

RÉCIPROCITÉS

N°12

MARS 2026



Recherches sur le Sensible et ses applications

Revue du Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive (CERAP)

de l'Université Fernando Pessoa (Porto-Portugal)

EDITORIAL

Dans ce nouveau numéro de Réciprocités nous avons le plaisir et l'honneur d'accueillir un article du Pr Danis Bois et de la Dre Hélène Bourhis-Bois, qui déploie les fondements de la conception du POEBRA, ce programme d'apprentissage guidé de la méditation pleine présence, qui a pour objectif d'optimiser l'estime de soi et la bienveillance et de réduire l'anxiété. Nous y découvrons le processus méthodique d'une pédagogie du pas-à-pas qui s'appuie sur la perception corporelle comme levier d'une métacognition pour permettre à la personne d'apprendre à méditer, mais surtout d'apprendre de sa méditation pour transformer son rapport au quotidien. Une pédagogie qui va s'exporter vers d'autres apprentissages.

Toujours sur la méditation pleine présence, mais cette fois dans le champ de la pratique, Dre Isabelle Bertrand et ses collègues nous partagent les résultats d'une évaluation ex-post, conduite auprès des stagiaires qui se formaient à la fasciathérapie ou la somato-psychopédagogie lorsque le premier confinement de la pandémie de Covid-19 est survenu. Nous y revivons, à travers les mots des participants, ces moments de stress et d'anxiété et découvrons dans un cheminement très vivant, comment les 15 séances et l'ancrage perceptif proposé dans la pleine présence ont été bien souvent des bouées de sauvetage, un rempart contre l'anxiété transformant l'isolement en un espace de sécurité intérieure et de solidarité.

De son côté, Dre Josée Lachance nous partage un moment particulier de sa thèse doctorale qui portait sur les processus de transformation à l'œuvre chez des médecins formés aux pratiques du Sensible. À travers une théorisation ancrée, elle tente de modéliser un "savoir-être" intégratif où le recentrage corporel du médecin devient la condition d'une relation de soin plus cohérente et régulée. Ce faisant, elle dégage les contours d'un nouveau modèle de santé qui conduit les soignants d'une médecine de l'organe à une médecine de la présence.

Enfin, Dr Christian Courraud et ses collègues nous partagent une étude exploratoire particulièrement intéressante et prometteuse sur la fasciathérapie et l'endométriose depuis le point de vue des praticiens. Les auteurs mettent en lumière le sentiment d'efficacité spécifique né de la finesse de l'écoute manuelle, offrant aux patientes une prise en charge globale là où le morcellement symptomatique prévaut souvent, avec des bénéfices apparemment très nets sur la douleur. On espère maintenant une étude clinique en vraie grandeur sur cette pathologie complexe qui touche de plus en plus de femmes.

Merci à tous ces auteurs de faire confiance à notre revue en nous partageant ces travaux passionnants. Merci à nos lecteurs et nos lectrices pour leur fidélité.

Bonne lecture à tous et à toutes !

Anne Lieutaud
Directrice de publication

Sommaire

Editorial

2

Varia



Endométriose, quelle prise en charge par la fasciathérapie ?

Enquête auprès d'une population de praticiens formés à la fasciathérapie MDB

Isabelle Bertrand, Cyril Dupuis, Christian Courraud

4



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

.Josée Lachance

22



Apports de la méditation pleine présence sur le vécu du confinement lié à la pandémie COVID 19 auprès de professionnels du soin et de l'accompagnement

Isabelle Bertrand, Anouk Serre, Christian Courraud

43



Programme d'optimisation de l'estime de soi, de la bienveillance et de la réduction de l'anxiété : fondements théoriques et pratiques d'un modèle d'apprentissage de la méditation pleine présence

Danis Bois, Hélène Bourhis

59

Réciprocités

<https://www.cerap.org/revue-reciprocites> - Mail : reciprocites.cerap@gmail.com

Université Fernando Pessoa (UFP), Porto Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive (CERAP) ISSN: 1647-029X

Equipe éditoriale

Directrice de publication : Anne Lieutaud

Comité éditorial : Isabelle Bertrand, Emmanuelle Duprat, Karine Grenier

Chargée de publication : Anouk Serre

Comité de lecture

Diane Léger, psychosociologie, Université du Québec à Rimouski (Canada) - **Margaréte May**, sciences de l'éducation, UNICID à São Paulo, Brésil - **Line Riquel**, Médecin, Université de la Réunion - **Angelos Mouzakiti**, sociologue, Université de Crète - **Vassiliki Tsakiri**, Philosophe, Hellenic Open University - **Brigitte Joinnault**, Arts vivants Université de Nice - **Franck Garnier**, identité professionnelle, ostéopathie, Université de Strasbourg

Endométriose, quelle prise en charge par la fasciathérapie ?

Enquête auprès d'une population de praticiens formés à la fasciathérapie MDB



Isabelle Bertrand,

Dre en sciences sociales, chercheuse au CERAP/UFP, professeure invitée auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa, formatrice à TMG Concept, membre de l'association FasciaFrance



Christian Courraud

Dr en sciences sociales, directeur du CERAP/UFP, professeur invité auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa, formateur à TMG Concept, membre de l'association FasciaFrance



Cyril Dupuis

Fasciathérapeute, somato-psychopédagogue, membre de l'association FasciaFrance

<https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.18763635>

Résumé :

L'endométriose est une pathologie chronique dont les principaux symptômes sont la douleur et l'infertilité. Les recherches récentes sur le fascia apportent un éclairage nouveau sur son rôle dans les mécanismes physiopathologiques du système viscéral et sur l'intérêt de recourir à des techniques telles que la fasciathérapie dans la prise en charge de l'endométriose. Une enquête exploratoire a été menée auprès de praticiens formés à la fasciathérapie MDB pour comprendre comment ils prennent en charge les patientes souffrant d'endométriose par la fasciathérapie et avec quelles formes de satisfaction du point de vue du praticien. Les résultats montrent que ceux qui utilisent la fasciathérapie en sont satisfaits notamment parce qu'ils sentent qu'ils ont un impact sur la douleur de leurs patientes et ont le sentiment de proposer une prise en charge de qualité et plus globale. On observe que ce sentiment d'efficacité est plus grand chez les praticiens qui ont recours de façon exclusive à la fasciathérapie MDB.

Mots clés : thérapie manuelle, fascia, endométriose, enquête de pratique, douleur

Abstract :

Endometriosis is a chronic disorder primarily characterized by pain and infertility. Recent research on fascia has provided new insights into its role in the pathophysiological mechanisms of the visceral system and highlights the relevance of using approaches such as fasciotherapy DBM in the management of endometriosis. An exploratory survey was conducted among practitioners trained in fasciotherapy DBM to investigate how they manage patients with endometriosis using this approach and to examine the types of professional satisfaction they experience from the practitioner's perspective. The findings indicate that practitioners who use fasciotherapy DBM report a high level of satisfaction, particularly because they perceive a positive impact on their patients' pain and feel that they are delivering high-quality, more holistic care. Notably, this perceived sense of effectiveness appears to be stronger among practitioners who rely exclusively on fasciotherapy DBM.

Keywords : manual therapy, fascia, endometriosis, practice survey, pain

Introduction

L'endométriose est une affection qui touche environ 176 millions de femmes dans le monde, indépendamment de leur origine ethnique et sociale (Sorenson & Wallden, 2016). Cette maladie organique présente des symptômes physiques, émotionnels et mentaux. La douleur chronique et l'infertilité (Jia et al., 2012) sont les motifs les plus fréquents qui conduisent les patientes à consulter. Selon les Recommendations From an International Consensus Workshop, la prise en charge doit traiter la personne dans sa globalité et ne pas cibler seulement la plainte physique (Rogers P. A. W. et al., 2009).

L'algologue Delphine Lhuillery cite la fasciathérapie parmi les thérapies complémentaires susceptibles de soulager les douleurs et d'améliorer la qualité de vie des patientes en association avec les traitements médicaux des douleurs de l'endométriose (Lhuillery et al., 2019). Des études montrent que les patientes souffrant de cette pathologie confèrent aux thérapies manuelles une efficacité importante (Fisher et al., 2016 ; Schwartz et al., 2019 ; Theurel, 2020).

Si la fasciathérapie est identifiée pour ses potentialités, aucune référence n'existe sur l'effectivité de son utilisation par les fasciathérapeutes. La présente enquête vise à établir l'état des lieux actuel de la prise

en charge de l'endométriose par la fasciathérapie, quel que soit son type (superficielle ou péritonéale, endométriome ovarien, pelvienne profonde ou sous-péritonéale) (Gourbail, 2017 ; Rolla, 2019 ; Vermeulen et al., 2021). De nature exploratoire, elle constitue une étape préliminaire à une recherche clinique plus poussée sur efficacité de la pratique qui inclura notamment les formes d'intervention et le point de vue des patientes souffrant d'endométriose. ■■

Mise en contexte du rôle du fascia dans l'endométriose.

■ Vision actuelle du fascia ou tissu conjonctif

Bien que distincts, les termes fascia et tissu conjonctif semblent aujourd'hui définir la même entité anatomique. Une définition récente du fascia élaborée conjointement par des chercheurs et des cliniciens fait aujourd'hui consensus. Cette dernière considère que le fascia regroupe l'ensemble des tissus conjonctifs du corps humain, quelles que soient leur organisation, leur structure ou leur fonction. Elle présente la particularité de distinguer le fascia comme entité anatomique (feuillet, gaine qui entoure, sépare les muscles et

les organes) et le système fascial comme entité fonctionnelle (Adstrum et al., 2017). Dans cette perspective, le système fascial, en regroupant l'ensemble des tissus conjonctifs, forme un continuum qui parcourt l'ensemble du corps humain pour en investir les différentes structures. Ce système fascial ne se limite donc pas au seul rôle de jonction et de recouvrement des muscles et des organes, mais contribue activement au bon fonctionnement des différents systèmes corporels et à leur interaction. L'existence de dysfonctions du système fascial susceptibles d'altérer les systèmes musculosquelettique, viscéral, nerveux ou encore cardio-respiratoire et uro-gynécologique est aujourd'hui régulièrement évoqué (Bordoni & Zanier, 2014 ; Courraud, 2019 ; Dupuis, 2023).

■ Implication potentielle du fascia dans l'endométriose

Bien qu'il existe à ce jour peu de travaux sur les liens entre fascia et endométriose, des recherches ont mis en évidence le rôle du système fascial et son implication dans l'organisation architecturale et fonctionnelle du système viscéral (Bordoni et al., 2019). Certains de ces rôles méritent d'être soulignés en raison de leur possible implication dans les manifestations cliniques de l'endométriose telle que

la douleur. Le fascia assure le mouvement et la mobilité des structures viscérales en raison de leur capacité à glisser et à se déformer. Leur inflammation risque de provoquer des adhérences fasciales (Hedley, 2010) et une fibrose tissulaire (Langevin et al., 2013) avec pour conséquence des restrictions de la mobilité viscérale et l'apparition de douleurs et de troubles de la fonction viscérale.



Image générée par IA (fév. 2026)

De plus leur riche innervation nociceptive peut provoquer des douleurs de type viscérale ou myofasciale (Schilder et al., 2014 ; Stecco et al., 2013) et leur contribution à la sensibilité intéroceptive conduire à des troubles émotionnels et de la conscience de soi (Bordoni & Marelli, 2017). Ces données suggèrent que les fascias qui enveloppent et pénètrent les viscères pelviens et abdominaux pourraient être touchés par l'inflammation et impliqués dans la fibrose caractéristiques de l'endométriose (Vigano et al., 2018). On comprend dès lors pourquoi le traitement des fascias peut

présenter un intérêt dans la prise en charge de cette maladie chronique.

■ La fasciathérapie Méthode Danis Bois (MDB)

La Fasciathérapie MDB est une thérapie manuelle qui, comme de nombreuses autres approches (ostéopathie, fasciathérapie, manipulation fasciale, myofascial release, rolfing, etc...), s'adresse aux dysfonctions du système fascial (adhérences, tensions, densifications, crispations) pour traiter divers troubles fonctionnels et douloureux (Chaitow, 2012 ; Courraud, 2019). Elle s'appuie surtout sur la dimension relationnelle du toucher pour rétablir un meilleur dialogue entre le corps et l'esprit, améliorer la qualité de la relation thérapeutique et permettre au patient de développer une meilleure perception de son corps (Bois, 2006 ; Courraud, 2009, 2019). Des études menées sur la fasciathérapie ont ainsi mis en évidence son intérêt dans la prise en charge de la douleur physique et de la souffrance psychique (Courraud et al., 2016, 2021) ou de syndromes complexes associant des composantes psychiques et psychosociales telles que la lombalgie (Dupuis et al., 2019) ou la fibromyalgie (Dupuis, 2016). D'autre part, elle a également montré un intérêt dans la diminution de l'anxiété (Payrau et al., 2017) qui joue également un rôle majeur dans le vécu de la douleur.

Dans ce contexte, il paraît intéressant d'étudier l'intérêt de recourir à cette approche dans la prise en charge d'autres pathologies complexes telle que l'endométriose dont les impacts sur la qualité de vie nécessitent le recours à des approches ne se limitant pas à la problématique physique (Bourdel et al., 2020 ; Rogers et al., 2009). Nous avons ainsi choisi d'interroger des praticiens formés à la fasciathérapie¹ pour savoir s'ils utilisent cette approche pour prendre en charge des patientes souffrant d'endométriose et s'ils estiment qu'elle présente un intérêt clinique. ■■

Hypothèses

Les principaux symptômes de l'endométriose (douleur et altération de la qualité de vie) sont des domaines dans lesquels la fasciathérapie est perçue comme efficace et les modalités d'application de la fasciathérapie (toucher de relation, approche somato-psychique) semblent en phase avec les recommandations thérapeutiques (approche globale) et les attentes des patientes (thérapie manuelle). Dans la perspective d'une étude clinique ultérieure sur la prise en charge de l'endométriose

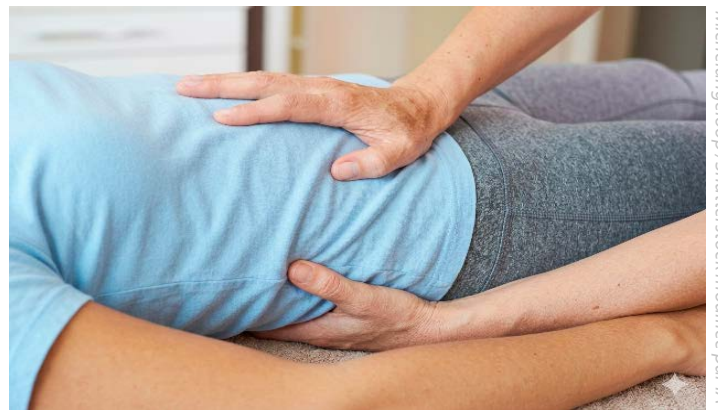
¹ Elle n'est toutefois pas reconnue comme un « titre » ou une « qualification » par les instances officielles de la kinésithérapie (CNOMK, 2012)

par la fasciathérapie, la présente étude intervient comme étape visant à cerner la place et les modalités de prise en charge de patientes souffrant d'endométriose dans l'activité des praticiens formés à la fasciathérapie. Il s'agit donc d'une enquête conduite auprès de tous les fasciathérapeutes formés à la fasciathérapie MDB, interrogeant les problématiques particulières qu'ils rencontrent dans la prise en charge de cette pathologie et les bénéfices qu'ils tirent du recours à la fasciathérapie. Les résultats de l'enquête permettront de repérer la façon dont ces praticiens appréhendent cette pathologie, et comment la fasciathérapie améliore ou non leur sentiment d'efficacité dans la prise en charge qu'ils proposent aux patientes qui les sollicitent. ■■

Présentation de l'enquête et méthodologie de recherche

Pour conduire cette étude, nous avons choisi d'interroger les praticiens par voie d'enquête de pratique, en nous appuyant sur la technique de l'enquête par questionnaire. C'est en effet une méthode d'exploration qui est bien adaptée aux contextes et situations sociales et professionnelles peu étudiés (Fenneteau, 2015 ; Parizot, 2012). Pour les

besoins de l'exploration, l'enquête a été conduite auprès de tous les praticiens en santé formés à la fasciathérapie MDB, répertoriés par l'association FasciaFrance², en prenant appui sur une vaste enquête de pratique conduite en 2013 auprès de cette population (Courraud, 2015 ; Courraud et al., 2016).



Michelangeloop / Shutterstock modifiée par IA

■ Construction et administration du questionnaire

Le questionnaire spécialement conçu pour les besoins de la présente étude combine des questions semi-quantitatives sur la pratique et des questions qualitatives ouvertes sur la perception qu'ont les praticiens des apports de la fasciathérapie à leur geste de soignant. Il est constitué de 20 questions organisées en 5 thématiques (profil des patientes, modalités d'application de la fasciathérapie, satisfactions des praticiens, impacts

² FasciaFrance est une association qui regroupe tous les professionnels de la santé conventionnelle et non conventionnelle formés à la fasciathérapie MDB (site : www.fasciafrance.fr)

Connaissance que les praticiens ont des patientes et de leur pathologie	Diagnostic d'endométriose, traitement médical, traitement chirurgical, procréation médicalement assistée (PMA), interventions non médicamenteuse (INM) autre que fasciathérapie.
	Attentes des patientes, motifs de consultation en fasciathérapie
Modalités d'application de la fasciathérapie	Exclusive ou non, nombre et fréquence des séances de fasciathérapie, type de techniques appliquées
Satisfaction des praticiens	Motifs d'application et apports de la fasciathérapie à la prise en charge de l'endométriose
Impacts sur le traitement médical	Type de traitement médical modifié
Profil des répondants	Nombre d'années d'exercice de la fasciathérapie, âge, profession revendiquée, sexe

Tableau 1 : Organisation thématique des 20 questions du questionnaire.

sur le traitement médical, profil des répondants, voir Tableau 1).

Les questions fermées appellent soit des réponses binaires (Oui / Non) ou quantitatives, comme par exemple le nombre d'années de pratique ou les motifs de consultation exprimés par les patientes. Elles peuvent aussi appeler une réponse auto-évaluative à l'aide d'une échelle de Likert en 4 niveaux (par exemple en termes de récurrence : jamais, parfois, souvent, toujours). Il s'agit par exemple de la connaissance que les praticiens ont du parcours médical de leurs patientes concernant leur endométriose (diagnostic posé, traitement médical ou chirurgical et ou thérapies complémentaires non médicamenteuses, et la demande spécifique de fasciathérapie ainsi que le motif de consultation). Les questions ouvertes interrogent la réflexion des praticiens mais aussi les motifs de leur satisfaction ou de leur insatisfaction.

Le questionnaire a été construit et administré sous Limesurvey. Il a été diffusé en ligne par mailing personnalisé en octobre 2019. Une relance a été faite en novembre 2019, qui fut l'occasion d'interroger les motifs de non-réponse au questionnaire (Tableau 2).

■ Modalités de recrutement des praticiens

Le questionnaire a été adressé à 367 professionnels de santé dument formés à la fasciathérapie MDB tels que répertoriés par l'association FasciaFrance. Le choix de cette population nous garantissait un groupe homogène de praticiens partageant la même pratique et présentant des conditions a priori similaires d'exercice et de formation.

Un e-mail d'invitation à participer au questionnaire a été adressé à chaque personne, l'informant du thème de l'enquête, du contexte de la

Question : « Je n'ai pas rempli le questionnaire pour la raison suivante » : (une seule réponse possible)
Je ne reçois pas de patientes souffrant d'endométriose car cela ne correspond pas à l'orientation de ma pratique de la fasciathérapie
Je n'ai jamais reçu de patientes souffrant d'endométriose mais je me sens capable d'appliquer la fasciathérapie auprès de ces personnes
Je reçois des patientes souffrant d'endométriose mais je n'utilise pas la fasciathérapie pour les accompagner
Je reçois des patientes souffrant d'endométriose auprès desquelles j'applique la fasciathérapie mais je considère que je n'ai pas suffisamment d'expérience pour répondre au questionnaire
Je ne souhaite pas répondre à ce genre d'enquête

Tableau 2 : Listes des motifs de non-réponse au questionnaire.

recherche et de l'identité de ses auteurs. Lors de la connexion au questionnaire, les répondants devaient valider une mention stipulant qu'ils se sentaient suffisamment informés, qu'ils savaient que leur anonymat était garanti et qu'ils autorisaient l'utilisation de leurs réponses à des fins de publication. Il n'a pas été nécessaire de soumettre cette étude à une commission d'éthique dans la mesure où cette recherche ne relève pas de la législation relative à la recherche impliquant la personne humaine (loi n°2012-300, dite loi Jardé).

(attentes des patientes, techniques de fasciathérapie, motifs de satisfaction/insatisfaction des praticiens, apports de la fasciathérapie, modification des traitements médicaux) ont été catégorisées à dire d'expert par itérations de regroupement thématique des voisinages sémantiques (ex : antalgie et douleur sont regroupés mais restent distincts de bien-être). Les réponses sont alors analysées comme des réponses à choix multiples à l'aide du logiciel Modalisa7. ■■

■ Préparation et analyse des données

Les données quantitatives et semi-quantitatives sont exploitées par statistiques descriptives (effectifs, pourcentages, modes, médianes et fréquences cumulées), à l'aide des logiciels Excel 2019 et Modalisa7. Les données textuelles en réponse aux questions ouvertes

Résultats et analyse des réponses des praticiens

Sur les 367 personnes contactées, 115 personnes ont répondu : 53 personnes ont complété les motifs de leur non-participation et 62 personnes ont répondu à l'ensemble du questionnaire.

■ Motifs de non-réponse au questionnaire

La plus grande partie (41%) des 53 praticiens ayant renseigné les motifs de leur non-participation indiquent qu'ils se sentent capables de traiter les personnes souffrant d'endométriose mais qu'ils ne reçoivent pas ce type de patientes. Et 26% indiquent recevoir ce type de patientes et appliquer la fasciathérapie mais se considèrent trop inexpérimentés pour répondre au questionnaire. Aucun des 53 répondants n'a indiqué ne pas utiliser la fasciathérapie dans sa prise en charge de l'endométriose.

■ Profil des participants ayant complété l'ensemble des questions

La population de répondants est majoritairement féminine (73%). Le pourcentage est

légèrement supérieur à la distribution qui fait actuellement référence dans nos études et qui se situe autour de 60% de femmes (Courraud, 2015). La moyenne d'âge est de 43 ans avec une moyenne de 3 années d'expérience de la fasciathérapie. Le groupe est composé en très large majorité de kinésithérapeutes (82%) mais aussi d'un médecin, d'une infirmière d'une somato-psychopédagogue et de 5 ostéopathes.

■ Connaissance du contexte médical des patientes

Nous avons interrogé la connaissance qu'ont les praticiens du contexte et du suivi médical des patientes qui viennent les consulter (existence d'un diagnostic, d'un traitement médical, d'une chirurgie, procréation médicalement assistée, traitements complémentaires et motifs de consultation de

Les patientes que vous suivez :	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours	Non réponse	Total
avaient-elles reçu un diagnostic d'endométriose ?	0	21 33,9%	19 30,6%	22 35,5%	0	62 100%
suivaient-elles un traitement médical pour l'endométriose ?	7 11,3%	24 38,7%	15 24,2%	11 17,7%	5 8,1%	62 100%
avaient-elles subi un traitement chirurgical pour l'endométriose ?	22 35,5%	34 54,8%	2 3,2%	3 4,8%	1 1,6%	62 100%
suivaient-elles un traitement médical dans le cadre d'une Procréation Médicalement Assistée ?	28 42,2%	23 37,1%	4 6,5%	2 3,2%	5 8,1%	62 100%
suivaient-elles d'autres traitements non-médicamenteux ? (hypnose, ostéopathie, naturopathie, acupuncture, etc.)	6 9,7%	35 56,5%	13 21%	4 6,4%	4 6,5%	62 100%

Le tableau 3 rapporte les réponses des praticiens (en nombre et en pourcentage) à ces 5 questions.

fasciathérapie) en questionnant la récurrence l'information ("jamais", "parfois", "souvent", "toujours"). Les résultats sont présentés au tableau 3.

La majorité des participants indique que le diagnostic d'endométriose des patientes qui viennent les consulter est généralement posé : 35% disent qu'il l'est « toujours » 30% qu'il l'est « souvent ». Notons que 34% des praticiens disent que ce diagnostic préalable n'est que « parfois » posé et qu'aucun ne mentionne « jamais », nous en déduisons que la question est toujours posée par le praticien au moment de la prise en charge et qu'il arrive que le diagnostic n'ait pas été posé. Dès lors on comprend que pour 11% des praticiens, il n'y ait pas de traitement médical en place au moment de la prise en charge. Un tel traitement existe « parfois » pour 39% des praticiens, et souvent ou toujours pour 42% d'entre eux.

L'existence d'une chirurgie antérieure à la première consultation est rare (8% des praticiens indiquent que leurs patientes ont « toujours » ou « souvent » eu une chirurgie avant de venir les consulter, et 35% disent qu'ils n'en ont jamais eu). De même pour les programmes de Procréation Médicalement Assistée (PMA), qui semblent rares, puisque 45% des praticiens n'ont jamais eu de patientes qui venaient avec ce type de contexte médical et 37% indiquent « parfois ».

Enfin, 27% des praticiens indiquent que leurs patientes suivent souvent (21%) ou toujours (6.5%) d'autres approches non médicamenteuses telles que l'ostéopathie, l'hypnose ou l'acupuncture. La majorité indique que c'est rare (56%) ou que ça ne leur est jamais arrivé (10%).

■ Motifs de consultation et attentes rapportés par les praticiens

Parmi les 62 praticiens, 19 (31%) rapportent que les patientes venant pour une problématique d'endométriose demandent « toujours » une prise en charge par la fasciathérapie, et 14 (23%) que c'est « souvent ». Une bonne moitié des praticiens est sollicitée assez directement sur une problématique d'endométriose.

Parmi les questions ouvertes sur la connaissance qu'ont les praticiens des motifs de consultation et des attentes plus précises de leurs patientes vis-à-vis de la fasciathérapie : la gestion de la douleur est presque toujours mentionnée (89% des praticiens l'évoquent).

C'est également la principale attente vis-à-vis de la fasciathérapie parmi les attentes des patientes rapportées par les praticiens (57%, voir tableau 4 ci-dessous). La recherche de bien-être et de détente

intervient en second, très loin derrière (à peine 15% des attentes citées) tout comme la fertilité (8,3%).

	Réponses	Fréquence
Bien-être-Détente	14	14,6 %
Fertilité	8	8,3 %
Diminution douleur	55	57,3 %
Vie sociale	4	4,2 %
Soutien psychologique	4	4,2 %
Mobilité-Fonction	6	6,3 %
Retour au corps	3	3,1 %
Pas d'attente	2	2,1 %
Non réponse	2	
Total/ réponses des 62 praticiens	96	100,0 %

Tableau 4 : attentes des patientes vis-à-vis de la fasciathérapie rapportées par les praticiens (60 répondants).

Enfin, près de 50% des motifs de consultation rapportés par les praticiens concerne directement des problématiques de douleur, que ce soit de la sphère viscérale abdominale, de la sphère pelvi-périnéale ou lombaire (voir tableau 5 ci-dessous). A cela s'ajoute les 17% de motifs portant directement sur la maladie endométriale, qui est une pathologie douloureuse. Fatigue, dépression et infécondité semblent apparaître un peu moins fréquemment, peut-être secondairement ? Il faudrait pour cela consulter les patientes directement, dans une étude complémentaire à prévoir.

■ Prise en charge et application de la fasciathérapie, satisfaction des praticiens

Trois grandes typologies de praticiens apparaissent : ceux qui utilisent la fasciathérapie sans autres techniques (53% des praticiens), ceux qui l'associent systématiquement à d'autres approches (19%) et ceux qui varient leur prise en charge en utilisant la fasciathérapie de façon soit exclusive, soit en association avec d'autres techniques (23%). S'ils consacrent en moyenne 9 séances de fasciathérapie, ce chiffre est en réalité très variable ($\sigma = 6$) selon les praticiens qui semblent se répartir ici aussi en trois groupes : ceux qui accompagnent leurs patientes sur 3 à 6 séances (20 praticiens), ceux qui font une dizaine de séances (20 praticiens), et ceux qui font

	Réponses	Fréquence
Endométriose	41	17,00%
Douleurs viscérales abdominales	43	17,80%
Lombalgie rachialgie	39	16,20%
Douleur pelvi-périnéale	37	15,40%
Anxiété-dépression	21	8,70%
Infécondité	19	7,90%
Fatigue	19	7,90%
Demande de bien-être	11	4,60%
Maux de tête	8	3,30%
Autre	3	1,20%
Total/ réponses des 62 praticiens	241	100,0 %

Tableau 5 : motifs de consultation des patientes, rapportés par les praticiens (62 répondants).

15 séances et plus (9 praticiens). La fréquence des séances est majoritairement de deux fois par mois (42% des praticiens), mais aussi hebdomadaire (24%) ou mensuelle (27%).

Sur l'ensemble de ces trois critères, une analyse factorielle des correspondances (50% d'explication de la variance sur les deux premiers facteurs) avec calcul des centres mobiles a été conduite pour apprécier l'existence de liens permettant d'identifier une typologie de pratique :

- Deux praticiens pratiquant exclusivement la fasciathérapie se distinguent fortement de leurs collègues car ils proposent des séances à une fréquence de 1 fois tous les 2 à 3 mois (ce sont les seuls des 62 répondants), pour un total de 1 à 6 séances max.
- Les autres qui pratiquent la fasciathérapie exclusivement proposent un accompagnement plus long (8 à 12 séances) à une fréquence plutôt bimensuelle ou mensuelle.
- Les praticiens qui associent d'autres techniques à la fasciathérapie proposent un accompagnement très long (15 séances ou plus) à une fréquence plutôt hebdomadaire.
- Les praticiens qui pratiquent parfois de façon exclusive et parfois non, revendiquent des prises en charge plutôt plus courtes (1 à 6 séances) avec une fréquence variable.

Concernant les techniques de fasciathérapie mobilisées dans l'approche de l'endométriose (question ouverte recodée), 50 participants ont répondu et parmi eux 23 ont indiqué employer la fasciathérapie, sans préciser le type de technique utilisée, même s'ils complètent parfois en mentionnant la gymnastique sensorielle ou la pulsologie. Les autres (27 personnes) décrivent globalement utiliser plusieurs autres techniques qui sont le plus souvent associées : les mentions les plus courantes sont les traitements à visée musculo-squelettique (41% des réponses) ciblés sur la région pelvienne et la région lombo-abdominale, les traitements viscéraux sont aussi fréquemment cités (22.5%) et s'adressent aux organes pelviens mais également aux viscères abdominaux, voire thoraciques. Viennent ensuite les traitements crâniens (14%) et les traitements à visée circulatoire (4%). Deux personnes déclarent compléter leur traitement manuel par des exercices de gymnastique sensorielle, pour développer une plus grande perception du corps et du mouvement.

Une nouvelle analyse factorielle des correspondances couplant ces réponses aux précédentes et à la satisfaction exprimée vis-à-vis de la fasciathérapie (40% d'explication sur les deux premiers facteurs) permet d'observer que :

- Les praticiens qui associent la fasciathérapie à d'autres techniques de soin pratiquent surtout la kinésithérapie, des approches du rachis lombaire et d'autres soins non manuels. Ils ne se revendiquent ni satisfaits ni insatisfaits des apports de la fasciathérapie sur leurs résultats.
- Parmi les autres praticiens (mis à part les 2 fasciathérapeutes mentionnés plus haut), lorsqu'ils utilisent des approches de type fasciathérapie, méditation, gymnastique sensorielle ou relaxation, ils se revendiquent « satisfaits » et « plutôt satisfaits » de leurs résultats. Lorsqu'ils utilisent des approches de type bassin, crânien, viscéral ou du rachis global ou lombaire, ils seraient plutôt un peu moins satisfaits que les précédents.

■ **Motifs de satisfaction ou d'insatisfaction concernant la prise en charge de l'endométriose par la fasciathérapie**

Sur les 60 participants ayant répondu aux questions relatives à leur satisfaction, la plus grande partie est "plutôt satisfaite" voire "satisfaite" (73%) de leur pratique de la fasciathérapie. Les motifs de satisfaction sont essentiellement liés à leur efficacité sur la douleur (43% des motifs cités) et sur le bien-être des patientes et l'amélioration des sensations corporelles (28% des motifs cités). Il est intéressant de

noter que 11% des motifs de satisfaction concernent leur manière relationnelle de prendre en charge leurs patientes, puisqu'ils invoquent la notion d'écoute et d'accompagnement.

Neuf personnes ont complété les motifs d'insatisfaction. Elles invoquent surtout (8 réponses) le sentiment de ne pas voir d'amélioration immédiate ou durable sur la maladie ou de ne pas guérir les patientes. Une personne rapporte un manque d'effet sur la douleur.

	Réponses	Fréquence
Approche globale	15	16,50%
Action antalgique	11	12,10%
Douceur toucher	9	9,90%
Présence-Écoute-Attention	9	9,90%
Possibilité PEC endométriose	9	9,90%
Action bien-être	7	7,70%
Techniques spécifiques	6	6,60%
Précision toucher	5	5,50%
Connaissance endométriose	5	5,50%
Sensations corporelles positives	4	4,40%
Profondeur toucher	3	3,30%
Efficacité plus rapide	2	2,20%
Action fertilité	1	1,10%
Investissement	1	1,10%
Confiance	1	1,10%
Lenteur toucher	1	1,10%
Résultats + satisfaisants	1	1,10%
Toucher	1	1,10%
Non réponse	13	
Total/ réponses de 62 praticiens	91	100,0 %

Tableau 6 : Apports de la fasciathérapie à la prise en charge de l'endométriose (49 répondants).

Une question ouverte complémentaire demandait aux praticiens d'indiquer les apports de la fasciathérapie à leur prise en charge habituelle (tableau 6 ci-dessous). 49 personnes ont répondu à cette question et selon 15 d'entre elles, l'apport principal est une prise en charge plus globale. Viennent ensuite l'action antalgique (11 le mentionnent) et la douceur du toucher (souligné par 9 personnes), de même que la qualité d'écoute de présence et d'attention (souligné par 9 personnes également).

■ Modification des traitements médicamenteux

Pour terminer cette enquête, nous avons demandé aux enquêtés s'ils avaient eu connaissance de changements dans les traitements médicamenteux des patientes qu'ils suivaient (réponse seulement si connaissance). Bien que nous ayons peu de réponses (n=29, pour 22 répondants), seulement 7 praticiens indiquent n'avoir vu aucun changement médicamenteux, tandis que les autres notent que oui « parfois » (15 praticiens) et « souvent » (8 praticiens) les traitements changent, majoritairement vers une diminution de la consommation d'antalgiques (sur les 29 modifications rapportées, 21 concernent la baisse d'antalgiques, voir tableau 7 ci-dessous). ■■

	Réponses	Fréquence
Baisse Antalgiques	21	72,4 %
Baisse Anti-dépresseurs	3	10,3 %
Baisse Anxiolytiques	1	3,4 %
Modifications traitement hormonal	2	6,9 %
Recul intervention chirurgicale	1	3,4 %
Modifications alimentaires	1	3,4 %
Non réponse	40	
Total/ réponses des 62 praticiens	29	100,0 %

Tableau 7 : Quelles modifications médicamenteuses avez-vous notées (22 répondants).

Discussion

Cette enquête avait pour premier objectif d'identifier si les praticiens formés en fasciathérapie appliquaient cette approche auprès de patientes souffrant d'endométriose. En effet, la fasciathérapie est utilisée dans de nombreuses situations cliniques pour son action antalgique (Courraud, 2021) mais son intérêt dans l'endométriose n'est pas connu.

Les résultats de cette enquête nous permettent d'abord de constater que seule une petite partie de la population enquêtée (115 sur 367 soit 31,3%) utilise la fasciathérapie dans leur prise en charge de l'endométriose ou prennent en charge des personnes souffrant d'endométriose. Ces praticiens sont pour la quasi-totalité (82%) des masseurs-kinésithérapeute et en grande majorité des femmes (73%). Le recours à la fasciathérapie

s'inscrit dans le cadre d'une pratique habituelle de la kinésithérapie, qui, s'inscrit dans les principes des Interventions Non Médicamenteuses³ (INM) auxquelles les patientes ont recours pour la gestion de la douleur et la diminution de la consommation d'antalgique (Mercier des Rochettes, 2024) même si les bénéfices de celle-ci restent encore à démontrer (Marcélis et Clémence, 2020). Nous ne savons pas si les personnes qui ont répondu sont spécialisées dans le champ de la kinésithérapie pelvi-périnéale qui est sans doute le plus sensibilisé au traitement de l'endométriose.

Le recours à la fasciathérapie est très largement perçu comme plutôt voire satisfaisant par la grande majorité de cette population (73% principalement pour son action antalgique (43% des motifs de satisfaction). Ce constat rejoint le résultat d'études qui montrent que les patientes font particulièrement appel aux thérapies manuelles pour leur efficacité sur la douleur (Fisher et al., 2016 ; Schwartz et al., 2019 ; Theurel, 2020). Au regard des connaissances actuelles sur les fascias, l'effet antalgique peut s'expliquer par l'action sur le système fascial source potentielle de douleur, de souffrance et de fibrose. Mais elle doit également être envisagée par la dimension relationnelle du

toucher de la fasciathérapie qui s'inscrit dans une perspective « émotionnelle » ou « affective » du toucher dont l'impact sur la modulation des circuits neurologiques périphériques et centraux de la douleur est fondamental (Bizzarri & Foglia, 2020 ; Geri et al., 2019). La diminution de la prise antalgique observée pourrait confirmer l'apport de la fasciathérapie comme INM sur la prise en charge du symptôme majeur de l'endométriose qu'est la douleur. Toutefois le peu de réponses des participants ne permet pas d'aller plus loin dans l'analyse de cette question.

Concernant les modalités d'application de la fasciathérapie dans le suivi des patientes, on observe qu'elle est le plus souvent appliquée en complément des traitements médicaux et après que le diagnostic d'endométriose ait été posé. Peu de patientes ont eu recours à la chirurgie et peu d'entre elles sont engagées dans une procréation médicalement assistée (PMA). Cette enquête permet de supposer que la fasciathérapie pourrait s'inscrire dans le parcours médical classique de ces patientes qui font appel quasi systématiquement à des INM pour soulager leurs douleurs. Nos résultats vont dans ce sens puisque les attentes des patientes (89% des cas) et les motifs de consultation (50% des cas) sont quasi exclusivement un soulagement des différentes douleurs liées à l'endométriose (pelviennes,

³ Intervention Non Médicamenteuse (définition de la NPIS, 2023) : « Protocole de prévention santé ou de soin efficace, personnalisé, non invasif, référencé et encadré par un professionnel qualifié. »

abdominales ou encore lombaires) même si la recherche de bien-être, de réduction de l'anxiété ou de la fatigue, facteurs qui influencent le vécu douloureux, font aussi partie des demandes fréquentes des patientes. La fasciathérapie semble déjà faire partie du parcours de soin de certaines patientes souffrant d'endométriose puisque la moitié des praticiens indiquent que les patientes les consultent pour recevoir spécifiquement ce type de soin (toujours pour 31% et souvent pour 23%) et qu'une grande partie d'entre elles a peu recours à d'autres INM (50% rarement et 10% jamais). Il serait pertinent de mener une enquête plus approfondie pour comprendre pourquoi les patientes se tournent vers la fasciathérapie afin d'identifier les apports spécifiques de la fasciathérapie dans le parcours de soin pluridisciplinaire de ces personnes.



Cette étude permet enfin de donner des pistes pour construire un cadre référentiel et méthodologique d'application de la fasciathérapie dans l'accompagnement pluridisciplinaire des patientes souffrant d'endométriose. Les éléments recueillis dans cette enquête rendent compte d'une diversité de la fréquence et du nombre de séances de

fasciathérapie réalisées en fonction de son association à d'autres techniques utilisées : les praticiens qui pratiquent exclusivement la fasciathérapie réalisent moins de séances sur un temps plus court (8 à 12 séances de façon hebdomadaire) et sont globalement plus satisfaits des résultats obtenus que ceux qui l'associent à d'autres techniques ; et lorsque la fasciathérapie est utilisée de façon plutôt globale et associée à la méditation et à la gymnastique sensorielle elle semble donner des résultats plus satisfaisants que lorsqu'elle est appliquée de façon plus locale et analytique (bassin, viscéral, etc...). Ces résultats mériteraient d'être approfondis pour mieux définir des recommandations de pratique de la fasciathérapie (posologie et protocole) et mieux comprendre comment elle peut s'intégrer à d'autres INM en particulier la masso-kinésithérapie.

Ces résultats prometteurs sont limités par la portée d'une enquête qui n'interrogeait que les praticiens, et sans caractère obligatoire des réponses. Ils sont très instructifs, puisqu'ils révèlent l'existence d'une part non négligeable de praticiens qui se sentent insuffisamment expérimentés dans le domaine de l'endométriose (presque 50% des 115 personnes ayant répondu). Mais l'interprétation de certaines réponses reste limitée, comme l'évolution de la prise des médicaments, car elle procède d'une

information fortuite ou occasionnelle. D'autre part, le questionnaire n'interrogeait pas le type d'endométriose pris en charge, le nombre de patientes traitées, la durée des séances de fasciathérapie, ni sa combinaison avec d'autres techniques ou le mode d'exercice de la fasciathérapie. Il s'agissait de collecter des informations générales permettant d'identifier si l'endométriose était prise en charge par des praticiens en fasciathérapie, et de façon satisfaisante ou non. En ce sens, l'objectif est atteint. Une enquête de satisfaction, donnant par exemple la parole à des groupes de patientes par l'intermédiaire de questionnaires ou d'entretiens, serait intéressante pour compléter ce premier tableau, avant de réaliser une étude clinique à plus grande échelle. ■■

Conclusion

L'endométriose est une maladie complexe dont la douleur et l'altération de la qualité de vie sont les principaux motifs de consultation et de plainte des patientes. Les thérapies manuelles, comme l'ensemble des autres INM, ont une place essentielle dans la prise en charge multidimensionnelle de cette pathologie et devraient être proposées à toutes les patientes pour leurs bienfaits sur la gestion de la douleur (Rochettes,

2024). La fasciathérapie fait partie des thérapies manuelles qui ont fait l'objet d'études ayant montré l'intérêt des masseurs-kinésithérapeutes dans la prise en charge la douleur (Courraud et al, 2021) et sa pertinence clinique dans la réduction de l'anxiété (Payrau et al, 2017) ou l'accompagnement de la fibromyalgie (Dupuis, 2016).

Les résultats issus de cette enquête conduite auprès d'une population de praticiens formés à la fasciathérapie dont la quasi-totalité sont des masseurs-kinésithérapeutes, donc susceptibles d'être en situation d'accompagner des patientes souffrant d'endométriose, montrent qu'ils ont recours à cette thérapie manuelle et qu'ils sont plutôt satisfaits des résultats obtenus principalement sur la douleur notamment quand ils l'exercent de façon exclusive plutôt que combinée à d'autres techniques et de façon globale plutôt qu'analytique.

Des études complémentaires conduites auprès de patientes suivies en fasciathérapie permettraient sans doute de vérifier et de confirmer cette efficacité perçue par les praticiens. Enfin des études cliniques devraient être conduites pour démontrer la preuve de l'efficacité de la fasciathérapie en la comparant à d'autres INM qu'elles soient physiques telles que la kinésithérapie ou l'ostéopathie ou psychologiques comme l'hypnose ou la relaxation. ■■

Bibliographie

- Adstrum, S., Hedley, G., Schleip, R., Stecco, C., & Yucesoy, C. A. (2017). Defining the fascial system. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 21(1), 173-177. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.11.003>
- Bizzarri, P., & Foglia, A. (2020). Manual Therapy : Art or Science? *Physical Therapy Effectiveness*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.90730>
- Bois, D. (2006). *Le Moi renouvelé : Introduction à la somato-psychopédagogie*. Point d'appui.
- Bordoni, B., & Marelli, F. (2017). Emotions in Motion : Myofascial Interoception. *Complementary Medicine Research*, 24(2), 110-113. <https://doi.org/10.1159/000464149>
- Bordoni, B., Simonelli, M., & Morabito, B. (2019). The Other Side of the Fascia : The Smooth Muscle Part 1. *Cureus*, 11(5). <https://doi.org/10.7759/cureus.4651>
- Bordoni, B., & Zanier, E. (2014). Clinical and symptomatological reflections : The fascial system. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 7, 401-411. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S68308>
- Bourdel, N., Comptour, A., Chauvet, P., & Canis, M. (2020). Douleurs et endométriose. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 21(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2019.11.001>
- Chaitow, L. (2012). The role of fascia in manipulative treatment of soft tissues. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 16(3), 398-399.
- CNOMK. (2012). *Déontologie—Avis du Conseil Nationale de l'Ordre, du 22 Juin 2012 Relatif à la «Fasciathérapie»* (AVIS - CNO N°s 2012-03; p. 2). CNOMK. <https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2014/12/AVIS-CNO-n2012-03.pdf>
- Courraud, C. (2009). L'entretien tissulaire : Une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. *Sujet Sensible et renouvellement du moi*, 193-220.
- Courraud, C. (2015). *Fasciathérapie et identité professionnelle. Étude des reconfigurations identitaires d'une population de kinésithérapeutes pratiquant la fasciathérapie*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.36208.17928>
- Courraud, C. (2019). Du fascia au système fascial : Contributions et enjeux pour la thérapie manuelle. *Revue Mains Libres*, (n°1), 31-38.
- Courraud, C., Lieutaud, A., Bertrand, I., Dupuis, C., & Bois, D. (2021). Practitioner utilisation and perceptions of the clinical utility of DBM Fasciatherapy to pain management : A survey of French Physiotherapists. *Advances in Integrative Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.aimed.2021.03.004>
- Courraud, C., Lieutaud, A., & Bois, D. (2016). *Apports de la pratique de la fasciathérapie à l'exercice de la physiothérapie : Le point de vue des praticiens*. 3, 49-58.
- Dupuis, C. (2016). Combinaison d'approches quantitatives et qualitatives pour l'évaluation des effets de la fasciathérapie méthode Danis Bois sur la douleur de patients fibromyalgiques. *Recherches Qualitatives, Hors-Série*(20), 515-530.
- Dupuis, C., Bertrand, I., & Courraud, C. (2019). *Practice of DBM Fasciatherapy for Low Back Pain*.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête et questionnaire—3e édition*. Dunod.
- Fisher, C., Adams, J., Hickman, L., & Sibbritt, D. (2016). The use of complementary and alternative medicine by 7427 Australian women with cyclic perimenstrual pain and discomfort : A cross-sectional study. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1119-8>
- Geri, T., Viceconti, A., Minacci, M., Testa, M., & Rossettini, G. (2019). Manual therapy : Exploiting the role of human touch. *Musculoskeletal Science & Practice*, 44, 102044. <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.07.008>
- Gourbaill, L. (2017). *Haute Autorité de santé*. 399.
- Jia, S., Leng, J., Shi, J., Sun, P., & Lang, J. (2012). Health-related quality of life in women with endometriosis : A systematic review. *Journal of Ovarian Research*, 5(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1757-2215-5-29>
- Langevin, H. M., Nedergaard, M., & Howe, A. K. (2013). Cellular control of connective tissue matrix tension. *Journal of Cellular Biochemistry*, 114(8), 1714-1719. <https://doi.org/10.1002/jcb.24521>
- Lhuillery D, Petit E, Sauvanet E, D., PETIT, E., & SAUVANET, E. (2019). *Tout sur l'endométriose : Soulager la douleur, soigner la maladie*. Odile Jacob.

- Parizot, I. (2012). 5 – *L'enquête par questionnaire*. Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/l-enquete-sociologique--9782130608738-page-93.htm>
- Payrau, B., Quere, N., Breton, E., & Payrau, C. (2017). Fasciathérapie and Reflexology compared to Hypnosis and Music Therapy in Daily Stress Management. *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork*, 10(3), 4-13.
- Rogers, P. A. W., D'Hooghe, T. M., Fazleabas, A., Gargett, C. E., Giudice, L. C., Montgomery, G. W., Rombauts, L., Salamonsen, L. A., & Zondervan, K. T. (2009). Priorities for Endometriosis Research : Recommendations From an International Consensus Workshop. *Reproductive Sciences*, 16(4), 335-346. <https://doi.org/10.1177/1933719108330568>
- Rolla, E. (2019). Endometriosis : Advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Research*, 8, F1000 Faculty Rev-529. <https://doi.org/10.12688/f1000research.14817.1>
- Schilder, A., Hoheisel, U., Magerl, W., Benrath, J., Klein, T., & Treede, R.-D. (2014). Sensory findings after stimulation of the thoracolumbar fascia with hypertonic saline suggest its contribution to low back pain. *Pain*, 155(2), 222-231. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.025>
- Schwartz, A. S. K., Gross, E., Geraedts, K., Rauchfuss, M., Wölfler, M. M., Häberlin, F., Orelli, S. von, Eberhard, M., Imesch, P., Imthurn, B., & Leeners, B. (2019). The use of home remedies and complementary health approaches in endometriosis. *Reproductive BioMedicine Online*, 38(2), 260-271. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2018.10.009>
- Sorenson, M., & Wallden, M. (2016). Visceral factors in rehabilitation & health. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 20(4), 920-925. <https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2016.09.007>
- Stecco, A., Gesi, M., Stecco, C., & Stern, R. (2013). Fascial components of the myofascial pain syndrome. *Current Pain and Headache Reports*, 17(8), 352. <https://doi.org/10.1007/s11916-013-0352-9>
- Theurel, P. (2020). *Thérapies complémentaires dans l'endométriose : Étude qualitative du bénéfice perçu par les patientes* [Thèse d'exercice, Université de Strasbourg]. https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2020/2020_THEUREL_Pauline.pdf
- Vermeulen, N., Abrao, M. S., Einarsson, J. I., Horne, A. W., Johnson, N. P., Lee, T. T. M., Missmer, S., Petrozza, J., Tomassetti, C., Zondervan, K. T., Grimbizis, G., & De Wilde, R. L. (2021). Endometriosis classification, staging and reporting systems : A review on the road to a universally accepted endometriosis classification†,‡. *Human Reproduction Open*, 2021(4), hoab025. <https://doi.org/10.1093/hropen/hoab025>
- Vigano, P., Candiani, M., Monno, A., Giacomini, E., Vercellini, P., & Somigliana, E. (2018). Time to redefine endometriosis including its pro-fibrotic nature. *Human Reproduction*, 33(3), 347-352. <https://doi.org/10.1093/humrep/dex354>

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



Josée Lachance

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

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

Résumé :

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

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

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

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

Abstract :

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

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

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

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

Introduction

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

Le contexte de la thèse doctorale

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

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

Aucune recherche ne portait sur les pratiques du Sensible¹ en lien avec les enjeux traversés par les soignants et énoncés ci-dessus. L'objectif principal de notre étude a été de décrire l'expérience de six médecins de France formés à la Fasciathérapie (MDB) et/ou à la Somatopsychopédagogie. La question générale était : « L'apprentissage des pratiques du Sensible suscite-t-il des transformations aux plans personnel et professionnel chez des médecins formés à cette approche? Si oui, de quels ordres sont-elles ? ».

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

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

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

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

et/ou à la Somato-psycho-pédagogie.

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

Le chemin de la théorisation ancrée

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

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

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

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

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



Image générée par IA (Fev 2026)

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

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

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

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

■ Les concepts clés de la thèse

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

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

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

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

■ Le début de la modélisation incluse dans la thèse

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

pendant leurs formations respectives.

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

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

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

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

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

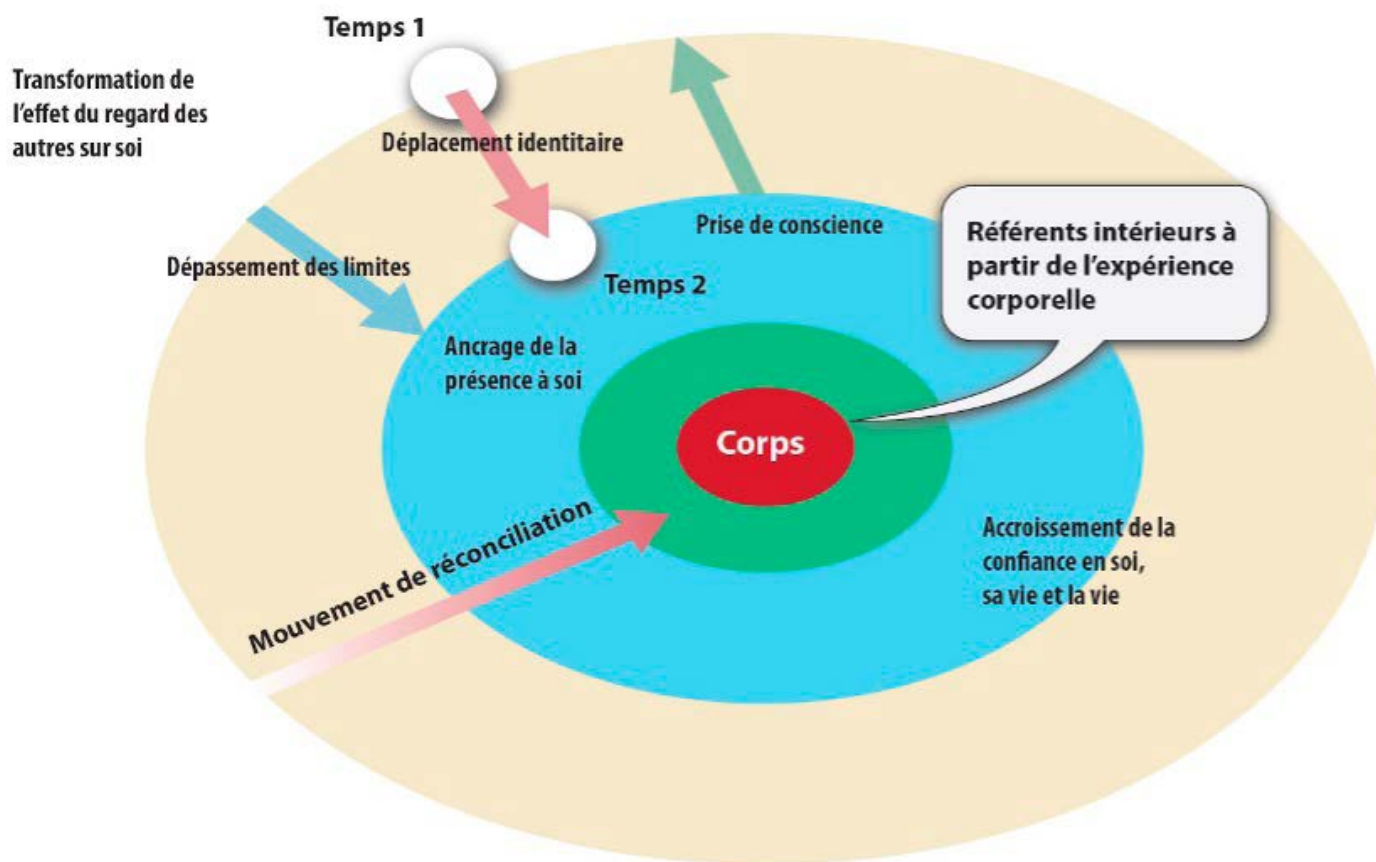


Figure 1 – Centration de la personne au sein de l'expérience corporelle. Informations tirées de Lachance, J. (2016a).

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Premier congrès

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

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

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

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

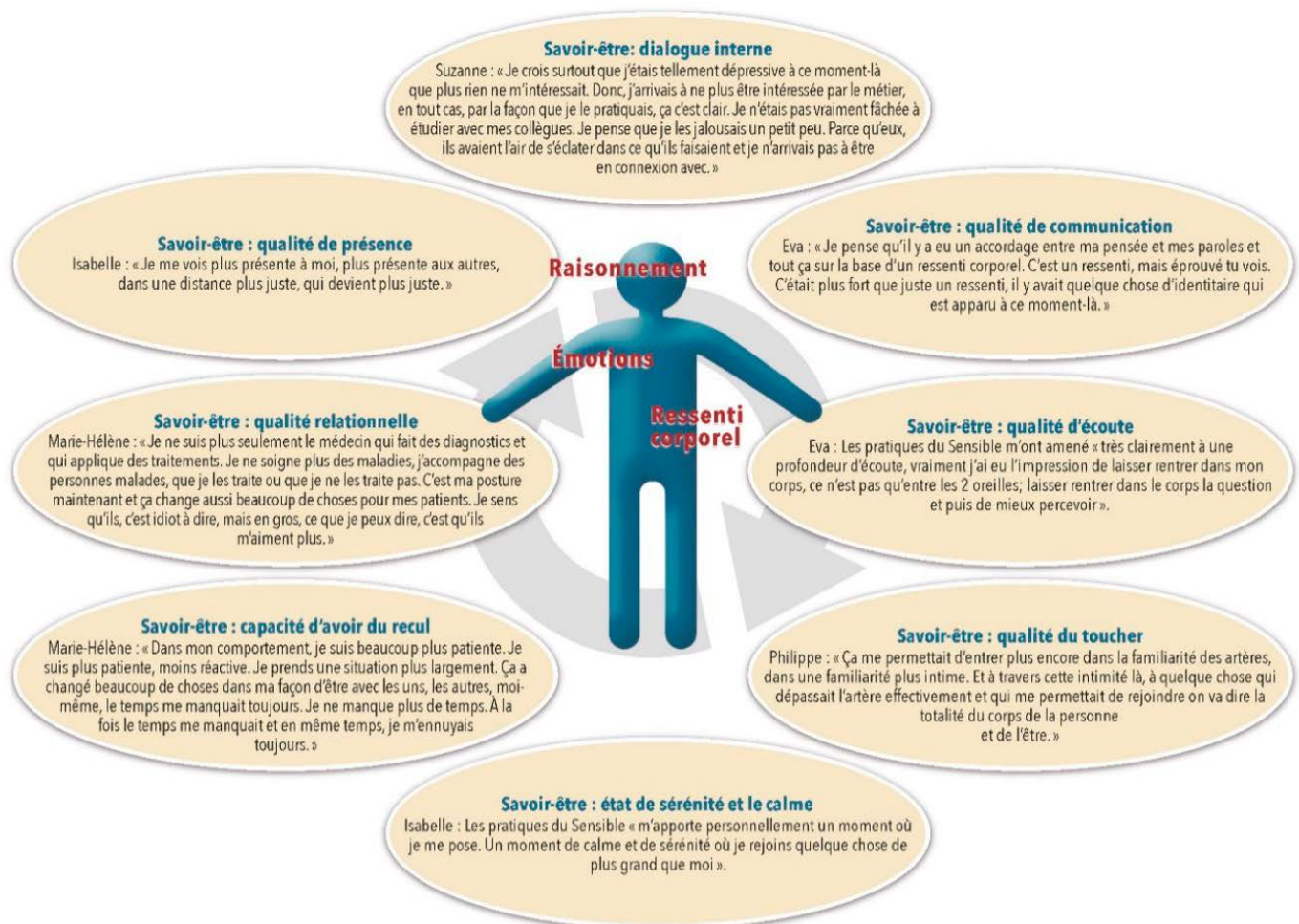


Figure 3 : Les huit compétences du savoir-être. Informations tirées de Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. et Xhignesse, M. (2015).

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

Deuxième congrès

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

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

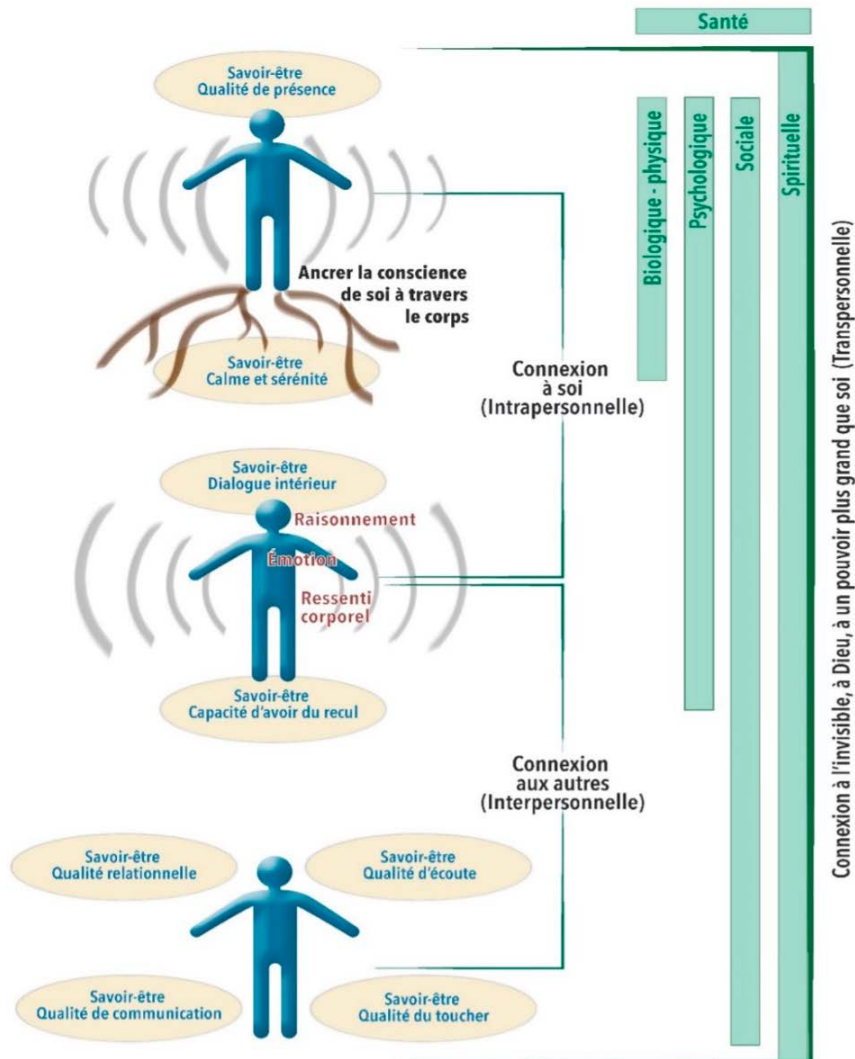


Figure 4 – Les dimensions de la santé en lien avec les huit composantes du savoir-être. Informations tirées de Lachance, J., Paillé, P., Desbiens, J.-F. et Xhignesse, M. (2016c). *Awakening the sensible being (ASB): effects of a mind-body training program on the various dimensions of health as experienced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

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

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

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

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

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

Troisième congrès

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

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

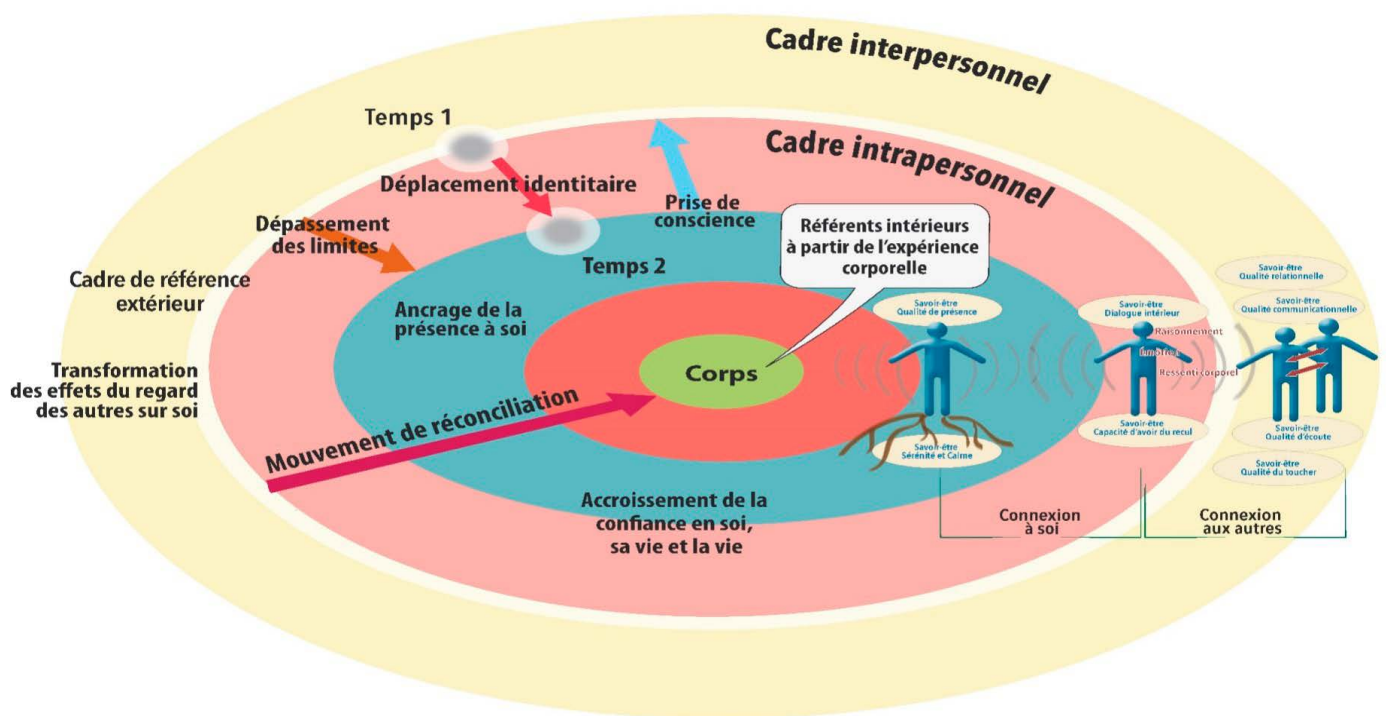


Figure 5 : La modélisation par théorie ancrée. Lachance, J., Desbiens, J.-F. et Xhignesse, M. (2018).

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

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

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

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

Discussion de notre modèle avec les recherches du CERAP

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

■ La modélisation perceptivo-cognitive

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

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

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

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

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

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

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

■ Les changements identitaires

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

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



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

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

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

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

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

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

■ La qualité de présence

Duprat (2021), dans l'objectif d'évaluer l'impact d'un dispositif intensif de 8 semaines de Méditation pleine présence-MDB⁴ sur la qualité de présence de soignants, élabore un protocole de recherche mixte quantitatif et qualitatif auprès de neuf professionnels œuvrant en milieu de soin, incluant un groupe contrôle équivalent⁵. Même si cette étude porte sur un seul des outils des pratiques du Sensible (la méditation) et si le temps d'exposition des participants est d'une durée très inférieure au

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

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

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

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

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



Image générée par IA (Fev 2026)

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

Bibliographie

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

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

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

Apports de la méditation pleine présence sur le vécu du confinement lié à la pandémie COVID 19 auprès de professionnels du soin et de l'accompagnement



Isabelle Bertrand,

Dre en sciences sociales, chercheure au CERAP/UFP, professeure invitée auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa, formatrice à TMG Concept, membre de l'association FasciaFrance



Anouk Serre

Masseur-kinésithérapeute DE, fasciathérapeute MDB, DU et Master 2 de recherche en kinésithérapie du sport et assistante de recherche au CERAP /UFP, Présidente de l'association FasciaFrance



Christian Courraud

Dr en sciences sociales, directeur du CERAP/UFP, professeur invité auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa, formateur à TMG Concept, membre de l'association FasciaFrance

<https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.18763783>

Résumé :

La période de confinement appliquée pour faire face à l'épidémie mondiale de COVID-19 a mise à l'épreuve la santé mentale des populations. Le recours à la méditation s'est avéré une option salutaire pour atténuer les effets de cette période et préserver la santé des citoyens y compris les soignants. Cette étude conduite auprès d'une population de professionnels de santé et de l'accompagnement pratiquant la Méditation pleine présence (MPP) dans le cadre de leur formation de fasciathérapie et de somato-psychopédagogie a évalué les effets du suivi d'un programme de MPP en ligne sur le vécu du confinement à travers un questionnaire. Les résultats indiquent que la MPP a contribué à favoriser le calme intérieur, les pensées positives et la confiance en l'avenir. Elle a aussi été ressentie par les participants comme un support de relation avec les autres et comme une ressource intérieure pour faire face aux contraintes du confinement.

Mots clés : COVID-19, Méditation Pleine Présence, santé mentale, confinement, enquête

Abstract :

The lockdown period implemented in response to the global COVID-19 pandemic placed a significant strain on the mental health of populations. The use of meditation proved to be a valuable option for mitigating the effects of this period and preserving the well-being of citizens, including healthcare professionals.

This study, conducted among healthcare and support professionals practicing Full-Presence Meditation (FPM) as part of their training in fasciotherapy DBM and somato-psychopedagogy, evaluated the effects of participating in an online FPM program on their lived experience of lockdown through a questionnaire-based survey.

The findings indicate that FPM contributed to fostering inner calm, positive thinking, and confidence in the future. Participants also perceived it as a support for maintaining relationships with others and as an inner resource for coping with the constraints imposed by lockdown.

Introduction

Le confinement lié à la COVID 19 décidé par le gouvernement français en mars 2020, a plongé la population française dans une situation totalement imprévue et méconnue, changeant notre mode de vie et générant son lot de stress, de peur et d'anxiété. Une étude menée par Santé Publique France en 2020 révélait ainsi que le niveau d'anxiété de la population était deux fois supérieur à celui d'avant la pandémie avec une incidence plus grande chez les femmes, les jeunes et les personnes en situation de précarité économique (Leboyer & Pelissolo, 2020). Une augmentation de l'incidence de la dépression a également été observée dans d'autres pays (Fu et al., 2024). Des différences ont toutefois été constatées dans les populations en fonction de l'âge, de la profession et des conditions de vie. Des enquêtes à ce sujet ont ainsi évoqué que les moins de 35 ans ont vécu de façon moins négative le confinement que les plus de 46 ans, que les personnes vivant dans des conditions de cohabitation satisfaisantes avaient un meilleur niveau d'auto-compassion (Jiménez et al., 2020) et que les cadres et professions intermédiaires avaient été moins affectés que les employés et ouvriers en raison de la possibilité de poursuivre leur activité à

domicile en télétravail et/ou à l'extérieur (86% pour les cadres et 80% pour les professions intermédiaires (Lambert et al., 2020).

Pour faire face aux difficultés psychosociales inhérentes à cette crise sanitaire, de nombreuses personnes ont eu recours à la méditation. En effet, les interventions basées sur la méditation ayant montré leur efficacité sur les prisonniers, il a été suggéré qu'elles pourraient avoir des bénéfices similaires sur le maintien du bien-être psychologique des personnes mises en quarantaine pendant la pandémie et qu'elles pourraient constituer un remède psychologique rentable, flexible et efficace (Bursky et al., 2023). Des études menées dans plusieurs pays dans le monde sont en effet arrivées à la conclusion que la méditation (administrée en présentiel ou en distanciel) avait eu des effets bénéfiques sur la préservation et le maintien du bien être mental (Priyanka & Rasania, 2021), le soutien face à l'anxiété (Behan, 2020), la réduction des symptômes dépressifs (Fu et al., 2024) ou la réduction du stress perçu et l'amélioration de l'indice de qualité du sommeil (Desai et al., 2021) chez toutes les personnes y compris les travailleurs de la santé de première ligne (Yang et al., 2023).

La Méditation Pleine Présence est une pratique méditative qui propose de développer et d'enrichir la présence à soi, aux autres et à sa vie à

travers la mobilisation de la perception corporelle (Bois, Eschalière, 2019). Elle est le plus souvent insérée dans des programmes d'accompagnement en somato-psychopédagogie qui ont montré leur efficacité sur la diminution de l'anxiété et l'amélioration de l'estime de soi (Lieutaud et al., 2021). Elle est enseignée à travers le monde par des animateurs qualifiés ayant suivi un programme de formation et référencés dans un annuaire (Pleine Présence¹).

Indépendamment d'être utilisée dans un contexte soignant, la Méditation Pleine Présence est également intégrée dans les programmes de formation en fasciathérapie et somato-psychopédagogie pour développer les habiletés relationnelles nécessaires à l'apprentissage de ces pratiques soignantes et d'accompagnement (écoute, attention, présence, empathie).

L'organisme de formation TMG Concept (qui délivre ces formations de fasciathérapie et de somato-psychopédagogie en France) ayant été dans l'obligation de cesser l'enseignement présentiel - entre le 17 mars et le 11 mai 2020 - a décidé de maintenir la continuité des apprentissages en proposant des cours en distanciel. Parmi ces cours, il a été proposé des

rendez-vous réguliers de Méditation Pleine Présence destinés aux stagiaires et aux équipes pédagogiques.

Cet article présente les résultats d'un questionnaire de bilan rétrospectif réalisé à la fin de cette période de confinement qui avait pour objectif d'interroger en retour réflexif l'expérience des participants, et documenter les apports de la pratique de la Méditation Pleine Présence sur le vécu du premier confinement, auprès d'une population de professionnels du soin et de l'accompagnement en formation. ■■

Méthodologie

L'intervention étudiée comprend un ensemble de 15 méditations successives, animées en ligne, en moyenne tous les trois jours, par deux formateurs de TMG Concept, entre le 20 mars et 9 mai 2020. Indépendamment de maintenir un contact de présence avec les stagiaires, ces rencontres avaient une visée formative centrée sur l'apprentissage de la méditation et notamment apprendre à apprendre de sa méditation. Les méditations étaient thématiques de sorte à aborder, au fil des semaines, les différents supports pédagogiques de la pleine présence et à guider l'apprenant à faire des liens avec la situation

¹ <https://pleinepresence-mdb.fr/registre-des-animateurs-de-meditation-pleine-presence-mdb/?donotcachepage=1ecc96027c519276819debd19b3fa630>

de confinement. Les participants étaient ainsi invités à écrire leurs vécus dans un journal personnel, comme ils étaient habitués à le faire dans le cadre de leur formation en fasciathérapie et en somato-psycho-pédagogie.

Les données étudiées sont issues d'une enquête en ligne (Limesurvey), administrée auprès des participants à l'issue de cette intervention entre le 16 mai et le 3 juin 2020. Il s'agissait d'un bilan rétrospectif constitué de 18 questions composé de deux types de données : semi-quantitatives pour mesurer des phénomènes (ex. niveau de stress, satisfaction) tout en pouvant comparer les individus et des données qualitatives pour mieux comprendre les vécus effectifs des participants (motivations, perceptions, attitudes et émotions) et éclairer les résultats quantitatifs (ex. pourquoi la satisfaction est forte).

Le questionnaire comprenait 18 questions (17 fermées et 1 ouverte) réparties en 5 thématiques

(Tableau 1) : 6 questions sociodémographiques courantes, 3 questions relatives au COVID et la situation de confinement et 9 questions sur la pratique de la méditation et les effets ressentis (Annexe 1).

Les questions ont été élaborées en prenant appui sur les effets connus de la méditation et sur différents paramètres médiatisés comme anxiogènes durant cette période. Nous nous sommes notamment appuyés sur les critères utilisés par la revue Cerveau et Psycho, dans les newsletters qu'elle a édité durant cette période, et qui portaient sur les moyens de surmonter le confinement.

Pour les questions évaluatives, trois échelles semi-quantitatives ont été utilisées : le classement hiérarchique (3 réponses possibles), l'échelle de Likert (important/pas important) et l'échelle sémantique différentielle d'Osgood (opposition graduée entre deux affirmations antonymes).

Thématiques	Modalités de réponse
Profil socio-professionnel	Âge, sexe, profession, lieu de résidence
Situation de vie pendant le confinement	Activité professionnelle, conditions de vie, atteinte COVID, activités suivies
Vécu du confinement	Motifs de souffrance
Suivi des méditations	Nombre, modalités, expérience préalable

Tableau 1 : Thématiques et modalités de réponses du questionnaire.

Cette dernière (Annexe 2) a été utilisée pour une question visant à caractériser 13 natures de bénéfices potentiels de la méditation, à l'aide d'un curseur positionné au centre, sur 0, par défaut, et pouvant aller de -5 (versant négatif) à +5 (versant positif) de l'affirmation antonyme proposée. Le gain a ensuite été estimé qualitativement comme suit :

- 0 : pas de gain ni dans un sens ni dans l'autre
- 1 et -1 : gain peu important
- 2 et -2 : gain moyennement important
- 3 et -3 : gain important
- 4 et -4 : gain très important
- 5 et -5 : gain extrêmement important

Recrutement : Une invitation à participer aux méditations a été adressée par mail et par Whatsapp aux stagiaires en cours de formation et aux formateurs de TMG Concept. Quelques autres participants ont été accueillis sur leur demande. Ainsi, un groupe de 110 personnes s'est constitué au fur et à mesure du confinement (les demandes de participation ont été acceptées même si les méditations avaient déjà commencé).

Déroulement de l'intervention : Parmi les 15 méditations proposées, 11 ont été animées par une formatrice et 4 par un formateur. Le rendez-vous avait été fixé collégialement à 20h45. Chaque

méditation durait environ 25 minutes et était suivie d'un temps d'échange verbal animé par le/la formateur-trice. Le matin de la méditation, les participants recevaient un lien d'accès via la plateforme Zoom. Les méditations étaient réalisées en direct, enregistrées et ensuite mises à disposition des participants afin que chacun d'entre eux puisse réaliser la méditation au moment de son choix ou la réécouter à sa convenance. Chaque méditation portait sur une (parfois deux) des 18 thématiques suivantes : le silence, l'immobilité, la chaleur humaine, l'animation interne, le point d'appui, la présence, la lenteur, la respiration, la capacité à se laisser toucher, la potentialité, le rapport au temps, la pensée, la reliance, l'advenir, le dialogue intérieur, l'écoute, l'unicité, la capacité à entrer en relation avec les événements.

Recueil et analyse des données : Le questionnaire a été implanté et administré sur Limesurvey, par un lien adressé aux participants par e-mail. La première page de l'enquête informait le participant de l'objectif, du thème du contexte de la recherche, de l'identité de ses auteurs et de leur liberté pleine et entière de ne pas y participer. Avant de poursuivre, les répondants devaient valider une mention stipulant qu'ils se sentaient

suffisamment informés, qu'ils savaient que leur anonymat était garanti et qu'ils autorisaient l'utilisation de leurs réponses à des fins de publication. Les données ont été analysées par les deux formateurs et auteurs de l'article, sous Excel 2019 (statistiques descriptives des données semi-quantitatives) et par analyse classificatoire (méthode d'anticipation et d'émergence de Bois et al., 2013) sur données qualitatives. ■■

Population étudiée

L'analyse porte sur les 76 personnes ayant répondu au questionnaire (soit 69% de la population enquêtée) : 89% (n=68) sont des femmes et 11% (n=8) sont des hommes.

La tranche d'âge la plus représentée (n=44 ; 58%) concerne les personnes entre 34 et 53 ans. 20% (n=15) ont entre 24 et 33 ans et 18% (n=14) ont entre 54 et 63 ans. Seuls 4% (n=3) ont plus de 64 ans. Ainsi, la plupart des personnes est en âge d'être en activité professionnelle.

Les personnes résident surtout (52%) en zone urbaine (n=20 ; 26%) et péri-urbaine (n=20 ; 26%). Il s'agit en majorité de soignants puisque 71% (n=54) d'entre eux sont des professionnels de santé. Les autres sont soit des professionnels de

l'accompagnement, de la relation d'aide (n=10 ; 13%), soit d'autres professions (n=12 ; 16%) non liées au soin ou à l'accompagnement.

La moitié de la population vivaient en couple (n=39 ; 51%). 23% (n= 18) ont vécu le confinement seul et 13% (n= 10) ont alterné entre vivre seul, en couple, avec des parents, des enfants, et/ou en colocation. 23% ont également vécu le confinement avec des enfants (n= 18) qu'ils soient seuls ou en couple.

La majorité de la population étudiée 89% (n= 68) n'a pas été infectée par la COVID-19.

La plus grande partie (67%) a cessé toute activité professionnelle, l'autre ayant poursuivi une activité soit en présentiel soit en télétravail (Figure 1). Seuls 20% d'entre eux (professionnels en 1ère ou 2ème ligne) ont maintenu une activité en extérieur et ont pu être ainsi directement exposés à la COVID 19.

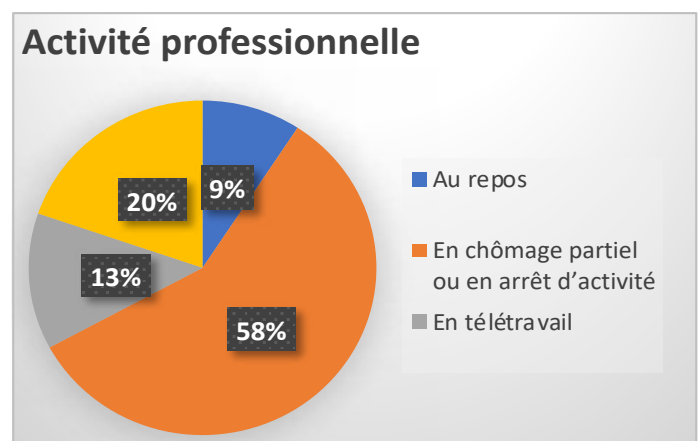


Figure 1 : Activité professionnelle pendant le confinement.

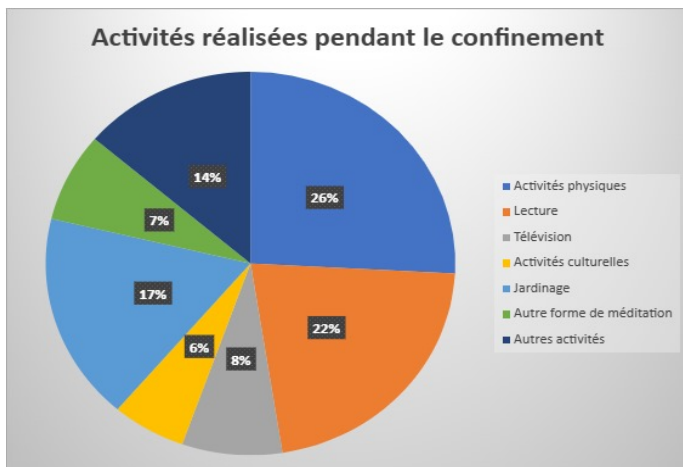


Figure 2 : Activités réalisées pendant le confinement.

Au cours de cette période de confinement, une grande partie des personnes (n= 62 ; 82%) a suivi des activités d'ordre physique (activités physiques, jardinage) (Figure 2). Une forte partie (n=52 ; 68%) a suivi des activités plutôt intellectuelles (culturelles, télévisions, lecture). Une plus faible partie (n=18 ; 23%) a pratiqué d'autres méditations que la MPP et 43% (n= 33) a pratiqué d'autres activités (bricolage, cuisine, jeux, chant, peinture). Les intitulés étaient libres. Ils ont été ensuite catégorisés par nos soins.

Enfin, les trois quarts de nos participants (n=67, 88%) pratiquaient la méditation avant la période du confinement et ont augmenté ou pratiqué de façon plus régulière la méditation pendant la période de confinement. Seulement 5 personnes ont débuté la méditation à l'occasion de cette période. ■■

Résultats

■ Modalités de suivi des séances de méditation

La majorité des participants a déclaré avoir suivi les méditations tantôt en direct, tantôt en différé (n=26, 34%) ou uniquement en différé (n=24, 32%). Une petite partie a suivi uniquement en direct (n=12, 16%) et une dernière partie (n=14, 18%) a écouté à la fois en direct et en différé et réécouté systématiquement les méditations proposées. Le nombre moyen de méditations réalisées par le groupe est de 12 mais l'analyse de la distribution de fréquence du nombre de méditations pratiquées permet de distinguer 3 groupes de pratique :

- ceux qui ont réalisé entre 11 et plus séances de méditation (n=43) ;
- ceux qui ont réalisé entre 5 et 10 séances de méditation (n=28) ;
- ceux qui ont réalisé entre 2 et 4 séances de méditation (n=5) .

■ Sensibilité au contexte de confinement

La plus grande partie de la population 70% (n=53) a exprimé avoir éprouvé des difficultés à vivre le confinement. Vingt-neuf personnes (38%) ont documenté les différentes difficultés proposées

dans le questionnaire. Parmi les plus fréquemment citées on retrouve :

- l'anxiété face à la divergence des informations (n= 10, 13%),
- la peur de l'avenir (n=9, 12%),
- le sentiment d'enfermement (n= 5, 6%)
- la peur d'avoir la maladie (n=5, 6%).

Certaines propositions du questionnaire n'ont pas été utilisées du tout (peur du complot, sentiment de solitude, peur du silence, peur de s'ennuyer et peur de perdre son travail).

Parmi ces 29 personnes, 9 ont indiqué avoir éprouvé des difficultés non proposées dans le questionnaire : la distance physique (n=3), la culpabilité de ne pas être utile (n=1), la perte de liberté (n=2), le sentiment de rejet, de peur vis à vis des soignants (n=1), la tristesse (n=1), la maladie (n=1). Une seule personne n'a pas détaillé sa difficulté.

Enfin une quinzaine de personnes ont indiqué avoir éprouvé des difficultés mais n'en ont pas précisé la nature.

■ Perception des effets de la méditation sur le vécu du confinement

Les séances de méditation ont été jugées très importantes ou importantes pour 89% des participants (n= 68). Seules 8 personnes ont ainsi

estimé que cette pratique avait eu une place « peu importante » dans cette période atypique. Tous les participants sauf un (n= 75) ont indiqué souhaiter poursuivre les méditations après le confinement (cette personne ne connaissait pas la méditation pleine présence et a participé 5 fois aux méditations).



Image générée par IA (Mars 2026)

1. Motivation pour la pratique méditative

Il s'agissait ici d'une question à classement hiérarchique (il s'agissait de sélectionner 3 réponses par ordre de préférence de la plus importante à la moins importante). Dans cette hiérarchie, les 2 réponses arrivant en tête, et par conséquent les motifs considérés comme les plus importants pour suivre les méditations, sont : prendre du temps pour soi (n=24, 32%) et apaiser les pensées (n=16, 21%).

La recherche du calme intérieur ou de la joie intérieure, de la régénération physique, de l'immunité et de la connexion aux autres arrivent

ensuite (respectivement n=6, 8% et n=5, 7%). Les propositions qui n'apparaissent pas dans ce classement (calmer mes angoisses, soulager les douleurs et les tensions physiques, réfléchir et prendre du recul, améliorer mon sommeil, me protéger des agressions extérieures, mieux me connaître).

2. Apprentissages personnels et changements de regard en lien avec les questions posées

Les personnes étaient invitées à indiquer l'évolution de leur état émotionnel, de leur pensée, de leur relation à eux-mêmes et aux autres, de leurs besoins et de leurs sentiments au fil des méditations à l'aide d'une échelle sémantique différentielle d'Osgood. On observe une évolution globalement plutôt positive de l'ensemble de la population sur tous les items interrogés.

Sur le plan émotionnel, presque tous les participants (sauf un) estiment que la méditation a généré du calme intérieur et diminué leur anxiété (n=75 ; 99%). Pour 59 personnes (78%) le gain est supérieur ou égal à 3, c'est-à-dire qu'il est important à extrêmement important. La quasi-totalité du groupe (n=72 ; 94%) estime également que la méditation a généré du bonheur (40 personnes (53%) ayant coté un gain important à extrêmement important).

Sur le plan relationnel et social, la quasi-totalité du groupe indique que la méditation a amélioré le sentiment d'être bien avec soi-même et contribué à lutter contre le sentiment de solitude (n=72 ; 95%) (56 personnes (74%) ayant noté un gain important à extrêmement important), a plutôt généré un sentiment de liberté (n=63 ; 83%) (34 personnes (26%) ayant un gain important à extrêmement important) et a amélioré (n=64 ; 84%) le sentiment de lien social (43 personnes (57%) ayant un gain important à extrêmement important).

Sur le plan cognitif, la quasi-totalité du groupe (n=71, 93%) estime que la méditation a augmenté les pensées positives (50 personnes (66%) ayant un gain important à extrêmement important), qu'elle a aidé à la détente psychique (n=71 ; 93%) (51 personnes (67%) ayant un gain important à extrêmement important) et qu'elle a contribué à avoir plutôt confiance en l'avenir (n=66 ; 87%) (36 personnes (47%) ayant un gain important à extrêmement important).

Sur le plan comportemental, la majorité du groupe (n=64 ; 84%) estime que la méditation a amplifié le besoin de s'intérioriser plutôt que celui de s'activer (44 personnes (33%) ayant un gain important à extrêmement important), qu'elle a généré un besoin de silence (54 personnes (41%) ayant un gain important à extrêmement important)

mais est plus partagé concernant l'effet sur leur envie de rester chez eux (n=44 ; 58%) et leur besoin de sortir (n=21 ; 28%) (n=11 (14%) n'ont pas eu d'effet sur cette dimension).

Enfin, sur le plan physiologique, la majorité du groupe (n=61 ; 80%) estime que la méditation a contribué à un sommeil reposant (42 personnes (55%) ayant un gain important à extrêmement important) et a amélioré la vitalité (n=59 ; 78%) (36 personnes (28%) ayant un gain important à extrêmement important).

3. Apprentissages attribués à la pratique des séances de méditation

Dans cette question ouverte, les personnes étaient invitées à indiquer librement ce qu'elles avaient appris sur elle-même grâce à ces temps de méditation au regard de cette période inédite. L'ensemble des réponses a fait l'objet d'une analyse thématique réalisée par les deux animateurs (Annexe 3). Toutes les personnes ont répondu à cette question mais 7 d'entre elles n'ont pas rapporté de réels apprentissages en évoquant soit leurs difficultés persistantes à méditer (pour 2 personnes), soit en disant ne pas savoir quoi répondre (1 personne), soit en évoquant de la nouveauté mais sans préciser laquelle (4 personnes).

L'ensemble des autres réponses permet de compléter notre compréhension des apports de la méditation répertoriés dans le paragraphe précédent. En effet, 26 personnes ont confirmé des bénéfices sur leur santé globale comme l'illustre cette personne : « La pratique régulière m'a aidée à me reconnecter et à me ressourcer physiquement et psychologiquement » (8). Les effets sur la santé psychique (14 personnes) sont toutefois plus souvent cités se manifestant par des états de calme intérieur, de sérénité, de régénération et d'apaisement des pensées : « Découvrir qu'il y a en moi un "lieu" de calme et ressourçant que je peux retrouver avec joie à chaque méditation » (33), « me débarrasser des pensées extérieures qui peuvent parfois me polluer. » (69). On observe également que 3 personnes ont utilisé la méditation pour vaincre leurs insomnies et que 2 personnes ont évoqué un effet sur des troubles physiques (tachycardie, respiration et état de tension).



Trois autres thématiques ont émergé de la lecture des verbatims. La première concerne l'importance de la méditation en groupe. En effet, 16 personnes ont indiqué que les rendez-vous réguliers permettaient de créer, de garder ou de renforcer le lien avec les autres et le monde : « J'ai découvert que je pouvais aisément me mettre en lien avec les autres malgré l'isolement et la distance » (1), « Ça m'a fait découvrir le sentiment d'appartenance à un groupe dans l'invisible » (27), « un sentiment de proximité avec les autres » (29). Cette relation groupale a même été perçue pour 6 personnes comme une source de bien-être et de soutien face à la situation vécue : « Je pense que ces moments partagés avec le groupe à distance m'a aidé à tenir le coup » (26), « J'ai appris à me surpasser, à apprécier encore plus les moments passés ensemble à méditer, et ce fut un réel soutien pour moi » (12), « L'importance du calme et les bienfaits de la connexion aux autres. » (68).

La seconde aborde les effets des moments de méditation sur la modification du rapport au temps et au rythme de leur vie. 20 personnes ont ainsi indiqué que la méditation avait été l'occasion de renouer avec leur propre rythme personnel et de sortir du rythme trop rapide de leur vie : « J'ai découvert que le temps de méditation est un temps qui m'appartient, un temps hors du temps qui se déroule à son propre rythme et ce rythme

correspond à mon rythme intérieur » (1), « Et surtout être au plus près de mon rythme intérieur tellement éloigné de celui rapide et précipité du temps commun ! » (33) ; mais aussi un moyen de ralentir, de se poser et de prendre du temps pour soi : « Possibilité (...) de ralentir encore plus » (31), « J'ai appris à prendre mon temps. » (65), « J'ai appris à me poser et à prendre du temps pour moi surtout. » (73), « J'ai appris que j'avais réellement besoin de ce temps pour moi, besoin de silence et de me retrouver avec moi-même » (35). 12 personnes ont relaté que ce temps de pause leur offrait une stabilité intérieure pour être plus présent aux autres et faire face à la situation : « L'importance de prendre ce temps pour être en lien avec moi pour être plus stable ce qui permet d'être plus présent aux autres » (37), « J'ai besoin de prendre du temps pour moi, au calme, pour prendre du recul. » (76).

La troisième et dernière thématique révèle que les séances de méditation ont été pour 26 personnes l'occasion d'une prise de conscience de ressources intérieures et d'actualisation de nouveaux comportements. 14 d'entre elles ont ainsi évoqué avoir rencontré leur force intérieure ou leur capacité d'auto-guérison et d'avoir contacté une plus grande adaptabilité, confiance et liberté intérieure : « J'ai découvert que ma force de vie est très présente et j'ai davantage confiance en l'avenir car mon

sentiment de liberté est encore plus profond et fort comme un roc » (2), « Cette période et ces méditations ont renforcé et potentialisé mon processus de guérison intérieure. » (73), « J'ai appris que j'avais la capacité à accepter profondément ce qui est, à lâcher prise. J'ai découvert une nouvelle profondeur dans mes capacités d'adaptation. » (47), « J'ai découvert une sensation d'ouverture d'esprit, de liberté et de joie jamais vécue jusqu'à présent tout en restant confinée. » (52). 11 personnes ont de leur côté fait part de changements de comportements dans leur milieu familial, professionnel ou par rapport à eux-mêmes ou à la situation : « Cette sérénité j'ai pu en faire profiter mes proches ce qui fait que nous avons tous vécu le confinement dans la détente et la confiance » (44), « Ces temps de méditations m'ont permis de prendre du recul, de me poser après le travail, de lâcher prise pour passer à autre chose en rentrant à la maison. » (26), « J'ai appris aussi que je n'étais pas à ma place à mon travail actuel. » (47), « J'ai appris à être présente à moi, avant d'être présente aux autres, et justement pour être plus présente aux autres. » (65), « J'ai aussi pris conscience que l'inédit n'est pas forcément angoissant mais peut-être un puissant révélateur de soi-même. » (39). ■■

Discussion

Cette recherche exploratoire avait pour projet de documenter si, et comment, la pratique de la Méditation Pleine Présence s'était avérée utile auprès d'une population de professionnels du soin et de l'accompagnement durant la période de confinement liée à l'épidémie de COVID.

La population a plutôt bien suivi le programme de méditation proposé puisque nous avons une moyenne de 12 séances pratiquées sur 15 possibles (soit en direct, soit en différé). La souplesse volontaire du programme (participation libre selon ses possibilités, envies et disponibilités) ainsi que l'expérience préalable d'une pratique régulière de la méditation pleine présence ont probablement contribué à ce résultat.

Il est possible également que la période de confinement ait pu renforcer le besoin de méditer. En effet, un nombre conséquent de participants a augmenté leur temps et la régularité de leur pratique de la méditation (n=58, 76%). Cette régularité s'est d'ailleurs avérée d'une importance capitale pour mieux vivre leur confinement (n=68, 90% ont estimé qu'elle avait été « importante » voire « très importante ») et a même généré chez pratiquement tous les participants (n= 75, 99%) un désir de continuer cette pratique.

Notre population rentrait dans les catégories les plus exposées en raison de son âge (80% avait plus de 34 ans) et car elle est majoritairement féminine (89% ; n=68) mais, d'un autre côté, elle était favorisée puisqu'elle appartenait aux professions intermédiaires (Lambert et al., 2020) qui ont pu continuer leur activité professionnelle même si une majorité (n=51, 67%) a tout de même cessé toute activité professionnelle durant le confinement. Pour autant, on peut considérer que les conditions de vie, élément essentiel au vécu du confinement (Jiménez et al., 2020), étaient plutôt bonnes puisque la grande majorité des participants a eu recours à des activités d'ordre physique et culturelle (n= ,79%), que peu ont vécu le confinement seul (n= 18, 23%) et que la majorité n'a pas été contaminée par la COVID-19 (n= 68, 89%).

Bien que notre population soit composée de personnes ayant l'habitude de méditer dans le cadre de leur formation professionnelle, on observe que la plus grande partie (n=53, 70%) a indiqué avoir éprouvé des difficultés à vivre le confinement (anxiété, peur de l'avenir, sentiment d'enfermement et peur de la maladie). Le programme de méditation proposé leur a ainsi permis de prendre conscience de l'intérêt de cette pratique pour faire face à ce type de situation et préserver leur santé.

Concernant les effets de ce programme, nos résultats rejoignent ceux publiés dans plusieurs études précédentes montrant que la méditation s'est avérée salutaire pour atténuer les impacts du confinement sur la santé globale des personnes y compris chez les soignants (Yang et al., 2023). Celui-ci a en effet aidé les personnes à traverser cette période de crise, l'ensemble de nos participants ayant rapporté des impacts très positifs tant sur le plan physique que psychique et social.

Nous avons ainsi observé des effets sur les phénomènes de stress, d'anxiété ou de peur de l'avenir liés à l'incertitude de la situation et aux impacts du confinement. La santé mentale de nos participants semble avoir évolué favorablement en raison du calme intérieur, de la détente psychique, du bonheur, des pensées positives ou encore de la confiance en l'avenir instaurées par les séances de méditation et rapportées par la quasi-totalité des participants. Les méditations ont eu moins d'effet sur le plan physique bien qu'une partie importante de la population ait évoqué un gain de vitalité et une amélioration du sommeil. Cela confirme que la méditation a principalement agit sur la sphère psychique qui a été le plus touchée par le confinement.

Nous avons également constaté que la pratique de la méditation avait été vécue comme un excellent moyen de lutter contre la solitude et l'enfermement caractéristiques du confinement. Les méditations ont permis aux participants de maintenir un lien social en leur donnant l'occasion de vivre des moments de proximité et de lien avec le groupe qui se sont révélés être un véritable soutien pour certains et une source de bien-être pour d'autres. Les sentiments de liberté intérieure, de bien-être avec soi-même ou d'envie de rester chez soi attribués aux méditations ont également contribué à lutter contre ces conséquences néfastes du confinement.

Nous avons enfin noté au travers des témoignages des participants que la méditation avait favorisé la découverte de ressources et de stratégies pour faire face à cette situation inédite qui a bouleversé le quotidien des personnes. Nous avons ainsi constaté que les méditations avaient été perçues soit comme un moyen de contacter une force de vie soit comme une occasion de se ressourcer, de prendre son temps, de s'intérioriser et de ralentir le rythme de la vie quotidienne avec pour certains une possibilité de mieux vivre les relations familiales, de prendre du recul sur la situation ou de réfléchir au sens de la vie. ■■

Cette enquête possède plusieurs limites

Elle a été conduite sur un échantillon de convenance dans la mesure où les participants ont adhéré volontairement au programme. On peut ainsi estimer qu'ils étaient personnellement motivés par la pratique de la méditation et qu'ils en avaient déjà ressenti les bienfaits. Les résultats positifs identifiés ne sont donc pas surprenants et étaient plutôt attendus. Nous ne pouvons donc pas généraliser ces résultats. Il aurait pour cela fallu construire un échantillon plus important et plus homogène afin de consolider ou de moduler les résultats.

Elle a été conduite a posteriori, ne permettant pas d'évaluer les bénéfices du programme ou son impact longitudinal. Idéalement, il aurait fallu interroger les participants avant et après la séquence des 15 méditations. Elle permet néanmoins d'identifier certaines potentialités et des mécanismes de réponses à la méditation en contexte collectif sous tension.

Il aurait été également été intéressant d'interroger ceux qui n'ont pas souhaité participer afin de comprendre les raisons de cette non-participation.

D'autre part, le programme s'étant déroulé en marge d'une situation de formation, dont les

formateurs étaient les animateurs, il est possible que les réponses aient été entachées d'un désir de plaire ou du désir de « la bonne réponse ».

En outre, l'analyse des données qualitatives est restée limitée. Il aurait été possible de gagner en profondeur grâce à des entretiens certains participants ou par des focus groupes afin d'approfondir certaines thématiques.

Enfin, cette étude n'avait pas de vocation comparative. Exclusivement descriptive, elle ne peut documenter que les processus pédagogiques de la Méditation Pleine Présence et ses bénéfices éventuels. ■■

Conclusion

Le confinement instauré pour lutter contre l'épidémie de COVID-19 a bouleversé l'existence des populations et mis en danger leur santé. La

méditation a montré son intérêt pour préserver et maintenir le bien être mental des personnes lors de cette période. Cette étude qui porte sur une population de professionnels du soin et de l'accompagnement met en évidence le suivi d'un programme de méditations Pleine Présence en groupe a montré des bénéfices sur la santé mentale (pensées positives, calme, détente), qu'il a été essentiel pour maintenir le contact et le lien avec les autres et qu'il a permis de trouver des ressources intérieures pour s'adapter à la situation (prendre du temps pour soi, ralentir, s'intérioriser). Ces résultats exploratoires sont prometteurs car ils indiquent que la méditation pleine présence, comme d'autres types de méditation, est un remède psychologique rentable, flexible et efficace parfaitement adapté pour faire face aux difficultés spécifiques inhérentes au confinement (anxiété, dépression, sentiment d'enfermement, solitude, peur de l'avenir, incertitude). ■■

Annexes

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18963426>

ANNEXE 1 : Questionnaire sur les apports de la méditation pleine présence pendant la période de confinement

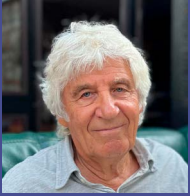
ANNEXE 2 : Catégorisation des dimensions proposées

ANNEXE 3 : Analyse catégorielle des verbatims

Bibliographie

- Behan, C. (2020). The benefits of meditation and mindfulness practices during times of crisis such as COVID-19. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 256-258. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.38>
- Bois D., Eschalié I. (2019). *La méditation pleine présence* | Éditions Eyrolles. Editions Eyrolles. <https://www.editions-eyrolles.com/livre/la-meditation-pleine-presence>
- Bursky, M., Kosuri, M., Walsh Carson, K., Babad, S., Iskhakova, A., & Nikulina, V. (2023). The Utility of Meditation and Mindfulness-Based Interventions in the Time of COVID-19 : A Theoretical Proposition and Systematic Review of the Relevant Prison, Quarantine and Lockdown Literature. *Psychological Reports*, 126(2), 557-600. <https://doi.org/10.1177/00332941211048734>
- Desai, K., Gupta, P., Parikh, P., & Desai, A. (2021). Impact of Virtual Heartfulness Meditation Program on Stress, Quality of Sleep, and Psychological Wellbeing during the COVID-19 Pandemic : A Mixed-Method Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), Article 21. <https://doi.org/10.3390/ijerph18211114>
- Fu, Y., Song, Y., Li, Y., Sanchez-Vidana, D. I., Zhang, J. J., Lau, W. K.-W., Tan, D. G. H., Ngai, S. P. C., & Lau, B. W.-M. (2024). The effect of mindfulness meditation on depressive symptoms during the COVID-19 pandemic : A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 14(1), 20189. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-71213-9>
- Jiménez, Ó., Sánchez-Sánchez, L. C., & García-Montes, J. M. (2020). Psychological Impact of COVID-19 Confinement and Its Relationship with Meditation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), Article 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186642>
- Lambert, A., Cayouette-Remblière, J., Guérait, É., Roux, G. L., Bonvalet, C., Girard, V., & Langlois, L. (2020). Le travail et ses aménagements : Ce que la pandémie de covid-19 a changé pour les Français. *Population & Sociétés*, 579(7), 1-4. <https://doi.org/10.3917/popsoc.579.0001>
- Leboyer, M., & Pelissolo, A. (2020). Les conséquences psychiatriques du Covid-19 sont devant nous.... *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(7), 669-671. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.08.020>
- Lieutaud, A., Grenier, K., & Bois, D. (2021). The Effects of a Mind-Body Approach, Somatic Psychoeducation, on Anxiety and Self-Esteem. *Alternative and Complementary Therapies*, 27(4), 176-186. <https://doi.org/10.1089/act.2021.29341.ali>
- Priyanka, & Rasania, S. K. (2021). A cross—Sectional study of mental wellbeing with practice of yoga and meditation during COVID-19 pandemic. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 1576. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_2367_20
- Yang, J., Lim, K. H., Lim, K. T., Woods, J. T., Mohabbat, A. B., Wahner-Roedler, D. L., Ganesh, R., & Bauer, B. A. (2023). Complementary and alternative medicine for long COVID : A systematic review of randomized controlled trials. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, 14, 20406223231204727. <https://doi.org/10.1177/20406223231204727>

Programme d'optimisation de l'estime de soi, de la bienveillance et de la réduction de l'anxiété : fondements théoriques et pratiques d'un modèle d'apprentissage de la méditation pleine présence



Danis Bois,

Professeur émérite de l'Université Fernando Pessoa (UFP, Porto, PT)



Hélène Bourhis

Professeure auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa (UFP, Porto, PT), directrice adjointe du Cerap

<https://zenodo.org/doi/10.5281/zenodo.18763823>

Résumé :

Nous avons conçu le POEBRA (Programme d'Optimisation de l'Estime de soi, de la Bienveillance et de la Réduction de l'Anxiété) comme modèle psychoéducatif d'apprentissage de la méditation visant à améliorer l'estime de soi, développer la bienveillance et réduire l'anxiété. Il repose sur l'idée que la méditation nécessite parfois une aide pédagogique pour dépasser les difficultés rencontrées dans la pratique de la méditation. Il s'appuie sur la notion de « pleine présence », qui place la perception corporelle et sensorielle au centre du processus d'apprentissage et favorise une meilleure connaissance de soi et une régulation émotionnelle.

Structuré sur huit semaines, à l'image du modèle MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), il combine méditations guidées, exercices corporels, journaux d'expérience et séances de coaching en ligne. Sa pédagogie progressive sollicite les dimensions cognitive, métacognitive et psychoaffective afin de permettre au participant d'apprendre à méditer, puis d'apprendre de sa méditation et d'en transférer les bénéfices dans sa vie quotidienne. Fondé sur la phénoménologie, la psychologie humaniste et les neurosciences éducatives, le programme considère le corps comme un vecteur central de transformation personnelle. Il vise ainsi à développer les capacités perceptives, la confiance en soi et le bien-être. Le POEBRA constitue aujourd'hui un dispositif opérationnel dont l'efficacité est en cours d'évaluation.

Mots clés : méditation, pleine présence, programme d'apprentissage, pédagogie du pas-à-pas, accompagnement

Abstract :

We designed the POEBRA (Program for Optimizing Self-Esteem, Benevolence, and the reduction of Anxiety) as a psychoeducational model for learning meditation with the aim of improving self-esteem, developing benevolence, and reducing anxiety. It is based on the idea that meditation sometimes requires educational support to overcome the difficulties encountered in the practice of meditation. The program is based on the concept of « full-presence » which places bodily and sensory perception at the center of the learning process and promotes greater self-awareness and emotional regulation. Structured over eight weeks, in line with the MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) model, POEBRA combines guided meditations, physical exercises and online weekly experiential logs and coaching sessions. Its progressive teaching method draws on cognitive, metacognitive, and psychoaffective dimensions to enable participants to learn how to meditate, then learn from their meditation and transfer the benefits to their daily lives. Based on phenomenology, humanistic psychology, and educational neuroscience, the program considers the body to be a central vehicle for personal transformation. It thus strives to develop perceptual abilities, self-confidence, and well-being. POEBRA is now an operational system whose effectiveness is currently being evaluated.

Keywords : meditation, mindfulness, learning program, step-by-step teaching, support

Introduction

Le POEBRA (Programme d'Optimisation de l'Estime de soi, de la Bienveillance et de la Réduction de l'Anxiété) est un modèle d'apprentissage de la méditation qui cible son action sur la réduction de l'anxiété, mais aussi sur l'amélioration de la bienveillance et de l'estime de soi. À l'appui de travaux ayant mis en évidence les difficultés parfois rencontrées (Lindahl et al., 2017), ou certains effets secondaires indésirables produits par la méditation (Britton et al., 2021), tels que anxiété, peurs, hyper ou hyposensibilité, pensées négatives, mais aussi ennui, difficulté à rester immobile, concentration fluctuante, déception et dévalorisation de soi, ..., nous postulons que la méditation est une pratique dont l'apprentissage (Goleman & Davidson, 2017) peut bénéficier d'un accompagnement et d'une pédagogie adaptés (Bois & Eschalier, 2019). Ce programme propose une méthodologie pas à pas qui s'appuie sur les principales efficacités reconnues de la méditation sur l'anxiété, le stress et la dépression, l'auto-compassion, les fonctions cognitives (Eberth & Sedlmeier, 2012 ; Goyal et al., 2014 ; Khoury et al., 2017 ; Sedlmeier et al., 2018 ; Vibe et al., 2017 ; Whitfield et al., 2022). Par

exemple, la sollicitation de la bienveillance, en stimulant la dimension relationnelle de compassion envers soi et envers autrui au sein de l'état de non jugement que la méditation promeut, vise à agir sur la dévalorisation de soi et l'anxiété.

Le projet de cet article est de présenter les fondements théoriques et pratiques qui ont présidé à sa conception, et qui permettent d'en saisir la filiation et les apports. Il ne s'agit pas d'évaluer son efficacité mais de documenter une démarche exploratoire de formation, de prendre acte de ses potentialités et de formuler des hypothèses que des recherches ultérieures pourraient vérifier. ■■

La méditation s'apprend et requiert certaines dispositions

La méditation a la réputation d'être simple à pratiquer. Pourtant, même si les travaux restent rares, divers effets négatifs ont été répertoriés par une équipe de chercheurs de l'université de Brown aux États-Unis. qui se manifestent sous la forme d'une hyperstimulation, d'une augmentation de l'anxiété, de peurs, d'insomnies, d'une instabilité émotionnelle,

d'une hypersensibilité générale ou d'une hyposensibilité (Britton et al. 2021). La survenue de ces effets négatifs donne lieu à débats quant à leur origine. Pour Goleman et Davidson (2017), les effets négatifs sont rares et surviennent surtout chez les personnes vulnérables lorsque ne sont pas respectées un ensemble de conditions de pratique, de fréquence et de régularité nécessaires pour que la méditation porte les fruits attendus. De leur côté, Britton et ses collègues (2021) observent que le contexte peut jouer significativement : positive et souhaitable dans une situation, l'expérience de méditation peut devenir un fardeau dans une autre.

Si la plupart des auteurs s'accordent à dire que le terme « méditation » recouvre à tort et de manière grossière des centaines d'exercices mentaux, qui répondent à une typologie, des consignes et une phénoménologie propres, on retient de leurs analyses que les pédagogies propres à l'enseignement des techniques de méditation mériteraient d'être plus clairement délimitées. Dans le champ des neurosciences, des chercheurs comme Goleman et Davidson (2017), Lutz (2020) préconisent un véritable entraînement encadré et prolongé de la pratique de la méditation, qui doit idéalement être dispensé par des professionnels experts de ces pratiques, à

l'appui d'une pédagogie sachant s'adapter au cas par cas. Lutz investit même sur la compréhension scientifique des pratiques de méditation pour mieux individualiser les différentes approches de méditation en fonction des besoins des patients.

Dès lors, la méditation peut s'envisager comme une pratique, voire un outil, d'apprentissage à partir duquel la personne déploie de nouvelles capacités et compétences dans l'art de méditer. Cet apprentissage demande des dispositions globales impliquant les sphères cognitive, métacognitive, psychoaffective et comportementale, qui vont elles-mêmes être renforcées. Ainsi les auteurs s'accordent à reconnaître que la méditation stimulerait le contrôle de l'attention (Laureys, 2022), le contrôle des émotions, l'autocompassion, le bien-être et la réduction du stress (Tang et al., 2015). Pour y parvenir, elle s'appuie sur les capacités perceptives, relationnelles et sensibles du corps (Goleman &



Image générée par IA (Mars 2026)

Davidson, 2017). Or ces capacités sont inégales entre les personnes. Elles se répercutent donc différemment sur le confort et la facilité d'apprentissage des personnes. ■■

Éducation et progressivité dans l'apprentissage de la méditation

Le programme POEBRA s'inscrit dans le paradigme des approches psychoéducatives. Il s'appuie sur une pratique de méditation dite de pleine présence et sur une pédagogie du rapport à soi passant par le rapport au corps, avec pour objectif ultime de permettre à la personne, au-delà d'apprendre à méditer seule, d'être en capacité d'apprendre « de sa méditation », sollicitant une motivation durable de pratique autonome. Pour construire ce programme nous sommes partis de l'hypothèse qu'il y a trois piliers fondamentaux à installer pour permettre une bonne pratique de la méditation et en déployer toutes les potentialités : avoir une bonne estime de soi, être bienveillant envers soi-même et être libre de toute forme d'anxiété. Et nous avons choisi de prioriser ces piliers : l'enjeu le plus fondamental et qui conditionne la qualité de l'apprentissage est celui de la réduction de l'anxiété. Le second

relevant de l'estime de soi nécessite de se connaître pour soutenir ses capacités d'apprentissage. Le troisième est celui de la bienveillance envers soi, qui procède de l'empathie et de la compassion, et donne accès au registre des relations interpersonnelles. Cet ordonnancement des priorités a conditionné le séquençage des étapes du programme.

Par ailleurs, des travaux scientifiques montrent que la dimension perceptive du rapport au corps participe à la construction de l'estime de soi, que l'éprouvé de soi issu d'un rapport au corps intériorisé restaure une présence à soi positive et bienveillante et que le lien dynamique entre perception, corporéité et psychisme améliore la gestion de l'anxiété. Ainsi, pour Bouchet et ses collègues (Bouchet, 2015 ; Bouchet & Lieutaud, 2020 ; Bourhis et al., 2017) ainsi que pour Hillion (2009), l'enrichissement de la perception corporelle et du rapport au corps et à soi agit positivement sur l'estime de soi. Lieutaud et Bois (2018) montrent les effets sur l'anxiété d'une pratique méditative centrée sur le corps, appelée introspection sensorielle, ouvrant le débat autour de la pertinence d'utiliser la perception pour agir sur l'anxiété. Enfin, Lieutaud et ses collègues (2021) observent une nette amélioration de l'estime de soi et une forte diminution de l'état et du trait d'anxiété

à l'issue de dix séances de psychopédagogie de la perception.

Nous en avons déduit l'hypothèse suivante, fondatrice du POEBRA : cultiver la pleine présence à soi par le média du corps et par la perception offre une opportunité à la personne de retrouver l'estime d'elle-même, d'éprouver un état de bienveillance envers elle-même et autrui et de mieux gérer son anxiété (Bois & Eschalier, 2019). En outre, le bien-être nécessitant, selon Ryff et Keyes (1995), une bonne estime de soi, une vision positive de sa vie, une bonne relation avec autrui, une maîtrise de sa vie et de son environnement, et enfin une capacité à donner du sens à son existence, il y a lieu d'escompter que ce programme concoure à améliorer le bien-être des personnes.

■ La notion de pleine présence

Dans la littérature, la notion de pleine présence est souvent entrelacée à celle de pleine conscience. Par exemple Laureys (2019, p. 56) parle de présence sans effort, ou « méditation de l'être pur » (pure being). Et Kabat-Zinn (2014), lorsqu'il parle de présence, évoque une qualité de concentration, de « travailler à être présent », une « illumination silencieuse », une « présence

irradiante », une sorte d'émanation de l'être. Pour lui, la présence se distinguerait de l'attention focalisée ou de l'observation ouverte et serait l'état le plus abouti de la méditation, donnant accès à une forme de conscience « pure ».

Nous postulons que la notion de pleine présence appelle une dimension relationnelle de la présence, dans laquelle le corps et la perception du corps occupent une place centrale (Bois & Eschalier, 2019). Au carrefour de la pleine conscience et de la phénoménologie de Merleau-Ponty (1945), cette pleine présence postule le primat de la perception sur la conscience et place le corps au centre d'une pédagogie de la sensorialité et de la sensibilité qui sollicite simultanément les relations entre le corps et le psychisme. Elle apporte également des innovations en s'appuyant sur la présence du mouvement interne (Bois & Eschalier, 2019).

Un de nos constats fondateurs est que plus l'homme est présent à lui-même plus il est présent à autrui, et plus il est sensible à lui-même plus il est sensible à l'autre (Bois, 2013). Dans ce contexte, tout nouvel état corporel lié à cet état sensible du corps met en lumière l'émergence d'une nouvelle compréhension de la relation à autrui (Ibid.). C'est le corps qui ouvre le sujet au monde ; il n'est pas un réceptacle passif de

sensations, mais la forme la plus primordiale de la présence à soi et à l'autre (Vinit, 2013). En fait, la dimension relationnelle de la pleine présence associe quatre capacités (Bois & Eschalié, 2019, p. 35, 38, 44, 168) : une qualité relationnelle élevée se déployant dans une vie relationnelle digne de notre humanité ; une qualité perceptive paroxystique qui s'appuie en priorité sur la sensorialité à partir de laquelle les états intérieurs organiques sont ressentis ; un catalyseur de potentialités mobilisant ce qu'il y a de plus grand dans l'Homme ; et une attitude positive et bienveillante où être présent à soi permet d'être plus présent aux autres. C'est dans cette perspective relationnelle que nous étendons le vocable « pleine présence » à la connaissance que l'Homme a de ses pensées, de ses émotions, de ses sentiments et de ses états d'âme et à la capacité à tirer du sens de l'expérience vécue.

Sur la base de cette association, nous avons développé une pratique de méditation (Méditation Pleine Présence-MDB) qui met en jeu la stimulation des potentialités relationnelle et cognitive par le média du corps sensible, ressenti, vécu et éprouvé (Bois & Eschalié, 2019). Elle est au croisement de plusieurs disciplines : la psychologie humaniste, en privilégiant la notion de perfectibilité à travers le déploiement des

potentialités de l'être humain ; la phénoménologie, en tant que philosophie de la connaissance puisqu'elle donne accès à de nouveaux savoirs sous l'angle du vécu, et en tant que philosophie du sens dans la mesure où elle cherche à comprendre la signification de ce qui a été vécu ; et enfin, le courant des neurosciences éducatives puisque la pratique méditative sollicite un grand nombre d'instruments internes.

Le POEBRA est construit dans cette lignée philosophique. La dimension éducative s'y déploie à l'aide d'un concept de progressivité pas à pas (step by step) qui vise à tenir compte des inégalités de capacités perceptives et relationnelles des personnes.

■ Une sollicitation spécifiquement sensorielle et corporelle

La Méditation Pleine Présence-MDB (méthode Danis Bois) privilégie donc la perception comme capacité de reconnaissance et d'identification sensorielle. La phénoménologie de la perception montre que pour être conscient de quelque chose, il faut l'avoir préalablement perçu ou ressenti (Merleau-Ponty, 1945). Dès lors, la place de la sensorialité est centrale dans l'expérience qui est au cœur du processus

d'apprentissage (Bois & Eschalié, 2019 ; Lieutaud & Bois, 2018) : le sens auditif est sollicité pour développer l'écoute, le sens visuel est mobilisé pour développer l'observation, le sens proprioceptif permet de ressentir le corps et le sens intéroceptif est impliqué dans la saisie des sensations organiques, des émotions, des sentiments et des états d'âmes. Le déploiement de ces modalités sensorielles est une tâche sans fin, tant les potentialités non exploitées sont grandes. Il requiert une attitude sollicitant l'esprit, la conscience et les sentiments.

A ces différentes modalités sensorielles, s'ajoute le tact interne au sens de Maine de Biran (Bégout, 1995) : « je sens que je sens », grâce auquel le pratiquant peut se mettre en surplomb de son expérience et ainsi favoriser la mobilisation de ses capacités réflexives en temps réel de l'action. Cette mise en perspective interroge ce qui se vit dans le corps au cours de la méditation. Elle suscite une plongée dans l'intériorité corporelle qui rappelle le propos de James, pour qui tout champ de conscience est d'abord un état ou une disposition du corps (Odrej, 2013, p. 90), ou le modèle de l'embodied cognition de Varela (1991), courant mettant en évidence la façon dont les expériences sensorimotrices influencent la manière de penser, et dont le corps et l'esprit sont irréductibles l'un

de l'autre (Odrej, 2013 ; Rinaldi, 2023).

Dans la lignée de ces modèles, le POEBRA envisage le corps comme un lieu d'expérience de soi à partir duquel le sujet apprend. La façon d'entrer en relation avec le corps définit le degré de pleine présence à soi et inversement. Les opérations mentales étant dominées par les cartes et les images engendrées sur la base des informations sensorielles (Damasio, 2021), le corps sensible devient un lieu d'articulation entre perception et pensée, dévoilant tout un processus de connaissances qui ouvrent à de nouvelles compréhensions de soi et du sens de sa vie (Bourhis, 2012). La fonction essentielle de la perception telle qu'elle est sollicitée est de fonder et d'inaugurer la connaissance. Il s'agit d'apprendre à saisir un sens immanent, avant tout jugement (Merleau-Ponty, 1945, p. 60). Le POEBRA déploie cette dynamique en s'appuyant sur le concept de « potentialité perceptive » (Bourhis, 2007, 2009), qui tient compte à la fois des inégalités de compétences et de leur caractère éduicable. Il s'appuie sur trois grandes notions : la présence de compétences perceptives potentielles qu'il convient d'actualiser (Cusson, 2013), l'intelligence sensorielle (Bourhis, 2012) porteuse de sens nourrissant la réflexion, et l'évolutivité de l'intelligence à tout âge (Gardner, 2008).

Ainsi, la méthode d'apprentissage portée par le POEBRA change la perspective habituelle de la méditation, qui prend ici le statut d'outil éducatif au service du déploiement de potentialités, de ressources, de capacités et de compétences de la personne. Dans sa dynamique éducative et par son inscription phénoménologique, le programme place le corps et la perception au cœur des processus d'apprentissage. Il privilégie le rapport à soi (l'estime de soi), le rapport à autrui (la bienveillance), le bien-être mental (la réduction de l'anxiété) et le rapport au corps perçu (conscience corporelle de soi, conscience intéroceptive).

■ Sollicitation cognitive, métacognitive, psychoaffective : les neurosciences éducatives

Les sciences de l'éducation des adultes (andragogie) préconisent l'implication de l'apprenant, la prise en considération de l'expérience propre, le lien entre l'apprentissage et le contexte réel de la personne (Dewey, 1968). En outre, l'apprentissage doit répondre à une problématique, privilégiant l'apprentissage par l'expérience (Knowles, 1970) ciblé sur l'autonomie et l'auto-évaluation.

La dynamique pédagogique du POEBRA s'appuie sur ces principes. Les processus mentaux sollicités visent à intégrer de nouvelles connaissances et à mettre en jeu les fonctions exécutives, comme organiser, planifier, juger, faire preuve d'abstraction, être flexible, savoir inhiber des actions non adaptées, être auto-discipliné, mener un raisonnement cohérent, et/ou faire preuve de créativité. La cognition corporéisée des participants est sollicitée en première personne : impliqués par un déroulé sollicitant des fonctions exécutives opérationnelles, ils explorent au plan métacognitif la façon dont ils sont touchés par ce qu'ils perçoivent dans leur intériorité (Bois & Eschalier, 2019). Le degré de sollicitation cognitive, métacognitive, psychoaffective et comportementale, en fait un programme spécialement conçu pour l'adulte. Et comme les personnes ne sont pas égales dans l'acquisition des compétences perceptives visées, un accompagnement sur mesure est intégré au programme, assuré par des coachs dûment formés et préalablement diplômés en psychopédagogie de la perception.

L'acquisition de connaissances et de vécus profonds se rapportant à l'art de méditer est réparti au sein du programme en trois séquences.

La première est axée sur l'apprentissage de la méditation : « comment apprendre à méditer ». L'aspect factuel de la pratique méditative glisse progressivement vers la deuxième séquence qui touche la métacognition en invitant la personne à « apprendre de sa méditation ». Puis la troisième séquence concerne davantage la sphère psychoaffective consistant à faire le pont entre l'expérience vécue pendant la méditation et la vie quotidienne de la personne : « apprendre à réaliser des transferts entre le vécu de la méditation et sa propre vie ». ■

méthodologique et l'articulation entre fondements conceptuels, structure opérationnelle et pédagogie de la perception de soi et de la confiance en soi.

■ En cohérence avec le modèle du MBSR, une durée de huit semaines

Les effets de la méditation sur le processus de transformation du méditant se perçoivent au niveau cérébral par la neuroplasticité du cerveau (Tang et al., 2015). Des changements notoires de certaines aires cérébrales apparaissent chez des novices qui méditent vingt minutes par jour pendant huit semaines (Laureys, 2019). Pour autant, les études menées sur l'effet dose n'ont pas encore clairement répondu aux questions de l'observance et de la posologie comme cela est fait pour les médicaments (André, 2018).

La durée la plus efficace du programme ou des méditations quotidiennes ne fait pas consensus. Elle varie selon des études et les pratiques mobilisées (méditation pleine conscience, transcendantale, zen, pleine présence, relaxation, yoga, etc.). So et Orme-Johnson (2001) observent qu'une pratique régulière de la méditation transcendantale deux fois par jour pendant 15 à 20 minutes durant 6 à 12 mois permet



© Pleine présence MDR

Le modèle théorique et pratique du POEBRA

Les partis pris ayant présidé à la construction du POEBRA nous conduisent à tenter d'en formaliser la pertinence

d'améliorer les capacités cognitives. Dans le champ des pratiques de pleine conscience, Vibe et ses collègues (2017) ont conduit une méta-analyse sur 70 études s'appuyant sur les protocoles du MBSR et observent que les durées d'intervention (variant de 6 à 8 semaines, avec des durées de pratiques comprises entre 1 et 2.5 heures par semaine) n'améliorent pas la taille de l'effet mesuré sur la santé mentale des participants, que ce soit en contexte clinique ou sur populations saines. À l'inverse, Liu et ses collègues (2021), qui filtraient les effets des MBIs (Mindfulness Based Intervention, ou interventions basées sur la mindfulness) sur le trouble social anxieux, observent une amélioration de l'efficacité avec la durée des programmes, sans pouvoir établir de relations dose-réponse faute d'un nombre suffisant d'études. Cette incertitude du gain d'efficacité selon la durée des programmes est confortée par Sedlmeier et ses collègues (2018) qui ont comparé les effets psychiques sur adultes en bonne santé de toutes les formes de méditations. Indépendamment d'une durée optimale, des travaux indiquent qu'en termes d'efficacité sur l'anxiété ou la santé mentale, la régularité de la pratique prévaudrait sur la quantité ou l'ancienneté dans la pratique (Lieutaud & Bois, 2018 ; Yela et al., 2020).

La durée standard du MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) faisant référence, est de huit semaines (Kabat-Zinn et al., 2012). Elle nous semble compatible avec les recommandations du constructivisme de Piaget (1975) – qui a détaillé sans chiffrage l'importance de respecter le temps nécessaire à la personne pour modifier sa structure d'accueil. Elle nous semble également compatible avec le temps nécessaire aux négociations parfois requises chez l'apprenant pour qu'il puisse opérer à son rythme les conversions perceptives et cognitives face à l'évidence vécue dans la méditation.

En conséquence, nous avons choisi de construire le POEBRA sur cette durée de huit semaines. Cela permet de l'inscrire dans une référence temporelle commune avec le MBSR qui facilitera les analyses comparatives ultérieures. Par contre c'est une durée qui peut représenter un défi pour l'apprenant dans son engagement et sa régularité. Pour soutenir son implication et sa persévérance sur la durée totale, le POEBRA stimule la motivation intrinsèque du participant en le sollicitant dans ses besoins innés de compétence, d'autodétermination et d'affiliation, à l'appui du modèle des motivations de Deci & Ryan (1991) et des travaux de Bouchet (2015, p. 121).

■ Le choix du numérique au service de l'apprentissage à distance

Le champ croissant de l'enseignement à distance gagne celui de l'apprentissage de la méditation. Il s'y opère une conversion dans laquelle se joue une transformation pour démocratiser un enseignement, mais aussi une transformation communicationnelle qui modifie la transmission traditionnelle de la méditation (Zibaut, 2025). Avec le numérique, de plus en plus de personnes ont accès à la méditation pour se sentir mieux au quotidien sans avoir à se déplacer. Elles peuvent commencer à tout moment en fonction de leur disponibilité, guidées sous la forme d'audio ou de vidéo, mais s'arrêter également à tout moment.

Marion Spijkerman a conduit avec deux groupes de collègues différents, deux méta-analyses à cinq ans d'écart, sur les impacts des MBIs (interventions basées sur la mindfulness) administrées en ligne (Sommers-Spijkerman et al., 2021 ; Spijkerman et al., 2016) et constate que le potentiel d'action bénéfique de ce type de pratiques sur la santé mentale des gens a tenu ses promesses : de 15 études randomisées exploitables recensées en 2015, elle est passée à 97 en décembre 2020, parlant d'un « boom » des

pratiques en ligne. Si les bénéfices sur l'anxiété et les syndromes dépressifs restent modérés à faibles, l'efficacité sur le stress serait sensiblement meilleure lorsque la pratique en ligne est assortie d'un guidage. Elle souligne par ailleurs l'importance de veiller à la qualité méthodologique des programmes, à l'adhésion des participants (taux d'abandons élevés et variables) et au suivi post intervention à long terme.

L'apprentissage proposé dans le POEBRA se déroule entièrement en ligne. Les supports développés sont des audios de méditations enregistrées, des vidéos de cours de synthèse et d'exercices de gestuelle lente facultatives, des séances de coaching en visioconférences, ainsi que des journaux d'expérience et questionnaires auto-évaluatifs que les participants complètent en ligne (voir plus loin journaux d'expérience). En échos des recommandations de Spijkerman et ses collègues, la méthode pédagogique du POEBRA a été finement pensée, tant dans son inscription épistémologique que dans ses bases scientifiques ou son développement opérationnel. L'enjeu de la persistance de l'adhésion a été traité à travers la question de la motivation intrinsèque en regard de la durée du programme (voir plus haut), avec pour leviers d'action des modalités de guidage sollicitant la personne à chaque

étape dans sa compétence actuelle et en devenir (voir plus loin « le degré d'accessibilité »), et avec pour effet secondaire de soutenir la confiance et l'estime de soi.

■ L'apport du guidage verbal

Omniprésent dans l'enseignement de la méditation, le guidage verbal est le plus souvent entrevu comme un mode d'emploi permettant la pratique de la méditation en direct ou en différé, en présentiel ou à distance. Nous pensons que son importance pédagogique est majeure, et que guider verbalement une méditation est un art, qui requiert une grande expertise dans la justesse du choix des consignes, de la prosodie et du respect des temps de silence (Bois & Eschalier, 2019, p. 145). Spijkerman pointe, en outre, son importance dans les protocoles administrés en ligne comme facteur d'amélioration de l'efficacité des MBIs sur le stress (Sommers-Spijkerman et al., 2021).

Ainsi, le POEBRA s'appuie sur des choix d'organisation, d'agencement, de rôle des outils proposés, etc. qui rationalisent son impact donc son efficacité. Et le guidage verbal, déployé dans les supports enregistrés et dans le coaching hebdomadaire, est envisagé à travers plusieurs de

ses fonctions : une fonction de communication à distance (accessible à un grand nombre de personnes, méditation chez soi, réduction des distances, économie, possibilité de réécouter les méditations, autonomie) ; une fonction interactive entre le guide et l'apprenant (qualité de la présence, prosodie, recherche de résonance) ; une fonction pédagogique et didactique (informations et stratégies cognitives, perceptives, relationnelles et comportementales) ; une fonction d'accompagnement visant le respect du protocole et de sa progressivité (protocole, agencement et chronologie, observance).

Dans les méditations proprement dites, tenant compte des difficultés d'apprentissage et effets secondaires indésirables pouvant apparaître au contact de la méditation, le guidage endosse plusieurs vocations : il vise à apporter un soutien aux personnes qui éprouvent des difficultés à rester silencieuses, immobiles, attentives ou présentes ; il offre des orientations et des objectifs aux personnes qui ont besoin de repères ; il véhicule des savoirs, des connaissances en temps réel de la pratique, dans le but d'aider les personnes à réaliser les tâches à accomplir, à en comprendre les enjeux et à prendre conscience chemin faisant de leur propre progression. ■■

Évaluation de la tâche selon son degré	Évaluation de l'avancement de l'apprenant selon
<ul style="list-style-type: none"> • De faisabilité (de facile à complexe) • De critères objectifs et/ou subjectifs • De contrôlabilité ou non • De mobilisation attentionnelle (de faible à forte) • De niveau de conscience requis (de faible à élevé) • De qualité de présence déployée (de faible à élevée) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sa capacité à réaliser la tâche seul ou avec de l'aide • Son incapacité à réaliser la tâche même avec de l'aide • Sa flexibilité attentionnelle (faculté d'adaptation à l'exercice) • Sa rapidité à maîtriser la tâche avec de l'aide ou de façon autonome

Tableau 1 : Grille d'évaluation des critères d'accessibilité.

Le modèle pédagogique du POEBRA

■ Le degré d'accessibilité de la tâche à accomplir

Le modèle pédagogique du POEBRA s'inspire des principes socioconstructivistes de Vygotsky (Yvon & Zinchenko, 2011). Les méditations proposées dans la structure du programme suivent un déroulé pédagogique progressif qui sollicite les compétences de l'apprenant et ses potentialités, suivant un déroulé standardisé (stepping) de tâches à accomplir. L'agencement de ces tâches et leur chronologie précise va du plus simple au plus élaboré (voir processus éducatif), et chaque méditation prépare l'accès à la suivante. Ainsi, la personne apprend pas à pas (step-by-step) à reconnaître les tâches qu'elle sait faire seule, celles qu'elle sait faire avec de l'aide et celles qu'elle ne sait pas (encore) faire. Elle progresse par étape, sans avoir l'impression de faire un effort particulier, renforçant par la même occasion sa confiance en

sa compétence d'apprenant (progression et capacité à progresser). Tout au long de son processus de découverte, elle est accompagnée par un coach spécialement formé à l'accompagnement de ce programme, qui l'aide à réguler les incompréhensions, impatiences et autres difficultés évoquées plus haut.

Le degré d'accessibilité des tâches proposées dans cette dynamique éducative s'appuie sur les capacités de l'apprenant. Ces deux dimensions, d'accessibilité et de capacités sont entrelacées et forment à la fois la structure du programme et la méthode d'accompagnement. Leur évaluation concomitante est proposée à l'apprenant à chaque étape de son parcours (voir tableau 1) et sert de support pédagogique au coaching.

■ Le processus éducatif du programme

Le programme est séquencé en deux grandes étapes de quatre semaines. La première

visé l'apprentissage de la méditation proprement dite. Elle est orientée sur l'apprivoisement du silence et de l'immobilité, sur la sensibilisation progressive aux perceptions internes du corps, sur le développement de la confiance de la personne dans sa capacité à réaliser et maîtriser des tâches simples prises d'abord isolément puis simultanément.

La seconde ouvre la personne à la possibilité d'apprendre de sa méditation. Or apprendre de sa méditation sollicite un engagement personnel plus important qu'apprendre à méditer. En effet, apprendre de sa méditation concerne la sphère psychoaffective. Les thèmes développés à partir de la cinquième semaine, renvoient la personne à sa propre existence et à ses manières d'être à elle-même, à autrui et au monde. Dans cette perspective, la sphère psychoaffective ne concerne pas

seulement l'activation des problématiques affectives (situation traumatisantes, blessantes, conflictuelles), mais aussi, et surtout, les vécus heureux, positifs convoqués par le climat de bienveillance qui règne dans le processus de découverte et d'apprentissage. L'apprenant est invité tout au long du programme à faire des ponts, des liens, entre son expérience intérieure et sa vie quotidienne. Cette nature d'apprentissage sollicite la sphère métacognitive en invitant le participant à s'auto-analyser, à mobiliser une auto-conscience, à s'auto-réguler et à activer des potentiels dormants. Ce processus est stimulé par le remplissage de journaux d'expérience et les séances hebdomadaires de coaching, qui visent à accompagner la personne dans la verbalisation, la mise en mots de son expérience et dans la compréhension des bénéfices qu'elle peut retirer d'une telle démarche.

Semaine n°	Objectif principal et thème de travail	Fréquence
Semaine 1	Explorer le corps, la posture et l'immobilité	<ul style="list-style-type: none"> • Deux méditations guidées à pratiquer chacune 3 fois (1 méditation par jour). Le 7e jour la méditation proposée est de 20 minutes dans le silence. Lorsque les méditations font moins de 20 minutes, il est demandé à la personne de prolonger son temps de méditation autant qu'elle le peut en restant dans le silence jusqu'à atteindre en tout 20 minutes. • Une méditation dynamique (gestuelle lente introspective codifiée) à l'aide d'un support vidéo, à réaliser au moment choisi au moins trois fois par semaine et aussi souvent que souhaité. • L'écoute de supports vidéo et audio d'information voire de méditations complémentaires • La tenue d'un journal d'expérience à compléter en fin de semaine • La participation à la séance hebdomadaire de coaching collectif
Semaine 2	Développer le sens auditif et le sens visuel	
Semaine 3	Mobiliser ses ressources attentionnelles	
Semaine 4	Accueillir ses pensées et gérer l'anxiété par la respiration	
Semaine 5	Devenir pleinement présent et découvrir le mouvement interne	
Semaine 6	Déployer les qualités du cœur	
Semaine 7	Cheminer vers son intériorité et vers la bienveillance envers autrui	
Semaine 8	Retrouver l'enthousiasme et le bonheur intérieur	

Tableau 2 : Déroulé pédagogique du POEBRA.

■ Le déroulé global qui en résulte

Tout au long des huit semaines, l'apprentissage est progressif (step-by-step) et l'agencement des exercices prend en compte les effets secondaires de la pratique et les difficultés pouvant être rencontrées par l'apprenant. Il répond aussi à la nécessité d'un entraînement prolongé et encadré qui sollicite de façon progressive les sphères cognitive, métacognitive et psychoaffective et comportementale (voir tableau 2).

Le programme met à disposition seize méditations guidées de 15 à 20 minutes chacune en moyenne (2 par semaine). Huit séquences de méditation active (gestuelle intériorisée) de 3 minutes sont également proposées, ainsi que des compléments d'informations ou de méditations courtes d'usage facultatif. ■■

Vers la mise en œuvre opérationnelle du POEBRA

Ce programme a été développé sur une plateforme d'apprentissage en ligne (LMS), qui permet de délivrer les séquences hebdomadaires à mesure que la personne progresse dans son apprentissage. Chaque semaine se termine par une pratique

méditative en autonomie suivie du remplissage du journal d'expérience qui est ensuite partagé individuellement avec le coach. Une séance hebdomadaire collective permet de partager les compréhensions, interrogations et progressions de chacun, sous la vigilance du coach, attentif à préserver une atmosphère de pleine présence, bienveillante aux processus individuels d'apprentissage et aux capacités propres de chacun. Nous recommandons d'accompagner la mise en œuvre du POEBRA du remplissage (avant et à l'issue des huit semaines) d'une série de tests psychométriques portant a minima sur l'anxiété, l'estime de soi et l'auto-compassion. En effet, nous avons pu observer dans des travaux antérieurs (Lieutaud et al., 2021) que, au-delà de la fonction évaluative de ces tests, la formulation des items suscite un questionnement et une réflexion très porteuse chez les participants.

Le POEBRA, instrument opérationnel et concept pédagogique, est aujourd'hui prêt à faire l'objet d'évaluations quantitatives et qualitatives pour évaluer sa pertinence pour l'apprentissage de la méditation dans une perspective d'amélioration de l'estime de soi et de l'autocompassion, et de réduction de l'anxiété. Les premières études ont commencé en 2021 et sont à ce jour en cours de publication. ■■

Bibliographie

- André, C. (2018). Méditation, médecine et neurosciences. *Études*, 49-60. <https://doi.org/10.3917/etu.4255.0049>
- Bégout, B. (1995). *Maine de Biran, la vie intérieure*. Payot.
- Bois, D. (2013). L'Homme autrui de lui-même : Cheminer vers soi pour cheminer vers autrui. In D. Bois, J.-P. Gauthier, M. Humpich, & J.-M. Rugira, *Identité, Altérité, Réciprocité—Articulation au coeur des actions d'accompagnement et de formation—Tome 1* (p. 25-32). Editions Ibuntu.
- Bois, D., & Eschalier, I. (2019). *La méditation pleine présence : Les sept voies d'accès à la chaleur humaine* (1er édition). Eyrolles.
- Bouchet, V. (2015). *Accompagnement en Psychopédagogie perceptive et Estime de soi. Recherche qualitative et quantitative auprès d'une population de personnes accompagnées en psychopédagogie perceptive* [Thèse de doctorat, Université Fernando Pessoa]. www.cerap.org
- Bouchet, V., & Lieutaud, A. (2020). On Perceptual Education and its Impacts on Anxiety and Self-Esteem from the Somatic-Psychoeducation (SPE) Perspective. *EC Psychology and Psychiatry*, 9(8), 24-27.
- Bourhis, H. (2007). *Pédagogie du Sensible et Enrichissement des Potentialités Perceptives* [Master 2, Paris VIII]. https://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/mestrados/m_hbourhis.pdf
- Bourhis, H. (2009). Pédagogie du Sensible et enrichissement des potentialités perceptives : Accéder à la réciprocité actuante. In D. Bois & M. Humpich, *Vers l'accomplissement de l'être humain : Soins, croissance et formation*. Point d'Appui.
- Bourhis, H. (2012). *Toucher manuel de relation sur le mode du Sensible et Intelligence sensorielle : Recherche qualitative auprès d'une population de somato-psychopédagogues* [Thèse de doctorat]. Université Paris VIII.
- Bourhis, H., Bouchet, V., Bois, D., & Lieutaud, A. (2017). The Impacts of Somatic Psychoeducation on Self-Esteem. *EC Psychology and Psychiatry*, 5(2), 43-51.
- Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., & Palitsky, R. (2021). Defining and Measuring Meditation-Related Adverse Effects in Mindfulness-Based Programs. *Clinical Psychological Science*, 9(6), 1185-1204. <https://doi.org/10.1177/2167702621996340>
- Cusson, A. (2013). Enrichissement perceptif et sujet Sensible : Traverser la difficulté perceptive. *Réciprocités*, (7), 46-55.
- Damasio, A. R. (2021). *Sentir et savoir* (Odile Jacob).
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self : Integration in personality. In R. Dienstbier, *Nebraska Symposium on motivation : Vol 38. Perspectives on motivation* (p. 237-288). University of Nebraska.
- Dewey, J. (1968). *Expérience et éducation [Experience and education]*. (M.-A. Carroi, Trad.). Armand Colin.
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The Effects of Mindfulness Meditation : A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 3(3), 174-189. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x>
- Gardner, H. (2008). *Les intelligences multiples : La théorie qui bouleverse nos idées reçues*. Retz.
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2017). *Altered traits : Science reveals how meditation changes your mind, brain, and body*. Avery.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being : A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
- Hillion, J. (2009). L'éprouvé de soi : Un socle pour l'estime de soi. In M.-A. Mallet, *Estime de soi et formation*. Téraèdre. <https://www.decite.fr/revues/chemins-de-formation-n-14-octobre-2009-estime-de-soi-et-formation-9782912868855.html>
- Kabat-Zinn, J. (2014). *L'éveil des sens : Vivre l'instant présent grâce à la pleine conscience* (O. Colette, Trad.; Nouvelle éd. revue et augmentée). Les Arènes.
- Kabat-Zinn, J., André, C., & Maskens, C. (2012). *Au coeur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur le mindfulness : programme complet en 8 semaines*. J'ai lu.
- Khoury, B., Knäuper, B., Schlosser, M., Carrière, K., & Chiesa, A. (2017). Effectiveness of traditional meditation retreats : A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 92, 16-25. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.11.006>
- Knowles, M. (1970). *The Modern Practice of adult education* (NY, Houston Texas).
- Laureys, S. (2019). *La Méditation, c'est bon pour le cerveau*. Odile Jacob.

- Laureys, S. (2022). *Méditer avec le docteur Steven Laureys*. Odile Jacob.
- Lieutaud, A., & Bois, D. (2018). Sensorial Introspection and its Possible Influence on Anxiety – towards the Study of its Modalities of Action. *EC Psychology and Psychiatry*, 7(9), 637-654.
- Lieutaud, A., Grenier, K., & Bois, D. (2021). The Effects of a Mind–Body Approach, Somatic Psychoeducation, on Anxiety and Self-Esteem. *Alternative and Complementary Therapies*, 27(4), 176-186. <https://doi.org/10.1089/act.2021.29341.ali>
- Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., & Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience : A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *PLOS ONE*, 12(5), e0176239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>
- Liu, X., Yi, P., Ma, L., Liu, W., Deng, W., Yang, X., Liang, M., Luo, J., Li, N., & Li, X. (2021). Mindfulness-based interventions for social anxiety disorder : A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 300, 113935. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113935>
- Lutz, A. (2020, avril 16). *La méditation agit directement sur notre stress* (F. Lecompte) [CNRS Le Journal]. <https://lejournal.cnrs.fr/articles/la-meditation-agit-directement-sur-notre-stress>
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Editions Gallimard.
- Odrej, S. (2013). Phénoménologie des émotions,. In *Phénoménologie des émotions* (p. 206). Presse universitaire du Septentrion.
- Piaget, J. (1975). *L'Équilibration des structures cognitives : Problème central du développement*. PUF.
- Rinaldi, R. (2023). La cognition incarnée ou quand la pensée vient du corps. *Sciences Humaines - Hors-série*, (28), 28-33.
- Ryff, C., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, (69), 719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Sedlmeier, P., Löbe, C., & Quasten, L. C. (2018). Psychological Effects of Meditation for Healthy Practitioners : An Update. *Mindfulness*, 9(2), 371-387. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0780-4>
- So, K.-T., & Orme-Johnson, D. W. (2001). Three randomized experiments on the longitudinal effects of the Transcendental Meditation technique on cognition. *Intelligence*, 29(5), 419-440. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(01\)00070-8](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(01)00070-8)
- Sommers-Spijkerman, M., Austin, J., Bohlmeijer, E., & Pots, W. (2021). New Evidence in the Booming Field of Online Mindfulness : An Updated Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *JMIR Mental Health*, 8(7), e28168. <https://doi.org/10.2196/28168>
- Spijkerman, M. P. J., Pots, W. T. M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health : A review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 45, 102-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.03.009>
- Tang, Y.-Y., Hölzel, B., & Posner, M. I. (2015). *The neurosciences of mindfulness meditation*. 16(4), 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Varela, F. J., Thompson, Evan., & Rosch, Eleanor. (1991). *The embodied mind : Cognitive science and human experience*. MIT Press.
- Vibe, M. de, Bjørndal, A., Fattah, S., Dyrdal, G. M., Halland, E., & Tanner-Smith, E. E. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults : A systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1-264. <https://doi.org/10.4073/csr.2017.11>
- Vinit, F. (2013). De Tandava à la méthode phénoménologique : Regards croisés autour d'un pratique de l'attention. In *Quelle conscience de son corps ?* (CNRS Edition, p. 125-132).
- Whitfield, T., Barnhofer, T., Acabchuk, R., Cohen, A., Lee, M., Schlosser, M., Arenaza-Urquijo, E. M., Böttcher, A., Britton, W., Coll-Padros, N., Collette, F., Chételat, G., Dautricourt, S., Demnitz-King, H., Dumais, T., Klimecki, O., Meiberth, D., Moulinet, I., Müller, T., ... Marchant, N. L. (2022). The Effect of Mindfulness-based Programs on Cognitive Function in Adults : A Systematic Review and Meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 32(3), 677-702. <https://doi.org/10.1007/s11065-021-09519-y>
- Yela, J. R., Crego, A., Gómez-Martínez, M. Á., & Jiménez, L. (2020). Self-compassion, meaning in life, and experiential avoidance explain the relationship between meditation and positive mental health outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1631-1652. <https://doi.org/10.1002/jclp.22932>
- Yvon, F., & Zinchenko, Y. (2011). *Vygotsky, une théorie du développement et de l'éducation : Recueil de textes et commentaires* (L. Chaiguerova & F. Sève, Trad.). MGU. https://www.unige.ch/fapse/leforcas/files/9214/2608/9943/Vygotsky_1-428.pdf
- Zibaut, C. (2025). *Méditation et médiations technologiques. Conversion, transposition et reconfiguration de la méditation dite de "pleine conscience" dans l'environnement numérique : Le cas des applications de méditation*. [Doctorat]. Université de Tours.