecin, la tâche d'un médecin, c'est de soigner un patient, faire un diagnostic, débiter un traitement, adresser à un spécialiste s'il y a besoin, etc. Mais ça, c'est théorique, on va dire, des charges théoriques, c'est une pratique la médecine et donc, c'est une pratique pour moi relationnelle et de co-création d'un sens, d'une explication, d'un traitement. »

Elle nous partage qu'elle trouve particulièrement très enseignant les rencontres avec les patients en soin palliatif : « Un jour, on discutait et j'ai beaucoup aimé les entretiens en soins palliatifs en fait parce que je trouvais que ça donnait, le fait qu'il y ait beaucoup de temps de silence, justement que les patients mettent du temps pour faire leurs phrases. Moi, ça me permet de me connecter au Sensible,

de développer une écoute un peu différente. Et là au bout d'un moment, il me dit : de toute façon, c'est bien comment ça va finir. Et c'est un patient, la famille ne voulait pas qu'on le dise qu'il était aux soins palliatifs et lui, enfin, on ne savait pas trop, mais il n'avait jamais parlé de sa maladie, de sa mort prochaine et je lui demandais, je sentais bien que c'était de ça dont il parlait, mais je lui ai demandé de reformuler pour être sûr qu'on parlait bien de la même chose. Et c'est là qu'il m'a dit : je vous trouve dure de me poser une telle question alors que vous savez très bien de quoi il retourne. Je pense que c'était à la fois, il avait pointé du doigt mon erreur parce qu'effectivement, je savais, j'avais l'intuition de quoi, de ce dont il voulait parler et puis j'ai quand même voulu faire, tu vois, je lui ai demandé une reformulation, mais c'était, histoire de bien faire l'entretien, alors qu'en fait, il n'y avait pas lieu de le faire et tu vois, c'est lui qui a été très formateur. Tu vois, pour moi, de me dire : non, mais vous savez bien de quoi il s'agit, donc il ne faut pas poser cette question-là. C'était, ça me venait ensuite à l'autre question sur la part active du sujet. Le fait qu'il me considère aussi parce que de me pointer mon erreur, c'est qu'il sait que je peux la corriger. »

Eva nous partage une expérience de consultation au tout début de sa carrière qui a été très porteuse de sens pour son métier de médecin et le potentiel d'une qualité de relation entre patient et médecin : « Et ça c'est, je trouve de l'avoir eu cette personne-là en crise, au début, ça, c'est quelqu'un que je vois très régulièrement, en fait et il y a vraiment une grande confiance qui s'est installée et du coup, cette réciprocité-là, cet échange et la façon dont on a géré cette crise-là, en respectant son désir à elle, en construisant un cadre qui était sécurisant, à la fois pour elle et pour moi parce que j'avais besoin aussi d'être rassurée en tant que médecin, qu'elle n'allait pas se suicider en sortant du cabinet ou quelque chose comme ça. C'est vraiment une portée dans le temps que j'ai trouvée vraiment, je trouve encore très impressionnante et il y a un lien qui est créé qui n'est pas banal et qui est plus fort qu'avec d'autres patients où il y a moins de réciprocité, il y a moins de choses comme ça qui s'instaurent, les choses vitales en fait, un moment vital pour elle et oui, ça dure encore aujourd'hui, ça fait plus de 5 ans que je l'ai vue pour la 1^{ière} fois à ce moment-là. Et il y a une grande confiance, dès qu'il y a un souci, elle vient me voir, elle m'écoute, moi, je l'écoute et elle m'écoute dans ce que je peux lui dire, lui renvoyer sur sa santé, etc. Et oui, c'est un échange qui s'est instauré sur cette base et ça continue sur cette base-là. »

Lors de l'entretien Eva ne voyait pas le lien avec la question, au fur et à mesure qu'elle parlait, elle a compris la richesse de cette consultation pour elle-même. Elle a réalisé l'impact de la relation dans le lien patient et médecin et a pris conscience de ce moment d'éclosion pour elle en tant que médecin : « Puis là, ça m'est revenu, c'est la 1^{ère} chose qui m'est revenue, tu vois, le 1^{er} moment de consultation qui m'est revenue, donc j'ai décidé de partir là-dessus et puis de découvrir en revisitant cet événement-là, de découvrir en quoi c'était nourrissant, pourquoi il y avait une réciprocité. C'était nourrissant, ça m'a fait comprendre la richesse du lien avec les patients, ce n'est pas anodin ... le médecin, ce n'est pas quelqu'un d'anodin pour les patients et qui a une vraie posture à prendre pour être soignant, etc. [...] Je me suis dit c'est qu'il doit y avoir quelque chose à fouiller quand même là-dessus. Tu vois, je n'avais pas pris conscience de forcément de cette consultation comme un moment d'éclosion aussi dans ma posture, dans ma pratique, dans ma profession. Et puis, l'impact dans le temps, ça crée de la confiance. »

Eva nous confie lors de l'entretien qu'à plusieurs reprises dans sa formation en médecine, il n'y avait pas d'outils concrets pour lui permettre d'apprendre, par exemple l'attitude thérapeutique. Elle est aussi désolée que les agences régionales en santé accordent si peu d'importance à la qualité de relation entre le patient et le médecin. En fait, elle constate jusqu'à quel point la santé publique s'appuie strictement sur « évidence base médecine » et que toute la part subjective est carrément inexistante autant du point de vue du patient que celui du médecin. Les critères d'évaluation se limitent à des critères objectivables, telles la vaccination, la prescription, ... Lorsque les objectifs sont atteints par le médecin, le pouvoir publique récompense financièrement les médecins qui suivent ses normes. Eva nous confie que cette attitude n'est pas porteuse.

ANNEXE 5
DOCUMENTATION RELIÉE À L'ÉTHIQUE DU PROJET

LE FORMULAIRE D'ÉVALUATION

**Comité d'éthique de la recherche – Éducation et sciences
sociales**
Formulaire de demande d'évaluation éthique

Consignes pour remplir ce formulaire : le texte en italique comprend des précisions, des consignes particulières, des indications du type de réponse attendu, etc. Le texte en italique peut être effacé afin de laisser seulement les questions et les réponses. Dans le cas des choix de réponses (oui /non en général), effacez les réponses qui ne s'appliquent pas et laissez seulement la réponse de votre choix. Votre demande est à envoyer par courriel à l'adresse ethique.ess@usherbrooke.ca.

1. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Chercheuse ou chercheur principal (étudiante ou étudiant si c'est le cas) :

Nom : Josée Lachance

Fonction : Doctorante

Numéro de téléphone :

Cochercheuses et cochercheurs (s'il y a lieu): *(nom, fonction, numéro de téléphone, courriel, etc.)*

Équipe de direction dans le cas d'un projet d'étudiante ou d'étudiant : **Pierre Paillé, directeur,**

L'équipe de direction a approuvé cette demande d'évaluation éthique : **Non**

Titre du projet : La somato-psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : *Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie?*

Le projet est-il réalisé dans le cadre d'un programme d'étude?

Oui

Si oui, spécifier de quel programme il s'agit : Doctorat en éducation

Le projet de recherche a-t-il été évalué et accepté par un jury? Non

Est-ce que ce projet est subventionné?

Non.

Si oui, spécifiez l'organisme subventionnaire :

Dans le cas des étudiants, recevez-vous une bourse : Non

2. PRÉSENTATION DU PROJET DE RECHERCHE

Ce projet est **un nouveau projet /un renouvellement/une modification d'un projet existant**

Un nouveau projet.

S'agit-il d'un projet interfacultaire ou interuniversitaire?

Non.

À quelle date souhaitez-vous commencer la collecte de données? Entre le 10 et le 31 mai 2012

Résumer le projet de recherche

Problématique

Une demande sociale

Les médecines alternative et complémentaire (MAC) sont très en vogue depuis une quinzaine d'années. Les citoyens se sont tournés vers ce type de médecine pour pallier à diverses insatisfactions dont les difficultés d'ordre relationnel et communicationnel qui les incitent à chercher d'autres solutions pour leurs besoins de santé. Les patients ne partagent pas toujours avec leur médecin la vision globale de la santé, voire de la vie ou de l'être humain. Ces divergences de points de vue et de valeurs compliquent parfois la qualité de la communication et de la relation entre les médecins et leurs patients.

Plusieurs chercheurs notent que la qualité de communication a une incidence sur la santé du patient autant du point de vue de sa santé émotionnelle que de la résolution des symptômes, des mesures physiologiques ou du contrôle de la douleur (Laidlaw, Kaufman, Macleod, Sargeant et Langille, 2001; Rosser et Kasperski, 2001; Stewart, 1995). La question de la communication est ici centrale, car elle constitue un indicateur fiable de la qualité du lien thérapeutique qui unit le patient et son médecin (Stock-Keister, Green, Kahn, Phillips, McCann et Fryer, 2004; Thiedke, 2007). Prendre soin du lien thérapeutique exige à la fois de placer le patient au centre de la relation et de construire un partenariat entre le patient et son médecin. Glaser, Markham, Adler, McManus et Hojat (2007) précisent que l'engagement empathique du médecin, au sein de la relation qu'il entretient avec son patient, est une variable importante pour le bien-être physique, mental et social du patient. Les compétences

relationnelles, les qualités de communication comme la capacité d'empathie du médecin participent à améliorer la relation thérapeutique, à construire un véritable lien de confiance et à sécuriser les patients vulnérabilisés par la précarité de leur état de santé.

Comme on va le voir, certains chercheurs parlent du passage d'une relation où la communication est souvent unilatérale et centrée sur des informations techniques possédées par le médecin, à une relation de coopération entre le médecin et le patient. Dans la relation de coopération, le médecin est reconnu comme l'expert en médecine, tandis que le patient est alors considéré comme un expert sur la manière dont il vit les manifestations de sa maladie au quotidien (Clark, Cabana, Nan, Gong, Slish, Birk et Kacoroti, 2008). La relation thérapeutique sort ainsi d'un modèle où le savoir et le pouvoir sont exclusivement détenus par le médecin, pour aller vers une relation où le patient assume sa part active et sa responsabilité face à sa santé. Dans cette position, il aime être informé et prendre part au processus décisionnel (Campbell, Auerbach et Kiesler, 2007). Ces nouvelles exigences de la part du public nous amènent à une conception nouvelle de la médecine, soit la médecine intégrative.

La médecine intégrative

La notion de médecine intégrative exige de renouveler nos manières d'envisager la question du soin et de la formation dans le domaine de la santé. Inspirée des approches cliniques centrées sur le patient, cette vision de la santé demande d'améliorer la qualité de la relation thérapeutique dans les pratiques de soins. De plus, elle est influencée par des éléments essentiels de la philosophie des MAC telles que la prévention, la participation et la responsabilisation du patient dans son processus de prise en charge de sa santé. La médecine intégrative ouvre un regard global sur la personne : elle considère sa pensée, son corps, sa vie spirituelle ainsi que son environnement social. Plus récemment, Snyderman et Weil (2002) proposaient une définition renouvelée qui intègre davantage ces deux médecines, en passant d'une addition des deux à une certaine forme de fusion.

It has a far larger meaning and mission in that it calls for restoration of the focus of medicine on health and healing and emphasizes the centrality of the patient-physician relationship. In addition to providing the best conventional care, integrative medicine focuses on preventive maintenance of health by paying attention to all relative components of lifestyle, including diet, exercise, stress management, and emotional well-being. It insists on patients being active participants in their health care as well as on physicians viewing patients as whole persons – minds, community members, and spiritual beings, as well as physical bodies. (p. 396)

On quitte ainsi une vision de la médecine principalement focalisée sur l'objectif d'enrayer la pathologie pour aller vers une philosophie de santé où l'équilibre global de la personne est pris en compte. La médecine intégrative s'inscrit ainsi dans une

visée éducative et préventive en prenant soin des conditions de maintien de la santé des personnes.

La médecine intégrative sur le terrain

Le courant de la médecine intégrative est variable selon les interlocuteurs. À la base de ce mouvement, le corps médical, constatant l'augmentation, voire l'installation d'une véritable culture de consommation des MAC, voulait protéger le public et s'assurer que les patients n'utilisent pas des thérapies incompatibles ou dangereuses pour leur santé. Ainsi se sentant responsable de la santé publique, le corps médical se trouvait face à l'obligation de connaître minimalement ces approches de soins alternatifs, de comprendre leurs logiques d'opération afin de pouvoir les conseiller ou déconseiller à leurs patients. Il y avait ici une préoccupation de cohérence dans les soins donnés aux patients. En effet, les soignants avaient déjà constaté, à travers leurs pratiques et leurs recherches, que les citoyens n'étaient pas enclins à partager les expériences des MAC auprès du médecin traitant par peur d'être jugés ou mal reçus (Institute of Medicine of The National Academies, 2005).

Une recherche (Lie, Shapiro, Pardee et Najm, 2008) menée auprès des étudiants en médecine montre que l'enseignement dans les facultés ne sensibilise pas suffisamment les futurs médecins à une conception de la médecine qui les prépare réellement à travailler dans une perspective intégrative. En effet, on voit au sein des programmes incluant les MAC que la conception de l'utilisation des MAC s'inscrit dans une perspective additive plutôt qu'inclusive. L'attention des futurs médecins est encore centrée sur la maladie et la résolution des problèmes plutôt que sur la prévention, la promotion de la santé et l'équilibre biopsychosocial et spirituel de la personne. Dans le cadre de *focus groups*, lorsqu'on interroge les médecins en formation, on constate que la plupart affirment n'avoir aucun élan pour intégrer les MAC dans leurs pratiques. Plusieurs affirment qu'ils ne recommanderaient pas les MAC en premier traitement, mais ne s'opposeraient pas au choix du patient, si telle est sa préférence et s'il n'y a aucun danger pour ce dernier. Une minorité d'étudiants en médecine affirment qu'ils ne recommanderont pas l'utilisation des MAC, tant et aussi longtemps qu'ils n'auront pas la preuve scientifique de leur efficacité et de leur non-nocivité pour la santé des citoyens. Finalement, un nombre limité de médecins en formation initiale affirme vouloir incorporer les MAC dans leur pratique médicale régulière. Les recherches soulignent par ailleurs que les étudiants ont tendance à assimiler la culture des institutions, au sein desquelles les MAC sont tolérées, sans être vraiment acceptées. (Lie *et al.*, 2008)

La question de la présence et de la conscience : une posture incontournable

Nous pouvons voir la question du soin, de la prévention comme celle de la guérison dans une perspective holistique. Il devient alors nécessaire de considérer l'être humain dans son entièreté biopsychosociale et spirituelle. La question de la présence au monde, envisagée d'une manière beaucoup plus consciente et moins centrée sur la pathologie, devient ici une nécessité. La personne humaine est ainsi vue comme un être en devenir, dotée d'un potentiel de guérison et de croissance, en attente des

conditions comme du rythme juste pour son déploiement. *L'Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges* définit le concept de pleine conscience comme suit :

La pleine conscience correspond à un sens bien développé du corps, de l'esprit et de l'âme. Elle est au centre de la roue de la santé car tous les autres domaines de la santé en dépendent. Lorsque vous êtes pleinement conscient, vous êtes attentif à l'instant présent – ne pensant ni au passé ni à l'avenir. Pour agir sur sa santé, il faut savoir comment prendre conscience de son état, et être à l'écoute de son bien-être physique, psychique et social. (Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, 2007, p. 19)

Dans cette optique, il devient clair que le rapport entretenu par la personne avec les différentes dimensions de son existence avec lui-même, avec les autres comme avec le monde constitue une source de santé et une promesse de déploiement de soi. Comme mentionné dans *l'Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges* (2007), les patients deviennent ainsi capables de prendre des décisions éclairées et d'adopter des attitudes préventives face à leur état de santé lorsqu'ils sont en contact conscient avec leur état corporel et intérieur, car ils sont alors présents à eux-mêmes. Selon Newman (1990), l'expansion de l'état de conscience de la personne constitue un acte important dans la poursuite d'une santé optimale et évolutive. En effet, la santé comme la maladie reste une expression de l'état de conscience de la personne. Comme le dit Newman (1990), on ne peut pas séparer la pathologie qui s'exprime dans un individu de l'entièreté de son être et de son articulation globale avec son environnement. Le soin de santé intégratif se présente alors comme une véritable vision du monde qui comprend et révolutionne notre rapport à la maladie, à la santé comme à l'acte thérapeutique lui-même.

La notion de conscience nous semble un peu risquée dans le cadre de notre investigation, car elle reste difficile à appréhender. Nous avons fait le choix à cette étape-ci de notre réflexion d'aborder la question de la conscience et de la présence par le biais de l'attention et de la perception du corps de la personne, qu'elle soit patiente ou soignante. La perception du corps vécu est descriptible en plus d'être clairement visible pour celui qui a appris à éduquer son attention. Dans une perspective de médecine intégrative, le médecin va tenter, en plus d'observer les signes, de questionner le patient en vue de saisir la globalité de ce qui se joue dans son intimité. Ici, soigner ne peut plus se limiter à régler les signes et les symptômes. Les soignants placent ceux-ci dans l'écologie globale de la personne, en lien avec la gestion de sa vie et son articulation avec son environnement aussi bien interne qu'externe. Rakel (2007) tente d'exprimer cette dynamique d'interaction entre le physique et le psychique qui influence la santé et la maladie et qui selon nous, s'appuie sur la capacité d'être conscient. Comme l'explique Rakel (2007), apercevoir l'origine et le sens de son malaise permet de mieux se comprendre et d'intervenir avec plus de pertinence. « A symptom is our body asking for some type of change. If

we simply suppress the symptom without understanding what it may need to go away, it will likely recur or arise in another part of the body. » (p. 9)

Une formation à questionner

À l'inverse des principes de Newman (1990), qui invite les professionnels de la santé à habiter l'incertitude et l'imprévisibilité du processus de soin, tout en étant complètement investi et au cœur de son action en relation avec le patient, le modèle d'éducation moderne cantonne les futurs médecins dans un rôle héroïque (Shapiro, 2008). Ils sont mis au défi d'être en permanence dans la performance et la compétition. Dans la construction de leur identité professionnelle, la peur, la vulnérabilité ou encore l'imperfection ne peuvent trouver leur place. Ces principes de base entraînent parfois le rejet ou le déni d'une partie d'eux-mêmes comme de leur humanité. Il semble que le processus d'admission et de formation des futurs médecins les inscrive dans une manière de voir et de concevoir leur métier qui les prédispose à des risques élevés d'épuisement :

Pour être admis en médecine, il faut savoir performer, être parmi les meilleurs. Les études dans cette discipline sont exigeantes, les heures innombrables et les sacrifices personnels grands. L'entrée en médecine marque les premiers jalons de l'adhésion à un mode de fonctionnement dans le travail. La formation souvent exténuante exige le dépassement des limites. Elle est caractérisée par l'excès et les modèles qu'on y présente suggèrent le surpassement. C'est l'apprentissage de la culture de l'endurance qui est à l'œuvre. (Maranda, Gilbert, Saint-Arnaud et Vézina, 2006, p. 58)

Suite à une demande faite par l'Association médicale canadienne (AMC) et par l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et de la toxicomanie (INSMT), les mêmes auteurs ont fait des rencontres de groupe de participants volontaires dans un espace où la parole libre était privilégiée afin de produire une enquête psychodynamique du travail des médecins. Le groupe a été constitué de médecins ayant traversé une expérience d'épuisement ou de dépression et ayant suffisamment de recul pour pouvoir en livrer des informations pertinentes à posteriori. Les auteurs notent la distance que le médecin prend face à son propre corps et sa propre santé « Les effets secondaires de cette culture de métier fondée sur le surtravail et l'endurance se manifestent effectivement à travers la relation du médecin à son corps. (Maranda *et al.*, 2006, p. 79) En fait, toute cette espace d'abnégation de lui-même à travers la culture enseignée dans la profession est un lieu qui lui transmet des valeurs où « le dépassement de ses propres limites, au profit de la profession, fasse partie des valeurs de la culture de ce métier. » (Maranda *et al.*, 2006, p. 14) D'autres auteurs, De Valk et Oostrom (2007), notent aussi le manque de formation auprès des futurs médecins pour leur permettre de prendre soin d'eux : « Self-care is not part of the doctor's professional training and is typically low on their list of priorities. » (p. 3) Les mêmes auteurs constatent l'effet du stress sur la relation aux patients : «The more

cynical attitude can result in a decrease in empathetic concern towards their patients, a psychological withdrawal from work, irritability and lack of patience.» (p. 3)

Le concept de médecine intégrative élargit le champ thérapeutique du médecin en s'adressant autant au corps et à la psyché qu'à l'inscription sociale et existentielle du patient. Il replace aussi le lien thérapeutique au cœur des activités médicales. Cette conception nouvelle demande une ouverture d'esprit de la part du médecin et ne pourra se faire qu'avec une formation qui dépasse les cadres biomédicaux parfois trop restreints. Pour se rapprocher de cette réalité sur le terrain, les futurs médecins devront apprendre à s'ouvrir à une conception de la santé plus vaste, tout en créant une nouvelle attitude axée sur la collaboration avec le patient et les autres intervenants.

Un renouvellement de la conception de la santé

La conception de la santé a été stagnante un certain temps pour ensuite connaître une trajectoire évolutive dans les dix dernières années. La culture médicale à l'époque de l'article de Larson (1999) semble principalement dominée par une vision biomédicale qui continue de concevoir la santé comme une absence de maladie. L'étude de Alonso (2004) vient analyser les articles de recherche effectués dans un contexte relié directement aux médecins et ne constate aucune évolution significative du concept de la santé, entre les années 1980 et 2000. Toutefois, il semblerait que les médecins ne perçoivent pas tous la santé de la même manière, tout en s'ouvrant apparemment à une conception renouvelée depuis les dix dernières années. En effet, les études pilotes de 2009 et 2010 permettent de dégager une définition dominante, soit celle de l'OMS, suivie de celle à partir du bien-être, et ce, malgré certains biais relevés dans ces recherches. Le temps semble avoir ses effets, d'autant plus que le profil des futurs médecins change et se féminise.

Ainsi, la conception de la santé évolue tranquillement auprès des médecins, et leurs pratiques au sein des institutions de soin semblent connaître des modifications plutôt lentes. Depuis plusieurs générations, c'est la maladie, et non la santé, qui est la principale préoccupation des soignants. Hwu, Coates et Boore (2001) rappellent que la personne humaine est une unité indivisible où se joue une interrelation permanente du corps, de la psyché et de l'esprit. C'est ainsi que bien des chercheurs plaident pour une conception holistique de la personne et de la santé. Ces auteurs soulignent que : « A holistic orientation to health is advocated and, consequently, an absence of illness is no longer the fundamental condition for health. » (Hwu *et al.*, 2001, p.106)

Afin de dépasser les barrières conceptuelles d'une pratique holistique, il serait nécessaire de permettre aux médecins et aux futurs médecins d'avoir une formation qui tienne compte d'une conception de la santé élargie, au sein des cursus de base, tout comme en formation continue. Ce projet formatif devrait permettre aux futurs médecins, lors de leur pratique, d'apprendre à considérer la personne humaine sans la réduire à sa maladie, tout en tenant compte de son caractère singulier. Sans aller jusqu'à un cursus renouvelé de fond en comble, on peut penser que des interventions

limitées mais ciblées pourraient permettre d'introduire des transformations au niveau des représentations et des pratiques des médecins.

Un enseignement des MAC dans le parcours de formation des médecins

L'engouement du grand public vers de nouvelles solutions de santé, orientées vers les MAC, a obligé les institutions de formation à développer de nouveaux programmes incluant des formations sur les MAC, facultatives ou imposées, et ce, depuis seulement une décennie. Les recherches autour de l'impact de ces nouveaux programmes sur les transformations d'attitude, de comportement, autant sur un plan professionnel que personnel, n'en sont qu'à leurs premiers balbutiements. Lie et Boker (2006) soulignent la difficulté de tirer des conclusions, justement à cause de l'hétérogénéité des programmes de formation et de l'absence d'outil de mesure de l'intégration des apprentissages reliée aux MAC. Il semble difficile d'amener une synthèse valable sans avoir pris le temps d'examiner les programmes de formation de chacune des institutions, en termes de durée, de contenu, de pratique pédagogique, tout en situant la culture de l'institution qui influence les résultats de recherche et qui est citée régulièrement au sein de plusieurs articles. Il semblerait qu'un climat général plus ouvert à la médecine intégrative dans l'institution, avec un enseignement des MAC réparti sur les quatre années d'études, et ce, avec un volume d'heures plus substantiel (au-delà de 25 heures, plutôt qu'un programme limité à 8 heures), constituent des ingrédients gagnants. L'enseignement objectif, sans jugement favorable ni défavorable, permet aux futurs médecins de se construire un point de vue ouvert relatif à chaque situation.

Le manque d'études répétées ne permet pas de généralisation. À première vue, il apparaît que le genre féminin ait des attitudes générales plus positives face aux MAC, sans pour autant pouvoir l'associer directement à la formation sur les MAC. La troisième année d'étude est un moment névralgique où l'attitude face aux MAC, ainsi que leur utilisation, semble rencontrer un certain manque d'intérêt qui pourrait, selon certaines études, être moins important pour les étudiants ayant reçu une formation sur les MAC. Selon nous, il est difficile de tirer des conclusions, étant donné le nombre restreint d'études et le fait que la troisième année semble charnière à plusieurs points de vue. À cette étape, certains chercheurs remarquent une baisse dans le niveau d'empathie (Chen, Lew, Hershman et Orlander, 2007; Hojat, Vergare, Maxwell, Brainard, Herrine, Isenberg, Veloski et Gonnella, 2009; Newton, Barber, Clardy, Cevaland et O'Sullivan, 2008). D'autres chercheurs observent une diminution du bien-être et une augmentation du niveau de fatigue chez les étudiants médecins (Bellini et Shea, 2005).

Nous retrouvons dans l'étude de Desylvia *et al.* (2008), une ouverture plus grande des étudiants médecins face à la nécessité de prendre soin d'eux. Le fait que les futurs médecins prennent soin de leur propre santé participe à l'amélioration leur capacité à inciter les patients à se responsabiliser face aux comportements reliés à leur propre santé. La méthodologie de recherche de cette étude ne permet en rien d'associer à la formation reliée aux MAC ces comportements d'ouverture face à la nécessité de

prendre soin de soi. Cette transformation de comportement peut être seulement le fruit d'une attitude nouvelle en lien avec la différence de génération, comme l'expriment Riccard et Skelton (2008). En effet, les étudiants semblent croire qu'un médecin en santé et équilibré est plus en mesure d'accompagner efficacement la santé et l'équilibre des autres. Les étudiants prennent soin de faire de l'exercice régulièrement et de bien s'alimenter dans les premières années de formation. Desylvia *et al.* (2008) constatent qu'à la troisième année les conditions de formation difficiles engendrent une détérioration dans leur manière de prendre soin d'eux. Ils suggèrent la possibilité de changer le contexte d'enseignement ainsi que le contenu, afin de créer un lien empreint de plus de compassion et centré sur l'étudiant. Ainsi ils supposent que cette manière de faire : « [...] will provide nurture for students to retain and carry these qualities into their interactions with patients » (Desylvia *et al.*, 2008, p. 4). Les auteurs notent que la plupart des étudiants, et ce, dans tous les niveaux d'étude, appuient et comprennent l'importance des croyances spirituelles reliées à la santé chez leur patient et croient en la force du lien thérapeutique entre le patient et le médecin.

À la lecture de ces faits marquants, nous constatons que le processus de formation engendre des transformations notables pour les étudiants en formation, autant sur le plan de leur compréhension de leur métier que sur celui de leur rapport à eux-mêmes et à leur santé. Ces conclusions ne sont pas généralisables. Elles s'appuient pour la plupart sur des études ayant une méthodologie qualitative, permettant d'entendre les points de vues des étudiants de manière plus ouverte et singulière. Il semblerait aussi que le volume d'heures nécessaires et la répétition de ce type d'enseignement sur les quatre années de formation soient également un facteur important. Ainsi, un enseignement trop restreint en nombre d'heures et moins soutenu dans le temps, ne semble pas permettre des transformations d'attitudes à long terme. En effet, plus la formation progresse, plus la culture dominante de l'institution a des effets sur les étudiants. La culture dominante renforce l'exigence de preuve scientifique envers les MAC, tout en réduisant le regard des étudiants sur la maladie. À la lecture de certaines études, nous verrons que les formations centrées sur l'apprentissage de la présence à soi ont des effets différents de l'enseignement des MAC en général.

L'enseignement d'une approche somato-psychique dans le parcours de formation des médecins

Les chercheurs constatent que les interventions ont un impact direct sur les étudiants médecins, en améliorant le bien-être et la qualité de la sensibilité et de la présence à soi, et aux autres. Malgré les effets concluants des interventions, il est toutefois difficile d'identifier les paramètres spécifiques de succès des interventions étant donné l'hétérogénéité des recherches. Par exemple, il paraît difficile pour les chercheurs de cibler les conditions optimales pour supporter une transformation lors de l'intervention, qu'il s'agisse de la durée de l'intervention, de son étalement dans le temps ou du type d'animateur à choisir. Le groupe de Rosenzweig *et al.* (2003) a démontré qu'une formation plus ciblée sur l'expérimentation d'une approche est plus porteuse, quant au bien-être des étudiants, qu'un cours général sur les MAC. Il

semblerait également qu'une intervention s'adressant à plusieurs registres de l'expérience aurait plus d'influence. Cette constatation va dans le même sens que plusieurs études citées précédemment démontrant la nécessité de l'expérimentation pour des résultats plus concluants. L'intervention semble aussi amener des transformations dans la façon d'habiter le temps, c'est-à-dire vivre l'immédiateté, tout en créant une ouverture à référer ce type d'approche pour leurs futurs patients. Les résultats ne peuvent être généralisés. Il semble aussi que les différentes formations reliées à la présence à soi sont efficaces pour permettre aux étudiants en médecine de se rapprocher d'eux-mêmes et de leurs patients, tout en étant plus habiles à prendre soin d'eux-mêmes. Selon Frank, Breyan et Elon (2000), le fait qu'un médecin prenne soin de sa santé lui confère une meilleure position pour influencer les comportements de ses patients et leur transmettre le souci d'eux-mêmes. En effet, la recherche a démontré que lorsque le médecin partage ses habitudes de santé personnelle, cela renforce l'efficacité de la consultation en motivant davantage le patient à adopter ses propres habitudes de santé (Frank, 2004).

Éduquer à la présence à soi

L'attention à soi et aux différentes dimensions de son être améliore la qualité de présence à soi, à son action, aux autres comme au monde. Le médecin acquiert la capacité de devenir sujet de sa vie. En étant proche de ce qu'il vit et en accueillant ses limites, il peut ainsi mieux servir son patient. Dans un article écrit par Saunders *et al.* (2007), la notion de présence à soi est envisagée d'une façon ouverte et peut se comprendre de la manière suivante :

[...] as students' understanding of how their personal histories and current personal lives, as well as their values, attitudes, and biases, affect their care of patients, so that they can use their emotional responses in patient care to their own and their patients benefit.
(p. 779)

L'enseignement d'approche somato-psychique au sein des cursus de formation médicale supporte cet apprentissage et génère des effets positifs. L'apprentissage par l'expérience est aussi un facteur important de transformation selon plusieurs études. Les outils de réduction du stress permettent de développer des attitudes et des habiletés nécessaires à la construction d'une présence à soi. Celle-ci est un facteur important pour la qualité empathique du médecin, entraînant des liens thérapeutiques plus vivants. Nous croyons qu'une pratique soutenue de rééducation attentionnelle va permettre au sujet d'apprendre la présence globale à soi dans l'instant et d'unifier le corps et l'esprit. Cette qualité de présence à soi est le siège d'une construction intérieure autant pour les médecins que les patients. Comme le mentionne Frank *et al.* (2000), un médecin plus investi pour sa santé constitue aussi un facteur de potentialisation pour la santé des populations. Plus un médecin a des comportements préventifs en matière de santé ou un style de vie plus sain, plus il aura l'habitude de conseiller ses patients sur le sujet (Frank, 2004). Selon 88 % des étudiants en

médecine, l'institution d'enseignement devrait encourager les étudiants comme les résidents en médecine à adopter des modes de vie plus sains (Rose, Frank et Carrera, 2011). Dans cette même étude, les chercheurs constatent que lorsque les étudiants de quatrième année se sentent encouragés à une plus grande hygiène de vie par leur institution d'enseignement, ils augmentent la fréquence de leurs conseils auprès de leurs patients, notamment au sujet du poids. Les comportements de santé des étudiants en médecine dans leur vie personnelle sont directement en lien avec leur souci de conseiller et d'accompagner leur patient sur un mode préventif. Comme l'exprime un des étudiants, l'apprentissage du métier de médecin peut devenir un lieu d'expérience formatrice dans l'accompagnement des futurs patients : « It has changed my attitude in the sense of knowing that there are people who care about my well being as a student. And because I have received, I also want to give back. » (Saunders *et al.*, 2007, p. 782)

Objectifs

À cette étape de notre propos, nous faisons l'hypothèse que former à la pratique médicale, dans une perspective de médecine intégrative, nécessite de trouver des moyens de développer la présence à soi. En effet, la qualité de présence à soi est au cœur du savoir-être des soignants et détermine le savoir-faire favorable à une construction d'un lien thérapeutique plus signifiant.

Notre recherche vise donc à identifier et à décrire si des transformations s'observent concernant le rapport à la santé et à la pratique médicale chez des médecins ayant expérimenté la somato-psychopédagogie visant une certaine qualité de présence. Nous cherchons à voir si le déploiement de la présence peut transformer le rapport à soi par la médiation du corps sensible et avoir un impact sur le rapport du médecin face à la santé en générale, sa santé en particulier et sa pratique. Comme la formation en somato-psychopédagogie est implantée dans le milieu médical depuis plus de 30 ans en Europe, notre recherche sera réalisée auprès de médecins européens.

Question de recherche

Qu'en est-il de la transformation des médecins formés ou en cours de formation à la SPP, relativement à leur rapport à leur corps, à leur santé et à la santé en générale.

Objectifs de recherche :

- Examiner en quoi et comment les médecins modifient leur rapport à leur corps, à leur santé et à la santé en générale, suite à leur formation en SPP.
- Explorer la façon dont les médecins décrivent leur rapport à leur corps, à leur santé et à la santé en générale, suivant qu'ils sont débutants ou expérimentés en SPP.
- Identifier et décrire, le cas échéant, les transformations des pratiques médicales générées par l'apprentissage de la SPP et rapportés par les répondants.

Méthodologie

Notre recherche qualitative sera faite sous forme d'enquête par entretien. Deux types d'entretien semi-directifs seront retenus : un de nature psycho-sociologique et l'autre un entretien d'explicitation.

Nous tenterons dans le premier type de comprendre comment le médecin vit et se représente les transformations du processus d'apprentissage, si elles existent. Nous élaborerons un historique de diverses formations auxquelles le participant aura assistées, en essayant d'identifier les transformations de rapport à leur corps, à leur santé et à la santé en général. Ce premier entretien vise à mettre en perspective l'effet des interactions entre le sujet et son environnement (formation, milieu de travail, etc.) tout en incluant les différents acteurs en présence.

Dans le deuxième type, nous tenterons d'avoir accès au vécu du participant par un entretien d'explicitation qui vise justement à laisser venir une expérience spécifique en permettant au participant d'y avoir accès sous différents angles : cognitif, affectif, corporel, etc. Par cette expérience d'entretien, le participant pourra mieux décrire et identifier les transformations, si elles existent, et il pourra acquérir de nouvelles informations sur lui-même dont il n'était pas conscient jusqu'à maintenant.

Nous utiliserons le logiciel N'Vivo pour faire la transcription des données et supporter l'analyse. Les entretiens seront analysés, soit de manière phénoménologique ou thématique. Le choix sera fait après la transcription des données.

Les entretiens se dérouleront auprès de 6 médecins, dont trois ayant terminé leur parcours de formation en somato-psychopédagogie depuis plus de trois ans, et trois autres étant toujours en cours de formation. Avant de démarrer les entretiens avec les six médecins, deux entretiens exploratoires seront faits auprès de personnel de la santé autre que les médecins afin de valider la pertinence et la compréhension des questions qui seront posées aux six participants.

Justifier le recours à des êtres humains et le choix du groupe de personnes participantes

Notre recherche vise à mieux comprendre un processus de formation et ses effets auprès des médecins suivant le cursus de somato-psychopédagogie. Il est impératif de questionner les personnes concernées par ce processus afin de pouvoir décrire avec rigueur et pertinence l'expérience qui se veut très personnelle et humaine.

Retombées scientifiques et sociales attendues

Les retombées scientifiques et sociales sont à plusieurs niveaux :

- Participer à la connaissance dans le domaine de la somato-psychopédagogie, car à notre connaissance nous sommes les premiers à entreprendre une telle recherche auprès des médecins.
- Comprendre l'impact d'un plus grand nombre d'heures d'enseignement d'une approche somato-psychique. Ainsi nous pourrions décrire plus précisément les effets sur le médecin lui-même, sa manière de concevoir sa santé et la santé en général et peut-être même sur sa pratique médicale. Selon les résultats de recherche, il pourrait s'avérer avantageux d'augmenter le nombre d'heures d'enseignement de ce type de formation.
- Mettre en perspective l'importance d'apprendre aux médecins de prendre soin d'eux, par un contact avec leur corps et au moment présent. Cette qualité de présence aura directement des incidences sur la santé du médecin et indirectement sur celle des patients. En effet, les patients bénéficieront d'une relation thérapeutique rehaussée par cette qualité de présence.

Références bibliographiques

- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research : the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and counselling*, 53, 239-244.
- Bellini, L.M. et Shea, J.A. (2005). *Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training*. *Academic medicine*, 80 (2), 164-167.
- Campbell, T.A., Auerbach, S.M. et Kiesler, D.J. (2007). *Relationship of interpersonal behaviors and health-related control appraisals to patient satisfaction and compliance in a University health center*. *Journal of American College Health*, 55 (6), 333-340.
- Centre Duke de médecine intégrée et Servan-Schreiber, D. (2007). *Encyclopédie pratique de la nouvelle médecine occidentale et alternative pour tous les âges*. Paris : Éditions Robert Laffont.
- Chen, D., Lew, R., Hershman, W. et Orlander, J. (2007). *A cross-sectional measurement of medical student empathy*. *Journal General Internal Medicine*, 22(10), 1434-1438.

- Clark, N.M., Cabana, M.D., Nan, B., Gong, Z.M., Shish, K.K., Birk, N.A., and Kacoroti, N.K. (2008). *The clinician-patient partnership paradigm : outcomes associated with physician communication behaviour*. *Clinical Pediatrics*, 47 (1), 49-57.
- DeSylvia, D., Stuber, M., Fung, C., Bazargan-Hejazi, S. and E. Cooper (2008) "The knowledge, attitudes and usage of complementary and alternative medicine of medical students," *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, p. 1-5.
- De Valk, M. et C. Oostrom. (2007). *Burnout in the medical profession. Causes, consequences and solutions*. *Occupational Health at Work*, 3(6), p. 1-5.
- Frank, E., Breyan, J. et Elon, L. (2000). *Physician Disclosure of Healthy Personal Behaviors Improves Credibility and Ability to Motivate*. *Archives of Family Medicine*, 9, 287-290.
- Frank, E. (2004). *Physician Health and Patient Care*. *The Journal of the American Medical Association*, 291(5), p. 637.
- Glaser, K.M., Markham, F.W., Adler, H.M., McManus, R.P. et Hojat, M. (2007). Relationships between scores on the Jefferson scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care : a validity study, *Med Sci Monit*, 13 (7), CR291-294.
- Hojat, M., Vergare, M., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S.K., Isenberg, G.A., Veloski, J. et Gonnella, J.S. (2009). *The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school*. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191.
- Institute of Medecine of The National Academies*. (2005). *Complementary and Alternative Medecine in the United States*. *The National Academies Press : Washington*.
- Lacroix, M.C., Leblanc, D., Massicotte, C., Turcotte, A. M. et Xhignesse, M. (2009). *Visions de la santé et rôles du médecin : étude exploratoire, la perspective du médecin*. Université de Sherbrooke.
- Laidlaw, T.S., Kaufman, D.M., Macleod, H., Sargeant, J. et Langille, D.B., (2001). Patients' satisfaction with their family physicians' communication skills : a nova scotia survey. *Academic medicine*, 76(10), S77-S79.
- Larson, J.S. (1999). *The conceptualization of health*. *Médical Care Research and Review*, 56(2), 123-136.

- Lie, D. et J. Boker (2006). *Comparative survey of Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes, use, and information-seeking behaviour among medical students, residents & faculty* BMC Medical Education, 58(6), 1-6.
- Lie, D., Shapiro, J., Pardee, S. et Najm, W. (2008). *A focus group study of medical students' views of an integrated complementary and alternative medicine (CAM) curriculum : students teaching teachers*. *Medecine Education*, 13(3), 1-13.
- Maranda, M.-F., Gilbert, M.-A., Saint-Arnaud, L. et Vézina, M. (2006). *La détresse des médecins : un appel au changement. Rapport d'enquête de psychodynamique du travail. Les presses de l'Université Laval*.
- Newman, M. (1990). *Newman's Theory of Health as Praxis*. *Nursing Science Quarterly*, 3, 37-41.
- Newton, B.W., Barber, L., Clardy, J., Cevaland, E. et O'Sullivan, P. (2008). *Is there hardening of the heart during medical school ?* *Academic Medecine*, 83(3), 244-249.
- Rakel, D. (2007). *Integrative medicine. Philadelphie : Saunders Elsevier (2nd ed.)*.
- Riccard, C.P. et Skelton, M. (2008). *Comparative analysis of 1st, 2nd, and 4th year MD students' attitudes toward Complementary Alternative Medicine (CAM)*. *BioMed Central Research Notes*, 1(84), p. 1-5.
- Rose, A.E., Frank, E. et Carrera, J.S. (2011). *Factors Affecting Weight Counseling Attitudes and Behaviors Among U.S. Medical Students*. *Academic Medicine*, 86(11), p. 1463-1472.
- Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard G.C. et Hojat M. (2003). *Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medical students*. *Teaching and learning in medicine*, 15(2), 88-92.
- Rosser, W.W. et Kasperski, J. (2001). *The benefits of a trusting physician-patient relationship*. *The journal of family practice*, 50(4), 329-330.
- Saunders, P., Tractenberg, R.E., Chaterji, R., Amri, H., Harazduk, N., Gordon, J., Lumpkin, M. et A. Haramati (2007). *Promoting self-awareness and reflection through an experientiel Mind-Body Skills course for first year medical students*. *Medical Teacher*, 29, 778-784.
- Shapiro, J. (2008). *Walking a mile in their patients' shoes : empathy and othering in medical students' education*. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 10(3), 1-11.

Snyderman, R. et Weil, A. (2002). *Integrative Medicine : Bringing medicine back to its roots*. Archives of Internal Medicine, 162, 395-396.

Stewart, M. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes : a review. *Canadian Medical Association Journal*, 152(9), 1423-1433.

Stock-Keister, M.C., Green, L.A., Kahn, N.B., Phillips, R.L., McCann, J., Fryer, G.E. (2004). What people want from their family physician. *Am Fam Physician*, 69, 2310.

St-Pierre, R., Béland, A., Houle, O., Aubé, M., Bouffard-Cloutier, A., St-Onge, C. et Xhignesse, M. (2010). *Visions de la santé et rôles du médecin*. Université de Sherbrooke.

Thiedke, C.C. (2007). What do we really know about patient satisfaction ? *Family practice management*, 33-36.

3. ASPECTS ÉTHIQUES

Équilibre entre les risques et les bénéfices

Quels sont les **risques encourus** par les personnes participantes? Les participants sont des médecins ou kinésithérapeutes (pour l'entretien exploratoire) formés ou en cours de formation à la somato-psychopédagogie. Les participants seront sélectionnés selon les critères établis et participeront librement à la recherche. Il n'y a aucun risque social, ni physique, ni psychologique. Les données seront traitées en protégeant la confidentialité des sujets.

*Si vous jugez qu'il n'y a **aucun risque**, expliquez ce qui vous permet de l'affirmer et les précautions mises en place pour qu'il n'y ait justement aucun risque. Par exemple, il se peut qu'il n'y ait*

— *pas de risque psychologique parce que le sujet traité n'est pas de nature sensible;*
 — *pas de risque social parce que les personnes ne sont pas en situation de vulnérabilité (ex. : élèves, employés) ou encore parce qu'une confidentialité totale est assurée, de sorte que les supérieurs ou toute autre personne en situation d'autorité par rapport aux participantes et participants n'auront accès à aucune information pouvant porter préjudice aux participantes et participants.*

Combien de **temps** demandera la participation des personnes participantes? Deux heures d'entretien en dehors des heures de travail. Il est possible qu'une autre rencontre soit faite, mais plus courte, soit environ une heure.

Quels sont les **bénéfices** qu'ils pourront retirer? Ces entretiens permettront aux répondants de participer à la production de connaissance dans une discipline nouvelle. Ils bénéficieront aussi de la réflexion introduite par l'entretien sur le processus de transformation possible au contact de l'apprentissage de la somatopsychopédagogie. Ils pourront ainsi mettre des mots sur leur expérience et mieux se l'approprier.

Est-ce qu'une **compensation**, monétaire ou autre, sera remise pour le temps, les déplacements, etc. occasionnés par la participation au projet?

Non

Est-ce que ce projet de recherche se situe sous le **seuil de risque minimal**? Oui

Le risque minimal se définit comme suit : lorsque l'on a toutes les raisons de penser que les personnes participantes pressenties estiment que la probabilité et l'importance des éventuels inconvénients associés à une recherche sont comparables à ceux auxquels ils s'exposent dans les aspects de leur vie quotidienne reliés à la recherche, la recherche se situe sous le seuil de risque minimal.

Consentement libre et éclairé

Est-ce que la recherche est de nature **consensuelle**? Oui

Quelles seront les **mesures prises pour s'assurer du consentement libre et éclairé des personnes participantes**? Les personnes seront rencontrées sur leur lieu de formation et nous les inviterons à participer à la recherche en direct. La chercheuse les rencontrera directement. Pour les groupes n'ayant pas de formation à cette période de l'année ou les médecins ayant terminé leur formation, la chercheuse les contactera par téléphone pour les inviter à participer à la recherche et un rendez-vous sera fixé. L'organisme de formation transmettra la liste des médecins à la chercheuse après avoir obtenu leur autorisation au préalable.

Pour les personnes qui auront accepté de participer, est-ce qu'un formulaire de consentement sera signé? Oui.

Est-ce que la recherche implique des **personnes mineures ou légalement inaptes**?

Non

Confidentialité des données

Quelles seront les mesures prises pour assurer **le caractère confidentiel et anonyme des données**? Plusieurs mesures seront prises pour assurer la confidentialité : des noms fictifs seront utilisés pour protéger l'identité des personnes. Lors de la transcription des entrevues, nous procéderons à l'élimination de tout renseignement pouvant mener à l'identification des personnes mentionnées dans les entretiens. Nous nous assurerons également de la non-diffusion des enregistrements audio.

Où seront conservées les données? Seront-elles conservées sous clé? Les fichiers électroniques seront-ils protégés par un mot de passe? Les données seront conservées dans l'ordinateur de la chercheuse, évidemment avec un mot de passe, ainsi que sur un disque dur.

Qui aura accès aux données? (Chercheuses et chercheurs, assistantes et assistants de recherche,...) Les données seront conservées par la chercheuse. L'équipe de direction aura aussi accès aux données. La chercheuse est consciente de l'importance de respecter la confidentialité des données.

Quand seront détruites les données brutes (questionnaires papier, cassettes d'entrevues, etc.)? Les données brutes seront conservées pour une durée de cinq ans.

Quels sont les **moyens de diffusion** prévus? *Articles, thèse, communication dans des congrès, communication des résultats aux participantes et participants, etc. Si possible, donnez le nom des revues scientifiques et des congrès visés.* Ce projet fera l'objet d'une thèse et sera sujet à des communications lors de congrès dont le Congrès de la médecine intégrative organisé par le NCCAM, au printemps 2013. Il pourra aussi faire l'objet d'articles mais rien de précis n'a été défini pour le moment.

Est-ce que les moyens de diffusion des résultats risquent de permettre **l'identification** des personnes ayant participé à la recherche? Non

Est-ce qu'une **utilisation secondaire des données** est prévue?

Est-ce que les données recueillies vont servir – ou ont des chances de servir – dans le cadre d'autres projets de recherche, ou encore dans tout autre but que celui initial de la recherche? Par exemple, est-il possible que des étudiantes ou étudiants réalisent leur mémoire ou leur thèse à partir des données recueillies? Dans le cas d'utilisations secondaires par des étudiantes et étudiants, toute utilisation sur une thématique considérablement écartée de l'objet initial de la recherche doit faire l'objet d'une approbation par le comité. Les utilisations secondaires de données

anonymes dans le cadre par exemple d'analyses statistiques supplémentaires dans une base de données doivent être annoncées aux personnes sollicitées, mais n'ont pas à être soumises à nouveau au comité d'éthique pour évaluation. Les utilisations secondaires devront être rapportées dans les rapports de suivi annuels et final.

Non

En remettant votre demande au comité, vous vous engagez à faire parvenir au comité un rapport annuel et un avis à la fin du projet. Vous pouvez à cette fin remplir le formulaire de suivi disponible sur le site Internet du comité d'éthique de la recherche Éducation et Sciences sociales et nous l'acheminer par courriel à l'adresse : ethique.ess@USherbrooke.ca .
Également en cas de changements au projet, vous devez aviser le comité à l'aide de ce même formulaire.

Formulaire de consentement

Joignez en annexe la lettre d'information et le **formulaire de consentement** (qui peuvent être combinés en un seul document). **Vérifiez que tous les éléments ci-dessous sont inclus dans le formulaire.** Si des éléments sont omis, à l'exception de ceux de la section S'il y a lieu, **justifiez pourquoi ci-dessous.**

- titre complet du projet; assurez vous que le titre soit le même que dans ce formulaire de demande; s'il est différent, justifiez pourquoi
- mention que la personne est invitée à participer à un projet de recherche
- déclaration intelligible précisant le but de la recherche
- identité de la chercheuse ou du chercheur et ses coordonnées téléphoniques.
- nature et la durée prévue de leur participation ainsi qu'une description des méthodes de recherche; s'il y a plus d'un moyen de collecte de données, s'assurer de bien les distinguer
- exposé compréhensible des avantages, des risques et des inconvénients raisonnablement prévisibles associés à la recherche; cette description doit être cohérente avec celle présentée ci-haut dans ce formulaire.
- garantie que les personnes sont libres de ne pas participer au projet, de s'en retirer en tout temps sans perdre de droits acquis et d'avoir de véritables occasions de revenir ou non sur leur décision
- limites imposées à l'accès aux données (lieu, moyen, durée de conservation, personnes y ayant accès)
- description des mesures prises pour protéger la confidentialité des données ainsi que leur utilisation envisagée; cette description doit être cohérente avec celle présentée ci-haut dans ce formulaire.
- moyens de diffusion des résultats de la recherche; cette description doit être cohérente avec celle présentée ci-haut dans ce formulaire.
- identification du président du comité Éducation et sciences sociales et la mention qu'on peut communiquer avec lui pour toute question concernant l'éthique de la recherche;
- espace pour le nom du sujet, sa signature et la date. Si le seuil de risque se situe au dessus du seuil de risque minimal, un espace doit aussi être prévu pour le nom et la signature d'un témoin.
- endroit pour le nom de la chercheuse ou de chercheur (ou d'une personne déléguée), sa signature et la date.

S'IL Y A LIEU :

- sources de financement de la recherche
- programme d'étude dans le cadre duquel ce projet est réalisé et la directrice ou le directeur
- intention de la chercheuse ou du chercheur de poursuivre l'étude et de communiquer à nouveau avec les personnes participantes
- justification et le montant de l'indemnité pour participer à la recherche
- possibilité de commercialisation des résultats de la recherche
- existence de tout conflit d'intérêts.

Commentaires : Le document est complet.

LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : MODELE POUR PERSONNES MAJEURES

Invitation à participer et formulaire de consentement pour le projet de recherche

La somato-psycho-pédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psycho-pédagogie?

Josée Lachance, Doctorante, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke
Équipe de direction : Pierre Paillé, Jean-François Desbiens et Marianne Xhignesse

Madame, Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. Les objectifs de ce projet de recherche sont : Identifier et décrire, le cas échéant, les transformations générées par l'apprentissage de la SPP.

En quoi consiste la participation au projet?

Votre participation à ce projet de recherche consiste à effectuer un premier entretien d'environ deux heures et l'éventualité d'un second entretien d'environ une heure pour approfondir certains thèmes. Les entretiens exploratoires auront lieu dans la région de Paris, au courant du mois de mai et juin 2012. Les entretiens officiels auront lieu au courant du mois novembre 2012. Le seul inconvénient lié à votre participation est le temps consacré à la recherche, soit environ trois heures et votre déplacement si nécessaire.

Qu'est-ce que la chercheuse fera avec les données recueillies?

Pour éviter votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**. La confidentialité sera assurée par le remplacement de votre nom par un nom fictif. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés à travers une thèse, des communications à différents congrès et la diffusion d'articles. Les données recueillies seront conservées sous clé et les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse principale du projet. Les données seront détruites au plus tard cinq ans après la fin de la collecte des données et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Est-il obligatoire de participer? Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement **libre de participer ou non**, et de vous retirer en tout temps sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfices?

Les risques et inconvénients sont : le risque d'être identifié, le risque d'être mal-à-l'aise par rapport à certaines thématiques abordées, l'inconvénient du temps alloué et le déplacement. La chercheuse considère que les risques possibles sont minimaux. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des transformations possibles au contact de la somato-psychopédagogie représente l'un des bénéfices prévus. Vous bénéficierez aussi de la réflexion introduite par l'entretien sur le processus de transformation possible au contact de l'apprentissage de la somato-psychopédagogie. Vous pourrez ainsi mettre des mots sur votre expérience et mieux vous l'approprier. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Que faire si j'ai des questions concernant le projet?

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec moi aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Josée Lachance, Doctorante
 Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation
 Pierre Paillé, directeur de thèse

Date

J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet : La somato-psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie?. J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.

Participante ou participant :

Signature :

Nom :

Date :

**S.V.P., signez les deux copies.
Conservez une copie et remettez l'autre à Josée Lachance**

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la protection des participantes et participants. Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec M. Serge Striganuk, président de ce comité, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant :

LES LETTRES REÇUES PAR LE COMITÉ ÉTHIQUE

Attestation de conformité

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

La somato-psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie?

Josée Lachance
Étudiante, Doctorat en éducation, Faculté d'éducation

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec les êtres humains*.

Membres du comité

Serge Striganuk, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation

Chantale Beaucher, professeure à la Faculté d'éducation, Département de pédagogie

France Beauregard, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'enseignement au préscolaire et primaire

Mélanie Lapalme, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation

Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive

Christina St-Onge, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine

Vincent Beaucher, membre versé en éthique

France Dupuis, membre représentante du public

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

Serge Striganuk, 2 avril 2012

2012-12 - Réception du rapport de suivi éthique annuel - Josée Lachance

De : CER-ESS (ethique.ess@usherbrooke.ca) Cet expéditeur figure dans votre liste des contacts.
Envoyé : 5 avril 2013 11:37:08
À : 'Josée Lachance'



Comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales

Bonjour,

Merci d'avoir soumis votre rapport de suivi annuel pour votre projet *La somato-psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie?*.

L'examen de ce rapport indique que le projet est conforme à la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains*.

Au cours de la recherche, si vous souhaitez apporter au projet des changements qui ont un impact sur les aspects éthiques (ex. : échantillonnage différent, modification du moyen de recrutement, ajout d'une méthode de collecte de données), vous devez en aviser le comité d'éthique de la recherche à ethique.ess@Usherbrooke.ca. Selon le cas, il est possible que le président donne simplement son aval. Toutefois, si les changements sont majeurs, une nouvelle évaluation peut être exigée.

Finalement, la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec les êtres humains* exige que la personne responsable du projet remette au comité d'éthique un **rapport annuel** et un **rapport de fin de projet**. Vous pouvez à cette fin remplir le formulaire de suivi disponible sur le site Internet du comité

<https://snt131.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=abb3769f-9e06-11e2-aa24-0...> 2013-05-29

d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales et nous l'acheminer par courriel à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Recevez l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Carole Coulombe

Coordonnatrice à l'éthique de la recherche

Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines

Comité d'éthique de la recherche – Éducation et sciences sociales

Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création

Université de Sherbrooke

2500, boul. de l'Université, Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

De : Josée Lachance [mailto:lachancejoe@hotmail.com]

Envoyé : 23 mars 2013 17:25

À : Carole Coulombe Éthique

Objet : RE: 2012-12 - Rapport de suivi éthique annuel - Josée Lachance

Vous trouverez ci-joint le formulaire complété.

Au plaisir.

Josée Lachance

From: ethique.ess@usherbrooke.ca

To:

Subject: 2012-12 - Rapport de suivi éthique annuel - Josée Lachance

Date: Mon, 18 Mar 2013 15:24:13 -0400



Comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales

Madame,

Vous avez reçu le 2 avril 2012 un certificat d'éthique pour la réalisation de votre projet intitulé : « La somato- psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie? ».

En conformité avec la Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (2500-028), les chercheurs s'engagent à remettre un **rapport annuel** au C.É.R. et un **avis à la fin du projet**.

Vous trouverez ci-joint le formulaire « Rapport de suivi éthique », S.V.P. remplir ce formulaire et l'acheminer à ethique.ess@usherbrooke.ca.


Selon le cas, il est possible que le comité donne simplement son accord pour le renouvellement du certificat. Toutefois, si des changements majeurs ayant un impact sur les aspects éthiques ont été apportés au projet, une nouvelle évaluation peut être exigée.

Le comité vous remercie de l'attention que vous porterez à cette requête et vous souhaite le plus grand succès dans la poursuite de vos travaux de recherche.

[Imprimer](#)[Fermer](#)

2012-12 Réception du rapport de suivi éthique annuel - Josée Lachance

De : **ethique.ess** (ethique.ess@usherbrooke.ca)
Envoyé : 16 avril 2014 10:30:22
À : Josée Lachance

 Description : Description :

Comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales

Bonjour,

Merci d'avoir soumis votre rapport de suivi annuel pour votre projet *La somato-psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie?*.

L'examen de ce rapport indique que le projet est conforme à la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains*.

Au cours de la recherche, si vous souhaitez apporter au projet des changements qui ont un impact sur les aspects éthiques (ex. : échantillonnage différent, modification du moyen de recrutement, ajout d'une méthode de collecte de données), vous devez en aviser le comité d'éthique de la recherche à ethique.ess@Usherbrooke.ca. Selon le cas, il est possible que le président donne simplement son aval. Toutefois, si les changements sont majeurs, une nouvelle évaluation peut être exigée.

Finalement, la *Politique institutionnelle en matière d'éthique de la recherche avec les êtres humains* exige que la personne responsable du projet remette au comité d'éthique un **rapport annuel** et un **rapport de fin de projet**. Vous pouvez à cette fin remplir le formulaire de suivi disponible sur le site Internet du comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales et nous l'acheminer par courriel à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Recevez l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Carole Coulombe

Coordonnatrice à l'éthique de la recherche

Comité d'éthique de la recherche – Lettres et sciences humaines

Comité d'éthique de la recherche – Éducation et sciences sociales

Service d'appui à la recherche, à l'innovation et à la création

Université de Sherbrooke

2500, boul. de l'Université, Sherbrooke (Québec) J1K 2R1

De : Josée Lachance [mailto:lachancejoe@hotmail.com]

Envoyé : 11 avril 2014 20:56

À : éthique.ess

Objet : Document éthique

Bonjour Mme Coulombe,

Vous trouverez ci-joint le document complété.

Au plaisir.

**LA LETTRE D'INFORMATION INCLUANT LE FORMULAIRE DE
CONSENTEMENT À L'ENTRETIEN**

**LETTRE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT : MODÈLE POUR
PERSONNES MAJEURES**

**Invitation à participer et formulaire de consentement pour le projet de recherche
La somato-psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : *Qu'en
disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie?***

Josée Lachance, Doctorante, Faculté d'éducation, Université de Sherbrooke
Équipe de direction : Pierre Paillé, Jean-François Desbiens et Marianne Xhignesse

Madame,
Monsieur,

Nous vous invitons à participer à la recherche en titre. Les objectifs de ce projet de recherche sont : Identifier et décrire, le cas échéant, les transformations générées par l'apprentissage de la SPP.

En quoi consiste la participation au projet?

Votre participation à ce projet de recherche consiste à effectuer un premier entretien d'environ deux heures et l'éventualité d'un second entretien d'environ une heure pour approfondir certains thèmes. Les entretiens exploratoires auront lieu dans la région de Paris, au courant du mois de mai et juin 2012. Les entretiens officiels auront lieu au courant du mois d'août, septembre et octobre 2012. Le seul inconvénient lié à votre participation est le temps consacré à la recherche, soit environ trois heures et votre déplacement si nécessaire.

Qu'est-ce que la chercheuse fera avec les données recueillies?

Pour éviter votre identification comme personne participante à cette recherche, les données recueillies par cette étude seront traitées de manière **entièrement confidentielle**. La confidentialité sera assurée par le remplacement de votre nom par un nom fictif. Les résultats de la recherche ne permettront pas d'identifier les personnes participantes. Les résultats seront diffusés à travers une thèse, des communications à différents congrès et la diffusion d'articles. Les données recueillies seront conservées sous clé et les seules personnes qui y auront accès sont la chercheuse principale du projet. Les données seront détruites au plus tard cinq ans après la fin de la collecte des données et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Est-il obligatoire de participer? Non. La participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement **libre de participer ou non**, et de vous retirer en tout temps sans avoir à motiver votre décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Y a-t-il des risques, inconvénients ou bénéfices?

Les risques et inconvénients sont : le risque d'être identifié, le risque d'être mal-à-l'aise par rapport à certaines thématiques abordées, l'inconvénient du temps alloué et le déplacement. La chercheuse considère que les risques possibles sont minimaux. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des transformations possibles au contact de la somato-psychopédagogie représente l'un des bénéfices prévus. Vous bénéficierez aussi de la réflexion introduite par l'entretien sur le processus de transformation possible au contact de l'apprentissage de la somato-psychopédagogie. Vous pourrez ainsi mettre des mots sur votre expérience et mieux vous l'approprier. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Que faire si j'ai des questions concernant le projet?

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, n'hésitez pas à communiquer avec moi aux coordonnées indiquées ci-dessous.

Josée Lachance, Doctorante
 Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation
 Pierre Paillé, directeur de thèse

Date

J'ai lu et compris le document d'information au sujet du projet : La somato-psychopédagogie une voie éducative pour s'ouvrir à la médecine intégrative : Qu'en disent les médecins français qui ont une expérience pratique en somato-psychopédagogie?. J'ai compris les conditions, les risques et les bienfaits de ma participation. J'ai obtenu des réponses aux questions que je me posais au sujet de ce projet. J'accepte librement de participer à ce projet de recherche.

Participante ou participant :
 Signature :

Nom :

Date :

**S.V.P., signez les deux copies.
 Conservez une copie et remettez l'autre à Josée Lachance**

Ce projet a été revu et approuvé par le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales, de l'Université de Sherbrooke. Cette démarche vise à assurer la protection des participantes et participants. Si vous avez des questions sur les aspects éthiques de ce projet (consentement à participer, confidentialité, etc.), n'hésitez pas à communiquer avec M. Serge Striganuk, président de ce comité, par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro suivant :

ANNEXE 6
CONGRÈS 2013
RECHERCHE EXPLORATOIRE

**8TH ANNUAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL SOCIETY FOR
COMPLEMENTARY MEDECINE RESEARCH (ISCMR)
AVRIL 2013, LONDON, UK**

Perceived effects of a somatic psychopedagogical (SPP) program among health professionals : exploratory study.
Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. and Xhignesse, M.
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada
<p>Background: Developed in Europe in the 1980's, somatic psychoeducation (SPP) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how use of the body and its movement allows for the development of one's conscience, sense of self and of others, which are desirable qualities for professionals within the health sector.</p> <p>Purpose: To identify and describe how SPP training followed by healthcare practitioners has modified the quality of their self awareness, their presence in regard to others, as well as their relationship with respect to health and their medical practice.</p> <p>Methods: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews: Comprehensive and explanatory. The research is structured in two phases. Phase 1: Exploratory interviews with three nurses trained (or in the course of being trained) in SPP. Phase 2: interviews with six doctors, half of which have completed their SPP training more than three years ago, in contrast with the other three who are presently undergoing SPP training. The content of the interviews will be analyzed thematically. The results of Phase 1 will be the object of this presentation.</p> <p>Findings: Firstly, the three nurses perceive a change in their quality of presence with respect to themselves and to others (family, colleagues and patients). Secondly, they also perceive change within the nature of the relationships they have with their patients, colleagues and healthcare team. The content of the interviews allows us to conclude that relationships have evolved and it is safe to say that there is more recognition and a better quality of exchange between members. Thirdly, the nurses also report an increased ability to express their opinions in both their personal and professional lives.</p> <p>Conclusion: Interesting transformations are reported at different levels confirming the relevance of phase 2 of the project. The latter will permit to identify whether physicians trained in SPP experience changes similar to those of the nurses and if so, whether they perceive these as having an impacts on their practice.</p>

PERCEIVED EFFECTS OF A SOMATIC PSYCHOPEDAGOGICAL (SPP) PROGRAM AMONG HEALTH PROFESSIONALS: EXPLORATORY STUDY

Josée Lachance¹, Pierre Paillé¹ Ph. D., Jean-François Desbiens² Ph. D., Marianne Xhignesse³ MD, M.Sc.

¹Faculty of education, ²Faculty of physical education and sports and ³Faculty of medicine and health sciences, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

BACKGROUND

Developed in Europe during the 1980's, "somatic-psychopedagogy (SPP) is a field that studies the means by which people may learn and grow in awareness through a richer and deeper experience of their body" (Berger, 2006, p. 12). SPP helps build a better sense of Self and in so doing, promotes a fine tuned sense of others as well as of one's environment, all of which are desirable qualities, for health professionals.

Four intervention methods enable learning in SPP: manual therapy, sensory gymnastics, sensory introspection, and verbal interviews focused on body experience.

Large (2009) concludes that a particular quality of presence is built amongst SPP participants. Large (2009) also notes an ability to better externalise:

- SPP participants are closer to their interiority;
 - they are more able to verbalise their feelings to others;
 - they set actions into motion that express what they are in the process of becoming.
- The author notes changes in participants such as: increased adaptability, autonomy, stability, deeper sense of self esteem, increased assertiveness, while being more approachable toward others.

Bois (2007) notes a change in representation in many aspects, while other researchers note a change in participants' conceptions of Health (Duvai, 2010; Gencig and Hampich, 2009). The same researchers have also noted that the purpose for consultation tends to change moving from a realm of care giving towards one of life schooling. Given the above literature, we wanted to explore the effect SPP training might have specifically in health professionals and their professional practice.

OBJECTIVES



METHODS

A two phase qualitative research

Phase 1- Three (3) nurses trained or being trained in SPP (this presentation)

Phase 2- Four (4) medical doctors (to be conducted)

Data collection methods

A semi-structured audio recorded interview including comprehensive questioning (Kaufmann, 2011) and elicitation questioning (Wemersch, 2010, 2012), (duration 90 to 105 minutes) was conducted with each nurse.

Data analysis

Demographic information related to the participants training and professional activities

Thematic analysis of transcripts

Categorisation of themes (Paillé and Mucchielli, 2012)

RESULTS

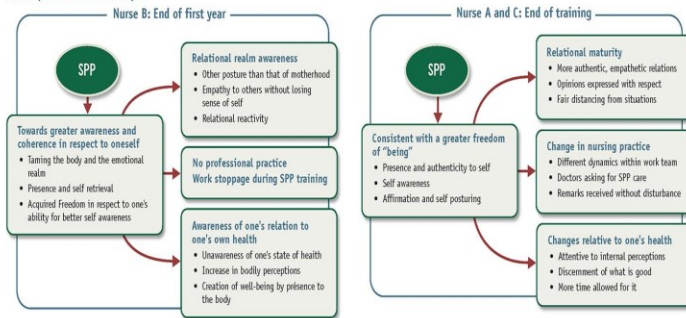
Socio-demographic data for the 3 participating nurses

Participants	A	B	C
Age	37 years	50 years	58 years
Work experience	12 years	15 years	13 years
Work context	Intensive care	Pediatric intensive care	Rural hospitals, religious healthcare centers, geriatric nursing homes
Years of training (4 year course)	End of training	End of first year	End of training

The nurses perceived a change

- in their quality of presence with respect to themselves and to others (family, colleagues and patients);
- in the nature of the relationships they have with their patients, colleagues and healthcare team;
- relationships are reported to have evolved with more recognition and a better quality of exchange between individuals;
- in their ability to express their opinions in both their personal and professional lives.

Nurses' professional evolution path



CONCLUSIONS

Limits : This study is based on a limited number of cases and is context specific.

Interesting transformations among participants are presented in their report to their bodies, themselves, their health, relationships and in their healthcare practice confirming the relevance of Phase 2 of the project.

This latter phase will permit to identify whether physicians trained in SPP experience changes similar to those of the nurses and if so, whether they perceive these as having an impact on their practice.



Chaire
Lucie et André Chagnon
pour l'enseignement d'une approche
intégrée en prévention

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE
Faculté de médecine
et des sciences de la santé

**FIRST INTERNATIONAL CONGRESS ON WHOLE PERSON CARE
OCTOBRE 2013, MONTREAL, CANADA**

<p>Authors' institutions Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada</p>
<p>Authors Josée Lachance, Pierre Paillé, Jean-François Desbiens, et Marianne Xhignesse</p>
<p>Title of abstract Perceived effects of a somatic psychopedagogy (SPP) program in nurse training: an exploratory study.</p>
<p>Abstract</p> <p>Background: Developed in Europe in the 1980's, somatic psychopedagogy (SPP) is a formative practice geared toward care giving and support. Characterized as a type of mind-body medicine, it examines how the use of the body and its movement allows for the development of one's conscience, one's sense of self and of others, which are all desirable qualities for professionals within the health care sector.</p> <p>Purpose: To explore if and how SPP training followed by nurses modifies their perception of the quality of their self awareness, their presence in regard to others, as well as their relationship with respect to health and their professional practice.</p> <p>Methods: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews: comprehensive and elicitation. Exploratory interviews with three nurses trained (or in training) in SPP. The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped by categories.</p> <p>Findings: The three participants perceived a change in the quality of their presence with respect to themselves and to others as well as changes within the nature of their relationships with their patients, colleagues and healthcare team members. Content analysis of the interviews has allowed us to conclude that relationships with the health care team evolved into a better ability to give recognition and a better quality of interaction between members. Participants also reported an increased ability to express their opinions in both their personal and professional lives. A second level of analysis has allowed for the identification of differences between nurses just finishing their first year of training and those having completed the full four-year course.</p> <p>Conclusion: Interesting transformations are reported at different levels confirming the relevance of a second phase of the project. The latter will permit to identify whether physicians trained in SPP experience changes similar to those of the nurses, and if so, whether they perceive these as having an impact on their practice.</p>

PERCEIVED EFFECTS OF A SOMATIC PSYCHOPEDAGOGICAL (SPP) PROGRAM AMONG HEALTH PROFESSIONALS: EXPLORATORY STUDY

Josée Lachance¹, Pierre Paillé¹ Ph. D., Jean-François Desbiens² Ph. D., Marianne Xhignesse³ MD, M.Sc.

¹Faculty of education, ²Faculty of physical education and sports and ³Faculty of medicine and health sciences, Université de Sherbrooke, Québec, Canada

BACKGROUND

Developed in Europe during the 1980's, "somatic-psychopedagogy (SPP) is a field that studies how people learn and grow in awareness through a richer and deeper experience of their body", (Berger, 2006, p. 12). Characterized as a type of mind-body medicine, SPP helps build a better sense of Self and in so doing, promotes a fine tuned sense of others as well as of one's environment, all of which are desirable qualities for health professionals.

Four intervention methods enable learning in SPP: manual therapy, sensory gymnastics, sensory introspection, and verbal interviews focused on body experience.

Large (2009) concludes that a particular quality of presence is built amongst SPP participants. He also notes an ability to better externalise:

- SPP participants are closer to their interiority;
- they are more able to verbalize their feelings to others;
- they set actions into motion that express what they are in the process of becoming.

Large (2009) also reports changes in participants such as: increased adaptability, autonomy, stability; deeper sense of self esteem; increased assertiveness, while being more approachable toward others.

Bois (2007) notes a change in the representation of ideas, values, self-image and perceptual relationships. Other researchers report a change in participants' conceptions of health (Duval, 2010; Cengic and Humpich, 2009). The same researchers have also noted that the reason for consultation tends to change, moving from a realm of care giving, towards one of life schooling.

Given the above literature, we wanted to explore the effect SPP training might have specifically on nurses and their professional practice.

PURPOSE



METHODS

A two phase qualitative research project

Phase 1- Three (3) nurses trained or being trained in SPP (this presentation)

Phase 2- Six (6) medical doctors (to be conducted)

Data collection methods

A semi-structured audio recorded interview including comprehensive questioning (Kaufmann, 2011) and elicitation questioning (Wiersma, 2010, 2012), (duration 90 to 105 minutes) was conducted with each nurse.

In addition, a second interview was conducted with participant B at the end of their second year of training.

Data analysis

Demographic information related to the participants training and professional activities

Thematic analysis of transcripts

Categorisation of themes (Paillé and Mucchielli, 2012)

FINDINGS

Socio-demographic data for the 3 participating nurses

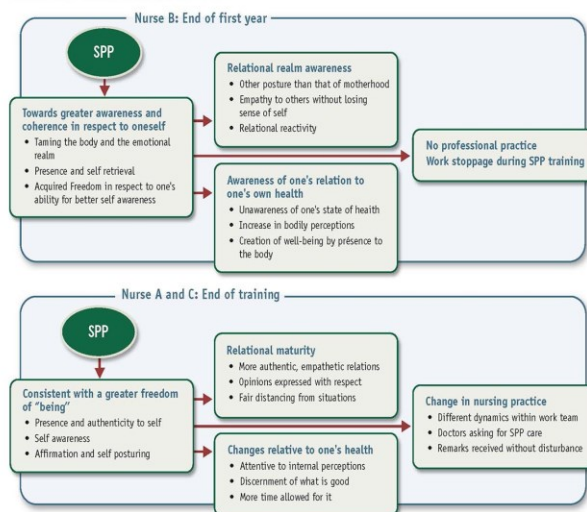
Participants	A	B	C
Age	37 years	50 years	58 years
Work experience	12 years	15 years	13 years
Work context	Intensive care	Pediatric intensive care	Rural hospitals, religious healthcare centers, geriatric nursing homes
Years of training (4 year course)	End of training	End of first year End of second year	End of training

THE NURSES PERCEIVED A CHANGE

- in their quality of presence with respect to themselves and to others (family, colleagues and patients);
- in the nature of the relationships they have with their patients, colleagues and healthcare team;
- relationships are reported to have evolved with more recognition and a better quality of exchange between individuals;
- in their ability to express their opinions in both their personal and professional lives.

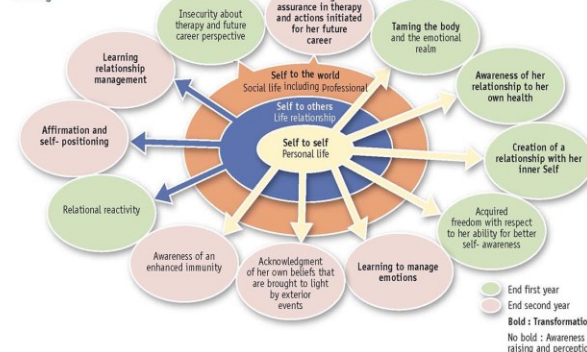
FINDINGS

NURSES' PROFESSIONAL EVOLUTION PATH



ZOOM IN ON NURSE B'S EVOLUTIONARY PATH

Nurse B: Representation of changes during the first two years of SPP training



CONCLUSIONS

Limits : This study is based on a limited number of cases and is context specific.

Interesting transformations among participants are presented in their report to their bodies, themselves, their health, relationships and in their healthcare practice confirming the relevance of Phase 2 of the project.

This latter phase will permit to identify whether physicians trained in SPP experience changes similar to those of the nurses and if so, whether they perceive these as having an impact on their practice.

ANNEXE 7
CONGRÈS 2014 – 2015 - 2016
RECHERCHE PRINCIPALE

2014 CANADIAN CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION

AVRIL 2014, OTTAWA, CANADA

Physicians Perceived Effects of a Mind-Body Medicine Program: Exploratory Study

Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. and Xhignesse, M.

Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Background/Purpose: Developed in Europe in the 1980s, Awakening the “Sensible” being (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how use and movement of the body allow for the development of one’s conscience, sense of self and of others, which are desirable qualities for health-care professionals. To our knowledge, there have been no previous studies that specifically examined the effects of ASB on physicians. Our objective was to explore if and how ASB training followed by physicians modifies the quality of their self-awareness, their presence to others, as well as their relationship with respect to health and their medical practice.

Methods: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews: comprehensive and elicitation. Interviews were conducted with six doctors who had completed their ASB training (500-hours over 4 years). The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped into categories linked by items and sub-items.

Results: Interesting transformations were reported by participants. Most noted that ASB had changed them personally as well as professionally. In addition to increasing their self-awareness and quality of presence to others, they considered they had modified their conception of health. Examples of changes noted regarding their professional practice included: enhanced professional relationships as well as a therapeutic stance leading to more fruitful relationships with patients.

Conclusions: Learning a mind-body medicine approach such as ASB appears to bring about changes in physicians on a personal level. It also may help them better understand the patient’s perspective leading to certain practice changes, specifically regarding the therapeutic relationship.

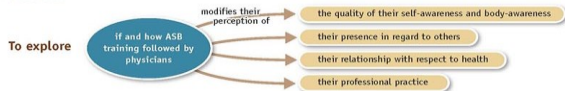
PHYSICIANS' PERCEIVED EFFECTS OF A MIND-BODY MEDICINE PROGRAM: EXPLORATORY STUDY

Josée Lachance¹, Pierre Paillé¹ Ph. D., Jean-François Desbiens¹ Ph. D. and Marianne Xhignesse² MD, M.Sc.
¹Faculty of education and ²Faculty of medicine and health sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

BACKGROUND

- Developed in Europe in the 1980s, Awakening the "Sensible" Being (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how the experience of the body and its movement allows for the development of one's awareness, sense of self and of others, all of which are desirable qualities for health-care professionals.
- Four (4) intervention methods enable learning in ASB: manual therapy, sensory gymnastics, sensory introspection, and verbal interviews focused on body experience.
- Large (2009) concludes that a particular quality of presence is built amongst ASB participants. He also notes an ability to better externalise. ASB participants:
 - are closer to their interiority;
 - are more able to verbalize their feelings to others;
 - set actions into motion that express what they are in the process of becoming.
- Large (2009) also reports changes in participants such as: increased adaptability, autonomy, stability; deeper sense of self-esteem; increased assertiveness while being closer to others.
- Bols (2007) notes a change in the representation of ideas, values, self-image and perceptual relationships. Other researchers report a change in participants' conceptions of health (Duval, 2010; Cengic and Humpich, 2009). The same researchers have also noted that the reason for consultation tends to change, moving from a realm of care giving, towards one of life learning
- Given the above literature, we wanted to explore the effect that ASB training might have on physicians and their professional practice. To our knowledge, there have been no previous studies in this regard.

PURPOSE



METHODS

A two-phase qualitative research project

- Phase 1- Three (3) nurses trained or being trained in ASB
- Phase 2- Six (6) physicians having completed ASB training (500 hours over 4 years) -this presentation

Data Collection Methods

- A semi-structured audio-recorded interview with each physician (90-105 min duration)
- Use of comprehensive (Kaufmann, 2011) and elicitation questioning (Vermensch, 2010; 2012)
- Socio-demographic information obtained related to the participants' training and professional activities
- Data collected in 2012 and 2013

Data Analysis

- Thematic analysis of transcripts
- Categorisation of themes linked by items and sub-items (Paillé and Macchielli, 2012)

RESULTS

Participant profiles

Participant (pseudonym)	Graduation			Age at graduation	Reason for ASB training
	Year of graduation and field of Practice	Age at graduation	ASB Training		
Suzanne	1989 General Practice	27 yrs old	2010	48 yrs old	Desire to change profession.
Marie-Hélène	1992 General Practice	30 yrs old	2012	50 yrs old	In search of a healing process for victims of torture.
Nathalie	1996 General Practice	32 yrs old	2011	47 yrs old	Personal quest.
Isabelle	1989 General Practice	33 yrs old	2008	52 yrs old	Looking for a manual approach that suits her personality.
Philippe	1977 Cardiology	30 yrs old	2008	61 yrs old	Curiosity: to understand this approach which resonated with him.
Eva	2007 General Practice	26 yrs old	2005	24 yrs old	Was looking for a manual approach as a complement to her training in medicine.

Participants' Relationship With Respect to Health

Participant	Change in Their Conceptualisation of Health
Suzanne	No reported change • Is more in tune with the real meaning of health • Participant is reconciled with health and her practice: "[...], I have moved back closer to health in the sense that I realized that, in fact, I have always liked taking care of people and that this is really what I wanted to do."
Marie-Hélène	Broadened conception • "[...] for me, the absence of suffering is extended to the point of also considering the suffering that is represented by the fact of being estranged from oneself and not knowing the Self. Some people are really sick, but they regain a certain quality of living because they find meaning in their life."
Nathalie	Broadened conception • "The training program confirmed my conceptualisation of health." However, during the interview, the participant realized that mind-body integration is an element to be included in the definition of health.
Isabelle	Broadened conception • ASB brought to her consciousness that health is not just the absence of disease and that even when all medical tests are negative, an individual may still not be healthy.
Philippe	No reported change • However he now reports having new tools to help him perceive his patients' state of health
Eva	Broadened conception • The concept of health is a linked to an individual taking an active part in his/her health and to a greater coherence in the person's life, a better body/mind integration as evidenced by whole person care.

The Quality of Self-awareness and Presence to Others

- Suzanne: "[...] I was feeling too poorly to be attentive to their desires, their needs, etc."
- Nathalie: "So, I am going to leave time and space to others; it's really important."
- Eva: "It allows me to ground myself inside and stay there, to have a presence to both myself and the patient."
- Suzanne: "I can now manage not to be overcome with emotions. [...] I can avoid taking on the other person's distress as if it were mine."
- Nathalie relates that touch used in ASB forced her to establish "a difference between herself (and) the other".
- Isabelle: "I perceive that I am more present to myself, to others, in a distance that becomes better adapted."
- Nathalie: "I believe that every disease has its history, and I find it interesting to work at a personalized level."
- Isabelle: "[...] there's not just one direction for everyone to follow; it's really varied [...]."
- Eva: "[...] to build the consultation together-always in interaction with the individual [...] To build a relationship and based on this relationship to create a common meaning/perspective."

Personal Transformations Identified (quality of self/body awareness)

Through the practice of ASB, all six (6) participants report transformation of their relationship to health and to the body as well as an anchoring of self-awareness through the body. It is as if a dialogue were engaged between several parts of themselves resulting in greater inner coherence and the potential for better overall health.



Professional Relationships

Conclusion

- Limits: This study is based on a limited number of cases and is context-specific.
- Interesting transformations among participants are presented in their rapport to their bodies, themselves, their health, their relationships and their healthcare practice. Learning a mind-body approach such as ASB appears to bring about changes in physicians on a personal level. It also may help them better understand the patient's perspective, leading to certain practice changes, specifically regarding the therapeutic relationship.

CONGRÈS DE L'ACFAS
MAI 2014, MONTREAL, CANADA
COMMUNICATION ORALE

Étude exploratoire sur les effets perçus d'une formation psycho-corporelle auprès de médecins

Les Pratiques du Sensible (PS) étudient comment l'utilisation du corps et de son mouvement interne conduisent au développement de la conscience et de la présence à soi ainsi qu'à l'autre; des qualités enviables pour des professionnels de la relation d'aide du secteur de la santé.

Explorer, le cas échéant, comment une formation aux PS, suivie par des médecins, a modifié leur rapport à leur corps, la qualité de leur présence à eux-mêmes et à autrui, leur rapport à la santé et leur pratique médicale.

Nous nous proposons de présenter les résultats préliminaires d'une recherche qualitative basée sur des entretiens semi-structurés menés auprès de six médecins ayant complétés une formation de 500 heures aux PS. Le contenu des entrevues a été analysé selon une approche thématique.

Il ressort qu'en plus d'accroître leur conscience d'eux-mêmes à travers l'expérience corporelle et la qualité de leur présence aux autres, ils ont modifié leur conception de la santé. Leur pratique professionnelle s'est transformée aux plans des relations professionnelles et de l'attitude thérapeutique menant à des relations plus fructueuses avec les patients. La formation aux PS les a conduits à se recentrer sur eux-mêmes, provoquant ainsi des changements dans leur vie personnelle et professionnelle.

**INTERNATIONAL RESEARCH CONGRESS
ON INTEGRATIVE MEDICINE AND HEALTH
MAI 2014, MIAMI, ÉTATS-UNIS**

Perceived Effects on Health Professionals of a Mind-Body Medicine Program: Exploratory Study With Physicians
Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. and Xhignesse, M.
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada
<p>Purpose: Developed in Europe in the 1980s, Awakening the “Sensible” Being (ASB) is a formative practice that examines how use and movement of the body allow for the development of one’s awareness, sense of self and of others, which are desirable qualities for healthcare professionals. Our goal was to explore if and how ASB training followed by healthcare practitioners modifies the quality of their self-awareness, their presence to others, as well as their relationship with respect to health and their medical practice.</p> <p>Methods: Based on two types of semi-structured interviews (comprehensive and elicitation) the project was conducted in two phases. Phase 1: exploratory interviews with three nurses trained or presently being trained in ASB. Phase 2: interviews with six physicians having completed their ASB training (500 hours over 4 years). The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped by categories. Results of Phase 2 are presented here.</p> <p>Results: ASB training seems to enable participants to gradually ground their presence through a bodily experience. Results suggest a difference between participants who were in harmony with themselves prior to training and those who weren’t. For the latter, the training process enabled the emergence of awareness and a movement towards self-reconciliation with individuals learning to make choices based on their needs (both personal and professional). Overall, participants reported having transformed their listening skills and their relationship with therapeutic touch - actions that transformed them personally and professionally. Participants in general were increasingly in line with their vocational identity and, for many, the concept of health broadened.</p> <p>Conclusion: Participants report transformations in their relationship with their bodies, themselves, their health, their relationship with others, and in their healthcare practice. ASB training allowed them to refocus on themselves, thereby bringing about changes in their personal and professional life.</p>

PERCEIVED EFFECTS ON HEALTH PROFESSIONALS OF A MIND-BODY MEDICINE PROGRAM: EXPLORATORY STUDY WITH PHYSICIANS

Josée Lachance¹, Pierre Paillé¹ Ph. D., Jean-François Desbiens¹ Ph. D. and Marianne Xhignesse² MD, M.Sc.

¹Faculty of education and ²Faculty of medicine and health sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

BACKGROUND

- Developed in Europe in the 1980s, Awakening the "Sensible" Being (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how the experience of the body and its movement allows for the development of one's awareness, sense of self and of others, all of which are desirable qualities for health-care professionals.
- Four (4) intervention methods enable learning in ASB: manual therapy, sensory gymnastics, sensory introspection, and verbal. Interviews focused on body experience.
- Large (2009) concludes that a particular quality of presence is built amongst ASB participants. He also notes an ability to better express themselves. ASB participants:
 - are closer to their inner world;
 - are more able to verbalize their feelings to others;
 - set actions into motion that express what they are in the process of becoming.
- Large (2009) also reports changes in participants such as: increased adaptability, autonomy, stability; deeper sense of self-esteem; increased assertiveness while being closer to others.
- Balis (2007) notes a change in the representation of ideas, values, self-image and perceptual relationships. Other researchers report a change in participants' conceptions of health (Duvai, 2010; Cenci and Humpich, 2005). The same researchers have also noted that the reason for consultation tends to change, moving from a realm of care giving, towards one of life learning.
- Given the above literature, we wanted to explore the effect that ASB training might have on physicians and their professional practice. To our knowledge, there have been no previous studies in this regard.

PURPOSE



METHODS

A two-phase qualitative research project

- Phase 1- Three (3) nurses trained or being trained in ASB
- Phase 2- Six (6) physicians having completed ASB training (500 hours over 4 years) -this presentation

Data Collection Methods

- A semi-structured audio-recorded interview with each physician (90-105 min duration)
- Use of comprehensive (Saufmann, 2011) and elicitation questioning (Vermesch, 2010; 2012)
- Socio-demographic information obtained related to the participants' training and professional activities
- Data collected in 2012 and 2013

Data Analysis

- Thematic analysis of transcripts
- Categorization of themes linked by items and sub-items (Palis and Mucchelli, 2012)

RESULTS

Participant profiles

Participant (pseudonym)	Graduation		ASB Training	Age at graduation	Reason for ASB training
	Year of graduation and field of practice	Age at graduation			
Suzanne	1989 General Practice	27 yrs old	2010	48 yrs old	Desire to change profession.
Marie-Hélène	1992 General Practice	30 yrs old	2012	50 yrs old	In search of a healing process for victims of torture.
Nathalie	1996 General Practice	32 yrs old	2011	47 yrs old	Personal quest.
Isabelle	1989 General Practice	33 yrs old	2008	52 yrs old	Looking for a manual approach that suits her personality.
Philippe	1977 Cardiology	30 yrs old	2008	61 yrs old	Curiosity: to understand this approach which resonated with him.
Eva	2007 General Practice	26 yrs old	2005	24 yrs old	Was looking for a manual approach as a complement to her training in medicine.

Anchoring self-awareness through the body: an opportunity for consciousness and for self-improvement

ASB training seems to enable participants to gradually ground their presence through a bodily experience.

Participant (pseudonym)	Anchoring Self-Awareness Through the Body (Transforming their relationship to their body)	Opportunity for Consciousness (Awareness - Enhanced Presence)	Self-Improvement (Limits Surpassed)
Suzanne	Listens to her body	Is now aware of her body and depressive state	Fear of making mistakes
Marie-Hélène	Feels her body	Feels the exact state of her body: has a feeling of unshakable existence	Fear of touching
Nathalie	Comfortably expresses herself through her body	Better presence; the importance of having a good mind-body balance	State of panic
Isabelle	Feels her body	A need to make the choice to be incarnate	Unable to move forward in her life
Philippe	No transformation	No reported change in self-awareness	Limited level of touch
Eva	Perceives with her whole body	Became aware of a lack of active implication in therapy and in her speech	Neutrality in her verbal dialogue and in her dialogue with the body tissues

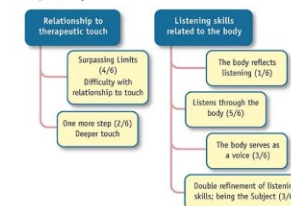
Centering of the Person through bodily Experience

For some, the training process enabled the emergence of awareness (centering of the person) and a movement towards self-reconciliation, with individuals learning to make choices based on their needs (both personal and professional).



Listening Skills and Relationship to Therapeutic Touch

Overall, participants reported having transformed their listening skills and their relationship with therapeutic touch - actions that transformed them personally and professionally.



Participants' Relationship With Respect to Health

Participant	Change in Their Conceptualisation of Health
Suzanne	No reported change • Is more in tune with the real meaning of health • Participant is reconciled with health and her practice: "I have moved back closer to health in the sense that I realized that, in fact, I have always liked taking care of people and that this is really what I wanted to do."
Marie-Hélène	Broadened conception • "[...] for me, the absence of suffering is extended to the point of also considering the suffering that is represented by the fact of being estranged from oneself and not knowing the Self. Some people are really sick, but they regain a certain quality of living because they find meaning in their life."
Nathalie	Broadened conception • "The training program confirmed my conceptualisation of health." However, during the interview, the participant realized that mind-body integration is an element to be included in the definition of health.
Isabelle	Broadened conception • ASB brought to her consciousness that health is not just the absence of disease and that even when all medical tests are negative, an individual may still not be healthy.
Philippe	No reported change • However he now reports having new tools to help him perceive his patients' state of health
Eva	Broadened conception • The concept of health is linked to an individual taking an active part in his/her health and to a greater coherence in the person's life, a better body-mind integration as evidenced by whole person care.

Conclusion

- Interesting transformations among participants are presented in their report to their bodies, themselves, their health, their relationships and their healthcare practice. Learning a mind-body approach such as ASB appears to bring about changes for physicians on a personal level. It also may help them better understand the patient's perspective, leading to certain practice changes, specifically regarding the therapeutic relationship.
- Limits: This study is based on a limited number of cases and is context-specific.

Chloé Lucif et André Chagnon pour l'engagement d'une approche intégrative en médecine

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
Faculté de médecine et des sciences de la santé

2014 THE ASSOCIATION FOR MEDICAL EDUCATION IN EUROPE
AOUT 2014, MILAN, ITALIE
COMMUNICATION ORALE

Perceived Effects of a Mind-Body Training Program on Physicians: Exploratory Study
Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. and Xhignesse, M.
Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada
<p>Background: <i>Awakening the “Sensible” Being</i> (ASB) is a formative practice developed in Europe geared toward care giving and support. It examines how use and movement of the body allow for the development of presence to oneself and to others, both of which are desirable qualities for health-care professionals. To our knowledge, there have been no studies that have specifically examined the effects of ASB on physicians. Our objective was to explore if and how ASB training followed by physicians modifies the quality of their self-awareness, their presence to others, as well as their relationship to health and their medical practice.</p> <p>Summary of Work: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews (comprehensive and elicitation) conducted with six doctors from France having completed their ASB training (500-hours over 4 years). The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped into categories linked by items and sub-items.</p> <p>Summary of Results: Participants report taking more active responsibility for their health. Several note a greater self-awareness allowing them to make new choices based on their needs. Some report better mind-body equilibrium with more coherence in their lives. In certain circumstances, they consider being more attentive to self-care. Regarding their professional lives, they report being more aligned with their vocational identity and notice changes in their professional relationships including with their patients.</p> <p>Conclusion: ASB appears to be an interesting type of formative practice for the development of certain qualities deemed valuable for health-care professionals.</p> <p>Take Home Message: Mind-body training programs such as ASB may provide interesting avenues for professional development of health-care professionals.</p>

**CENTILE INTERNATIONAL CONFERENCE TO PROMOTE RESILIENCE,
EMPATHY AND WELL-BEING IN HEALTH CARE PROFESSIONS
OCTOBRE 2015, WASHINGTON, ETATS-UNIS**

<p>A Mind-Body Training Program for Physicians: A Building Block to a Better Personal and Professional « Savoir-Être »</p>
<p>Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. and Xhignesse, M.</p>
<p>Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada</p>
<p>Background: Developed in Europe in the 1980s, <i>Awakening the “Sensible” Being</i> (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how experiencing one’s own body and its movement stimulates the development of self-awareness and awareness of others, which are desirable qualities for healthcare professionals. To our knowledge, there have been no studies that have examined the effects of ASB on physicians. Our general objective was to explore if and how ASB training followed by physicians modifies the quality of their self-awareness, their presence to others, as well as their relationship to health and their medical practice. This presentation will focus specifically on the effects of this type of training on personal and professional “savoir-être”.</p> <p>Summary of Work: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews (comprehensive and elicitation) conducted with six physicians from France having completed their ASB training (500 hours over 4 years). The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped into categories.</p> <p>Summary of Results: Participants reported that ASB training enabled them to become more aware of their body and thereby develop greater self-awareness (savoir-être) all the while being more centered and focused in their life. Their increased internal perceptive ability allowed them to better accept any internal emotional states of discomfort (ex. panic, anguish, lack of self-esteem, etc.). Participants also reported the development of their ability for internal dialogue thus impacting their reasoning processes, emotional reactions and ultimately their professional “savoir-être”. Overall, they report feeling as if their whole body became an organ of conscious perception which greatly enriched the quality of their relationships with their patients and other health-care professionals.</p> <p>Conclusions: Participants reported an enhanced self-awareness through ASB training which, in most cases, transformed them and their professional practice. Training such as ASB may provide interesting avenues for development of health-care professionals.</p>

A MIND-BODY TRAINING PROGRAM FOR PHYSICIANS: A BUILDING BLOCK TO A BETTER PERSONAL AND PROFESSIONAL « SAVOIR-ÊTRE » ?

Josée Lachance¹, Pierre Paillé¹ Ph. D., Jean-François Desbiens¹ Ph. D. and Marianne Xhignesse² MD, M.Sc.

¹Faculty of education and ²Faculty of medicine and health sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

BACKGROUND

Developed in Europe in the 1980s, Autogenic Training (AT) is a bioactive practice based on self-hypnosis and self-suggestion. It involves the repetition of self-suggestions and self-statements that lead to relaxation and awareness of one's own body and its automatic reactions. The development of self-awareness and awareness of others, which are desirable qualities for healthcare professionals.

Four (4) intervention methods enable training in AT: manual therapy, sensory gymnastics, music improvisation, and verbal interaction based on body experience.

Large (2005) concludes that a particular quality of presence is built amongst AT participants. The aim was to explore the benefits of AT:

- aim closer to their inner states of being
- aim more able to maintain their feelings in others
- not address into action that express what they are in the process of becoming

Large (2005) also reports changes in participants such as increased self-ability, self-awareness, stability, deeper sense of self-esteem, increased experiences while being close to others...

Bois (2007) notes a change in the representation of others, who are self-aware and perceived as more authentic. These researchers report a change in participants' conceptions of health (David, 2003; Carrel and Maignan, 2005). The same researchers have also noted that the reasons for consultation tend to change, moving from a state of care giving, towards care of the learning.

Given the above literature, we wanted to explore the effect of AT training on the personal and professional practice. To our knowledge, there has been no previous study in this regard. This presentation will focus specifically on the effects of this type of training on personal and professional "savoir-être".

PURPOSE

To explore



METHODS

A two-phase qualitative research project

- Phase 1: Three (3) nurses trained in being trained in AT
- Phase 2: Six (6) physicians from France having completed AT training (2005) became our control (AT) practitioners

Data Collection Methods

- A semi-structured audio recorded interview with each physician (30-45 min duration)
- Use of comprehension (Dahlgren, 1972) and elaboration speaking (Bergeron, 1975, 2012)

- Six socio-demographic information obtained, related to the participants' training and professional activities
- Data collected in 2012 and 2013

Data Analysis

- Research analysis of transcripts
- Categorization of themes based on Boies and sub-themes (Pothé and Duchesneau, 2002)

RESULTS

Participant profiles

Participant (interview)	Year of AT practice	Age at practice	Year of professional AT training	Age at profession	Reason for AT training
Suzanne	1989	27 yrs old	2010	43 yrs old	Needs to change profession.
Marie-Hélène	1992	30 yrs old	2012	53 yrs old	In search of a healing process for a lack of interest.
Mathilde	1996	30 yrs old	2011	47 yrs old	Personal quest.
Isabelle	1989	30 yrs old	2008	52 yrs old	Looking for a personal approach that suits her personality.
Philippe	1977	30 yrs old	2008	43 yrs old	Curiosity to understand this approach which resonated with him.
Rox	2007	30 yrs old	2005	24 yrs old	We looking for a personal approach as a complement to his training in medicine.

A view of the personal transformations of participants showing the emergence of a "savoir-être" that benefits a profession

- Participants reported an increased internal generative ability allowing them to better accept any inherent combined states of attention, no genetic, organic, lack of self-esteem, etc.

Mathilde: I have confidence. I will not feel the slightest threat of falling in my basin. We will see if something happens. It was important for me to have that security to come to myself. Instead of fearing the consequences, well, I knew I only to my own and then when I will feel it again then the therapist's training will not feel it again again. And it's that that great that let's see and see what can come out of this.

Mathilde: This training really brought me the awareness. I had been looking for such a baseline. An awareness. A steady state of confidence, tranquility, and of these things that I was afraid to lose. It's that that was the most important aspect.

Marie-Hélène: At first, I was not only a physician who makes diagnoses and applies treatments. I do not treat disease anymore. I accompany the people, whether I find them or not. That's my job and it also changes a lot of things for my patients. It's important to be able to feel that they are in a relaxed, what I want to say is that they are more aware.

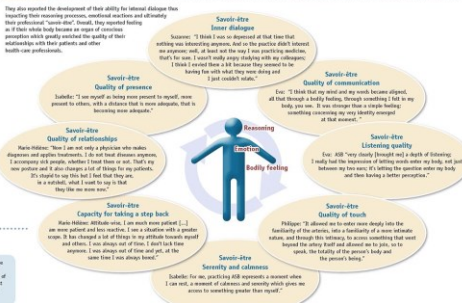
Marie-Hélène: At first, I was not only a physician who makes diagnoses and applies treatments. I do not treat disease anymore. I accompany the people, whether I find them or not. That's my job and it also changes a lot of things for my patients. It's important to be able to feel that they are in a relaxed, what I want to say is that they are more aware.

Philippe: I was always out of time and put at the same time very busy. I can not, a moment of calm and empty which gives me access to something greater than myself.

Philippe: I was always out of time and put at the same time very busy. I can not, a moment of calm and empty which gives me access to something greater than myself.

"SAVOIR-ÊTRE"

They also reported the development of their ability for internal dialogue thus impacting their meaning processes, medical practices and ultimately their professional "savoir-être". Overall, they mentioned being in AT their whole body because at that moment, the present situation which generally involves the feeling of their relationship with their patients and other health care professionals.



CONCLUSION

- Participants reported an enhanced self-awareness through AT training which, in most cases, transformed them and their professional practice. They report the development of a certain "savoir-être" in a state of stability, calmness and emptiness from which emerges their thoughts and actions.
- Training such as AT may provide an interesting avenue for the personal and professional development of health care professionals willing to meet the necessary time and energy.
- Limits: This study is based on a limited number of cases and is context-specific.

THE CANADIAN CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION

AVRIL 2016, MONTREAL, CANADA

<p>A Mind-Body Training Program for Physicians: a building block to Professional “savoir-être” ?</p>
<p>Lachance, J., Paillé, P. and Desbiens, J.-F.</p>
<p>Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada</p>
<p>Background / Purpose: Awakening the “Sensible” Being (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how experiencing one’s own body and its movement stimulates the development of self-awareness and awareness of others, which are desirable qualities for healthcare professionals. To our knowledge, there have been no studies that have examined the effects of ASB on physicians. Our objective was to explore if and how ASB training attended by physicians modifies the quality of their self-awareness, their presence to others, as well as their relationship to health and their medical practice. Based on Miller’s pyramid (1990), this presentation will focus on the effects of this type of training on the “savoir-être” that could impact learning and the profession.</p> <p>Methods: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews (comprehensive and elicitation) conducted with six physicians from France having completed their ASB training (500 hours over 4 years). The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped into categories.</p> <p>Results / Observations: Participants reported the development of their ability for internal dialogue thus impacting their reasoning processes, emotional reactions and ultimately their professional “savoir-être”. The “savoir-être” is a state of serenity, calmness and confidence from which emerges their thoughts and actions. These skills supported them in their capacity to learn and acquire competences and act with a “savoir-être” in their profession (analysis based on CanMEDS).</p> <p>Conclusion: ASB training fosters the development of a new “savoir-être” whereby physicians can acquire knowledge and deep-rooted abilities that allow them to act more calmly and be less reactive in stressful situations.</p>

A MIND-BODY TRAINING PROGRAM FOR PHYSICIANS: A BUILDING BLOCK TO PROFESSIONAL « SAVOIR-ÊTRE » ?

Josée Lachance, Pierre Paillé, Ph. D. and Jean-François Desbiens Ph. D.
Faculty of education, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

BACKGROUND

- Developed in Europe in the 1980s, Awakening the "Sensible" Being (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how experiencing one's own body and its movement stimulates the development of self-awareness and awareness of others, which are desirable qualities for healthcare professionals.
- Four (4) intervention methods enable learning in ASB: manual therapy, sensory gymnastics, sensory introspection, and verbal interviews focused on body experience.
- Large (2009) concludes that a particular quality of presence is built amongst ASB participants. He also notes an ability to better express themselves. ASB participants:
 - are closer to their inner states of being;
 - are more able to verbalize their feelings to others;
 - set actions into motion that express what they are in the process of becoming.
- Large (2009) also reports changes in participants such as: increased adaptability, autonomy, stability, deeper sense of self-esteem, increased assertiveness while being closer to others.
- Bois (2007) notes a change in the representation of ideas, values, self-image and perceptual relationships. Other researchers report a change in participants' conceptions of health (Duvai, 2010; Cencil and Humpich, 2009). The same researchers have also noted that the reason for consultation tends to change, moving from a realm of care giving, towards one of life learning.
- Given the above literature, we wanted to explore the effect that ASB training might have on physicians and their professional practice. To our knowledge, there have been no previous studies in this regard. This presentation will focus specifically on the effects of this type of training on professional "savoir-être".

PURPOSE

To explore



METHODS

A two-phase qualitative research project

- Phase 1- Three (3) nurses trained or being trained in ASB
- Phase 2- Six (6) physicians from France having completed ASB training (500 hours over 6 years) - **this presentation**

Data Collection Methods

- A semi-structured audio-recorded interview with each physician (90-105 min. duration)
- Use of comprehensive (Kaufmann, 2011) and elicitation questioning (Vermersch, 2010; 2012)
- Socio-demographic information obtained, related to the participants' training and professional activities
- Data collected in 2012 and 2013

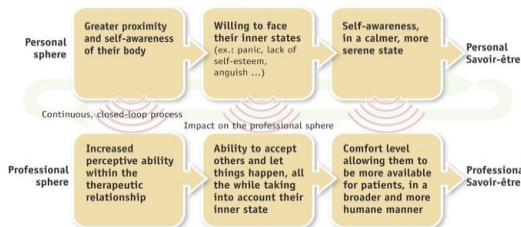
Data Analysis

- Thematic analysis of transcripts
- Categorisation of themes linked by items and sub-items (Paillé and Mucchielli, 2012)
- Based on the CanMEDS 2015 Physician Competency Framework, we documented the number of manifestations of « savoir-être » (as they are defined in our research) that are in line with those in the framework, for each of the CanMEDS roles.

RESULTS (cont'd)

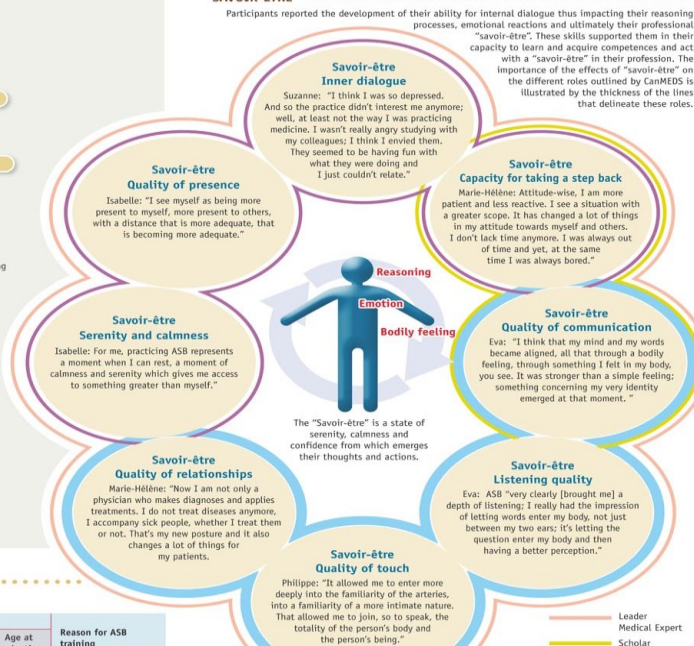
A view of the personal transformations of participants showing the emergence of a "savoir-être" that benefits a profession

- Participants reported an increased internal perceptive ability allowing them to better accept any internal emotional states of discomfort, ex.: panic, anguish, lack of self-esteem, etc.



"SAVOIR-ÊTRE"

Participants reported the development of their ability for internal dialogue thus impacting their reasoning processes, emotional reactions and ultimately their professional "savoir-être". These skills supported them in their capacity to learn and acquire competences and act with a "savoir-être" in their profession. The importance of the effects of "savoir-être" on the different roles outlined by CanMEDS is illustrated by the thickness of the lines that delineate these roles.



RESULTS

Participant profiles

Participant (pseudonym)	Graduation			Reason for ASB training	
	Year of MD graduation and field of practice	Age at graduation	Year of graduation ASB training		
Suzanne	1989 General Practice	27 yrs old	2010	48 yrs old	Desire to change profession.
Marie-Hélène	1992 General Practice	30 yrs old	2012	50 yrs old	In search of a healing process for victims of torture.
Nathalie	1996 General Practice	32 yrs old	2011	47 yrs old	Personal quest.
Isabelle	1989 General Practice	33 yrs old	2008	52 yrs old	Looking for a manual approach that suits her personality.
Philippe	1977 Cardiology	30 yrs old	2008	61 yrs old	Curiosity: to understand this approach which resonated with him.
Eva	2007 General Practice	26 yrs old	2005	24 yrs old	Was looking for a manual approach as a complement to her training in medicine.

Miller's Pyramid (1990)



CONCLUSION

- ASB training fosters the development of a new "savoir-être" whereby physicians can acquire knowledge and deep-rooted abilities that allow them to act more calmly and be less reactive in stressful situations.
- Training such as ASB may provide an interesting avenue for the personal and professional development of health-care professionals willing to invest the necessary time and energy.
- Limits: This study is based on a limited number of cases and is context-specific.

**INTERNATIONAL CONGRESS ON
INTEGRATIVE MEDICINE AND HEALTH
MAI 2016, LAS VEGAS, ÉTATS-UNIS**

<p>Awakening the Sensible Being (ASB): Effects of a Mind-Body Training Program on the Various Dimensions of Health As Experienced by Healthcare Professionals</p>
<p>Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. and Xhignesse, M.</p>
<p>Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada</p>
<p>Background / Purpose: <i>Awakening the “Sensible” Being</i> (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how experiencing one’s own body and its movement stimulates the development of self-awareness and awareness of others, both of which are desirable qualities for healthcare professionals. To our knowledge, there have been no studies that have examined the effects of ASB on physicians. Our objective was to explore if and how ASB training attended by physicians modifies the quality of their self-awareness, their presence to others, as well as their relationship to health and their medical practice. Based on an integrative medicine perspective, this presentation will focus on physicians’ perceived effects of ASB training on the different dimensions of health described in the literature.</p> <p>Methods: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews (comprehensive and elicitation) conducted with six physicians from France having completed their ASB training (500 hours over 4 years). The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped into categories.</p> <p>Results / Observations: Participants report an enrichment of all dimensions of their own health: biological/physical, psychological, social and spiritual. Interestingly, the spiritual dimension seems to be the connecting thread for all these changes. Health becomes seen as the quality of the connection of the person with themselves, with others and with their environment.</p> <p>Conclusion: In our study, ASB training influenced the way doctors perceived health, not only on a personal level but also in regard to their professional practice. This type of training has the potential to shift healthcare professionals’ perspectives on health to a more integrated (interconnected) vision of all dimensions.</p>

AWAKENING THE SENSIBLE BEING (ASB): EFFECTS OF A MIND-BODY TRAINING PROGRAM ON THE VARIOUS DIMENSIONS OF HEALTH AS EXPERIENCED BY HEALTHCARE PROFESSIONALS

Josée Lachance¹, Pierre Paillé¹ Ph. D., Jean-François Desbiens¹ Ph. D. and Marianne Xhignesse² MD, M.Sc.
¹Faculty of education and ²Faculty of medicine and health sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada

BACKGROUND

Developed in Europe in the 1980s, Awakening the "Sensible" Being (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how experiencing one's own body and its movement stimulates the development of self-awareness and awareness of others, which are desirable qualities for healthcare professionals.

- Four (4) intervention methods enable learning in ASB: manual therapy, sensory gymnastics, sensory introspection, and verbal interviews focused on body experience.
- Large (2009) concludes that a particular quality of presence is built amongst ASB participants. He also notes an ability to better express themselves: ASB participants:
 - are closer to their inner state of being;
 - are more able to verbalize their feelings to others;
 - set actions into motion that express what they are in the process of becoming.
- Large (2009) also reports changes in participants such as: increased adaptability, autonomy, stability; deeper sense of self-esteem; increased assertiveness while being closer to others.
- Belo (2007) notes a change in the representation of ideas, values, self-image and personal relationships. Other researchers report a change in participants' conceptions of health (Duvail, 2010; Cenci and Hampich, 2009). The same researchers have also noted that the reason for consultation tends to change, moving from a realm of care giving, towards one of the learning.
- Given the above literature, we wanted to explore the effect that ASB training might have on physicians and their professional practice. To our knowledge, there have been no previous studies in this regard. Based on an integrative medicine perspective, this presentation will focus on physicians' perceived effects of ASB training on the different dimensions of health described in the literature.

PURPOSE



METHODS

- ### A two-phase qualitative research project
- Phase 1- Three (3) nurses trained or being trained in ASB
 - Phase 2- Six (6) physicians from France having completed ASB training (500 hours over 4 years) - **this presentation**
- ### Data Collection Methods
- A semi-structured audio recorded interview with each physician (90-105 min duration)
 - Use of comprehensive (Kaufmann, 2011) and elicitation questioning (Vermerch, 2010, 2012)
 - Socio-demographic information obtained related to the participants' training and professional activities
 - Data collected in 2012 and 2013
- ### Data Analysis
- Thematic analysis of transcripts
 - Categorization of themes linked by items and sub-items (Paillé and Mucchielli, 2012)
 - Our analysis is based on different perspectives on health:
 - Bircher (2005) takes a dynamic approach to the notion of health. Health's potential can indeed increase throughout a person's life, and it is directly linked to the person's commitment to his/her health.
 - Hendler (1996) and Newman (1993) consider that an increase in awareness is the basis for a healthy life and that awareness allows the integration of the different dimensions of health by generating sense.
 - Finally, in his approach to spiritual health, Reed (1992) talks about the notion of accountability and sense through a transcended experience of the Self.

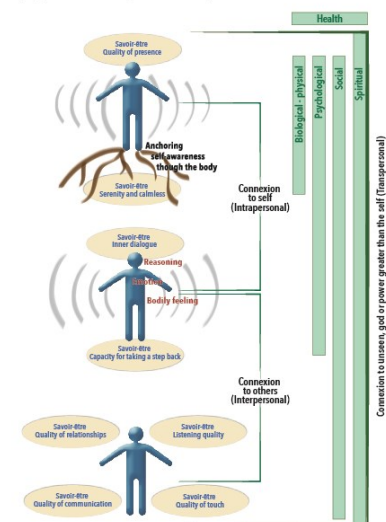
RESULTS

Participant profiles

Participant (pseudonym)	Graduation		Reason for ASB training	
	Year of MD graduation and field of Practice	Age at graduation		
Suzanne	1989 General Practice	27 yrs old	2010 48 yrs old	Desire to change profession.
Marie-Hélène	1992 General Practice	30 yrs old	2012 50 yrs old	In search of a healing process for victims of torture.
Nathalie	1996 General Practice	32 yrs old	2011 47 yrs old	Personal quest.
Isabelle	1989 General Practice	33 yrs old	2008 52 yrs old	Looking for a manual approach that suits her personality.
Philippe	1977 Cardiology	30 yrs old	2008 61 yrs old	Curiosity: to understand this approach which resonated with him.
Eva	2007 General Practice	26 yrs old	2005 24 yrs old	Was looking for a manual approach as a complement to her training in medicine.

Spiritual Health – A Connexion Quality (Reed, 1992)

ASB Participants report an enrichment of all dimensions of their own health: biological/physical, psychological, social and spiritual. Interestingly, it would appear that the spiritual dimension is indeed the thread that weaves a link with all the dimensions of health as suggested by Miller-Williams (2004): Health becomes seen as the quality of the connection of the person with themselves, with others and with their environment.



The quality of their self-awareness

Process of awakening to one's life, becoming an actor in one's own life and health



Increasingly in line with their vocational identity

Participants in general were increasingly in line with their vocational identity and, for many, the concept of health broadened.

Participant	Vocational Identity
Suzanne	"And that is also when I slowly realized that I knew from the start that I wanted to become a gynecologist but I had ignored the calling. And I found a way to make it happen. I was bowing to my professional situation: I didn't like it but I wasn't making much of an effort to change things."
Marie-Hélène	"I am a doctor, but also a therapist. I am the doctor that I wanted to be deep down inside. So this brings great joy to my life. Really it's an amazing gift to have been able to get to where I wanted to go. It's a huge thing, because I had an idea of the sort of therapist I wanted to be, but I didn't have the means to get there."
Nathalie	"I can already say that ASB allows me to practice medicine the way that suits me. (...) I can access the body's logic at a deeper level. And now, with ASB, it's more a dialogue with the person's body. There is an exchange; the organs are alive, they have a story to tell, and they are not only sick organs or organs that need to be treated."
Isabelle	"For me, ASB is very important in my practice: I could not practice solely general medicine because I would go bankrupt rather quickly. ASB personally allows me time to go inside myself: a moment of calmness and serenity when I can feel something that is greater than myself. I need to listen to the body tissue, and I perceive the treatment more as a tissue-to-tissue dialogue."
Philippe	"So ASB met my expectation, my request, something that was more or less formulated, that was unmet, that I had tried to do some twenty years back, but it wasn't happening at the right time in my life. (...) I immediately discovered this new touch. And that's when I knew that I had discovered what suited me perfectly in the method (i.e. the pulse input of the human body, the human being."
Eva	"Being a subject came when I started to take the ASB posture in my doctor's practice, a posture in which I precisely had a sense of and you know, this thing that carries a true identity, very embodied, very concrete, perceptive. And that's when I started to perceive that it felt good to also have that level of body subjectivity in my practice. (...) I provide an opportunity for the patient to feel his own subjectivity."

Conclusion

In our study, ASB training influenced the way doctors perceived health, not only on a personal level but also in regard to their professional practice. This type of training has the potential to shift healthcare professionals' perspectives on health to a more integrated (interconnected) vision of all dimensions.

Limits: This study is based on a limited number of cases and is context-specific.

INTERNATIONAL HUMAN SCIENCE RESEARCH CONFERENCE

JUILLET 2016, OTTAWA, CANADA

<p>Awakening the Sensible Being (Mind-Body Training Program as Experienced by Healthcare Professionals) : an open door to exploring the Self and professional relationships in a more humane way</p>
<p>Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. and Xhignesse, M.</p>
<p>Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada</p>
<p>Background / Purpose: <i>Awakening the “Sensible” Being</i> (ASB) is a formative practice geared toward care giving and support. It examines how experiencing one’s own body and its movement stimulates the development of self-awareness and awareness of others, both of which are desirable qualities for healthcare professionals. To our knowledge, there have been no studies that have examined the effects of ASB on physicians. Our objective was to explore if and how ASB training attended by physicians modifies the quality of their self-awareness, their presence to others, as well as their relationship to health and their medical practice.</p>
<p>Methods: Qualitative research based on two types of semi-structured interviews (comprehensive and elicitation) conducted with six physicians from France having completed their ASB training (500 hours over 4 years). The content of the interviews was first analyzed thematically then grouped into categories.</p>
<p>Results / Observations: Participants developed a presence grounded in their relation to their body on which they could rely when facing uncomfortable situations. They report that this quality relation to their body allows them to live their subjective experience in greater depth which in turn helps them to grow in their global awareness. A refocusing process enables both a proximity to and a certain distance from themselves and events. Being more aware of themselves, they can engage into action more objectively, leaving more space for their human part and that of others.</p>
<p>Conclusion: Rather than abnegating the body, which is often privileged in medicine, it appears that a quality relation with one’s body allows people to delve deep into their body subjectivity in order to look more objectively at the Self and have a better nature of connexion to it, thus bringing health to the practitioner and his/her professional relationships.</p>

ANNEXE 8

L'ACCEPTATION INTERNE DE NOS CINQ PARTICIPANTES ET DE NOTRE PARTICIPANT

Participants	Accord	Remarque
Suzanne	✓ tout Chacun	Elle nous témoigne qu'elle <u>continue d'évoluer</u> . Ma formation m'aide au quotidien avec <u>un abord des problèmes bien différente parfois de celle de mes collègues</u> et une <u>écoute</u> qui est souvent <u>remarquée et appréciée</u> des patientes.
Marie-Hélène	✓ tout Chacun	Elle nous témoigne que son accompagnement se fait en permettant aux patients de <u>se rencontrer eux et leur santé, comme de moi-même, médecin qui a renouvelé sa pratique</u>
Nathalie	Tout Global	Peu de choses à ajouter car c'est un bon travail, pas de fautes et je me retrouve dans ce qui est dit . Formulation.
Isabelle	Tout Global	J'ai lu avec grand intérêt ton document et suis d'accord avec tout.
Philippe	✓Tout Chacun	Je trouve très pertinents les commentaires généraux et les énoncés reformulés par la chercheuse.
Eva	✓Tout Chacun	Elle donne plus de précision dans certains passages.

**L'ACCEPTATION INTERNE
LE FORMULAIRE DE SUZANNE**

Dans le cadre de mon projet doctoral, vous trouverez ci-joint les résultats de l'analyse approfondie de votre entretien (avec votre nom fictif). Merci de contribuer à nouveau à ma recherche.

Dans les prochaines sections, nous résumons les influences de cette formation dans votre vie personnelle et professionnelle. Nous vous invitons à lire les différentes sections et à nous signaler si globalement vous êtes d'accord avec l'énoncé (mettre en gras votre choix de réponse entre le numéro un (accord) et deux (désaccord)), si non, nous indiquer le pourquoi du désaccord? Veuillez transmettre votre réponse d'ici le 20 octobre 2015.

1. La sphère personnelle

1.1 Le rapport au corps

Pour sa part, Suzanne réalise son manque d'écoute de son corps, le verrouillage qu'elle a fait subir à tout son monde émotionnel. « Oui, par exemple le fait d'avoir... j'ai pris conscience que je n'écoutais pas mon corps. » Le processus de formation lui a permis d'ouvrir un carcan, d'extraire les émotions de son corps et d'être mieux informée des effets de son vécu dans son corps.

Un mouvement plus spécifique est aussi présent. En effet, deux participantes, Suzanne et une autre participante, ont témoigné des bienfaits de l'accordage du corps et de la pensée pour elles-mêmes.

Suzanne	Manque d'écoute de son corps. Conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit.
---------	--

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**
2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

1.2 Le rapport à la présence

Il semble que les cinq participantes et le participant ont augmenté la qualité de leur présence et qu'elle a influencé positivement leur état intérieur. Suzanne réalise son état dépressif et ses causes. Elle écoute ce qu'elle ressent et réoriente ses choix de vie personnelle et professionnelle. Par exemple, elle fait le choix de quitter son mari. Elle se sent plus connectée à elle-même et authentique, avec moins de masques.

Suzanne	Présente et écoute des effets dans son corps.
---------	---

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**
2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

1.3 Le rapport à sa santé

Suzanne n'a pas changé sa définition d'être en santé, mais elle nous partage qu'elle l'intègre mieux dans sa propre vie. Elle conscientise l'intimité du lien entre le corps et l'esprit : « je suis intimement persuadée que le corps et l'esprit sont reliés, à partir du moment où je suis bien dans ma tête, mon corps va mieux aussi. ». En effet, elle prend conscience que son regard sur la vie a des effets sur elle. Dans ce sens, elle fait le choix d'un regard plus positif sur la vie, sur sa vie :

J'ai beaucoup plus de facilité à regarder les côtés positifs. Au départ, j'étais peut-être ..., enfin j'ai toujours eu mal au dos, mais bon voilà... Il y a une période où j'ai été, j'en ai marre d'avoir mal au dos, mais tant pis, je vis avec. Il y a d'autres endroits où je n'ai pas mal et ça permet de compenser.

Suzanne et une autre participante mentionnent qu'elles se sont réconciliées avec une partie d'elles-mêmes, elles sont plus en harmonie.

Suzanne	Élargissement de sa conscience sur sa réalité. Prise de conscience de l'intimité du lien entre le corps et l'esprit.
---------	--

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

1.4 Synthèse des trois catégories pour Suzanne

Son corps	Manque d'écoute de son corps. Prise de conscience du verrouillage des émotions dans ses réactions. Ouverture d'un carcan.
Sa présence	Présente et écoute les effets dans son corps, des paroles et des actes. Prise de conscience de sa dépression et de ses causes. Choix de ne plus se verrouiller. Plus en connexion avec elle-même et plus authentique, moins de masques.
Sa santé	Prise de conscience de l'intimité du lien entre le corps et la pensée. Plus de facilité à regarder les côtés positifs à chaque chose. Réconciliée avec elle-même, la santé et la médecine. Meilleure appropriation et intégration de son concept de la santé.

Dans chacune des catégories, il semble y avoir un élargissement de conscience sur sa réalité : que ce soit le manque d'écoute de son corps, son état dépressif ou bien l'intimité du lien entre son corps et son esprit. Il y a aussi des choix qui sont faits et intégrés dans l'action : écouter les effets de ce qu'elle vit dans son corps sans se verrouiller et regarder le côté positif des choses. La prise de conscience, le choix et l'action de Suzanne sont vraiment dans le sens d'une appropriation et d'une intégration de son concept de la santé, en créant les conditions pour devenir actrice de sa vie et de sa santé. Elle développe ainsi une capacité d'être à l'écoute d'elle-même, ainsi que de son monde intérieur et émotionnel, afin de mieux orienter ses choix, de manière libre, en étant moins sous l'emprise de ses peurs.

1. Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

1.5 Analyse de la sphère personnelle

Les médecins qui ont participé à notre recherche ont tous vécu un processus de transformation. Ceux qui étaient au début de la formation dans un état d'harmonie avec eux-mêmes, ont expérimenté des transformations mineures et acquis des outils intéressants pour la gestion de leur vie personnelle. Tandis que ceux qui étaient initialement en dysharmonie, ont vécu des transformations identitaires majeures. Ceux qui étaient en harmonie partielle, ont vécu des transformations dans leur état intérieur et leur comportement.

Quoi qu'il en soit, l'expérience extra-quotidienne à partir du corps a permis de recentrer les personnes sur elles-mêmes et leurs besoins. Au fur et à mesure, les participants semblent avoir transformé leur base de référence. En effet, de plus en plus en lien avec leur expérience corporelle, ils se sont plus référés à leur corps et à leur intériorité qu'à des références extérieures à eux-mêmes. Une plus grande proximité à eux-mêmes les a mieux informés sur l'état de leur corps et de leurs intériorités. Ces expériences leur ont donné la chance de faire des prises de conscience sur leur vie et d'ajuster leur choix, leur attitude ou leur manière d'être afin d'être plus acteur de leur vie.

Pour ce faire, cela voulait dire traverser des inconforts (panique, angoisse, peur et manque d'estime de soi) qui, pour certains, étaient liés à des états émotionnels et, pour d'autres, à des comportements en lien à leur manière de vivre leur vie. Il appert que les participants vivent maintenant une plus grande liberté d'être et semblent avoir repris du pouvoir sur leur vie. Le recentrage expérimenté par les médecins participants semble avoir créé une mise à distance nécessaire leur permettant de mieux s'observer et de faire des choix adaptés à leur vie. Ils témoignent tous d'un gain au niveau de leur santé.

1. Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2. La sphère professionnelle

2.1 Sa conception de la santé

Définition de la santé « La santé, c'est un bien-être. Je mettrais bien physique et mental, qui, moi, me permet de réaliser à peu près ce que j'ai envie de réaliser, mes désirs, mes passions. La définition de ma santé va changer dans 10 ans parce que je n'aurai pas les mêmes capacités physiques. Aujourd'hui, c'est un bien-être en tout cas. [...] Cette définition-là, je la connaissais, le bien-être physique, mental et puis la définition de l'OMS il y a un 3^e facteur. Social, voilà.»

Changement de définition suite à la formation « Je ne pense pas qu'elle ait changé, c'est que je me l'approprie mieux qu'avant. [...] Mais je l'avais pas aussi bien intégrée. » Directement en lien avec la santé, la participante s'est réconciliée avec la santé et son métier : « je me suis réconciliée avec la santé dans le sens où j'ai réalisé que en fait, j'ai toujours aimé m'occuper des gens et c'était ce que je voulais faire... finalement. »

Trois participants font allusion à la définition de l'OMS. Suzanne vient relativiser sa définition avec le facteur temps : la définition va être adaptée selon l'âge de la personne en lien avec ses capacités physiques.

Suzanne et une autre personne n'ont pas changé leur définition. Toutefois, Suzanne constate qu'elle s'approprie mieux sa définition et l'intègre mieux dans sa vie. Elle va plus loin en affirmant qu'elle s'est réconciliée avec la santé et avec sa

profession : « je me suis réconciliée avec la santé dans le sens où j'ai réalisé qu'en fait, j'ai toujours aimé m'occuper des gens et c'était ce que je voulais faire... finalement. »

1. Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancez les propos,

2.2 Les relations professionnelles

Suzanne nous parle de changements qu'elle a vécus autant avec ses collègues qu'avec la direction de l'institution où elle travaille. Dans un premier temps, elle nous parle de la piètre opinion qu'elle avait de ses collègues qualifiés de bornés. Par la suite, après un long moment d'hésitation, elle réalise que sa dépression affectait son attitude et que, finalement, elle jalousait ses collègues car ils avaient du plaisir dans leur métier, alors qu'elle n'arrivait pas à être en connexion.

Elle perçoit communiquer davantage avec ses collègues depuis la formation. En effet, elle s'autorise à donner son avis, ce qu'elle ne faisait pas avant. « je donne mon avis, alors qu'avant, je me taisais. Je le gardais là et ça ne sortait pas. Maintenant, ça sort. S'il y a quelque chose qui me déplaît, j'ose aller voir. [...] Et puis finalement, ça ne se passe pas mal. » Elle réalise aussi qu'elle peut demander conseil plus facilement qu'avant. Suzanne explique que la direction du service a

changé entre temps, mais que de toute façon son lien avec ses chefs de services n'est plus le même. Avant les gens la considérait « transparente », inexistante et sans enthousiasme, tandis que présentement son chef de service trouve qu'elle est pleine d'enthousiasme, avec des initiatives et qu'elle adhère aux propositions, en plus d'en faire elle-même.

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2.3 La relation aux patientes et patients

2.3.1 Le toucher

Suzanne nous partage qu'elle n'aurait jamais osé toucher une patiente ou un patient et que simplement toucher la main d'une patiente ou d'un patient procure du bien-être à ce dernier : « Bien oui, des fois rien que de toucher la main de quelqu'un qui ne va pas bien, ça lui fait du bien. Alors, je ne me serais jamais autorisée à le faire il y a 10 ans ».

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2.3.2 L'écoute

Chez les participantes et le participant, le corps semble au cœur de la transformation de l'écoute et le toucher, une voie additionnelle pour acquérir plus d'informations. La formation aux pratiques du Sensible a été pour Suzanne un terrain d'apprentissage pour déployer une attitude d'écoute plus ouverte qui se traduisait dans ses gestes et sa posture.

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**
2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2.3.3 La communication

La communication est la capacité d'entrer en relation avec quelqu'un, faculté qui inclut à la fois la capacité d'écoute et d'expression. Suzanne et une autre personne ont grandement approfondi leur capacité de communication lors de leur formation.

Suzanne nous confie qu'« Avant, j'écoutais, mais je ne disais rien donc forcément, ce n'est pas tout le monde qui a envie de parler à un mur ». Non, seulement Suzanne arrive maintenant à parler, mais sa parole devient soignante, elle fait du bien à ses patientes et patients. « Je pense que j'arrive à trouver des mots qu'auparavant je ne trouvais pas. Des mots ou des gestes par ailleurs ». Elle ajoute : « J'ai réussi à la rassurer par la parole. »

1. Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2.3.4 La qualité de présence

Chacun et chacune à leur manière, les participantes et le participant parlent de leur plus grande présence et disponibilité à l'autre. Paradoxalement, Suzanne note qu'elle a moins de temps mais qu'elle est plus disponible. Elle n'en parle pas directement dans son lien avec ses patientes et patients mais aborde le sujet dans la relation auprès de ses enfants « Avant, j'avais beaucoup de temps libre, mais je n'étais pas là, j'étais trop mal pour être attentive à leurs désirs, à leurs besoins, etc. »

Suzanne, et trois autres personnes ont mentionné qu'elles ont plus de repères et de facilité à être dans la juste distance thérapeutique. Suzanne nous dit :

J'ai évolué, quand il y a des personnes, des patients qui me touchent, heureusement je ne pleure pas à chaque fois, ça serait un peu embêtant. J'arrive maintenant à ne pas laisser mes émotions me submerger. Donc, que la détresse de quelqu'un m'a toujours touchée, mais autant avant, voilà je la prenais en plein dedans et ça continuait à s'accumuler dans mon carcan. Maintenant, je prends, mais j'arrive à ne pas faire de la détresse de l'autre la mienne.

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2.3.5. Transformation dans la posture thérapeutique

La formation aux pratiques du Sensible a aussi transformé la posture de plusieurs de nos participantes en tant que médecin. En effet, quatre d'entre elles (Suzanne et d'autres participantes) parlent spécifiquement d'un changement de posture. Elles deviennent, pour leur patiente ou patient, un soutien, une personne qui les accompagne dans leur parcours vers la santé. La ou le médecin effectue des diagnostics du corps dans son accompagnement. Il supporte aussi le corps dans son potentiel de guérison dans la thérapie manuelle tout en accompagnant la personne dans sa quête de sens autour de cet épisode de vie.

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**

2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2.4 Analyse sphère professionnelle en lien avec la sphère personnelle

La formation aux pratiques du Sensible a transformé la manière dont les participantes et le participant entrent en relation avec eux-mêmes et leur a permis de réfléchir sur des aspects qu'ils ne voyaient pas auparavant. Une communication enrichie de leur proximité à eux-mêmes et leur capacité perceptive accrue facilitent la qualité de leur relation thérapeutique et professionnelle.

Le corps du médecin devient un organe de perception tout entier plus présent et s'engage dans la relation. Le corps joue différents rôles au service de la relation et de la communication avec autrui. Habité par la sérénité, le médecin est plus à même d'être là pour sa patiente ou son patient, car moins emprisonné par ses états intérieurs inconfortables. En effet, le processus de recentrage enclenche une capacité d'appivoiser ses propres états de mal-être afin d'atteindre au fur et à mesure un certain niveau de sérénité disponible dans la relation thérapeutique. Une nature de savoir-être s'apprend et permet au médecin d'être au plus proche de sa vocation singulière. Cette formation s'avère être soignante pour l'ensemble de nos participants. L'apprentissage des pratiques du Sensible leur a permis d'apprendre à prendre soin d'eux-mêmes en plus de prendre soin des autres.

1. **Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**
2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

2.5 Dialogue et relation intrapersonnel et interpersonnel

Cette capacité perceptive d'eux-mêmes les informe davantage et leur permet d'engager un dialogue intérieur conduisant vers une meilleure gestion de leur vie, comme de leur état intérieur et émotionnel. Ils sont ainsi dans une dynamique intrapersonnelle plus active et vivante. De plus, ce processus de proximité au corps devient une assise qui permet de mieux gérer les états de mal-être occasionnés par des émotions de peur, de panique et par le manque de confiance. Ces traversées d'intempéries intérieures engagent un processus de transformation identitaire qui redonne ainsi plus de liberté d'être aux participants. Suite à la formation aux pratiques du Sensible, les médecins participants à notre recherche ont changé personnellement dans leur rapport à leur corps et à eux-mêmes et ont aussi changé leur rapport aux autres incluant les rapports professionnels, dont celui avec les patientes et patients.

- 1. Je suis d'accord, l'énoncé reflète bien mon expérience.**
2. Je suis en désaccord;

Commentaires, s.v.p. expliquez votre désaccord avec l'énoncé ou bien nuancé les propos,

Commentaires généraux, sur les énoncés en lien avec votre expérience de formation :

Alors : je veux témoigner que j'ai continué à évoluer professionnellement car en novembre 2014 j'ai ouvert mon cabinet libéral où je fais de la gynécologie (ce dont j'ai en fait toujours rêvé). J'ai eu très peur les mois précédents mais j'y ai cru, je me suis accrochée, et ça a marché immédiatement. Ça y est je suis un médecin à part entière situation qui me comble car je me sens vraiment utile et je suis finalement venue à ce pour quoi j'ai été formée. Ma formation de fasciathérapeute m'aide au quotidien avec un abord des problèmes bien différent parfois de celle de mes collègues et une écoute qui est souvent remarquée et appréciée des patientes. Voilà Josée quelques mots de ma métamorphose.

ANNEXE 9

TÉMOIGNAGES EN LIEN AVEC L'IDENTITÉ VOCATIONNELLE

Suzanne : « Euh, le fait de commencer la fasciathérapie m'a fait prendre des initiatives qui ont changé ma pratique professionnelle et c'est là que je suis passée aussi à l'hôpital. Et où j'ai réalisé petit à petit que, de toute façon, je le savais, mais je l'avais un peu occulté, que depuis le départ, je voulais faire de la gynéco. Et je me suis donné les moyens d'y arriver. Donc, je subissais ma condition, enfin, professionnelle. Je ne m'y plaisais pas, mais je ne faisais pas grand-chose pour en sortir. »

Marie-Hélène : « Aujourd'hui, je ne dis pas que je suis SPP, je suis médecin, mais thérapeute et je suis médecin comme moi je souhaitais profondément l'être. Donc là, c'est une grande joie dans ma vie. Vraiment, c'est un immense cadeau d'avoir réussi à accéder là où je voulais. C'est immense quoi parce que j'avais une idée du thérapeute que je voulais être, mais je n'avais pas les moyens. »

Nathalie : « Déjà, je peux dire que la fasciathérapie me permet d'exercer la médecine de la manière qui me convient. J'arrive plus à entrer dans la logique corporelle. Déjà avant, le corps pour moi c'était l'examen, l'examen clinique et c'était comme s'il fallait un peu le sonder, en faire l'examen médical, chercher s'il y a une maladie. Et maintenant avec la fasciathérapie, c'est plus un dialogue avec le corps de l'autre. Il y a un échange, les organes sont vivants, ils ont une histoire et ce n'est pas uniquement un organe malade ou un organe à traiter. »

Isabelle : « Pour moi la fasciathérapie est très importante dans ma pratique, je ne pourrais pas faire que de la médecine générale parce que je disjoncterais très vite. La fasciathérapie m'apporte personnellement un moment où je me pose. Un moment de calme et de sérénité où je rejoins quelque chose de plus grand que moi. » « Moi, j'ai besoin de l'écoute, des tissus et je vois plus le traitement comme un dialogue de tissus à tissus. »

Philippe : « J'avais toujours eu envie de traiter manuellement et un cardiologue ne traite pas beaucoup avec ses mains d'habitude. Donc voilà, ça répondait à une attente, une demande, quelque chose qui était plus ou moins formulé, informulé. » « La 1^{ière} pratique où elle nous avait préparé à faire le 1er toucher, immédiatement, c'est là que j'ai découvert, j'ai découvert ce nouveau toucher. Et là, j'ai su que j'étais, j'avais trouvé dans la méthode ce qui me convenait parfaitement, c'est-à-dire l'abord pulsologique du corps humain ou de l'être. »

Eva : « Il y a déjà de moi à moi, c'est-à-dire en tant que médecin, en tant que soignant. Être sujet, ça s'est venu justement quand j'ai commencé à adopter l'attitude d'écoute de la thérapie manuelle de la fasciathérapie dans ma pratique de médecin où je sentais justement le goût de moi. Tu vois, cette chose vraiment identitaire et très incarnée, très concrète, perceptive, etc. Et donc là, j'ai commencé à sentir le bien que ça me faisait aussi d'avoir ce niveau de subjectivité corporelle dans le temps de ma pratique. Et après, pour vraiment avoir cette vision d'interaction, c'est-à-dire d'être sujet et d'entrer dans ma subjectivité et du coup d'aller favoriser celle du patient, ça s'est venu plus par l'approche théorique dans le master, les lectures théoriques. »

