



HAL
open science

La méditation pleine conscience : vers une pratique professionnelle médicale sereine : étude qualitative auprès de médecins pratiquant la méditation pleine conscience

Elodie Humbert

► **To cite this version:**

Elodie Humbert. La méditation pleine conscience : vers une pratique professionnelle médicale sereine : étude qualitative auprès de médecins pratiquant la méditation pleine conscience. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297712

HAL Id: hal-03297712

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297712>

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE
2019

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

THESE – MEMOIRE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle des études médicales
par

Elodie HUMBERT

Le Lundi 20 mai 2019

La méditation pleine conscience : Vers une pratique professionnelle médicale sereine

**Etude qualitative auprès de médecins
pratiquant la méditation pleine conscience**

Examineurs de la thèse :

M le Professeur JM BOIVIN

M le Professeur E SCHWAN

M le Professeur S ZUILY

M le Docteur D GONTHIER

Président de thèse

Jury de thèse

Jury de thèse

Jury et directeur de thèse



Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyenne
Pr Laure JOLY

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Laure JOLY
SIDES : Dr Julien BROSEUS
Formation à la recherche : Pr Nelly AGRINIER
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
International : Pr Jacques HUBERT
Vie Facultaire : Dr Philippe GUERCI

Président de Conseil Pédagogique : Pr Louise TYVAERT
Président du Conseil Scientifique : Pr Jean-Michel HASCOET

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER –
Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER – Henry COUDANE –
Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean-Bernard DUREUX –
Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER -
Pierre GAUCHER - Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET -
Michèle KESSLER - François KOHLER - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE
Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS –
Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – François MARCHAL - Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET -
Pierre MATHIEU Michel MERLE - Daniel MOLÉ - Pierre MONIN - Pierre NABET – Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU
- Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND –
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON -
Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Paul VERT –
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER –
Denis ZMIROU

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Etienne ALIOT - Pierre BEY - Henry COUDANE - Serge BRIANÇON - Jean-Pierre CRANCE - Gilbert FAURE
Bernard FOLIGUET - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Michèle KESSLER –
François KOHLER - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Yves MARTINET - Patrick NETTER –
Jean-Pierre NICOLAS - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Pierre VILLEMOT

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2° sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV

3° sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2° sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD –

Professeure Valérie CROISÉ - Professeur Jacques FELBLINGER – Professeur Damien MANDRY –

Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2° sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3° sous-section (Biologie cellulaire)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

4° sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2° sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3° sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Bruno HOEN - Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4° sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2° sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT –

Professeur Frédéric MARCHAL

3° sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4° sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{re} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

4^e sous-section : (*Thérapeutique-médecine de la douleur ; addictologie*)

Professeur Nicolas GIRERD - Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL –
Professeur Faiez ZANNAD

49° Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{re} sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Sébastien RICHARD –
Professeur Luc TAILLANDIER Professeure Louise TYVAERT

2^e sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS –
Professeur Olivier KLEIN

3^e sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Vincent LAPREVOTE - Professeur Raymund SCHWAN

4^e sous-section : (*Pédopsychiatrie ; addictologie*)

Professeur Bernard KABUTH

5^e sous-section : (*Médecine physique et de réadaptation*)

Professeur Jean PAYSANT

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^e sous-section : (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

3^e sous-section : (*Dermato-vénérologie*)

Professeure Anne-Claire BURSZTEJN - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{re} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^e sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET –

Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52e Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD –

Professeure Adeline GERMAIN

3^e sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^e sous-section : (*Urologie*)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53° Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{re} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

3° sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54° Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{re} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET

Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2° sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3° sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4° sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2° sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

3° sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61° Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64° Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65° Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeure associée Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42° Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{re} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

43° Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{re} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Antoine VERGER

44° Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{re} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Catherine MALAPLATE –

Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2° sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS

45° Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{re} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^e sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46° Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{re} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^e sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^e sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47° Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{re} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS – Docteure Maud D’AVENI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^e sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

48° Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D’URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{er} sous-section : (*Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire*)

Docteur Philippe GUERCI (stagiaire)

2^e sous-section : (*Médecine intensive-réanimation*)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^e sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50° Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{re} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

4^e sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51° Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^e sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^e sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire*)

Docteure Nicla SETTEMBRE (stagiaire)

52° Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{re} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ

2^e sous-section : (*Chirurgie viscérale et digestive*)

Docteur Cyril PERRENOT

54° Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L’ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

4^e sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; Gynécologie médicale*)

Docteure Eva FEIGERLOVA (stagiaire)

5^e sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55° Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{re} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^e Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^e Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^e Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^e Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^e Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Madame Ketsia HESS –
Monsieur Christophe NEMOS

66^e Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

69^e Section : NEUROSCIENCES

Madame Sylvie MULTON

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Cédric BERBE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de
Kyoto (JAPON)*

Professeure Maria DELIVORIA-
PAPADOPOULOS (1996) *Université de
Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de thèse,
Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Médecine Générale

Merci de m'avoir fait l'honneur d'être le président du jury de cette thèse-mémoire.

Merci de m'avoir permis de réaliser ce projet passionnant suite à une discussion sur mon expérience personnelle de la méditation, me tenant tout particulièrement à cœur.

Je vous exprime mes sincères remerciements et vous prie de croire en mon profond respect.

A notre Maitre et Juge,
Monsieur le Professeur Edmund SCHWAN,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Psychiatrie

*Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse-mémoire.
Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.*

A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Stéphane ZUILY,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier de Médecine Vasculaire

*Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury de cette thèse-mémoire.
Je vous prie de trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.*

A notre Maître et Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur Damien GONTHIER,

Docteur en Médecine Générale,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse-mémoire.

Merci pour votre grande implication et disponibilité au cours de ce travail.

Merci de m'avoir initié aux travaux de la recherche qualitative, et d'avoir exacerbé mon sens de l'observation et d'écoute grâce à vos qualités de chercheur.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère amitié.

A ma famille,

A mes parents,

*Pour votre soutien inconditionnel pendant toutes ses années d'étude, si longues furent-elles !
Soyez fiers de m'avoir permis de réaliser mon rêve de devenir médecin.*

Merci papa de me transmettre ta fierté en me recrutant des patients depuis l'autre bout de la France !

Merci maman pour le réconfort que tu m'apportes en échangeant sur nos quotidiens, pas toujours simples !

A ma sœur, Clémence

*Pour m'avoir oxygéné la tête pendant mes études en partageant des déjeuners au RU, ou encore en passant des nuits blanches à faire les escaliers de tes maquettes la veille de rendu !
Merci de m'avoir fait partager tes moments d'apprenti architecte, je suis fière d'avoir une sœur qui a su suivre ses rêves et qui est finalement rentrée dans la vie active avant sa grande sœur !*

A mon amour,

Merci de partager mon quotidien, mes doutes et mes humeurs !

Merci de me donner l'envie de surpasser mes compétences et envisager de nouveaux horizons. Ce tour du monde, on le fera !

A ma grand-mère maternelle, mémère Dédée,

Pour la fierté que je pouvais lire dans ses yeux d'avoir une petite-fille en médecine, qui aimait tant le dire à ses copines,

A qui j'aurais tellement voulu lui présenter ce travail de fin d'étude.

A mes amis et collègues ...

A Camille, mon amie depuis les premières heures passées sur les bancs de la fac

Merci pour tous ces moments partagés pendant nos études, autant festifs que studieux !

Ta présence fut toujours un très grand soutien et tu seras à jamais une complice hors pair !

A Pauline, ma binôme d'ostéo

Merci de me donner l'envie de sortir de mon quotidien et de découvrir la partie rock and roll de moi-même !

A mes potes d'ostéo, Pierre-Olivier, Gauthier, Camille, Fiona, Pierre, JC, Marion et Edouard

Merci pour la bonne humeur que vous insufflez à cette formation, essentielle pour s'investir studieusement à la palpation des sulcus ! Sans oublier ses folles soirées passées à vos côtés !

A mes co-internes de Saint-Dié,

Merci pour ses soirées au Darou à déguster du rhum !

Merci à Edouard, d'avoir partagé ce semestre en Médecine A, ta bonne humeur toujours présente était tellement contagieuse ! Merci de m'avoir lancé dans l'ostéopathie aussi !

A tous les médecins et professionnels de santé rencontrés lors de ma formation,

A Dr Carrier,

Merci de m'avoir initié à la médecine libérale. Votre rigueur et votre savoir m'ont donné de solides bases à la construction du médecin que je vais devenir.

Merci de m'avoir donné votre confiance pour débiter les premiers remplacements !

A Dr François,

Merci de m'avoir initié à la médecine libérale. Votre empathie et votre bienveillance envers vos patients resteront à jamais un modèle dans ma pratique future.

Merci de m'avoir fait découvrir la méditation utilisée dans le cadre de soins, sans quoi cette thèse n'aurait jamais vu le jour !

A Pr Di Patrizio, Dr Roung et Dr Chateau, mes maîtres de stage du SASPAS

Merci de m'avoir accueilli dans vos cabinets. Vos précieux conseils m'ont permis d'améliorer ma pratique professionnelle et me donne envie de ne jamais rester sur mes acquis.

Dr Château, merci de m'avoir accueilli à vos côtés pendant vos consultations d'ostéopathie. Vos compétences me donnent envie de poursuivre vers d'autres formations pour améliorer l'apprenti ostéopathe que je suis !

A tous les médecins ayant participé aux entretiens,

Merci pour votre disponibilité.

Merci pour l'enthousiasme porté à cette étude, qui fut un très grand soutien pendant l'élaboration de ce travail.

A toutes les personnes présentes lors des observations participantes,

Merci pour votre bienveillance et l'intérêt porté à ce projet.

Merci pour tous ces échanges informels m'ouvrant à bien d'autres intérêts que les seuls médicaux.

A Dr François Bourgognon,

Merci pour toute l'énergie dépensée à délivrer l'outil méditatif aux soignants.

Merci pour ces deux formations au domaine de l'Asnée, qui resteront, au-delà de ce projet de recherche, une grande source de motivation pour améliorer mes compétences professionnelles.

SERMENT

«Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

1	AVANT-PROPOS	24
1.1	Genèse de la thèse-mémoire.....	25
1.2	La méditation pleine conscience	26
1.2.1	Qu'est-ce que la méditation ?.....	26
1.2.1.1	Définition du terme « méditation »	26
1.2.1.2	Origine historique de la méditation	26
1.2.1.3	Différencier spiritualité et religion	29
1.2.2	La méditation pleine conscience : un outil thérapeutique	29
1.2.2.1	3 ^e vague des thérapies cognitivo-comportementales.....	30
1.2.2.2	Outil étudié par les neurosciences	31
1.2.2.2.1	Domaine de la neuropsychologie	31
1.2.2.2.2	Domaine de la neuroanatomie.....	33
1.2.2.2.3	Domaine de la neurobiologie	35
1.2.2.3	Applications cliniques	35
1.2.2.3.1	Troubles psychiatriques.....	36
1.2.2.3.2	Douleur chronique.....	37
1.2.2.3.3	Troubles somatiques.....	37
1.2.2.3.4	Troubles dits « fonctionnels »	39
1.2.2.3.5	Contexte professionnel	39
1.2.3	Formations universitaires proposées	40
2	ARTICLE (version longue)	42
2.1	INTRODUCTION.....	43
2.1.1	Justifications de l'étude.....	43
2.1.2	Objectifs de l'étude	48
2.1.2.1	Objectif principal.....	48
2.1.2.2	Objectifs secondaires.....	48
2.2	MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	49
2.2.1	Type d'étude.....	49
2.2.2	Observations participantes	50
2.2.2.1	Accessibilité du terrain.....	50
2.2.2.2	Statut de l'observateur.....	50

2.2.2.3	Déroulement des observations participantes	51
2.2.2.3.1	Observation participante n°1	51
2.2.2.3.2	Observation participante n°2	51
2.2.2.4	Recueil des données	51
2.2.3	Les entretiens.....	52
2.2.3.1	Type d'entretien	52
2.2.3.2	L'échantillon	52
2.2.3.2.1	Stratégie d'échantillonnage et prise de contact	52
2.2.3.2.2	Taille de l'échantillon.....	53
2.2.3.3	Méthodologie des entretiens.....	53
2.2.3.4	Le guide d'entretien	54
2.2.3.4.1	Rédaction du guide.....	54
2.2.3.4.2	Axes d'investigations	55
2.2.3.5	Recueil des données	55
2.2.4	Analyse des données	55
2.2.4.1	Analyse des données quantitatives.....	55
2.2.4.2	Analyse descriptive	56
2.2.4.3	Analyse transversale interprétative	56
2.3	RÉSULTATS ET ANALYSES	57
2.3.1	Analyse descriptive	57
2.3.1.1	Populations étudiées.....	57
2.3.1.2	Description de la technique	59
2.3.1.2.1	Présentation théorique	59
2.3.1.2.2	Exercices de méditation	61
2.3.1.2.3	Réalisation pratique.....	64
2.3.2	Analyse transversale par catégories	64
2.3.2.1	Un nouvel outil thérapeutique en réponse à un besoin.....	64
2.3.2.1.1	Une prise en charge du patient non satisfaisante menant à des formations complémentaires.....	64
2.3.2.1.2	Une démarche avec certaines réserves, possiblement accessible à tous ..	66
2.3.2.1.3	Un outil thérapeutique singulier, permettant un travail sur la cognition..	67
2.3.2.1.4	Les résultats observés sont multiples et intéressants.....	68
2.3.2.1.5	Un outil expérimenté par le médecin	68
2.3.2.2	Un outil permettant la mise en pratique de l'approche centrée-patient.....	69

2.3.2.2.1	Une évolution de la prise en charge du patient	69
2.3.2.2.2	Intégrer le patient dans sa prise en charge.....	70
2.3.2.2.3	Rendre au patient son autonomie	71
2.3.2.2.4	Trouver sa place en tant que médecin dans la relation de soin	72
2.3.2.2.5	Redéfinir la capacité décisionnelle du médecin	74
2.3.2.3	Mieux vivre la profession de médecin	75
2.3.2.3.1	Des démarches très diverses pour arriver à la méditation	75
2.3.2.3.2	Une lourde charge émotionnelle chez une profession au statut particulier..	76
2.3.2.3.3	Un outil nécessaire au médecin	77
2.3.2.3.4	La méditation induit des changements personnels chez le médecin	78
2.3.2.3.5	La méditation modifie la pratique professionnelle du médecin	79
2.4	DISCUSSION	81
2.4.1	Forces de l'étude	81
2.4.2	Limites de l'étude.....	82
2.4.2.1	Liées au recrutement	82
2.4.2.2	Liées à la méthode.....	83
2.4.2.3	Liées à l'investigation	83
2.4.2.4	Liées à l'analyse	84
2.4.3	Principaux résultats au regard de la littérature	85
2.4.3.1	Un nouvel outil thérapeutique en réponse à un besoin.....	85
2.4.3.2	Un outil permettant la mise en pratique de l'approche centrée patient	88
2.4.3.3	Mieux vivre la profession de médecin	93
2.4.4	Perspectives	96
2.4.4.1	Pour les médecins	97
2.4.4.2	Pour les patients	98
3	CONCLUSION	99
	BIBLIOGRAPHIE	103
	ARTICLE	110
	ANNEXES	120

LISTE DES ABBREVIATIONS

ACTH	Adrénocorticotrophine (<i>Adreno Cortico Trophic Hormone</i>)
AFML	Association de Formations des Médecins Libéraux
ANDPC	Agence Nationale de Développement Personnel Continu
ANEMF	Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CIM	Classification Internationale des Maladies
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CPN	Centre Psychothérapeutique de Nancy
CRP	Protéine C Réactive
DPC	Développement Personnel Continu
DSM	Manuel Diagnostique et Statistiques des troubles mentaux
DU	Diplôme Universitaire
EEG	Electro-encéphalogramme
GEMA	Groupe d'Enseignement Médical Agréé
IFTBM	Institut de Formation des Thérapies Basées sur la <i>Mindfulness</i>
ISNAR-IMG	InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
ISNI	InterSyndicale Nationale des Internes
JAMA	<i>Journal of the American Medical Association</i>
MBCT	<i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i>
MBSR	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>
NICE	<i>National Institute for health and Clinical Excellence</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TCC	Thérapies Cognitivo-Comportementales
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

1 AVANT-PROPOS

1.1 Genèse de la thèse-mémoire

La genèse de ce mémoire provient d'une interrogation personnelle. La santé mentale des jeunes médecins a fait l'objet d'un éclairage public tout à fait particulier, voire inédit par la médiatisation de cas tragiques de jeunes médecins, en particulier des internes, poussées au suicide.

En lisant ces articles de presse, je comprenais les mécanismes à l'origine des états de surmenage professionnel, j'ai eu également l'occasion de croiser le chemin de co-internes dans ces états ; toutefois, je ne sentais pas la pression de l'épuisement sur mes épaules. Pourquoi donc alors je paraissais échapper à cette tendance générale ?

Et si la réponse à cette question provenait de ma pratique méditative ? Suite à un voyage en Asie, je me suis intéressée à la pratique de la méditation, par curiosité initialement. J'ai alors réalisé une retraite méditative *Vipassana* avant de débiter l'internat, juste pour l'expérience. Cette expérience aurait-elle eut un impact sur le déroulé de mon internat ? Et puis, lors du stage chez le praticien, j'ai eu l'opportunité d'être au côté d'une médecin pratiquant la méditation pleine conscience, de manière personnelle, et comme outil thérapeutique pour ses patients.

Cette démarche guidée par la curiosité, d'ordre totalement personnelle, semblait avoir des conséquences, plutôt positives, sur le plan professionnel. De plus, je ne semblais pas être le seul futur médecin à pratiquer la méditation et à avoir ce type de réflexions.

Toutefois, pendant mes études, je n'ai jamais eu d'informations concernant ce type de pratique qu'est la méditation pleine conscience, qui pourrait peut-être même être jugée comme ésotérique par certains. Ce type de pratique devrait peut-être concerner la sphère privée et non professionnelle ? Mais pourquoi des formations universitaires voyaient-elles alors progressivement le jour ?

L'ensemble de ces interrogations pourrait se résumer par une problématique plus globale :

Pourquoi les médecins se tournent-ils vers la pratique de la méditation ?

1.2 La méditation pleine conscience

1.2.1 Qu'est-ce que la méditation ?

1.2.1.1 Définition du terme « méditation »

Le terme « méditation » selon la définition donnée par le dictionnaire Larousse comprend trois sens (1) :

- Action de réfléchir, de penser profondément à un sujet, à la réalisation de quelque chose.
- Attitude qui consiste à s'absorber dans une réflexion profonde.
- Oraison mental, application de l'esprit à des vérités religieuses.

Les deux premiers sens font appel à l'action de « réflexion », qui signifie dans ce contexte : l'action d'arrêter sa pensée sur quelque chose pour l'examiner en détail, en ce sens où la « pensée » détermine l'ensemble des processus par lesquels l'être humain au contact de la réalité matérielle et sociale élabore des concepts, les relie entre eux et acquiert de nouvelles connaissances.

La méditation pleine conscience, ou *Mindfulness* en anglais est définie par Jon Kabat-Zinn dans les années 1970 comme l'action de diriger son attention délibérément, au moment présent, sans jugement de valeur, sur l'expérience qui se déploie moment après moment (2).

P. Grossman complète cette définition en décrivant la *Mindfulness* comme pouvant être à la fois un état d'esprit, un trait d'esprit, un type particulier de processus mental ou encore la méthode pour cultiver un de ces différents aspects (3).

1.2.1.2 Origine historique de la méditation

Pour beaucoup de personnes, le terme « méditation » renvoie immédiatement à la pensée bouddhiste.

Dès le 6^e siècle avant Jésus-Christ, le bouddhisme utilise la méditation pour apprendre à accepter le présent tel qu'il est. Deux principales approches méditatives sont pratiquées : la méditation de *Samatha* (signifie calme mental en pali : action de centrer son attention sur un objet précis afin de prendre conscience des vagabondes de l'esprit) et la méditation *Vipassana* (signifie vision pénétrante en pali : action d'être pleinement ouvert à tous les éléments de son expérience afin de percevoir les choses telles qu'elles sont et non telles qu'on voudrait qu'elles soient). Ces deux pratiques ont pour but de réduire les perturbations mentales et de permettre une connaissance plus juste des phénomènes (4).

Dans le taoïsme (un des trois piliers de la pensée chinoise), les pratiquants utilisent des techniques de focalisation de l'attention sur la respiration lors de pratiques immobiles (*zuowan*) ou en action (*tai qi quan*).

Toutefois, la pratique méditative est également retrouvée dans les grands courants religieux monothéistes occidentaux. Le développement de l'attention perdure dans les rituels de prière attentive dans la Kabbale pour la religion juive, dans les prières du chœur dans la religion chrétienne orthodoxe, et dans la pratique des derviches tourneurs (voie d'élévation psychospirituelle soufie) pour l'islam (4).

Quelques années avant le siècle des Lumières, certains philosophes occidentaux abordèrent la notion de la pleine conscience avec notamment l'idée du « vivre à propos » de Montaigne : « Quand je danse, je danse ; quand je dors, je dors, et quand je me promène solitairement en un beau verger, si mes pensées se seront entretenues des occurrences étrangères quelque partie du temps, quelque autre partie je les ramène à la promenade, au verger, à la douceur de cette solitude et à moi » (5).

Au 20^e siècle, la phénoménologie est fondée par Husserl. Courant philosophique se concentrant sur l'étude des phénomènes, de l'expérience vécue et des contenus de la conscience, il inspira notamment la philosophie des sciences et porta une grande influence sur la psychothérapie institutionnelle (type de psychothérapie en institution psychiatrique mettant l'accent sur la dynamique de groupe et la relation entre soignants et soignées) (6).

Au début des années 1980, Jon Kabat-Zinn, détenteur d'une thèse en biologie moléculaire, introduit la méditation pleine conscience dans la médecine occidentale en créant un

programme de réduction de stress appelé *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)*. Il explique la genèse de ce programme dans son ouvrage *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience* : « Mon premier but [...] était d'en faire un outil efficace, qui contrebalance les multiples façons dont nous sommes emportés hors de nous-mêmes et perdons de vue l'essentiel. Nous pouvons être tellement pris dans l'urgence de tout ce que nous devons faire, et nous retrouver dans de telles prises de tête – dans ce que nous pensons important – qu'il nous est facile de tomber dans un état de tension et d'anxiété chroniques, menant continuellement notre vie en mode automatique. Ce stress ne peut qu'être renforcé quand nous sommes aux prises avec un grave problème de santé, avec la douleur chronique ou avec une maladie chronique ». L'utilisation initiale de ce programme se centrait sur la prise en charge de patients souffrants de douleurs chroniques, l'objectif principal est d'apprendre aux patients à se décentrer par rapport à leurs émotions, via plusieurs exercices (focalisation sur la respiration, balayage corporel, marche, exercices de posture) (2).

Une vingtaine d'années plus tard, le programme *MBSR* fut repris par trois chercheurs psychothérapeutes : Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams. L'observation des schémas cognitifs des personnes souffrant de dépression leur a permis de mettre en évidence que les événements de vie négatifs, ou perçus comme tels, vont entraîner la réactivation automatique de schémas cognitifs de la dépression, d'où vont découler des pensées et des émotions négatives à l'origine de distorsions cognitives et d'interprétation erronées des phénomènes. Or les tentatives de fuir ces événements, de les modifier ou lutter contre eux sont à l'origine du maintien des circuits de pensée négative, pouvant être à l'origine de récurrence dépressive. Afin d'aider les patients dépressifs à diminuer ces processus de ruminations, ils développèrent le programme *Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)*, s'inspirant de la triade cognitive de Beck et du programme *MBSR* de Jon Kabat-Zinn (7). L'objectif de ce programme est multiple pour les patients : apprendre à reconnaître ses pensées et ses émotions comme des événements passagers plutôt que comme un reflet de la réalité afin d'atténuer la réactivité cognitive et son impact sur la dépression, mieux appréhender les ruminations à travers des exercices de concentration, apprendre à identifier les moments de détérioration de leur humeur, disposer de stratégie efficace afin de prévenir la chronicisation de la dépression (8).

1.2.1.3 Différencier spiritualité et religion

Un des sens donnés par le dictionnaire Larousse au terme « méditation » fait référence au domaine religieux. Celle-ci créa un malentendu en freinant la diffusion de la méditation comme outil thérapeutique dans les milieux médicaux.

Christophe André, psychiatre français, déclare dans la Préface du livre *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience* : « La méditation peut – et doit, lorsqu'elle est dispensée dans le cadre de soins – être une pratique laïque » (2).

La méditation peut également renvoyer à la notion de « spiritualité », se rattachant en Occident à la religion faisant référence à la relation entre l'être humain et des êtres supérieurs (dieux et démons). Mais la « spiritualité » désigne également la quête de sens, d'espoir ou de libération, pouvant être dissocié de la religion, évoquant même une « spiritualité sans dieu » comme l'explique André Comte-Sponville dans le livre *A l'esprit de l'athéisme. Introduction à une spiritualité sans Dieu*.

Dans une interview dans le Monde, Matthieu Ricard, moine bouddhiste tibétain, détenteur d'un doctorat en génétique cellulaire, « démystifie la méditation » en expliquant : « Il ne s'agit pas de faire des choses extraordinaires, il ne s'agit pas de léviter, ni d'acquérir la transmission de pensée, mais de vivre de façon optimale » (9).

D'autre part, en 1990, le médecin Frank Lynn Meshberger relevait que l'allure générale du manteau rouge enveloppant le vieil homme barbu représentant Dieu dans la fresque *La Création d'Adam* peinte par Michel-Ange sur le plafond de la chapelle Sixtine pouvait être interprétée comme une description précise du cerveau humain. Dieu étant logé dans une coupe sagittale de cortex, pourrait-on imaginer que la quête spirituelle de chaque individu serait logée au plus profond de notre cerveau et non dans un être supérieur imaginaire ? (10)

1.2.2 La méditation pleine conscience : un outil thérapeutique

L'origine latine du terme méditer : *meditari*, signifie « réfléchir sur quelque chose, de manière à l'approfondir ». *Meditari* est le fréquentatif de *mederi*, signifant « donner des soins à ».

1.2.2.1 3^e vague des thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales (ou TCC) constituent une application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Elles sont fondées sur le principe d'apprentissage, c'est-à-dire l'étude du changement comportemental par l'expérience, vu à travers le prisme du modèle interactionnel comportement / cognition et émotions.

Ce courant psychothérapeutique le mieux validé par la recherche a connu plusieurs évolutions depuis le milieu du XX^e siècle. La première vague des TCC est née avec les behavioristes (Pavlov et Skinner), introduisant la notion de traitement des troubles psychologiques par le comportement. La deuxième vague des TCC fut développée par les cognitivistes (Bandura, Ellis et Beck) dans les années 1970, associant à l'approche comportementale, l'apprentissage social par imitation de modèles.

Depuis les années 1990, une troisième vague émerge, dont Steven Hayes en est le pionnier. Il développe un modèle qui tient compte de l'implication de l'émotion dans les troubles psychologiques. Cette troisième vague, dite émotionnelle, regroupe un ensemble hétérogène de thérapies marquées par l'importance du vécu et la manière dont il influence les comportements, dont la thérapie cognitive reposant sur la pleine conscience (*MBCT*) (11).

La pleine conscience constitue une approche expérientielle du vécu, hors de toute interprétation intellectuelle. Le but est d'utiliser les techniques de méditation pour modifier son rapport à soi et au monde et ainsi échapper à ses automatismes mentaux. Elle permet une prise de distance qui permet d'aborder les choses sous une autre perspective, phénomène connu en thérapie cognitive sous le nom de décentration. Elle conduit à envisager qu'une pensée, notamment si elle est négative, n'est pas nécessairement le reflet de la réalité et permet donc d'échapper aux distorsions cognitives par une démarche d'accueil et d'acceptation des difficultés. Les patients apprennent à « développer une curiosité bienveillante par rapport à leurs expériences, quelle qu'en soit la tonalité affective » (23).

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou *MBCT* trouve sa principale indication dans la prévention des rechutes dépressives. D'autres indications sont en cours d'étude (cf Applications cliniques).

1.2.2.2 Outil étudié par les neurosciences

Depuis une vingtaine d'années, la méditation pleine conscience fait l'objet de nombreuses recherches scientifiques, comme peuvent l'évoquer les 1081 d'articles référencés avec le terme « Mindfulness » sur PubMed pour l'année 2017. Ces recherches font appel au domaine de la psycho-neuro-immunologie.

1.2.2.2.1 Domaine de la neuropsychologie

La définition donnée par Jon Kabat-Zinn mentionne le terme « attention ». Il paraît pertinent de développer cette première notion par le prisme de la psychologie.

L'attention est une fonction cognitive qui a pour rôle de filtrer les informations externes (environnement) ou internes (processus mentaux) qui parviennent au sens et à la conscience. Il existe de nombreux modèles de fonctionnement de l'attention, le plus reconnu est celui du psychologue américain Michael Posner (12). Il décrit trois processus attentionnels :

- Le premier processus est le réseau d'alerte ou vigilance. Il interviendrait dans les processus d'éveil permettant à l'organisme de se préparer à la survenue d'un stimulus. Ce réseau est permis par un système noradrénergique impliquant une structure cérébrale profonde : le locus cœruleus.
- Le deuxième processus est un réseau permettant l'orientation de l'attention et une sélection d'une information spécifique parmi d'autres. Il serait en grande partie automatique et sa fonction serait d'identifier rapidement un élément de l'environnement considéré comme « pertinent ». Ce réseau implique le cortex pariétal postérieur (désengagement du foyer attentionnel), le colliculus supérieur (déplacement et direction de l'attention) et le thalamus (engagement de l'attention).
- Le troisième processus constitue le système exécutif, il permet de mobiliser des moyens d'investigations plus élaborés face à des situations inhabituelles. Ce système serait piloté par la volonté, le jugement et l'analyse, mais aussi par la mémoire des

expériences passées. Il est soumis aux phénomènes d'apprentissage. Ce système est sous-tendu par le lobe frontal.

La pratique de la méditation pleine conscience améliore le contrôle attentionnel et le rend plus stable dans le temps (13). Chez les méditants débutants, il a été observé une amélioration de l'orientation de l'attention et du réseau exécutif. En s'entraînant à ramener son attention vers un objet choisi (par exemple, sa propre respiration), à chaque fois que le sujet constate qu'elle a été capturée par un autre stimulus (un bruit, une pensée, une sensation corporelle), il amorcerait progressivement la triade : désengagement, déplacement et engagement de l'attention sur l'objet initial.

Pour Brown et Ryan, cette propension à faire *attention* et porter sa conscience au moment présent serait une capacité innée, présente chez tous les individus à des degrés divers. Cette compétence psychologique pourrait être stimulée et cultivée. Ces deux auteurs ont d'ailleurs développé un instrument d'auto-évaluation permettant de mesurer notre capacité *Mindfulness* lors d'activités de la vie quotidienne (14) (Annexe 1).

Cultiver cette capacité innée permettrait aux individus d'être plus attentifs aux activités dans lesquelles ils sont engagés, ayant pour conséquence, pour ces deux auteurs, d'éprouver des degrés plus élevés d'émotions positives. La disposition d'être conscient a des effets salutaires sur l'autorégulation et sur le bien-être émotionnel (14).

La notion de « bien-être émotionnel » est intégrée dans le champ de recherche de la psychologie positive, courant psychologique fondé par Seligman en 1998. Ce domaine de recherche comprend des travaux relatifs à l'épanouissement individuel et se fonde sur l'idée que l'être humain a une tendance innée à un développement et à un fonctionnement optimal, mais ces capacités peuvent être perturbées par des facteurs socio-culturels (15).

Selon Brown et Ryan, la méditation pleine conscience a démontré une utilité conceptuelle et empirique dans des études portant sur le travail, le sport et dans le domaine des relations interpersonnelles. Ces trois domaines constituent des facteurs socio-culturels pouvant perturber le fonctionnement optimal de l'individu.

Ces deux auteurs proposent une conceptualisation empirique de la méditation pleine conscience. Celle-ci aurait une influence positive sur la régulation émotionnelle, en ayant un effet salutaire sur le contenu émotionnel. La méditation pleine conscience réduirait la réactivité émotionnelle négative face aux stimulus perturbateurs et faciliterait également le rétablissement après un événement perturbateur. Une corrélation positive fut mise en évidence entre les patients pratiquant la méditation pleine conscience et la capacité à établir des stratégies de régulation émotionnelle adaptative, c'est-à-dire la capacité d'accepter et d'abandonner des pensées négatives associée à une capacité de compréhension accrue et un développement des aptitudes permettant de repérer et de corriger les ressentis déplaisants (16). La nature adaptative de l'acceptation des expériences émotionnelles est confirmée par les données de recherche qui montrent qu'il est plus adaptatif d'éprouver ou d'exprimer une émotion, plutôt que de changer sa trajectoire, en l'inhibant par exemple (17).

Pour d'autres auteurs, la méditation pleine conscience permettrait également une meilleure régulation du comportement, ce qui faciliterait une régulation plus adaptative et efficace des actions, en rendant les réponses plus flexibles, adaptées à la situation et atténuerait les réactions et comportements automatiques et impulsifs (18).

1.2.2.2.2 Domaine de la neuroanatomie

La méditation pleine conscience a fait l'objet de nombreuses études dont l'objectif fut d'identifier les changements au niveau de l'anatomie fonctionnelle et morphologique du système nerveux central chez les individus méditants.

Une des premières études mettant en évidence une modification de l'anatomie fonctionnelle chez les méditants fut réalisée par l'équipe d'Antoine Lutz. Ils réalisèrent une série d'électroencéphalogramme (EEG) chez de grands méditants bouddhistes versus un groupe contrôle non méditant. Ils observèrent un profil de base d'électroencéphalogramme (EEG) différent entre les deux groupes, caractérisé par une plus grande activité gamma chez les méditants, notamment dans la zone fronto-pariétale. Ces données suggèreraient que la méditation impliquerait des mécanismes intégratifs temporels et pourrait induire des changements neuronaux à court et à long terme (19).

Dans une revue de la littérature s'intéressant aux modifications d'EEG chez les personnes pratiquant la méditation, la corrélation avec une augmentation des amplitudes des ondes gamma n'est pas retrouvée. Toutefois, une corrélation fut établie pour les ondes alpha et theta, signifiant un état de vigilance détendue, lequel est propice à une santé mental équilibrée (20).

Quel que soit le mécanisme impliqué, il fut donc mis en évidence une modification de l'anatomie fonctionnelle cérébrale chez les individus pratiquant la méditation pleine conscience notamment par une diminution de l'activité du réseau mode par défaut, constituant une sorte de ligne de base physiologique en l'absence de tâche cognitive particulière, associée au bavardage mental, aux ruminations et à l'auto-référence (21). Il fut également mis en évidence une diminution de l'activité de l'amygdale, impliquée dans la réponse émotionnelle aux stimuli qui engendrent la peur et le stress (22).

Tang et al ont quant à eux mis en évidence que la pratique de la méditation de la pleine conscience induirait des modifications structurelles au sein de huit régions cérébrales (23). Les modifications mises en évidence concernent l'épaisseur du cortex, son volume et la densité de la substance grise. Les huit aires cérébrales concernées sont les suivantes :

- Le cortex frontopolaire, impliqué dans la méta-conscience,
- Les sensoriels et l'insula, impliqué dans la perception du corps,
- L'hippocampe, impliqué dans les processus d'apprentissage et de mémoire,
- Les cortex cingulaire antérieur, cingulaire médial et orbitofrontal, impliqués dans la régulation émotionnelle et la maîtrise de soi,
- Le corps calleux et le faisceau supérieur longitudinal, permettant une communication inter-hémisphérique.

Toutefois, l'ensemble des études modère leur conclusion par la nécessité d'autres études méthodologiquement plus rigoureuses afin de poursuivre les investigations ayant pour objectif la compréhension des mécanismes neuronaux et moléculaires impliqués dans les modifications cérébrales mises en évidence chez les méditants.

1.2.2.2.3 Domaine de la neurobiologie

Le cortisol est considéré comme l'hormone majeure du stress. Il fut évalué en tant que marqueur biologique potentiel des effets produits par une pratique de la méditation pleine conscience (24).

La méditation pleine conscience serait associée à un taux de cortisol salivaire abaissé. Toutefois, les taux de cortisol plasmatique et urinaire ne seraient pas modifiés après un entraînement à la méditation pleine conscience pleine selon la revue de littérature proposée par Michaela Pascoe et Sheila Crewther (25).

Dans cette même revue de la littérature, d'autres marqueurs biologiques furent analysés, notamment des éléments du système immunitaire. Davidson et al ont mis en évidence une réduction de la production d'anticorps en réponse à une vaccination anti-grippal chez les individus ayant suivi un programme *MBSR* sur 8 semaines. Alinaghi et al mirent en évidence une augmentation du taux de lymphocytes CD4 circulants chez des patients atteints par le VIH suite à une programme *MBSR* sur 8 semaines. Jedel et al, quant à eux, étudièrent l'impact d'un programme *MBSR* sur 8 semaines chez des femmes présentant une colite ulcéreuse : une augmentation de l'interleukine-10 et l'ACTH fut mis en évidence ainsi qu'une diminution du taux de protéine réactive C (CRP).

Néanmoins, l'ensemble de ces résultats sont à considérés avec précaution étant donné le manque de rigueur méthodologique, notamment le peu d'individu inclus dans ces études. A l'image des explorations réalisées en neuroanatomie, l'ensemble des méta-analyses étudiant les effets biologiques de la méditation pleine conscience conclut par la nécessité de réaliser d'avantage d'études dans la recherche des mécanismes, même si les données préliminaires semblent montrer que la méditation puisse avoir une influence bénéfique sur la réponse biologique au stress.

1.2.2.3 Applications cliniques

Dans une thèse de Médecine soutenue en 2014, Docteur Alix Vargas de Franqueville propose une revue de la littérature des applications cliniques de la méditation pleine conscience en médecine générale (26).

La méditation pleine conscience constituerait un nouvel angle d'approche pour certains patients souffrants de pathologies chroniques somatiques et psychiatriques, permettant un accompagnement pour améliorer leur qualité de vie. Par cette approche, le patient serait replacé au cœur du soin plutôt que de sa seule pathologie et permettrait une prise de liberté par rapport aux symptômes. Cela fait écho à la « médecine participative », donnant aux patients un outil permettant de puiser dans ses propres ressources afin qu'ils puissent reprendre leur autonomie vis à vis de la maladie.

Cette approche a fait l'objet de nombreuses études sur son application à des pathologies très diverses, autant dans le domaine psychiatrique que somatique.

1.2.2.3.1 Troubles psychiatriques

La méditation pleine conscience a un effet sur les symptômes dépressifs, quel que soit la pathologie psychiatrique considérée (27).

Concernant les troubles dépressifs, l'objet initial de recherche des trois psychothérapeutes américains Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams était d'établir un programme permettant une diminution des récurrences dépressives en s'appuyant sur le programme de Jon Kabat-Zinn. L'étude PREVENT a permis de mettre en évidence qu'un programme *MBCT* était aussi efficace qu'un traitement antidépresseur au long cours afin de prévenir l'occurrence d'une récurrence dépressive chez des patients ayant présenté au moins 3 récurrences dépressives dans le passé (28).

Concernant les troubles anxieux, une méta-analyse de 2012 conclut qu'une thérapie basée sur la pleine conscience permet une réduction significative des symptômes d'anxiété, maintenue 6 mois après l'intervention (29).

Une adaptation du programme *MBCT* fut établie par Witkiewitz en 2005 pour la prise en charge de patients présentant une addiction à des substances (*MBRP : Mindfulness-based relapse prevention*), permettant une diminution des consommations toutes substances confondues. Un tel programme aurait des effets positifs sur le craving, les comportements à risque, les symptômes psychologiques associés et les stratégies d'évitement des émotions négatives, prédisposant à un risque de rechute (30).

L'intérêt de la méditation pleine conscience fut également étudiée dans les troubles du comportement alimentaire, notamment dans la boulimie et l'hyperphagie. Cette approche permettrait aux patients de mettre l'accent sur leur capacité à observer l'état de faim ou de satiété et d'accepter les émotions désagréables plutôt que de les éviter par la prise de nourriture. Ainsi, il fut observé une diminution de la fréquence et de l'intensité des crises de boulimie et/ou d'hyperphagie, et des envies compulsives de nourriture suite à une programme basée sur la méditation (31).

1.2.2.3.2 Douleur chronique

Plusieurs approches non médicamenteuses sont disponibles pour aider les patients souffrant de douleur chronique. Les thérapies incluant la méditation pleine conscience ont fait l'objet d'une revue de la littérature par l'équipe de Muhammed Hassan Majeed en 2018 (32).

L'approche méditative encouragerait les patients à changer leur façon d'appréhender leur douleur en diminuant les jugements face aux pensées négatives accompagnant le vécu de la douleur. Elle permettrait de distinguer la dimension sensitive de la dimension affective présente dans les expériences douloureuses. Bien souvent, une douleur devenue chronique ne pourra être supprimée complètement, l'objectif est d'apprendre aux patients de vivre avec la présence de cet inconfort réduit au minimum, en diminuant également les co-morbidités associées à une douleur chronique telles que la dépression et l'anxiété.

Dans la prise en charge de patient souffrant de lombalgie chronique, une approche par la méditation pleine conscience permettrait d'améliorer l'acceptation de la douleur par rapport au traitement habituel ou à un groupe multidisciplinaire d'éducation. Quant à la prise en charge de céphalée chronique ou de migraine, une telle pratique permettrait une diminution de la fréquence des crises, mais n'influencerait pas l'intensité ou la durée.

1.2.2.3.3 Troubles somatiques

La pratique de la méditation pleine conscience fut étudiée chez des patients souffrant de pathologies somatiques pouvant être influencée par un état de stress psychologique. Celle-ci

constituerait une approche complémentaire aux thérapies médicamenteuses afin d'améliorer l'efficacité de ces dernières, voire leur observance.

Dans une étude chez des patients souffrant de psoriasis, la disparition de moitié voire complète des lésions était plus rapidement acquise chez les patients réalisant un traitement par Puvathérapie associée à un programme méditatif que seul (33). Chez des patients hypertendus, une amélioration significative de la tension artérielle systolique ou diastolique fut observée suite à une programme de méditation pleine conscience par rapport à des programmes d'éducation thérapeutique, en complément d'une thérapie médicamenteuse (34).

Chez les patients présentant une pathologie chronique, le vécu de la pathologie peut être difficile, une approche méditative permettrait notamment l'amélioration de la qualité de vie (26).

Le plus largement étudié fut la méditation pleine conscience chez des patients souffrant de cancer. L'annonce d'un cancer représente un choc existentiel dont peuvent en découler des symptômes psychologiques accompagnés d'une quête de sens. Cette approche constituerait une aide clinique auto-réalisée pour que le patient puisse s'ajuster aux défis liés au diagnostic de cancer et tout ce qui en découle. Il fut observé un soulagement des symptômes vis à vis de l'humeur et de la souffrance émotionnelle, menant à l'amélioration de la santé mentale et d'une meilleure qualité de vie (35).

Chez les patients présentant un diabète ou une insuffisance cardiaque, une amélioration de la qualité de vie fut mise en évidence suite à la pratique de la méditation pleine conscience, notamment en atténuant les symptômes dépressifs et anxieux associés à ces pathologies (26).

Un programme basé sur la méditation pleine conscience fut également étudiée chez des patients atteint par le VIH. Deux grands phénomènes furent observés suite à ce programme : une diminution de l'évitement des pensées liées à la maladie, processus connu pour favoriser des co-morbidités psychiatriques (dépression, anxiété, conduites addictives) et une diminution de la fréquence des symptômes secondaires liés au traitement ainsi que la souffrance associée (36).

D'autre part, dans la sclérose en plaques ou les pathologies rhumatologiques où l'incapacité fonctionnelle influence la qualité de vie, les approches basées sur la méditation pleine conscience seraient pertinentes par ses effets sur les douleurs chroniques, sur la souffrance psychologique et les co-morbidités psychiatriques associées (dépression, anxiété) (37).

1.2.2.3.4 Troubles dits « fonctionnels »

L'apport de la méditation pleine conscience fut également étudié lors de pathologies dites « fonctionnels » telles que la fibromyalgie, le syndrome de fatigue chronique et les colopathies fonctionnelles (38). Ces pathologies de somatisation sont caractérisées par un ensemble de symptômes non expliqués médicalement, résistant aux traitements, associant une détresse psychologique et un inconfort physique chronique.

Une méta-analyse met en évidence une efficacité significative d'une pratique méditative chez les patients présentant des troubles fonctionnels sur la diminution de la sévérité des symptômes, diminution des symptômes dépressifs et anxieux, ainsi d'une amélioration de la qualité de vie.

D'autre part, chez des patients présentant un syndrome post-commotionnel (céphalée, trouble de l'équilibre, asthénie, changement de personnalité), un programme méditatif a permis une amélioration des tests neuropsychologiques ainsi que de la fatigabilité mentale (39)

1.2.2.3.5 Contexte professionnel

Enfin, des interventions basées sur la pleine conscience furent étudiées dans le domaine de la santé au travail. Une revue de la littérature réalisée en 2016 a permis de mettre en évidence l'intérêt d'une approche méditative dans les états d'épuisement professionnels chez les professionnels de santé. Toutefois, les études disponibles sont de faible qualité, incluant peu de participants, souvent sans groupe contrôle, avec des interventions basées sur la pleine conscience hétérogènes (40).

Une intervention basée sur la pleine conscience fut également évaluée spécifiquement chez des internes en médecine. Certaines caractéristiques psychiques furent comparées avant et après cette intervention, notamment par une échelle de dépression et une échelle du burn-out. Une différence significative fut seulement observée chez les internes femme en début d'internat. Les résultats de cette étude sont toutefois à modérer par le peu de participants inclus (41).

1.2.3 Formations universitaires proposées

Depuis quelques années, des formations basées sur la pleine conscience apparaissent progressivement dans le catalogue des formations proposées par les universités et organismes privés.

Cela survient également dans un contexte de formation continu des médecins rendu obligatoire depuis la loi du 26 janvier 2016 sur la Modernisation de notre système de santé, initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires en 2009. Dès lors, tout médecin doit réaliser des formations de Développement Personnel Continu (DPC), ces formations étant pilotées par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC).

Des organismes privés tels que le GEMA ou l'AFML propose des initiations et perfectionnement à la méditation de pleine conscience. Les objectifs présentés sont de découvrir la méditation thérapeutique et d'en faire l'expérience pour l'utiliser à titre personnel (« Vivre la pleine conscience pour optimiser son quotidien ») et dans sa pratique médicale.

Les universités proposent également des diplômes universitaires (DU) basés sur la pleine conscience. La faculté de Toulouse propose notamment le Diplôme Universitaire : Méditation de pleine conscience et relation de soin. L'objectif pédagogique principal de cette formation est l'apprentissage de la pratique de la Méditation pleine conscience afin que le soignant développe des qualités lui permettant de rester présent dans le travail avec les patients et ses collaborateurs ; affiner sa capacité à percevoir, ressentir, accueillir l'état émotionnel et thymique du patient sans être déstabilisé par les processus de contagion émotionnelle et met en œuvre ainsi une juste attitude dans sa relation de soin ; identifier ses émotions, son humeur, son niveau de stress, ses schémas cognitifs automatiques et manifeste à leur endroit une intention d'accueil bienveillante, une flexibilité mentale, afin d'amortir, le cas échéant, la

souffrance générée par l'aversion vis-à-vis de ces réactions ; et développer des alternatives cognitives, telles que l'accroissement de la souplesse mentale, des alternatives comportementales, telles que l'élargissement de la palette des choix comportementaux en réponse à une situation donnée, et des alternatives émotionnelles : renforcement de la bienveillance et de l'empathie, dans le cadre des interactions avec les patients.

La faculté Paris-Sorbonne, quant à elle, propose le Diplôme Universitaire : Méditation, gestion du stress et relation de soin. L'objectif principal avancé de cette formation est la gestion du stress générée par la relation de soin par la pratique de la méditation pleine conscience. Cette pratique favoriserait la prise de conscience des situations à risque d'épuisement professionnel, en retrouvant les ressources internes disponibles pour lutter contre ce stress professionnel et améliorerait la qualité des pratiques relationnelles des soignants à l'égard de leurs patients. Elle permettrait également l'acquisition de compétences utiles à la relation d'aide (telle que l'écoute, l'empathie, la bienveillance, la résilience) afin d'améliorer la qualité de communication avec les patients.

L'ensemble de ces formations proposées sont réservées aux professionnels de santé. La finalité de ces formations est double : une pratique personnelle de la méditation pleine conscience pour améliorer ses compétences propres de soignants, et l'apprentissage d'un outil thérapeutique afin de le délivrer dans un second temps à certains patients. Or le titre d'instructeur en méditation pleine conscience de type *MBCT* ou *MBSR* n'est pas protégé, c'est-à-dire qu'il n'est pas réservé aux professionnels de santé. Dans le souhait de donner ces outils à des professionnels de santé et limiter le risque de certaines dérives, Dr François Bourgognon a créé l'Institut de Formation aux Thérapies Basées sur la Mindfulness (IFTBM) à Nancy.

2 ARTICLE (version longue)

2.1 INTRODUCTION

2.1.1 Justifications de l'étude

Une enquête inédite sur la santé mentale des étudiants et jeunes médecins fut conduite en 2016 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en réponse à l'actualité tragique de jeunes médecins en cours de professionnalisation. Un quart des étudiants ou jeunes médecins déclaraient leur état de santé comme « moyen » ou « mauvais » (42). En 2017, plusieurs associations étudiantes, dont l'ANEMF et l'ISNAR-IMG ont poursuivi ces investigations sur ce thème et ont publiés un rapport d'enquête. Près d'un quart des étudiants et jeunes médecins présentaient des symptômes de dépressions, et 66 % rapportaient des signes d'anxiété (43).

Quelques années auparavant, Dr Eric Galam a étudié spécifiquement le syndrome d'épuisement professionnel chez près de 4000 internes en médecine générale en France. 15 % présentait un épuisement émotionnel élevé et un tiers présentait un score de dépersonnalisation élevé. Un étudiant sur deux présentait une dimension pathologique du burn-out, et 7 % était en burn-out élevé (44).

Toutefois, dans l'enquête du CNOM, Dr Lenglet reprenait : « Le malaise des internes n'est pas déconnecté du malaise de la profession médicale dans sa globalité » (1). En 2007, une enquête menée par la Commission Prévention et Santé Publique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), concluait que plus d'un médecin sur deux se déclarait menacé par l'épuisement professionnel (45).

D'autre part, les affections psychiatriques sont la première cause d'invalidité chez les médecins selon les chiffres de la CARMF (46). Le suicide concernerait 14 % des causes de décès des médecins libéraux selon l'Ordre National des Médecins, contre 5,6 % dans la population générale (42). Lors d'un colloque organisé par l'association SPS (Soins aux Professionnels en Santé), il était fait état d'un taux de suicide 2,5 fois plus élevé chez les médecins que dans la population générale.

Ces données épidémiologiques peuvent se comprendre en explorant les caractéristiques et contraintes propres à la profession médicale. Car, si l'épuisement professionnel ou burn-out est considéré comme une pathologie de la relation d'aide, ses déterminants présentent quelques spécificités chez le médecin (47).

En effet, le médecin est au cœur d'une société entretenant le mythe de la médecine qui « guérit tout, en limitant les moyens financiers de la santé ». Face à l'explosion des connaissances et des technologies médicales, le médecin ne peut prétendre tout maîtriser. Le sentiment de perte de maîtrise constitue un des premiers facteurs à l'épuisement professionnel du médecin. Cette perte de maîtrise est renforcée lorsque le médecin est confronté à son impuissance devant de nombreuses pathologies, ainsi que devant la mort (47).

Certaines caractéristiques de l'individu ayant pu motiver ce choix de profession peuvent également faire le lit de l'épuisement professionnel. La « mentalité de sauveur » pourra être citée en exemple : le plaisir de vivre dépend dans une trop grande mesure du bien-être, du plaisir, et de la satisfaction qu'ils apportent aux autres au détriment de leur capacité à être et de leur identité propre. L'idée du « soignant idéal » est également à citer : le fait de pratiquer la profession de médecin apporterait en miroir une belle image de soi-même, un certain accomplissement personnel, et serait une opportunité de se prouver des choses à soi-même et de recevoir une reconnaissance des autres (47). Cette discordance entre ce que le médecin peut espérer de l'exercice de son métier et sa réalité est conceptualisée dans le terme de « contrat moral ». Les termes implicites du contrat étaient autrefois : réaliser des études difficiles et longues, et fournir des soins de bonne qualité selon la définition du médecin pour, en retour, recevoir une rémunération raisonnable, respect, autonomie et vie équilibrée entre travail et vie privée. Néanmoins, face aux nouveaux impératifs de l'exercice médical, notamment l'avènement de nouvelles technologies, la multiplicité de recommandations de bonne pratique, l'accès presque illimité aux ressources par les patients ; un certain déséquilibre peut se créer entre les efforts continus réalisés par le médecin et les récompenses ou avantages qu'il bénéficie en retour. Ce déséquilibre peut alors être à l'origine d'un sentiment de manque de reconnaissance, altérant l'idée d'accomplissement personnel, pouvant mener finalement à l'épuisement professionnel (48).

Deux autres agents stressants sont également spécifiques du médecin : devoir prendre des décisions capitales dans des délais trop courts, et rapporter à la maison les sollicitations émotionnelles du travail. La rencontre émotionnelle avec le patient est une force mais aussi une faiblesse (49). D'autre part, les exigences de plus en plus importantes des patients, parfois même irréalistes, la crainte de poursuite médico-légales étant donné l'excès de responsabilités semblant reposer sur le médecin constituent d'autres paramètres étiologiques de l'épuisement professionnel (47).

Partant de ces constats, il paraît nécessaire d'évoquer ensuite les conséquences d'une détérioration de la santé mentale des futurs médecins sur leur exercice professionnel. Ainsi, la conséquence d'un épuisement professionnel chez le médecin est double : des conséquences individuelles sur le soignant lui-même, et des répercussions sur les patients.

Tout d'abord, pour faire face aux conditions de travail difficiles, le soignant peut développer des conduites addictives dans un but d'évitement. Ainsi, près d'un tiers des jeunes médecins déclarait consommer très régulièrement de l'alcool, et un jeune médecin sur dix déclarait consommer régulièrement des anxiolytiques (43). De plus, le syndrome d'épuisement professionnel peut faire le lit d'un véritable trouble psychiatrique tel que la dépression, et conduire au suicide (50).

D'autre part, dans une étude en 2004, près d'un médecin généraliste sur deux avait déjà envisager une reconversion, et un tiers des médecins en situation de burn-out élevé souhaitaient arrêter d'exercer (51). Aussi, ce désir de reconversion était alimenté par les comportements des patients envers le médecin, les risques de la profession, l'organisation pratique et les conflits professionnels. Enfin, ce désir de reconversion pourrait avoir des conséquences défavorables sur la démographie médicale, déjà en crise (52).

Ensuite, selon Eric Galam : « Un médecin souffrant ne peut être un bon soignant ». Ainsi, les états d'épuisements professionnels sont en lien avec une dégradation de la qualité de prise en charge du patient (52). Les altérations de cette prise en charge sont nombreuses. Quelques exemples pertinents sont les suivants : diminution du dialogue avec le patient, et notamment négligence de son avis dans la prise en charge proposée, négligence de l'aspect singulier du patient, erreurs diagnostic, prescription sans évaluation clinique préalable, ou encore erreurs thérapeutiques (53).

De plus, aux Royaume-Unis, le *NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)* a récemment intégré un item portant sur le bien-être des médecins comme indice de qualité des soins (54).

Au regard de ses informations préoccupantes, et du lien établi entre la qualité de soins délivrés et la santé mentale du médecin (55), des multiples réflexions ont été entreprises sur les mesures à prendre. Ces mesures doivent se réaliser au niveau individuel mais également institutionnel et organisationnel, et s'orienter selon deux axes complémentaires et non exclusifs : d'une part, prévenir l'apparition de risques psychosociaux liés à la profession médicale, et d'autre part, traiter les états caractérisés d'épuisement professionnel (56).

D'un point de vue institutionnel, le rapport d'enquête sur la santé mentale des jeunes médecins réalisé par l'ISNI présente des orientations collectives nécessaires à la prévention des risques d'épuisement professionnel chez les médecins. Un des premiers axes préventifs formulé est l'importance d'une sensibilisation des futurs médecins à la question des risques psycho sociaux inhérents à la profession médicale. Outre la délivrance d'informations sur ces risques, la formation à l'autogestion des situations de stress et la formation au management des jeunes médecins seniors lors de leur prise de fonction est abordée. Un second axe proposé est le développement de structures d'écoute, d'accompagnement et d'échanges entre pairs avec notamment la création d'un numéro d'appel national et le développement de réseaux nationaux tels que l'association pour les soins aux soignants (APSS) ou l'association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML), ou de réseaux locaux tels que SOS AMIN à Nancy (43).

D'un point de vue individuel, dans un éditorial en 2015, Dr Veyssier-Belot expose l'importance de développer et de sanctuariser des solutions personnelles nécessaires au bien-être du médecin afin de prévenir les états d'épuisements (57). Ces attitudes « antidotes » au burn-out consistent à faire davantage attention à soi, à son état interne, à ses automatismes. Pour cela, plusieurs techniques sont proposées telles que la méditation pleine conscience, le shiatsu ou encore la musicothérapie. Toutefois, si ces mesures peuvent être intéressantes d'un point de vue préventif, le traitement d'un burn-out caractérisé nécessite le recours à des structures spécialisées et averties. Cette prise en charge comprendra un soutien psychologique et un recours possible à un traitement antidépresseur (56).

Pour reprendre le proverbe « Mieux vaut prévenir que guérir », le développement de stratégie individuelle préventive semble donc nécessaire à chaque médecin face à cette problématique. Dans ce sens, et à plusieurs reprises, les techniques de méditation de pleine conscience ou *mindfulness* ont été évoquées. Toutefois, si de nombreuses études sont disponibles sur l'efficacité d'une approche de type *Mindfulness* face à des problématiques de stress professionnel, peu sont disponibles spécifiquement chez le médecin.

Comme évoqué dans la partie Avant-propos, quelques études ont évalué l'intérêt d'un programme basé sur la pleine conscience chez les professionnels de santé en réponse à la problématique des épuisements professionnels. Ainsi, la pratique de la méditation pleine conscience améliorerait la santé mentale des professionnels de santé en développant leur capacité émotionnelle, notamment l'empathie (58). Toutefois, étant donné la difficulté de mesurer ce type de paramètres, les auteurs concluent que les résultats obtenus sont encourageants mais nécessitent d'autres explorations, avec notamment un plus grand nombre de personnes incluses dans les études.

D'autre part, dans une des plus grandes universités d'Australie, Monash University, des programmes *Mindfulness* sont inclus dans les cours délivrés par cette faculté depuis 1992, devenant ainsi la première faculté de médecine proposant ce genre d'outils. Dès la première année de médecine, les étudiants reçoivent des enseignements de méditation pleine conscience en vue de leur bien-être, et secondairement, en vue d'acquérir des compétences communicationnelles pour leur pratique professionnelle future (59).

Pour conclure, face à la problématique des épuisements professionnels, et plus généralement, d'une altération de l'état de santé mentale des médecins, et ses conséquences sur les soins délivrés aux patients, il paraît nécessaire de s'interroger sur les mesures à mettre en place. Sur le plan individuel, la pratique de la méditation pleine conscience semble intéressante, mais le peu d'études disponibles chez les médecins laisse la place à l'incertitude. Cette dernière est à mettre en parallèle aux différents a priori que peut véhiculer la méditation, ralentissant ainsi la diffusion de cet outil auprès des médecins.

Il nous parut ainsi pertinent d'aller à la rencontre de médecins pratiquant la méditation pleine conscience et de comprendre pourquoi, en quelque sorte, ils avaient franchi le pas et réalisé cette démarche.

2.1.2 Objectifs de l'étude

2.1.2.1 Objectif principal

Identifier les motivations pour lesquelles des professionnels de santé se tournent vers la pratique de la méditation pleine conscience.

2.1.2.2 Objectifs secondaires

Comprendre dans quelles mesures la méditation pleine conscience peut accompagner les professionnels de santé dans leur pratique professionnelle, notamment dans la relation médecin-patient.

2.2 MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.2.1 Type d'étude

Afin de comprendre pourquoi les médecins se tournent vers la pratique de la méditation, l'approche qualitative parut la plus adaptée pour étudier cette pratique et ses motivations.

D'abord utilisée en sciences sociales et humaines, la démarche qualitative est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, difficilement mesurables. Ne cherchant pas à quantifier ou à mesurer, la recherche qualitative consiste à recueillir des données verbales, ou autres, permettant une démarche compréhensive et interprétative (60) Une démarche inductive par théorisation ancrée a constitué la base théorique de notre étude.

Pour répondre à notre objectif, la posture d'imprégnation est fondamentale afin d'appréhender les motivations pour lesquelles les individus réalisent ce type de pratique. Deux types de supports ont été utilisés pour étudier l'existence et la signification de la pratique de la méditation chez les médecins :

- L'observation participante, au moment de la formation des professionnels de santé à la technique ;
- Les entretiens semi-dirigés de professionnels de santé exerçant la méditation pleine conscience.

Tout d'abord l'observation participante nous a donné l'opportunité de nous initier à la pratique de la méditation pleine conscience. Un certain engagement fut nécessaire. Cette démarche du chercheur pourrait se transposer à la démarche de l'individu débutant la méditation.

Nous avons souhaité enrichir les informations recueillies lors des observations participantes par des entretiens semi-dirigés auprès de médecins pratiquant la méditation. Cette approche individuelle permet de mettre en exergue la singularité de la pratique de la méditation chez un individu particulier qu'est le médecin.

2.2.2 Observations participantes

« Recueillir des données sur les activités et les pratiques, les évènements au moment où ils se produisent sans l'intermédiaire d'un document, d'un témoignage, même si les données discursives recueillies par les observations relèvent d'une construction de la réalité et d'un accès à une réalité toujours partielle » (61).

2.2.2.1 Accessibilité du terrain

Deux séquences d'observation ont été programmées. La motivation des participants a été l'indicateur principal de sélection a priori des deux terrains d'observation.

Le premier terrain d'observation découle d'un entretien auprès d'un médecin généraliste, animateur d'un groupe de méditant. Selon l'animateur, ce groupe était constitué d'amis et de collègues médecins ou professionnels paramédicaux dont le niveau de motivation était variable allant d'une motivation réelle, au désir d'accompagner son conjoint pour découvrir la méditation. Le programme était d'inspiration *MBSR*, constitué de huit séances hebdomadaires. Selon ce programme, les séances alternant pendant en moyenne deux heures, pratique formelle de méditation et retour d'expériences (2).

Le deuxième terrain d'observation sélectionné était une formation au sein de l'institut de formation des thérapies basées sur la *Mindfulness* (IFTBM). Elle était destinée aux professionnels de santé et sur inscription payante via le site Internet www.mindful-france.org. Cet enseignement constituait le Module 1 proposé par l'institut. Deux séminaires de deux journées entières, à un mois d'intervalle composaient cette formation.

2.2.2.2 Statut de l'observateur

Dans le cadre d'une observation en situation découverte, le statut d'observateur a été expliqué aux responsables des formations et aux autres participants dès le début de l'expérience. Les modalités d'ouverture de ces formations furent propices à cette présentation. En effet, chacune d'elles débutèrent par un tour de table où chaque individu se nommait et donnait les raisons et les attentes de leur démarche.

2.2.2.3 Déroulement des observations participantes

2.2.2.3.1 Observation participante n°1

La première observation participante s'est déroulée au côté d'un médecin généraliste, très récemment retraité, s'étant formé à la pratique de la Méditation pleine conscience à l'institut de formation des thérapies basées sur la *Mindfulness* (IFTBM).

L'animateur, les 10 participants et moi-même, nous nous sommes retrouvées tous les jeudis soir pendant 8 semaines de janvier à mars 2018 à la MJC Nomade à Vandoeuvre les Nancy pour réaliser un programme de méditation pleine conscience inspiré du modèle *MBSR*. Les séances hebdomadaires duraient en moyenne deux heures et alternaient pratique formelle de méditation et retour d'expérience avec discussion entre l'animateur et les différents participants.

2.2.2.3.2 Observation participante n°2

La seconde observation participante fut réalisée en présence de mon directeur de thèse Dr Gonthier Damien, et aux côtés de 30 participants tous issus du domaine médical ou paramédical.

La formation fut monitorée par un psychiatre exerçant au CPN de Nancy. Ce dernier ayant créé l'institut de formation des thérapies basées sur la *Mindfulness* (IFTBM). Cet enseignement constitue le Module 1 proposé par l'institut. Il fut délivré au Domaine de l'Asnée à Villers les Nancy, avec le rythme de deux séminaires de deux journées entières. Le premier séminaire s'est tenu en Avril 2018, suivi un mois plus tard du deuxième séminaire.

2.2.2.4 Recueil des données

Le recueil des données des deux observations participantes s'est effectué en deux temps.

La première étape fut la constitution d'un journal de bord pendant l'observation. Ce journal d'observation était construit pour recueillir trois types de données :

- La description du lieu, des individus et de leur comportement, ainsi que le type d'interaction entre les participants ;
- Le type de pratique de méditation réalisée ;
- La retranscription d'entretiens informels au cours de la formation et des échanges lors des retours d'expériences.

La seconde étape fut la rédaction d'un compte-rendu à l'issue de chaque séance. Celui-ci inclus un résumé des éléments les plus marquants avec une première interprétation des données.

2.2.3 Les entretiens

« Pour atteindre les informations essentielles, l'enquêteur doit en effet s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation : l'entretien est un travail, réclamant un effort de tous les instants ». (62)

2.2.3.1 Type d'entretien

Des entretiens individuels ont été réalisés permettant une plus grande liberté de réponse face à une problématique singulière, faisant intervenir une certaine dimension personnelle.

Le mode semi-directif parut le plus adapté, offrant des échanges libres mais cadrés. Le guide d'entretien a permis un encadrement des informations recueillies, facilitant le travail d'analyse.

2.2.3.2 L'échantillon

2.2.3.2.1 Stratégie d'échantillonnage et prise de contact

La population ciblée fut les médecins pratiquant la méditation. La prise de contact auprès de ces médecins fut de deux types :

- Par le biais d'un réseau personnel

Un échantillonnage par ricochet a été effectué. Il consistait par une sélection des participants en progressant de proche en proche par mail ou directement par téléphone sur recommandation du médecin précédemment interrogé.

- Pas le biais d'une formation spécifique

Un contact mail fut pris auprès du secrétariat de l'institut de formation des thérapies basées sur la *Mindfulness* (IFTBM) afin d'obtenir les coordonnées de médecins ayant réalisé cette formation. Pour des raisons de confidentialité, un courrier explicitant notre démarche leur fut envoyé, sollicitant leur disponibilité pour la réalisation d'un entretien (Cf Annexe 2). Les professionnels intéressés prenaient directement contact avec le chercheur fin d'organiser l'entretien.

2.2.3.2.2 Taille de l'échantillon

Neuf entretiens semi-dirigés furent réalisés. Ceux-ci permirent d'atteindre une saturation des données collectées.

De plus, des données quantitatives permettant de caractériser le type de population furent également recueillis afin de s'assurer de la représentativité de l'échantillon et sa pertinence.

2.2.3.3 Méthodologie des entretiens

Les entretiens ont été mené par un chercheur (le thésard). Un guide thématique a été construit et utilisé lors des interviews. La durée prévisionnelle annoncée à l'interviewée était d'une heure. Le lieu de l'entretien fut laissé au libre choix de la personne interrogée.

Une présentation succincte de ma démarche leur était délivrée afin d'initier l'échange sur leur pratique. Il fut rappelé que toutes les données seraient rendues anonymes afin de garantir leur confidentialité. Leur consentement quant à l'enregistrement audio de l'entretien était également recueilli.

A chaque question abordée, un effort particulier était délivré sur la neutralité de mes réactions face aux réponses. Lorsque les réponses de l'interlocuteur paraissaient imprécises, des techniques de relance étaient employées pour les encourager à étayer leurs dires. Des techniques de reformulations furent également utilisées. La pause active de 5 secondes après un commentaire permit d'enrichir les propos développés.

L'entretien s'achevait par le recueil de données quantitatives caractérisant le type d'individu et par la libre expression de l'interviewé sur des commentaires à apporter à cette démarche, notamment sur des éléments à ajouter dans le guide d'entretien.

2.2.3.4 Le guide d'entretien

2.2.3.4.1 Rédaction du guide

Dans un premier temps, nous avons rencontré une psychologue ayant réalisé la formation à l'IFTBM et le proposant à ses patients afin d'échanger sur sa pratique. Deux grands axes se dégagèrent de cette entrevue : les effets de la méditation sur le professionnel de santé qui la pratique et d'autre part un nouvel outil thérapeutique pouvant être transmis au patient dans des indications précises. D'autre part, la notion de qualité de soin délivrée au patient fut également discutée en abordant le fait que la pratique de la méditation pourrait améliorer les compétences relationnelles et prévenir le burn-out du soignant.

Nous avons ensuite assisté à une conférence organisée par le Centre Médico-Psychologique de Nancy (CPN), proposant une présentation de la Méditation pleine conscience. A l'issue de celle-ci, nous avons sollicité le conférencier pour convenir d'un entretien afin d'échanger sur ce projet de thèse.

Une première version du guide d'entretien fut donc analysée avec ce psychiatre impliqué dans la diffusion de l'outil méditatif. Cela nous permit d'élaborer la version définitive du guide d'entretien.

2.2.3.4.2 Axes d'investigations

Cinq grands thèmes furent retenus pour guider les entretiens :

- La rencontre avec la méditation
- Les raisons ayant motivées la réalisation d'une formation spécifique
- Les modifications que cela a pu apporter, autant sur le plan personnel que professionnel
- L'utilisation de la méditation avec les patients
- Les éléments motivants la poursuite d'une pratique méditative

Le guide d'entretien complet est disponible en Annexe 3.

2.2.3.5 Recueil des données

Les entretiens ont été enregistré par un dictaphone Olympus Digital Voice Recorder WS-811. Ils ont été intégralement retranscrits à l'aide du logiciel de traitement de texte Word le jour même ou le lendemain. L'ambiance, le ton et les attitudes de la personne interrogée ont été notés.

Une prise de note manuscrite fut également réalisée pendant l'entretien afin de rapporter les principales idées développées.

2.2.4 Analyse des données

L'analyse fut réalisée par triangulation des données avec le directeur de thèse Dr Damien Gonthier. La démarche fut inductive et se déroula en trois étapes.

2.2.4.1 Analyse des données quantitatives

Au cours des entretiens semi-dirigés, des données quantitatives ont été collecté afin de caractériser la population étudiée et de s'assurer de sa représentativité et sa pertinence.

2.2.4.2 Analyse descriptive

Cette analyse dresse un portrait de la situation suite à la compilation des différents supports employés pour le recueil des données. Celle-ci a pour but de contextualiser le projet de l'étude et de rendre compte d'éléments particuliers et pertinents enrichissants l'analyse inductive.

2.2.4.3 Analyse transversale interprétative

La dernière étape fut l'analyse transversale des entretiens et des éléments d'observation par théorisation ancrée. Son but est la création d'une généralisation justifiée par un ensemble de faits observables concordants. Elle fut réalisée à l'aide du logiciel NVivo 12^e version. La technique d'une comparaison constante fut appliquée, l'analyse des données s'est déroulée en concomitance avec la collecte des données afin de respecter le principe de circularité de la théorisation ancrée (61).

Trois niveaux de codages ont été réalisés :

- Niveau 1 ou codage ouvert

L'objectif de ce premier niveau est l'attribution d'un mot ou concept à l'idée principale qui se dégage d'une phrase ou d'un paragraphe. Des verbatim furent ainsi extraits dans l'ensemble des entretiens et associés à un code afin d'en donner une signification propre.

- Niveau 2 ou codage axial

Le but de ce deuxième niveau est la création de liens entre les concepts nommés lors du codage ouvert. Cette deuxième étape permet d'élaborer au niveau dit conceptuel qui englobe les idées de façon à former des catégories de concepts. Celui-ci élève le niveau de compréhension du phénomène à un contexte plus explicatif et plus large.

- Niveau 3 ou codage sélectif

Le troisième et dernier niveau est l'émergence d'hypothèses à partir des grandes catégories proposées dans le niveau conceptuel. Il permet d'identifier des noyaux théoriques, en réponse à la problématique initiale posée.

2.3 RÉSULTATS ET ANALYSES

2.3.1 Analyse descriptive

2.3.1.1 Populations étudiées

- Lors des entretiens semi-dirigés

Les caractéristiques des personnes interrogées sont résumées en annexe (Annexe 4).

Tout d'abord, nous pouvons observer qu'elles sont en majorité en milieu voire en fin de carrière, un des médecins interrogés était d'ailleurs retraité depuis peu.

Au cours de leur carrière, les médecins avaient réalisé des formations concernant des thérapies dites complémentaires selon un rapport de l'Académie Nationale de Médecine en 2013. Six médecins avaient réalisé une formation en homéopathie et l'appliquait très régulièrement à leurs patients. Certains avaient également des compétences en ostéopathie, hypnose et en médecine chinoise pour une des personnes interrogées.

Excepté le psychiatre, les médecins avaient une activité exclusivement libérale. Le mode d'exercice était varié, avec tout de même une tendance à l'exercice en cabinet seul.

Pour cinq médecins interrogés, les entretiens se sont déroulés sur leur lieu d'exercice. Dans la salle d'attente d'une des personnes interrogées, un panneau occupant la majeure partie du mur exposait une définition de la méditation pleine conscience ainsi que les bénéfices attendues d'une telle pratique. La décoration intérieure du cabinet médical incitait au calme et à la sérénité chez ce même médecin. Pour des raisons techniques en l'absence de cabinet médical, deux entretiens ont été réalisés au domicile personnel du médecin.

Enfin, lors de la présentation du projet de thèse, un grand intérêt fut porté par l'ensemble des personnes interrogées. Elles me portèrent une grande disponibilité, les entretiens ont d'ailleurs parfois largement dépassés l'heure initialement prévue. De plus, deux médecins interrogés m'ont proposé de participer à leur pratique méditative. J'eus alors l'occasion de réaliser la

première observation participante à l'issue de cette proposition, et de participer à deux séances d'échange de pratique avec des médecins méditants.

- Lors des observations participantes

Deux observations participantes furent réalisées : la première se déroula au côté d'un des médecins interviewés, à la MJC Nomade à Vandoeuvre les Nancy ; la seconde se passa dans le cadre d'une formation proposée par l'IFTBM, au Domaine de l'Asnée à Villers les Nancy. Lors de ces deux rencontres, de nombreux points communs furent observés.

Dans les deux cas, ces formations étaient destinées aux professionnels de santé. Lors de l'observation n°1, l'animateur souhaita rassembler des amis médecins, ainsi que leur compagne, afin de créer un groupe homogène, avec des personnes ayant des intérêts et préoccupations communes, propres à leur profession. Ces amis médecins étaient issus de spécialité différente, nous échangeâmes avec un chirurgien orthopédique, un médecin du travail, d'autres médecins généralistes également retraités, mais aussi une cadre de santé entre autres. L'objectif de rassembler des professionnels de santé pour le psychiatre au sein de l'IFTBM était quelque peu différent, le souhait premier était de transmettre cet outil dans un cadre réglementaire afin de limiter les dérives, notamment sectaire, qui pourrait desservir les qualités de cette pratique. La deuxième observation se déroula donc aux côtés de professionnels de santé, issus très majoritairement du secteur psychiatrique, nous pûmes ainsi échanger avec des psychiatres et infirmiers travaillant en CMP, ou en secteur psychiatrique spécialisé, mais également des éducateurs pour enfants en difficulté notamment. Lors de cette formation, aucun autre médecin généraliste partagea cette session, une seule urgentiste représentait le domaine non psychiatrique.

Nous avons observé une certaine inertie des échanges lors de ces rencontres. Initialement, les échanges se réalisaient uniquement entre participant et animateur, puis progressivement, les participants entre eux échangèrent leur vécu d'expérience, partageant des anecdotes pour compléter une remarque personnelle d'un autre participant par exemple. Nous pûmes observer la création d'une dynamique de groupe. Cette dynamique de groupe permit de faciliter les changements de comportements et attitudes de certaines personnes, très réservées initialement, puis s'ouvrant à la confession d'éléments personnels secondairement. Les moments annexes à la formation, tels que les pauses ou les repas pris en petit groupe, renforça

également ce phénomène. Ce dernier fut enfin favorisé par la proposition d'un tutoiement entre participants et animateur, évoquant une très grande disponibilité de celui-ci et lissant le rapport de supériorité qui peut exister entre l'animateur d'un groupe et ses participants. De même, lors des séances de méditation, l'animateur prenait la même posture que les participants, renforçant la sensation de proximité avec ce dernier.

Une attention toute particulière est à considérer concernant les objectifs attendus des participants à la formation. Lors du tour de table permettant une présentation des participants, tous déclarèrent rechercher un nouvel outil thérapeutique pour leur patient, seul deux personnes abordèrent le souhait secondaire d'un apport personnel à cette démarche. Toutefois, lors des retours d'expériences, nous avons observés des considérations très personnelles, s'éloignant progressivement d'une application future au patient. Cette observation aborde l'idée que la technique méditative est un outil singulier, avant tout expérimenté par le soignant, afin d'être secondairement transmis au patient. Cette considération sera reprise dans l'analyse transversale des entretiens semi-dirigés.

Enfin, une remarque concernant le lieu de la formation délivrée lors de la seconde observation participante nous parut pertinente. Celle-ci se déroula au Domaine de l'Asnée, à Villers les Nancy. Ce lieu historique, accueillait dans les années 1930 des séminaristes catholiques, puis fut finalement reconvertie dans les années 1980, en un lieu d'accueil pour formations et réceptions. Toutefois, il persiste dans son enceinte une librairie ecclésiastique et nous avons croisé des hommes portant le col romain blanc, signe distinctif d'appartenance au culte catholique. Nous nous interrogeâmes sur l'ambivalence de ce lieu marqué par une histoire religieuse et le souhait de délivrer une technique méditative gommée de tous aspects spirituels.

2.3.1.2 Description de la technique

2.3.1.2.1 Présentation théorique

La définition donnée par Jon Kabat-Zinn dans les années 1970 résume théoriquement la finalité de la méditation pleine conscience. Cette pratique permet d'apprendre à diriger son attention d'une certaine manière : délibérément, au moment présent et sans jugement de

valeur. L'absence de jugement de valeur introduit le concept que notre mental présente une tendance naturelle à commenter tout événement vécu, appelé également bavardage mental.

Cette pratique permet de modifier le rapport que chaque individu a avec ses pensées. Le fait d'apprendre à observer ses pensées permet de les identifier comme telles, c'est-à-dire, comme des événements mentaux, et non comme le reflet de la réalité. Cette posture d'observateur permet également de prendre de la distance avec ses pensées et d'en diminuer leur importance.

La méditation pleine conscience est une démarche active, pouvant se diviser en quatre étapes :

- 1) Se poser : apprendre à ralentir le rythme effréné de ses journées, et s'autoriser à dépenser du temps pour soi.
- 2) Ressentir : apprendre à aller au contact de ses sensations corporelles, mais également ses émotions et ses pensées.
- 3) Observer, de manière équanime ces trois composantes de notre mental. Le travail sur l'équanimité permet de développer une disposition affective de détachement à l'égard de toute sensation agréable ou désagréable.
- 4) Laisser « Etre » ces trois composantes, sans chercher à éviter ou lutter contre l'expérience.

Ainsi, deux modes de fonctionnement de notre mental est décrits selon Jon Kabat-Zinn :

- Le mode FAIRE : l'attention de l'individu va se porter sur les commentaires et bavardages incessants de son esprit. Les activités réalisées quotidiennement sont devenus des habitudes pour l'individu et sont réalisées de manière sous-corticale, ce qui laissent de l'espace mental disponible pour l'émergence de commentaires mentaux. Ce mode FAIRE est également nommé « pilote automatique ».
- Le mode ETRE : l'attention de l'individu va se porter sur l'observation de ces commentaires, ainsi que sur les éléments extérieurs présents pendant les activités (sensations corporelles, sons, odeurs...). Cette posture d'observateur permet de prendre de la distance par rapport à nos bavardages mentaux, et de s'en détacher. L'individu sera alors pleinement présent lors de la réalisation de ses activités.

La pratique régulière de la méditation permet de développer le mode « Etre ». C'est un travail sur l'objet de l'attention portée lors des activités quotidiennes, en partant du postulat que l'attention que je porte sur l'expérience modifie l'expérience que je vis.

Les automatismes mentaux ne sont pas problématiques par essence, mais doivent être actifs par choix conscient. Un individu peut s'appuyer sur des activités automatiques pour se libérer de l'espace mental afin de se consacrer à autre chose. Toutefois, si cet état devient inconscient, l'espace mental libre peut laisser libre cours à des ruminations mentales.

Les ruminations mentales peuvent être la conséquence de processus de lutte ou d'évitement sur des éléments non modifiables. La posture d'observateur développée par la pratique de la méditation permet d'aller au contact des stimuli pour ce qu'ils sont et non pour ceux que l'on souhaiterait voir. Ainsi, l'individu méditant va constater lors de son expérience, l'existence d'éléments pouvant être modifiés ou d'autres non modifiables. Cette distinction introduit la notion d'acceptation. La méditation est un outil permettant de développer des stratégies mentales afin de faire avec les éléments non modifiables et agir sur les éléments modifiables, permettant ainsi de diriger de manière optimale l'énergie nécessaire à la modification des éléments pouvant l'être et limiter l'épuisement contre les choses ne pouvant être changées.

2.3.1.2.2 Exercices de méditation

La mise en pratique de la méditation se fait par la réalisation d'exercices de deux types. Tout d'abord, les exercices de méditation formelle, où l'individu dédie un temps spécifique à la pratique, dans une des positions possibles, c'est-à-dire soit assis, soit allongé, dans un endroit calme. L'autre type d'exercices est la réalisation d'exercice informel, se réalisant au cours de n'importe quelle activité de routine habituelle que l'individu à usage de réaliser.

L'objectif d'une pratique formelle consiste à entraîner son attention dans un environnement simplifié, en limitant les stimuli extérieurs. A l'image d'une personne apprenant à nager, celle-ci débutera dans un premier temps où elle aura pied.

La pratique formelle est donc un entraînement de ses capacités d'attention et de concentration. La première phase de cet entraînement réside dans des exercices d'attention focalisée. L'objet de focalisation peut être la respiration, le corps, les sons ou encore les pensées. Selon la cible

focalisée, l'objectif de l'exercice sera différent. Ainsi, lors d'une méditation d'attention focalisée sur la respiration, le sujet pourra observer la tendance naturelle de son esprit à produire une multitude de pensées le détournant sans cesse de son objectif initial. Lors d'une méditation d'attention focalisée sur les sons, le sujet pourra remarquer la rapidité à laquelle son esprit cherche à étiqueter le moindre stimuli sonore, et comment il est difficile de seulement entendre un son pour ses qualités physiques. Cette expérience vécue pour les sons est valable pour tout stimuli sensoriel, autant physique, visuel, gustatif qu'auditif, et permet à l'individu de prendre conscience de cette tendance mentale naturelle à commenter tout événement vécu. Enfin, les méditations d'attention focalisée sur les pensées permettent d'aller au contact du fonctionnement de notre esprit, et de mieux comprendre son activité paradoxale. Le sujet pourra observer qu'en tentant d'aller au contact de ses pensées, celles-ci seront de moins de moins nombreuses, et les mécanismes de lutte ou d'évitement seront contre-productifs pour la perception de ses pensées. Ainsi, les pensées ne pourront être supprimées, mais l'importance qu'on leur porte pourra être diminuée en les considérant comme de simples productions mentales et non comme une réalité. De plus, cette posture d'observateur permet d'appréhender différemment les pensées négatives.

Un autre exercice fondamental d'attention focalisée est le *body-scan*. Celui-ci consiste à porter son attention séquentiellement sur les différentes parties de notre corps afin d'en percevoir les sensations physiques présentes. L'intérêt de cet exercice est de reconnecter l'individu à son corps et ses sensations physiques associées. Ce *body-scan* peut se réaliser de façon statique ou en mouvement. Lors d'étirement ou de marche en pleine conscience, le sujet pourra aller observer ses limites physiques et aller au contact de sensation d'inconfort en observant les pensées associées à cette expérience. C'est un exercice très intéressant chez des personnes présentant des douleurs chroniques, où cette nouvelle posture mentale permet de redéfinir l'expérience douloureuse. Ainsi, l'observation des pensées venant à l'esprit lors de la perception d'une douleur peut aider à appréhender la forte composante mentale dans la perception de celle-ci. Ces exercices de focalisation sur le corps sont également l'occasion d'améliorer notre capacité de bienveillance envers soi-même.

La pratique formelle comprend secondairement des exercices d'attention dite ouverte. L'individu porte alors toute son attention à l'ensemble des éléments constituant l'expérience vécue, c'est-à-dire à sa respiration, ses sensations corporelles, ses pensées et tout autre stimuli sensoriel.

Ces exercices réalisés de manière formelle tentent à se rapprocher des exercices réalisés de manière informelle, et constituent l'état final à atteindre dans notre vie quotidienne pour être plus présent à ce qui est entrepris.

L'exercice appelé espace de respiration de 3 minutes est une application pratique des exercices de méditation formelle. Cet exercice pratiqué initialement dans un environnement simplifié, permettra dans un second temps à l'individu de gérer des moments de stress. Cet exercice se décline en 3 temps : le premier temps est dédié à l'observation de l'expérience à l'instant présent dans ses 3 dimensions (pensées, émotions et sensations corporelles), elle permet à l'individu de se mettre à l'abri et d'analyser l'ensemble des éléments impliqués. Le second temps consiste à réduire et focaliser son attention sur sa respiration, permettant une stabilisation de l'esprit et éviter des réactions automatiques ou impulsives habituelles. Enfin le troisième et dernier temps réside dans l'élargissement de la conscience à l'ensemble du corps et donne l'impulsion pour prendre une décision et retourner à la situation critique. Ces mouvements mentaux permettent d'augmenter la capacité de réponse par choix et non par impulsion ou habitude automatique dans des situations complexes.

Enfin, le deuxième type de pratique proposée, dit informelle, est l'ensemble des exercices à réaliser lors d'activités quotidiennes habituelles. Afin d'ancrer la pratique dans son quotidien, il est proposé de se brosser les dents en pleine conscience, ou encore de prendre une douche en pleine conscience. Ces activités quotidiennes étant nécessaires, il paraît opportun de dédier ce temps à l'expérience du moment au lieu de le réaliser en pilotage automatique et laisser de l'espace disponible à notre esprit pour des bavardages mentaux pouvant être néfastes pour notre équilibre mental.

Une analogie fut présentée pour aider à se représenter la pratique de la méditation : « La méditation, c'est comme la pratique du tennis. Il y a l'entraînement et la compétition. Pendant l'entraînement, on va apprendre notre coup droit dans des conditions idéales, pour tenter de l'appliquer ensuite lors de matchs en compétition. C'est la même chose avec la pratique d'exercices méditatifs formels et informels. Il faut d'abord apprendre à développer sa capacité d'attention dans des conditions idéales, pour ensuite l'appliquer dans la vie quotidienne ».

2.3.1.2.3 Réalisation pratique

La technique de méditation pleine conscience inspirée des programmes *MBSR* ou *MBCT* se délivre en groupe d'une dizaine de personnes, selon un programme sur 8 semaines, avec une rencontre hebdomadaire alternant des exercices de méditation et un retour de chaque participant sur ses expériences. Les différents exercices de méditation sont présentés progressivement chaque semaine lors des rencontres et doivent être pratiqués entre chaque séance individuellement. Cela permet de créer une nouvelle routine aux participants et donne une certaine habitude afin que la pratique puisse s'intégrer au quotidien de chacun, et se prolonge au-delà des 8 semaines du programme. D'autre part les échanges lors des rencontres sont essentielles pour que chaque participant puisse exposer ses difficultés propres, mais également puisse s'enrichir des situations diverses et parfois communes des autres participants.

2.3.2 Analyse transversale par catégories

L'analyse inductive des neuf entretiens semi-dirigés a fait émerger trois grandes hypothèses en réponse à la problématique initiale. Tout d'abord, pour les médecins interrogés, la méditation pleine conscience constitue un nouveau moyen thérapeutique à destination du patient. Ensuite, de par son caractère singulier, cet outil est avant tout expérimenté par le médecin lui-même. Ces neuf médecins ont ainsi observé, suite à sa pratique, des modifications autant professionnelles que personnelles. Le plan de l'analyse est disponible en annexe (Annexe 5).

2.3.2.1 Un nouvel outil thérapeutique en réponse à un besoin

2.3.2.1.1 Une prise en charge du patient non satisfaisante menant à des formations complémentaires

Trois médecins ont déclaré manquer de proposition face aux plaintes du patient, et se sentir parfois démunis. « On voit de tout, et c'est vrai qu'à un moment donné, on est un peu démunis » (E2).

Ce sentiment naît du constat que devant certaines plaintes, notamment fonctionnelles, ou de conflits psychologiques non psychiatriques, le médecin dispose de peu d'outils efficaces.

Au demeurant, un autre élément d'insatisfaction relevé est la manière d'aborder un symptôme. Notre formation initiale conditionne cette démarche de répondre à une plainte du patient par une solution immédiate, qui se matérialise le plus souvent par la prescription d'un médicament. Toutefois, face à certains troubles, la réponse médicamenteuse peut se révéler inefficace, voire délétère pour le patient. Dans les troubles fonctionnels par exemple, la souffrance inhérente au vécu du symptôme est aggravée par la focalisation de l'attention sur ce symptôme, et le fait de tenter de lutter contre ce symptôme par la prescription d'un traitement symptomatique apparaît contre-productif.

Toutefois, un des médecins note que beaucoup de ses confrères n'auront pas de telles considérations face à ce même type de plaintes, ne connaissant pas d'autre alternative que la prescription. « Beaucoup ont l'impression qu'ils n'ont pas d'autres outils, qu'ils n'ont pas d'autres choix » (E7). Cette réflexion est également alimentée par la difficulté de diffusion d'autres outils thérapeutiques non médicamenteux disponibles.

« Ensuite, je pense que le médecin a un rôle placebo (...) c'est quelque chose que l'on n'a jamais appris non plus à gérer » (E6). L'importance de la communication dans la profession du médecin fut longuement abordée par un des médecins, expliquant : « la communication, c'est 80 % de mon travail » (E6). Savoir communiquer avec le patient permettrait une meilleure approche relationnelle. De plus, prendre conscience de l'importance du poids de certains mots ou comportements à l'égard du patient pourrait parfois faciliter leur prise en charge.

Face à ces constats, ces médecins ont souhaité élargir leurs compétences afin d'améliorer leur capacité de communication et enrichir leur « hotte à outils » (E6) thérapeutiques pour accompagner le patient dans certaines pathologies où les traitements médicamenteux seraient peu efficaces.

2.3.2.1.2 Une démarche avec certaines réserves, possiblement accessible à tous

Le terme méditation peut évoquer certains a priori. Les médecins partageants leur expérience méditative auprès de leurs confrères furent confrontés à des réactions plutôt négatives. Concernant cette démarche dans un but personnel, les commentaires ont été « Je n'ai pas besoin de ça ! » (E2) ou « Qu'est-ce que tu fais là-dedans ? » (E6), considérant la méditation avec une connotation ésotérique forte. D'autre part, lors de la présentation de cet outil pour le patient, et d'avoir un référent pour délivrer cette technique, un des médecins s'est vu confronté à une peur de ses confrères « que je leur pique des patients » (E1). La peur de cette fuite du patient révélant peut-être une peur de l'efficacité de cette technique.

C'est une technique accessible et ouverte à tous, autant pour le médecin que pour le patient, ne requérant aucunes capacités intellectuelles ou financières particulières. Les thèmes abordés et les retours d'expérience lors des séances permettent de s'adapter aux problématiques de chaque patient.

Toutefois, cette démarche peut nécessiter une certaine sensibilité. « Ce n'est pas n'importe quel médecin qui va faire ces formations » (E6). L'analyse descriptive a en effet révélé l'intérêt commun de tous les médecins interrogés pour des techniques dites complémentaires. De plus, un des médecins précise : « Tout le monde ne se retrouvera pas forcément dans la méditation » (E4). Un autre médecin a d'ailleurs déclaré : « Ce n'est pas quelque chose qui m'a branché » (E8).

Enfin, pour les patients, la méditation en tant qu'outil thérapeutique possède des indications précises, et « ça ne va pas dans toutes les situations » (E3). Une vigilance particulière doit être portée sur des contre-indications à la délivrance de cette technique chez certains patients. Lors de l'observation participante n°2, l'animateur a d'ailleurs listé les situations où la pratique de la méditation peut être néfaste pour le patient.

2.3.2.1.3 Un outil thérapeutique singulier, permettant un travail sur la cognition

Tout d'abord, les médecins interrogés ont souligné l'importance de considérer l'outil méditatif utilisé en tant qu'outil thérapeutique comme distinct de toute forme de religion. « Ce n'est pas spirituel ni bouddhiste. Ça n'a aucun caractère religieux, ni sectaire » (E2).

Pour le médecin, la méditation apparaît comme un outil thérapeutique supplémentaire, offrant une prise en charge alternative au patient. Il sera même qualifié de « précieux » par deux médecins interrogés. Ce caractère alternatif est décrit par un des médecins comme une prise de distance par rapport à la prescription médicamenteuse. Il explique ainsi : « Ça serait quelque chose avant de les mettre sous traitements médicamenteux qui parfois n'a pas de bonne balance bénéfice-risque » (E7).

La singularité de cette technique provient de son objet d'étude : la méditation est un travail sur la cognition. Toutefois, pour obtenir des résultats, à l'image d'un entraînement physique, cela nécessite une pratique régulière et un certain engagement, « ce n'est pas spontanée » (E3).

Lors des exercices de méditation, la personne va aller au contact de ses pensées qui la détournent de son objet de focalisation. L'observation des pensées informe sur le fonctionnement mental de l'individu, notamment les constructions cognitives face à un stimuli particulier ou une émotion. Cette posture mentale d'observateur donne également une certaine distance entre l'individu et ses pensées, permettant de considérer ses pensées comme des productions mentales et non comme le reflet de la réalité. Comprenant son fonctionnement cognitif, l'individu sera en mesure de réguler l'importance donnée à ses pensées, les vagabondages mentaux pourront ainsi être contrôlés.

De plus, c'est en diminuant particulièrement les vagabondages mentaux que la méditation est un outil modelant les capacités d'attention et de concentration de l'individu. Un des médecins expliqua : « C'est un entraînement de l'attention, entraîner à fixer son attention, à la stabiliser » (E2).

2.3.2.1.4 Les résultats observés sont multiples et intéressants

Suite à la pratique de la méditation, de nombreux changements furent observés chez le médecin lui-même. « Ma femme m'a dit que j'ai changé » (E2). Néanmoins, ceux-ci seront plus amplement développés dans la troisième partie.

Chez les patients méditant, un des résultats observés est tout d'abord « l'envie de modifier quelque chose dans leur vie » (E1). Cet outil pour changer induit des modifications touchant essentiellement des habitudes, potentiellement mauvaises que l'individu ne percevait pas forcément comme telle. Cette prise en charge est axée sur une modification de leur mode de vie en partant de l'expérience vécue. « On leur donne une façon de faire différemment » (E1). Un autre médecin complète cette réflexion : « C'est quand même cette modification d'hygiène de vie qui permettrait de résoudre en profondeur le problème. Et la méditation s'inscrit dans cette situation-là » (E7).

Ainsi, les médecins ont déclaré obtenir des résultats rapides chez leur patient. « J'ai eu un patient à qui j'ai proposé cette méthode qui souffrait d'hyperhydrose au travail, en situation de stress, dès la première séance, il allait mieux » (E1). Une des conséquences des résultats observés fut résumé par ce même médecin : « Ils vont mieux, ils ne viennent plus beaucoup en consultation ! » (E1). Un enthousiasme particulier fut observé, et cette démarche fut décrite comme passionnante et encourageante par deux médecins. « Mais quand je vois les résultats, ça donne envie de recommencer » (E1).

D'autre part, la méditation est également décrite comme un outil de prévention. « Je suis convaincue que c'est utile, au moins pour la prévention du burn-out probablement » (E5). Cette déclaration au conditionnelle fut complétée par les dires d'un autre médecin affirmant que la méditation constitua pour lui, à part entière, une technique préventive à l'épuisement professionnel.

2.3.2.1.5 Un outil expérimenté par le médecin

La richesse de cet outil naît du fait que le médecin lui-même a expérimenté la technique. Il acquière une certaine légitimité envers le patient. « On explique aux patients qu'on l'a testé, ils voient qu'on a changé. Et le fait de voir que nous avons changé, ils se disent : pourquoi pas

moi ? » (E1). Les résultats observés chez le médecin renforcent la validité de la technique et le médecin prend alors une posture de témoin.

De même que pratiquer la technique permet de mieux la transmettre au patient. « On va l'utiliser d'autant mieux que l'on pratique soi-même naturellement, et que notre motivation en est renforcée ainsi que notre enthousiasme » (E5). Car la particularité de cette technique réside dans sa pratique : « Ça reste quelque chose qui s'expérimente » (E7). Lors l'observation participante n°2, une analogie avec l'apprentissage de la natation fut présentée : « Vous pouvez lire tous les livres sur la natation que vous souhaitez, tant que vous ne rentrez pas dans l'eau, vous ne saurez pas nager ».

2.3.2.2 Un outil permettant la mise en pratique de l'approche centrée-patient

2.3.2.2.1 Une évolution de la prise en charge du patient

Tout d'abord, les médecins interrogés ont souligné l'importance de l'évolution des connaissances médicales nécessitant une adaptation continue du médecin face aux nouvelles techniques. « A un moment donné, c'est sûr que dans notre métier, on arrive à une limite parce qu'on nous a appris des choses et puis on voit que ça évolue » (E2).

Un des médecins a d'ailleurs mis l'accent sur l'avènement des thérapies non médicamenteuses, de bonnes indications dans certaines situations. Ce médecin prend l'exemple des états dépressifs, expliquant qu'il voit davantage de « déprime » (E7) que d'état dépressif caractérisé nécessitant une prise en charge spécialisée. « Je suis très intervention non médicamenteuse (...), pour moi, il faut aller vers de type de prise en charge compte tenu des effets secondaires de médicaments (...), la méditation est parfaite dans cette vision-là » (E7).

L'évolution des connaissances médicales concerne non seulement les nouvelles techniques thérapeutiques, qu'elles soient médicamenteuses ou non, mais concerne également la posture du médecin face au patient. En plusieurs dizaines années, la relation soignant-soigné a évolué avec l'émergence de modèles théoriques explicitant les caractéristiques impliquées dans sa dynamique. De plus, outre le point de vue scientifique et intellectuel, un médecin complète par : « D'un point de vue légal, la posture professionnelle change aussi » (E3), évoquant

notamment la question de la responsabilité de chacun des protagonistes dans cette relation de soin.

Enfin, cette modification de prise en charge du patient guidée par l'émergence de nouvelles connaissances médicales est possible uniquement si le médecin se donne les moyens d'évoluer. « Il faut creuser un peu et puis se rendre compte de tout ce qui se fait. Il y a une autre orientation que l'on peut avoir » (E7). Ce même médecin complète cette idée en affirmant le rôle déterminant joué par le médecin généraliste dans cette modification de prise en charge du patient. « Je pense que le médecin généraliste est au cœur pour changer cette prise en charge-là » (E7).

2.3.2.2.2 Intégrer le patient dans sa prise en charge

Les médecins interrogés ont considéré la relation médecin-patient comme étant une démarche en binôme. Ainsi, un des médecins s'interroge régulièrement sur la façon d'intégrer le patient dans sa prise en charge : « Comme avance-t-on ensemble pour répondre à leur problème ? » (E1). De cette vision, le médecin se positionne tel un compagnon pour aider le patient à mobiliser ses propres ressources et lui permettre de s'impliquer dans la décision. « Les décisions thérapeutiques sont des co-décisions » (E3). Une autre personne interrogée poursuit cette réflexion en précisant l'importance de considérer les choix du patient : « Je ne suis pas là pour imposer ce que je veux » (E6).

Afin d'intégrer le patient dans sa prise en charge, le médecin doit apprendre à s'adapter au patient. « Il faut s'adapter aux besoins du patient, à son environnement » (E3). Cette adaptation comprend l'environnement du patient, ainsi que ses compétences propres. Ainsi, un médecin a longuement explicité cette notion de compétences du patient. Pour lui, les patients possèdent en eux les ressources nécessaires pour améliorer leur état de santé, mais leur mobilisation peut être difficile. Il explique alors au patient : « Etant donné que ce n'est pas possible de faire comme vous voulez, je vais vous aider à faire du mieux que vous pouvez avec ce que vous disposez » (E1).

L'intégration du patient dans sa prise en charge sous-entend que le patient puisse s'approprier sa ou ses pathologies. La pratique de la méditation permettrait au patient de lui amener un

changement de point de vue, et l'aiderai à lui faire prendre conscience de son état réel, et non celui qu'il souhaiterait avoir.

Enfin, intégrer le patient dans sa prise en charge est permise par la transmission d'un outil thérapeutique que le patient lui-même va utiliser. Le patient peut s'approprier l'outil selon ses besoins et ainsi acquérir une certaine autonomie. Cette notion sera développée dans le paragraphe suivant. D'autre part, ce travail demandé et réalisé par le patient, le médecin le fait également. L'idée d'une démarche en binôme évoquée antérieurement est ainsi reprise : « Je pense qu'en méditation, c'est ça la différence, dire aux gens de faire c'est une chose, faire avec eux, c'est complètement différent » (E6). Cette démarche d'intégration induit un partage entre le médecin et le patient qui apparaît enrichissant pour les deux protagonistes : « Il y a quand même un partage. Je pense que dans la relation, et beaucoup de personnes le vivent comme ça, cela nous permet de nous rapprocher du patient » (E7).

2.3.2.2.3 Rendre au patient son autonomie

Trois médecins ont abordé la notion d'autonomisation du patient. Tout d'abord, la méditation permettrait au patient d'être autonome vis à vis de ses conflits intérieurs. « Ils apprennent à gérer les obstacles » (E1). Le terme « obstacle » renvoie notamment aux troubles émotionnels. « Parce que le but c'est de transmettre une certaine forme d'autonomie pour gérer un problème émotionnel » (E7). Le patient, via la pratique de la méditation, apprend à reconnaître ses émotions, et à comprendre leurs implications dans de nombreux troubles. Cet outil aiderait le patient d'une part à prendre conscience de son état, et d'autre part à considérer différemment ses problèmes. Ainsi, la méditation est un outil « pour les amener à réfléchir sur leur problème » (E1). Une fois l'analyse du trouble réalisé, le patient pourra plus facilement percevoir les éléments nécessaires à son amélioration. Le patient pourra ainsi espérer retrouver une autonomie vis à vis de sa prise en charge. Un médecin complète cette idée par cette réflexion : « Ce qui m'importe (...) c'est qu'eux puissent se prendre en main complètement » (E6).

Toutefois, cette autonomisation est un travail actif pour le patient et demande un certain engagement de leur part. « Il faut bien sûr que le patient s'investisse » (E7). Cet investissement sous-entend une certaine motivation et une capacité de travail, car pendant les programmes de type *MBSR* ou *MBCT*, il sera demandé au patient de réaliser environ 45

minutes de méditation par jour pendant 2 mois. Ce rythme est nécessaire afin d'ancrer la pratique dans un objectif au long cours.

Enfin, la méditation est une technique à la carte pour les patients. Selon ses besoins et ses capacités, le patient va opérer les changements nécessaires à l'amélioration de son état actuel. Ainsi, pour les médecins interrogés : les patients « se sont appropriés la technique » (E1). La particularité de cet outil réside dans la possibilité de s'adapter au plus près des besoins des patients, « ça a une souplesse aussi que les autres techniques de TCC n'ont pas forcément » (E3).

De plus, une autre particularité de cette technique naît dans le fait que le travail est réalisé par le patient et non par le médecin. Cette démarche devient alors gratifiante pour le patient, il peut ainsi se dire « c'est moi qui ai réalisé ce changement » (E1). Cette réflexion a deux principales conséquences : tout d'abord, le patient ne transfère pas la responsabilité des résultats obtenus sur un objet extérieur à sa personne. Un médecin explique ainsi : « Il faut rendre les patients responsables face à certaine problématique » (E7). Ensuite, en redonnant ses responsabilités au patient, « cela t'enlève beaucoup de poids à toi, médecin » (E1). L'autonomisation du patient face à son état et à sa prise en charge permet de rééquilibrer les responsabilités de chaque protagoniste dans la relation de soin. Cette idée a été développée par une personne interrogée : « Partant de là, c'est tout l'aspect responsabilité qui s'est écroulé. Parce que je me pensais responsable de tout pour le patient. Et donc, si ça ne fonctionnait pas ou qu'il n'allait pas bien, c'était quand même de ma grande faute » (E6).

2.3.2.2.4 Trouver sa place en tant que médecin dans la relation de soin

L'approche relationnelle fut abordée par trois médecins. La pratique de la méditation chez ces médecins leur a permis une modification de celle-ci : « Ça change toute notre approche relationnelle dans les consultations » (E6). La méditation fut une aide pour réguler la bonne distance entre le médecin et le patient dans la relation de soins. En effet, une distance trop étroite apparaît délétère pour les deux protagonistes. Pour le médecin d'abord, une personne interrogée expose le risque de porter de trop nombreuses responsabilités sur ses épaules. « Je pense que j'avais de grosses difficultés à trouver la bonne distance par rapport au patient, c'est-à-dire avoir beaucoup d'anxiété et de stress de me sentir responsable de certaines choses » (E6). Ensuite, pour le patient, la qualité de soins délivrée risquera d'être altérée. Un

autre médecin explique ainsi : « J'ai moins facilement la larme à l'œil parce que je me rends compte que je me fais embarquer et que je me laisse déborder, et que cela n'est clairement pas bon pour notre relation et pour ce que je vais proposer au patient » (E4). Toutefois, si la méditation permet de garder une certaine distance entre le médecin et le patient, elle permet également de se reconnecter au patient comme l'évoque un autre médecin : « La méditation m'a aidé à reconnaître les moments (...) de consultation où je sens que je ne suis plus avec le patient » (E1).

Un autre aspect de la relation de soin est le vécu des pathologies et des souffrances du patient par le médecin. Ainsi la notion d'acceptation développée et expérimentée par la pratique de la méditation est décrite comme un philosophe de soins pour deux médecins. « C'est l'acceptation effectivement des décisions du patient, mais des siennes aussi » (E3). Un second médecin complète cette réflexion en expliquant : « On va être beaucoup plus en accord dans une situation, ou en tout cas, ne pas rajouter un conflit, à une situation que l'on ne pourrait pas forcément résoudre » (E7).

La définition du rôle que le médecin prend fut précisée par l'outil méditatif pour quatre médecins interrogés. Une des personnes interrogées décrit ainsi sa fonction tel un miroir intelligent : « on renvoie au patient ce que l'on souhaite lui renvoyer intelligemment » (E1). Un second médecin précisa ce concept en expliquant que le vécu de la maladie du patient peut être conditionné par les dires du médecin, reprenant l'évocation du rôle placebo que peut porter le médecin.

D'autre part, dans une relation de soin, le médecin doit savoir d'adapter au patient. Tout d'abord, la méditation considérée comme un outil thérapeutique supplémentaire permet une prise en charge adaptée du patient. Un médecin explique : « plus on a d'outils dans sa boîte à outils, plus on est finalement capable d'adapter l'outil qui convient le mieux à la problématique ou au patient que l'on a en face de soi » (E6). Ensuite, comme évoqué précédemment, la méditation vue comme outil d'acceptation est une aide pour que le médecin puisse davantage considérer les choix du patient. Cette posture d'adaptation étant complexe dans certaine situation, la pratique de la méditation a permis à un des médecins « de lâcher prise quand ça ne sert à rien d'argumenter et d'insister » (E5).

2.3.2.2.5 Redéfinir la capacité décisionnelle du médecin

Tout d'abord, la méditation a permis aux médecins interrogés d'observer l'implication émotionnelle dans certaine décision. Trois médecins déclarent ainsi prendre parfois des décisions selon leurs propres émotions. « On peut prendre des décisions par rapport à nos angoisses (...) qui (sont) associé(s) à nos propres pensées, (nos) propres représentations, (nos) propres peurs » (E3). Cette implication émotionnelle est d'autant plus importante que le médecin est en période de fatigue. « Il est clair que quand je suis fatigué, je suis guidé par mes émotions plus que par la raison » (E4).

La pratique de la méditation leur a permis d'apprendre à analyser leurs réactions émotionnelles. « Je prends conscience beaucoup plus facilement que je suis dans l'émotionnel, et donc je me recentre et je pense que je suis plus apte à ne pas me laisser emporter par des émotions qui pourraient être franchement non constructives » (E4). De plus, reconnaître les situations émotionnellement complexes permettent aux médecins de prendre du recul par rapport à celles-ci. Le fait de réguler leur implication est décrit comme une forme de protection. « Je pense qu'il y a effectivement des médecins qui ne se donnent pas les moyens de prendre du recul par rapport à ça. Et effectivement, on peut se retrouver à faire du burn-out, à être dans des situations un peu compliquées » (E6).

Enfin, en percevant le lien émotion-décision, les médecins s'interrogent davantage sur les raisons pour lesquelles ils prennent des décisions. « Parce qu'il y a un certain nombre de décisions que l'on prend pour aussi diminuer notre propre culpabilité, ou sa propre colère, ou sa propre angoisse » (E3). Ce médecin interrogé précise cette réflexion en expliquant qu'il peut ainsi être amené à prendre des décisions en oubliant les intérêts du patient, voire même des décisions contraires à ses valeurs.

En comprenant l'implication émotionnelle dans certaines situations, les médecins déclarent avoir retrouver une capacité décisionnelle particulière en reprenant le contrôle sur leur choix. Cette notion est reprise explicitement par une des personnes interrogées : « Mais au moins, quand je prends la décision, je la prends en connaissance de cause et je ne me rends pas compte plus tard que j'ai fait cela pour de mauvaises raisons » (E4).

2.3.2.3 Mieux vivre la profession de médecin

2.3.2.3.1 Des démarches très diverses pour arriver à la méditation

Quatre médecins ont déclaré avoir débuté leur pratique dans une démarche à but personnel. « Je suis venue au départ à la méditation (...) peut être pour un besoin personnel (...) pour gérer, probablement des phénomènes d'anxiété » (E6). Cette démarche personnelle fut guidée par trois grandes raisons. Tout d'abord, une première raison évoquée fut la nécessité d'un outil pour gérer un problème personnel : « parce que dans ma vie personnelle, ça n'allait pas du tout à ce moment-là » (E1). Les problèmes personnels pouvant avoir pour origine la profession de l'individu, un autre médecin expliqua s'être intéressé à la méditation : « parce que j'en ai eu besoin, c'était après un pseudo burn-out professionnel trois ans après mon installation » (E9). La deuxième raison développée par deux médecins fut le versant spirituel de la pratique qui guida leur premier pas de méditant. Un médecin expliqua avoir débuté cette pratique lors de rassemblements bouddhistes dans son village, puis a souhaité intégrer la méditation dans sa pratique professionnelle par la réalisation de formations reconnues médicalement. Enfin, la troisième et dernière raison évoquée fut la curiosité.

La manière d'avoir entendu parlé de l'outil méditatif fut également multiple. Pour certains, la découverte de la méditation s'est faite de manière autodidacte : « du livre de Christophe André, j'en ai pris un autre puis un autre » (E2). Un autre médecin a, quant à lui, découvert cette technique par le biais de son réseau professionnel : « parce que je connais Dr Bourgognon depuis l'internat » (E3). Enfin, la diffusion de l'outil méditatif a surtout été réalisé par le biais de formations professionnelles, via de multiples organismes de formations privées tel que le GEMMA, l'AFML ou les formations proposées par l'IFTBM.

Enfin, une personne interrogée a fait part de sa déception de ne pas avoir connu l'outil méditatif plus tôt. « Mais je regrette de ne pas l'avoir fait avant (..) car même pour préparer l'internat, et même pour préparer ma P1, ça m'aurait évité de redoubler » (E4).

2.3.2.3.2 Une lourde charge émotionnelle chez une profession au statut particulier

En discutant des raisons pour lesquelles les médecins se sont tournés vers la pratique de la méditation, ils évoquèrent les difficultés inhérentes à leur profession, et notamment le fait de devoir faire face à de multiples contraintes. Deux grandes contraintes ont été évoqué, tout d'abord la lourdeur administrative : « avec des contraintes administratives qui ont tendance à augmenter de manière exponentielle » (E3), puis la confrontation à la mort fut également mentionnée. Ce rapport à la mort, et plus généralement à la souffrance, est d'autant plus difficile pour le médecin qu'il ne dispose pas d'outil pour pouvoir y faire face. Un autre médecin explique ainsi : « on est confronté à la mort (...) on le gère comme on peut » (E2).

Une autre difficulté abordée a été la complexité de prendre en charge certain patient. Cette complexité peut être à l'origine d'une mise en difficulté du médecin, comme l'évoque ce dernier : « un patient très difficile, qui ne parlait pas beaucoup, n'exprimait pas ses douleurs, ses ressentis, on avait des difficultés à adapter les traitements afin de le soulager (...) cela nous met en échec » (E1).

Ce sentiment personnel d'échec vécu par le médecin est alimenté par deux autres notions : le devoir de réussite et la culpabilité de mal faire, véhiculé par le médecin lui-même, mais également par le patient et sa famille. Ainsi les médecins déclarèrent ressentir une pression pour toujours faire mieux : « un devoir qu'on se met sur le dos, d'y arriver » (E5). Cette sensation de porter un devoir de réussite peut mener à la culpabilité de mal faire pour le médecin. « Je pouvais avoir tendance à culpabiliser tant que je n'avais pas réussi à faire passer ce que je pensais devoir avoir à faire passer » (E5). Mais la culpabilité ressentie par le médecin peut également être véhiculé par le patient et ses proches. Une personne interrogée explique ainsi qu'une des premières réactions du patient ou de sa famille face à une aggravation d'une pathologie grave, voire au décès du patient, : « c'est énormément de culpabiliser le médecin » (E6), laissant ainsi au médecin l'idée qu'il aurait pu agir autrement et éviter cette évolution.

Cette lourde charge émotionnelle est à mettre en parallèle avec la particularité du statut de médecin. En effet, une des particularités évoquées fut la difficulté pour le médecin d'exposer ses problèmes de peur, tout d'abord d'ennuyer son entourage, mais également que cela se

sache et puisse arriver aux oreilles de ses confrères. Car, en reprenant les dires d'un des médecins : « on est comme tout le monde », le médecin aussi peut souffrir de divers maux, et notamment d'états de surmenage, comme l'évoque cet autre médecin : « j'étais dans un certain surmenage quand même depuis des années » (E5), encore faut-il que le médecin puisse s'en rendre compte : « on n'a pas les outils pour mesurer combien on se charge de différentes choses » (E5).

2.3.2.3.3 Un outil nécessaire au médecin

Suite aux éléments développés précédemment, telle qu'une lourde charge émotionnelle, la confrontation à des situations complexes, ou encore ce statut particulier ; cinq médecins déclarèrent que la pratique de la méditation leur était utile. Les intérêts de cette technique peuvent être rassemblés selon deux grands axes. Tout d'abord, d'un point de vue personnel, un médecin évoque l'idée suivante : « je pense que tout le monde devrait le faire, parce que ça me paraît essentiel pour que l'on est quelque chose pour gérer des moments difficiles » (E6). Les changements personnels observés suite à la pratique de la méditation chez le médecin seront plus amplement développés dans le paragraphe suivant. D'autre part, la méditation est décrite comme nécessaire d'un point de vue professionnel, comme le développe ce médecin : « c'est une méthode alternative qui permet de répondre selon moi à beaucoup de problématique » (E7).

La nécessité de cet outil fut évoquée avec un enthousiasme particulier. Ainsi, un médecin expliqua que la méditation lui avait apporté un enrichissement autant personnel que professionnel, évoquant que sa pratique était vécue telle des moments ressourçant, disant : « c'est presque des moments de grâce » (E3). D'autre part, une autre personne interrogée évoqua qu'en ce sens, la méditation était devenue un besoin.

Toutefois, les résultats observés suite à la pratique de la méditation sont obtenus suite à un travail régulier et demande un certain investissement. « Ça peut aider, à condition de prendre le temps de le faire » (E3).

2.3.2.3.4 La méditation induit des changements personnels chez le médecin

Quel que soit la démarche initiale ayant guidée le début de la pratique, les médecins ont ressentis un bénéfice personnel à cette démarche. « Et c'est valable autant sur le plan professionnel que sur le plan privé » (E3).

Un des médecins observa des conséquences positives suite à la pratique régulière de la méditation dans divers champs du domaine privé. Ainsi, ce médecin constata tout d'abord une amélioration de ses relations sociales : « une amélioration de mes relations à l'intérieur de ma famille » (E5). Il déclara également avoir perçu une amélioration de symptômes fonctionnels, tels que « une amélioration de mon sommeil, qui était toujours fragile, de ma colopathie fonctionnelle » (E5). Un autre médecin, quant à lui, observa qu'il fit davantage attention à sa propre santé et déclara : « Je suis moins alcoolique depuis que je médite » (E9).

La pratique de la méditation permit à un second médecin de mieux se connaître. Ce dernier développa ce résultat observé en expliquant : « la méditation, c'est comprendre son fonctionnement personnel, comment notre esprit fonctionne » (E1). Ainsi, la compréhension de son fonctionnement mental se réalisa par l'observation de ses émotions et de ses réactions automatiques dans diverses situations. En apprenant à observer ses émotions ainsi que leurs implications, cette personne apprit également à les extérioriser, ce qui fut, en quelque sort, libérateur pour lui. De plus, cette meilleure connaissance de soi lui permit de mieux aider les patients à se connaître également. « Je peux aider les gens à comprendre comment eux fonctionnent et les aider à trouver des pistes » (E1).

Enfin, la notion de confiance en soi fut abordée par une des personnes interrogées. « J'ai beau avoir toutes ces années de pratique, enfin d'exercice de médecine, je trouve que cela m'a apporté beaucoup de confiance » (E5). Complémentaire à cette idée, deux médecins déclarèrent extraire beaucoup plus de satisfaction de leur exercice professionnel suite à la pratique de la méditation. Un d'eux expliqua avoir appris à faire davantage attention aux éléments positifs dans son quotidien, et surtout avoir à disposition un nouvel outil thérapeutique intéressant pour le patient, expliquant : « c'est avec ces techniques-là que j'ai le plus de satisfaction » (E1).

La conséquence de toutes ces constatations observées suite à la pratique de la méditation peut être résumé par les dires d'un des médecins : « Je trouve que je suis plus posée et plus calme » (E5).

2.3.2.3.5 La méditation modifie la pratique professionnelle du médecin

Quatre médecins ont avoué être davantage à l'écoute de leur patient suite à la pratique de la méditation. Ainsi, une des personnes interrogées déclara « être plus attentive aussi à mes patients » (E6). Cela provient du fait que ces médecins reconnaissent beaucoup plus facilement qu'ils n'écoutent plus le patient, et ont développé leur capacité d'attention comme évoqué précédemment. Ainsi, les multiples distractions possibles, tels que le téléphone, des résultats de biologies à traiter, l'inquiétude face à un patient en situation précaire par exemple, viennent moins parasiter l'ensemble des consultations.

Cette pratique leur permet également d'acquérir une meilleure évaluation du contexte. Un des médecins expliqua alors « mieux apprécier une situation » (E5). En faisant l'analogie avec l'exercice méditatif appelé espace de respiration de 3 minutes, les médecins acquièrent une nouvelle posture mentale en améliorant leur capacité de synthèse afin de considérer l'ensemble des éléments impliqués dans le(s) trouble(s) présenté(s) par le patient.

D'autre part, deux médecins déclarèrent s'être libérés du poids des attentes du patient et d'eux-même. Cette notion fait écho au devoir de réussite que peut parfois ressentir le médecin. Une des personnes interrogées explique avoir abandonné l'espoir de certaines conséquences suite à une consultation, et avoir opéré une réorientation de ses priorités. « Il y a cette consultation point, quand c'est terminé, je passe à autre chose » (E6). Cette considération a été précisée par un autre médecin : « je me sens beaucoup plus légère depuis que je fais comme ça » (E1). Cette prise de liberté peut être un moyen de moins gaspiller de l'énergie, et limiter le risque d'épuisement. « Je pense que je gaspille moins mon énergie à des choses qui sont perdues d'avance » (E5).

Enfin, suite à la découverte de la méditation, un médecin expliqua : « j'ai changé radicalement ma pratique après » (E9). Il opéra une réorganisation de son mode d'exercice, fonctionnant sans rendez-vous avant, il a souhaité se donner un rythme et consacrer un

minimum de temps à chaque patient. Il expliqua ainsi auparavant soigner davantage la salle d'attente que le patient assis en face de lui.

Toutes ces modifications permirent aux médecins de prendre davantage plaisir à exercer. En évoquant la méditation, un médecin explique : « ce sont des outils qui m'ont fait prendre beaucoup de plaisir dans ma pratique » (E6). Un second médecin précisa cette réflexion en se déclarant désormais plus heureux. « En tout cas, l'état d'esprit qu'on peut avoir quand on pratique est différent et peut permettre d'être plus respectueux des patients et puis plus heureux dans les relations avec eux » (E5).

2.4 DISCUSSION

2.4.1 Forces de l'étude

Tout d'abord, lors de la revue bibliographique réalisée initialement, la majorité des études retrouvées concerne les professionnels de santé en général, incluant infirmières, médecins généralistes et spécialistes. Bien que le médecin généraliste soit un professionnel de santé, leurs compétences présentent quelques spécificités, et méritent d'être étudiées spécifiquement. Ainsi, ce travail proposant une analyse de l'intérêt d'une pratique de la méditation spécifiquement chez les médecins généralistes est novateur. L'une des forces de cette étude réside donc tout d'abord dans son originalité.

Une seconde force de ce travail réside dans la méthode utilisée. Cette étude propose d'étudier un phénomène comportemental, en lien avec l'aspect relationnel des soins. L'approche qualitative parue ainsi la plus pertinente devant cette problématique. En effet, la méthode qualitative est particulièrement adaptée pour étudier des facteurs difficilement mesurables objectivement. Cette approche permet de porter un intérêt sur les déterminants des comportements des acteurs, et d'explorer les émotions ou les sentiments suites à leurs expériences personnelles.

Enfin, comme tout outil méthodologique, l'approche qualitative présente des limites, et seront développées ensuite, mais également des intérêts. Tout d'abord, l'utilisation de plusieurs supports d'informations que furent les entretiens semi-dirigés et les observations participantes, permet une triangulation des données. La diversité et complémentarité des éléments recueillis a permis d'élaborer trois grandes hypothèses en réponse à la problématique initiale. L'analyse progressive de ces données permet de rendre compte de l'obtention d'une saturation des données, renforçant la validité intrinsèque de l'étude.

La réalisation d'entretien de type individuel donna un espace de liberté de parole aux médecins. Les informations concernant les modifications personnelles suite à la pratique de la méditation auraient été plus difficilement recueilli en focus groupe par exemple. De plus, le fait d'avoir proposé la réalisation des entretiens sur leur lieu professionnel donna aux médecins une impression de disponibilité. Le médecin interrogé était en confiance, il n'avait

pas à se déplacer. Un autre avantage fut également de voir l'environnement de travail du médecin, et donna des informations sur l'intégration de la pratique de la méditation dans leur quotidien.

Pour finir, les qualités du chercheur furent une force. De par sa connaissance de la technique et de participation antérieure à des groupes de méditation pleine conscience, les entretiens se déroulèrent tel des moments de partage et non tel un interrogatoire formel. La connaissance des éléments fondamentaux de la technique permit d'approfondir certaines notions au-delà de préoccupations basiques.

2.4.2 Limites de l'étude

Bien que l'approche qualitative parue la plus pertinente pour répondre à la problématique initiale, celle-ci présente également des limites, devant être exposées afin de les intégrer dans l'interprétation des résultats.

2.4.2.1 Liées au recrutement

Une des principales problématiques de cette étude réside dans le recrutement des participants et leur effectif final. Le faible nombre de médecins généralistes inclus provient de la difficulté d'identifier les médecins pratiquant la méditation pleine conscience. En effet, aucune liste officielle n'est disponible répertoriant les professionnels de santé délivrant ce type de technique. Afin de surmonter cette problématique, nous avons cherché à contacter les médecins ayant réalisé une formation officielle. Mais la réalisation de cette formation peut s'effectuer selon une démarche tout à fait personnelle, le médecin souhaitant acquérir un outil pour gérer des troubles personnels. Ainsi certains médecins n'ont peut-être pas porté d'intérêt à cette étude, pensant que cette démarche était tout à fait personnelle et ne souhaitait pas la partager. De plus, les médecins portant un intérêt à la méditation pleine conscience de manière tout à fait autodidacte, sans formation officielle, ne furent également pas accessibles avec le type de recrutement choisi.

Un biais de sélection est également apparu lors de l'échantillonnage des médecins interrogés. Ce biais fait référence aux motivations des personnes ayant acceptées de participer à l'étude. Basé sur le volontariat, seules les personnes les plus enthousiastes et passionnées par la technique ont répondu. Les participants possédaient dès lors une motivation personnelle ou professionnelle pour le sujet, justifiant leur implication. Les personnes ayant fait une formation mais ne l'utilisant pas régulièrement n'ont peut-être pas souhaiter donner suite, et les raisons pour lesquelles les médecins ne poursuivent pas la pratique de cette technique ne fut pas exploré.

L'échantillon obtenu n'est en rien représentatif de la population des médecins généralistes installés en Lorraine. Cependant, cette étude n'a aucunement été réalisée dans un but d'extrapoler des résultats. Il s'agissait d'obtenir un éventail des attentes des médecins face à la méditation pleine conscience, ce qui n'inclut aucune notion de représentativité.

2.4.2.2 Liées à la méthode

Le guide d'entretien fut utilisé dès le premier entretien, et ne fut pas modifié par la suite. Etant donné le nombre réduit de médecin ayant répondu favorablement à la demande d'entretien, nous n'avons pas souhaité perdre un entretien pour tester le guide d'entretien.

De plus, celui-ci fut établi avec l'aide d'un médecin engagé dans le développement et la diffusion de la méditation pleine conscience dans le monde médical. Etant un fervent convaincu de la puissance de l'utilité de cet outil, la question de l'objectivité des items utilisés dans le guide peut être posée.

2.4.2.3 Liées à l'investigation

Dans un souci de commodité pour les médecins interrogés, les entretiens ont été principalement réalisés dans le cabinet du médecin interrogé. Bien que ce lieu puisse être un avantage, ce choix a eu pour conséquence des interruptions intempestives tel que le téléphone. De plus, le manque de temps disponible a pu avoir comme conséquence un empressement dans la réalisation de l'entretien.

De plus, l'enregistrement audio des entretiens a pu limiter la confiance du médecin interrogé concernant l'intérêt de la pratique de la méditation pleine conscience sur des problématiques personnelles notamment. Ce phénomène a également pu se rencontrer lors des observations participantes, où le statut d'observateur fut dévoilé dès le début de la formation. Cette révélation a peut-être limité les participants à s'exprimer librement lors des retours d'expériences, les personnes se sentant peut-être observées, voire jugées.

Enfin, le statut particulier du chercheur fut un avantage, mais présenta également des limites lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés. La connaissance et la pratique de la méditation pleine conscience par le chercheur est à double interprétation. En effet, le chercheur possédant un point de vue concernant l'utilité de la méditation pleine conscience chez les médecins, il put présenter un manque de critique dans l'évocation des résultats observés par les médecins interrogés. Ce risque de confirmation, ou risque que le chercheur se laisse porter par sa tendance naturelle à privilégier les informations confirmant ses idées préconçues, et à accorder moins de poids aux points de vue jouant en défaveur de ses conceptions est à considérer. Toutefois, le chercheur tenta de réaliser une rupture épistémologique lors des entretiens, travaillant sur la déconstruction de ses a priori lors du recueil des diverses expériences vécues par les médecins interrogés.

2.4.2.4 Liées à l'analyse

L'analyse des données présente un biais d'interprétation, en partie liée à la méthode utilisée.

L'analyse thématique des données n'a été réalisée que par un seul codeur. Afin de limiter ce biais, une triangulation des données été prévu initialement, mais ne fut pas réalisée. Il aurait également été intéressant d'intégrer un analyste extérieur, non impliqué dans le domaine médical, de type sociologue.

De plus, un biais de confusion est possible. La pratique de la méditation s'intègre dans un souhait de développement personnel et professionnel du médecin. Comme précisé ultérieurement, l'ensemble des médecins interrogés présentaient des intérêts sur l'ensemble des thérapies dites complémentaires. A ce titre, les résultats observés et décrits par les médecins n'ont pu être acquis uniquement grâce à la pratique de la méditation, mais via d'autres pratique, telle que l'hypnose, l'homéopathie ...

2.4.3 Principaux résultats au regard de la littérature

2.4.3.1 Un nouvel outil thérapeutique en réponse à un besoin

Les propos des médecins interrogés ont tout d'abord permis d'élaborer l'hypothèse que la méditation pleine conscience apparaît comme un nouvel outil thérapeutique pour le patient. L'utilité de cet outil thérapeutique fut présentée notamment dans deux grandes indications : les troubles psychiatriques comprenant les troubles dépressifs, les troubles anxieux et plus généralement les troubles secondaires au « stress » quotidien voire professionnel ; et les troubles psychosomatiques ou somatoformes. Face à ce type de troubles, les médecins interrogés ont déclaré se sentir démuni, et que les prises en charges actuelles proposées sont complexes, difficiles à mettre en place, voire parfois inefficaces.

La première indication où la méditation de pleine conscience semble pertinente est dans le syndrome anxio-dépressif. Il faut tout d'abord rappeler la place centrale qu'occupe le médecin généraliste face aux problématiques de santé mentale. Le médecin généraliste est le premier professionnel de santé consulté en cas de troubles dépressifs (63). Ses capacités de prise en charge sont donc primordiales, et ont d'ailleurs fait l'objet de recommandations de bonnes pratiques par la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017 (64). Tout d'abord, la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient est nécessaire, avec le développement d'une attitude de compréhension, d'empathie, de confiance, de soutien, d'écoute et d'informations. Ensuite, les outils thérapeutiques disponibles face à ces troubles sont les antidépresseurs et les psychothérapies. Ils seront mis en place selon la gravité du syndrome anxio-dépressif. Ainsi, un traitement antidépresseur n'est pas recommandé dans les symptômes dépressifs subsyndromiques ou dans les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère, laissant comme unique voie thérapeutique possible les psychothérapies. Toutefois, le recours aux psychothérapies dans le traitement de la dépression serait peu fréquent. Les difficultés d'une mise en place d'une psychothérapie proviennent du non remboursement des consultations avec un psychologue, de longs délais d'obtention de rendez-vous auprès d'un psychiatre ou d'une structure de soins telle que les centres médico-psychologiques (CMP) et d'une réticence des patients à suivre une psychothérapie. Un autre frein à la mise en place de psychothérapie serait le manque de formation des médecins sur les différents types de psychothérapies disponibles et notamment un manque de formation à la psychothérapie de soutien, pouvant être dispensée directement par le médecin généraliste (63).

Face à ces constats, en quoi la méditation pleine conscience peut-elle répondre à ce problème ? Premièrement, la méditation pleine conscience pratiquée par le médecin est un outil lui permettant de développer ses capacités d'empathie, élément fondamental dans la mise en pratique d'une psychothérapie de soutien (65). Cette notion sera plus amplement développée dans le prochain chapitre. Secondairement, la méditation pleine conscience délivrée au patient selon le programme *MBSR* a montré son efficacité dans la diminution des troubles anxieux et le programme *MBCT* trouve spécifiquement un intérêt dans la prévention des récives dépressives (27, 28). Le médecin généraliste délivrant directement cet outil au patient permettrait d'abolir les considérations financières inhérentes aux recours à des psychologues ou les problèmes liés aux délais d'obtention de prise en charge en CMP, ou encore la peur du patient d'être stigmatisé en se rendant dans de telles structures de soins.

La deuxième indication évoquée par les médecins interrogés où la méditation pleine conscience trouve son intérêt est dans les troubles somatoformes ou psychosomatiques, tels que les troubles fonctionnels intestinaux, la fibromyalgie ou le syndrome de fatigue chronique. Le sentiment de pauvreté de ressources face à ce type de troubles a déjà été mis en évidence par une thèse en Médecine en 2014, provenant en partie d'un manque de formation universitaire, ainsi que d'une prise en charge autant diagnostique que thérapeutique non codifiée (66). La complexité de prise en charge de ces troubles naît tout d'abord de leurs difficiles définitions, puis de leurs mécanismes psychopathologiques (67). En effet, les troubles somatoformes, auparavant nommé « symptômes médicalement inexplicables », sont définis comme l'ensemble des pensées, émotions ou comportements excessifs ou inappropriés, à l'origine d'un retentissement fonctionnel ou d'une souffrance subjective et accompagnant des symptômes physiques qui peuvent ou non être rattachés à une cause somatique identifiée. Ainsi, ces troubles résultent en partie d'une focalisation de l'attention sur des sensations corporelles autrefois jugées banales, mais devenues inquiétantes suite à divers événements tels que la survenue d'un antécédent médical personnel ou même familial. De plus, l'attention excessive portée aux sensations corporelles par le patient est souvent renforcée de façon paradoxale par des efforts d'évitement (68). A la lumière de ces données, plusieurs pistes de prise en charge sont possibles avec notamment la proposition d'un modèle explicatif de survenue et de pérennisation des troubles au patient.

Ce modèle introduit la notion de rôle des cognitions intervenant dans la perception voire l'amplification de certains symptômes. Une autre piste à développer est également la limitation des conduites d'évitement, à l'origine d'une perpétuation des symptômes (68).

En quoi la méditation pleine conscience peut-elle constituer une aide face à ce type de plainte ? La pratique de la méditation pleine conscience permet une modification des schémas cognitifs en réponse à divers stimuli. Via notamment les exercices de focalisation sur le corps, le patient apprend à aller observer ses sensations physiques, ainsi que les pensées associées. Cette posture mentale d'observateur induit une décentration du sujet par rapport à ses symptômes physiques, diminuant l'implication cognitive et émotionnelle face à ces mêmes symptômes. Le patient modifie également son rapport à ses pensées, et peut observer, lors des exercices de focalisation sur les pensées, leur mécanisme paradoxal, où les pensées ne seront que plus nombreuses en cherchant à les éviter ou lutter contre elles. L'étude The STreSS-2 Trial a d'ailleurs confirmé ces résultats, mettant en évidence une amélioration significative à long terme des symptômes physiques chez des patients présentant des troubles somatoformes suite à un programme de méditation pleine conscience par rapport à une thérapie cognitive comportementale conventionnelle (69). D'autre part, d'un point de vue économique, une thérapie basée sur la pleine conscience pourrait présenter des bénéfices socioéconomiques par rapport aux traitements actuels employés dans les troubles somatoformes, concernant notamment une diminution des jours d'arrêt de travail et des pensions d'invalidité secondaires à ces troubles (70).

Toutefois, la délivrance de l'outil méditatif au patient nécessite une formation particulière de la part du médecin. Ces formations sont dispensées via des diplômes universitaires qui voient progressivement le jour, ou via des organismes privés, nécessitant alors un investissement financier. D'autre part, la méditation pleine conscience soulève un autre problème, davantage logistique. En effet, c'est une technique initialement prévue en enseignement de groupe, se pose alors le problème du lieu de réalisation de ces rencontres, mais également le mode de financement demandé aux patients. Face à ces obstacles, une possibilité pour le médecin serait d'orienter son patient vers un de ses confrères médecins déjà formés et organisés pour la délivrance de ce type d'outil. Toutefois, là encore, devant l'absence de listes officielles disponibles, il est difficile de savoir quel médecin peut délivrer ce type de technique.

2.4.3.2 Un outil permettant la mise en pratique de l'approche centrée patient

Les médecins interrogés ont observé des changements dans leur activité professionnelle suite à la pratique de la méditation pleine conscience. Ces changements ont été regroupés dans quatre catégories lors de l'analyse : tout d'abord, pour le médecin, cela fut une aide pour trouver leur place dans la relation de soin et leur a permis de redéfinir leur capacité décisionnelle. D'autre part, la délivrance de l'outil méditatif au patient permet de l'intégrer dans sa prise en charge. Le patient s'appropriant la thérapeutique nécessaire à ses troubles, cela l'amène à retrouver une certaine autonomie. Ces changements de comportement font résonnance aux recommandations prônant une approche centrée sur le patient.

Le concept d'approche centrée sur le patient est né il y a une cinquantaine d'années par Carl Rogers suite à cette question : « En observant et en évaluant soigneusement mes expériences avec mes clients, puis-je de manière plus efficace apprendre à leur venir en aide dans la résolution de leurs problèmes de détresse personnelle, de conduite d'échec et de relations interpersonnelles autodestructives ? ». Ses recherches lui donnèrent la conviction que les individus possèdent à l'intérieur d'eux-mêmes des ressources considérables pour se comprendre, et modifier leurs attitudes ou comportements autodirigés. La condition pour que le patient accède à ses propres ressources est de lui en donner la possibilité. (71)

Ainsi, la HAS a émis des recommandations pour la mise en pratique d'une démarche centrée sur le patient en 2015. Une relation de partenariat doit s'établir entre le patient, ses proches et le professionnel de santé ; aboutissant ensemble, à la construction d'une prise en charge, de sa mise en œuvre et de son ajustement dans le temps. Cette relation de partenariat se fonde sur trois grands concepts. Tout d'abord, une personnalisation des soins est nécessaire, réalisée par une écoute attentive du patient et une compréhension de ce qui est important pour lui, en explorant ses connaissances, représentations, ressentis, besoins et attentes face à ses troubles. Le second concept est le développement et le renforcement des compétences du patient à partager des décisions avec les soignants et à s'engager dans les soins, dans la gestion de sa vie avec la maladie via un partage d'informations, à la délivrance de conseils et de précautions à prendre, ainsi qu'à une éducation thérapeutique. Le troisième concept aborde l'importance d'une continuité des soins dans le temps, en apportant un suivi et un soutien au patient régulièrement. (72)

En quoi la méditation pleine conscience peut-elle être un moyen d'appliquer cette approche théorique ?

D'un point de vue du médecin, l'enseignement d'un professionnalisme médical, tel que le développement de qualités relationnelles, est un challenge lors des études médicales. Une récente étude a évalué l'intérêt de la délivrance d'un programme *MBSR* chez des internes sur leurs compétences professionnelles. Ainsi, il a été observé une amélioration de leur résilience, une meilleure appréciation de leurs priorités et limites. Cela leur a également permis de cultiver une posture d'acceptation et de non jugement face au patient. Les auteurs concluent donc que la pratique méditative est un outil important pour cultiver les capacités professionnelles des futurs médecins. (73)

Plus précisément, les médecins interrogés ont décrit une amélioration de trois compétences particulières du médecin suite à la pratique régulière de la méditation pleine conscience. Tout d'abord, les médecins ont décrit une amélioration de leur capacité d'écoute. Celle-ci est la conséquence d'un entraînement régulier de leur capacité d'attention modulé par les exercices méditatifs de focalisation. Au grès des exercices de méditation, le médecin apprend à reconnaître les pensées le distrayant de son point de focalisation, apprend à s'en détacher et à revenir sur l'objet d'attention, ce processus est nommé décentration (74). Le médecin apprend ainsi à se détacher de ses pensées et à être moins parasité par les nombreuses sources de distraction lors d'une consultation avec le patient. La pratique de la méditation apparaît donc comme un outil pour le médecin permettant de développer une écoute attentive du patient.

La deuxième compétence rapportée par les médecins interrogés et développée par la pratique de la méditation pleine conscience serait l'intelligence émotionnelle. L'association entre l'intelligence émotionnelle et la proportion à être en pleine conscience fut d'ailleurs confirmée statistiquement par une très récente méta-analyse (75). Cultivée donc par la pratique de la méditation, l'intelligence émotionnelle est notamment impliquée dans deux grandes fonctions du médecin : les capacités d'empathie et la prise de décision.

Une première application d'un développement de l'intelligence émotionnelle concernerait les capacités d'empathie du médecin. Cette dimension empathique de la relation de soins est un pilier de l'approche centrée sur le patient, toutefois, sa complexe définition peut rendre son application quelque peu difficile. Dans le sens commun, l'empathie dans la relation de soin

signifie une attitude caractérisée par une plus grande attention du malade, une certaine chaleur dans la relation et une attitude d'écoute et de disponibilité. L'empathie peut encore désigner la capacité du médecin à travailler activement sur les émotions, permettant d'entrer en communication avec le patient, de partager avec lui son propre vécu avec « sympathie ». Ainsi un médecin empathique s'intéresse non seulement à la maladie de chaque patient, mais également à la manière dont il la vit, à sa situation personnelle, sociale, et à son histoire. Ce travail sur les émotions est l'une des tâches les plus complexes de la consultation médicale. Car, de manière innée, toute personne en présence d'une émotion ne peut rester sans réagir, l'individu fonctionne telle une « caisse de résonance face aux émotions des autres ». Toutefois, l'enseignement de la médecine conditionne le futur médecin à minimiser ses émotions face à l'exigence d'une efficacité à lutter contre la maladie, la souffrance ou encore la mort. Or, en réalité, du fait du climat émotionnel très fréquemment présent dans une consultation, le médecin sera rapidement amené à craindre d'être submergé s'il n'a pas pris l'habitude de prendre garde à ces émotions. Ainsi, apprendre à percevoir et faire avec ses émotions et celles de ses patients paraît fondamental dans la mise en application d'une démarche empathique, et dans la pratique de la médecine plus généralement (76). En ce sens, la pratique de la méditation pleine conscience vu comme un outil de régulation émotionnelle, voire développant l'intelligence émotionnelle trouverait son intérêt.

La seconde application d'un développement de l'intelligence émotionnelle serait son implication dans la prise de décision pour le médecin. Ce n'est seulement depuis quelques années que les émotions sont un sujet d'intérêt pour la recherche sur la prise de décision. Ce lien émotion-décision décrit par les médecins interrogés fut l'objet d'étude d'Antonio Damasio à partir des années 1990. Selon ce dernier, les émotions constitueraient « un système de support sans lequel l'édifice de la raison ne pourrait fonctionner correctement », il complète son propos en expliquant également que « l'absence d'émotions serait aussi défavorable à la rationalité que l'excès d'émotions » (77). Ainsi, la pratique de la méditation, via son apprentissage de reconnaissance des émotions, pourrait être un outil aidant le médecin à comprendre pourquoi il considère certaine décision plus pertinente que d'autres.

Toutefois, cette prise de décision doit être partagée avec le patient. Officialisé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la décision médicale partagée est incluse dans la démarche centrée sur le patient.

Le médecin ayant une compréhension plus fine de son choix concernant certaines décisions est amené à devoir les partager avec le patient. Une seconde étape intervient alors dans l'acceptation des choix du patient. Cette acceptation n'est pas des plus aisée face au refus d'une prise en charge, telle qu'une hospitalisation, quand elle paraît nécessaire, voire vitale, aux yeux du médecin. S'engage alors un partage d'informations concernant les différentes conséquences induites par le choix du patient. Mais sauf cas exceptionnel où le patient n'est pas en capacité de porter de tel choix, le médecin se doit de respecter l'avis du patient. Le respect du choix du patient sera d'autant plus facile que le médecin présente des capacités à adopter une posture d'acceptation. Celle-ci est développée par la pratique de la méditation, où les exercices de focalisation sur le corps sont un excellent entraînement à l'acceptation des éléments tels qu'ils sont et non comme on souhaiterait qu'ils soient.

Enfin, il paraît pertinent de mettre en résonance un exercice de méditation nommé espace de respiration de 3 minutes à la démarche de soins face au patient. La personnalisation de la prise en charge proposée au patient est rendue possible par le modèle bio-psycho-social (78-79). Ce modèle théorique décrit par George L. Engel en 1977 expose la triple implication de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux dans le maintien de la santé ou le développement de maladie. De ce point de vue, un élargissement des perspectives est nécessaire face aux troubles présentés par le patient. Le médecin doit conserver en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers. Toutefois, l'intégration simultanée des diverses perspectives face au patient peut être complexe. L'exercice de méditation nommé espace de respiration de 3 minutes est un entraînement cognitif à intégrer un ensemble de données présent à un instant T chez le méditant, afin d'en faire une synthèse, avant de prendre une décision dans un contexte particulier (une explication théorique est disponible page 46). Cet exercice peut s'imaginer tel un sablier, où l'entonnoir supérieur reçoit l'ensemble des déterminants impliqués dans le trouble présenté par le patient, puis le médecin réalise une synthèse, pour ensuite le partager au patient. Le développement de cette posture mentale améliore les capacités de synthèse du médecin, et permet de proposer au patient une approche la plus objective possible, en limitant les phénomènes de réponse par impulsion. Car ces réponses par impulsion peuvent être bien souvent motivées par un besoin de réassurance pour le médecin, outrepassant, voire oubliant, les besoins du patient. Les médecins interrogés ont d'ailleurs abordé cette notion que certaines de leurs décisions peuvent être guidées selon leurs besoins et non selon ceux du patient.

D'un point de vue du patient, une démarche centrée sur le patient est rendue possible par le développement et un renforcement des compétences des patients, afin qu'ils puissent s'engager dans leur prise en charge.

Un patient pratiquant la méditation va apprendre à développer ses capacités d'observation sur son état actuel, ou sur le vécu de certaines situations, en pointant spécifiquement l'observation sur ses pensées et ses émotions le traversant pendant ses expériences. Une meilleure compréhension de ce qu'il peut se jouer en lui, lui permet de répondre différemment à certaines situations. Ainsi, il va apprendre à faire « un pas de côté » afin de sortir de réactions automatiques habituelles, qui peuvent l'engluer dans sa problématique. Tout l'intérêt de l'outil méditatif pour le patient réside dans cet apprentissage progressif à reconnaître ce qui l'anime intérieurement, percevoir les mécanismes de défense habituellement mis en place et leur inefficience. Cette pratique donne au patient un outil pour opérer des changements dans sa manière d'affronter des situations complexes, c'est un outil donnant les moyens au patient d'être acteur des changements nécessaires à l'amélioration de sa qualité de vie. De plus, ces changements apparaîtront d'autant plus nécessaires pour le patient qu'il en aura lui-même pris conscience.

Dans cette démarche, le médecin apparaît alors tel un compagnon afin de guider les changements nécessaires. Ceux-ci sont à l'initiative et produit par le patient lui-même. La conséquence d'une telle démarche est la satisfaction que le patient peut éprouver au regard des résultats obtenus. L'amélioration de son état, voire de sa qualité de vie, n'est pas le fait d'une force extérieure, tel que le médecin ou un médicament, mais le fait du patient lui-même. Le patient se réapproprie sa vie, ses problèmes, et retrouve une certaine autonomie pour les affronter.

De plus, la pratique de la méditation pour le patient peut le guider vers un changement de posture face à sa ou ses pathologies, renforcée par l'attitude médicale. Dans la très grande majorité des situations, les patients adoptent une posture de lutte contre leurs symptômes. Cette démarche innée est inopérante dans la plupart des cas, et peut même mener à l'épuisement du patient. Car la pratique de la méditation éclaire le patient sur le fait que les processus de lutte ou d'évitement, stratégies automatiques habituelles, ne fonctionnent pas face aux problématiques cognitifs et émotionnels, très souvent impliqués dans les pathologies organiques chroniques.

Le développement d'une posture d'acceptation paraît fondamental pour aider le patient à se libérer d'une dépendance d'énergie considérable dans la recherche de résolution d'éléments insolubles, et rediriger son énergie vers des éléments modifiables, le permettant de continuer d'avancer et de progresser dans sa vie avec et malgré sa ou ses pathologies.

2.4.3.3 Mieux vivre la profession de médecin

Finally, l'analyse des entretiens semi-dirigés fit émerger une troisième et dernière hypothèse en réponse à la problématique initiale. Cette hypothèse naît du constat par les médecins interrogés que la profession de médecin généraliste est énergivore, et si le médecin ne prend pas garde à se ressourcer régulièrement, l'épuisement professionnel peut le guetter, et portera des conséquences sur la qualité des soins délivrés. Les médecins interrogés ont découvert dans la pratique de la méditation une activité ressourçante, et, serait même devenue un besoin pour certains. Cette pratique leur amena des changements autant personnels que professionnels, ayant pour conséquence ultime de retrouver un plaisir à exercer leur profession.

Tout d'abord, les données de la littérature corroborent les dires des médecins interrogés sur la problématique de l'état de santé mental des professionnels de santé. La notion de dégradation de l'état mental des médecins alimentée par les multiples contraintes que doivent affronter les professionnels de santé, ainsi qu'une complexification de prise en charge des patients font le lit d'états d'épuisement professionnel, pouvant mener vers une pathologie psychiatrique voire au suicide (47). Comme évoqué lors de la justification de l'étude, près d'un médecin sur deux se déclarerait menacé par l'épuisement professionnel (51). Les affections psychiatriques sont la première cause d'invalidité chez les médecins selon les chiffres de la CARMF, et le suicide concernerait 14 % des causes de décès des médecins libéraux selon l'Ordre National des médecins, soit un taux de suicide 2,5 fois plus élevé que dans la population générale (42, 46).

La problématique de l'état de santé mental des médecins est alors devenue une question à part entière. Car l'état de santé mental ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, mais en un « état de complet bien-être physique, mental et social » selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (80). Une bonne santé mentale permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté. Et si cette définition fut initialement

rédigée pour les patients, elle est également applicable aux professionnels de santé. Quelques auteurs se sont intéressés aux différents moyens disponibles pour maintenir voire améliorer le bien-être psychologique des médecins. Une méta-analyse publiée en 2016 a répertorié et évalué l'impact d'interventions sur le bien-être psychologique chez les médecins généralistes. La méditation pleine conscience fut une des quatre interventions décrites comme intéressante face à cette problématique (81).

En quoi la méditation pleine conscience permet-elle de maintenir, voire d'améliorer l'état de santé mental des médecins ? Deux points de vue seront successivement adoptés pour discuter cette hypothèse.

Tout d'abord, d'un point de vue préventif, la méditation pleine conscience est décrite par les médecins interrogés comme un outil leur donnant un sentiment de satisfaction et améliorant leur confiance personnelle. Le développement de ces deux éléments va permettre au médecin de cultiver un sentiment d'accomplissement personnel à travers sa profession. Ce dernier est fondamental dans le maintien d'un état de santé mental équilibré. Ces observations font écho à un article publié en 2009 dans le JAMA, étudiant l'état mental de médecins avant et après la réalisation d'un programme basé sur la pleine conscience. Les auteurs ont, entre autres, mis en évidence une augmentation significative du sentiment d'accomplissement personnel maintenue à 15 mois de la fin du programme, et concluent qu'un tel programme a permis l'amélioration du bien-être personnel des médecins étudiés (82).

Le développement de ce sentiment d'accomplissement personnel en pratiquant la médecine est, en partie, la conséquence des deux premières hypothèses développées précédemment. La mise à disposition d'un nouvel outil thérapeutique pour le médecin face à des problématiques difficiles, où ce dernier pouvait se sentir démuni est une première réponse. La délivrance de l'outil méditatif au patient dans les problématiques de récurrence dépressive ou de troubles fonctionnels apparaît salvatrice pour le médecin. Les résultats obtenus avec cet outil alternatif seraient à l'origine d'une diminution de la frustration que le médecin pouvait rencontrer devant le sentiment d'inefficacité des thérapies conventionnelles.

D'autre part, la mise en application d'une approche centrée sur le patient porte également profit au médecin. La pratique de la méditation permettant de redonner au patient une certaine autonomie dans leur prise en charge, les médecins interrogés se sont sentis délestés d'une

charge de responsabilité. Peu d'études sont disponibles sur les conséquences d'une approche centrée sur le patient du point de vue du médecin. Toutefois, un excès de responsabilité porté par le médecin peut faire le lit d'un épuisement professionnel. Une rééquilibration des responsabilités portés par chaque protagoniste dans la relation de soin pourrait alors apparaître protecteur vis à vis d'un épuisement futur du médecin.

De plus, la pratique de la méditation pleine conscience développe chez le médecin un changement de posture vis à vis de la prise en charge du patient. Le cœur de cette pratique réside dans l'acceptation, et en devient une philosophie de soins. Si le terme d'acceptation peut parfois être interprété de manière ambiguë, renvoyant à un processus passif de résignation, les capacités d'acceptation développées par la pratique de la méditation sont à envisager tel un processus actif qui limitent les processus de lutte contre des éléments non modifiables. Ainsi les tentatives de lutte contre la mort, la souffrance et la guérison de pathologie chronique sont vaines et peuvent ouvrir la voie à l'épuisement professionnel. Le médecin pratiquant la méditation apprend à opérer un changement dans ses objectifs de prise en charge des patients. Ce transfert d'objectif se réalise sur une modification de l'orientation de la prise en charge à donner au patient. Dans le cas d'un patient présentant une douleur chronique : d'une prise en charge résolutionniste, où tous les efforts réalisés seront voués à supprimer la douleur ; le médecin pratiquant la méditation orientera les efforts sur les moyens à mettre en place pour aider le patient à vivre avec sa douleur en la diminuant au minimum et en lui faisant une place (84). Cette posture prise par le médecin permet également de faire réfléchir le patient sur leurs priorités, et de réorienter leurs efforts vers des priorités viables et réalisables, faisant écho à la notion d'autonomisation du patient développé précédemment.

D'un point de vue curatif, la pratique de la méditation permet au médecin de prendre conscience de son état actuel et de percevoir ses faiblesses et difficultés. Un médecin interrogé a abordé le fait qu'il n'existait pas d'outils pour évaluer à quel point le médecin pouvait se charger de différentes responsabilités, pouvant le mener vers un état critique d'épuisement. La méditation donne la possibilité au médecin d'aller au contact de ses sensations physiques, de ses pensées et de ses émotions. La connaissance de ses émotions, mais surtout les stratégies adoptées face à celles-ci, est fondamental au maintien d'un équilibre mental. Les stratégies d'évitement émotionnel ou de contrôles sont le plus souvent inefficaces et conduisent souvent au renoncement d'actions importantes et ressourçantes pour l'individu. Ainsi, la pratique de la méditation donne la possibilité au médecin de percevoir

son état de surmenage et de réaliser des ajustements, voire faire un vrai « pas de côté » face à des réactions automatiques non productives pour enrayer le cercle vicieux de l'épuisement professionnel.

Pour conclure sur l'importance fondamentale de la problématique du bien-être psychologique du médecin, et l'intérêt d'une démarche basée sur la pleine conscience pour le développer et/ou le maintenir, une étude réalisée en 2013 a évalué le lien entre les capacités des médecins à adopter une attitude de pleine conscience et la qualité de soins délivrés au patient (83). Les médecins ayant les capacités à être en pleine conscience les plus élevées avaient une communication davantage centrée sur le patient, ils dégageaient davantage d'émotions positives envers les patients et ces derniers rapportaient un niveau de satisfaction plus élevé. Cette étude fait écho au lien étroit entre le bien-être psychologique du médecin et la qualité de soins délivrés au patient, intégré dans le *NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)*. La pratique de la méditation pleine conscience serait ainsi un outil pour aider le médecin à développer leur accomplissement professionnel, ayant deux grandes conséquences : améliorer ou maintenir l'état de santé mental du médecin et une amélioration de la qualité des soins délivrés au patient.

2.4.4 Perspectives

Cette étude a permis de réaliser un éclairage sur les motivations des médecins pratiquant la méditation pleine conscience et d'exposer les conséquences d'une telle pratique, autant chez le médecin que chez le patient. Toutefois, avant d'exposer les possibles voies qu'ouvriront peut-être ce travail, il est nécessaire d'aborder la notion ambiguë que peut porter le terme de méditation. Dans un contexte de soin, et c'est l'objet de ce travail, la méditation pleine conscience doit être considéré comme un outil laïc, dénué de tout sens religieux. Son apprentissage et sa délivrance doivent donc se faire selon une filière universitaire afin de couper court à tout risque de dérive sectaire. Une des premières perspectives développées serait ainsi la possibilité d'une reconnaissance universitaire de cette technique, pouvant s'intégrer dans le vaste champ de compétence des thérapies cognitivo comportementales. Cette reconnaissance universitaire permettrait le développement d'un enseignement sur la méditation pleine conscience à destination du médecin mais également des patients au sein des facultés de médecine.

2.4.4.1 Pour les médecins

Cette étude qualitative a permis de faire émerger les conséquences d'une pratique méditative chez le médecin, et porte un argumentaire sur l'intérêt de la délivrance d'un tel outil au futur et actuel médecin. La délivrance de l'outil méditatif est à considérer selon deux niveaux.

Dans un premier temps, le médecin s'approprie la technique méditative de manière personnelle, en vue d'améliorer certaines de ses capacités professionnelles. En effet, la méditation pleine conscience permettrait de développer les capacités relationnelles du médecin, en facilitant la mise en pratique d'une approche centrée sur le patient. Par cette pratique, le médecin apprend à développer ses capacités d'écoute et d'empathie envers le patient. De plus, en percevant le lien émotion-décision, et en apprenant à aller au contact de ses émotions, le médecin développe également ses capacités décisionnelles.

Dans un second temps, le médecin peut acquérir des compétences pour délivrer à son tour cet outil au patient dans un but de soin, dans des indications précises. Ainsi, la méditation pleine conscience apparaît tel un nouvel outil thérapeutique devant des pathologies où les thérapeutiques actuelles semblent peu efficaces, notamment dans les troubles fonctionnels. Le médecin se positionnant tel un compagnon dans la démarche thérapeutique du patient, délivre au patient un outil renforçant son autonomie dans sa quête d'améliorer sa qualité de vie.

Enfin, le développement de ces qualités professionnelles ainsi que la posture d'acceptation développée par une pratique régulière de la méditation réalise en quelque sorte une protection vis à vis d'un possible épuisement professionnel. En effet, le sentiment d'accomplissement professionnel est nourri par la satisfaction de délivrer une thérapeutique efficace au patient, mais également par la satisfaction qu'extrait le médecin de ses relations avec le patient.

En pratique, la perspective possible future serait de proposer des groupes de méditation pleine conscience au futur médecin en vue de développer les capacités professionnelles exposées précédemment, ayant pour objectif final une possible prévention des états d'épuisement professionnel. Dans un second temps, pour les médecins intéressés par la délivrance de cet outil à leur patient, une formation dédiée pourrait trouver tout son intérêt.

2.4.4.2 Pour les patients

Comme énoncé précédemment, la pratique de la méditation pleine conscience porte des intérêts chez le médecin lui-même mais également chez le patient. Tout d'abord, il convient de bien comprendre la philosophie de cette technique afin d'en trouver les indications les plus pertinentes chez le patient. Car cet outil thérapeutique n'est pas un *sain grâle*, comme laisserait supposer l'abondance de publication sur ses applications cliniques. L'approche méditative propose une voie différente pour aborder une multitude de problématique en réponse à un fonction cognitif non optimal. Ainsi, une autre perspective possible serait la diffusion de la philosophie d'une approche méditative au sein des enseignements universitaires face à des pathologies ayant comme dénominateur commun des réponses cognitives inadaptées. La connaissance de cette technique et de son fonctionnement permettrait d'en poser l'indication plus aisément. Toutefois, comme toute technique thérapeutique particulière, tout médecin ne peut prétendre tout réaliser, mais peut au minimum en connaître l'existence et ses indications et adresser le patient à un confrère réalisant cette approche.

Cette réflexion amène ainsi à une seconde perspective nécessaire qu'est la création d'un annuaire officiel répertoriant les médecins délivrant cette technique dans un contexte de soins.

Enfin, les programmes de méditation pleine conscience permettent de développer des capacités d'acceptation. La notion d'acceptation est fondamentale et réalise bien souvent le pré-requis nécessaire dans la plupart des pathologies chroniques afin de réaliser une prise en charge optimale. En effet, le diagnostic d'une pathologie chronique réalise un choc existentiel chez le patient, nécessitant une adaptation de ses habitudes de vie et la prise d'un traitement médicamenteux au long cours. Sans acceptation du diagnostic, le patient présentera des difficultés à percevoir la nécessité de changements profonds dans son mode de vie et dans l'observance régulière d'un traitement. En ce sens, une approche méditative trouve un intérêt dans les programmes d'éducation thérapeutique, où elle serait une aide à l'acceptation de la pathologie, ainsi qu'aux changements nécessaires à réaliser. Une dernière perspective serait donc l'inclusion d'exercices basées sur la méditation pleine conscience afin de développer les capacités d'acceptation des patients dans les programmes d'éducation thérapeutique.

3 CONCLUSION

L'état de santé mental des médecins est une problématique majeure, faisant l'objet d'une médiatisation tragique depuis quelques années. Les déterminants sont multiples et plusieurs réflexions ont été proposées sur les modifications à réaliser pour enrayer les phénomènes d'épuisements professionnels. La méditation pleine conscience fut étudiée comme une réponse possible à cette problématique. Toutefois, une démarche compréhensive par la réalisation d'une étude qualitative en explorant le vécu des médecins pratiquant la méditation pleine conscience est novatrice et originale.

La réalisation d'entretiens semi-dirigés associés aux observations participantes ont permis d'élaborer trois hypothèses en réponse à la problématique initiale suivante : Pourquoi les médecins se tournent-ils vers la pratique de la méditation ?

Tout d'abord, trois grandes motivations guidèrent les médecins interrogés vers la pratique de la méditation pleine conscience. Outre la curiosité, les médecins déclarèrent avoir été à la recherche d'un outil répondant aux défis posés par la complexité de l'exercice médical et ses conséquences, faisant le constat de difficultés rencontrées dans le domaine de la communication avec le patient, la réalisation d'une relation soignant-soigné efficiente ainsi que devant certaines pathologies, notamment fonctionnelles. Complémentaire à celle-ci, la troisième motivation évoquée par les médecins interrogés fut la recherche d'une technique à visée personnelle pour apprendre à faire face aux situations d'angoisses et de stress, véhiculées en partie par leur profession.

Ainsi, une première hypothèse permettant de comprendre cette démarche naît dans le souhait d'acquérir un nouvel outil thérapeutique, pouvant être délivré aux patients, dans les situations où les prises en charges thérapeutiques actuelles sont peu efficaces voire même frustrantes pour le médecin. L'exemple le plus fréquemment cité fut les pathologies fonctionnelles, notamment les troubles psychosomatiques. Bien que ces pathologies puissent avoir des origines physiopathologies différentes, le mécanisme à l'origine d'une pérennisation des symptômes est commun et résulte de processus cognitifs inadaptés. L'approche méditative apparaît complémentaire aux thérapies conventionnelles et puise sa singularité dans son domaine d'action représenté par une modification des processus cognitifs automatiques non efficaces impliqués dans la chronicisation des symptômes.

La méditation pleine conscience trouve ainsi un intérêt pour le patient, mais également et avant tout pour le médecin. Ainsi, les médecins pratiquant régulièrement la méditation pleine conscience ont observé différentes modifications dans leur pratique professionnelle quotidienne. Tout d'abord, suite à cette pratique régulière, les médecins ont développé leur capacité d'écoute et d'empathie, et leurs capacités décisionnelles se virent renforcées. De plus, par la pratique de la méditation pleine conscience, les médecins interrogés développèrent des capacités à adopter une attitude d'acceptation. Cette notion est le fruit d'une pratique régulière et mène le médecin vers l'accompagnement du patient avec sa pathologie en limitant les phénomènes de lutte vers des éléments immuables. Ainsi, le médecin adopte un rôle de compagnon au côté du patient pour l'aider à trouver et réaliser les modifications nécessaires afin d'améliorer sa qualité de vie. Cela devient, pour reprendre les termes d'un médecin interrogé, « une philosophie de soin ». Ce changement de posture face au patient constitue finalement la mise en pratique de l'approche centrée sur le patient recommandée dans les pathologies chroniques. Cette deuxième hypothèse permet donc d'éclairer le fait que les modifications observées suite à la pratique de la méditation pleine conscience chez le médecin correspondent aux recommandations théoriques prônées par l'approche centrée sur le patient.

Enfin, la pratique de la méditation pleine conscience amène des changements dans le fonctionnement personnel du médecin et cette notion constitue la troisième et dernière hypothèse développée. Les médecins interrogés ont ainsi expliqué s'être intéressés à la méditation pleine conscience devant des problématiques de stress et d'anxiété ayant des origines personnelles mais également professionnelles. Car cette ultime hypothèse résulte des deux précédentes. En effet, de par la modification de posture face au patient, le médecin se déleste d'un ensemble de responsabilités pouvant représenter un facteur important dans les états d'épuisement professionnel. De plus, la mise à disposition d'un nouvel outil thérapeutique, permettant une autonomisation du patient face à sa pathologie paraît salvateur pour le médecin, limitant également le sentiment de frustration que pouvait ressentir le médecin face à l'inefficacité des prises en charge conventionnelles. La conséquence de ces deux éléments est le développement du sentiment d'accomplissement personnel chez le médecin, cultivant ainsi son bien-être psychologique. Cette amélioration de l'état de santé mental du médecin est fondamentale dans les problématiques de démographie médicale mais surtout sur la qualité des soins délivrés au patient. Car, pour reprendre les dires de Dr Galam : « Un médecin souffrant ne peut être un bon soignant ».

La compréhension des déterminants amenant les médecins à pratiquer la méditation pleine conscience apporte ainsi un argumentaire sur l'intérêt de proposer l'outil méditatif aux médecins, voire aux futurs médecins. Les perspectives à envisager se réalisent à plusieurs niveaux. Tout d'abord, il serait pertinent de faire connaître dans un premier temps la technique aux médecins et étudiants en médecine ; leur exposer la philosophie de cette approche ainsi que les intérêts portés par une pratique régulière autant chez le patient que chez le médecin lui-même. Le second niveau serait la proposition de groupes de méditation pleine conscience pour les étudiants en médecine et médecins, dans une démarche personnelle, en vue d'améliorer certaines capacités professionnelles, telles que les capacités d'écoute, d'empathie, mais également en vue d'aborder les risques psycho sociaux inhérents à la profession et acquérir un outil limitant ces derniers. Enfin, pour les médecins les plus intéressés, le troisième niveau serait la proposition de formations afin d'acquérir les compétences pour délivrer cet outil aux patients dans un contexte de soin.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Dictionnaire Larousse, consulté en ligne sur larousse.fr le 03/03/2018
- (2) Kabat-Zinn Jon. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Edition J'ai Lu, section Bien être. 2009
- (3) Grossman P. On measuring Mindfulness in psychosomatic psychological research. *Journal of Psychosomatic Research* 2008 ; 64 : 405-408
- (4) Trousselard M. L'histoire de la Mindfulness à l'épreuve des données actuelles de la littérature : questions en suspens. *L'Encéphale* 2014 ; 40 : 474-480
- (5) Montaigne M. Vivre à propos Essais III. Les Essais ; traduction en français moderne par Claude Pinganaud, 13. Arléa ; 1994 : 813
- (6) Courtine JF. Phénoménologie et théologie. Edition Criterion ; 1992
- (7) Segal Z, Willams JM, Teasdale J. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute. Edition De Boeck. 2006
- (8) Segal Z, Willams J, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression : a new approach to preventive relapse. Guildford Press 2002
- (9) Ricard M, Evin F. Démystifier la méditation. *Le Monde*, 22/10/08, page 26
- (10) Meshberger F. An interpretation of Michelangelo's creation of adam based on neuroanatomy. *JAMA* 1990 ; 264 (14) : 1837-1841
- (11) Rollet A. Thérapie comportementale et cognitive : la troisième vague. *La lettre du psychiatre*. Vol IX, n°6 : 172-176
- (12) Posner MI, Peterson SE. The attention system of the human brain. *Annual Review of Neuroscience* 1990 ; 13 (1) : 25-42
- (13) Tang Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience* 1990 ; 13 (1) : 24-42
- (14) Brown K, Ryan R. The benefits of being present : mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 2003 ; 84 : 822-848
- (15) Seligman M, Steen T, Peterson C. Positive psychology progress : empirical validation of interventions. *American Psychologist* 2005, 410-421
- (16) Brown K, Ryan R, Creswell J. Mindfulness : theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry* 2007 ; 18 : 211-237
- (17) Barrett L, Gross J. Emotion representation and regulation : a process model of emotional intelligence. *Emotion : current issues and future directions* 2001, 286-310

- (18) Bishop S, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson N, Carmody J. Mindfulness : a proposed operational definitions. *Clinical Psychology : Science & Practice* 2004 ; 11 : 230-241
- (19) Lutz A, Greischar L, Rawlings N en al. Long-term meditatos self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Trends Cogn Sci* 2008 ; 12 : 163-169
- (20) Lomas T, Ivtzan I, Fu C. A systematic review of the neurophysiology of mindfulness on EEG oscillations. *Neuroscience and bibehavioral reviews* 2015 ; 57 : 401-410
- (21) Chiesa A, Serretti A. A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine* 2010 ; 40 : 1239-52
- (22) Desbordes G, Negi L, Pace T. Effets of mindful-attention and compassion meditation training on amygdala response to emotional stimuli in an ordinary, non meditative state. *Frontiers in Human Neuroscience* 2012 ; 6 : 292
- (23) Tang Y, Holzel B, Posner M. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience* 2015 ; 16 : 213-225
- (24) Matousek R, Dobkin P, Pruessner J. Cortisol as a marker for improvement in mindfulness-based stress reduction. *Complementary therapies in clinical practice* 2010 ; 16 : 13-16
- (25) Pascoe M, Crewther S. A systematic review of randomised control trials examining the effets of mindfulness on stress and anxious symptomatology. Consulté en ligne sur www.researchgate.net le 10/05/2018
- (26) Vargas de Francqueville A. La méditation de pleine conscience : application clinique en médecine générale, revue de la littérature. 2014 : thèse de médecine
- (27) Klainin-Yobas P, Cho M. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders : a meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies* 2012 ; 49 : 109-121
- (28) Kuyken W, Hayes R, Barrett B. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT) : a randomised controlled trial. *Lancet* 2015 ; 386 : 63-73
- (29) Vollestad J, Nilesen M, Nielsen G. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders : a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Psychology* 2012 ; 51 : 239-260

- (30) Zgierska A, Rabago D, Chawla N, Kushner K, Koehler R, Marlatt A. Mindfulness meditation for substance use disorders : a systematic review. *Subst Abus* 2009 ; 4 : 30
- (31) Beccia A, Dunlap C, Hanes D. Mindfulness-based eating disorder prevention programs : a systematic review and meta-analysis. *Mental health & prevention* 2018 ; 9 : 1-12
- (32) Majeed MH, Ali AA, Sudak D. Mindfulness-based interventions for chronic pain : evidence and application. *Asian journal of psychiatry* 2018 ; 32 : 79-83
- (33) Kabat Zinn. Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing UVB and PUVA. *Psychosomatic Medicine* 1998 ; 5 : 60
- (34) Goldstein CM, Josephson R. Current perspectives on the use of meditation to reduce blood pressure. *International Journal of Hypertension* 2012 ; article n°578397
- (35) Zainal NZ, Booth S. The efficacy of MBSR on mental health of breast cancer patients : a meta-analysis. *Psychooncology* 2012
- (36) Gayner B, Esplen MJ, De Roche P. A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioral Medicine* 2012 ; 35 : 272-285
- (37) La Y. Mindfulness meditation : a primer for rheumatologists. *Rheumatic Disease Clinics of North America* 2011 ; 37 : 63-75
- (38) Shaheen E, Lakhan E, Kerry L. Somatization disorders : a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 2013 : article n°e71834
- (39) Johansson B, Bjuhr H, Rönnbäck L. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) improves long-term mental fatigue after stroke or traumatic brain injury. *Brain Injury* 2012 ; 26 : 1621-1628
- (40) Luken M, Sammons A. Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *The American journal of occupational therapy* 2016 ; 70
- (41) Stress and burnout in residents : impact of mindfulness-based resilience training. *Advances in medical education and practice* 2015 ; 6 : 525-532
- (42) Le Breton-Lerouillois G. La santé des étudiants et jeunes médecins. Rapport de la commission jeunes médecins, section santé publique et démographie médicale du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016
- (43) Enquête santé mentale des jeunes médecins. Rapport de l'InterSyndicat National des Internes. 2017

- (44) Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnong among French GPs in training : a cross-sectional study. *British Journal of General Practice*. 2013 : 217-224
- (45) L'épuisement professionnel des médecins libéraux : témoignages, analyses et perspectives. Dossier de presse du rapport de la Commission Prévention et Santé Publique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux. 2007
- (46) Site www.carmf.fr. De quelles affections souffrent les médecins bénéficiaires du régime invalidité-décès. Tableau : Nature des affections des médecins en invalidité définitive. Consulté le 13/08/2018
- (47) Delbrouck M. Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel. Edition De Boeck. 2012
- (48) Dusmesnil H, Saliba-Serre B, Régi JC, Leopold Y, Verger P. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants. *Santé Publique* 2009 ; 21 : 355-364
- (49) Dagrada H, Verbanck P, Kornreich C. Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. *Revue Medicale de Bruxelles* 2011 ; 32 : 407-412
- (50) Estry-behar M. Risques professionnels et santé des médecins. Edition Masson 2002
- (51) Cathebas P, Begon A, Laporte S, Bois C, Truchot D. Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *Presse Médicale* 2004 ; 33 : 1569-1574
- (52) Galam E. Burn-out des médecins libéraux, 3^e partie : des conséquences pour le médecin, mais aussi pour ses patients. *Médecine* 2008
- (53) Shanafelt T, Bradley K, Wipf J, Back A. Burnout and self-reported patients care in an internal residency programmes. *Annals of Internal Medicine* 2002 ; 136 : 358-367
- (54) Wallace J, Lemaire J, Ghali W. Physician wellness : a missing quality indicator. *The Lancet* 2009 ; 374 : 1714-1721
- (55) Eui-Kyu K, Ho-Seob L, Eun-Hee K. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean Journal of Familiar Medicine* 2013 ; 34 : 36-42
- (56) Hazif-Thomas C, Roulleaux J, Thomas P. Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn out des soignants ? *NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie* 2009 ; 9 : 251-255
- (57) Veysier-Belot C. Le syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins. *La revue de médecine interne* 2015 ; 36 : 233-236

- (58) Lamothe M, Rondeau E, Malboeuf-Hurtubise C. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers : a systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complementary Therapies in Medicine* 2016 ; 24 : 19-28
- (59) Hassed C. Why mindfulness matters in medical education. *The British Student Doctor*, 2017 ; 2 : 3-7
- (60) Aubin-Auger Isabelle. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 84 : 142-145
- (61) Bogdan R, Taylor SJ. Introduction to qualitative research method : a phenomenological approach to the sociale sciences. New York, 1975
- (62) Kaufmann JC. L'enquête et ses méthodes : l'entretien compréhensif. 2^e édition Paris. 2007
- (63) Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Rapport du DREES. Septembre 2012
- (64) Recommandation HAS. Prise en charge thérapeutique du patient dépressif
- (65) Barbosa P, Raymond G, Zlotnick C. Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Education for Health* 2013 ; 26 : 9-14
- (66) Chataing J. Etat des lieux de la formation initiale théorique en psychosomatique des étudiants en médecine et des internes de médecine générale en France. *Médecine humaine et pathologie*. 2014
- (67) Van Desser N, Den Boeft M, Van Der Wouden JC. Non pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adult. *Cochrane Database Systematic Review* 2014 ; 11 : CD011142
- (68) Lemogne C. Troubles somatoformes. *La Revue du Praticien Médecine Générale* 2018 ; 32 : 372-273
- (69) Fjorback LO, Arendt M, Schröder A. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes : a randomized trial, one year follow-up, active control. *Mindfulness and bodily distress*, PhD dissertation 2012
- (70) Fjorback LO, Carstensen T, Arendt M. Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes : economic evaluation alongside a randomized trial. *Mindfulness and bodily distress*, PhD dissertation 2012

- (71) Daval R. Les fondements philosophiques de la pensée de Carl Rogers. Approche centrée sur la personne, pratique et recherche, 2008 ; 8 : 5-20
- (72) HAS Mise au point. Démarche centrée sur le patient : information, conseil éducation thérapeutique, suivi. Consulté en ligne le 24/09/2018
- (73) Verweij H, Van Ravesteijn H, Madelson LM. Does mindfulness training enhance the professional development of residents ? A qualitative study. Journal of the association of american medical colleges 2018
- (74) Lutz A, Slagter H, Dunne J. Attention regulation and monitoring in meditation. Trends cognitive science, 2008 ; 12 : 163-169
- (75) Mioa C, Humphrey R, Qian S. The relationship between emotional intelligence and trait mindfulness : a meta-analytic review. Personality and individual differences 2018 ; 135 : 101-107
- (76) Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin-patient. Cahiers critiques de thérapie familiale et pratiques de réseaux, 2002 ; 29 : 213 – 237
- (77) Bechara A, Damasio H, Damasio A. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. Cerebral cortex, 2000 ; 10 : 295-307
- (78) Berquin A. Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie. Revue médicale suisse, 2010 ; 6 : 1511-1513
- (79) Morin M. Naissance et développements de la psychologie de la santé. Sciences sociales et santé, 2002 ; 20 : 129-140
- (80) Site www.who.int. La santé mentale : renforcer notre action. Consulté en ligne le 24/09/2018
- (81) Murray A, Marray L, Donnelly M. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. BMC Family Practice 2016 ; 17 : 36-50
- (82) Krasner M, Epstein R, Beckman H. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA 2009 ; 12 : 1284-1293
- (83) Beach MC, Roter D, Kortbuis PT. A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. Annals of family medicine 2013 ; 11 : 421-428
- (84) Bourgonnon F. Ne laissez pas votre vie se terminer avant même de l'avoir commencée. Edition Mona. 2017

ARTICLE

TITLE : A mindfulness meditation : an asset against physician's burn-out ?

INTRODUCTION

For the last few decades a questioning of the legitimacy of the medical hegemony has contributed to the evolution of the doctor-patient relationship. The patient-centered medicine have replace a paternalistic model. This approach have change an asymmetric character of the relationship and actively involving the patient in his care and leading him to a certain empowerment (1).

While the involvement of the patient improves his support and satisfaction, this evolution is not without consequences for the practice of medicine. (2) Besides the theoretic knowledge, the doctor must be able to share and incorporate multiple health elements other than the pathology. The development of communication and social skills appears fundamental to respond to the evolution of the health care relationship (3).

However, the social skills can may be invalidated as can be seen by the emergence of a state of professional exhaustion in the medical profession. Indeed, professional exhaustion, or burn-out is a symptom of the health care relationship manifesting itself by physical, mental and emotional exhaustion which results from a prolonged investment in emotionally demanding work conditions. (4) Because, if historically, the doctor's work was important and entailed heavy responsibilities, it is the evolution of the doctor-patient relationship that appears to be at the origin of this exhaustion (5).

The evolution of this relationship has provoked a deep reevaluation of the doctor's role. An profound question about his function in this sharing relationship arises from a dissonance between what the doctor could wish for in the exercise of his profession and its reality (6). This imbalance can lead to a feeling of uselessness or even a lack of gratitude from the patient and thus changes the sense of professional accomplishment, adding in the end to the establishment of a state of exhaustion (4). Although burn-out is not specific to the medical profession, doctors are at the highest risk of developing it relative to the general population (7).

In the face of this problem of professional burn out, whose primary consequences are an alteration of the quality of care given to the patients, organizational and individual responses have been proposed (8). Two individual tools have been the subject of multiple studies: the Balint groups and the implementation of meditation or Mindfulness. These two methods have in common the consideration of the emotional involvement in a care relationship, all the more important in the participative models than in the paternalistic ones (9).

Mindfulness meditation was first developed in the 1970s by John Kabat-Zinn and its practice allows one to develop an attitude of acceptance (10). This tool has been the subject of multiple studies regarding its clinical applications, notably in the challenges of managing stress and the stages of professional burn-out. (11, 12) Despite a rich scientific literature on the effects of mindfulness meditation (13), few studies, as far as we know, have allowed us to understand the expectations and motivations of the health care professionals to practice Mindfulness meditation.

The main objective of this study is to identify and understand physicians and health care's motivations leading to practicing Mindfulness meditation.

MATERIALS AND METHODS

In order to understand why doctors turn to the practice of meditation the qualitative approach seemed the best adapted. The development of the study was done according to Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) (14) recommendations. An inductive approach based on the Grounded Theory has been the theoretical basis for this study (15).

Sampling Data

A receptive attitude was fundamental to understand the reasons for which the doctors engage in this practice. An initial immersion was achieved through the personal completion by the researcher (Elodie HUMBERT, Junior GP and Damien GONTHIER, MD) of training in Mindfulness meditation geared specifically to health care professionals at IFTBM (*Institut de Formation aux Thérapies Basées sur la Pleine Conscience*) in Nancy, France. This training is inspired by Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) and Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), and its goal is to provide basic theory about the tool as well as its personal use by health care professionals.

Two types of complimentary methods were used to study the existence of and the significance of doctors meditating. First, observations of participants including informal exchanges and observations of behaviors were done in order to understand the theoretic foundations and the motivations of the health-care professionals. The analysis of observations have create the semi-guided interviews and have allowed the completion and confirmation of the previously held hypotheses.

The target population of the interviews were the doctors who practiced Mindfulness meditation. A judgement sampling was established from a population of doctors attempting to receive additional training at the IFTBM by sending an email explaining this research and requesting their participation. Two answers came to us, then the sampling was completed by network's participant recruiting and telephone contact.

Collection of Data

Two participant observations were planned. The initial immersion training constituted the first area of participant observations. It took place over four days at the IFTBM with a group of health care professionals. The second participant observation was done following a semi-guided interview where the doctor being interviewed invited us to participate in a program consisting of a series of eight weekly sessions inspired by MBSR. All of these informal interviews as well as the behavior observed during these two participant observations were collected in a log book.

The semi-guided interviews were done and structured based on an interview guide. This last was developed with the help of a psychologist and a psychiatrist involved in the dissemination of this meditation method. The interviews were recorded with the permission of the subjects being interviewed and were transcribed in their entirety.

An inductive method of analysis was done using constant comparisons. A first descriptive analysis allowed a picture of the situation to emerge following the compilation of different formats used to collect the data. The

second stage was a cross sectional analysis whose goal was to establish explanatory theories by developing a three level coding system with the NVivo software. The code tree was established by a level 1, or open coding with the attribution of one word or concept some quotes; level 2 or axial coding was the creation of links between the concepts identified in level 1 and the elaboration of categories; and level 3 or selective coding was the emergence of hypotheses based on the groupings of categories established in level 2.

RESULTS

The population studied during the participant observations was composed of health care professionals. The training done at the ITFBM included psychiatric nurses, psychologists, psychiatrists and general practice doctors. The second observation included ten colleagues of the organizing doctor from the medical and paramedical sector. The characteristics of observations participant are available in Table 1. The characteristics of the doctors interviewed during the nine semi-guided interview are available in Table 2.

An Initial Encounter with Mindfulness Meditation

The doctors questioned initially mentioned a wish to discover a new therapy tool for their patients in situations where the techniques currently available were provoking a sense of frustration. This feeling is borne of the assessment that in the face of certain complaints, especially functional or non-psychiatric psychological troubles, the doctor has few effective tools at his disposal.

The search for a tool to manage personal problems was the second reason mentioned. One doctor explained having started meditation following a state of professional exhaustion. *“Because I needed it, after a pseudo burn-out three years after my installation”*. (E9)

The search for a spiritual tool was also mentioned by three doctors. Finally, this process was started simply by curiosity by a last doctor.

Although the initial motivations of the doctors interviewed was to improve their professional competency, the search for a personal benefit quickly became apparent when the observed results were returned during the participant observations.

Renewed Investment in the Therapeutic Relationship

The first stage described by the doctors being interviewed was to consider the doctor-patient relationship as a partnership, accepting the patient’s choices. *“The patient’s choices must be taken into account, his progress, and I place myself more as someone who will accompany him rather than one who will make the choices for him”*. (E6). The doctor positions himself as a companion to help the patient mobilize his own resources and allow himself to be involved in the decision. *“It’s being in a collaborative relationship; the therapeutic decisions are co-decisions”* (E3). This partnership system is enriching for the doctor and brings to light the intersubjectivity of the healthcare relationship. *“It is a very strong and rich exchange”*. (E5)

The definition of the doctor’s role in the care relationship was sharpened by the practice of meditation. *“I think it made me effectively move forward in my position relative to the patient-doctor relationship”* (E6). A

second doctor further defined this concept explaining that how the patient lives their illness can be conditioned by the doctor's statements, somewhat reminiscent of a placebo role that can play the doctor. Also the long term aspect of this care relationship is a concern of which the doctors are very aware. "*Meditation made me work on the interpersonal (...) to put a little distance between what can be complicated issues*" (E1).

Finally, the idea of patient empowerment was mentioned. By giving the patient tools to do meditation, he learns to be more autonomous when facing interior conflicts. The patient, via meditation, learns to recognize his emotions and to understand their involvement in many issues. Thus meditation is a tool "*that brings them to reflect on their problem*". (E1)

Accepting the Inherent Constraints of a Profession Based on a Care-giving Relationship

The doctors' experience of the diseases and sufferings of the patient constitutes another aspect of the care-giving relationship. Thus the notion of acceptance developed and experienced through the practice of meditation is described as a philosophy of care. "*We will be much more in accord with a situation, or at least, not add to the conflict, of a situation that one cannot necessarily resolve.*" (E7)

The confrontation of death was used as an example. This relationship with death and more generally to suffering is even more difficult for the doctor that he has no tool with which to face it. "*One is confronted with death (...) one manages as one can.*" (E2)

The practice of meditation allows the adoption of an attitude of acceptance. While bringing to light the inefficient mechanisms of struggle and avoidance involved in situations perceived as sources of suffering; the meditating individual learns to respond in a manner adapted to his future mental health.

The doctors interviewed also learned to analyze their emotional reactions. Recognizing complex emotional situations encouraged the doctors to put these into perspective. The act of regulating their involvement is described as a form of protection. "*I realize more easily that I am in an emotional situation (...) I am less likely to let myself get carried away by emotions that could be counter-productive.*" (E4)

Finally, the doctors stated having recovered a certain decision making capability. By noticing the decision-emotion link, the doctors ask themselves more questions about the reasons for which they are making the decisions. "*Because there are a certain number of decisions that one makes to diminish one's sense of guilt, or anger, or one's own anxiety.*" (E3)

DISCUSSION

The first encounter with Mindfulness meditation was led by a search for a therapeutic tool for patients. However, according to the training, healthcare professionals discovered personal benefits to the practice. These led to a modification of the professionals' practices and to the approach used with patients. The renewed investment in the therapeutic partnership was the first improvement observed. Furthermore, the awareness of the constraints linked to the care-giving relationship and the development of an emotional intelligence have contributed to an improvement of health-care professionals' mental health.

While having therapeutic expectations for their patients, health care professionals who were trained in Mindfulness meditation observed effects on their personal daily practice of medicine. This goal shift can be understood by exploring the training methods of this technique. Like the training offered at the IFTBM or the procedures to obtain the status of trainer of MBSR or MBCT and then offering the meditation tool to the patient, the health-care professional must beforehand explore the program (16). The doctor is thus the first to experience the tool and becomes a witness to his patients to the benefits obtained through this practice. This approach reinforces the intrinsic value of the technique in the eyes of the patients and legitimizes the position of the health-care professional as companion at the patient's side (17).

Then, the practice of Mindfulness meditation would be a possible means of renewing commitment to the treatment partnership. Over several decades the medical profession has been in full transformation. The emergence of chronic diseases as well as the access patients have to medical information has profoundly changed the approach available to patients. (18,19) The patient centered approach is at the heart of the informative and participative models and is progressively replacing the paternalistic one (20). Possession of medical knowledge as well as treatment decisions are no longer exclusively the purview of the medical staff. The role of the medical staff is redefined and can be a real existential problem. (21) The practice of Mindfulness meditation allows the development of listening and empathizing skills, fundamental to this new paradigm. (22) Furthermore, the awareness of the placebo effect presented by the doctor and the intersubjectivity of the relationship contribute to redefine and legitimize the new functions the doctor brings to this patient centered approach.

Finally, the practice of Mindfulness meditation helps develop emotional intelligence (23). Thus adopting an accepting attitude and learning to manage one's emotions allows the health-care professional to better fine-tune the health-care relationship. Indeed, daily confrontations with physical as well as psychological suffering strongly impacts the doctor emotionally (24). Along with the relationship difficulties previously mentioned, this negative emotional burden can lay the groundwork for professional burn-out (24). The solutions to these problems must address the relationship and its emotional implications (25). A fashionable tool, on the rise in the face of problems that *"take us outside of ourselves and making us lose sight of the essentials"* (10), Mindfulness meditation is a tool that appears to answer the challenges set by the evolution of the practice of medicine.

Strengths and Limitations of the Study

The primary strength of this study is the qualitative approach to the phenomenon of the practice of mindfulness meditation by doctors. Despite the numerous articles discussing Mindfulness, an understanding of this particular phenomenon in doctors specifically has not been studied as far as we know. The originality comes from the research into factors explaining the occurrence, and not research demonstrating its effectiveness. Furthermore, the status of the researcher was also a strength by taking the step of immersing herself in the meditation training, which offered an exchange between equals at the time of the interviews.

However, this immersion into the training also gave the researcher a certain point of view and this forced her to make an epistemological break during the interviews in order to reach an objective opinion so as to limit

the risk of confirmation bias. Furthermore, the difficulty in recruiting doctors who practice meditation led to a limited number of interviews. Finally, during the analysis, a confusion bias is possible because the practice of Mindfulness meditation by the doctors interviewed is brought on by a desire for a more thorough both personal and professional development. The results observed can be the result of years' worth of experiences associated with the completion of other complementary training such as hypnosis or homeopathy.

Table 1 – Characteristics of observation participants

		Gender	Profession	Place of work
OBSERVATION 1	1	Female	Psychiatrist	Emergency's service in hospital
	2	Female	Psychiatric nurse	Psychological health center
	3	Female	Psychiatric nurse	Psychological health center
	4	Female	psychiatrist	Psychological health center
	5	Female	psychiatrist	Private medical office
	6	Male	Health frameworker	Psychiatrist service in hospital
	7	Male	Special educator	Child health center
	8	Female	Psychomotrician	Private office
	9	Female	Psychologist	Private office
	10	Female	Psychiatrist	Psychiatrist service in hospital
	11	Female	Psychiatric nurse	Psychiatrist service in hospital
	12	Male	Special educator	Psychological health center
	13	Female	Psychologist	Psychiatrist service in hospital
	14	Female	Psychologist	Private office
	15	Female	Psychiatric nurse	Psychiatrist service in hospital
	16	Female	Psychologist	Psychological health center
	17	Female	Psychiatric nurse	Psychiatrist service in hospital
	18	Female	Psychiatric nurse	Psychological health center
	19*	Male	<i>General practitioner</i>	<i>Private medical office</i>
	20*	Female	<i>General practitioner</i>	<i>Private medical office</i>
OBSERVATION 2	1	Male	General practitioner	Retired
	2	Female	Occupational physician	Several firm
	3	Male	General practitioner	Private medical office
	4	Female	Wife's doctor	X
	5	Female	Yoga teacher	Associated structure
	6	Female	Health frameworker	Retired
	7	Male	Orthopedic surgeon	Private hospital
	8	Female	Wife's doctor	X
	9	Male	Informatician	Private office
	10*	Female	<i>General practitioner</i>	<i>Private medical office</i>

* Research participant

Table 2 – Characteristics of interviewed physician

(E)	Gender	Speciality	Exercice year	Exercice place	Meditation's formation	Meditation use with patient
1	Female	General practioner	In activity Since 20 years	Isolated Semi-rural	Private professional formation (GEMMA, IFTBM)	Yes, in group and individual session
2	Male	General practioner	Retired Recently	Isolated Urban	Alone then private professional formation (IFTBM)	Yes, in group
3	Male	Psychiatrist	In activity Since 10 years	Hospital Urban	Private professional formation (IFTBM)	No
4	Male	General practioner	Resident of general practioner	Hospital Rural	In a group with patient	No
5	Female	General practioner	In activity Since 30 years	Isolated Urban	Private professional formation (GEMMA, IFTBM)	Yes, in group
6	Female	General practioner	In activity Since 20 years	In group Rural	Private professional formation (GEMMA, IFTBM)	Non
7	Male	General practioner	In activity Since 20 years	Isolated Semi-rural	Professional formation (university formation)	Non
8	Female	General practioner	In activity Since 25 years	Isolated Urban	Private professional formation (IFTBM)	Non
9	Male	General practioner	In activity Since 10 years	In group Urban	Professional formation (university formation)	Non

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Genet M, Lheureux F, Truchot D. The Patient-Doctor Relationship in Academic Literature : General Trends, Limites and Futur Perspectives. *Annales médico-psychologiques*, 2018 ; 176 : 135-144
- (2) Bylund CL. Exploration of the construct of reliance among patients who talk with their providers about internet information. *Journal of health communication*, 2007 ; 12 : 17-28
- (3) Ruberton PM, Huynh HP, Miller TA. The relationship between physician humility, physician-patient communication, and patient health. *Patient Education and counseling*, 2016 ; 7 : 1138-1145
- (4) Maslach C, Jackson SE. « Burnout in health professions : a social psychological analysis », Dan Sanders GS, Suls J. *Social Psychology of Health and Illness*, London, Laurence Erlbaum Associates, 1982
- (5) Rikinkumar S, Ramya B, Archana A. Factors related to Physician Burnout and its Consequences : A Review. *Behavioral Sciences*, 2018 ; 8 : 98-105
- (6) Lathrop D. Disenfranchised Grief and Physician Burnout. *Annals of Family Medicine*, 2017 ; 4 : 375-378
- (7) Dyrbye LN, West CP, Satele D. Burnout Among US Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the Generale US Population. *Academic Medecine*, 2014 ; 3 : 443-451
- (8) Shanafelt T, Bradley K, Wipf J. Burnout and Self-Reported Patients Care in an Internal Residency Program. *Annals of Internal Medicine*, 2002 ; 136 : 358-367
- (9) Yeheskel A, Biderman A, Borkan JM. A Course of Teaching Patient-Centered Medicine to Family Medicine Residents. *Academic Medicine*, 2000 ; 5 : 494-497
- (10) Kabat-Zinn J. Full catastrophe living, using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Bantam Dell Publishing Group, 1990
- (11) Khoury B, Sharma M, Rush SE. Mindfulness-Based Stress Reduction for Healthy Individuals: a Meta-Analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 2015 ; 6 : 519-528
- (12) Goyal M, Singh S, Sibinga E. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Internal Medicine*, 2014 ; 3 : 357-368
- (13) Krasner MS, Epstein RM, Beckman H. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009 ; 12 : 1284-1293
- (14) Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) :

a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007 ; 16 : 349-357

- (15) Glaser BG, Strauss AL. *Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research*. Broché, 2000
- (16) Segal ZV, Williams JM, Teasdale J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Relié, 2012
- (17) Paul M. *The Support Approach as a Specific Professional Position: Example of Patient Education*. *Recherche en soins infirmiers*, 2012 ; 110 : 13-20
- (18) Burke SE. *The Doctor-Patient Relationship: An Exploration of Trainee Doctors' Views*. PhD Thesis, 2008 ; University of Birmingham
- (19) Thöer C. *A Factor in the transformation of the Patient-Doctor Relationship*. *Communiquer* (on ligne), consulted the 27/11/18 <http://communiquer.revues.org/506>
- (20) Constant MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. *Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare*. *BMC Health Services Research*, 2014 ; 14 : 271-280
- (21) Cubaka VK, Schriver M, Flinkenflögel M. *The Evolving Role of Physicians – Don't forget the generaliste primary care providers*. *International Journal of Health Policy and Management*, 2016 ; 10 : 605-606
- (22) Lutz A, Slagter H, Dunne J. *Attention regulation and monitoring in meditation*. *Trends cognitive science*, 2008 ; 12 : 163-169
- (23) Mioa C, Humphrey R, Qian S. *The relationship between emotional intelligence and trait mindfulness: a meta-analytic review*. *Personality and individual differences*, 2008 ; 135 : 101-107
- (24) Dagrada H, Verbanck P, Korneich C. *Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques*. *Revue Médicale de Bruxelles*, 2011 ; 32 : 407-412
- (25) Kazif-Thomas, Roulleaux J, Thomas P. *What treatment strategies to adopt in the face of health care professionals' burnout?* *Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 2009 ; 9 : 251-255

ANNEXES

ANNEXE 1 – Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)

Pour chaque item décrivant des expériences de la vie quotidienne, cotez de 1 à 6 selon la fréquence avec laquelle vous vivez ces expériences (Presque toujours : 1, Très souvent : 2, Assez souvent : 3, Assez peu : 4, Rarement : 5, Presque jamais : 6).

Je peux vivre une émotion et ne m'en rendre compte qu'un certain temps après.

Je renverse ou brise des objets par négligence ou par inattention, ou parce que j'ai l'esprit ailleurs.

Je trouve difficile de rester concentré sur ce qui se passe au moment présent.

J'ai tendance à marcher rapidement pour atteindre un lieu, sans prêter attention à ce qui se passe ou ce que je ressens en chemin.

Je remarque peu les signes de tension physique ou d'inconfort, jusqu'au moment où ils deviennent criants.

J'oublie presque toujours le nom des gens la première fois qu'on me les dit.

Je fonctionne souvent sur un mode automatique, sans vraiment avoir conscience de ce que je fais.

Je m'acquitte de la plupart des activités sans vraiment y faire attention.

Je suis tellement focalisé sur mes objectifs que je perds le contact avec ce que je fais au moment présent pour y arriver.

Je fais mon travail automatiquement, sans en avoir une conscience approfondie.

Il m'arrive d'écouter quelqu'un d'une oreille, tout en faisant autre chose dans le même temps.

Je me retrouve parfois à certains endroits, soudain surpris et sans savoir pourquoi j'y suis allé.

Je suis préoccupé par le futur ou le passé.

Je me retrouve parfois à faire des choses sans être totalement à ce que je fais.

Je mange parfois machinalement, sans savoir vraiment que je suis en train de manger.

Faites la somme des points et divisez par 9 pour obtenir une note sur 10. Votre score de prédisposition à la pleine conscience est d'autant meilleur que ce score est élevé.

ANNEXE 2 – Courrier pour demande d’entretien

Mlle HUMBERT Elodie
39 rue Saint Nicolas
54000 NANCY
06 24 39 05 25
elodie.humbert.1989@gmail.com

A Nancy, le 07/12/2017

Cher confrère,

Je me permets de vous contacter en temps qu’Interne en Médecine Générale au sein de la faculté de Médecine de Nancy, dans le cadre d’un projet de thèse sur la Méditation Pleine Conscience chez les Médecins Généralistes.

Le titre de la thèse serait : « La Méditation Pleine Conscience, vers une pratique professionnelle sereine ». Je souhaiterai réaliser une étude qualitative dans le but de comprendre pourquoi les médecins se tournent vers la pratique de la méditation, et comment celle-ci peut modifier leur pratique professionnelle. Pour cela, deux méthodes seront utilisées : des entretiens semi-dirigés auprès de médecins méditants, et une observation participante.

Le projet de cette thèse fait suite à mon expérience personnelle de méditante. Par cette thèse, je souhaiterai faire découvrir cette technique aux professionnels de santé, et porter cet argumentaire auprès de la Faculté de Médecine de Nancy pour proposer l’enseignement de la méditation dès l’externat.

Je me permets de vous sollicitez quant à la réalisation des entretiens. Je souhaiterai prendre contact avec vous afin de partager votre expérience méditative et d’échanger sur l’apport que la méditation a pu avoir sur votre pratique professionnelle, notamment dans la gestion de l’activité du cabinet, dans la réponse aux attentes et/ou aux besoins du patient, ainsi que dans la relation soignant-soigné, comprenant la prise de décision et son acceptation, la prise en compte des attentes et décisions du patient, et dans l’acceptation des choix du patient.

Ces entretiens devraient durer une heure environ, et seront anonymisés et analysés dans une démarche déductive.

Je vous joins mes coordonnées en en-tête afin que nous puissions échanger sur nos disponibilités pour convenir d’un rendez-vous. Je suis également disponible pour plus amples informations.

Dans l’attente d’une réponse de votre part, veuillez recevoir, cher confrère, mes sincères salutations.

Elodie HUMBERT

ANNEXE 3 – Guide d’entretien

Racontez-moi votre rencontre avec la méditation.

(Livres / Internet / Entourage professionnel ou personnel)

Pourquoi vous êtes-vous formé à la méditation ?

(Attentes personnelles / professionnelles)

Parlez-moi des modifications que cela a pu apporter chez vous ?

- *Plan personnel*

- *Plan professionnel :*

organisation,

*rapport avec les patients : prise en compte des besoins et attentes du patient,
prise de décision,*

acceptation des choix du patient (refus de soins...)

Comment évalueriez-vous l’importance de la méditation dans la façon d’habiter votre profession (de 0 à 10) ?

Utilisation de la méditation avec vos patients ?

Éléments motivants la poursuite de la méditation après la formation initiale, et sous quelle forme ?

Caractéristiques :

Sexe / âge

Année d’exercice

Formation initiale

Formation(s) complémentaire(s)

Type de pratique professionnel : seul ou en cabinet

milieu urbain ou rural

patients précaires / favorisés

Comment pourriez-vous qualifier votre patientèle ?

ANNEXE 4 – Caractéristiques des médecins interrogés

<i>Médecin interrogé</i>	<i>Spécialité</i>	<i>Formations complémentaires</i>	<i>Années d'exercice</i>	<i>Lieux d'exercice</i>
N°1	Médecin généraliste	Homéopathie Mésothérapie Hypnose Thérapies brèves Capacité de gérontologie	En activité Depuis 20 ans	Cabinet seul Semi-rural
N°2	Médecin généraliste	DU Gynécologie	Retraite récente	Cabinet seul Urbain
N°3	Psychiatre	Remédiation cognitive Education thérapeutique	En activité Depuis 10 ans	Structures de soins Urbain
N°4	Médecin généraliste	Ostéopathie	2 ^e année d'internat	Multiples
N°5	Médecin généraliste	Homéopathie Alcoologie	En activité Depuis 30 ans	Cabinet seul Urbain
N°6	Médecin généraliste	Homéopathie Hypnose Thérapies brèves	En activité Depuis 20 ans	Maison de santé Rural
N°7	Médecin généraliste	Homéopathie Yogathérapie	En activité Depuis 5 ans	Remplacement Projet d'installation
N°8	Médecin généraliste	Homéopathie Acupuncture Médecine chinoise	En activité Depuis 25 ans	Cabinet seul Urbain
N°9	Médecin généraliste	Homéopathie Ostéopathie DU Diabétologie	En activité Depuis 10 ans	Maison de santé Semi-rural

ANNEXE 5 – Plan de l'analyse transversale

1. Un nouvel outil thérapeutique en réponse à un besoin
 - 1.1. Une prise en charge du patient non satisfaisante menant à des formations complémentaires
 - Manquer de propositions pour le patient (E1, E2, E6)
 - Un problème = une solution immédiate (E3, E7)
 - Focaliser son attention sur la douleur engendre de la souffrance (E2, E3)
 - Ne pas connaître d'autre prise en charge que le médicament (E7)
 - Manquer d'outils de communication (E2, E6)
 - Faire une formation en communication (E2, E6, E7)
 - 1.2. Une démarche avec certaines réserves, possiblement accessibles à tous
 - Avoir des a priori négatifs sur la méditation (E2, E6)
 - Penser que la méditation est ésotérique (E2)
 - Peur de la technique et son efficacité (E1, E2)
 - Une technique accessible à tous (E1, E2)
 - Cela nécessite une certaine sensibilité (E4, E6, E7, E8)
 - La méditation a des indications précises (E2, E3, E4)
 - 1.3. Un outil thérapeutique singulier, permettant un travail sur la cognition
 - Un outil non religieux (E2)
 - La méditation est un outil thérapeutique supplémentaire nécessaire (E1, E3, E4, E6, E7)
 - Un outil alternatif et utile pour le patient (E6, E7)
 - C'est un contrat avec soi-même (E3)
 - C'est un travail sur l'émotion (E3, E4)
 - C'est travailler avec ses pensées (E1, E2, E4)
 - Entraîner sa capacité d'attention (E2, E6)
 - 1.4. Les résultats observés sont multiples et intéressants
 - Un outil pour changer (E1, E2, E6, E9)
 - Modifier les choses en profondeur (E7)
 - Redonner de l'espoir au patient (E1)
 - C'est un outil de prévention (E1, E3, E5, E7)
 - Des résultats rapides et bluffants (E1, E2)
 - C'est passionnant et encourageant (E1, E2)
 - 1.5. Un outil expérimenté par le médecin
 - Montrer l'exemple au patient (E1)
 - Pratiquer la technique permet de mieux la transmettre au patient (E5, E7)
 - Apprendre en pratiquant (E1, E7)

2. Un outil permettant la mise en pratique de l'approche centrée patient
 - 2.1. Une évolution de la prise en charge du patient
 - Evolution des connaissances (E2)
 - Intérêt pour les thérapies non médicamenteuses (E5, E7)
 - Le changement de posture, c'est dans l'air du temps (E3)
 - Savoir se donner les moyens d'évoluer (E2, E7)
 - 2.2. Intégrer le patient dans sa prise en charge
 - Une démarche en binôme (E1, E6, E7)
 - Intégrer le patient dans la décision (E3, E6)
 - Un accompagnement du patient (E2, E5, E6, E7)
 - Se poser la question de l'utilisation des compétences du patient (E1, E3)
 - Amener un changement de point de vue au patient (E1, E7)
 - Travailler avec le patient (E6)
 - Le partage est enrichissant (E5, E7)
 - 2.3. Rendre au patient son autonomie
 - Autonomiser le patient vis à vis de ses conflits intérieurs (E1, E7)
 - Apprendre à faire prendre conscience au patient de son état (E1, E2)
 - Autonomiser le patient vis à vis de sa prise en charge (E1, E6)
 - C'est un travail actif pour le patient (E1, E2, E3, E7)
 - La méditation, c'est une technique à la carte pour les patients (E1, E3, E4, E5)
 - Le changement est produit par le patient lui-même (E1, E6)
 - Une démarche gratifiante pour le patient (E1)
 - C'est redonner ses responsabilités au patient (E1, E6, E7)
 - 2.4. Trouver sa place en tant que médecin dans la relation de soin
 - Une modification de l'approche relationnelle (E6)
 - Redonner la bonne distance dans la relation médecin-patient (E4, E6)
 - Savoir se reconnecter au patient (E1)
 - L'acceptation, c'est une philosophie de soin (E3, E7)
 - Le médecin est un miroir intelligent (E1)
 - Le vécu de la maladie pour le patient est conditionné par le médecin (E2)
 - Savoir s'adapter au patient (E2, E5, E6)
 - 2.5. Redéfinir sa capacité décisionnelle
 - Observer le lien émotion-décision (E3)
 - Etre guidé par ses émotions en période de fatigue (E1, E2, E3, E4)
 - Savoir analyser nos réactions émotionnelles (E3, E4)
 - Prendre du recul dans les situations émotionnellement complexes (E1, E5, E6)
 - Se poser la question pourquoi je prends cette décision (E1, E3)
 - Retrouver des capacités de décision (E1, E3, E4)

3. Mieux vivre la profession de médecin

3.1. Des démarches très diverses pour arriver à la méditation

- Une démarche personnelle initialement (E4, E6, E7)
- Une démarche pour un besoin personnel (E1, E8, E9)
- Méditer suite à un burn-out (E9)
- Découverte de la méditation par le versant spirituel bouddhiste (E5, E7)
- Se former à la méditation par curiosité (E3)
- Avoir connu la méditation par une démarche autodidacte (E1, E2, E3)
- S'intéresser à la méditation par le réseau (E3)
- Connaissance de la méditation par des formations professionnelles (E1, E5, E6, E7, E8)
- Déception de ne pas avoir connu l'outil plus tôt (E4)

3.2. Une lourde charge émotionnelle chez une profession au statut particulier

- Faire face aux contraintes multiples (E1, E3, E5, E6)
- Faire face à la mort (E1, E2)
- Difficulté de prendre en charge certain patient (E1)
- Un devoir de réussite (E3, E5)
- La culpabilité de mal faire (E1, E5, E6)
- Difficulté pour le médecin d'exposer ses problèmes (E2, E4)
- Le médecin aussi a ses problèmes (E2, E6)
- Etre en surmenage et ne pas le reconnaître (E5)

3.3. Un outil nécessaire au médecin

- Un outil utile pour le médecin (E1, E2, E4, E6, E7)
- La méditation a permis un enrichissement (E3)
- C'est ressourçant de méditer (E3)
- Méditer est devenu un besoin (E2)
- C'est un travail actif pour le médecin (E3, E4)

3.4. La méditation induit des changements personnels chez le médecin

- Découverte d'un bénéfice secondaire personnel à cette démarche (E3)
- La méditation a amélioré divers éléments du domaine privé (E5)
- Mieux se connaître pour aider le patient (E1)
- Juste prendre conscience de son état peut changer les choses (E1)
- La méditation a amélioré la confiance en moi (E5)
- Un sentiment de satisfaction (E1, E9)
- La méditation rend plus cool (E1, E5)

3.5. La méditation modifie la pratique professionnelle du médecin

- Être plus à l'écoute du patient (E1, E2, E4, E6)
- Une meilleure évaluation du contexte (E5, E6)
- Se rapprocher du patient (E7)
- Se libérer du poids des attentes du patient et de soi-même (E1, E6)
- Moins gaspiller d'énergie pour limiter l'épuisement (E5)
- Réorganiser son mode d'exercice (E9)
- Prendre plaisir à exercer (E5, E6)

RESUME DE LA THESE

INTRODUCTION : Des formations universitaires délivrant l'outil méditatif aux soignants voient progressivement le jour dans les facultés de Médecine. Face à ce phénomène, nous avons souhaité identifier les motivations pour lesquelles des professionnels de santé se tournent vers la pratique la méditation pleine conscience ; et comprendre dans quelles mesures cet outil pour accompagner les professionnels de santé dans leur pratique professionnelle, notamment dans la relation de soins.

METHODES : Une étude qualitative a été réalisée auprès de professionnels de santé pratiquant la méditation pleine conscience. Deux types de supports ont été utilisés : des observations participantes ainsi que des entretiens semi dirigés auprès de médecins. Nous avons réalisé une démarche inductive par comparaison constante via une analyse transversale interprétative des différents supports selon le principe de théorisation ancrée.

RESULTATS : Les données issues des neuf entretiens semi-dirigés ainsi que des deux observations participantes nous ont permis d'élaborer trois hypothèses explicatives. La méditation pleine conscience est décrite tel un nouvel outil thérapeutique à destination du patient dans des situations cliniques complexes où le médecin peut se sentir démuni avec l'arsenal thérapeutique conventionnel. Ensuite, les médecins ont observé des modifications de leur pratique professionnelle secondaire à cette démarche. Tout d'abord, l'outil méditatif a été un outil permettant la mise en pratique de l'approche centrée sur le patient, notamment par le réinvestissement de l'alliance thérapeutique. Ensuite, cet outil leur permet de mieux vivre leur profession de médecin, en adoptant, entre autres, une posture d'acceptation face aux contraintes liées à une profession basée sur une relation d'aide.

CONCLUSION : La méditation pleine conscience est décrit tel un outil offrant aux professionnels de santé la possibilité d'adapter leur posture de soignants face à l'évolution de la pratique médicale, pourvoyeur d'état d'épuisement professionnel.

TITRE EN ANGLAIS : Mindfulness : towards a professional medical practice serine : qualitative study with meditating doctors

THESE : MÉDECINE GENERALE – Année 2019

MOTS-CLES : Méditation Pleine Conscience – *Mindfulness* - Epuisement professionnel – Relation de soins

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTE DE MEDECINE
9, avenue de la Forêt de Haye
BP 20199
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
