



HAL
open science

Évaluation des interventions basées sur l'auto-compassion dans des populations prises en charge en médecine générale: revue de la littérature

Emmanuelle Boubel

► **To cite this version:**

Emmanuelle Boubel. Évaluation des interventions basées sur l'auto-compassion dans des populations prises en charge en médecine générale: revue de la littérature. Médecine humaine et pathologie. 2019. hal-03297728

HAL Id: hal-03297728

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297728>

Submitted on 18 Oct 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>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Emmanuelle BOUBEL

(Épouse MARTIN)

le 25 juin 2019

**Évaluation des interventions basées sur l'auto-compassion dans des
populations prises en charge en médecine générale**

Revue de la littérature

Examineurs de la thèse

Monsieur le Professeur	KABUTH Bernard	Président
Monsieur le Professeur	ZIEGLER Olivier	Juge
Madame le Professeur	ALBUISSON Éliane	Juge
Madame le Docteur	KAISER Christelle	Directrice et Juge



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^e Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

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

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^e sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

3^e sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^e Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL

3^e sous-section (*Biologie cellulaire*)

Professeure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

45^e Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

3^e sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

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

46^e Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

4^e sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^e Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur
Frédéric MARCHAL

3^e sous-section : (*Immunologie*)

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

4^e 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^e 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 du jury,

Monsieur le Professeur Kabuth,
Professeur de Pédopsychiatrie,

Merci d'accepter de me faire l'honneur d'être président de mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de mon plus profond respect.

A notre maître et Juge,

Monsieur le Professeur Ziegler,
Professeur d'Endocrinologie,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez au sujet. J'ai eu la chance d'effectuer deux stages dans votre service au cours de mon cursus. J'y ai appris beaucoup. Recevez l'expression de ma respectueuse considération.

A notre maître et Juge,

Madame le Professeur Albuisson,
Professeur de Santé Publique,

Vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail sans me connaître. Soyez assurée de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

A notre juge et directrice de thèse,

Madame le Docteur KAISER,
Docteur en médecine générale,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail après m'avoir aidé à valider mon mémoire de DES.
Ton encadrement bienveillant m'a permis de surmonter mes craintes et d'aller au bout de ce travail. Merci pour ton aide et tes précieux conseils.

Je tiens également à remercier,

Mon mari, pour sa patience et son soutien. L'internat a eu son lot de haut et de bas, enfin surtout des bas en ce qui me concerne. L'abord de cette thèse fût pour le moins compliqué, mais tu as toujours été présent pour m'encourager et me pousser à surmonter mes difficultés. Je n'y serais jamais arrivé sans toi. Je t'aime.

Mes parents, pour leurs encouragements pendant toutes ces années d'études. Je n'ai pas toujours été une enfant facile à saisir, mais vous avez toujours fait de votre mieux. Merci d'avoir cru en moi et d'avoir toujours été là.

A mes frères Benjamin et Cédric. Merci pour notre enfance émaillée de joies, de rires et de chamailleries. Vous êtes devenue des adultes remarquables. Je vous souhaite le meilleur pour l'avenir.

Clélia plus de 10 ans que tu fais partie de la famille ! Merci pour ton soutien, ton humour et ta sincérité. Ton évolution professionnelle est un exemple de réussite. Bravo pour ton courage et ta persévérance.

Marcelline, tu es dernière arrivé dans la famille, j'espère que nous aurons l'occasion de plus nous connaître.

A toute ma familles, oncles, tantes, cousins, cousines, mon parrain, ma marraine, mes filleuls Hugo et Lysandre et tous ceux qui m'ont accompagné depuis mon enfance. Merci d'avoir contribué d'une façon ou d'une autre à faire de moi la personne que je suis devenu. J'espère ne pas vous décevoir.

A mes beaux-parents et toute ma belle-famille, je vous remercie de m'avoir acceptée dans votre famille et toujours soutenue.

A mes grands-parents qui nous ont quitté et qui sans doute auraient aimé être parmi nous aujourd'hui.

A Mamie Monique qui continue à faire des siennes mais toujours vaillante, malgré son âge et la vie qui ne l'a pas épargnée.

A mes amis, tous ceux que j'ai rencontré sur les bancs de la fac et qui m'ont entouré ces 12 dernières années, Charlotte, Elodie, Jérémy, Théo, Maëlle. On ne se côtoie plus aussi souvent qu'à la fac mais je pense toujours à vous.

Aux amis d'Alexandre qui au fil des années sont aussi devenu les miens, Thibault, Anne-Laure, Léopoldine, Maxime, Yassine, Natha, Nicolas et bien d'autres. C'est une joie de voir vos familles s'agrandir et s'épanouir.

A l'ensemble des médecins, internes et équipes paramédicales avec qui j'ai travaillé en particulier les Docteurs Baugnon, Colin et Steyer. Vous avez fait preuve de beaucoup de bienveillance à mon égard dans les moments les plus compliqués de mon cursus et de ma vie. Je vous en suis énormément reconnaissante et aurai toujours une pensée affectueuse pour vous. Cette thèse n'aurait pas vu le jour sans vous.

Au médecin généraliste que j'ai remplacé et continu de remplacer pour beaucoup, Dr Kiffer, Dr Renauld, Dr Apte-tohmé, Dr Goeury, Dr De Verbizier, Dr Steyer, Dr Evrard, Dr Thebault et Dr Retournay. Merci de me faire confiance pour prendre soin de vos patients en votre absence.

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 ».

LISTE DES ABREVIATIONS

AC : Auto-Compassion

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

BED: Binge Eating Disorder

CFT: Compassion Focused Therapy

CBCT: Cognitively-Based Compassion Training

CCT: Compassion Cultivation Training

CM: Compassion Meditation

CMT: Compassionate Mind Training

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

ESPT : État de Stress Post-Traumatique

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

MBCL : Mindfulness-Based Compassionate Living

MBCT : Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience)

MBSR : Mindfulness-Based Stress Reduction (Programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience)

MSC: Mindful Self-Compassion

LKM: Loving Kindness Meditation (Méditation bienveillante)

SCS : Self-Compassion Scale

TCA : Troubles du Comportement Alimentaire

TCC : Thérapies Cognitives et comportementales

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TSST : Test de Stress Social de Trèves

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	15
L’AUTO-COMPASSION (AC) OU COMPASSION POUR SOI :	20
Définition du concept :	20
Évaluation du niveau de compassion pour soi :	22
L’auto-compassion se distingue :	23
- De l’indulgence envers soi et de la pitié ou de l’apitoiement pour soi.....	23
- De l’estime de soi.	24
Un point sur la recherche concernant l’AC :	25
Interventions centrées sur l’auto-compassion :	27
- Le programme Mindful Self-Compassion (MSC) :	27
- La Compassion Focused Therapy :	29
Quel lien entre auto-compassion et pleine conscience (mindfulness) ?.....	31
LA MÉDECINE GÉNÉRALE :	33
Missions du médecin généraliste :	33
Limites de la médecine de soins primaires :	34
- L’évolution de la société :	34
- La médicalisation de la société :	35
- La formation médicale et la relation médecin-patient	36
ARTICLE.....	38
Introduction :	38
Matériel et Méthode	40
- Démarche méthodologique et bases de données :	40
- Sélection des références :	41
▪ Critères d’inclusion :	41
▪ Critères d’exclusion :	41

▪ Critère de jugement principal :.....	41
- Analyse des données :.....	42
Résultats :.....	43
- Études sélectionnées :.....	43
▪ Diagramme de flux :.....	43
▪ Recherche Web of science :.....	44
▪ Recherche Ulysse :.....	44
▪ Recherche manuelle complémentaire :.....	44
- Caractéristiques des études :.....	45
- Interventions d’auto-compassion en population clinique :.....	46
▪ Patients atteints de pathologies somatiques :.....	46
○ Cancer ou antécédent de cancer :.....	46
○ Autres pathologies somatiques :.....	47
▪ Chez les patients atteints de pathologies psychiatriques :.....	48
○ Troubles du comportement alimentaire (TCA) :.....	49
○ Troubles anxieux, dépressifs et stress :.....	50
○ Troubles addictifs :.....	51
○ Traumatismes et État de Stress Post-Traumatique (ESPT) :.....	52
○ Troubles psychotiques et de la personnalité :.....	52
- Interventions d’auto-compassion en population non clinique :.....	53
▪ Population adulte :.....	53
▪ Insatisfaction corporelle :.....	54
▪ Adultes vulnérables, très autocritiques :.....	55
▪ Professionnels de santé :.....	55
▪ Adolescents :.....	56
▪ Mères :.....	57
▪ Autres :.....	57
- Revues de littérature incluant des populations cliniques et non cliniques :.....	58
Discussion :.....	59
- Forces et limites :.....	59
- L’auto-compassion : des résultats encourageants.....	61

▪ Efficacité des méthodes utilisées	61
▪ Intégration à l'offre de soins des bénéfices de ces nouvelles propositions thérapeutiques.	62
▪ Une prescription à maîtriser pour l'avenir ?	64
Conclusion :.....	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :.....	68
ANNEXES.....	80
Annexe 1 : Échelle d'auto-compassion	80
Annexe 2 : liste des tableaux résumant les études incluses dans notre revue.	83

« L'auto-compassion implique d'être touché par la souffrance et d'être ouvert à sa propre souffrance, de ne pas l'éviter ni de s'en déconnecter, ce qui génère le désir de soulager ses souffrances et de se soigner avec gentillesse. L'auto-compassion implique également d'offrir une compréhension sans jugement à la douleur, aux insuffisances et aux échecs d'une personne, de sorte que l'expérience soit considérée comme faisant partie de l'expérience humaine plus vaste. »

Kristin Neff

L'AUTO-COMPASSION (AC) OU COMPASSION POUR SOI :

« Nous avons besoin de la douceur et de la force de la compassion. Plus on est lucide sur ce monde, plus on accepte de le voir tel qu'il est et plus on se rend à cette évidence : nous ne pouvons rencontrer toutes les souffrances que l'on rencontre dans une vie d'humain, sans cette force et sans cette douceur. » Christophe André

*« Pour dépasser une souffrance ou un inconfort, il faut d'abord avoir admis qu'ils existent en nous. On ne peut quitter un endroit où l'on n'a jamais accepté d'arriver, et on ne peut se libérer d'une souffrance qu'on n'a jamais accepté de reconnaître. »
Christophe André*

Définition du concept :

Bien que le concept de compassion pour soi existe dans la pensée orientale depuis des siècles, il s'agit d'un concept relativement récent pour la psychologie occidentale. Afin de mieux comprendre ce que signifie l'auto-compassion, il est utile de rappeler que la compassion signifie : « être touché par la souffrance des autres, ouvrir sa conscience à la douleur des autres et ne pas l'éviter ou s'en déconnecter, afin que des sentiments de gentillesse envers les autres et le désir d'alléger leur souffrance se manifestent » (1).

L'auto-compassion est simplement une compassion dirigée vers l'intérieur. Tout comme nous pouvons ressentir de la compassion pour la souffrance des autres, nous pouvons diriger cette compassion envers nous-mêmes lorsque nous avons mal. Traiter un ami, ou même un inconnu avec gentillesse et tolérance lorsqu'il est confronté à une difficulté est assez naturel. Étonnamment, il nous est plus difficile d'avoir une attitude similaire à notre égard (1). Nous sommes souvent plus durs, exigeants et moins tolérants envers nous-même. Cette tendance à l'autocritique est particulièrement répandue chez les personnes souffrant de troubles anxieux et de dépression (2). Même lorsque nos problèmes découlent de forces indépendantes de notre volonté, telles qu'un accident ou un événement traumatique, nous nous concentrons souvent plus sur la résolution du problème que sur le fait de nous apaiser et de nous réconforter (3). Lorsque nous souffrons nous essayons d'ignorer nos sentiments ou de les stopper par tous les moyens. L'Homme a tendance à rechercher le plaisir et à éviter la douleur, ce qui inclut le plaisir et la douleur émotionnels. Or, bien que nous puissions ressentir un sentiment de sécurité lorsque nous nous protégeons contre des tempêtes intérieures ce type de sécurité est éphémère. Il est important de savoir qu'un autre type de sécurité est possible, sinon nous finissons par essayer de contrôler ce que nous ressentons parce que c'est la meilleure approximation de la sécurité que nous connaissons.

Afin de prolonger le genre d'amour que nous offrons aux autres, nous devons être capables de nous tourner vers notre douleur. L'auto-compassion ne peut pas se produire sans ce mouvement.

Kristin Neff, docteur en psychologie à l'Université d'Austin au Texas, a mené des recherches sur la compassion personnelle en s'appuyant sur la philosophie bouddhiste et en l'examinant de manière empirique (1). Elle décompose l'auto-compassion en trois attitudes fondamentales : bienveillance (self-kindness), humanité partagée (common humanity) et pleine conscience (mindfulness).

La bienveillance consiste à se traiter avec gentillesse et compréhension en limitant les comportements cruels d'autocritique et d'auto-jugement. Face à la souffrance ou l'échec, au lieu de nous faire des reproches, de nous dénigrer, nous nous offrons du réconfort, de la douceur et de la gentillesse afin qu'une vraie guérison puisse se produire. La bienveillance s'accompagne d'un désir de bien-être, d'un élan qui pousse à prendre soin de soi et à soulager la souffrance personnelle (1).

L'humanité commune implique de reconnaître que tous les êtres humains sont imparfaits, vulnérables, échouent et font des erreurs. Lorsque les choses tournent mal dans notre vie même sans que ce soit notre faute, nous ressentons souvent un sentiment d'injustice et supposons que les autres ont plus de facilités, qu'ils mènent une vie heureuse sans problèmes ni aléas. De même, face à nos échecs et nos faiblesses nous réagissons souvent de manière irrationnelle, comme si nous étions les seuls à souffrir ou à faire des erreurs. L'auto-compassion permet une prise de distance et nous aide à percevoir notre situation dans une plus large perspective. Elle nous aide à connecter nos expériences imparfaites à notre condition d'être humain. Cela nous permet de nous sentir moins isolés et nous rappelle également que les choses pourraient être pires.

La pleine conscience signifie, faire l'expérience du moment présent de manière « claire et équilibrée » (4). En effet, il est nécessaire de reconnaître et d'accepter que nous souffrons pour nous donner de la compassion. La pleine conscience est un état d'esprit réceptif, qui nous permet de témoigner de nos expériences, même désagréables avec objectivité. Les pensées et les sentiments sont accueillis avec un certain détachement sans jugement ni tentative d'interprétation. Ils ne sont ni ignorés, ni réprimés ou évités, mais ne sont pas non plus amplifiés ou « sur-identifiés ». Ruminer nos émotions négatives tend à les exagérer, elles finissent par nous piéger et nous submerger, accroissant notre souffrance.

L'acceptation pleinement consciente fournit l'espace mental nécessaire et suffisant pour prendre connaissance de son expérience et l'accepter sans jugement, tout en demeurant connecté à ses émotions (5). Elle favorise la régulation émotionnelle (6) puisqu'elle permet un équilibre entre la fusion et la distance face aux émotions.

Ces trois composantes interagissent entre elles pour s'améliorer et se générer mutuellement afin de créer un état d'esprit d'auto-compassant (2). L'AC se présente donc comme un moyen sain de préserver son bien-être surtout en période de souffrance, qu'elle soit causée par un échec, une insuffisance perçue ou des épreuves de vie. Pour tenter d'évaluer avec précision les niveaux d'AC, il a été nécessaire de développer une échelle de mesure. Ainsi il est possible d'examiner empiriquement les résultats psychologiques associés aux différents niveaux d'AC.

Évaluation du niveau de compassion pour soi :

L'échelle d'auto-compassion ; « The Self-Compassion Scale (SCS) » évalue le niveau d'AC (6) (ANNEXE 1). Elle a été développée par Neff pour représenter explicitement les pensées, les émotions et les comportements associés aux différentes composantes de la compassion de soi. Mise au point en anglais, elle a été traduite dans 16 langues. Une version française a été testée et validée en 2016 par des chercheurs de l'université de Bruxelles (7). Elle présente une mesure d'AC valable pour les chercheurs et les cliniciens francophones.

Le SCS est un questionnaire d'auto-évaluation de 26 questions avec un format de réponse de type Likert en 5 points (de 1= presque jamais à 5= presque toujours). Les 26 items sont répartis en 6 sous-échelles correspondant aux 3 composantes de l'auto-compassion (bienveillance, l'humanité commune et pleine conscience) et à leurs opposées (jugement de soi, isolement et sur-identification). Les éléments représentant des comportements sans compassion envers soi-même sont codés à l'envers, de sorte que les scores les plus élevés représentent une fréquence plus basse de ces réponses. Les moyennes sont ensuite calculées pour chaque sous-échelle. Le score total d'auto-compassion correspond à la moyenne des six sous-échelles. Ainsi, le SCS peut être utilisé comme une mesure globale de l'AC ou comme une mesure spécifique des sous-échelles, qui peuvent être examinés séparément en fonction de l'objectif visé (8). Il n'existe pas pour le moment de normes bien établies pour ce que l'on considère comme des niveaux faibles, modérés ou élevés d'auto-

compassion. Cependant, Muris et Petrocchi (9) ont constaté tout comme Neff (10), des tendances générales d'amélioration des sous-échelles négatives permettant de prédire une réduction de la psychopathologie et des sous-échelles positives permettant de prédire le bien-être.

En pratique clinique, le SCS peut être utilisé pour identifier les raisons pour lesquelles les patients manquent d'AC, ainsi que pour les aider à comprendre comment mieux se comporter avec eux-mêmes. La SCS est utilisable à partir de 14 ans.

Avec un format d'auto-évaluation, la limite de cette échelle réside dans sa capacité à évaluer avec précision les niveaux individuels d'AC chez les personnes qui répriment ou ne sont pas suffisamment conscient de leurs émotions.

Bien que le SCS soit largement utilisé et accepté comme étant un outil fiable et valable pour mesurer l'AC, des recherches se sont interrogées sur sa validité psychométrique et sa généralisation, puisque les études de validation ont été effectuées principalement chez des étudiants. Néanmoins, à l'heure actuelle l'échelle d'AC de Kristin Neff reste le seul instrument d'auto-évaluation permettant de mesurer l'AC

Il existe une version abrégée de l'échelle d'auto-compassion « Self-Compassion Scale Short Form SCS-SF » qui comprend 12 éléments et est disponible en anglais et en néerlandais (11). Une étude menée à l'Université de Louvain, en Belgique, a conclu que, lors de l'examen des scores totaux, que cette version plus courte fournit une corrélation presque parfaite avec la version originale.

L'auto-compassion se distingue :

- De l'indulgence envers soi et de la pitié ou de l'apitoiement pour soi.

L'indulgence consiste à excuser ses échecs, ainsi qu'à rechercher principalement le plaisir. La pitié pour soi tend à exagérer l'importance de la souffrance personnelle et à se sentir submergé par celle-ci. L'individu se centre sur lui-même et oublie que les autres ont des problèmes similaires (4). L'AC est à l'opposé de la déresponsabilisation, des attitudes de victimisation, de passivité, de blâme, de critique et de jugements sévères envers soi-même (12)(1)(5). Elle implique une recherche de bien-être qui peut toutefois comporter une

certaine dose d'inconfort et de désagrément (effort physique ou mental) nécessaires à l'atteinte d'un plus grand bien-être (5). Par ailleurs, ceux qui abordent leurs propres expériences avec compassion ont plus de chance d'avoir de la compassion pour les autres. En fait, la compassion envers soi est un antidote à la pitié de soi. Alors que la pitié de soi isole dans la souffrance, la compassion de soi reconnaît que la vie est dure pour tout le monde.

Nous pourrions penser que cultiver la compassion pour soi risque de nous rendre moins performant, ou s'apparente à de l'apitoiement sur soi ou encore à de l'égoïsme. Or, il ne s'agit pas de se désoler ni de se trouver des excuses, il s'agit simplement d'accepter que l'on souffre et de souhaiter soulager cette souffrance. Avoir de la compassion pour nous-mêmes ne diminue en rien notre élan et notre capacité à inviter le changement et le développement. Au contraire, cela nous permet de regarder la situation dans laquelle nous sommes avec honnêteté, courage, clarté et sollicitude.

- De l'estime de soi.

L'estime de soi désigne le jugement ou l'évaluation faite d'un individu en rapport à sa propre valeur. Elle comporte une comparaison dans la mesure où le soi est évalué en relation aux performances des autres ou sur sa congruence avec des normes idéales. L'AC ne repose pas sur une évaluation des performances, elle n'implique ni jugement de soi, ni comparaison sociale de sa valeur ou des autres. Les individus qui présentent un niveau d'AC élevé ont une attitude positive envers eux-mêmes qui n'est pas dépendante de l'évaluation de leurs performances. En effet, dans la compassion pour soi, tout être humain est digne de compassion (13). L'AC offre donc plus de stabilité émotionnelle que l'estime de soi, car elle est toujours là pour vous (1). Les individus compatissants envers eux-mêmes, peu importe leur estime personnelle, évaluent plus favorablement autrui et vivent moins d'affects négatifs face aux critiques (12). Ils se perçoivent comme similaires aux autres, (ni mieux, ni moins bien), ont une appréciation plus stable, réaliste et cohérente de leurs qualités personnelles (16), reconnaissent leurs faiblesses, leurs défauts et leurs propres responsabilités (13) (1). Au contraire, ceux qui ont une très haute estime d'eux tendent à faire des évaluations d'eux-mêmes non réalistes (13)(1). Lorsque leur ego est menacé ils peuvent avoir des réactions de défense, un manque de considération pour les autres voire

des comportements problématiques comme l'usage de la violence (14). L'AC permet aux individus de conserver une vision de soi positive même lorsqu'ils ne répondent pas aux attentes, ne se sentent pas particulièrement spéciaux ou ne se considèrent pas conformes aux normes en vigueur (13). Neff et Vonk (15) ont montré que l'AC offrait les mêmes effets positifs que l'estime de soi globale (optimisme, bonheur et émotions positives) sans tous les pièges (distorsions sociales et personnelles, narcissisme, égocentrisme, diminution de l'intérêt pour les autres, préjugés de groupe et même violence). La compassion envers soi-même est un moyen plus sain de se sentir bien dans sa peau que l'estime de soi qui est instable et vulnérable aux difficultés réelles ou imaginaires.

Un point sur la recherche concernant l'AC :

L'intérêt premier de développer son AC est de ressentir un plus grand bien-être et de soulager sa souffrance. La littérature scientifique de plus en plus abondante à ce sujet, a confirmé que l'AC est associée à une amélioration du bien-être psychologique et émotionnel (16) (17), un lien social accru et une plus grande satisfaction de la vie (5). La compassion pour soi est également liée à des forces psychologiques positives telles que le bonheur, l'intelligence émotionnelle, l'optimisme, la sagesse, la curiosité et l'initiative personnelle (5) (13) (14), la reconnaissance de sa responsabilité et la prise en charge personnelle (15). De même, on observe des corrélations significatives et fortes entre l'AC et la diminution de certains symptômes anxieux et dépressifs tels que les ruminations, la honte et le perfectionnisme (15) (16) (17). Des méta-analyses synthétisant 98 études (12) (18) (19) ont montré une forte corrélation entre des niveaux plus élevés d'auto-compassion et des niveaux plus bas de dépression, d'anxiété et de stress chez les adultes (13) et les adolescents (18), ainsi qu'un meilleur bien-être psychologique global (20). Motivés par le lien entre AC et santé mentale, une gamme de thérapies visant son développement a été mise au point (21), et une méta-analyse a fourni des preuves préliminaires que de telles thérapies produisent des changements positifs modérés dans l'AC tout en réduisant l'anxiété, la dépression et la détresse psychologique, dans divers groupes atteints ou non de problèmes de santé mentale (22). L'AC induit plus de comportements sains (23) ; plus d'exercices physiques, moins de consommation d'alcool, des visites moins fréquentes chez le médecin et aide les fumeurs à arrêter le tabac. Elle est également liée à une image corporelle et à des

comportements alimentaires sains ; moins de préoccupations et de honte corporelles (24), moins de tendance aux excès alimentaires suite à un régime (15), moins de soucis face au poids et moins de désordres alimentaires (18) et plus d'intuition en ce qui concerne l'alimentation (19). L'auto-compassion pour les soignants et les aidants familiaux, diminue l'épuisement et de fatigue de compassion (20), augmente la satisfaction dans le rôle de soignant (21) et le bien-être des parents d'enfants autistes (22). Au sein de la famille l'AC, permet un attachement sécurisant (23) et moins de critique parentale et de conflits à la maison. L'AC est également liée à de meilleures relations amoureuses (24), plus de comportements de soutien et de réconfort envers les autres (rapportés par les partenaires), plus d'indulgence et de capacité à pardonner et plus de compassion, d'empathie et d'altruisme pour les autres (25).

L'AC est associée à une plus grande capacité d'adaptation et de résilience dans des situations d'échecs (26). Elle aurait un effet modérateur sur l'intensité des émotions de tristesse et de colère dans des situations pouvant causer de l'anxiété, de la détresse, du rejet, ou de l'embarras, peu importe que les événements soient réels, imaginés ou rappelés (15) (16) (exemples ; le stress engendré par la pression des études universitaires (27), un divorce (28), une douleur chronique (29)). La motivation intrinsèque grandit (13), l'apprentissage et la maîtrise sont plus souvent recherchés que la performance par les étudiants auto-compatissants (16). La peur de l'échec diminue. Conditions pour essayer à nouveau et persister dans l'effort après l'échec sont optimisées (30). Enfin, l'AC offre une sécurité affective qui est essentielle à une perception de soi juste et adéquate (1). Elle est fortement associée à des niveaux moins élevés de critique de soi (5) et de perfectionnisme (6) (16). Les études ont montré qu'en général, les femmes ont tendance à faire preuve d'une plus faible compassion envers elles-mêmes (1) (17) et d'un niveau de rumination supérieure (28) aux hommes. Les patients dépressifs également font œuvre de peu d'AC (1). La compassion pour soi aide les gens à faire face aux difficultés de la vie sans nier, ni éviter les expériences désagréables ou pénibles. Elle permet une attitude saine, positive et attentionnée envers soi-même face aux échecs et aux épreuves de la vie. Cette ressource peut potentiellement aider les gens à vivre plus heureux et en meilleure santé en réagissant mieux à leurs souffrances personnelles. Elle peut donc présenter un avantage substantiel pour les populations tant cliniques que non cliniques.

Interventions centrées sur l'auto-compassion :

Jazaieri et al. (31) ont démontré qu'un programme de formation à la culture de la compassion (CCT) réussissait à renforcer l'AC et montrait donc qu'elle pouvait être enseignée et apprise par la formation. Cette étude montrait également que la peur d'AC pouvait être réduite. Il existe plusieurs interventions qui mettent l'accent sur le développement de l'AC : Compassion Focused Therapy (CFT; Gilbert, 2014 (32)), Mindful Self-Compassion (MSC; Neff & Germer, 2013 (33)), Compassion Cultivation Training (CCT; Jazaieri et al. (31)); Cognitively-Based Compassion Training (CBCT; 2009 (34)), Mindfulness Compassionate Living (MBCL; 2016 (35)) et Loving Kindness Meditation (LKM) et Compassion Meditation (CM; 2011 (36)).

Nous avons choisi de présenter en détail deux de ces interventions; CFT et MSC. Ces deux programmes sont les plus fréquemment utilisés en recherche clinique. Neff, pionnière dans l'approche de l'AC, a mis au point MSC (32) à destination des populations non cliniques et Gilbert est le concepteur de la CFT (31) axée sur la prise en charge des problèmes de santé mentale.

- Le programme Mindful Self-Compassion (MSC) :

Fondée sur les recherches novatrices de Kristin Neff et intégrée à la perspective clinique de Christopher Germer, « Mindful Self-Compassion » enseigne les principes et les pratiques de base permettant aux participants de faire face aux émotions difficiles avec soin et compréhension. Il s'agit d'un programme empirique conçu pour développer les compétences d'AC (25). Il combine les compétences de pleine conscience et d'auto-compassion, fournissant ainsi un puissant outil de résilience émotionnelle.

Le programme MSC est une formation de 8 semaines organisée en groupe de 12 à 20 personnes et animée par deux instructeurs formés par le Center For Mindful Self-Compassion. L'apprentissage est avant tout expérientiel, chaque participant est invité à faire son expérience de ce qui fonctionne pour lui. Le programme MSC n'est pas une thérapie individuelle ou de groupe bien qu'il ait des effets thérapeutiques avérés. C'est un programme éducatif permettant de mobiliser et de cultiver la faculté de compassion inhérente à chacun. Le cours est progressif et composé de 8 séances hebdomadaires de

2h45 (3h pour la première et la dernière), ainsi que d'une demi-journée de pratique intensive.

Chaque séance hebdomadaire du programme MSC se concentre sur un sujet spécifique :

- Première session : introduction générale et examen son niveau d'AC
- Deuxième session : connaissances fondamentales sur la pleine conscience
- Troisième session : application de l'AC dans divers aspects de la vie
- Quatrième session : aide les participants à développer une voix intérieure empreinte d'AC
- Retraite d'une demi-journée : diverses méditations, yoga réparateur et une alimentation réfléchie, tout cela en silence.
- Cinquième session : insiste sur l'importance de vivre conformément à ses valeurs
- Sixième session : enseigne des techniques pour gérer les émotions difficiles
- Septième session : consacrée aux relations interpersonnelles difficiles
- Huitième session : discussions sur la manière d'apprécier les relations

Des pratiques de méditation formelles sont également enseignées, notamment la méditation bienveillante (LKM). Cette méditation se fonde sur une ancienne pratique bouddhiste conçue pour accroître la bonté et l'amour envers soi et les autres (34). LKM en est une variante qui met l'accent sur l'AC face à des sentiments d'échecs ou de stress. Tout au long du programme, des exercices interpersonnels sont utilisés pour générer une expérience d'AC avec les autres participants, facilitant ainsi le sentiment d'humanité commune. On enseigne aussi des exercices de pratiques informelles telles que placer ses mains sur son cœur en période de stress ou répéter des phrases mémorisées sur l'AC pour les utiliser dans la vie quotidienne. Des exercices à domicile sont assignés à la fin de chaque session, comme écrire une lettre à soi-même du point de vue d'un ami idéalement compatissant. Les participants sont invités à pratiquer 40 minutes de d'exercices de compassion personnelle chaque jour. Pour soutenir cette pratique personnelle, des supports audios, lectures et exercices sont fournis.

L'efficacité du programme MSC a été étudié dans un essai contrôlé randomisé comparant les participants du programme MSC à un groupe contrôle sur liste d'attente (33). Les résultats montrent une augmentation significativement plus importante d'AC, de la compassion pour les autres, de la pleine conscience et de la satisfaction à l'égard de la vie, et une diminution nettement plus importante de la dépression, de l'anxiété, du stress et de l'évitement émotionnel chez les participants à MSC. Ces résultats ont été maintenus jusqu'à un an après l'intervention.

Au total, le programme MSC représente un volume de 26 heures d'apprentissages et de pratiques en groupe et suppose, pour en bénéficier pleinement, une réelle implication du participant. Aucune expérience n'est requise pour participer au programme. Le programme MSC se concentre principalement sur le renforcement de la capacité de tolérer et de transformer les émotions difficiles plutôt que de résoudre des problèmes spécifiques. C'est l'habitude de pratiquer qui permet de développer ses compétences d'AC.

- La Compassion Focused Therapy :

La thérapie fondée sur la compassion ou « Compassion Focused Therapy » est l'intervention qui vise le plus explicitement à modifier la compassion envers soi-même. Elle a été développée par Paul Gilbert, Professeur de Psychologie Clinique à l'Université de Derby (Royaume-Uni) au début des années 2000. Il s'agit d'une forme de psychothérapie fondée sur les preuves qui intègre des techniques de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) à des concepts de psychologie de l'évolution, de psychologie sociale, de psychologie du développement, de psychologie bouddhiste et des neurosciences. La principale préoccupation du Pr Gilbert est : « d'utiliser la formation de l'esprit de compassion pour aider les gens à développer et à vivre des expériences de chaleur intérieure, de sécurité et d'apaisement, via la compassion et l'auto-compassion ». La CFT repose sur une hypothèse théorique selon laquelle nous avons sommes régulées par trois systèmes principaux d'émotions qui interagissent entre eux (32):

- Un système centré sur la menace qui permet de prendre des décisions rapides pour échapper au danger et qui était destiné à l'origine à favoriser la survie de l'espèce (médié par l'adrénaline et les corticostéroïdes).

- Un système centré sur les besoins et les pulsions, dévolu au développement de l'espèce (nourriture, reproduction, expansion géographique, plaisir, excitation) médié par la dopamine.
- Un système centré sur l'apaisement et l'affiliation, support du développement affectif de l'espèce, médié par l'ocytocine et les endorphines.

L'évolution, la génétique, et nos premières expériences d'attachement jouent un grand rôle dans la détermination de l'interaction de ces systèmes. Si nos relations n'ont pas favorisé l'accès au système d'apaisement et d'affiliation, il peut être difficile de régler le système de menace. La CFT consiste à développer de manière spécifique le fonctionnement du système centré sur l'apaisement et l'affiliation, ce qui permet au sujet d'éprouver une sensation de bien-être, sans avoir besoin de fuir dans l'hyperactivité ou de se sentir trop menacé par son monde interne ou externe. L'amélioration de ce système apaisant nous aide donc à gérer les pensées et les émotions négatives en favorisant les liens sociaux et les comportements positifs d'autoréparation (36). Ce modèle thérapeutique a été conçu en premier lieu pour les personnes ayant des antécédents de santé mentale complexes, souvent abusifs et chroniques, qui font preuve d'une autocritique et d'une honte élevées et qui ne répondent pas bien aux traitements conventionnels (37).

En pratique, la CFT est une psychothérapie intégrée prenant en considération l'être humain de manière globale, dans toutes ses dimensions : psychique (en particulier cognitive et émotionnelle), physique, sociale et de pleine conscience. Cette approche évite au maximum de stigmatiser celui qui y a recours. Il s'agit de développer les capacités du sujet à découvrir au moyen d'images mentales et d'exercices expérientiels des stratégies d'apaisement et un renforcement du sentiment de sécurité et de compréhension envers soi-même. La CFT s'est avérée efficace pour un groupe diversifié de troubles cliniques, tels que la dépression, les troubles de l'alimentation et le trouble bipolaire (38) (39) (40). Un programme de groupe ; Compassionate Mind Training (CMT) est basé sur les principes de la CFT (37).

Quel lien entre auto-compassion et pleine conscience (mindfulness) ?

Dans la littérature, les définitions du concept de pleine conscience varient beaucoup d'un auteur à l'autre et il n'y a pas à ce jour de réel consensus. Nous avons utilisé précédemment la définition de la pleine conscience selon Brown et Ryan (4), qui implique de prendre conscience de l'expérience du moment présent de manière claire et équilibrée. Neff, définit la pleine conscience en tant « qu'ouverture et reconnaissance du positif et du négatif à tout moment de la vie ». Simplement, nous la considérons comme une compétence métacognitive innée, présente chez tous les individus à des degrés d'expertise divers. En pleine conscience on porte attention aux différents stimuli constitutifs de l'expérience présente, tels qu'ils sont à ce moment précis, sans jugement.

La pleine conscience est donc la première étape de la guérison émotionnelle. Elle nous permet d'accueillir nos pensées et sentiments difficiles (inadéquation, tristesse, colère, confusion) et de les reconnaître avec un esprit d'ouverture et de curiosité. L'AC implique de répondre à ces pensées et sentiments difficiles avec gentillesse, sympathie et compréhension afin que nous puissions nous apaiser et nous reconforter lorsque nous avons mal. La pleine conscience tout comme l'AC implique une attention ouverte et sans filtre aux perceptions, sensations, émotions et pensées ainsi qu'une attitude d'acceptation et de non-jugement de l'expérience présente quelle qu'en soit sa valence émotionnelle (agréable ou désagréable). Il s'agit d'une conscience non élaborative dans laquelle on ne cherche pas à analyser ou à mettre en mots, mais plutôt à observer et à éprouver.

La pleine conscience a été assimilée, voire confondue, avec les pratiques de méditation. En fait, la pratique de la méditation telle que définie par le moine bouddhiste Matthieu Ricard correspond à une pratique d'entraînement de l'esprit. Elle est donc seulement un moyen de développer cette capacité d'orienter son attention. Le méditant s'exerce à accepter les phénomènes qui entrent dans le champ de sa conscience (douleur, perceptions, cognitions, émotions, sensations physiques) sans essayer de les modifier, ni d'y échapper. Ils sont soigneusement observés, mais ne sont pas évalués en tant qu'évènements bons ou mauvais ni justes ou faux. Souvent considérée comme une tentative d'accès à un ailleurs, la méditation permet plutôt d'être là où on est, comme on est ; d'être à la fois présent à soi et présent au monde.

Néanmoins, il convient de préciser plusieurs distinctions entre AC et pleine conscience. Le type de conscience qui fait partie de la compassion envers soi-même est plus étroit que la conscience en général, il fait référence à une conscience équilibrée de pensées et de sentiments négatifs. La pleine conscience en général se réfère à la capacité de prêter attention à une expérience indifféremment de son caractère positif, négatif ou neutre. De plus, nous avons vu précédemment que l'AC incluait la pleine conscience, mais également la bienveillance et l'humanité commune. L'AC a donc une portée plus large que la pleine conscience. Enfin, leurs cibles respectives sont différentes. La pleine conscience accepte sans jugement les pensées, les émotions et les sensations nées de la conscience du moment présent. L'AC implique le désir d'être heureux et exempts de souffrance.

La pleine conscience permet donc de vivre pleinement l'instant présent, en se concentrant principalement sur l'acceptation de l'expérience elle-même. L'AC se concentre davantage sur le soin de l'expérimentateur. En outre, elles nous permettent toutes deux de vivre avec moins de résistance envers nous-mêmes et nos vies. Si nous pouvons pleinement accepter que les choses soient douloureuses et être gentils avec nous-mêmes nous pouvons supporter la douleur avec une plus grande facilité.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE :

*L'humanité a une propension innée à la maladie ou son ressentiment, elle souffre ou a peur de souffrir » et elle vient confier ses angoisses au médecin.
(L. Périno)*

*« C'est parce que notre culture est si fortement axée sur la réalisation et la responsabilité individuelles que tant de gens ont le sentiment de ne pas être à la hauteur ».
(Peelé, 1982)*

Missions du médecin généraliste :

« La médecine générale - est une discipline scientifique et universitaire, avec son contenu spécifique de formation, de recherche, de pratique clinique et ses propres fondements scientifiques. C'est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires »(38) (conférence WONCA Europe, dans son traité de 2002). Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, accessible et prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée (39). Les missions du médecin généraliste, ont été renforcées par la loi de 2009 (40). Il est amené à effectuer une prise en charge globale centrée sur le patient dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires (41). Il construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée, en tenant compte de ses conditions de vie quotidienne qui influencent nécessairement son état de santé (précarité, conditions de travail, rupture familiale et sociale, lieu géographique, culture, psychisme, spiritualité et croyances religieuses). Il doit savoir aussi bien gérer les pathologies aiguës, que les maladies chroniques, les souffrances psychologiques et trouver des réponses aux demandes des patients. Il est responsable des actes de prévention ainsi que de l'éducation thérapeutique des patients. Il lui incombe de fonder sa pratique sur les données scientifiques actuelles les plus probantes. Il prend le temps de délivrer une information claire et appropriée, tout en respectant l'autonomie des patients, et en essayant au maximum d'utiliser une approche globale (42).

Limites de la médecine de soins primaires :

Médecin de premier recours et pivot du système de soin, son champ d'action s'est valorisé et élargi, ce qui implique également un alourdissement de la charge de travail. Or, il existe une inadéquation croissante entre la demande et l'offre de soins, du fait notamment du fléchissement de la densité médicale, de la croissance et du vieillissement de la population. Suite au déclin de la religion, le médecin généraliste reste celui vers qui on se tourne quand tout va mal. Son cabinet offre un cadre de soins personnalisé accessible, stable, disponible assurant une permanence et une continuité des soins. Il est en quelques sorte devenu le successeur du prêtre. Certains, en recherche de bonheur, d'épanouissement et de spiritualité s'engagent de plus en plus nombreux dans une quête spirituelle, un cheminement interne pour apprendre à se connaître. Il y a donc une demande d'outils de connaissance de soi, de son corps, de son affectivité. Il existe une convergence entre quête de spiritualité et demande de santé. On exige plus seulement une obligation de moyens, mais une obligation de résultats de la part des praticiens. La vision « holistique » de la santé se répand. Elle implique non seulement le « silence des organes » mais aussi la vie affective et relationnelle. La population a donc des attentes accrues à l'égard des possibilités de la médecine tout en souhaitant plus d'humanité. Mais malgré les progrès techniques, la médecine traditionnelle n'est pas en mesure d'appréhender ce type de problème ni de répondre à toutes les attentes.

- L'évolution de la société :

Une vision individualiste de la société s'est peu à peu imposée. Chacun est devenu maître de son destin et se retrouve en compétition permanente avec ses semblables pour son intérêt personnel. Le « moi » est devenu un « capital qu'il faut faire fructifier, un potentiel qui doit être développé pour obtenir une reconnaissance sociale » selon Richard Sennett (1979). Celui qui échoue devient coupable de ne pas avoir su gérer sa vie et s'adapter au monde. Il se pense responsable de ses échecs comme si ceux-ci dépendaient exclusivement de ses qualités propres, de sa volonté et de ses comportements. Face aux difficultés de l'existence, l'individu contemporain se sent seul, isolé et coupable. Les répercussions causées par cet état d'esprit donnent à réfléchir. En 2010, INPES, devenu Santé Publique France s'est

intéressé à l'usage de l'ensemble des médicaments psychotropes, à travers l'enquête du Baromètre, 35,1 % de la population de 18 à 64 ans déclarent avoir expérimenté les médicaments psychotropes au cours de leur vie, et 17,5 % en ont consommé au cours de l'année écoulée. Les anxiolytiques sont les premiers consommés (10,4 %), suivis par les somnifères (6,3 %) et les antidépresseurs (6,2 %) (43).

De plus, le stress est omniprésent, les conditions de travail sont parfois déshumanisantes que l'on soit cadre supérieur ou travailleur manuel. L'injonction de se réaliser, sur tous les plans – professionnel, personnel, affectif est devenu un fardeau pour beaucoup. La peur de l'échec et du jugement peut inhiber la créativité et les initiatives freinant ainsi l'épanouissement personnel. Ce ne sont pas les motifs de mal-être qui manquent d'autant que les réseaux sociaux diffusent en flux continu des images peu réalistes des corps et de scènes du quotidien idéalisées. Comment ne pas se sentir « anormal » et se remettre en cause, lorsque nous constatons que notre vie ne correspond pas à ce qu'elle est supposée être ? Vouloir être parfait, se comparer aux autres, se décevoir au quotidien bref, exiger trop de soi-même a pour conséquence une perpétuelle insatisfaction qui ne nous tire pas vers le haut, contrairement à ce que l'on pourrait croire. Cette attitude nuisant à la qualité de vie des individus, conduit beaucoup d'entre eux dans le cabinet de leur médecin généraliste, bien qu'ils ne souffrent d'aucune pathologie somatique ni psychiatrique.

- La médicalisation de la société :

La part des patients consultants en médecine générale confronté à : « des problèmes, qui de près ou de loin, pourraient être du ressort des politiques sociales, de la famille ou de l'emploi » (P. Le Moigne « Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale », p. 259) s'accroît. Cette « catégorie de problèmes » est désignée dans notre société moderne sous le terme de « souffrance psychique ou psychosociale » (44). Les médecins de proximité, reçoivent, en première intention 80 % des troubles dits « psychiatriques », mentaux et psychosociaux (45). En 2005, un rapport de Claudie Haxaire, anthropologue et pharmacologue (46) soulignait le manque d'appropriation de ce concept de souffrance psychologique par les médecins généralistes, et recommandait

une amélioration de la formation des praticiens à cette prise en charge (46). Sans entité clinique ni traitement spécifique, cette dénomination est d'ailleurs peu utilisée par les médecins généralistes qui préfèrent parler de dépression, d'anxiété ou angoisse, pour lesquelles une prise en charge médicamenteuse est possible.

La santé tend à se diffuser dans des domaines de plus en plus étendus de la vie. Attentif à la moindre inflexion de leur santé, ils n'hésitent plus à consulter, négligeant parfois le coût de cette quête perpétuelle de bonne santé. La santé tend à se diffuser dans des domaines de plus en plus étendus de la vie. Selon Gori et Volgo (47) : « nous assistons à une pathologisation de l'existence, où la médecine prend le relais, via la médicalisation, pour gérer de plus en plus notre vie quotidienne ». Parfois simplement pour un conseil, un avis sur une question qui les préoccupe, le médecin rassure, explique, apaise l'angoisse face à la maladie ou tout simplement à la vie. Cet investissement grandissant pour la santé rejoint une préoccupation plus générale de bien-être et d'équilibre. L'objectif de l'individu n'est plus d'aller au paradis, mais d'être heureux sur terre. Pour beaucoup, le bonheur implique la santé au plan biologique et psychologique mais également un équilibre personnel qui va bien au-delà de la santé au sens strict et comprend la recherche d'une sécurité intérieure et relationnelle. Le maintien d'un bien-être minimal est placé au centre des préoccupations, ou est au moins doté d'une légitimité égale à celle attribuée à la santé physique. Si bien qu'il y a de nombreuses personnes qui ne souffrent d'aucune pathologie reconnue par la médecine ou la sécurité sociale, mais qui ont une demande d'aide médicale et de soutien thérapeutique. Qui peut les en blâmer ?

Dans tous les cas, que la souffrance psychique soit associée à une pathologie aiguë ou chronique, somatique ou psychiatrique, qu'il s'agisse d'un symptôme isolé ou associé, elle correspond à un vécu continu et diffus de manifestations et de demandes allant du normal au pathologique qui interroge la médecine et la société (49).

- La formation médicale et la relation médecin-patient

En France, depuis sa reconnaissance comme spécialité en 2004 (48), la médecine générale a pour objectif de former des praticiens en phase avec la spécificité d'une pratique qui se veut bio-psycho-sociale (51). Les médecins sont habitués à penser et rechercher les « vraies »

causes des maladies, en dehors du patient, de la relation de soin et des déterminants socio-culturels. La formation médicale actuelle ne comprend pas l'apprentissage du contact affectif et humain, n'apprend pas la psychologie, ni l'écoute active ou la réassurance. Elle n'enseigne pas à interroger le sens et la fonction des plaintes. Alors qu'en soins primaire environ 1/3 des symptômes restent médicalement inexpliqué (de 20 à 74%) selon les études (52), les médecins généralistes n'y sont pas préparés. Ils se sentent souvent démunis et ne peuvent compter que sur le développement d'une écoute et de savoirs pratiques issus de leur expérience (53).

Le rôle thérapeutique de la relation médecin-patient, dont la qualité est attribuée par l'intermédiaire de l'empathie, la réassurance, l'attention portée au patient, l'écoute active, l'explication, l'encouragement, l'attitude chaleureuse et authentique, la conviction dans l'efficacité du traitement prends dans ces situations complexes toute sont impotence. Pour M. Balint : « Le médicament le plus fréquemment utilisé en médecine générale est le médecin lui-même et il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel » (49). Ainsi, les patients confrontés aux réponses insuffisantes de la médecine conventionnelle face à de nombreuses situations mal élucidées ne relevant pas toujours d'une pathologie constituée, n'hésitent plus à tenter des approches thérapeutiques alternatives. D'après l'Inserm, 4 Français sur 10 auraient recours aux médecines non conventionnelles (50). Cet engouement en faveur des thérapies non médicamenteuses, dans une logique de libre choix traduit une volonté des patients de jouer un rôle actif dans la gestion de leur santé et d'être intégrés aux décisions thérapeutiques.

C'est dans ce cadre que s'intègre la problématique du développement de l'AC dans la prise en charge des patients en médecine générale.

ARTICLE

Introduction :

L'AC se définit comme la capacité à se traiter avec douceur et bienveillance face à l'adversité, en acceptant nos propres souffrances, conscient qu'elles sont le fait de notre condition d'être humain (1). Depuis les premiers articles définissant le concept d'AC publié par la psychologue américaine Kristin Neff en 2003, les recherches sur le sujet connaissent une croissance exponentielle. Elles démontrent que l'AC est fortement associée au bien-être émotionnel, à la faculté à faire face aux défis de la vie, à la réduction de l'anxiété et de la dépression (17), à des habitudes saines telles que l'alimentation et l'exercice (51) et à des relations personnelles plus satisfaisantes (25). C'est une force intérieure qui nous permet de reconnaître nos difficultés, d'apprendre d'elles et de faire les changements nécessaires avec une attitude de bonté et de respect envers soi.

Or, en réalité, dans des situations d'échecs ou de difficultés, nous avons tendance à nous juger sévèrement. Nous croyons à tort que cette attitude d'autocritique est une source de motivation, un moyen de s'améliorer. Bien au contraire, il s'agit d'une source de souffrance psychologique non négligeable (52).

Maladie somatique ou psychiatrique, handicap, dépendance, évènement traumatique, contexte socio-professionnelle ou familiale troublé ; la vulnérabilité et la souffrance psychologique sont devenues des maux banals de notre société. Pas étonnant que ces situations fassent désormais partie du quotidien du médecin généraliste.

En tant que professionnel de santé de premier recours, le médecin généraliste est un acteur essentiel de l'accompagnement des patients. Bien que sa profession soit en évolution permanente, il reste souvent celui vers qui l'on se tourne quand des problèmes sociaux, psychologiques voire moraux ne peuvent être résolus. En conjuguant approche physique, psychologique et connaissance biographique du patient, il est le mieux placé pour réaliser une prise en charge globale et personnalisée. Or, la formation actuelle des soignants se concentre principalement sur la résolution des problèmes, le traitement des maladies et la réparation physiologique. Soutenir, écouter, explorer les besoins émotionnels afin

d'améliorer le vécu d'une situation difficile ne sont pas enseignés. Face aux limites de la technicité médicale et à la demande grandissante de soutien et de bien-être des patients, les outils à la disposition du médecin manquent.

L'AC en tant que stratégie de régulation des émotions qui consiste à remplacer les émotions mésadaptées (auto-jugement, blâme) par des sentiments adéquats (compréhension, bienveillance) facilite le bien-être psychologique et l'épanouissement émotionnel (1). C'est une technique que le patient peut s'approprier pour se donner les moyens d'accepter les événements de vie qu'il subit et les traverser avec plus de sérénité. Approfondir et mieux comprendre ce concept d'AC, afin de promouvoir sa diffusion tant au niveau de la formation médicale initiale des internes que de la formation professionnelle continue auprès des médecins, pourrait par conséquent contribuer à améliorer la qualité de vie des patients. Il s'agit donc d'un enjeu primordial en termes de santé publique.

C'est pourquoi il nous est apparu intéressant et utile, par une revue systématique de la littérature, d'évaluer l'impact des interventions axées sur l'AC. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'efficacité des méthodes centrées sur l'AC dans une population consultant en médecine générale.

Matériel et Méthode

- Démarche méthodologique et bases de données :

Cette revue de la littérature est inspirée du processus décrit dans les recommandations internationales : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses : PRISMA.

Pour obtenir des études pertinentes, une recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données électroniques suivantes : Web of science, Medline, PsycINFO et PsycARTICLES et ScienceDirect. La recherche documentaire a été effectuée à partir de février 2019 jusqu'au 1^{er} mai 2019 et comprend toutes les études publiées jusqu'à cette date.

Pour s'assurer que tous les articles possibles aient été pris en compte lors de la recherche, des termes de recherche délibérément larges ont été opérationnalisés : « Self-compassion » AND « Intervention OR Program OR Treatment OR Therapy OR Practice OR Training ».

A partir de cette équation de recherche, la base documentaire Web of Science était interrogée en réalisant une recherche « Basic » dans le « Topic » pour les dates de « 2003 à 2019 ».

La seconde base de données consultée était le moteur de recherche de l'Université de Lorraine ; Ulysse. Il a été utilisé pour effectuer une recherche avancée, limitée aux documents disponibles en version papier ou numérique des ressources MEDLINE, PsycINFO, PsycARTICLES et ScienceDirect, publiés à partir de 2003 et restreints au sujet « Self-compassion ».

Les listes de références de tous les articles pertinents ont été examinées afin de s'assurer qu'aucunes études importantes n'ait été omises.

- Sélection des références :

▪ Critères d'inclusion :

Ont été inclus les articles permettant de répondre à la question de recherche : Quelle est l'efficacité des interventions utilisant l'AC dans une population clinique et non clinique de médecine générale ?

Afin d'être incluses, les études devaient répondre aux critères d'éligibilité suivants :

- évaluer les effets d'interventions utilisant l'AC comme élément central.
- évaluer au moins un paramètre clinique pertinent chez une population potentiellement suivie en pratique courante de médecine générale.
- publiées à partir de 2003, date de mise en œuvre initiale du concept d'AC par Kristin Neff (Neff, 2003b) (1).

▪ Critères d'exclusion :

Étaient exclus de l'étude les articles :

- hors sujet ou non pertinent pour la médecine générale
- articles théoriques
- publiés avant 2003
- écrits dans une langue autre que le français ou l'anglais

▪ Critère de jugement principal :

La première étape de la sélection des articles consistait à lire les titres des références sélectionnées par notre équation de recherche dans les différentes bases de données. En fonction des critères d'éligibilité et après élimination des doublons, la lecture ou non du résumé de la référence s'en suivait. Les articles répondant aux critères exigés, à la fois en termes de titre et de résumé, étaient alors examinés dans leur intégralité. Les listes de références bibliographiques de la série finale d'études incluses dans l'analyse ont été étudiées pour sélectionner des études pertinentes supplémentaires.

- Analyse des données :

Afin d'analyser et de comparer chaque article sélectionné de manière systématique et identique, les informations suivantes sur leurs caractéristiques ont été extraites :

- Nom du ou des premiers auteurs
- Pays dans lequel l'étude a été réalisée
- Date de publication
- Type d'étude
- Taille de l'échantillon
- Caractéristiques de la population incluse
- Nature et durée de l'intervention
- Critère de jugement principal
- Les résultats principaux obtenus en rapport avec le critère de jugement
- Limites de l'étude discutée par les auteurs
- Niveau de preuve (Conseil National de la Santé et de la Recherche Médical, 2000)

Le niveau de preuve scientifique en lien avec le type d'étude a été défini selon la gradation des recommandations de bonne pratique de l'HAS (53). L'analyse des données a été réalisée de manière qualitative, sous la forme d'une synthèse descriptive, adaptée à l'objectif de recherche de notre revue systématique. Le degré de significativité de certaines associations retrouvées dans des études (valeur « p ») a été rapporté chaque fois qu'il était précisé.

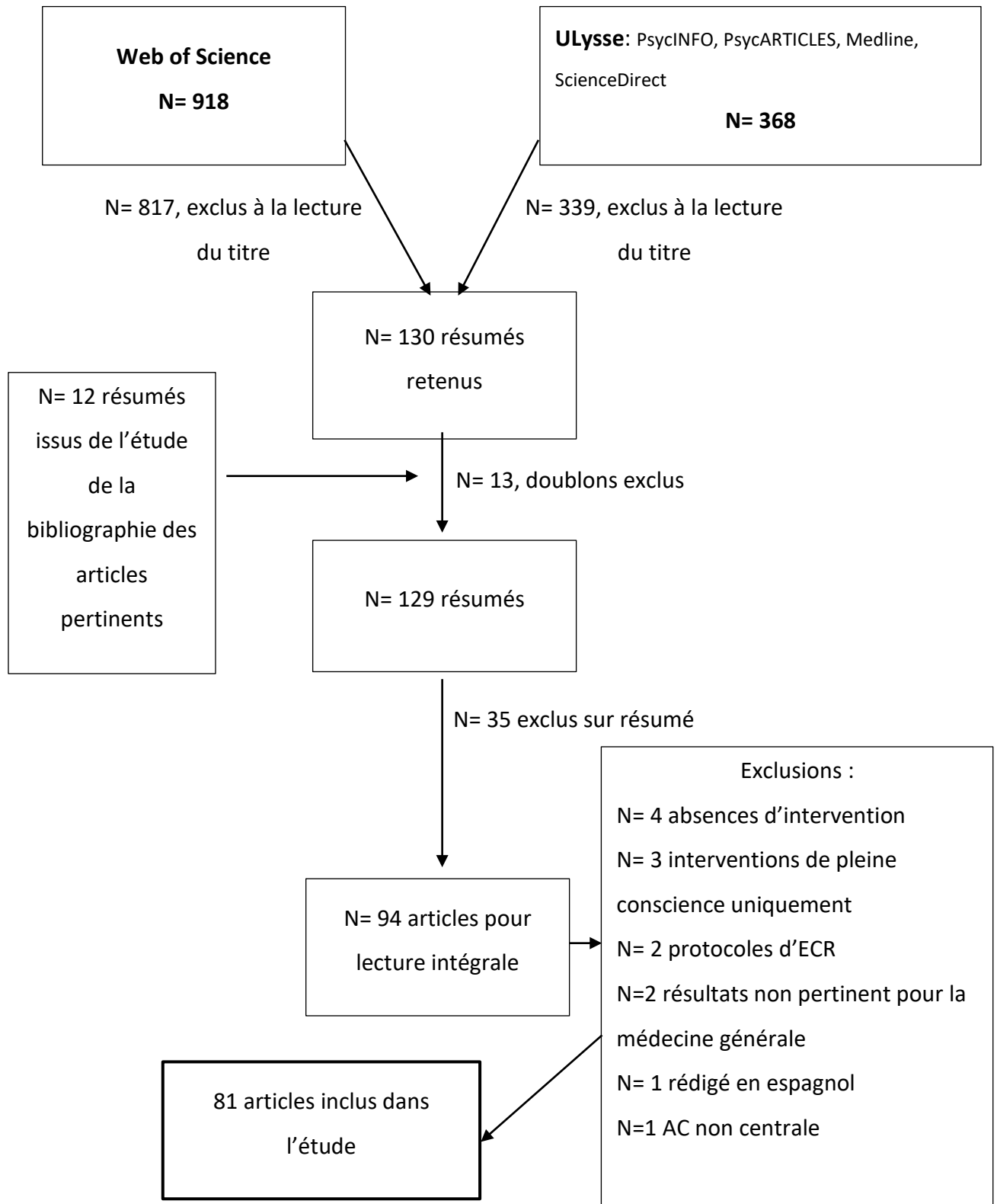
Pour les méta-analyses les informations suivantes étaient extraites :

- Nom du ou des auteurs
- Nombre d'études incluses
- Nombre de patients inclus
- Résultats en rapport avec les facteurs étudiés retenus pour cette revue de la littérature
- Limites discutées par les auteurs
- Conclusion des auteurs

Résultats :

- Études sélectionnées :

▪ Diagramme de flux :



- Recherche Web of science :

918 documents ont été trouvés. 101 titres semblaient être pertinents vis-à-vis du sujet. 30 étaient exclus après lecture du résumé. 71 articles ont donc été analysés dans leur totalité.

- Recherche Ulysse :

368 documents étaient obtenus. 29 semblaient pertinents à la lecture du titre. 13 doublons ont été supprimés des résultats. 5 étaient exclus à la lecture du résumé. 11 articles supplémentaires étaient donc sélectionnés pour lecture intégrale.

Au final 82 articles ont été analysés dans leur intégralité à l'issue de la recherche dans les bases documentaires électroniques.

- Recherche manuelle complémentaire :

Nous avons réalisé une recherche manuelle, à partir des références bibliographiques des articles pertinents issus de notre recherche initiale. Ainsi, nous avons pu ajouter 12 références supplémentaires aux 82 précédentes soit un total de 94 articles.

Au total, la recherche dans les bases de données électroniques a permis de répertorier 1286 papiers (918 issus de Web of Science et 368 de la plateforme Ulysse). Après lecture du titre, 1156 articles ont été exclus. Après retrait des doublons, 117 résumés ont été analysés. 35 ont été exclus. 82 articles en texte intégral ont été récupérés pour examen, auxquels il faut ajouter 12 références issues de la recherche manuelle soit un total de 94 articles. Parmi ceux-ci, 13 ont été exclus pour les raisons suivantes : 4 ne comportaient pas d'intervention, 2 comportaient uniquement une de pleine conscience, 3 étaient des protocoles d'ECR, 2 ne comportaient pas de résultats pertinents pour la médecine générale, 1 était rédigé en espagnol, 1 utilisait l'auto-compassion de manière très marginale dans son intervention.

- Caractéristiques des études :

81 études comprenant, 34 essais contrôlés randomisés (ECR), 7 revues de littératures et 36 études non contrôlée, ont été incluses dans ce travail. Les tableaux 1 à 16 (ANNEXE 2) présente une description succincte des principaux aspects de toutes les études incluses dans cette revue systématique.

Parmi les 34 ECR, 23 utilisaient une condition de contrôle active. Les interventions d'AC étaient basées principalement sur la CFT (n=20) et sur la MSC (n=8), 7 interventions étaient des comportaient des exercices d'écriture basées sur l' AC.

13 interventions utilisaient des outils en ligne ou des applications mobiles.

Les populations étudiées étaient très diverses. Les études ont été menées dans des populations cliniques et non cliniques. Il s'agissait : d'adolescents, d'étudiants, de femmes avec des troubles alimentaires, une insatisfaction corporelle, un cancer, de femmes et d'hommes de la communauté générale, avec des antécédents psychiatriques, une vulnérabilité sociale ou psychique ou encore de professionnels de santé. 24 Études ne comprenaient que des participantes, les autres étaient mixtes mais le plus souvent avec une large prédominance féminine. La durée des interventions allait de 3 minutes (54) à 16 semaines (55) (56), les études comportaient souvent des périodes de suivi, allant de 1 jour (57) jusqu'à 12 mois (55) après l'intervention. La taille de l'échantillon des ECR variait de 19 (58) à 2161 participants (59). La plupart des études ont eu lieu aux États-Unis au Royaume-Uni ou en en Australie, les autres ont été menées en l'Iran, au Canada, en Europe ou au Japon et en Chine.

La liste exhaustive des études incluses dans notre revue ainsi que leurs principales caractéristiques sont disponibles en Annexe 2. Nous avons choisi de détailler pour chaque population les études que nous jugions les plus pertinentes.

- Interventions d'auto-compassion en population clinique :
 - Patients atteints de pathologies somatiques :
 - Cancer ou antécédent de cancer :

C'est en cancérologie que les interventions d'AC ont été le plus étudiées. L'annonce de la maladie constitue un bouleversement majeur dans la vie des patients. La souffrance psychique qui en découle, accompagnement toutes les étapes de la prise en charge et au-delà nécessitant un soutien rapproché.

Nous comptabilisons 6 études dont 3 essais contrôlés randomisés (ECR) réalisés sur des échantillons exclusivement féminins. Deux des trois ECR ont été réalisés chez des patientes ayant un cancer du sein ou un antécédent de cancer du sein. L'ECR publiée par l'équipe de Sherman et Przewdzicki (60) évaluait l'impact de « My Body Changed », une intervention en ligne basée sur une activité d'écriture en une session centrée sur l'AC chez 149 survivantes du cancer du sein. 150 femmes issues de la même population participaient à un atelier d'écriture expressive constituaient le groupe contrôle. L'intervention a permis de réduire l'insatisfaction corporelle et d'améliorer l'appréciation corporelle, particulièrement chez les femmes avec lymphœdème et celles accordant une place importante à l'apparence physique. Les résultats étaient maintenus à un mois et trois mois après l'intervention. Les deux autres ECR portaient sur des échantillons de plus petite taille. L'un (34) a étudié l'efficacité d'un protocole de formation cognitive basée sur la compassion (Compassion Based Cognitive Therapy (CBCT)) sur un échantillon de 28 survivantes du cancer du sein par rapport à un groupe contrôle (n=28 bénéficiant de la prise en charge habituelle). La CBCT a été entre autres efficace pour réduire le stress causé par la peur de la récurrence. Le dernier ECR a montré que la Compassion Focused Therapy (CFT) réduisait significativement les symptômes de dépression et le niveau d'anxiété de patientes iraniennes atteintes d'un cancer du sein par rapport à un groupe témoin recevant une thérapie d'amélioration de la motivation ($p < 0,001$) (61). Une intervention d'écriture selon des incitations centrées sur l'AC a entraîné une diminution des niveaux d'affects négatifs lors de l'exposition à des souvenirs difficiles liés à l'image corporelle, par rapport à des écrits non structurés chez 105 femmes survivante du cancer du sein (62). Deux études non contrôlées étaient réalisées chez de jeunes adultes ayant survécu à un cancer et étudiaient l'effet du programme MSC dispensé

sous forme de vidéoconférence durant 8 semaines (63) (64). Tous les résultats psychosociaux mesurés (auto-compassion, pleine conscience, détresse liée à l'image du corps, dépression, anxiété, isolement social), à l'exception de la résilience, ont présenté des changements significatifs ($p < 0,002$), avec des effets de taille moyenne à grande. Cependant, notons que certaines participantes ont initialement éprouvé des troubles émotionnels lorsqu'elles se tournaient vers leurs sensations physiques avec compassion, car cela leur rappelait leurs imperfections, les effets secondaires post-traitement ou leurs inquiétudes quant à la récurrence du cancer. Ces difficultés étaient transitoires et les participantes étaient ensuite en mesure d'intégrer les pratiques acquises au cours l'intervention à leur vie quotidienne et semblaient en tirer un grand bénéfice.

- Autres pathologies somatiques :

2 études ont testé l'efficacité de CFT pour diminuer les symptômes anxieux et dépressifs des patients souffrants de démence. Une étude avant/après chez 64 patients déments et leur conjoint montrait que 57% des patients présentaient une amélioration cliniquement significative de l'anxiété et de la dépression et une amélioration de leur qualité de vie. Pour les conjoints, 80% ont présenté une amélioration cliniquement significative de la dépression et 50% de l'anxiété (65).

Deux ECR ont testé les effets d'un programme d'AC chez des patients diabétiques. L'un analysait l'effet du programme MSC ($n = 32$), par rapport à une condition de contrôle de liste d'attente ($n = 31$), chez des patients atteints de diabète de type 1 et 2 (66). La formation MSC augmentait l'AC et produisait des réductions statistiquement et cliniquement significatives de la dépression et de l'anxiété liée à la maladie. Les résultats étaient maintenus à trois mois de suivi. Les participants MSC ont également enregistré une diminution significative de l'HbA1c entre les valeurs initiales et le suivi, sur le plan clinique et statistique, de $> 10 \text{ mmol / mol}$ (près de 1%). Il n'y a eu aucun changement pour le groupe de contrôle sur liste d'attente. Le second testait une formation d'AC chez 20 patients diabétiques de type 2 par rapport à un groupe témoin. L'intervention permettait une réduction des scores moyens de glycémie ($p < 0,001$) de façon significative (67).

Dans la douleur chronique il est admis que la colère a des effets négatifs sur la sévérité de la douleur (21), la réponse au traitement de la douleur (22) (23), la qualité de vie et les relations avec les autres (24). Dans un échantillon de 12 patients souffrant de douleur chronique, une intervention de culture de compassion comprenant des sessions de formation à l'AC a réduit significativement la sévérité de la douleur et de la colère. Une tolérance accrue à la douleur après la formation a également été constaté par rapport au traitement initial (68). James Carson, chez des patients souffrant de lombalgies chroniques, a testé un programme de méditation bienveillance (LKM) durant huit semaines par rapport au traitement standard. Les analyses post intervention et de suivi ont montré une amélioration significative de la douleur et de la détresse psychologique dans le groupe de méditation, mais aucun changement dans le groupe de soins habituel (29).

Une intervention de groupe basée sur l'acceptation, la pleine conscience et l'AC pour les femmes en surpoids ou obèses (n=53) a signalé après le traitement et après trois mois de suivi, une amélioration de la qualité de vie, de la pleine conscience et des capacités d'AC, ainsi qu'une diminution de l'auto-stigmatisation, de l'alimentation émotionnelle, de la honte, de l'évitement expérientiel lié au poids, de l'autocritique et de l'indice de masse corporelle (IMC) (69).

- Chez les patients atteints de pathologies psychiatriques :

Une revue de littérature évaluait l'efficacité de la CFT en tant qu'intervention psychothérapeutique, 14 études ont été incluses dans la revue, dont 3 ECR. La plupart des études incluses étaient favorables à la CFT, particulièrement lorsque les personnes étaient très autocritiques. La réalisation d'une méta-analyse n'était pas possible car les données étaient insuffisantes et hétérogènes (68).

Une étude de faisabilité dans un échantillon hétérogène de patient psychiatrique ambulatoire a examiné les effets de MBCL (Mindfulness-Based Compassionate Living) par rapport à une intervention de réduction du stress (Mindfulness-Based Stress Reduction MBSR) (56). La participation à MBCL s'est avérée associée à une augmentation accrue de l'AC et une diminution des symptômes de dépression, mais pas d'anxiété. La CFT quant à elle réduisait significativement la dépression, l'anxiété, le stress, l'autocritique, la honte, le

comportement de soumission et la comparaison sociale et augmentait significativement les pensées apaisantes chez 42 patients (70). Dans une autre étude, la CFT améliorait aussi la confiance en soi et l'auto-efficacité (71). L'étude pilote de Paul Gilbert avait constaté des résultats similaires sur les effets de CFT chez six patients d'un centre de jour pour troubles du comportement (37).

- Troubles du comportement alimentaire (TCA) :

Les troubles alimentaires ont surtout été évalués sur le versant de l'hyperphagie. L'autocritique et la honte ont été identifiées comme des aspects importants du développement et du maintien des préoccupations liées à l'alimentation et au poids, ainsi qu'ayant un impact négatif sur les résultats du traitement. La plupart des interventions d'AC réalisées dans ce contexte cible spécifiquement ces deux aspects. Une revue de littérature parue en 2015, incluant 28 études portant sur 6527 patients confirmait fortement le rôle de l'AC en tant que facteur de protection vis-à-vis des résultats liés au corps et aux troubles de l'alimentation (72). Une autre revue de littérature ne comportant que 6 études, concluait que l'AC pouvait être bénéfique pour la perte de poids, l'image corporelle, les comportements nutritionnels et alimentaires (73). Une revue de littérature qualitative (74) et une synthèse narrative (75) basée sur la CFT adaptée aux troubles de l'alimentation (CFT-E) ont conclu qu'il s'agit d'une thérapie de qualité associant l'approche efficace de la TCC à la théorie et la pratique de la CFT pour les patients souffrant de TCA en particulier de Binge Eating Disorder (BED). 2 ECR et une étude observationnelle ont étudiés les pratiques en matière d'intervention d'AC basée sur la CFT. Un ECR réalisé chez des patients présentant un BED (n=41 dont 34 femmes) a montré que la CFT réduisait davantage les TCA, les préoccupations liées à l'alimentation et le poids qu'une intervention comportementale (76). Le second ECR concernait 22 patients présentant divers types de TCA (77), chez qui la CFT associée au traitement comportemental a généré des améliorations similaires. Les participants ayant peu peur de ressentir de la compassion pour eux-mêmes ont tiré significativement plus d'avantages de leur intervention d'AC que ceux qui craignaient beaucoup de se sentir bien.

Une étude longitudinale contrôlée non randomisée a comparé l'efficacité d'un programme psychoéducatif basée sur la pleine conscience et l'AC (« BEfree ») sur un échantillon de 19 femmes obèses ou en surpoids souffrant de BED à un groupe sur liste d'attente (n=17) (78). Le programme « BEfree » a été efficace pour diminuer la sévérité des pulsions alimentaires, la dépression, la honte, l'autocritique liées à l'alimentation, l'inflexibilité psychologique de l'image corporelle et améliorer la qualité de vie liée à l'obésité par rapport au groupe témoin. Les résultats ont été maintenus à 3 et 6 mois de suivi. Gale et al. (2014) ont étudié une forme de TCC intégrant la CFT dans une étude observationnelle de 139 patients diagnostiquées et traitées pour un TCA (79). A l'issue de l'intervention, toutes les mesures concernant les troubles alimentaires et la détresse psychologique étaient significativement améliorées. Une analyse par diagnostic a révélé que les personnes atteintes de boulimie se sont améliorées davantage que celles atteintes d'anorexie mentale.

A noter qu'un ECR portait sur une population de 40 patientes atteintes d'anorexie mentale non désireuse d'une prise en charge. L'intervention comportait la rédaction quotidienne de lettres empreintes d'AC adaptée du programme CFT et entraînait une diminution plus importante de la honte et de la crainte de compassion pour soi que dans le groupe sur liste d'attente (80).

- Troubles anxieux, dépressifs et stress :

Dans leur méta-analyse, MacBeth et Gumley (17) relèvent qu'un haut niveau d'AC serait un bon prédicteur de santé mentale, à l'inverse de l'auto-jugement et de l'autocritique et protégerait de la dépression et des troubles anxieux (30).

Un ECR a été conduit chez 81 étudiants déclarant présenter des symptômes dépressifs, anxieux ou de stress, 41 ont écouté des enregistrements audios basés sur MSC et 40 sur un entraînement à l'attention, puis ils ont discuté en groupes de la manière d'appliquer les principes écoutés dans leur quotidien (81). Les participants des deux groupes ont présenté une réduction significative des symptômes d'anxiété et de dépression accompagnée d'une augmentation significative de la conscience, de l'AC et de la flexibilité de l'attention après l'intervention. Ces résultats ont été maintenus après un suivi de six mois.

Concernant l'anxiété sociale, un ECR iranien a montré que la CFT (n=17) était significativement plus efficace que l'absence de traitement (n=15) en réduisant l'inflexibilité

psychologique, l'autocritique et la sévérité des symptômes d'anxiété sociale ($p < 0,001$) à la fois après le test et après deux mois de suivi (82). De plus, la CFT a pu augmenter de manière significative la qualité de vie des patients souffrant d'anxiété sociale ($p < 0,01$). Dans l'étude d'Elena M. Harwood et Nancy L. Kocovski, seuls les participants présentant une forte anxiété sociale affichaient des niveaux d'anxiété anticipatoire moins élevés quant à la prononciation d'un discours de 3 minutes, à la suite d'un exercice d'écriture auto-compatissante (57). Une étude expérimentale à cas unique et dupliqué, montrait que la CFT était efficace pour réduire l'anxiété sociale chez 3 des 6 participants (83). Chez 19 patientes dépressives, un ECR a révélé que la CMT diminuait significativement les symptômes de dépression ($p < 0,05$) et d'anxiété ($p < 0,05$) sur les résultats de suivi à 2 mois mais pas immédiatement après l'intervention (58). L'autocritique ne diminuait pas de façon significative. Une étude non contrôlée en groupes successifs a étudié chez 17 patients souffrant de dépression récurrente le programme MBCL, qui semblait pouvoir réduire les symptômes dépressifs (84).

- Troubles addictifs :

Les trois études incluses présentant un niveau de preuve faible et ne comportent pas de période de suivi. Une version abrégée du programme CFT était utilisée au sein d'une étude pilote de faisabilité chez 15 patients présentant un mésusage des opioïdes. Une réduction de la dépression était constatée dans tous les groupes de l'étude (AC, relaxation et liste d'attente), mais elle n'a pas été conçue pour détecter les résultats cliniques (85). Cette intervention a permis une augmentation statistiquement significative de la capacité de gestion émotionnelle et de la présence de sens dans la vie, ainsi qu'une réduction statistiquement significative de la culpabilité chez les 19 toxicomanes ayant terminé le protocole (86). Une étude réalisée chez 126 fumeurs cherchant à cesser de fumer étaient assignés au hasard à l'une des quatre interventions, dont l'une impliquait de se faire des images empreintes d'AC et de se parler à chaque envie de fumer. L'intervention d'AC a permis de réduire le tabagisme plus rapidement si les participants étaient peu disposés à changer, étaient très autocritique, et avaient des images vives lors des exercices d'intervention (87).

- Traumatismes et État de Stress Post-Traumatique (ESPT) :

La honte, l'autocritique et une capacité réduite d'AC sont des problèmes courants chez les victimes de traumatisme. Dans l'étude prospective de Beaumont et al. (2012), l'efficacité de la combinaison CMT + TCC s'est avérée supérieure à la TCC seule pour réduire significativement les symptômes de dépression et d'évitement chez 32 patients ayant subi un accident traumatique. Il n'y avait aucune différence dans les niveaux d'anxiété entre les deux groupes (88). 9 participants sur 10 à une intervention d'AC de 6 semaines, ont présenté une réduction marquée et fiable des symptômes de l'ESPT, et 8 participants ont présenté une diminution fiable de la honte par rapport à leurs scores de départ. Ces améliorations ont été maintenues à 2 et 4 semaines de suivi (89).

- Troubles psychotiques et de la personnalité :

Au sein d'un ECR effectué chez 40 patients psychotiques, la CFT combinée à une prise en charge standard réduisait significativement la dépression ($p = 0,001$) et de la perception de l'isolement sociale ($p = 0,002$), par rapport à TAU (90). En revanche une imagerie brève centrée sur la compassion dérivée de CFT, chez 51 patients psychotiques avec idéations paranoïaques n'a pas eu d'effet sur l'auto-relation négative, l'affect négatif, ni sur la paranoïa. Les images axées empreintes de compassion pour soi ont cependant eu des effets importants sur le réconfort et le bonheur (91). Une étude de cas analysant la formation CMT chez des patients psychotiques avec hallucination auditives malveillantes a observé chez tous les participants une diminution de l'ensemble des symptômes psychopathologique et des hallucinations auditives moins malveillantes, moins persécutives et plus rassurantes (92). Un ECR a examiné les effets d'un court programme (3 semaines) de formation sur la méditation bienveillante et de compassion (LKM / CM) chez 32 patients présentant un trouble de la personnalité limite par rapport à une formation de pleine conscience (93). Les patients du groupe LKM / CM ont présenté des améliorations significatives de la sévérité des symptômes limites, de l'autocritique et de l'acceptation après l'intervention. Une étude observationnelle portait sur 10 sujets très autocritiques souffrant de troubles de la personnalité. Ils tiraient des bénéfices significatifs de la CFT en termes de diminution de la dépression et du stress (55).

- Interventions d'auto-compassion en population non clinique :

▪ Population adulte :

Un ECR à trois bras de grande taille (n = 2161) a examiné l'efficacité de trois applications mobiles afin d'améliorer le bien-être et de réduire la détresse psychologique chez des adultes de la population générale (59). Les participants ont été randomisés dans un groupe utilisant une application axée sur l'AC (n=705) ou la pleine-conscience (n=703) ou une application de psychoéducation cognitivo-comportementale (n=753). Toutes les applications se sont révélées efficaces pour améliorer le bien-être mental et la pleine conscience et réduire la détresse psychologique. Les applications axées sur la compassion pour soi et la psychoéducation cognitivo-comportementale ont permis une augmentation de l'AC mais pas celle concernant la pleine conscience. L'évaluation des effets de la CFT sur un échantillon d'adultes néerlandais présentant un niveau de bien-être faible à modéré (n=120), comparé à un groupe témoin sur liste d'attente (n=122), a montré une amélioration supérieure du bien-être après l'intervention et lors du suivi à trois mois. Cette amélioration était conservée ou amplifiée 9 mois après l'intervention (94). Un autre ECR mené sur un échantillon d'étudiants (n=158) ayant suivi deux semaines de cours sur l'AC a observé qu'un niveau d'AC accrue était associée à des gains d'auto-efficacité de croissance personnelle ($p < 0,001$), à un contrôle sain des impulsions ($p = 0,02$), ainsi qu'à une réduction de l'auto-jugement ($p < 0,001$), des pensées autodirigées négatives habituelles ($p < 0,001$), de l'anxiété ($p < 0,001$) et de la dépression ($p < 0,001$). Ces changements subsistaient à mois (51). Les effets d'une intervention de bienveillance (LKM) de 4 séances ont été comparés dans un ECR à ceux d'un groupe témoin. Le groupe d'intervention a montré une plus grande diminution des traits anxieux au suivi que le groupe contrôle (95). Kristin Neff et Christopher Germer, signalait que les participants à la formation MSC de huit semaines présentaient une augmentation beaucoup plus importante du bien-être et qu'elle était maintenue à un an de l'intervention (33). Un ECR japonais mené dans une population à faible niveau d'AC, observait une réduction plus importante des pensées et émotions négatives des personnes ayant suivi une intervention d'AC (96). Un ECR mené chez 60 adultes assignés à un programme de formation de culture de l'AC (CCT) les rendaient moins inquiets et plus heureux que les personnes n'ayant pas suivi le programme (31). Le programme MSC chez des femmes

chinoises a suggéré des améliorations de la dépression, de l'anxiété, du stress, des ruminations, du perfectionnisme inadapté, de la peur de l'AC et de la compassion pour les autres. Tous ces changements ont été maintenus au suivi de trois mois, mis à part le perfectionnisme, qui est revenu aux niveaux de base (97).

- Insatisfaction corporelle :

Toutes les études incluses concernant cette problématique ont été réalisées chez des femmes. L'insatisfaction corporelle peut constituer une source majeure de souffrance chez les femmes de tous âges. L'article de Stern et Engeln comportait 3 études. Nous détaillons ici seulement celle comportant l'échantillon le plus important et le contrôle le plus pertinent. 1158 étudiantes appartenant des sororités, étaient assignées à une tâche d'écriture en ligne axée sur l'AC ou sur la compassion corporelle ou sur la fonctionnalité corporelle. Le groupe contrôle devait écrire sur un évènement de vie positif récent. Les trois interventions conduisant à un plus grand affect positif et une plus grande satisfaction corporelle par rapport à la condition de contrôle (98). Un ECR a examiné si l'écoute de podcasts sur la méditation d'AC (n=98) pouvait atténuer l'insatisfaction corporelle par rapport à un groupe de femmes sur liste d'attente (n=130). En trois semaines d'écoute, les femmes avaient déjà une image corporelle plus positive que le groupe contrôle (99). 40 étudiantes avec des problèmes d'apparence physique exposées à une semaine de méditation d'AC en ligne présentaient des changements d'appréciation corporelle et de l'estime de soi liée à l'apparence (100). En revanche il n'y avait pas d'amélioration significative du score global d'AC, mais seulement une amélioration spécifique sur l'item « autocritique » du SCS. D'autres études utilisaient des exercices d'écriture axés sur l'AC chez des étudiantes. Les participants en tiraient globalement une plus grande satisfaction corporelle (101) (100). Même une intervention d'écriture très brève (3 minutes) permettait de réduire significativement les insatisfactions liées au poids et à l'apparence et d'augmenter la motivation à s'améliorer (54). Le bénéfice de l'intervention était d'autant plus important que le niveau d'insatisfaction corporelle était élevé au départ.

- Adultes vulnérables, très autocritiques :

Neff (2003b) (1) avait noté que l'AC était particulièrement pertinent dans des circonstances qui provoquent des sentiments de honte et d'autocritique. 3 ECR chez des patients présentant une vulnérabilité psychique ou une forte tendance à l'autocritique ont été inclus. Un ECR de grande envergure (n=1002) a comparé deux exercices en ligne l'un concernant l'AC (n=327) et l'autre l'optimisme (n= 322) par rapport à une intervention contrôle (n=353). Les deux interventions expérimentales augmentaient significativement le bonheur à 6 mois et diminuaient significativement la dépression jusqu'à 3 mois (102). Une version en ligne d'une intervention axée sur l'AC et sur la pleine conscience avec des conseils sur demande était associée aux soins habituels chez 122 patients en comparaison des soins standards seuls (103). Le groupe d'intervention a montré des changements significatifs avec des tailles d'effet moyennes à grandes en ce qui concerne la réduction des symptômes dépressifs et anxieux et l'augmentation de la satisfaction de vivre. Les effets étaient maintenus 6 mois après la randomisation (102). Le troisième ECR testait l'efficacité d'un programme de méditation bienveillante (LKM), Les analyses en intention de traiter (n = 38) et per protocole (n = 32) ont montré des réductions significatives de l'autocritique et des symptômes dépressifs, ainsi qu'une augmentation significative des émotions positives en post intervention et après 3 mois (104). Dans une étude avant/après, la CFT améliorait significativement l'autocritique, l'humeur, l'estime de soi et le perfectionnisme mésadapté après chez 23 étudiants. Les gains ont été maintenus ou ont augmenté entre le post-traitement et le suivi de 2 mois (105).

- Professionnels de santé :

Concernant les études pratiquées chez les professionnels de santé ; une brève formation en ligne constituée de trois modules portant sur la méditation bienveillante et compatissante, la gratitude et la parole positive, proposée à 177 professionnels était associée à une amélioration significativement le bien-être et la confiance en soi pour la dispense de soins compatissants à d'autres personnes (106). Un atelier de trois jours de formation basé sur la CFT, chez 44 professionnels de santé réduisait significativement le jugement critique mais pas l'autocritique (107). Une formation MSC de 8 semaines suivi par 18 infirmières augmentait la satisfaction envers la vie professionnelle et la résilience (108). Une étude de

cohorte qualitative chez 45 étudiants en médecine ayant participé à des cours optionnels inspirés de la formation CCT, trouvaient les cours enrichissants, ils les avaient aidés à lutter contre les principaux facteurs de stress associés à leurs responsabilités personnelles, scolaires et cliniques et que les compétences acquises au cours de la formation renforçaient les interactions interpersonnelles, y compris avec les patients (109). Deux études en lignes étaient réalisées chez des psychologues exerçant ou en formation. Globalement les interventions d'AC permettaient de réduire les niveaux de stress perçus, les symptômes d'épuisement professionnel et la dépression (110) (111).

- Adolescents :

En raison des nombreux changements intervenant au cours de cette phase du développement, l'adolescence peut constituer une période difficile et stressante pour de nombreux jeunes. Un échantillon d'adolescents (n= 274) majoritairement féminin (74%) testant une application mobile basée sur l'AC intitulée « BodiMojo » a amélioré son estime de l'apparence par rapport au groupe témoin (112). Un ECR exclusivement féminine a montré qu'une intervention de groupe brève de 3 semaines axée sur l'AC (n=27) entraînait des augmentations beaucoup plus importantes de l'optimisme et de l'auto-efficacité, ainsi que des baisses beaucoup plus importantes des ruminations par rapport à une intervention enseignant des compétences générales de gestion du temps (n=25). En revanche, si les deux interventions augmentaient la satisfaction de la vie et la connectivité, aucune différence n'a été trouvée concernant l'inquiétude et l'humeur (113). Un programme MCS adapté aux adolescents intitulés : « Making Friends with Yourself » augmentait significativement la satisfaction de soi et de la vie et diminuait nettement les symptômes dépressifs que dans le groupe témoin (114). Une seconde étude testant le même type d'intervention augmentait significativement la résilience, la gratitude et de la curiosité et diminuait de façon significative le stress perçu, mais pas la dépression ni l'anxiété (115). Une étude de cas utilisant la CMT pour améliorer une TCC centrée sur le traumatisme auprès d'une adolescente subissant des flashbacks basés sur la honte et le dégoût a permis une réduction cliniquement significative du ESPT, de la dépression, de la honte et des symptômes aigus, ainsi qu'une augmentation cliniquement significative de l'auto-assurance (116).

- Mères :

Dans le cadre de la périnatalité, la formation CMT diminuait les symptômes de dépression et d'anxiété de manière plus importante qu'une TCC (117). Une étude australienne menée auprès de 262 femmes éprouvant des difficultés suite à la naissance de leur enfant ou à son allaitement ont eu accès à un ensemble de ressources en ligne issues de la CFT (vidéos, fiches conseils) ce qui leur a permis de diminuer les symptômes de stress post-traumatique (score d'intrusion, d'hyperexcitation et score total) et d'améliorer l'expérience et de la satisfaction globale à l'égard de l'allaitement (118). 10 mamans d'enfants atteints de troubles du développement avec hyperactivité (TDAH) ont présenté une diminution significative de la dépression et de l'anxiété (valeur $p < 0,05$) suite à leur participation à un groupe de formation à la CFT (119).

- Autres :

Les athlètes féminines subissent des pressions générales socioculturelles et spécifiques au sport sur leur poids, leur forme, leur taille, leur apparence et / ou leur alimentation (120). De plus une régulation efficace du stress et des émotions exige que les athlètes possèdent des ressources personnelles et sociales et utilisent efficacement un éventail d'aptitudes cognitives et comportementales (121). Dans notre revue, 3 études ont été réalisées chez des athlètes féminines. Une expérimentation avant/après et un ECR étudiaient l'effet d'une formation brève à l'AC. Elle diminuait l'autocritique, les ruminations et les préoccupations face aux erreurs (122) (123). S'agissant des athlètes participant à « Bodies in Motion » (un programme basé sur les principes de dissonance cognitive et d'AC intégrant les composants des médias sociaux), elles ont signalé au fil du temps un idéal de minceur moins important que celui des athlètes sur liste d'attentes (124).

Pour l'anecdote, une intervention basée sur la conscience et l'AC ont permis une augmentation des niveaux d'IgA et une réduction des niveaux de cortisol salivaire des participantes (125). Une brève formation à l'AC a diminué les réponses sympathiques (alpha-amylase salivaire), parasympathiques cardiaques et anxieuses subjectives, mais pas celle de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien (HPA) (cortisol salivaire) au test de stress social de Trèves (TSST) chez des femmes par rapport à un groupe de contrôle de l'attention et groupe non-interventionnel (126).

- Revues de littérature incluant des populations cliniques et non cliniques :

Nous avons inclus trois revues de littératures. A la différence de la nôtre, elles comportaient uniquement des ECR et des études réalisées chez des adultes. La plus récente menée par Alexander C. Wilson examinait si les thérapies liées à l'AC (elle incluait la thérapie cognitive basée sur la conscience et la thérapie d'acceptation et d'engagement), étaient efficaces pour promouvoir l'AC et réduire la psychopathologie dans les populations cliniques et subcliniques. Au total, 22 répondaient ECR aux critères d'inclusion et les données de 1172 personnes étaient incluses (127). Les résultats étaient en faveur d'une plus grande amélioration de l'AC, de l'anxiété et symptômes dépressifs. Cependant, lorsque l'analyse était limitée aux études comparant les thérapies liées à l'AC à des conditions de contrôle actif, les scores de changement n'étaient pas significatifs.

La seconde revue examinait 21 ECR portant sur les données de 1 285 participants. Des différences significatives entre les groupes ont été trouvées sur les mesures d'AC, de pleine conscience, de dépression, d'anxiété, de détresse psychologique et de bien-être, par rapport à des groupes contrôle actif (128).

Discussion :

- Forces et limites :

Notre travail présente une étude approfondie des effets et des conditions dans lesquelles des interventions basées sur l'AC ont été étudiées. Les effets sur la santé physique et psychologique ainsi que la qualité de vie et le bien-être étaient pris en considération puisqu'ils entrent dans le champ d'action du médecin généraliste. Un nombre notable d'ECR constituait le panel d'études incluses.

Toutes les études comportaient au moins une mesure du score global d'AC calculé à partir de l'échelle SCS de Neff (ou de sa forme abrégée ; SCS-SF (11)), la plupart en tant que mesure de résultat. Les résultats d'AC entre les différentes études étaient donc comparables. La grande majorité des interventions quelque soient leurs modalités étaient associées à une amélioration de l'AC. Nous n'avons pas relevé d'effets délétères liés à l'un des programmes d'AC, bien que pour l'affirmer des études d'effets indésirables seraient nécessaires.

S'agissant des limites de notre étude, nous pouvons citer l'absence de double sélection des articles au moment de l'inclusion. Un biais de confirmation n'est donc pas exclu.

La littérature grise n'a pas été examinée.

Les autres limites méthodologiques correspondent à celles des différentes études incluses. Elles sont globalement hétérogènes quant à leur conception, aux caractéristiques de la population étudiée, au type et à la durée des interventions. Leur comparaison est donc difficile et la standardisation des protocoles nécessaire. La durée des programmes variait de quelques minutes à plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le dosage idéal des programmes (durée, nombres et fréquence des sessions) reste une interrogation majeure.

Les périodes de suivi étaient trop brèves pour tirer des conclusions sur le long terme. Seulement deux études faisaient état de périodes de suivis supérieur à 6 mois.

Le niveau de preuve des études incluses était loin d'être uniforme. Certaines études étaient de qualité médiocre, la prudence s'imposera donc dans l'interprétation des résultats.

La principale limite est le petit nombre d'essais disponibles pour chaque indication. Les échantillons sont souvent de petite taille. Il existe un biais de sélection dans la mesure où les populations étudiées étaient majoritairement féminines. Les femmes sont plus critiques et ont tendance à se juger plus négativement que les hommes. De telles tendances évaluatives pourraient influencer sur leurs attitudes à l'égard de l'AC et sur la façon dont elles répondent aux interventions d'AC. Or, l'amélioration des scores bas dans les sous-échelles négatives de la SCS permet de prédire une amélioration de la psychopathologie (9) (10).

Par conséquent, les femmes peuvent être plus sensibles au bénéfice de ces interventions. La généralisation des résultats aux hommes est donc limitée. L'inclusion des personnes âgées et des adolescents a l'avantage d'offrir un panel plus large de populations cibles.

L'inclusion des participants ne reposait pas systématiquement sur une mesure initiale du score d'AC, on ne pouvait donc pas distinguer les patients susceptibles de tirer davantage partie d'un programme d'AC.

Les essais n'avaient pas toujours de groupe contrôle actif et lorsque c'était le cas, il n'était pas toujours évident de savoir s'il était bien adapté. Les effets spécifiques de l'AC ne pouvaient donc pas être évalués. On ne peut pas nier le risque de biais de performance dû au manque d'aveuglement des participants et des enseignants. Il est par ailleurs difficile de s'assurer que les enseignants impliqués dans la condition de contrôle, qui dans l'idéal serait un gold standard, aient les mêmes attentes par rapport à la réussite de l'intervention que leurs homologues impliqués dans des interventions d'AC. Ainsi, les attentes et les croyances des patients et des thérapeutes, la motivation ou encore le déroulement des séances sont des ingrédients actifs de toute relation d'aide dont il s'agirait de tenir compte (INSERM, 2004) (50). Un petit nombre d'études de cette revue comprenaient d'autres éléments d'intervention, tels que la pleine conscience ou des informations psycho-éducatives (129). Par conséquent, il est difficile de faire des affirmations définitives sur l'influence de l'AC sur les résultats.

L'augmentation de l'AC était le critère de jugement principal de plusieurs études. Peu nombreuses étaient celles qui utilisaient un critère de jugement principal ayant une utilité pratique telle que la diminution de la consommation de médicaments, la reprise du travail ou la qualité de vie.

- L'auto-compassion : des résultats encourageants
 - Efficacité des méthodes utilisées

Dans l'ensemble et à travers un certain nombre de conceptions et de populations d'études différentes, les résultats indiquent que les interventions centrées sur l'AC améliorent un éventail d'indicateurs liés à l'image du corps, aux comportements alimentaires, au bien-être psychologique et à la qualité de vie.

Concernant les problématiques ayant attiré au poids, à l'alimentation et à l'image du corps, toutes les études de notre revue ont montré que les interventions axées sur l'AC, quel que soit le contexte (obésité, TCA, cancer, adolescence), ont des effets bénéfiques sur une gamme de résultats tels que la perte de poids (75), l'amélioration des comportements nutritionnels, des pulsions alimentaires de la qualité de vie ainsi que la réduction de l'insatisfaction corporelle, de la honte et de la détresse psychologique (78). Ces résultats sont cohérents avec ceux rapportés par Braun et al. (72), indiquant que l'AC pourrait constituer un facteur de protection contre l'insatisfaction corporelle et les comportements désordonnés en matière d'alimentation. Il semble que même une très brève exposition à une attitude empreinte d'auto-compassion soit suffisante pour commencer à modifier les aspects de l'image corporelle (79).

S'agissant des troubles psychiatriques, dont l'une des caractéristiques est une tendance forte à l'autocritique (52), les interventions étudiées montraient une amélioration des symptômes psychopathologiques, de l'autocritique et de la honte. La CFT ou des interventions s'appuyant sur ses principes étaient les plus utilisées mais les périodes de suivis étaient plutôt courtes ne permettant pas d'avoir une indication quant au risque de récurrence des symptômes. Ces résultats sont cohérents avec une méta-analyse qui indique une relation étroite entre compassion de soi, santé mentale et bien-être (17). En revanche des recherches antérieures ont montré que certaines personnes ont trouvé qu'il était difficile de travailler sur les peurs et les blocages alors que cela constitue une partie essentielle de la thérapie (130).

La majorité des études réalisées chez des adultes non cliniques étaient des ECR (8 ECR sur 9 études) de relativement bonne qualité. Elles ont toutes montré une amélioration du bien-être et une réduction de la détresse psychologique. Deux études l'une basée sur la CFT,

l'autre sur MSC montraient un maintien des bénéfices de l'AC sur des périodes de suivi allant au-delà de 6 mois.

La période tourmentée de l'adolescence pourrait elle aussi bénéficier des avantages de l'AC. L'analyse des études incluses montre surtout une diminution de la dépression et une amélioration de l'image du corps (BodyMojo) (112).

Dans l'étude de Collins et al. (65), pour les aidants de proches souffrant de démence, même si le niveau de preuve est faible, l'amélioration spectaculaire des scores de dépression mérite qu'on s'y intéresse.

De par les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés et la nature exigeante de leur rôle, les professionnels de santé sont fortement exposés aux stress, aux troubles anxieux et dépressifs voire au burn-out. Malgré le faible niveau de preuve des articles étudiés, les interventions d'AC augmentaient la compassion et la sensibilité pour les autres, ainsi que la motivation altruiste.

Deux méta-analyses récentes ont révélé que les interventions liées à l'AC avaient des effets modérés sur les résultats liés à la dépression et à l'anxiété. En incluant les comparaisons de contrôle actif, la seconde ne trouvait aucune différence significative. (Précisons néanmoins que la première était essentiellement constituée d'échantillon non clinique).

- Intégration à l'offre de soins des bénéfices de ces nouvelles propositions thérapeutiques.

Les progrès technologiques et scientifiques de la médecine allopathique ont suscité de nouvelles attentes chez les malades qui « supportent de moins en moins les limites que la science médicale ne peut encore franchir et traiter » (Vidit, 1990, p.28). Initialement essentiellement centrée sur un objectif curatif, la prise en charge de la maladie a peu à peu intégré les demandes et besoins spécifiques des patients conduisant à un élargissement du concept de soin. De nos jours, le soin intègre la notion de bien-être, amplement prônée par la société occidentale. En effet, les individus semblent être en quête d'un bien-être total « [...] à la fois corporel et spirituel, une prise en charge qui s'accompagne également d'un sens, ce que la médecine actuelle n'apporte peut-être pas toujours. » (Derey, 2003, p.13).

En outre, la chronicisation des maladies, en plus de la détresse psychologique entraînée par la pathologie, a des répercussions durable sur la vie sociale des patients (Adam; Herzlich, 2014). En se confrontant en continu à la maladie, ils sont naturellement amenés à se poser des questions métaphysiques : pourquoi moi ? Vais-je mourir ?

Le patient aura alors tendance à se tourner vers le médecin pour chercher des réponses.

Si la réponse le patient juge la réponse insuffisante ou inadaptée il pourra être tenté de trouver du réconfort auprès d'autres praticiens voire auprès des médecines non conventionnelles dont l'approche est centrée sur le patient. En effet, ces dernières renouent avec un soin holistique que la médecine conventionnelle a délaissé au profit du caractère scientifique (Pierron, 2007).

Une fracture s'installe entre le patient désirant une prise en charge globale et un corps médical qui face à la complexité de maladies chroniques touchant l'ensemble de l'organisme, préfère considérer les organes isolément, avec des soins spécialisés. Cela entraîne une fragmentation du patient, dispersé entre son médecin traitant et des spécialistes manquant parfois de concertation.

Or, l'argument principal des médecines non conventionnelles est de s'intéresser au patient dans toutes ses dimensions et dans son contexte et non pas à la maladie seule. Elles répondent à l'écoute, au soutien, à une recherche de sens, et à l'autonomie de soins que recherchent les patients (131), à l'inverse de notre médecine traditionnelle à qui l'on peut reprocher d'établir un système de soin unique, segmenté, parfois déshumanisé et rythmé par de multiples examens techniques. Ainsi, cet engouement interroge les besoins et les attentes des patients à l'égard du système de soin. Il est donc essentiel pour les soignants de réfléchir à la façon dont ces nouvelles approches peuvent enrichir notre pratique. La médecine générale a d'ailleurs intégré la notion d'approche centrée sur le patient, concept central de la pratique d'une médecine délibérative, en réponse à cette demande ô combien justifiée.

Dans l'AC, le patient utilise ses propres ressources pour aller vers une meilleure acceptation des inévitables aléas de la vie. Cette approche correspond à une version moderne et évolutive des soins primaires qui consiste à redonner au patient les outils pour puiser dans ses ressources personnelles et lui permettre de reprendre son autonomie à travers la santé. Le patient passe de sujet à acteur de sa prise en charge.

Au bénéfice d'accroître la satisfaction du patient, s'ajoute la possibilité de renforcer l'observance thérapeutique, d'améliorer la qualité de vie prévenir ou ralentir la progression des maladies chroniques, la relation médecin-patient et surtout la qualité de vie.

L'AC se conçoit donc comme un outil à la disposition des praticiens pour aider les patients à utiliser leurs propres ressources internes afin de mieux vivre. Elle n'est pas une solution idéale à tous les problèmes de l'existence. Simplement, en se traitant avec bienveillance, quelques soient les difficultés des expériences que nous vivons, nous pouvons éviter de tomber dans les schémas destructeurs que sont l'autocritique, les attitudes négatives et le sentiment d'isolement. De plus, l'AC est une technique d'apaisement du rapport à soi qui peut être développée et amplifiée. Elle nous relie à notre compassion innée pour les autres, qu'elle aide également à faire croître et à soutenir. En ce sens, elle peut être une aide à la relation-médecin-patient. Un praticien sensibilisé à l'AC aura tendance être plus compatissant envers ces patients optimisant ainsi la qualité de la relation de soins.

- Une prescription à maîtriser pour l'avenir ?

Les différents types d'interventions utilisant l'AC nécessite une formation longue dispensée de manière inégale et dispersée sur le territoire nécessitant une implication personnelle profonde. L'objectif n'est pas de former tous les médecins généralistes mais de les sensibiliser à l'intérêt de cette nouvelle approche thérapeutique. Le rôle du médecin généraliste est d'orienter les patients ou non vers ce type de technique. Au vu de la diversité des indications possibles, la mission serait plutôt de sélectionner les patients pour qui les bénéfices d'une intervention d'AC seraient les plus importants. Il est essentiel expliciter le concept d'AC et de préciser ses fondements scientifiques. Ainsi les ambiguïtés pourront être levées et les réticences injustifiées évitées.

La motivation est un critère essentiel car la plupart des interventions requièrent une implication forte de la part des participants. La sélection des patients peut se faire aussi sur leur volonté d'introspection et la compréhension que le but n'est pas forcément la guérison mais plutôt le vécu et la prise de distance avec les symptômes. Notamment dans le contexte des pathologies somatiques où les preuves de l'amélioration des symptômes physiques manquent encore.

Il ne semble pas y avoir non plus de limite d'âge ni de niveau socioculturel requis. En effet l'expérience et l'habitude de la pratique est au centre des différentes pratiques et non la théorie. Néanmoins, elle est particulièrement recommandée aux personnes ayant une tendance forte à l'autocritique, souhaitant améliorer la gestion de leurs émotions ou leur bien-être. A priori nous n'avons pas relevé de contre-indication formelle à la pratique des diverses interventions d'AC, bien qu'aucune étude incluse n'était réalisée dans cet objectif.

La réalisation d'ECR de haute qualité, comportant des échantillons de tailles suffisantes pour assurer une puissance statistique satisfaisante est nécessaire. Lorsqu'il existe, le gold standard devrait être la condition de contrôle de l'intervention testée, à défaut une comparaison active telle qu'une intervention basée sur la conscience, une thérapie d'acceptation et d'engagement ou une TCC est à privilégier par rapport à une liste d'attente. De même, la standardisation des protocoles d'études et la détermination de la durée minimale efficace des interventions.

La durée du suivi doit être allongée, afin de déterminer l'évolution dans le temps.

Une sélection des individus sur la base de leur score d'AC pourrait s'envisager afin de comparer des groupes plus homogènes et mieux cibler les indications d'accroître l'AC par rapport à d'autres thérapies (TCC, pleine conscience).

Un intérêt majeur réside dans l'évaluation des méthodes et support dérivés des pratiques interventionnelles présentes. Le fait de pouvoir suivre un programme d'AC sur un support en vidéo en ligne ou une application mobile résout les problèmes d'accessibilité, libère les patients des contraintes physiques et de temps, permet une pratique autonome et limite la stigmatisation. De plus, le coût supposé élevé et non pris en charge devrait nettement diminuer.

Cette aide clinique auto-administrée ou « Self-help » peut-être une réponse au sein d'un arsenal thérapeutique entre l'abstention et une prise en charge non indiquée ou peu accessible. Compte tenu du nombre très important de patients susceptibles d'en bénéficier l'AC peut s'envisager comme un outil d'éducation et de prévention supplémentaire.

Combiné à l'écoute active et empathique du praticien pouvant apporter guidance, conseils et suivi dans la pratique de l'AC, la relation thérapeutique n'en serait que plus enrichissante.

Enfin, il semblerait logique de former à l'altruisme et la compassion ceux dont le métier est de prendre soin au quotidien des personnes en souffrance. D'autant que le bénéfice serait double, les praticiens pouvant mieux gérer leur stress et leurs émotions négatives diminueraient leur risque d'épuisement professionnel et amélioreraient leur satisfaction au travail.

Conclusion :

L'auto-compassion a été définie par Neff comme ayant trois composantes : être bienveillant plutôt que se juger, se connecter avec les autres au lieu de s'isoler, être attentif et non sur-identifier.

Notre recherche démontre qu'elle est fortement corrélée au bien-être émotionnel, à la réduction de l'anxiété et de la dépression, à des relations personnelles plus satisfaisantes et à des habitudes plus saines.

Cette revue de littérature réunissant 81 articles, confirme la réduction des symptômes de dépression et d'anxiété et l'amélioration du bien-être de populations cliniques et non cliniques. Elle met en évidence des effets intéressants concernant l'amélioration des troubles de l'alimentation, de l'insatisfaction corporelle, particulièrement pour les personnes très autocritiques. Les preuves sont les plus nombreuses chez les femmes, les patients atteints de BED et de cancer en particulier du sein et au cours de l'adolescence.

L'intérêt pour la médecine générale réside dans la diversité des indications potentielles des interventions axées sur l'AC. Le rôle du médecin généraliste sera de cibler ceux qui pourraient tirer le plus grand bénéfice de ce type de programme. Cette approche globale peut améliorer la relation de soins. Le suivi des patients dans la durée par les praticiens sera utile à l'évaluation des effets à long terme.

Le modèle de relation médecin-patient a évolué ces dernières décennies, de par l'évolution sanitaire et sociale et à la demande des patients. Mais cela n'est pas sans difficultés, car la mise en place d'un modèle basé sur le partenariat nécessite de la volonté et du temps.

La quête actuelle de bien-être ne fait que mettre en exergue ces problématiques. Des pistes de réflexions sont à explorer, l'AC pourrait bien mériter d'en faire partie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

1. Neff K. Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self Identity*. avr 2003;2(2):85-101.
2. Blatt SJ. The destructiveness of perfectionism. Implications for the treatment of depression. *Am Psychol*. déc 1995;50(12):1003-20.
3. Austenfeld JL, Stanton AL. Coping through emotional approach: a new look at emotion, coping, and health-related outcomes. *J Pers*. déc 2004;72(6):1335-63.
4. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*. 2003;84(4):822-48.
5. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Personal*. août 2007;41(4):908-16.
6. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity*. juill 2003;2(3):223-50.
7. Kotsou I, Leys C. Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. *PLoS One*. 2016;11(4):e0152880.
8. López A, Sanderman R, Smink A, Zhang Y, van Sonderen E, Ranchor A, et al. A Reconsideration of the Self-Compassion Scale's Total Score: Self-Compassion versus Self-Criticism. *PLoS ONE* [Internet]. 20 juill 2015 [cité 22 mars 2019];10(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508060/>
9. Muris P, Petrocchi N. Protection or Vulnerability? A Meta-Analysis of the Relations Between the Positive and Negative Components of Self-Compassion and Psychopathology. *Clin Psychol Psychother*. mars 2017;24(2):373-83.
10. Neff KD. The Self-Compassion Scale is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness*. 1 févr 2016;7(1):264-74.
11. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother*. mai 2011;18(3):250-5.
12. Leary MR, Tate EB, Adams CE, Batts Allen A, Hancock J. Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *J Pers Soc Psychol*. 2007;92(5):887-904.

13. Neff KD, Hsieh Y-P, Dejjitrat K. Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self Identity*. 2005;4(3):263-87.
14. Baumeister RF, Heatherton TF, Tice DM. When ego threats lead to self-regulation failure: negative consequences of high self-esteem. *J Pers Soc Psychol*. janv 1993;64(1):141-56.
15. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *J Pers*. févr 2009;77(1):23-50.
16. Neff KD. The Role of Self-Compassion in Development: A Healthier Way to Relate to Oneself. *Hum Dev*. juin 2009;52(4):211-4.
17. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin Psychol Rev*. août 2012;32(6):545-52.
18. Webb JB, Forman MJ. Evaluating the indirect effect of self-compassion on binge eating severity through cognitive-affective self-regulatory pathways. *Eat Behav*. avr 2013;14(2):224-8.
19. Schoenefeld SJ, Webb JB. Self-compassion and intuitive eating in college women: examining the contributions of distress tolerance and body image acceptance and action. *Eat Behav*. déc 2013;14(4):493-6.
20. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain*. 2014;20(3):95-108.
21. Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions - Laura K. Barnard, John F. Curry, 2011 [Internet]. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1037/a0025754?journalCode=rgpa>
22. Self-Compassion and Well-Being in Parents of Children with Autism - Semantic Scholar [Internet]. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Self-Compassion-and-Well-Being-in-Parents-of-with-Neff-Faso/18aa9a3b43370d257a72fe001b71a7a424e7e404>
23. Wei M, Liao KY-H, Ku T-Y, Shaffer PA. Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *J Pers*. févr 2011;79(1):191-221.
24. Neff KD, Beretvas SN. The role of self-compassion in romantic relationships. *Self Identity*. 2013;12(1):78-98.

25. Neff KD, Pommier E. The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self Identity*. 2013;12(2):160-76.
26. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity*. 2010;9(3):225-40.
27. Neely ME, Schallert DL, Mohammed SS, Roberts RM, Chen Y-J. Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motiv Emot*. 2009;33(1):88-97.
28. Sbarra DA, Hasselmo K, Bourassa KJ. Divorce and Health: Beyond Individual Differences. *Curr Dir Psychol Sci*. 1 avr 2015;24(2):109-13.
29. Carson JW, Keefe FJ, Lynch TR, Carson KM, Goli V, Fras AM, et al. Loving-Kindness Meditation for Chronic Low Back Pain: Results From a Pilot Trial. *J Holist Nurs*. 1 sept 2005;23(3):287-304.
30. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Pers Soc Psychol Bull*. sept 2012;38(9):1133-43.
31. Jazaieri H, McGonigal K, Jinpa T, Doty JR, Gross JJ, Goldin PR. A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motiv Emot*. févr 2014;38(1):23-35.
32. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):6-41.
33. Neff KD, Germer CK. A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program: A Pilot and Randomized Trial of MSC Program. *J Clin Psychol*. janv 2013;69(1):28-44.
34. Gonzalez-Hernandez E, Romero R, Campos D, Burychka D, Diego-Pedro R, Baños R, et al. Cognitively-Based Compassion Training (CBCT®) in Breast Cancer Survivors: A Randomized Clinical Trial Study. *Integr Cancer Ther*. sept 2018;17(3):684-96.
35. Schuling R, Huijbers MJ, van Ravesteijn H, Donders R, Kuyken W, Speckens AEM. A parallel-group, randomized controlled trial into the effectiveness of Mindfulness-Based Compassionate Living (MBCL) compared to treatment-as-usual in recurrent depression: Trial design and protocol. *Contemp Clin Trials*. 2016;50:77-83.
36. Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: potential for psychological interventions. *Clin Psychol Rev*. nov 2011;31(7):1126-32.

37. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: overview and pilot study of a group therapy approach - Gilbert - 2006 - Clinical Psychology & Psychotherapy - Wiley Online Library [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/cpp.507>
38. Allen DJ, Heyrman PJ. préparé par la WONCA EUROPE (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille) 2002. :52.
39. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Vo U M E. :8.
40. Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires modifié par LOI n°2016-41 du 26 janvier 2016; 2016. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/>.
41. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine. 1 mai 2010;6(5):221-7.
42. Nicholls AR, Hemmings B, Clough PJ. Stress appraisals, emotions, and coping among international adolescent golfers. Scand J Med Sci Sports. 2010;20(2):346-55.
43. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2071>
44. Lazarus A. RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL " VILLE, SANTÉ MENTALE, PRÉCARITÉ ET EXCLUSION SOCIALE ". :65.
45. Gallais J-L, Alby M-L. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. EMC - Psychiatr. janv 2004;1(1):1-6.
46. Haxaire C, Genest P, Bail P. Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 15 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-133.htm>
47. Gori R & Volgo MJ : La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence – Paris, Denoël (2005). In.
48. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. 2002-73 janv 17, 2002.
49. Vallée J-P, Gallois P. « L'effet médecin » dans la pratique clinique peut être analysé et enseigné. Médecine. 1 déc 2006;2(10):441-441.

50. Science&Santé n°20 [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/magazine-scienceetsante/science%26sante-ndeg20>
51. Dundas I, Binder P-E, Hansen TGB, Stige SH. Does a short self-compassion intervention for students increase healthy self-regulation? A randomized control trial. *Scand J Psychol.* oct 2017;58(5):443-50.
52. Gilbert, P. and Procter, S. (2006) Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 353-379. - References - Scientific Research Publishing [Internet]. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1998796](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1998796)
53. HAS Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique.
54. Moffitt RL, Neumann DL, Williamson SP. Comparing the efficacy of a brief self-esteem and self-compassion intervention for state body dissatisfaction and self-improvement motivation. *Body Image.* déc 2018;27:67-76.
55. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother.* déc 2013;86(4):387-400.
56. McManus J, Tsivos Z, Woodward S, Fraser J, Hartwell R. Compassion Focused Therapy Groups: Evidence from Routine Clinical Practice. *Behav Change.* sept 2018;35(3):167-73.
57. Harwood EM, Kocovski NL. Self-Compassion Induction Reduces Anticipatory Anxiety Among Socially Anxious Students. *Mindfulness.* 1 déc 2017;8(6):1544-51.
58. Noorbala F, Borjali A, Ahmadian-Attari MM, Noorbala AA. Effectiveness of Compassionate Mind Training on Depression, Anxiety, and Self-Criticism in a Group of Iranian Depressed Patients. *Iran J Psychiatry.* août 2013;8(3):113-7.
59. Mak WW, Tong AC, Yip SY, Lui WW, Chio FH, Chan AT, et al. Efficacy and Moderation of Mobile App-Based Programs for Mindfulness-Based Training, Self-Compassion Training, and Cognitive Behavioral Psychoeducation on Mental Health: Randomized Controlled Noninferiority Trial. *JMIR Ment Health* [Internet]. 11 oct 2018 [cité 25 mai 2019];5(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6231823/>
60. Sherman KA, Przewdziecki A, Alcorso J, Kilby CJ, Elder E, Boyages J, et al. Reducing Body Image-Related Distress in Women With Breast Cancer Using a Structured Online Writing Exercise: Results From the My Changed Body Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 juill 2018;36(19):1930-40.

61. Haj Sadeghi Z, Yazdi-Ravandi S, Pirnia B. Compassion-Focused Therapy on Levels of Anxiety and Depression Among Women with Breast Cancer; A Randomized Pilot Trial. *Int J Cancer Manag*. 24 oct 2018;In Press.
62. (4) Modifying Affective and Cognitive Responses Regarding Body Image Difficulties in Breast Cancer Survivors Using a Self-Compassion-Based Writing Intervention | Request PDF [Internet]. ResearchGate. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/304705581_Modifying_Affective_and_Cognitive_Responses_Regarding_Body_Image_Difficulties_in_Breast_Cancer_Survivors_Using_a_Self-Compassion-Based_Writing_Intervention
63. Campo RA, Bluth K, Santacroce SJ, Knapik S, Tan J, Gold S, et al. A mindful self-compassion videoconference intervention for nationally recruited posttreatment young adult cancer survivors: feasibility, acceptability, and psychosocial outcomes. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. 2017;25(6):1759-68.
64. Lathren C, Bluth K, Campo R, Tan W, Futch W. Young adult cancer survivors' experiences with a mindful self-compassion (MSC) video-chat intervention: A qualitative analysis. *Self Identity J Int Soc Self Identity*. 2018;17(6):646-65.
65. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The Evaluation of a Compassion-Focused Therapy Group for Couples Experiencing a Dementia Diagnosis. *Clin Gerontol*. déc 2018;41(5):474-86.
66. Friis AM, Johnson MH, Cutfield RG, Consedine NS. Kindness Matters: A Randomized Controlled Trial of a Mindful Self-Compassion Intervention Improves Depression, Distress, and HbA1c Among Patients With Diabetes. *Diabetes Care*. nov 2016;39(11):1963-71.
67. Karami J, Rezaei M, Karimi P, Rafiee Z. Effectiveness of Self-Compassion Intervention Training on Glycemic Control in Patients with Diabetes. *J Kermanshah Univ Med Sci* [Internet]. juin 2018 [cité 13 juin 2019];22(2). Disponible sur: <http://jkums.com/en/articles/83282.html>
68. Chapin HL, Darnall BD, Seppala EM, Doty JR, Hah JM, Mackey SC. Pilot study of a compassion meditation intervention in chronic pain. *J Compassionate Health Care* [Internet]. 2014 [cité 28 mai 2019];1. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4972045/>
69. Palmeira L, Cunha M, Pinto-Gouveia J. Processes of change in quality of life, weight self-stigma, body mass index and emotional eating after an acceptance-, mindfulness- and compassion-based group intervention (Kg-Free) for women with overweight and obesity. *J Health Psychol*. 1 janv 2017;1359105316686668.

70. Judge L, Gilbert PR, McEwan K, Cleghorn A. An Exploration of Group-Based Compassion Focused Therapy for a Heterogeneous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *Int J Cogn Ther* [Internet]. 1 déc 2012 [cité 28 mai 2019]; Disponible sur: <https://www.scienceopen.com/document?vid=0610c99d-3fcd-4ad0-ae9a-425ae0dd130c>
71. Bartels-Velthuis AA, Schroevers MJ, van der Ploeg K, Koster F, Fleer J, van den Brink E. A Mindfulness-Based Compassionate Living Training in a Heterogeneous Sample of Psychiatric Outpatients: a Feasibility Study. *Mindfulness*. 2016;7:809-18.
72. Braun TD, Park CL, Gorin A. Self-compassion, body image, and disordered eating: A review of the literature. *Body Image*. juin 2016;17:117-31.
73. Rahimi-Ardabili H, Reynolds R, Vartanian LR, McLeod LVD, Zwar N. A Systematic Review of the Efficacy of Interventions that Aim to Increase Self-Compassion on Nutrition Habits, Eating Behaviours, Body Weight and Body Image. *Mindfulness*. 1 avr 2018;9(2):388-400.
74. Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications - Steindl - 2017 - *Clinical Psychologist* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cp.12126>
75. Goss K, Allan S. The development and application of compassion-focused therapy for eating disorders (CFT-E). *Br J Clin Psychol*. mars 2014;53(1):62-77.
76. Kelly AC, Carter JC. Self-compassion training for binge eating disorder: a pilot randomized controlled trial. *Psychol Psychother*. sept 2015;88(3):285-303.
77. Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27237928>
78. Pinto-Gouveia J, Carvalho SA, Palmeira L, Castilho P, Duarte C, Ferreira C, et al. BEfree: A new psychological program for binge eating that integrates psychoeducation, mindfulness, and compassion. *Clin Psychol Psychother*. sept 2017;24(5):1090-8.
79. Gale C, Gilbert P, Read N, Goss K. An evaluation of the impact of introducing compassion focused therapy to a standard treatment programme for people with eating disorders. *Clin Psychol Psychother*. févr 2014;21(1):1-12.

80. A feasibility study of a 2-week self-compassionate letter-writing intervention for nontreatment seeking individuals with typical and atypical anore... - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30102787>
81. Haukaas RB, Gjerde IB, Varting G, Hallan HE, Solem S. A Randomized Controlled Trial Comparing the Attention Training Technique and Mindful Self-Compassion for Students With Symptoms of Depression and Anxiety. *Front Psychol* [Internet]. 25 mai 2018 [cité 28 mai 2019];9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5982936/>
82. Gharraee B, Tajrishi KZ, Farani AR, Bolhari J, Farahani H. A Randomized Controlled Trial of Compassion Focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Behav Sci* [Internet]. 31 déc 2018 [cité 28 mai 2019];12(4). Disponible sur: <http://ijpsychiatrybs.com/en/articles/80945.html>
83. Boersma K, Håkanson A, Salomonsson E, Johansson I. Compassion Focused Therapy to Counteract Shame, Self-Criticism and Isolation. A Replicated Single Case Experimental Study for Individuals With Social Anxiety. *J Contemp Psychother*. 1 juin 2015;45(2):89-98.
84. Schuling R, Huijbers M, Jansen H, Metzemaekers R, Den Brink EV, Koster F, et al. The Co-creation and Feasibility of a Compassion Training as a Follow-up to Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Patients with Recurrent Depression. *Mindfulness*. 2018;9(2):412-22.
85. Carlyle M, Rockliff H, Edwards R, Ene C, Karl A, Marsh B, et al. Investigating the Feasibility of Brief Compassion Focused Therapy in Individuals in Treatment for Opioid Use Disorder. *Subst Abuse Res Treat* [Internet]. 2 avr 2019 [cité 28 mai 2019];13. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6446438/>
86. A Pilot Study of Brief Self-Compassion Training With Individuals in Substance Use Disorder Treatment | Request PDF [Internet]. ResearchGate. [cité 28 mai 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/324228399_A_Pilot_Study_of_Brief_Self-Compassion_Training_With_Individuals_in_Substance_Use_Disorder_Treatment
87. Kelly AC, Zuroff DC, Foa CL, Gilbert P. Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *J Soc Clin Psychol*. 2010;29(7):727-55.
88. Beaumont EA, Jenkins P, Galpin AJ. 'Being kinder to myself ': a prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour Therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Couns Psychol Rev*. mars 2012;27:31-43.

89. Au TM, Sauer-Zavala S, King MW, Petrocchi N, Barlow DH, Litz BT. Compassion-Based Therapy for Trauma-Related Shame and Posttraumatic Stress: Initial Evaluation Using a Multiple Baseline Design. *Behav Ther.* 2017;48(2):207-21.
90. Braehler C, Gumley A, Harper J, Wallace S, Norrie J, Gilbert P. Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *Br J Clin Psychol.* juin 2013;52(2):199-214.
91. Ascone L, Sundag J, Schlier B, Lincoln TM. Feasibility and Effects of a Brief Compassion-Focused Imagery Intervention in Psychotic Patients with Paranoid Ideation: A Randomized Experimental Pilot Study. *Clin Psychol Psychother.* mars 2017;24(2):348-58.
92. Mayhew SL, Gilbert P. Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: a case series report. *Clin Psychol Psychother.* 2008;15(2):113-38.
93. Feliu-Soler A, Pascual JC, Elices M, Martín-Blanco A, Carmona C, Cebolla A, et al. Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. *Clin Psychol Psychother.* janv 2017;24(1):278-86.
94. Sommers-Spijkerman MPJ, Trompetter HR, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET. Compassion-focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2018;86(2):101-15.
95. Weibel DT. A loving-kindness intervention: Boosting compassion for self and others. [US]: ProQuest Information & Learning; 2008.
96. Arimitsu K. The effects of a program to enhance self-compassion in Japanese individuals: A randomized controlled pilot study. *J Posit Psychol.* 1 nov 2016;11(6):559-71.
97. Finlay-Jones A, Xie Q, Huang X, Ma X, Guo X. A Pilot Study of the 8-Week Mindful Self-Compassion Training Program in a Chinese Community Sample. *Mindfulness.* 1 juin 2018;9(3):993-1002.
98. Stern NG, Engeln R. Self-Compassionate Writing Exercises Increase College Women's Body Satisfaction. *Psychol Women Q.* 1 sept 2018;42(3):326-41.
99. Self-Compassion and Body Dissatisfaction in Women: A Randomized Controlled Trial of a Brief Meditation Intervention, Ellen R AlbertsonKristin D NeffKaren E Dill-ShacklefordKaren E Dill-Shackleford, June 2014, *Mindfulness* [Internet]. ResearchGate. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/259941167_Self-Compassion_and_Body_Dissatisfaction_in_Women_A_Randomized_Controlled_Trial_of_a_Brief_Meditation_Intervention

100. Toole AM, Craighead LW. Brief self-compassion meditation training for body image distress in young adult women. *Body Image*. 1 déc 2016;19:104-12.
101. A Randomized Controlled Study of Writing Interventions on College Women's Positive Body Image | SpringerLink [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12671-018-0947-7>
102. Shapira LB, Mongrain M. The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *J Posit Psychol*. 2010;5(5):377-89.
103. Krieger T, Reber F, von Glutz B, Urech A, Moser CT, Schulz A, et al. An Internet-Based Compassion-Focused Intervention for Increased Self-Criticism: A Randomized Controlled Trial. *Behav Ther*. 1 mars 2019;50(2):430-45.
104. A wait-list randomized controlled trial of loving-kindness meditation programme for self-criticism. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 3 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24633992>
105. Rose A, McIntyre R, Rimes KA. Compassion-Focused Intervention for Highly Self-Critical Individuals: Pilot Study. *Behav Cogn Psychother*. sept 2018;46(5):583-600.
106. Rao N, Kemper KJ. Online Training in Specific Meditation Practices Improves Gratitude, Well-Being, Self-Compassion, and Confidence in Providing Compassionate Care Among Health Professionals. *J Evid-Based Complement Altern Med*. avr 2017;22(2):237-41.
107. Beaumont E, Irons C, Rayner G, Dagnall N. Does Compassion-Focused Therapy Training for Health Care Educators and Providers Increase Self-Compassion and Reduce Self-Persecution and Self-Criticism? *J Contin Educ Health Prof*. 2016;36(1):4-10.
108. Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207261.
109. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Med Educ*. 10 mai 2019;19(1):139.
110. Eriksson T, Germundsjö L, Åström E, Rönnlund M. Mindful Self-Compassion Training Reduces Stress and Burnout Symptoms Among Practicing Psychologists: A Randomized Controlled Trial of a Brief Web-Based Intervention. *Front Psychol*. 2018;9:2340.
111. Finlay-Jones A, Kane R, Rees C. Self-Compassion Online: A Pilot Study of an Internet-Based Self-Compassion Cultivation Program for Psychology Trainees. *J Clin Psychol*. juill 2017;73(7):797-816.

112. Rodgers RF, Donovan E, Cousineau T, Yates K, McGowan K, Cook E, et al. BodiMojo: Efficacy of a Mobile-Based Intervention in Improving Body Image and Self-Compassion among Adolescents. *J Youth Adolesc.* 2018;47(7):1363-72.
113. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *J Clin Psychol.* sept 2014;70(9):794-807.
114. Making Friends With Yourself: A Mixed Methods Pilot Study of a Mindful Self-Compassion Program for Adolescents [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4838201/>
115. Bluth K, Eisenlohr-Moul TA. Response to a Mindful Self-Compassion Intervention in Teens: A Within-person Association of Mindfulness, Self-Compassion, and Emotional Well-Being Outcomes. *J Adolesc.* juin 2017;57:108-18.
116. Bowyer L, Wallis J, Lee D. Developing a compassionate mind to enhance trauma-focused CBT with an adolescent female: a case study. *Behav Cogn Psychother.* mars 2014;42(2):248-54.
117. Kelman AR, Evare BS, Barrera AZ, Muñoz RF, Gilbert P. A proof-of-concept pilot randomized comparative trial of brief Internet-based compassionate mind training and cognitive-behavioral therapy for perinatal and intending to become pregnant women. *Clin Psychol Psychother.* 2018;25(4):608-19.
118. Mitchell AE, Whittingham K, Steindl S, Kirby J. Feasibility and acceptability of a brief online self-compassion intervention for mothers of infants. *Arch Womens Ment Health.* 2018;21(5):553-61.
119. Effect of compassion-focused group therapy on psychological symptoms in mothers of attention-deficit hyperactivity disorder children: A pilot study [Internet]. [cité 29 mai 2019]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/331349036_Effect_of_compassion-focused_group_therapy_on_psychological_symptoms_in_mothers_of_attention-deficit_hyperactivity_disorder_children_A_pilot_study
120. Lunde C, Gattario KH. Performance or appearance? Young female sport participants' body negotiations. *Body Image.* 1 juin 2017;21:81-9.
121. Lane AM, Beedie CJ, Devonport TJ, Stanley DM. Instrumental emotion regulation in sport: relationships between beliefs about emotion and emotion regulation strategies used by athletes. *Scand J Med Sci Sports.* déc 2011;21(6):e445-451.

122. Reis NA, Kowalski KC, Ferguson LJ, Sabiston CM, Sedgwick WA, Crocker PRE. Self-compassion and women athletes' responses to emotionally difficult sport situations: An evaluation of a brief induction. *Psychol Sport Exerc.* 1 mars 2015;16:18-25.
123. Mosewich AD, Crocker P RE, Kowalski KC, Delongis A. Applying self-compassion in sport: an intervention with women athletes. *J Sport Exerc Psychol.* oct 2013;35(5):514-24.
124. Bodies in Motion: An empirical evaluation of a program to support positive body image in female collegiate athletes. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30716557>
125. Bellosta-Batalla M, Ruiz-Robledillo N, Sariñana-González P, Capella-Solano T, Vitoria-Estruch S, Hidalgo-Moreno G, et al. Increased Salivary IgA Response as an Indicator of Immunocompetence After a Mindfulness and Self-Compassion-Based Intervention. *Mindfulness.* 1 juin 2018;9(3):905-13.
126. Self-compassion training modulates alpha-amylase, heart rate variability, and subjective responses to social evaluative threat in women [Internet]. [cité 27 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3985278/>
127. Wilson AC, Mackintosh K, Power K, Chan SWY. Effectiveness of Self-Compassion Related Therapies: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness.* juin 2019;10(6):979-95.
128. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A Meta-Analysis of Compassion-Based Interventions: Current State of Knowledge and Future Directions. *Behav Ther.* 2017;48(6):778-92.
129. Mantzios M, Wilson JC. Mindfulness, Eating Behaviours, and Obesity: A Review and Reflection on Current Findings. *Curr Obes Rep.* mars 2015;4(1):141-6.
130. Gilbert P, McEwan K, Catarino F, Baião R. Fears of compassion in a depressed population implication for psychotherapy. *J Depress Anxiety* [Internet]. 13 mai 2014 [cité 2 juin 2019]; Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.4172/2167-1044.S2-003>
131. Marie-Hélène Bacqué, Yves Sintomer (dir.), *La démocratie participative. Histoires et généalogies*, La Découverte, coll. « Recherches », 2011, 320 p.
132. Craig C, Hiskey S, Royan L, Poz R, Spector A. Compassion focused therapy for people with dementia: A feasibility study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2018;33(12):1727-35.
133. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychol Med.* avr 2015;45(5):927-45.

ANNEXES

Annexe 1 : Échelle d'auto-compassion

S2. French version of the SCS questionnaire:

Echelle d'auto-compassion (EAC)

Référence: Kotsou I, Leys C (2016) Self-Compassion Scale (SCS): Psychometric Properties of The French Translation and Its Relations with Psychological Well-Being, Affect and Depression. PLoS ONE.

Codage:

Items d'auto-bienveillance: 5, 12, 19, 23, 26

Items d'auto-jugement: 1, 8, 11, 16, 21

Items de commune humanité: 3, 7, 10, 15

Items d'isolation: 4, 13, 18, 25

Items de mindfulness: 9, 14, 17, 22

Items de sur-identification: 2, 6, 20, 24

Les scores des 6 sous-dimensions se calculent en faisant la moyenne des items de chaque sous-dimension.

Afin de calculer un score total d'auto-compassion, il convient de reverser le score des items des sous-dimensions "auto-jugement", "isolation" et "sur-identification". (i.e., 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1) et ensuite calculer le score total.

Lisez attentivement chaque énoncé avant de répondre. A droite de chaque item, indiquez à quelle fréquence vous vous comportez de cette façon, en utilisant l'échelle de 1 à 5.

1	2	3	4	5
Presque jamais				Presque toujours

1.	Je désapprouve et juge mes propres défauts et insuffisances.	
2.	Lorsque je me sens mal, j'ai tendance à être obsédé(e) et à focaliser sur tout ce qui ne va pas.	
3.	Quand les choses vont mal pour moi, je vois ces difficultés comme faisant partie de la vie que chacun traverse.	
4.	Quand je pense à mes insuffisances, je me sens différent(e) et coupé(e) du reste du monde.	
5.	J'essaie d'être aimant(e) envers moi-même quand je souffre.	
6.	Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, je suis envahi(e) par un sentiment de ne pas être à la hauteur.	
7.	Quand je me sens déprimé(e), je me rappelle qu'il y a beaucoup d'autres personnes dans le monde qui ressentent la même chose.	
8.	Quand les choses vont vraiment mal, j'ai tendance à être dur(e) envers moi-même	
9.	Quand quelque chose me contrarie, j'essaie de garder mes émotions en équilibre.	
10.	Quand je ne me sens pas à la hauteur d'une quelconque façon, j'essaie de me rappeler que ce sentiment est partagé par la plupart des gens.	
11.	Je suis intolérant(e) et impatient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	
12.	Quand je traverse une période très difficile, je me donne le soin et la tendresse dont j'ai besoin.	

13.	Quand je me sens mal, j'ai tendance à avoir l'impression que les autres sont plus heureux que moi.	
14.	Quand quelque chose de douloureux se produit, j'essaye d'avoir une vision équilibrée de la situation.	
15.	J'essaye de voir mes défauts comme faisant partie de la condition humaine.	
16.	Quand je vois des aspects de moi-même que je n'aime pas, je me critique.	
17.	Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi j'essaye de garder les choses en perspective.	
18.	Quand c'est vraiment difficile pour moi, j'ai tendance à penser que la vie est plus facile pour les autres.	
19.	Je suis bienveillant(e) envers moi-même quand je souffre	
20.	Quand quelque chose me perturbe, je me laisse emporter par mes sentiments.	
21.	Je suis dur(e) envers moi-même quand je ressens de la souffrance.	
22.	Quand je suis déprimé(e), je cherche à approcher mes sentiments avec curiosité et ouverture.	
23.	Je suis tolérant(e) avec mes propres défauts et insuffisances	
24.	Quand quelque chose de douloureux se produit, j'ai tendance à donner une importance hors de proportion à l'incident.	
25.	Quand j'échoue à quelque chose d'important pour moi, j'ai tendance à me sentir seul(e) dans mon échec.	
26.	J'essaye d'être compréhensif(ve) et patient(e) envers les aspects de ma personnalité que je n'aime pas.	

Annexe 2 : liste des tableaux résumant les études incluses dans notre revue.

Tableau 1 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des adultes atteint ou ayant survécu à un cancer :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Sherman et al. (60) Australie, 2018	ECR	N=299 femmes survivantes du cancer sein	MyCB en ligne / Groupe d'écriture expressive 1 session	3 mois	Amélioration appréciation du corps Réduction troubles de l'image corporelle
Gonzalez-Hernandez et al. (15) Espagne 2018	ECR	N=56 femmes survivantes du cancer du sein	CBCT / TAU 8 semaines	6 mois	Réduction stress causé par peur de la récurrence
Haj Sadeghi (61) Iran, 2018	ECR	N=30 femmes atteintes d'un cancer du sein	CFT / MET 8 semaines	-	Réduction de la dépression
Sherman et al. (62) Australie, 2016	Étude longitudinale contrôlée	N=105 femmes survivantes du cancer du sein	Exercice d'écriture d'AC sur expérience d'image corporelle difficile/ écriture non structurée	-	Augmentation générosité pour soi Réduction affects négatifs
Campo et al. (63) USA, 2017	Etude avant/après	N=25 adultes de 18 à 29 avec antécédent de cancer	MSC vidéo en ligne 8 semaines	-	Amélioration image du corps, dépression, anxiété, isolement social
Lathren et al. (64) USA, 2018	Analyse qualitative descriptive	N=20 femmes moyenne d'âge 27 ans, avec antécédent de cancer	MSC vidéo en ligne 8 semaines	-	Réduction détresse liée à l'image du corps

ECR= Essai contrôlé Randomisé, CBCT= Compassion Based Cognitive Therapy, CFT= Compassion Focused Therapy, MyCB= My Changed Body intervention psychologique en ligne basée sur une activité d'écriture auto-compatissante), MET= Traitement d'amélioration de la motivation, (intervention psychologique en ligne basée sur une activité d'écriture auto-compatissante), MET= Traitement d'amélioration de la motivation, TAU= Traitement comme d'habitude.

Tableau 2 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des adultes souffrants de pathologies somatiques :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Friis et al. (66) Nouvelle-Zélande, 2016	ECR	N=63 patients diabétiques	MSC / Liste d'attente 8 semaines	3 mois	Réduction dépression et anxiété liée au diabète et HbA1c
Karami et al. (67) Iran, 2018	ECR	N=20 patients diabétiques de type 2	Formation à l'AC / Témoin 8 semaines	-	Réduction scores moyens de glycémie (p<0,001)
Carson et al. (29) USA, 2005	ECR	N=43 patients avec douleur lombaires chroniques	LKM / Soins standards 8 semaines	-	Amélioration douleur et détresse psychologique
Chapin et al. (68) USA, 2014	Étude à mesure répétée avec période de contrôle	N=12 patients douloureux chroniques	Formation méditation compassion et AC de groupe 9 semaines	-	Réduction sévérité de la douleur et colère Augmentation tolérance à la douleur
Collins et al. (65) Royaume-Uni, 2018	Étude avant/après	N=52 patients déments et leurs conjoints	CFT	-	Amélioration anxiété et dépression et qualité de vie
Craig et al. (132) Royaume-Uni, 2018	Série de cas	N=6 patients déments	CFT	-	Amélioration humeur et anxiété

CFT= Compassion Focused Therapy, LKM= Loving Kindness Meditation, MSC= Mindful Self-Compassion.

Tableau 3: Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des adultes atteints de pathologies psychiatriques divers

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Leaviss et Uttley (133) Royaume-Uni, 2015	Revue de littérature 14 études dont 3 ECR	Diagnostic clinique ou symptômes auto-déclarés de tout trouble psychologique	CFT	-	Résultats globalement en faveur de CFT par rapport à des groupes témoins ou au traitement standard
McManus et al. (56) Royaume-uni, 2018	Étude contrôlée non randomisée	N=13 patients psychiatriques ambulatoires	MBCL / MSBR 16 semaines	-	Réduction de la dépression
Bartels-Velthuis & Maya (71) Pays-Bas, 2016	Étude non contrôlée	N=27 patients psychiatriques ambulatoires	CFT 9 semaines	-	Amélioration confiance en soi et auto-efficacité Réduction autocritique et honte
Judge et al. (70) Royaume-Uni, 2012	Étude non contrôlée	N=42 patients psychiatriques ambulatoires 12 à 14 semaines	CFT 12 à 14 semaines	-	Augmentation pensées apaisantes Réduction dépression, anxiété, stress, autocritique, honte, comportement de soumission et la comparaison sociale
Paul Gilbert (37) Royaume-Uni, 2006	Étude pilote non contrôlée	N=6 patients avec divers troubles du comportement	CFT 12 semaines	-	Augmentation de la capacité à s'apaiser Réduction dépression, anxiété, autocritiques, honte, infériorité et comportement soumis

CFT= Compassion Focused Therapy, MBCL= Mindfulness-Based Compassionate Living, MSBR= Mindfulness Based Stress Reduction.

Tableau 4: Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des patients souffrants de trouble du comportement alimentaires

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Braun et al. (72) USA, 2016	Revue de littérature	28 études 6527 participants	Relation entre AC et au moins une variable liée à l'image corporelle ou à la pathologie alimentaire	-	Amélioration des résultats liés au corps et aux troubles alimentaires
Rahimi-Ardabili et al. (73) Australie, 2018	Revue de littérature	6 études	Interventions visant à accroître l'AC envers l'obésité et les troubles psychologiques liés au poids	-	Amélioration poids, comportement nutritionnels et alimentaires et image du corps
Steindl et al. (33) Australie, 2017	Revue de littérature		CFT pour les troubles alimentaires (CFT-E)	-	Diminution TCA surtout BED
Goss et Allan (75) Royaume-Uni, 2014	Revue narrative	Revue narrative	CFT pour les troubles alimentaires (CFT-E)	-	Diminution TCA surtout BED
Kelly et al. (77) Canada, 2017	ECR	N=22 patients avec divers TCA	CFT+TAU / TAU 12 semaines	-	Amélioration de la honte et TCA
Kelly et Carter (76) Canada, 2015	ECR	N=41 patients avec BED	CFT / intervention compartimental 3 semaines	-	Réduction troubles alimentaires, préoccupations liées à l'alimentation et poids
Pinto-Gouveia et Carvalho (78) Portugal, 2017	Étude longitudinale contrôlé non randomisée	N=36 femmes obèses ou surpoids avec BED	BEFree / liste d'attente 12 semaines	6 mois	Amélioration qualité de vie Réduction TCA, dépression, honte, autocritique, inflexibilité
Palmeira et al. (69) Portugal, 2017	Étude interventionnelle non contrôlée	N=53 femmes obèses ou en surpoids	Kg-Free 10 semaines et 2 séances bimensuelles de rappel	3 mois	Amélioration qualité de vie Réduction honte, alimentation émotionnelle, autocritiques, IMC
Gale et al. (79) Royaume-Uni, 2014	Étude observationnelle	N=139 patients avec TCA	CFT pour les troubles alimentaires (CFT-E)	-	Amélioration TCA et détresse psychologique
Allison C. et Kelly PhD (80) Australie, 2018	ECR	N=40 femmes anorexiques	Écriture d'AC / liste d'attente, 2 semaines	-	Diminution honte

BED= Binge Eating Disorder, CFT= Compassion Focused Therapy, TAU= Traitement habituel, TCA= Troubles du comportement alimentaire,

Tableau 5: Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des patients déprimés et/ou anxieux ou stressés :

Article, lieu de l'étude et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Haukaas et al. (81) Norvège, 2017	ECR	N=81 étudiants déprimés, anxieux ou stressés	MSC audio / ATT	6 mois	Amélioration flexibilité de l'attention Réduction anxiété et dépression
Boersma et al. (83) Suède, 2014	Étude à cas unique et dupliquée	N=6 adultes avec anxiété sociale	CFT 8 sessions	-	Réduction anxiété sociale
Noorbala et al. (58) Iran, 2013	ECR	N=19 femmes dépressives	CMT/ Témoin 6 semaines	2 mois	Réduction dépression et anxiété
Gharraee et al. (82) Iran, 2018	ECR en méthode parallèle	N=33 patients avec anxiété social	CFT / Témoin	2 mois	Réduction inflexibilité psychologique, autocritique et anxiété sociale Amélioration qualité de vie
Harwood et Kocovski. (57) Canada, 2017	Etude contrôlée	N=98 étudiants de premiers cycles avec faible à forte anxiété sociale	Écriture d'AC / Contrôle	1 jour	Réduction de l'anxiété anticipatoire pour la prise de parole, chez groupe à forte anxiété initiale uniquement
Schuling et al. (84) Pays-Bas, 2018	Étude non- contrôlée	N=17 dépression récurrente	MBCL	-	Réduction dépression uniquement à la seconde participation

ATT= Attention Training Technique, CFT= Compassion Focused Therapy, CMT= Compassion Meditation Training, MBCL= Mindfulness-Based Compassionate Living

Tableau 6: Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des patients présentant des troubles addictifs :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Carlyle, Rockliff et al. (85) Royaume-Uni, 2019	Analyse qualitative exploratoire	N=38 patients avec addiction opioïdes	Brief-CFT/Relaxation / Liste d'attente 3 semaines	-	Réduction dépression dans tous les groupes
Held et al. (86) 2018	Étude avant/après	N=50 patients toxicomanes	Formation brève à l'AC en 4 sessions	-	Augmentation intelligence émotionnelle et présence de sens dans la vie Réduction culpabilité
Kelly et al. (87) 2010	Étude expérimentale	N=126 patients fumeurs	Intervention de visualisation d'image et paroles empreintes d'AC / Autres groupes d'auto-conversation/ auto-surveillance 3 semaines	-	Réduction du tabagisme quotidien plus rapidement qu'une condition d'auto-surveillance de base. Pas de différence dans la réduction du tabac entre les groupes d'intervention d'auto-conversation basées sur des images.

CFT= Compassion Focused Therapy

Tableau 7 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des ayant des troubles psychotiques ou de de la personnalité :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Braehler et al (90) Royaume-Uni, 2013	ECR	N=40 patients schizophrènes	CFT+TAU / TAU 16 semaines	-	Réduction dépression ($p = 0.001$) et sentiment d'isolement sociale ($p = 0.002$)
Ascone et al. (91) Allemagne, 2017	Étude non contrôlée	N=59 patients psychotique avec idéations paranoïaques	Imagerie CFT	-	Pas d'effet sur auto-relation négative, affects négatifs ni paranoïa Amélioration bonheur et réconfort
Mayhew et Gilbert (92) Royaume-Uni, 2008	Étude de cas	N=3 patients schizophrènes avec hallucinations auditives malveillantes	CMT	-	Diminutions des symptômes psychiatriques et hallucinations auditives moins malveillantes
Feliu-Soler et al. (93) Espagne, 2017	ECR	N=32 patients borderline	LKM+CM / Pleine conscience 3 semaines	-	Améliorations des symptômes limites, autocritique, acceptation
Lucre et Corten (55) Royaume-Uni, 2013	Étude observationnelle	N=10 patients avec troubles de la personnalité très autocritiques	CFT 16 semaines	1 an	Réduction dépression, stress, honte et haine de soi Augmentation de l'auto-assurance

CFT= Compassion Focused Therapy, CMT= Compassionate Mind Training, LKM= Loving Kindness Meditation, CM= Compassion Meditation, TAU= Traitement comme d'habitude

Tableau 8: Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des patients ayant vécu un traumatisme

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Beaumont, Galpin & Jenkins (88) Royaume-Unis, 2012	Étude prospective comparative	N=32 patients ayant subi un accident traumatique	CMT+TCC / TCC 12 séances	-	Réduction dépression et évitement Pas de différence pour l'anxiété
Teresa M. Au (89) 2012	Étude non contrôlée	N=10 patients avec ESPT	Intervention d'AC de 6 semaines	1 mois	Réduction des symptômes ESPT, honte

CMT= Compassionate Meditation Training, ESPT= État de Stress Post-Traumatique, TCC= Thérapie Cognitivo-Comportementale.

Tableau 9: Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des adultes non cliniques :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Sommers-Spijkerman et al. (94) Pays-Bas, 2018	ECR	N=242 adultes néerlandais avec faible niveau de bien-être	CFT/ Liste d'attente	9 mois	Amélioration du bien-être
Mak et al. (59) Hong Kong, 2018	ECR non-infériorité	N=2161 adultes de la population générale	Applications mobiles -AC -Pleine conscience -Psychoéducation CC	3 mois	Amélioration du bien-être Réduction détresse psychologique
Dundas et al. (51) Norvège, 2017	ECR	N=158 étudiants	Cours sur l'AC / Liste d'attente 2 semaines	6 mois	Amélioration de l'autorégulation saine Réduction de l'anxiété et de la dépression
David T. Weibel (95) USA, 2007	ECR	N=71 étudiants	LKM / Témoin 4 séances	2 mois	Réduction des traits anxieux
Neff et Germer (33) USA, 2013	ECR (Étude 2)	N=53 adultes	MSC / Témoins 8 semaines	12 mois	Amélioration du bien-être
Arimitsu et al. (96) Japon, 2016	ECR	N=40 japonais avec faible niveau d'AC	Programme d'amélioration AC / Liste d'attente	3 mois	Réduction des pensées et émotions négatives
Hooria Jazaieri (31) USA, 2013	ECR	N=100 adultes	CCT / Liste d'attente 9 semaines	-	Diminution de l'inquiétude et de la suppression émotionnelle
Finlay-jones et al.(97) Chine, 2018	Étude non contrôlée	N=49 femmes chinoises	MSC	3 mois	Réduction de la détresse psychologique

*Tâches d'écriture : une axée sur l'AC, une sur la compassion corporelle et une sur la fonctionnalité corporelle.

Tableau 10 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez femmes ayant une insatisfaction corporelle :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Stern et Engeln (98) USA 2018 (Etude 3)	ECR	N= 1 158 femmes appartenant à des groupes de sororité	3 Tâches * d'écriture courte en ligne / Écriture sur évènement de vie positif récent < 10 minutes	-	Amélioration de l'affect positif et satisfaction corporelle
Albertson, Neff et al. (99) USA, 2015	ECR	N=228 femmes de plusieurs générations avec insatisfaction corporelle	Groupe méditation AC / Témoins liste d'attente 3 semaines	3 mois	Réduction de l'insatisfaction corporelle, honte du corps, Augmentation de l'appréciation du corps
Toole et Craighead (100) USA, 2016	ECR	N=80 étudiantes de premier cycle avec problèmes d'image corporelle	Méditation d'AC / Témoin 1 semaine	-	Amélioration de l'insatisfaction corporelle
Ziemer et al. (101) USA, 2019	ECR	N=152 étudiantes	Écriture d'AC / Écriture expressive/ Écriture contrôle 3 semaines	-	Amélioration de l'image corporelle positive et de l'affect positif
Moffitt et al. (54) Australie, 2018	Etude interventionnelle randomisée	N= 149 étudiantes de premier cycle exposés à un scénario d'image corporelle menaçant	Tâches d'écriture d'AC ou d'estime de soi / écriture sur distraction positive 3 minutes	-	Réduction insatisfaction liée au poids et à l'apparence physique Augmentation de la motivation à s'améliorer

CFT= Compassion Focused Therapy, CCT= Compassion Cultivation Training, LKM= Loving Kindness Meditation, MSC= Mindful Self-compassion

Tableau 11 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des adultes très autocritiques :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Shapira et al. (102) Canada, 2010	ECR	N=1002 patients vulnérables à la dépression	Exercices en ligne AC/ Optimisme / Contrôle	6 mois	Pas d'effet spécifique de l'AC
Krieger et al. (103) 2019	ECR	N=122 adultes avec niveau accru d'autocritique	CAU + Intervention en ligne MBCL / CAU	6 mois	Réduction symptômes dépressifs et anxieux Amélioration satisfaction de vivre
Shahar et Szepeswol (104) 2014	ECR	N=38 Adultes autocritiques	LKM / Liste d'attente	3 mois	Réduction des symptômes dépressifs Augmentation des émotions positives
Rose et al. (105) 2018	Etude avant/après	N=23 Etudiants très autocritiques	CFT 6 séances	2 mois	Amélioration autocritique, déficience fonctionnelle, humeur, estime de soi, perfectionnisme mésadapté

CAU = soins comme d'habitude, CFT= Compassion Focused Therapy, LKM= Loving Kindness Meditation, MBCL= Mindfulness-based compassionate Living.

Tableau 12 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des mères ou futures

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Alex R. Kelman et al. (117) Royaume-Uni, 2018	ECR	N= 123 Femmes enceintes ou projetant une grossesse	CMT / TCC En ligne 2 semaines	-	Quasi-équivalence dans l'amélioration de l'affect, de l'auto-assurance, de l'autocritique Réduire dépression et anxiété
Mitchell et al. (118) Australie et Nouvelle-Zélande, 2018	Étude longitudinale non contrôlée	N= 262 Femmes ayant accouchées depuis moins de 24 mois	Ensembles de ressources en ligne pour accroître AC	-	Amélioration expérience et satisfaction globale envers allaitement Diminution syndrome de stress post- traumatique
Navab et al. (119) Iran, 2019	Étude groupée de contrôle pré et post-test	N=20 mères d'enfant atteint de TDAH	CFT / Témoin	-	Diminution dépression et anxiété Pas de différence pour le stress

CMT= Compassionate Meditation Training, CFT= Compassion Focused Therapy, TCC= Thérapie Cognitivo-Comportementale, TDAH= trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Tableau 13 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des adolescents :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Rodgers et al. (112) USA, 2018	ECR	N=274 adolescents	Application BodiMojo / Témoin 6 semaines	12 semaines	Amélioration estime de l'apparence
Bluth et al. (114) USA, 2015	ECR croisé	N=34 lycéens	MSC pour adolescents/liste d'attente 8 semaines	-	Amélioration satisfaction de soi et satisfaction de la vie Réduction dépression
Smeets, Neff et al. (113) 2014, USA	ECR	N=52 étudiantes	Intervention d'AC de groupe / Groupe témoin sur gestion du temps 3 semaines	-	Augmentation optimisme, auto- efficacités Réduction ruminations
Bluth et Eisenlohr-Moul (115) USA, 2017	Etude avant/après	N=47 adolescents	MSC pour adolescents 8 semaines	6 semaines	Augmentation résilience Réduction du stress
Bowyer et al. (116) Royaume-Unis, 2014	Etude de cas	N=1 adolescente subissant des flashbacks basés sur la honte et le dégoût	TCC + entraînement psychologique axé sur l'AC 8 mois	-	Augmentation auto-réassurance Réduction ESPT, dépression, autocritique

MSC= Mindful Self-Compassion, TCC= Thérapie Cognitivo-Comportementale, ESPT= État de Stress Post-Traumatique

Tableau 14 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des professionnels de santé :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Rao et Kemper (106) USA, 2018	Étude non contrôlée	N=177 professionnels de santé	3 modules en lignes ; méditation de bienveillance / compassion, gratitude et parole positive	-	Amélioration gratitude, bien-être, confiance dans une prestation de soins compatissante.
Beaumont et al. (107) Royaume-Uni, 2016	Etude avant-après	N=44 professionnels de santé	CFT 3 jours	-	Réduction jugement critique
Delaney (108) USA, 2018	Etude observationnelle	N=18 infirmières	MSC 8 semaines	-	Augmentation satisfaction envers la vie pro et de résilience Réduction scores de traumatismes secondaires et d'épuisement professionnel
Weingartner et al. (109) USA, 2019	Etude de cohort qualitative	N=45 étudiants en médecine	Formation à l'AC	-	Aide pour lutter contre le stress associé à leurs responsabilités et amélioration des relations interpersonnelles
Eriksson et al. (110) Suède, 2018	ECR	N=81 psychologues praticiens	MSC en ligne / Liste d'attente 6 semaines	-	Réduction stress perçus et épuisement professionnel
Finlay-Jones et al. (111) Australie, 2017	Étude non contrôlée	N=37 étudiants en psychologie	CCT en ligne 6 semaines	3 mois	Augmentation du bonheur, régulation des émotions Diminution dépression, stress

CCT= Compassion Cultivation Training, CFT= Compassion Focused Therapy, MSC= Mindful Self-Compassion.

Tableau 15 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des athlètes féminines :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Mosewich et al. (123) 2013	ECR	N= 51	Intervention AC / Groupe de contrôle de l'attention, 7 jours	4 semaines	Réduction autocritique, rumination et préoccupation face aux échecs
Voelker et al. (124) 2019	Étude expérimentale	N= 97	Bodies in motions / Témoins sur liste d'attente	3-4 mois	Idéal de minceur moins mince
Reis et al. (122) 2015 (Phase expérimentale)	Étude expérimentale avant/après	N= 59 athlètes féminines exposées à un scénario de perte d'équipe	Induction brève à l'AC en groupe / Induction d'estime de soi / Contrôle tâche d'écriture	-	Réactions plus saines à des situations hypothétiques et mémorielles difficiles sur le plan émotionnel dans le sport
Arch et al. (126) 2018	Étude longitudinale	N= 105 femmes	Intervention basée sur conscience et AC	-	Amélioration santé et humeur auto-déclarée
Bellosta-Batamma et al. (125) 2014	Étude expérimentale	N= 31 adultes	Intervention basée sur MSBR et CFT 8 semaines	1 semaine	Diminution des réponses sympathiques, parasymphatiques cardiaque et anxieuse au TSST

CFT= Compassion Focused Therapy, MBSR= Mindfulness-Based Stress Reduction, TSST= Test de Stress Social de Trèves.

Tableau 16 : Tableau des études concernant des interventions d'AC chez des adultes clinique et non cliniques :

Article, lieu et date de publication	Méthodologie	Population	Intervention/contrôle Durée	Suivi	Principaux résultats attribués à l'AC utile sur le plan clinique
Wilson et al. (127) 2018	Revue de littérature	22 ECR, 1172 adultes cliniques et subcliniques	Interventions liées à l'AC	-	Réduction non significatif anxiété et détresse psychologique
Kirby et al. (128) Australie	Revue de littérature	21 ECR, 1285 Adultes cliniques et non cliniques	Interventions fondées sur compassion et self- compassion	-	Réduction anxiété et détresse psychologique Amélioration bien-être

RESUME DE LA THESE

Introduction : Les trois composantes principales de l'auto-compassion sont la bienveillance envers soi-même, un sentiment d'humanité partagée et la pleine conscience. L'auto-compassion peut être apprise par tous. Le développement des recherches montre que l'auto-compassion est associée au bien-être émotionnel, à la mise en place d'habitudes plus saines et à moins d'anxiété, de dépression et de stress. Plusieurs interventions ont pour but d'accroître l'auto-compassion. L'objectif de cette revue systématique est d'évaluer l'efficacité des méthodes visant à améliorer l'auto-compassion dans une population consultant en médecine générale.

Méthode : 81 études éligibles synthétisées dans cette revue ont été sélectionnées à partir des bases de données Pubmed, PsycINFO, PsycARTICLES, ScienceDirect et Web of Science et publiées avant le 1er mai 2019.

Résultats : L'analyse des études incluses conforte les effets de l'AC sur la réduction de l'anxiété et de la dépression et l'amélioration du bien-être. Elle a aussi mis en évidence l'intérêt des programmes d'AC chez les patients souffrant de TCA et d'insatisfaction corporelle. Il semble que les personnes très autocritiques tirent un avantage plus important de ce type d'intervention.

Discussion/Conclusion : La diversité des indications pour lesquelles les interventions d'AC sont susceptibles d'apporter un bénéfice, pose la question de sa place en soins primaires. Les situations de souffrances psychologiques et de recherches du bien-être représentent de nouveaux défis de prise en charge. Cet outil pourrait offrir au médecin une possibilité d'accompagnement complémentaire pour améliorer la relation de soin et le bien-être des patients dans le cadre d'une prise en charge globale.

TITRE EN ANGLAIS: Evaluation of interventions based on self-compassion for general practitioner patients. Review

THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2019

MOTS CLEFS : Auto-compassion, intervention, médecine générale, bien-être, qualité de vie, prise en charge globale, relation de soin.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX
