

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année 2015

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

Présentée et soutenue publiquement

Le 23 juin 2015 à Poitiers

Par **BAILLARGEAT Maude**

Etude Noburnout : Évaluation de l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers.

Étude expérimentale, interventionnelle, randomisée, prospective, appariée, d'efficacité thérapeutique, sans insu, unicentrique.

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Nemattolah JAAFARI

Membres :

- Monsieur le Professeur Pascal ROBLLOT
- Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA
- Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BRIDOUX Frank, néphrologie
5. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
6. CARRETIER Michel, chirurgie générale
7. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
11. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
12. DROUOT Xavier, physiologie
13. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
14. EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
15. FAURE Jean-Pierre, anatomie
16. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
17. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
18. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
19. GILBERT Brigitte, génétique
20. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
21. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
22. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
23. GUILLET Gérard, dermatologie
24. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
25. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
26. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
27. HERPIN Daniel, cardiologie
28. HOUETO Jean-Luc, neurologie
29. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
30. IRANI Jacques, urologie
31. JABER Mohamed, cytologie et histologie
32. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
33. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
34. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
35. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation
(**en détachement 2 ans à compter de janvier 2014**)
36. KITZIS Alain, biologie cellulaire
37. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
40. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
41. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
42. MACCHI Laurent, hématologie
43. MARECHAUD Richard, médecine interne
44. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
45. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
46. MIGEOT Virginie, santé publique
47. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
48. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
49. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
50. NEAU Jean-Philippe, neurologie
51. ORIOT Denis, pédiatrie
52. PACCALIN Marc, gériatrie
53. PAQUEREAU Joël, physiologie
54. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
55. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
56. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
57. POURRAT Olivier, médecine interne
58. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
59. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
60. RICHER Jean-Pierre, anatomie
61. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
62. ROBERT René, réanimation
63. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
64. ROBLOT Pascal, médecine interne
65. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
66. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
67. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
68. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
69. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
70. TOUCHARD Guy, néphrologie
71. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
72. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère
SASU Elena, enseignant contractuel

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Nemattolah JAAFARI, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci de nous avoir donné les moyens de réaliser ce travail. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude.

À Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, Doyen de la Faculté de Médecine de Poitiers, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier.

Vous me faites l'honneur de juger cette thèse. Veuillez trouver ici mes sincères remerciements.

À Monsieur le Professeur José GOMES DA CUNHA, Professeur des Universités de Médecine Générale.

Vous me faites l'honneur de siéger au sein du jury de cette thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER, Médecin Généraliste.

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Veuillez recevoir l'expression mes remerciements sincères.

À Monsieur le Docteur François BIRAULT, Maître de Conférences associé de Médecine Générale.

Je te remercie de m'avoir fait confiance pour ce travail, du temps que tu nous as consacré et enfin de m'avoir ouvert la porte de la méditation pleine conscience.

À Monsieur Jacques PIGNON.

Je vous remercie pour le temps que vous nous avez consacré, votre disponibilité et votre réactivité. Sans votre aide, ce travail n'aurait pu se faire.

À toute l'équipe de l'étude « No BurnOut »

Sara pour avoir initié ce projet, Gabrielle pour nos moments de détresse partagés, Xavier pour m'avoir aidé dans l'élaboration du programme de méditation, Charles pour ta bonne humeur perpétuelle et Julie pour continuer ce beau projet.

À tous les **médecins, infirmier(e)s, sage(s)-femme(s), aides-soignant(e)s, et secrétaires** que j'ai croisé durant toutes ces années et qui m'ont apporté tant sur le plan médical que sur le plan personnel.

À mon **Doudou**, pour ton amour, ta patience et ton perpétuel soutien. Merci de faire partie de ma vie et d'en créer une nouvelle avec moi. Je t'aime ! À ma **Mamanou**, pour ton amour, ton réconfort et ton aide. Parce que l'air de mine de crayon, t'es une super maman ! À mon **Papa** et ma **Piouche**, pour avoir fondé cette famille de dingos ! Merci Papa pour ta bienveillance à l'égard de mes futures pratiques de médecine générale et médecine manuelle. Merci ma Piouche d'être toujours là pour tout le monde dans les meilleurs comme dans les pires moments, et avec le sourire en plus ! À mes **sœurs** et mon **frère** ; je vous aime, bande de fous ! Au **reste de ma famille**, avec une mention spéciale pour mes **grands-mères** ; Mamie et et Nanny. À mes amies d'enfance, **Cha** et **Tata**, merci d'être toujours là malgré le temps et la distance. À tous mes amis **Bichatiens**, plus ou moins dispersés dans toute la France, que je ne listerai pas de peur d'en oublier et de devoir être flagellée en place publique. À tous mes nouveaux copains **Poitevins** rencontrés en stage ou non, merci pour ces moments passés ensemble.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS	p.11
CONTEXTE	p.13
1. JUSTIFICATION	p.20
1.1 LE BURN OUT SYNDROME (BOS) OU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	p.21
1.1.1 DESCRIPTION DU CONCEPT	p.21
1.1.1.1 Historique	p.21
1.1.1.2 Définitions	p.22
1.1.1.3 Instruments de mesure	p.24
1.1.2 COMPOSANTES ET FACTEURS DE RISQUES	p.26
1.1.2.1 Composantes	p.26
1.1.2.1.1 Epuisement émotionnel	p.26
1.1.2.1.2 Dépersonnalisation ou deshumanisation de la relation à l'autre	p.27
1.1.2.1.3 La diminution de l'accomplissement personnel	p.27
1.1.2.2 Facteurs de risque	p.28
1.1.3 ÉPIDÉMIOLOGIE	p.30
1.1.3.1 Le burn out et les médecins	p.30
1.1.3.1.1 Dans le monde	p.30
1.1.3.1.2 Etude européenne	p.31
1.1.3.1.3 En France	p.31
1.1.3.1.4 En Poitou Charente	p.33
1.1.3.2 Le burn out et les étudiants en médecine	p.33
1.1.3.2.1 Dans le monde	p.33
1.1.3.2.2 Etudes menées dans les pays européens	p.35
1.1.3.2.3 En France	p.35
1.1.3.2.4 En Poitou Charente	p.38
1.1.3.3 Le burn out et les sages-femmes	p.38
1.1.4 CONSÉQUENCES DU BURN OUT	p.39
1.1.4.1 Conséquences physiques	p.39
1.1.4.2 Conséquences psychiatriques et psychiques	p.41
1.1.4.3 Répercussions au travail	p.42
1.1.4.4 Épuisement professionnel et empathie	p.45
1.1.4.5 Suicide des médecins, des étudiants et des sages-femmes	p.46
1.1.4.5.1 Dans le monde	p.46
1.1.4.5.2 En France	p.47
1.1.4.5.3 En Poitou Charente	p.48
1.1.5 MOYENS DE PRÉVENTION ACCESSIBLES ACTUELLEMENT	p.49
1.1.5.1 Procédures accessibles à mettre en place par l'individu lui-même	p.49
1.1.5.2 Services accessibles actuellement mises en place par les institutions	p.49
1.1.5.3 Quelles sont les solutions plébiscitées par les médecins ?	p.51
1.2 L'EMPATHIE	p.52
1.2.1 ORIGINE ET DÉFINITION DU CONCEPT	p.52
1.2.1.1 Origine du terme empathie	p.52
1.2.1.2 Définitions de l'empathie	p.52
1.2.1.3 Différence entre empathie et sympathie	p.53
1.2.1.4 L'empathie, la raison d'être du théâtre et du cinéma ?	p.53
1.2.2 EMPATHIE ET NEUROSCIENCES	p.54
1.2.2.1 Neurones miroirs	p.54
1.2.2.2 Le cerveau et l'empathie	p.56
1.2.3 L'EMPATHIE ET LE SOIN	p.57
1.2.3.1 L'empathie, un outil crucial dans la relation soignant-soigné	p.57

1.2.3.2 Effets de l'empathie sur le patient et ses proches	p.58
1.2.3.2.1 Effets psychologiques	p.58
1.2.3.2.2 Effets physiques et observance	p.58
1.2.3.3 Empathie et étudiants	p.59
1.2.3.3.1 Etudiants en médecine	p.59
1.2.3.3.2 Etudiants sages-femmes	p.60
1.2.4 MESURE DE L'EMPATHIE : l'Interpersonal Reactivity Index de Davis	p.61
1.3 LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE	p.62
1.3.1 HISTORIQUE	p.62
1.3.1.1 Bouddhisme : quelques notions élémentaires	p.62
1.3.1.2 L'arrivée de la méditation en Occident grâce aux scientifiques	p.66
1.3.1.3 La méditation pleine conscience en France : une arrivée retardée	p.68
1.3.2 DÉFINITIONS	p.69
1.3.2.1 Etymologie et définition du mot « méditation »	p.69
1.3.2.2 Définitions de la méditation pleine conscience	p.70
1.3.2.3 Principe simplifié	p.70
1.3.3 LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE EN PRATIQUE	p.71
1.3.3.1 Programme MBSR	p.71
1.3.3.1.1 Types de pratiques méditatives	p.72
1.3.3.1.2 Organisation de l'enseignement	p.72
1.3.3.1.3 Exemple d'exercice : le raisin sec	p.76
1.3.3.2 Programme MBCT	p.79
1.3.3.3 Autres programmes fondés sur la MBSR	p.79
1.3.3.4 Formation à la méditation pleine conscience en ligne	p.80
1.3.4 IMPACTS DE LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE SUR LE MÉDITANT	p.81
1.3.4.1 Etudes neuroscientifiques : effets sur le cerveau	p.81
1.3.4.1.1 Modifications structurelles	p.82
1.3.4.1.2 Modifications de l'activité cérébrale	p.82
1.3.4.2 Burn Out	p.86
1.3.4.3 Stress et anxiété	p.87
1.3.4.3.1 Anxiété	p.87
1.3.4.3.2 Stress	p.88
1.3.4.3.3 Cortisol	p.89
1.3.4.4 Dépression	p.89
1.3.4.5 Autres troubles psychiatriques ou psycho-émotionnels	p.92
1.3.4.6 Etat psychique	p.93
1.3.4.6.1 Empathie	p.93
1.3.4.6.2 Bien être et qualité de vie	p.94
1.3.4.6.3 Comportement au travail	p.94
1.3.4.7 Impacts physiques	p.95
1.3.4.7.1 Douleur et douleur chronique	p.95
1.3.4.7.2 Pression artérielle	p.96
1.3.4.7.3 Psoriasis	p.97
1.3.4.7.4 Fibromyalgie	p.97
1.3.4.7.5 Immunité	p.98
1.3.4.7.6 La méditation peut-elle ralentir le vieillissement ?	p.99
1.3.4.8 Populations étudiées	p.100
1.3.4.8.1 La méditation et les médecins	p.101
1.3.4.8.2 La méditations et les autres professions de santé	p.101
1.3.4.8.3 La méditation et les étudiants	p.102
2. MÉTHODOLOGIE	p.104
2.1 DESCRIPTION DE L'ETUDE	p.105
2.1.1 Type de l'étude	p.105
2.1.2 Population étudiée	p.105
2.1.2.1 Population cible	p.105
2.1.2.2 Critères d'inclusion	p.106
2.1.2.3 Critères de non inclusion	p.106

2.1.2.4 Modalités de recrutement	p.107
2.1.3 Promotion de l'étude	p.108
2.1.3.1 Promotion de base	p.108
2.1.3.2 Amélioration de la promotion entre M0 et M4 : travail réalisé par le Dr Orane Quellard sur notre promotion de l'étude [254]	p.109
2.1.3.2.1 Modifier la conception du mail et optimiser la procédure de réponse	p.109
2.1.3.2.2 Intensification de la promotion de l'étude	p.111
2.1.3.2.3 Discours à tenir face aux étudiants	p.112
2.1.4 Objectifs et critères d'évaluations	p.112
2.1.5 Lieu et Durée de l'étude	p.113
2.1.6 Schéma de l'étude globale	p.114
2.2 INSTRUMENTS D'EVALUATION	p.116
2.2.1 Maslach Burn-out Inventory (MBI) (Annexe 2)	p.116
2.2.2 Index de réactivité Interpersonnelle (IRI) (Annexe 3)	p.117
2.2.3 Hospital Anxiety and Depression scale (échelle HAD) (Annexe 4)	p.118
2.3 OUTIL D'INTERVENTION : LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE	p.119
2.3.1 Généralités	p.119
2.3.2 Accès à l'outil	p.120
2.3.3 Contenu	p.121
2.3.4 Effets indésirables	p.122
2.4 BIBLIOGRAPHIE ET DONNÉES RECUELLIES	p.122
2.4.1 Bibliographie	p.122
2.4.2 Données recueillies	p.122
2.5 PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE	p.122
2.5.1 Tirage au sort	p.123
2.5.2 Analyse descriptive	p.123
2.5.3 Analyse du critère principal	p.124
2.5.4 Analyse des critères secondaires	p.124
2.5.5 Risque de première espèce	p.124
2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	p.125
2.6.1 Comité de Protection des Personnes et autorité compétente	p.125
2.6.2 Information du patient et formulaire de consentement éclairé	p.125
2.6.3 Protection des données informatiques	p.125
2.6.4 Conseil d'administration de la faculté	p.125
3. RÉSULTATS	p.126
3.1 LES RÉPONDANTS	p.127
3.1.1 À M4	p.127
3.1.2 À M7	p.129
3.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	p.130
3.2.1. À M4	p.130
3.2.1.1. Facteurs intra-individuels	p.130
3.2.1.1.1. Données personnelles	p.130
3.2.1.1.2. Santé	p.131
3.2.1.1.3. Vécu de la formation	p.133
3.2.1.2. Facteurs organisationnels	p.135
3.2.1.3. Facteurs inter-individuels	p.137
3.2.1.4. En résumé	p.138
3.2.2 À M7 des groupes MPC et Témoin	p.139
3.2.2.1. Facteurs intra-individuels	p.139
3.2.2.1.1. Données personnelles	p.139
3.2.2.1.2. Santé	p.140
3.2.2.1.3. Vécu de la formation	p.141
3.2.2.2. Facteurs Organisationnels	p.142
3.2.2.3. Facteurs inter-individuels	p.143
3.2.2.4. En résumé	p.144

3.3 OBJECTIF PRINCIPAL : ÉVALUATION DE L'IMPACT DU PROGRAMME DE MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE (MPC) SUR LE SCORE DU MBI EN PRÉ- ET POST-INTERVENTIONNEL	p.145
3.3.1 Analyse descriptive du groupe MPC	p.146
3.3.1.1 Analyse descriptive des degrés du SEP	p.146
3.3.1.2 Analyse descriptive des composantes du SEP	p.147
3.3.2 Analyse comparative entre M4 et M7 dans le groupe MPC : Impact de notre outil	p.149
3.3.2.1 Analyse comparative des degrés de SEP entre M4 et M7	p.149
3.3.2.2 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7	p.150
3.3.2.3 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7 en regroupant les sujets en deux groupes : sujets sains et sujets malades	p.152
3.4 OBJECTIFS SECONDAIRES	p.154
3.4.1 Analyse en apparié du groupe MPC sur l'IRI et l'HAD	p.154
3.4.1.1 Évaluation de l'impact du programme Méditation Pleine Conscience sur les différentes composantes du score d'empathie IRI	p.154
3.4.1.1.1 Analyse descriptive à M4 et M7	p.154
3.4.1.1.2 Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI	p.154
3.4.1.1.3 Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI des sujets présentant un SEP fort ou modéré	p.156
3.4.1.2 Évaluation de l'impact du programme Méditation Pleine Conscience sur les différentes composantes du score HAD	p.157
3.4.1.2.1 Score Anxiété	p.157
3.4.1.2.2 Score Dépression	p.158
3.4.1.2.3 Score global HAD	p.158
3.4.2 Comparaison entre le groupe MPC et le groupe témoin	p.159
3.4.2.1 Analyse en apparié du groupe Témoin sur les différents scores utilisés dans l'étude	p.159
3.4.2.1.1 Score du MBI	p.159
3.4.2.1.1.1 Analyse descriptive	p.159
3.4.2.1.1.1.1 Analyse descriptive des degrés du SEP	p.159
3.4.2.1.1.1.2 Analyse descriptive des composantes du SEP	p.160
3.4.2.1.1.2 Analyse comparative entre M4 et M7	p.163
3.4.2.1.1.2.1 Analyse comparative des degrés de SEP entre M4 et M7	p.163
3.4.2.1.1.2.2 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7	p.164
3.4.2.1.1.2.3 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7 en regroupant les sujets en deux groupes : sujets sains et sujets malades	p.164
3.4.2.1.2 Différentes composantes du score d'empathie IRI	p.166
3.4.2.1.2.1. Analyse descriptive à M4 et M7	p.166
3.4.2.1.2.2. Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI	p.166
3.4.2.1.2.3. Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI des sujets présentant un SEP fort ou modéré	p.167
3.4.2.1.3. Différentes composantes du score HAD	p.169
3.4.2.1.3.1. Score Anxiété	p.169
3.4.2.1.3.2. Score Dépression	p.169
3.4.2.1.3.3. Score global HAD	p.170
3.4.2.2 Comparaison des scores MBI entre le groupe Témoin et le groupe MPC à M7	p.171
3.4.2.3 Comparaison des scores des différentes composantes de l'IRI entre le groupe Témoin et le groupe MPC à M7	p.174
3.4.2.4 Comparaison de l'HAD entre le groupe Témoin et le groupe MPC à M7	p.175
3.4.2.4.1 Comparaison de moyennes	p.175
3.4.2.4.2 Comparaison d'effectif	p.175
RÉSUMÉ DES RÉSULTATS SIGNIFICATIFS DE L'ÉTUDE	p.177

4. DISCUSSION	p.178
4.1 LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE	p.179
4.1.1 Biais de recrutement	p.179
4.1.2. Biais d'auto-sélection	p.181
4.1.3. Biais liés à l'outil	p.181
4.1.4. Biais d'analyse	p.183
4.2 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	p.184
4.2.1 Objectif principal : Évaluation de l'impact du programme de méditation pleine conscience (MPC) sur le score du MBI en pré- et post-interventionnel	p.184
4.2.2 Objectifs secondaires	p.186
4.2.2.1 Analyse en apparié du groupe MPC sur IRI et HAD	p.186
4.2.2.2 Comparaisons entre le groupe MPC et le groupe témoin	p.187
4.2.3 Pistes expliquant les mauvais résultats de l'étude	p.188
4.3 PERSPECTIVES	p.190
 CONCLUSION	 p.191
 BIBLIOGRAPHIE	 p.192
 ANNEXES	 p.214
Annexe 1 : Questionnaire Socio Démographique	p.215
Annexe 2 : MASLACH BURN OUT INVENTORY (MBI)	p.216
Annexe 3 : INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX (IRI) de Davis	p.217
Annexe 4 : HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (HAD)	p.219
Annexe 5 : Exercice du raisin sec	p.220
Annexe 6 : Débriefing de l'exercice du raisin sec	p.221
Annexe 7 : Explications de la méditation informelle	p.222
Annexe 8 : Scanner corporel	p.223
Annexe 9 : Méditation assise de 15 minutes	p.227
Annexe 10 : Yoga debout	p.230
Annexe 11 : Exercice de 3 minutes d'espace et de respiration	p.232
Annexe 12 : Marche en pleine conscience	p.233
Annexe 13 : Exploration en pleine conscience d'une difficulté	p.235
Annexe 14 : Courte méditation assise sur l'évocation d'une situation agréable	p.237
Annexe 15 : Méditation avec pleine conscience des sons et des pensées	p.238
Annexe 16 : Méditation basée sur la compassion pour soi	p.240
Annexe 17 : Exercices à domicile : Résumé des huit semaines	p.242
Annexe 18 : Exercices à domiciles : Semaine par semaine	p.243
Annexe 20 : Semainiers	p.249
 RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	 p.251
 SERMENT D'HIPPOCRATE	 p.252
 SERMENT	 p.253

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- AAPML** : Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
- AESFP** : Association des Etudiants Sages-femmes de Poitiers
- AP** : Accomplissement personnel
- APSS** : Association Pour les Soins aux Soignants
- ARS** : Agence Régionale de Santé
- BOS ou BO** : Burn Out Syndrome
- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CREM** : Comité Régional des Étudiants en Médecine
- CRP IMG** : Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale
- DFGSM 3** Diplôme de Formation Générale en Sciences Médicales 3^{ème} année
- DFASM 1** Diplôme de formation approfondie en sciences médicales 1ere année
- DFASM 2** Diplôme de formation approfondie en sciences médicales 2e année
- DFASM 3** Diplôme de formation approfondie en sciences médicales 3e année
- DES** : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- DM** : Données manquantes
- DP** : Dépersonnalisation
- DSM-IV** : Manuel Diagnostique et Statistique des Désordres Mentaux – 4^{ème} édition
- EC** : Empathy Concern,
- EE** : Épuisement Emotionnel
- EGPRN** : European General Practitioner Research Network
- ENT** : Environnement Numérique de Travail
- FS** : Fantasy ou Faitaisie
- HAD** : Hospital Anxiety and Depression scale
- IRI** : Interpersonal Reactivity Index
- IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique
- MBCT** : Mindfulness Based Cognitive therapy
- MBI** : Maslach Burnout Inventory
- MBSR** : Mindfulness Based Stress Réduction
- MPC** : Méditation Pleine Conscience
- M4** : Mois 4 de l'étude correspondant à novembre 2014
- M7** : Mois 7 de l'étude correspondant à mars 2015

PD : Personnal Distress

PT : Perspective Taking

SECCA : Situation Emotions Cognitions Comportements Analyse/anticipation

SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

SIAIMP : Syndicats des Internes et Anciens Internes de Médecine de Poitiers

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

URC : Unité de Recherche Clinique

URML : Unions Régionales des Médecins Libéraux

CONTEXTE

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel est un concept récent et encore peu pris en considération par la communauté médicale et dans le monde du travail. Il s'agit d'un syndrome, évaluable par une échelle d'auto-évaluation, le Maslach Burnout Inventory (MBI), qui se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel.

Il touche plus particulièrement les personnes travaillant dans le soin et notamment les médecins, les sages-femmes et les étudiants en profession de soin :

- Les études révèlent que quels que soient le continent, le milieu dans lequel ils exercent (en ville ou à l'hôpital) et la spécialité choisie, tous les médecins sont susceptibles d'être atteints un jour par ce syndrome. En France, une enquête de 2006 de l'URLM d'île de France a notamment révélé que 53 % des médecins libéraux franciliens se sentaient menacés de burn out.
- Il en est de même pour les étudiants en médecine ; quel que soit le continent, qu'ils soient internes ou externes, en filière générale ou en filière spécialisée, le risque de burn out est élevé. Différentes études menées en France, la plupart des thèses, ont révélé des chiffres alarmants ; selon les études entre un et deux tiers des étudiants seraient en situation d'épuisement professionnel.
- Concernant les sages-femmes, peu d'études ont été réalisées. Quelques études étrangères, notamment australiennes ont retrouvé des scores de burn out modéré ou élevé auprès de plus de 50 % des répondants. En revanche, aucune étude n'a pu être retrouvée concernant les étudiants sages-femmes.

Le syndrome d'épuisement professionnel engendre un stress, et physique et psychique. En conséquence, ses répercussions sont importantes et ce, dans des domaines très variés.

Des études retrouvent des liens significatifs entre l'épuisement professionnel et la survenue de troubles musculo-squelettiques auprès des femmes, de maladies cardio-vasculaires, d'asthénie et de troubles du sommeil auprès des deux sexes.

Il existe un lien significatif entre l'épuisement professionnel et la survenue d'épisodes dépressifs et d'idées suicidaires, de troubles anxieux, d'une dépendance ou d'un mésusage d'alcool, d'une consommation de drogues et d'un mésusage de médicaments.

Le burn out, compte tenu de ses conséquences sur le psychisme de l'individu, peut avoir des répercussions sur le travail de la personne épuisée professionnellement. On retrouve ainsi, et ceci de manière significative, un lien entre le burn out et une diminution de la qualité du travail, une dégradation des relations interpersonnelles, une diminution de la satisfaction au travail, un désir de changer de métier et une augmentation du nombre de journées d'arrêts de travail.

L'empathie, qualité essentielle de tout soignant, est elle aussi liée de manière significative à l'épuisement professionnel ; plus le burn out est élevé, plus l'empathie est basse.

La conséquence la plus dramatique est le suicide. Une étude française de 2003 a révélé que l'incidence du suicide auprès des médecins était de 14% alors que celui de la population générale était de 5,4 %, âge comparable. Aucune étude n'a été menée sur le suicide auprès des sages-femmes ni auprès des étudiants en profession de soin. Cependant, des études étrangères, menées auprès d'étudiants en médecine, ont rapporté des taux d'idées suicidaires élevés dans cette population ; et une étude sud africaine a révélé que les étudiants en médecine étaient trois fois plus sujets aux idées suicidaires que les étudiants de disciplines différentes au même âge.

Depuis quelques années maintenant, médecins, psychologues, infirmières et autres personnes travaillant dans le soin, se sont penchés sur la question de l'épuisement professionnel et plus particulièrement celui des soignants. Des systèmes de prévention ont commencé à se mettre en place pour les soignants. Nous en sommes aux prémices mais les choses commencent à changer. Cependant, aucune mesure n'a été vraiment prise pour les étudiants ; peu d'études ayant été menées à ce sujet, cette population est quelque peu laissée pour compte.

L'épuisement professionnel touche le domaine des émotions et de la relation interpersonnelle ; éléments essentiels pour le soin. Et pour cause, l'atteinte de ces champs remet en question l'empathie de l'individu.

Le concept d'empathie consacre le rôle essentiel de la relation à l'autre dans l'efficacité thérapeutique. Si la sympathie a essentiellement trait aux émotions, l'empathie comprend des aspects autant cognitifs qu'émotionnels de l'expérience d'autrui.

En neurosciences, les études montrent par exemple que la représentation de la douleur (la sienne ou celle supportée par les autres) n'utilise pas les mêmes mécanismes neuronaux cognitifs qu'ils soient automatiques et contrôlés ou résultants de motivation. La découverte des neurones miroirs dits aussi empathiques (ou de Gandhi) permet aujourd'hui de mieux comprendre le rôle de l'expérience (celle du sujet ou la vue d'une même action exercée par un autre individu) dans les mécanismes fonctionnels du cerveau et ouvre de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Sur le terrain, des études récentes montrent que l'attitude empathique du soignant peut avoir un réel impact sur le patient : moindres troubles psycho-émotionnels, résolution de symptômes, amélioration de paramètres biologiques mesurables... Et une constatation universelle, celle de la prévalence du score d'empathie des femmes étudiantes en médecine sur celui de leurs confrères quel que soit le pays ou l'année d'étude.

Un étudiant en médecine en burn out, comme tout soignant affecté par ce syndrome, doit inmanquablement recouvrer sa capacité d'empathie pour exercer son métier et favoriser l'efficacité thérapeutique.

La prévention du burn out est essentielle auprès des étudiants en profession de soin. Elle pourrait éviter de bien lourdes conséquences, tant sur le plan physique, que sur le plan psychique qu'au travail. Et surtout éviter le suicide des étudiants, dont les appels à l'aide sont trop souvent ignorés. Pourtant des méthodes individuelles peu coûteuses, fondées sur le travail personnel régulier peuvent permettre à l'étudiant d'améliorer ses capacités d'empathie et de diminuer le risque de survenance du burn out. La méditation pleine conscience, actuellement en plein essor, a prouvé qu'elle pouvait remplir cette mission.

C'est en adaptant la méditation bouddhiste et en lui ôtant son aspect religieux, pour l'intégrer à un programme de soins scientifiquement contrôlable et philosophiquement acceptable par tous que Jon Kabat-Zinn, professeur émérite de médecine américain, a mis au point la méditation pleine conscience telle que nous la connaissons actuellement en Occident.

Le principe de la méditation pleine conscience ou *mindfulness* en anglais, est très simple ; il s'agit de "faire attention" d'une manière particulière : délibérément, au moment

présent et sans jugement de valeur. Cette méditation n'est pas une thérapie de pensées positives.

C'est un programme, appelé Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), Réduction du Stress par la Méditation Pleine Conscience, mis en place à l'Université du Massachusetts, avec pour objectif à l'origine de venir en aide aux patients ayant du mal à gérer leur stress et leur anxiété ou atteints de douleurs chroniques.

Le programme se déroule sur huit semaines à raison de 2h30 de cours hebdomadaires ; à chaque semaine son thème et ses nouvelles techniques de méditation. Au cours de la sixième semaine a lieu une journée entière de formation. D'autre part, il est demandé aux participants de pratiquer chez eux, à raison de 30 min à 1h, six jours sur sept des exercices qui diffèrent en fonction des semaines. Et enfin, s'ils le souhaitent, les participants peuvent remplir un semainier en y notant le jour, le type de pratique réalisée et leur ressenti.

Le programme MBSR se fonde sur deux types de pratiques méditatives :

- La méditation formelle qui consiste à se consacrer pleinement à la méditation en se dégageant du temps de façon intentionnelle. Il s'agit d'exercices tels que le scanner corporel, la méditation assise, le Yoga ou encore la méditation marchée. Ces exercices sont enseignés pendant la formation et des enregistrements audios sont donnés aux participants.
- La méditation informelle qui consiste à rester concentré dans ce que l'on fait, dans une attitude méditative, que l'on soit en train de préparer un repas, de faire le ménage...

La structure protocolaire de l'apprentissage de ce type de méditation a permis de réaliser de nombreuses études (multiples catégories de population testées dont professionnels de santé et étudiants ad hoc) qui ont pu montrer son réel effet positif sur la santé :

- sur le cerveau ; avec des modifications structurelles (substance grise) et d'activité (certaines zones s'activent plus vite/souvent/se synchronisent entre elles).
- sur les patients avec une diminution du burn out, de l'anxiété, du stress et du risque de rechute dépressive.
- Sur d'autres troubles psychiatriques ou psycho émotionnels comme l'asthénie chronique, les troubles sexuels, la toxicomanie, l'arrêt du tabac.
- Sur l'état psychique, en augmentant l'empathie et en améliorant les sentiments de bien-être, de qualité de vie et le comportement au travail.

- Sur l'état physique avec des diminutions de douleurs chroniques, de pression artérielle ; une amélioration des patients atteints de psoriasis, de fibromyalgie ; une augmentation de l'immunité (patients atteints de cancer ou infectés par le VIH).
- sur les télomérases, enzymes impliquées dans la réparation de l'ADN et par extension dans le vieillissement des cellules ; sur des zones du cerveau impliquées dans des maladies neurodégénératives ; ainsi que sur le déclin cognitif lié à l'âge.

Cette méthode est sérieuse, a fait ses preuves et est présente dans plus de 250 hôpitaux aux Etats Unis et enseignée dans plus de cinquante écoles de médecine à travers le monde.

Le succès du programme MBSR lui a valu d'être plus ou moins modifié afin d'être adapté à d'autres catégories de patients pour prévenir les rechutes dépressives, les rechutes de drogues, soutenir les patients cancéreux, etc... De même, des études ont montré que le fait de suivre des programmes plus courts, des programmes en ligne, etc... pouvait également avoir un impact significatif sur les participants.

Compte tenu de la gravité et de la fréquence de la survenance du burn out auprès non seulement des médecins mais aussi auprès des étudiants en profession de soin, l'intérêt de mettre au point un outil simple, peu coûteux et efficace est majeur. La méditation pleine conscience a fait ses preuves auprès de ce type population à l'étranger pour améliorer les scores notamment de burn out et d'empathie. Nous avons donc choisi d'étudier son efficacité auprès de notre population d'étude.

Objectifs

- **Principal** : Évaluer l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers.
- **Secondaires** : Évaluation de l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines auprès des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie, et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers :
 - dans notre groupe « Méditation Pleine Conscience », en apparié, soit en pré/post-test, sur le test d'évaluation de l'empathie IRI de Davis et ses composantes ainsi que les deux composantes de l'HAD, avec pour critères de jugement secondaires l'amélioration significative de l'IRI et de ses composantes ainsi que l'amélioration des 2 composantes de l'HAD, après l'intervention.
 - Sur notre groupe en comparaison avec le groupe témoin sur le MBI, sur l'IRI et ses composantes ainsi que les deux composantes de l'HAD, avec pour critères de jugement secondaires l'amélioration significative du MBI, de l'IRI et de ses composantes ainsi que des 2 composantes de l'HAD, après l'intervention dans le groupe « Méditation Pleine Conscience » par rapport au groupe témoin.

Critère de jugement principal

Amélioration significative du MBI après un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines.

Matériel et méthode (Plan expérimental, Nombre de sujets)

Outils utilisés :

- Questionnaire de données socio-démographiques
- Maslach Burnout Inventory (MBI)
- Echelle HAD
- Interpersonal Reactivity Index (IRI) de Davis

Population :

- Etudiants en médecine de la quatrième à la sixième année de la faculté de médecine de Poitiers

- Internes de médecine et de chirurgie de la faculté de médecine de Poitiers
- Etudiants sages-femmes de la faculté de Poitiers

Randomisation de la population et appariement selon le niveau de Burn Out.

Résultats attendus

- **Pour l'objectif principal :** Amélioration significative du SEP mesuré par le MBI dans notre groupe MPC après un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience sur 8 semaines.
- **Pour les objectifs secondaires :**
 - Amélioration significative des composantes de l'IRI de Davis et des composantes de l'HAD dans notre groupe MPC après un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience sur 8 semaines.
 - Amélioration significative dans notre groupe MPC par rapport au groupe Témoin du SEP mesuré par le MBI, des composantes de l'IRI de Davis et des composantes de l'HAD après un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience sur 8 semaines.

1. JUSTIFICATION

1.1 BURN OUT SYNDROME (BOS) OU SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

1.1.1 DESCRIPTION DU CONCEPT

1.1.1.1 Historique

Le concept de « Burn out » est relativement récent. Une certaine prise de conscience de la fatigue au travail, sans à proprement parler de burn out, émerge à partir le premier tiers du 20^{ème} siècle.

De manière un peu plus spécifique, en 1959 en France, le docteur Claude Veil [1], constate dans ses consultations de psychiatrie du travail que « Le concept d'états d'épuisement se révélait un bon outil intellectuel » lorsqu'il s'agissait de prendre en charge « des cas déconcertants qui n'entraient pas dans la nosographie classique ». Il est ainsi le premier à décrire de manière scientifique les états d'épuisements au travail.

En 1969, Loretta Bradley, psychologue américaine, invente le terme de burn out pour décrire l'état de stress spécifique au travail.

Dans les années 1970, le docteur Freudenberger est psychiatre et psychanalyste au sein d'une *free clinic*, lieu de soin pour la prise en charge des toxicomanes, aux Etats-Unis. Lors de son exercice, il observe que les jeunes bénévoles volontaires auprès des toxicomanes deviennent de moins en moins motivés au fur et à mesure du temps. En 1974, il publie *Staff burn out* [2], premier article décrivant le burn out. Il décrit ainsi le tableau clinique de l'affection, mettant notamment en avant les facteurs personnels. En effet, le burn out est selon lui la « maladie du battant », le soignant ayant une vision idéaliste de lui-même, intervenant comme un sauveur tout puissant. La réalité le rattrapant, il est profondément déçu de lui-même mais ne peut renoncer à son image et acquiert alors des stratégies de surenchères telles que l'isolement ou encore l'hyperactivité inefficace. Il écrira dans son livre *Burn Out : The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it* [3], publié en 1980 aux Etats Unis, qui deviendra un livre référence sur le sujet : « En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les

immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. ».

En 1976, Christina Maslach assoie le concept de burn out. En réalisant des recherches sur les stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle, elle met au point deux concepts, l'inquiétude distante et l'objectivation comme autodéfense [4]. Forte de ces deux concepts, elle démarre un programme de recherche auprès des professionnels de santé d'abord, puis auprès d'autres corpus professionnels dont l'activité nécessite une implication personnelle importante. À l'inverse d'Herbert Freudenberger qui insiste sur les facteurs individuels elle situe davantage les causes du burn out dans l'environnement du travail et ses conditions.

Bien que depuis le sujet du burn out soit devenu populaire et qu'une quantité importante d'articles soient parus à ce sujet, la communauté scientifique reste sceptique face à ce concept. D'ailleurs, les premiers textes adressés aux revues scientifiques furent retournés à leur auteur avec la mention « ...nous ne faisons pas de pop-psychology ». C'est dire le fossé qui sépare l'intérêt que portent beaucoup de médecins, psychiatres et psychologues à ce sujet et la prise au sérieux de cette affection qui touche de plus en plus de monde.

1.1.1.2 Définitions

Le Burn out est actuellement défini par trois termes :

- Burn out syndrome : le terme burn out en anglais signifie se consumer, user ses ressources internes.
- Karashi : c'est un terme japonais signifiant « mort par excès de travail » (karo = mort, shi = fatigue au travail).
- Syndrome d'épuisement professionnel (SEP ou SEPS pour les Soignants) : bien que pour certains ce terme ne reflète que vaguement le concept de burn out car il ne met pas en avant la notion d'usure et de chronicité du problème, c'est désormais le terme employé en français.

La première définition du burn out est proposée en 1974 par Freudenberger : « L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué. ». Dans son livre publié en 1980, co-écrit avec Richelson, le burn out est décrit comme « l'épuisement des ressources internes de l'individu et sur la diminution de son énergie, de sa vitalité et de sa capacité à fonctionner, qui résultent d'un effort soutenu déployé par cet individu pour atteindre un but irréalisable et ce, en contexte de travail, plus particulièrement dans les professions d'aide. ».

Maslach, qui rappelons-le, a mis en exergue le travail et l'environnement professionnel dans le syndrome du burn out, le décrit en 1976 comme « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par le travail. », « c'est un syndrome qui se caractérise par un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel pouvant se développer chez des personnes travaillant dans le secteur de l'aide aux personnes. » Cette dernière phrase est une référence en matière de définition du burn out. En effet, elle reprend les trois dimensions du Maslach Burn out Inventory, instrument de mesure du burn out le plus utilisé.

D'autres définitions ont été données par de nombreux auteurs, apportant ainsi au fur et à mesure des précisions au syndrome. En regroupant différentes définitions, j'ai retenu le concept du burn comme étant :

Épuisements physique et psychique suite à un stress émotionnel et physique secondaire chronique lié à l'environnement professionnel et en particulier dans les secteurs d'aide à la personne, sans symptomatologie spécifique, menant à une expérience psychique négative comportant plusieurs composantes ; épuisement émotionnel, deshumanisation de la relation avec le patient et/ou attitudes négatives envers les personnes aidées ; et accompagné d'une perte de sentiment d'accomplissement personnel ou l'acquisition d'une image de soi négative.

Il est important de rappeler que le burn out ne fait pas partie des affections psychiatriques mais des désordres psychosociaux. En conséquence, son diagnostic ne repose ni sur le DSM-IV ni sur le CIM-10.

1.1.1.3 Instruments de mesure

- Maslach burnout inventory (MBI)

Christina Maslach et son équipe élabore un instrument de mesure du burn out en 1981, modifié en 1986 ; le *Maslach burnout inventory* [5,6].

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation composée de vingt deux items qui explorent les trois dimensions de l'épuisement professionnel décrits par C. Maslach ; l'épuisement émotionnel exploré par neuf items, la dépersonnalisation explorée par cinq items et enfin l'accomplissement personnel exploré par huit items. Nous verrons plus en détail ces items dans la partie suivante.

Chaque item a sept réponses possibles cotées de 0 à 6 :

- 0 : Jamais
- 1 : Quelques fois par année, au moins
- 2 : Une fois par mois, au moins
- 3 : Quelques fois par mois
- 4 : Une fois par semaine
- 5 : Quelques fois par semaine
- 6 : Chaque jour

Chacune des trois composantes obtient un score, indépendant de celui des deux autres. En fonction du nombre de points, on dira que le score est bas, modéré ou élevé.

Score	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Élevé	≥ 30	≥ 12	0-33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	0-17	0-5	≥ 40

Un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou un score bas d'accomplissement personnel suffit pour parler de burn out.

En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de gravité.

Le degré de burn out est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Les qualités psychométriques de cet instrument ont été vérifiées ; tant la validité (critériée concomitante, de structure interne, de structure externe convergente et structure externe divergente) que la fidélité (test-retest, consistance interne) [8].

C'est cet instrument de mesure qui reste le plus utilisé dans le monde. Il a notamment été traduit et validé en langue française. Nous utiliserons cet outil dans notre étude [9, Annexe 2]

• Autres instruments de mesure

D'autres instruments de mesure de l'épuisement professionnel ont été mis au point. Et notamment le *burn out measure* [7], conçu au même moment que le MBI par Pines, Aronson et Kafry, instrument de mesure qui sera également utilisé par de nombreux auteurs.

1.1.2 Composantes et facteurs de risque

1.1.2.1 Composantes

Nous l'avons vu plus haut, la définition du burn out reste relativement vague. L'élaboration par Christina Maslach et son équipe du Maslach Burn out Inventory (MBI) a permis de circonscrire un peu mieux plus le syndrome. L'outil de mesure est composé de trois dimensions à explorer : la dépersonnalisation (ou deshumanisation des relations), l'épuisement émotionnel et la perte de l'accomplissement personnel.

1.1.2.1.1 Epuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est marqué par une asthénie qui peut être tant physique que psychique. D'un point de vue psychique, l'individu se sent vidé de l'intérieur, comme si ses ressources émotionnelles internes s'étaient consumées. Il n'est plus en mesure de fournir une émotion suffisante et adaptée à la situation. Il n'éprouve plus de plaisir dans son travail et le perçoit comme une corvée. D'un point de vue physique, l'individu ressent une fatigue chronique et permanente, non améliorée par le repos. L'épuisement émotionnel peut s'exprimer extérieurement soit par une explosion émotionnelle (crise de larmes, de colère, d'opposition) ou au contraire par un renfermement sur soi donnant parfois l'impression d'un contrôle total de la situation. Ce dernier état est communément appelé dans la littérature américaine le John Wayne syndrome, l'individu étant capable d'affronter les pires situations émotionnelles sans broncher (actualisé, cet état pourrait s'appeler le Dr House syndrome).

Voici les questions posées dans le MBI concernant l'épuisement émotionnel (j'ai laissé les numéros des questions afin de voir l'ordre dans lequel elles sont posées) ; les réponses possibles sont : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par mois, une fois par semaine, quelques fois par semaine, chaque jour :

- 1 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail
- 2 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
- 3 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail
- 6 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort

- 8 - Je sens que je craque à cause de mon travail
- 13 - Je me sens frustré(e) par mon travail
- 14 - Je sens que je travaille «trop dur» dans mon travail
- 16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
- 20 - Je me sens au bout du rouleau

1.1.2.1.2 Dépersonnalisation ou deshumanisation de la relation à l'autre

Cette dépersonnalisation se caractérise par une mise en distance de l'autre, menant à un détachement et enfin à une sécheresse relationnelle. La deshumanisation du patient s'exprime par différents procédés que nous connaissons tous ; appeler un patient par son numéro de chambre, par sa pathologie,... Une attitude cynique ou le fait de tenir des discours purement scientifiques dénués de toute considération relationnelle sont des mécanismes de défense classiques permettant de mettre à distance l'autre et d'éviter toute implication émotionnelle et empathie que l'individu ne peut alors plus fournir.

Voici les questions posées dans le MBI concernant la dépersonnalisation :

- 5 - Je sens que je m'occupe de certains patients (ou clients) de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets
- 10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail
- 11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
- 15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients (ou clients)
- 22 - J'ai l'impression que mes patients (ou clients) me rendent responsable de certains de leurs problèmes

1.1.2.1.3 La diminution de l'accomplissement personnel

La diminution de l'accomplissement personnel est la conséquence des deux premiers items. Les professions entrant dans le cadre de l'aide aux personnes sont très souvent choisies pour l'importance de la relation interhumaine dans ces métiers. Seulement, ici, l'individu se rend compte que la raison pour laquelle il avait choisi ce métier n'existe plus. Il n'y a plus de relation car il n'arrive plus à assurer cette relation. En découle alors les sentiments de ne pas

être à la hauteur, d'être inefficace et inutile. Cet état est marqué par un sentiment de frustration de soi, le sujet ressent qu'il n'a pas accompli sa mission. Cet échec le mène alors à la culpabilité puis la dévalorisation et la démotivation.

Voici les questions posées dans le MBI concernant la diminution de l'accomplissement personnel :

4 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients (ou clients) ressentent

7 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients (ou clients)

9 - J'ai l'impression, à travers m

on travail, d'avoir une influence positive sur les gens

12 - Je me sens plein(e) d'énergie

17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients (ou clients)

18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients (ou clients)

19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail

21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

1.1.2.2 Facteurs de risque

Les facteurs de risque du burn out sont nombreux et non exhaustifs. Cependant, plusieurs études ont pu mettre en évidence plus spécifiquement certains facteurs.

L'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) [10] présente sur son site internet les principaux facteurs de risque d'épuisement professionnel comme étant :

- Surcharge de travail, pression temporelle,
- Faible contrôle de son travail,
- Faibles récompenses,
- Manque d'équité,
- Conflits de valeur, demandes contradictoires,
- Manque de clarté dans les objectifs, les moyens.

Il est souligné que l'effet de ces facteurs de risque peut se combiner, pour certaines professions de relations d'aide, à la charge émotionnelle inhérente à ces professions.

En 2007, l'URML d'Ile de France a mené une enquête [11] auprès des médecins libéraux d'Ile de France dont l'objectif était de préciser les facteurs de risque du burn out les plus importants ainsi que de proposer des solutions et d'en apprécier la recevabilité auprès de ces mêmes médecins libéraux.

Un large éventail de causes possibles du syndrome d'épuisement professionnel était soumis à l'appréciation des médecins. Les causes citées à plus de 80 % sont :

- « l'excès de paperasserie » (96%)
- « la non reconnaissance de l'action du médecin » (90,1%)
- « la charge de travail » (89,1%)
- « l'augmentation des contraintes collectives » (88,6%)
- « la longueur des journées » (85,3%)
- « l'exigence des patients » (84,1%)
- « le manque de temps pour sa vie privée » (84,1%)
- « le risque de contentieux juridique » (83,9%)

Les causes d'ordre médicales évoquées les plus fréquemment comme causes de l'épuisement professionnel des médecins libéraux sont « la difficulté à s'adapter aux nouvelles recommandations » (74,1%) et « la prise en charge difficile de certains patients » (72,9%).

Parmi les causes d'ordre personnel citées par les médecins arrivent en tête, « le manque de temps pour sa vie privée (84,1%) et la vie trop parasitée par le travail » (77,3%).

1.1.3 ÉPIDÉMIOLOGIE

1.1.3.1 Le burn out et les médecins

1.1.3.1.1 Dans le monde

Le burn out auprès des professionnels de la santé représente un problème mondial. Des études ont été menées sur différents continents et vont dans le même sens.

En Afrique, différentes études ont été réalisées ces quinze dernières années. Entre autres, en 2008, une étude menée au Kenya à l'hôpital psychiatrique Mathari auprès des psychiatres [12], a retrouvé un niveau élevé de dépersonnalisation chez 47,8 % des répondants, un épuisement émotionnel élevé chez 38 % et une diminution de l'accomplissement personnel chez 37,3 %. Une étude menée en 2011 auprès de l'équipe médicale de maternité d'un hôpital référent au Malawi [13], a révélé que 71 % des 101 participants montraient un épuisement émotionnel, 43 % une dépersonnalisation et 74 % une diminution de l'accomplissement personnel.

En Amérique du sud, une étude menée en 2008 auprès des professionnels de la santé de la ville de Sao Paulo au Brésil [14], a retrouvé des scores modéré ou élevé d'épuisement émotionnel chez 71 % des répondants, et de dépersonnalisation chez 35%, ainsi que des scores bas d'accomplissement personnel chez 45,7%. L'étude a par ailleurs recherché le pourcentage de personnes utilisant régulièrement des antidépresseurs ; 17 % des interrogés sont consommateurs réguliers.

En Mongolie, une étude a été menée en 2011 auprès des infirmières et médecins [15]. Le burn out a été mesuré par le CBI (Copenhagen Burnout Inventory). Les résultats ont montré que les niveaux étaient élevés concernant les trois paramètres mesurés ; le *personal burnout*, le *work related burnout* et le *Client-related burnout* ; avec respectivement 45,39 %, 44,45 % et 32,46 %.

Une étude a été réalisée en 2007 en Nouvelle Zélande auprès des psychiatres du pays [16]. Il en ressort que deux tiers des participants obtiennent un score modéré à élevé d'épuisement

émotionnel et que les mêmes proportions sont retrouvées pour un score d'accomplissement personnel bas.

En Allemagne, une enquête longitudinale [17] parue en 2012 a été menée auprès des médecins généralistes et a ainsi retrouvé que 20 % des répondants étaient en burn out.

1.1.3.1.2 Etude européenne

Une étude du burn out réalisée en 2004 en Europe sur les médecins généralistes, et menée par SOLER [18], à l'initiative de l'EGPRN, montre que 43 % des médecins interrogés ont des scores élevés d'EE, 35,3 % des scores élevés de DP et 32 % ont un score bas d'AP. Le taux est élevé dans les trois dimensions pour 12 % d'entre eux, dans deux dimensions pour 21 % d'entre eux et une seule dimension pour 32% d'entre eux. En revanche, 35,2 % des médecins de l'étude ne montre aucun taux élevé.

1.1.3.1.3 En France

Bien que le concept de burn soit né dans les années 70 et qu'il se soit rapidement développé aux Etats Unis où de nombreuses recherches ont commencé à s'effectuer dès les années 80, puis étendu en Europe une décennie plus tard, la France attend les années 2000 avant de commencer ses propres investigations.

D. Truchot réalise trois enquêtes en 2001 (Bourgogne) [19], 2003 (Champagnes Ardennes) [20] et 2004 (Poitou Charente) [21] auprès de 1317 médecins libéraux. Elles révèlent des taux élevés de burn out, avec, en moyenne un taux d'épuisement émotionnel élevé de 43%, de dépersonnalisation élevé de 40% et d'accomplissement personnel bas de 33%.

Selon une enquête de l'URLM d'île de France, menée par E. Galam en 2006 [22], auprès des médecins libéraux franciliens, 53 % des répondants se sentent menacés de Burn out (60,8% des médecins généralistes, 62,3 % des médecins en secteur 1 et 36,6 % des médecins en secteur 2). La première conséquence de l'épuisement est la diminution de l'accomplissement personnel (87,2% voire 90,1% pour les médecins se sentant menacés de

burn out). 12,3% des répondants envisagent de changer de métier et parmi eux, 6% sont prêts à mettre ce désir à exécution dans un futur plus ou moins proche et enfin 38,3 % d'entre eux envisagent de modifier profondément leur exercice.

L'étude menée par le Dr Poncet en 2007 [23] auprès de 2525 infirmières a retrouvé qu'un tiers des infirmières ayant répondu (2392) au questionnaire étaient dans un état de burn out sévère.

L'enquête SESMAT de 2007 [24], menée par Madeleine Estry-Behar chez les praticiens hospitaliers en France, retrouve un taux de burn out élevé chez 20,3 % des praticiens. Les taux de burn out élevés se retrouvent particulièrement chez les urgentistes (33%) et les psychiatres (30,9%).

Différentes thèses ont eu pour sujet le burn out ces différentes années. La plupart de ces travaux sont en concordance avec les résultats retrouvés par les études internationales et nationales. La thèse du Dr Vaquin-Villeminey [25] par exemple, réalisée auprès de 221 médecins généralistes en France, retrouve que 24,4 % des médecins sont en burn out faible, 19 % en burn out modéré et 8 % en burn out élevé. Le Dr Lacouture a réalisé son travail de mémoire de DES de psychiatrie [26] sur le syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers et libéraux ainsi que des internes en psychiatrie en Haute-Normandie. Il ressort de cette étude qu'il existe un taux élevé d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation ainsi qu'un taux bas d'accomplissement personnel chez respectivement 6,7 %, 16,7 % et 40 % des internes en psychiatrie de Haute-Normandie et 15,7 %, 8,7 % et 16,5 % des psychiatres hospitaliers et libéraux Haute-Normandie.

D'autre part, selon la CARMF, en 2006, 18% des bénéficiaires d'indemnités journalières (arrêts de travail de plus de trois mois) avaient des troubles mentaux et du comportement. Concernant les motifs d'invalidité, les troubles du comportement représentaient 40% des motifs de 2002 à 2005.

1.1.3.1.4 En Poitou Charente

Concernant la région Poitou Charente, les données actuelles sont faibles. Outre l'étude menée par D. Truchot [21] citée ci-dessus, une étude a été menée par le Dr Breillat en 2014 [27], sur la satisfaction professionnelle et syndrome d'épuisement professionnel des médecins urgentistes du Poitou-Charentes. Ce travail de thèse retrouve, parmi les 89 urgentistes ayant répondu au questionnaire, 60 % de sujets en situation d'épuisement professionnel et 24 % présentant un tableau modéré à sévère.

1.1.3.2 Le burn out et les étudiants en médecine

Plusieurs études ont été menées sur le Burn Out auprès des étudiants et notamment des étudiants en médecine. Malheureusement, ces études ne sont pas françaises, la plupart étant américaines. Les études françaises ne sont que des thèses, qui ne sont pour autant pas inintéressantes, d'autant plus qu'elles vont dans le sens des études internationales.

1.1.3.2.1 Dans le monde

De très nombreuses études ont été menées dans le monde et surtout aux Etats Unis concernant l'étude du burn out auprès des étudiants et plus particulièrement des étudiants en médecine. Les études s'accordent à dire que le niveau de burn out des étudiants en médecine est très élevé, représentant entre la moitié et les trois quarts des étudiants en médecine, les menant à être plus sujet au burn out que la population générale du même âge.

En 2002, une étude [28] menée à Seattle a montré que 76 % des étudiants en médecine présentaient un critère de Burn out et que le Burn Out était associé de manière significative à une moins bonne prise en charge des patients.

L'étude menée par Dyrbye en 2006 au Minnesota [29] retrouve qu'environ la moitié des étudiants en médecine (45 %) sont en situation de burn out et que des événements de vie négatifs personnels influencent leur niveau de burn out.

Une deuxième étude a été menée par Dyrbye [30], publiée en 2008, dont le but était de mesurer les prévalences du burn out et du suicide chez les étudiants en médecine de 7 écoles de médecine différentes. L'étude a révélé qu'approximativement la moitié des étudiants souffraient de burn out et que 10 % avaient eu des idées suicidaires durant leurs études.

Une étude de cohorte américaine de 2008 réalisée auprès des internes en pédiatrie de trois hôpitaux [31] a retrouvé que 20 % des étudiants en médecine avaient un signe de dépression, 74 % présentaient un critère de Burn Out et que les étudiants déprimés faisaient 6,2 fois plus d'erreurs médicales que les autres.

Une revue de littérature américaine de 2009 [32] révèle une prévalence du Burn Out chez les étudiants en médecine (28%–45%) et les internes (27%–75%, spécialité-dépendant), aussi forte que les médecins seniors.

Une étude de 2009 réalisée en Australie et Nouvelle Zélande [33] a retrouvé que 69 % des étudiants en médecine étaient en situation de burn out.

Une étude de 2011 [34] évalue la qualité de vie, le burn out, le niveau d'éducation et les connaissances médicales auprès des internes en médecine américains. Le burn out n'est évalué que par deux questions qui sont alors extrapolées à la dépersonnalisation (« How often do you feel you've become more callous toward people since you started your residency ? ») et à l'épuisement émotionnel (« How often do you feel burned out from your work ?»). Les résultats de l'étude montre que des niveaux élevés de dépersonnalisation et d'épuisement émotionnel était retrouvé chez respectivement 51,3 %, 45,8 % et 28,9 % des trois populations étudiées.

Un étude longitudinale réalisée au Mexique auprès des internes en médecine et publiée en 2013 [35], retrouve des taux d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation élevés ainsi qu'un taux d'accomplissement personnel bas chez les sujets et ceci au début de l'étude, à six mois et à douze mois (terme de l'étude).

Une revue de la littérature publiée en 2013 [36] a révélé que la moitié des étudiants en médecine américains étaient affectés par le burn out durant leurs études et que cet état pouvait conduire à des troubles psychiatriques et des idées suicidaires.

Entre 2011 et 2012, une étude épidémiologique de grande échelle a été menée aux Etats Unis auprès des étudiants en médecine, internes et chefs de clinique afin de comparer le niveau de burn out, de symptômes de dépression, d'idées suicidaires, de qualité de vie et de fatigue par rapport à la population générale [37]. Les résultats, publiés en 2014, révèlent que le groupe étudié est plus sujet au burn out que la population générale. Les étudiants en médecine et internes sont par ailleurs plus enclins à présenter des symptômes de dépression que la population générale.

1.1.3.2.2 Etudes menées dans les pays européens

Une étude menée en 2010 en Grèce [38] auprès des internes a révélé que 49,5 % des répondants présentaient un critère de burn out et que 31,8 % présentait des scores élevés dans les trois dimensions (épuisement professionnel, accomplissement personnel et dépersonnalisation).

Une étude menée en 2010 aux Pays Bas [39] auprès des internes retrouve que 21 % des répondants présentent un burn out modéré à sévère.

En 2014, une étude menée en Angleterre auprès de 356 étudiants en médecine des Universités de St Andrews et Manchester [40] montre que 54,8 % des étudiants ont un score élevé d'épuisement émotionnel, 34 % un score élevé de dépersonnalisation et 46,6% un score bas d'accomplissement personnel.

1.1.3.2.3 En France

Les étudiants, qu'ils soient en médecine ou non, ne sont pas épargnés par le sentiment de mal-être. La troisième Enquête Nationale sur la Santé des Etudiants [41], réalisée en 2011, révèle que sur une année, près de quatre étudiants sur dix ont ressenti un sentiment constant de tristesse et de déprime (38%), les femmes (43% contre 31% pour les hommes), et les étudiants âgés de 26 ans et plus (44%), sont les plus concernés par ce sentiment de mal-être. 12% des répondants ont pensé au suicide au cours de l'année d'étude, 8% ont fait des projets de suicide, et 1,5% des étudiants ont tenté de se suicider.

Concernant le burn out des étudiants en médecine en France, les travaux réalisés sont des thèses de médecine. Les résultats de ces enquêtes corroborent celles des études internationales ; un pourcentage important de la population des étudiants en médecine souffre de burn out.

- Les internes de médecine générale

La thèse soutenue en 2011 et publiée en 2013 des Dr Le Tourneur et Komly [42], sous l'égide du Dr E. Galam, avait pour cible les étudiants en médecine générale de France métropolitaine. Les résultats obtenus grâce aux 4050 questionnaires exploités ont été les suivants : 16 % des internes présentaient un taux élevé d'épuisement émotionnel, 33,8 % de dépersonnalisation et 38,9 % un score bas d'accomplissement personnel. Au total, 41,9 % ne présentaient aucun score pathologique tandis que 6,5 % (soit 283 internes) ont présenté des scores élevés dans les trois dimensions.

La thèse du Dr Guinaud [43], soutenue en 2006, a retrouvé des scores élevés d'épuisement personnel et de dépersonnalisation ainsi que des scores bas d'accomplissement personnel chez respectivement 24,1 %, 42 % et 42 % des internes de médecine générale d'Ile de France interrogés.

La thèse du Dr M. Thevenet [44], soutenue en 2011, avait pour but d'analyser le burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île-de-France et le Languedoc Roussillon. Elle a retrouvé des résultats relativement concordants avec la thèse du Dr Guinaud de 2006 [43], avec des scores élevés d'épuisement personnel et de dépersonnalisation ainsi que des scores bas d'accomplissement personnel chez respectivement 23 %, 38,8 % et 35,6 % des internes interrogés.

• Les internes de spécialité

La thèse du Dr Aundlauer [45], soutenue en 2008, consistait en une étude du burn out auprès des internes en psychiatrie en France. Il retrouve des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ainsi qu'un score bas d'accomplissement personnel chez respectivement 23,1 %, 14,8 % et 50,9 %.

En 2010, une étude a été menée sur la prévalence et les causes d'épuisement professionnel auprès des internes en oncologie médicale, radio-oncologie et hématologie en France [46]. Elle a retrouvé que 26 % des internes avaient un taux d'épuisement émotionnel élevé, que 35 % avaient un taux élevé de dépersonnalisation, que 44 % avaient un taux élevé soit d'épuisement professionnel soit de dépersonnalisation et que 18 % avaient des taux élevés dans els deux dimensions.

L'étude parue en 2011 [47], menée auprès des urologues en formation en France a révélé que 24 % des répondants présentaient un burn out sévère.

Une étude parue en début 2014 [48], menée auprès des internes en gynécologie-obstétrique de la région Ouest en France, a retrouvé que 36,11 % des répondants avaient un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation et que 5,5 % avaient des scores élevés dans les trois dimensions. Les scores élevés de burn out concernent 19,45 % des internes pour l'épuisement professionnel, 30,56 % pour la dépersonnalisation et 11,11 % pour l'accomplissement personnel.

• Les externes

Concernant les externes en France, très peu de travaux ont été réalisés. Je ne citerai que la thèse du Dr Mazas-Weyn [49], réalisé sur les étudiants en DCEM2 de la faculté de Paris V. Elle a retrouvé que 18,4 % des externes avaient un épuisement émotionnel élevé, 32,8 % une dépersonnalisation élevée et 25,3 % un accomplissement personnel bas. Par ailleurs, 59,8 % des étudiants étaient en burn out : 44,3 % avaient une atteinte faible, 14,4 % une atteinte modéré et 1,1 % une atteinte sévère.

1.1.3.2.4 En Poitou Charente

Concernant la région Ouest, la thèse de 2008, du Dr Barbarin [50], a pour sujet le syndrome d'épuisement professionnel auprès des internes de médecine générale à la faculté de Nantes. Elle a retrouvé que 57 % des internes ayant répondu présentaient au moins un critère de burn out.

En 2010, la thèse du Dr Mérine [51] retrouve des résultats similaires auprès des internes de médecine générales du Poitou-Charente ; 62,6 % des internes présentent un syndrome d'épuisement professionnel.

1.1.3.3 Le burn out et les sages-femmes

Bien que nous sachions que le métier de sage-femme est un métier parfois éprouvant tant physiquement que psychologiquement, très peu d'études, que ce soit dans le monde ou en France ont été réalisées. D'autre part, aucune étude n'a été menée auprès des étudiantes sages-femmes.

Une étude américaine de 1982 [52] retrouve un faible pourcentage de sages-femmes présentant un burn out : des taux élevés de burn out étaient présents chez 8,2 à 21,4 % des sages-femmes ayant répondu à l'enquête.

Deux études récentes ont été menées en Australie. La première étude [53], réalisée en Nouvelle-Galles du Sud, a retrouvé des taux modérés à élevés d'épuisement émotionnel auprès 60,7 % des sages-femmes, des taux bas d'accomplissement personnel auprès 30,3 % et 30,3 % avaient une dépersonnalisation liée au burn out.

La deuxième étude [54] a été réalisée dans le Queensland et avait retrouvé que 50 % des sages-femmes ayant participé à l'étude présentaient des scores modérés à élevés de burn out.

En France, le seul travail réalisé à ce sujet retrouvé est une thèse qui a pour sujet le burn out en maternité de niveau III auprès des médecins et des sages-femmes [55]. L'étude a révélé que 39 % des soignants (44% des médecins et 36 % des sages-femmes) avaient au moins une dimension avec un score élevé. Parmi ceux-ci, 64 % n'avaient qu'une dimension touchée, 25 % en avaient deux et 11% présentaient des taux élevés dans les trois dimensions.

1.1.4 CONSÉQUENCES DU BURN OUT

Nous savons que le burn out n'est pas sans conséquences. Il est relativement complexe de faire la part des choses entre les facteurs de risque et les conséquences du burn out. Cependant, des études ont été menées à travers le monde dans le but d'identifier les liens entre le burn out et la survenue d'évènements indésirables.

1.1.4.1 Conséquences physiques

Plus haut, nous avons défini le burn out comme étant un épuisement physique et/ou psychique suite à un stress émotionnel et physique secondaire chronique. Or, nous savons que le corps réagit physiquement au stress. Des chercheurs se sont ainsi posés la question de savoir si le burn out pouvaient être à l'origine de certaines pathologies.

- Etude générale

L'étude menée par le Dr Ahola en 2007 sur la population finlandaise [56] a retrouvé une association significative entre le burn out et le syndrome dépressif, les troubles anxieux et l'alcool-dépendance pour les deux sexes, entre le burn out et les troubles musculo-squelettiques pour les femmes, et entre le burn out les maladies cardiovasculaires pour les hommes.

- Facteurs de risques cardio-vasculaires

Concernant les facteurs de risques cardio-vasculaires, plusieurs autres études ont montré qu'il existait un lien significatif entre le burn out et la survenue de pathologies cardio-vasculaires et plus particulièrement l'infarctus du myocarde et le diabète de type 2.

Une étude publiée en 1991 [57] révèle qu'un tiers des patients épuisés avant d'avoir eu un infarctus du myocarde se sentaient en situation du burn out.

Une étude plus récente sur le même sujet, réalisée en Israël auprès de 8 838 employés, est parue en 2012 [58]. Les résultats révèlent la présence d'un lien significatif entre la présence de burn out et la survenue d'un infarctus du myocarde. Par ailleurs, elle retrouve que plus le score de burn out est élevé, plus le risque de survenue d'un infarctus myocardique est élevé.

Un lien entre le burn out et le diabète de type 2 a été recherché lors d'une étude menée en 2006 auprès de 677 employés [59]. Les résultats révèlent un lien significatif entre un épisode de burn out et l'apparition d'un diabète de type 2.

- Asthénie et troubles du sommeil

Comme nous l'avons dit plus haut, la fatigue fait partie intégrante du syndrome de burn out. Elle représente l'épuisement qu'éprouve le sujet, un épuisement tout aussi physique que mental avec une sensation de vide intérieur. Cette asthénie est profonde et non améliorée par le repos. Nous savons qu'il est relativement complexe de savoir quelle est la cause et quelle est la conséquence. Au final, les études ont montré des liens significatifs entre l'asthénie et le burn out d'un côté et entre les troubles du sommeil et le burn out de l'autre. Concernant l'association entre l'insomnie et le burn out, les études ne sont pas toutes convergentes.

En 2008, une étude sur 1356 employés [60] a été menée afin de rechercher s'il existait un lien entre le burn out et l'insomnie. Les résultats retrouvent que le burn out favorise l'insomnie et l'empire tandis que l'insomnie favorise et empire le burn out.

Une étude japonaise a été menée en 2010 auprès de 600 infirmières de deux hôpitaux différents [61] et suggère qu'il existe un lien significatif entre le *workaholism* (excès de travail) et les troubles du sommeil (manque de sommeil, sensation de fatigue dans la journée au travail, réveil difficile, sensation de fatigue dès le réveil), excepté pour l'insomnie.

Une autre étude, suédoise, parue en 2010 [62] a étudié la relation entre l'insomnie et le burn out. Il en ressort que bien que l'insomnie préexistante au burn out maintienne celui-ci, le burn out quant à lui ne favorise pas l'apparition d'une insomnie nouvelle de manière significative.

Une étude parue en 2010 [63] visait à rechercher les associations entre la vie, l'épuisement émotionnel (*burnout-related emotional*) et la fatigue physique, et les troubles du sommeil (l'insomnie). Les résultats suggèrent que les signes d'épuisement émotionnel et de fatigue physique sont liés aux troubles du sommeil.

Une étude russe [64], publiée en 2013 retrouvait que les patients atteints de burn out présentaient pour la plupart des signes d'asthénie de différents degrés.

1.1.4.2 Conséquences psychiatriques et psychiques

Par définition, l'épuisement professionnel engendre un stress psychique. Les sujets sont fragilisés psychologiquement et il est donc légitime de se demander s'ils sont plus susceptibles d'être atteints d'affections psychiatrique ou psychologiques. C'est la question à laquelle plusieurs études ont tenté de répondre.

D'après les études citées ci-dessous, le burn out est lié de manière significative à la survenue :

- De dépression
- D'idées suicidaires
- De troubles anxieux
- D'une dépendance à l'alcool ou d'un mésusage de l'alcool
- D'un mésusage de médicaments ou d'une consommation de drogues

• À l'étranger

Nous avons vu plus haut que d'après l'étude du Dr Ahola [56], il existait un lien significatif entre le burn out et le syndrome dépressif, ainsi que les troubles anxieux et l'alcool-dépendance.

L'étude fait ressortir un lien significatif entre les personnes dépressives et le burn out. En effet, 53 % des employés en burn out sévère présentaient une dépression, contre 20 % pour les personnes en burn out modéré et 7 % pour les personnes ne présentant pas de burn out.

De même, 21 % des employés en burn out sévère présentaient un trouble anxieux, contre 8% pour les personnes en burn out modéré et 2 % pour les personnes ne présentant pas de burn out.

D'autre part, la dépendance à l'alcool apparaît significativement liée au burn et touchait 10 % des employés en proie à un burn out sévère, 7 % des employés avec un burn out modéré et 3 % des employés sans burn out.

Une étude parue en 2012 [65], réalisée auprès de chirurgiens américains avait pour intérêt de déterminer la prévalence de la dépendance à l'alcool. Il ressort de l'étude qu'il existe un lien significatif fort entre des scores élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation du MBI et l'abus d'alcool et sa dépendance.

• En France

Une étude épidémiologique a été menée en France auprès de 480 médecins généralistes (306 réponses) [66] en 2003. Elle n'a pas recherché le lien entre le burn out et les troubles psychiatriques ou psychologiques, cependant ses résultats sont intéressants. En effet, elle a montré que 5 % des répondants avaient un score élevé au MBI sur les trois dimensions, plus d'un médecin sur deux avait pensé à se recycler, 5,5 % déclaraient boire de manière excessive, 30 % à avoir pris des psychotropes et 13 % à avoir envisagé le suicide.

En 2013 est parue une large étude française menée en 2009 auprès des professionnels (médecins et infirmières) travaillant dans les services d'anesthésie et de soins intensifs [67]. Les résultats de l'étude ont montré que 38,7 % des répondants étaient atteints de dépression, 10,6 % étaient dépendants à l'alcool, 10,6 % dépendants à des médicaments ou des drogues et 62,3 % étaient en burn out. De manière significative, le burn out était lié entre autres à : des troubles du sommeil, la survenue de conflits interpersonnels, des idées suicidaires, un syndrome dépressif, la consommation d'alcool, la consommation de drogues et des accidents du travail après une garde de nuit. Le modèle de régression logistique a retenu sept covariables indépendamment associées au burn out : la qualité de travail, la qualité de vie, la fatigue, la dépression, les conflits avec les collègues et patients et le regret d'avoir choisi cette spécialité.

1.1.4.3 Répercussions au travail

L'épuisement professionnel ronge l'individu et consume ses ressources internes. Il est légitime de se demander si le burn out n'a pas de conséquences sur notre travail et notre vie intime. Plusieurs études menées à travers le monde ont en partie répondu à cette interrogation.

Les études citées ci-dessous, ont pu mettre en évidence un lien significatif entre le burn out et la survenue :

- D'une diminution de la qualité du travail
- D'une dégradation des relations interpersonnelles
- D'une diminution de la satisfaction au travail
- D'un désir de changer de métier
- D'une augmentation du nombre de journées d'arrêt de travail

- Diminution de la qualité du travail

Une étude parue en 2002 [68], réalisée à Seattle, a mis en évidence de manière significative un lien entre une sensation de moins bonne prise en charge médicale des patients par les internes et un niveau élevé de dépersonnalisation dans le MBI.

En 2006, une étude américaine réalisée auprès des internes en médecine [69] a recherché une association entre les erreurs médicales (perçues par les internes) et le burn out, la qualité de vie, la dépression ainsi que l'empathie. 34 % des participants avaient fait une erreur médicale majeure pendant l'étude et 14,7 % des participants en avaient faite une dans les trois derniers mois. Les erreurs médicales réalisées étaient significativement liées avec une mauvaise qualité de vie, un burn out élevé dans les trois dimensions et une dépression. Par ailleurs, les résultats ont révélé qu'un niveau de burn out élevé dans les trois domaines et une empathie diminuée étaient associés avec une augmentation des erreurs médicales perçues dans les trois derniers mois.

De même, une étude réalisée auprès des chirurgiens américains [70] en 2010, a mis en évidence que les erreurs médicales rapportées par les chirurgiens étaient fortement liées au niveau de burn out.

En 2013, une étude coréenne [71], réalisée auprès des internes en médecine, a montré l'existence d'une association significative entre les erreurs médicales et : le burn out, la fatigue, la dépression et la qualité de vie.

- Dégradation des relations interpersonnelles

L'enquête de 2007, menée par l'URML d'Ile de France [11], a permis d'identifier les conséquences invoquées par les médecins qui se sentent menacés par le burn out ; elles résident en premier lieu dans la diminution de l'accomplissement personnel (90,1%) et la dégradation de la relation médecin-patient (85%).

L'étude française parue en 2013, menée auprès des professionnels travaillant dans les services d'anesthésie et de soins intensifs [67] que nous avons cité plus haut, avait retrouvé que le burn out était associé à une augmentation des conflits avec les collègues et les patients.

- Diminution de la satisfaction au travail

Une étude menée en 1991 [73] a recherché à déterminer si l'insatisfaction au travail était une cause ou une conséquence du burn out. Les résultats de cette étude suggèrent que le burn out influe sur le niveau de satisfaction au travail tandis que le niveau de satisfaction au travail ne modifie pas le score du MBI donc le niveau de burn out.

Une étude de 2006 [74], réalisée auprès d'internes en gynéco-obstétrique, suggère également que le niveau de burn out influe sur le niveau de satisfaction au travail. Une étude parue en 2009 réalisée auprès de chirurgiens américains [75], a retrouvé que seulement 36 % d'entre eux trouvaient que leur travail leur laissait assez de temps pour leur vie familiale et personnelle et seulement 51 % recommanderaient à leurs enfants de poursuivre une carrière en tant que médecin ou chirurgien.

- Désir de changer de métier

L'enquête de 2007, menée par l'URML d'Ile de France [11], révèle que « la moitié des répondants (1 136 médecins) souhaite modifier profondément son exercice ou même changer de métier. Ils sont 279 à vouloir changer de métier soit 12,3% de notre échantillon. Parmi eux, 143 soit 6% des médecins ayant répondu à cette enquête sont prêts effectivement à mettre à exécution leur désir d'arrêter dans un futur plus ou moins proche. 23 médecins y sont prêts très prochainement, il s'agit pour 16 d'entre eux de médecins ayant déclaré se sentir menacés par le burn out ».

Ces résultats abondent dans le sens de l'enquête de D. Truchot [22] en Poitou Charentes. D'après l'étude, 4% des médecins souhaitaient changer de métier dans l'année et 32,5% envisageaient de le faire sans préciser de date. Ceux qui souhaitaient changer avaient des scores de burn out élevés.

De même, le travail de thèse de Christophe Zeter [72] auprès des médecins généralistes de la région Poitou Charente montre des résultats équivalents : 36,8 % des médecins interrogés souhaitaient changer de métier (3,74% des médecins dans l'année et 33,06% plus tard).

L'étude française parue en 2013, menée auprès des professionnels travaillant dans les services d'anesthésie et de soins intensifs [67], déjà citée, met en évidence un lien significatif entre le burn out et le regret d'avoir choisi cette spécialité.

- Augmentation du nombre de journées d'arrêt de travail

L'étude menée par Borritz et al. en 2006 [76] a mis en évidence un lien significatif entre le burn out et le nombre de journées d'arrêt maladie pris dans l'année. En conséquence, un niveau de burn out élevé augmente le nombre d'arrêts maladie pris dans l'année et de fait entraîne une surcharge financière pour la sécurité sociale.

1.1.4.4 Épuisement professionnel et empathie

Comme nous le verrons dans la partie suivante, l'empathie est, selon le Larousse, « la faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ». Dans les professions de soin, elle occupe une place et joue un rôle essentiels.

Plus haut, lorsque nous avons décrit l'épuisement professionnel, nous avons défini l'épuisement émotionnel comme un état où l'individu n'est plus en mesure de fournir une émotion suffisante et adaptée. Et nous avons caractérisé la dépersonnalisation par une mise à distance de l'autre, menant à un détachement et enfin à une sécheresse relationnelle, permettant ainsi d'éviter toute implication émotionnelle. Enfin, nous avons expliqué la diminution de l'accomplissement personnel comme étant une frustration de soi suite à une incapacité à assurer la relation avec le patient. Or, celle-ci est souvent primordiale dans le choix de son métier, et l'incapacité à assumer la relation avec le patient mène à une culpabilité, une dévalorisation et une démotivation.

Les trois composantes du burn out se caractérisent par l'absence de faculté d'empathie du sujet atteint. L'empathie est la capacité à se mettre à la place de quelqu'un et donc de ressentir ses émotions. Cette empathie permet de mettre en place une relation forte entre soignant et soigné ; le patient peut se fier au soignant, en voyant en lui un miroir. Et le soignant est plus à même de venir en aide au patient en comprenant profondément ce que ressent son patient et quelles peuvent être ses attentes. L'empathie fait donc appel à ses « capacités » émotionnelles et relationnelles, qui justement diminuent et finissent par disparaître lorsque l'individu est en situation d'épuisement professionnel.

Bien que d'un point de vue théorique, on peut difficilement parler de burn out sans évoquer l'absence d'empathie, peu d'études ont été menées sur ce lien. Cependant, ces rares études ont retrouvé qu'il existait bien un lien significatif entre l'empathie et l'épuisement professionnel, et ceci, que se soit auprès des médecins [77] ou auprès des étudiants en médecine [78, 79].

1.1.4.5 Suicide des médecins, des étudiants et des sages-femmes

1.1.4.5.1 Dans le monde

Le suicide constitue la finalité la plus dramatique du Burn Out et est devenu un des enjeux de la Santé Publique Mondiale.

• Le suicide et les médecins

D'après Lindeman [80], le risque relatif estimé de suicide dans le monde parmi les hommes médecins comparé à la population générale masculine est de 1,1-3,4 et comparé aux autres hommes qualifiés est de 1,5-3,8. Le risque relatif estimé parmi les femmes médecins comparé à la population générale féminine est de 2,5-5,7 et comparé aux autres femmes qualifiées est de 3,7-4,5.

D'après AS. Chocard [81], le risque relatif de suicide chez les médecins est plus élevé que dans la population générale, et ce, dans le monde.

Une étude publiée en 2011, réalisée en Italie et en Suède auprès de médecins de sexe masculin travaillant à l'hôpital [82] révèle que 12 % des participants avaient eu des idées suicidaires récemment. La même étude réalisée auprès de médecins de sexe féminin avait été réalisée en 2009 [83]. Elle révélait que 13,7 % et 14,3 % des participantes exerçant respectivement en Suède et en Italie ont rapporté avoir eu des idées suicidaires dans les douze derniers mois.

• Le suicide et les étudiants

Concernant les étudiants, les données épidémiologiques pures du nombre de suicidés sont inaccessibles. En revanche, de nombreuses études concernant les idées suicidaires ont été publiées dans le monde.

Ainsi, une étude américaine, publiée en 2008 par Dyrbye et al. [30] a été réalisée auprès de 4287 étudiants en médecine de sept écoles différentes afin de rechercher la prévalence des idées suicidaires dans cette population et son lien avec le burn out. L'étude a ainsi révélé que les étudiants rapportaient à 49,6 % un état de burn out et à 11,2 % la présence d'idées suicidaires dans l'année.

En Afrique du Sud, en 2012 [84], une autre étude a quant à elle retrouvé des idées suicidaires chez 32,3 % des étudiants en médecine et 6,9 % étudiants ont fait une tentative de suicide, trois fois plus élevé que pour la population sud africaine du même âge.

Une étude publiée en 2013 et réalisée auprès des étudiants en médecine des Emirats Arabes Unis [85] révèle que 17,5 % des étudiants ont présenté des idées suicidaires et 1,8 % ont fait une tentative de suicide.

- Le suicide et les sages femmes

Aucune étude n'a été retrouvée sur le sujet.

1.1.4.5.2 En France

En 2006, l'étude de la DREES [86], montrait que, bien que le taux de suicide en France ait baissé de 20% en 25 ans, il reste l'un des pays d'Europe de l'Ouest où la mortalité par suicide, tous âges confondus, est la plus forte (taux le plus élevé derrière la Finlande). En 2010, les rapports du CepiDC-INSERM [87], montraient que l'estimation du nombre de décès par suicide au cours de l'année était de 10 334. Il en ressortait que les hommes étaient plus concernés que les femmes (73 % contre 27 %). Quant au pic de suicide, il se situait dans la tranche d'âge 45-64 ans (40 %). Cependant tous les âges restaient concernés : 5 % des décès par suicide concernaient des individus de moins de 25 ans, 27 % entre 25 et 44 ans, 28 % après 64 ans. Les suicides représentaient environ 2 % de la mortalité générale. Il représentait la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans (20 % du nombre total de décès) et la deuxième entre 15 et 24 ans (16 %) ainsi qu'entre 35 et 44 ans (16 %). Le rapport estime qu'il

est important de souligner que ces chiffres sont probablement sous-estimés (absence de mention explicite dans le certificat de décès).

Concernant les médecins, en 2003, l'étude menée par Y. Leopold [88], avec l'aide du CNOM, révèle que l'incidence du suicide auprès des médecins était de 14% alors que celui de la population générale était de 5,4 %, à âge comparable ; avec un risque relatif de 2,37. Déjà citée plus haut, l'étude menée par le Dr Cathébras en France auprès de 480 médecins généralistes [89] en 2003 a révélé que 13 % des médecins ont rapporté avoir envisagé le suicide. En 2008, une étude menée par la CARMF et le CNOM retrouve une incidence de 8,2 %, soit un risque relatif de 1,8.

Les données concernant les étudiants en médecine et les étudiants sages-femmes sont inexistantes.

1.1.4.5.3 En Poitou Charente

Il n'existe actuellement aucune donnée exploitable pour la région Poitou Charente.

1.1.5 MOYENS DE PRÉVENTION ACCESSIBLES ACTUELLEMENT

1.1.5.1 Procédures accessibles à mettre en place par l'individu lui-même

• Procédures individuelles possibles à mettre en place dans le cadre personnel pour prévenir le burn out :

- Prendre du recul par rapport à soi : hiérarchiser ses besoins, prendre conscience de ses limites, de ses qualités et de ses défauts,...
- Participer à des activités et restaurer l'estime de soi et le plaisir : faire des activités sportives ou artistiques, voyager,...
- Avoir un suivi médico-psychologique : avoir un médecin traitant, consulter un thérapeute,...
- Pratiquer des exercices de relaxation physique et/ou psychique : méditation, yoga, tai-chi-chuan,...

• Procédures individuelles possibles à mettre en place dans le cadre professionnel pour prévenir le burn out :

- Améliorer la communication avec les autres professionnels de santé
- Améliorer l'organisation de son travail : horaires, structure, gestion du temps,...
- Analyser sa situation professionnelle : faire un auto débriefing après le travail, connaître ses points forts, ses points faibles, ses limites, reconnaître que l'on est dépassé,...
- Participer à des réunions d'échanges professionnels : groupe Balint, groupe de pair, formation médicale continue, cercles de qualité,...

1.1.5.2 Services accessibles actuellement mises en place par les institutions

Le burn out étant un concept relativement récent en France, très peu de moyens de prévention ont été mis en place. Ces moyens se limitent à des associations encore jeunes et pas tout à fait fonctionnelles mais qui promettent une probable meilleure prise en charge des médecins en situation d'épuisement professionnel.

L'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants [90] a été créée en 2009, notamment dans le but de prévenir le burn out et ses conséquences parfois mortelles. Sur sa page d'accueil, elle met à disposition un numéro de téléphone (08.10.00.33.33 à 0,28 €/min), un mail, un lien vers l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux, un lien vers le Fond d'Action Sociale de la Caisse Autonome de Retraite des médecins de France et un lien vers l'Ordre National des Médecins sur une page dédiée aux questions *qu'est-ce que l'entraide ordinale ? et comment demander secours ?*.

L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux [91], citée précédemment, a été créée en 2005 et met également à disposition un numéro de téléphone d'urgence sur sa page d'accueil, disponible 7j/7 et 24h/24 (08.26.00.45.80 à 0,15 €/min). Son objectif final est d'améliorer la qualité des soins de ville. Ses objectifs intermédiaires sont la prévention de l'arrêt de l'activité, l'optimisation de la capacité d'écoute et de conviction des médecins libéraux et l'amélioration de la relation médecin-patient.

L'association MOTS (Organisation du Travail et Santé du Médecin) en Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon [92], initiée et encouragée par le CDOM 31, « permet aux médecins volontaires de réaliser gratuitement, de façon indépendante et en toute confidentialité, une évaluation ergonomique et psycho sociale de leur exercice professionnel, avec l'aide d'un médecin spécialiste en ergonomie et santé du travail ». Cette évaluation permet d'un côté d'améliorer l'analyse de l'activité professionnelle générale en France et aide à rechercher des solutions pour limiter les facteurs de risque de burn out et d'un autre côté il permet au médecin qui a fait appel à ce service d'être orienté vers une structure adaptée (groupe d'échanges, AAPML, APSS, entraide, juriste, conseiller en gestion). Il est possible de contacter l'association par téléphone (06.08.28.25.89).

Le site internet « La souffrance du soignant » a été créé par le Groupe Pasteur Mutualité [93]. En 2010, une enquête d'opinion sur l'épuisement professionnel a été menée par Groupe Pasteur Mutualité et a ainsi révélé que « 86% des médecins pensaient qu'ils pourraient avoir besoin un jour d'un dispositif permettant de détecter leur niveau de stress et l'épuisement professionnel qui les menace ». Des consultations de prévention et d'évaluation de l'épuisement professionnel des médecins ont donc été mises en place. Elles « sont assurées par des médecins spécialement formés à la détection et au traitement des symptômes d'épuisement professionnel. La première consultation est prise en charge par Groupe Pasteur

Mutualité ». Le site propose ainsi d'être mis en relation avec un médecin consultant soit par téléphone (01.40.54.53.77 de 9h à 18h) soit par mail (consultationprevention@gpm.fr). D'autre part sont disponibles sur le site : un test en ligne afin d'évaluer son burn out, une définition du burn out et ses chiffres-clés, les symptômes et causes du burn out, et enfin une base documentaire recensant les derniers articles ou ouvrages sur le sujet.

1.1.5.3 Quelles sont les solutions plébiscitées par les médecins ?

C'est la question à laquelle a tenté de répondre l'URLM d'Ile de France dans son étude menée en 2007 [11]. Voici les solutions les plus plébiscitées par les médecins interrogés :

- Améliorer la protection sociale des médecins (97,2 %)
- Mieux définir la nature et les limites de la responsabilité médicale (95,6 %)
- Prendre en compte le médecin pour lui-même (93,2 %)
- Mieux préparer les étudiants en médecine (93,2 %)
- Obtenir de l'aide pour la gestion administrative (88,4 %)

Cette étude met donc en avant l'importance de la préparation des étudiants en médecine ; d'après les praticiens interrogés, ce thème fait partie des premières préoccupations, à égalité avec la prise en compte de leur propre considération en tant que médecin. Une intervention auprès des étudiants semblerait donc indispensable.

1.2 L'EMPATHIE

Nous venons de le voir, l'épuisement professionnel touche le domaine des émotions et de la relation interpersonnelle. Et l'empathie fait justement appel à ces capacités émotionnelle et relationnelle. Elle est au cœur du soin.

1.2.1 ORIGINE ET DÉFINITION DU CONCEPT

1.2.1.1 Origine du terme empathie

Le terme « empathie » vient du latin *in*, traduit par « à l'intérieur » et du grec *pathos*, « ce qu'on éprouve, souffrance ». C'est en 1873 que le concept voit le jour. Le philosophe allemand Robert Vischer crée le terme allemand *einfihlung*, « ressenti de l'intérieur » pour désigner le mode de relation d'une personne avec une œuvre d'art qui permet d'accéder à son sens. Le terme est ensuite repris par Théodore Lipps dans le cadre de la philosophie de l'esprit, pour désigner le processus par lequel un observateur se projette dans ce qu'il perçoit. C'est lui qui introduit la dimension affective de l'empathie : lorsque l'on perçoit un état émotionnel chez un individu, on aurait tendance à ressentir le même état émotionnel de manière automatique. Le terme est repris ensuite par de nombreux philosophes, psychologues et psychanalystes qui diffusent largement le concept, et notamment Carl Rogers qui met en avant dans ses nombreux travaux [entre autres 98-101], le rôle essentiel de la relation dans l'efficacité thérapeutique. Il décrit dans ses travaux les trois attitudes rogériennes ou les trois attitudes fondamentales du thérapeute : 1) être en congruence, 2) avoir une attitude empathique et 3) avoir une attitude de considération positive et de non-jugement.

1.2.1.2 Définitions de l'empathie

Si vous posez la question au personnel soignant s'ils savent ce qu'est l'empathie, tous vous répondront de manière affirmative. Seulement si vous leur demandez de vous donner une définition précise, vous aurez peu de réponses satisfaisantes. Et pour cause, la définition de l'empathie est relativement vague. Si l'on se réfère au Larousse, l'empathie est la « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent ».

Pour Carl Rogers, « l'empathie consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision et avec ses composantes et significations émotionnelles de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant sans jamais oublier le 'comme si' ». Il ajoute par la suite qu'il s'agit là « d'un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements des affects qui se produisent en lui »

Selon Jean Decety, neurobiologiste et professeur au Center for Mind and Learning à l'université de Washington et directeur du laboratoire Social Cognitive Neuroscience à Seattle, « il existe presque autant de définition de l'empathie que d'auteurs écrivant sur le sujet. Néanmoins, on s'accordera ici sur l'idée que l'empathie se caractérise par deux composantes : 1) une réponse affective envers autrui qui implique (parfois mais pas toujours) un partage de son état émotionnel, et 2) la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne » [102].

1.2.1.3 Différence entre empathie et sympathie

Lorsque l'on définit l'empathie, le risque encouru est de le confondre avec la sympathie (du latin *syn*, traduit par « avec » et du grec *pathos*, « ce qu'on éprouve, souffrance »). Selon Carl Rogers « La différence entre l'empathie et la sympathie est importante mais malaisée à décrire. Ces sentiments sont apparentés en ce qu'ils représentent tous deux une résonance au sentiment d'autrui. Cependant, du fait que la sympathie a trait essentiellement aux émotions, son champ est plus réduit que celui de l'empathie qui, elle, se réfère à l'appréhension des aspects tant cognitifs qu'émotionnels de l'expérience d'autrui... Toutes les deux représentent des formes subjectives de connaissance. ».

1.2.1.4 L'empathie, la raison d'être du théâtre et du cinéma ?

Bien que ce terme soit assez récent, l'essence même du concept était connu bien avant. La catharsis dont parle Aristote, qui consistait en l'épuration des passions par le moyen de la représentation dramatique, utilise l'empathie : en assistant à un spectacle théâtral, l'être humain se libère de ses pulsions, angoisses ou fantasmes en les vivant à travers le héros ou les situations représentées sous ses yeux. Pour ce faire, le spectateur doit ressentir ce que les

personnages ressentent, il doit éprouver de l'empathie. Cela lui permettra de vivre la situation par procuration et lui évitera ainsi toutes les conséquences de ces mises en situations dramatiques. Aussi, peut-être n'est-il pas si exagéré que cela de dire que sans empathie, il n'y a pas mise en scène donc il n'y a plus de théâtre ou de cinéma...

1.2.2 EMPATHIE ET NEUROSCIENCES

Depuis plusieurs années les scientifiques s'intéressent à l'empathie. De nombreuses recherches dans les neurosciences ont été entreprises afin de mieux comprendre l'empathie d'un point de vue neurophysiologique.

1.2.2.1 Neurones miroirs

A la base des découvertes en neurosciences des années 1990 relatives à la notion de *neurones miroirs*, *neurones empathiques* ou encore *neurones de Gandhi* que nous allons examiner, les travaux du Pr Marc Jeannerod se sont intéressés à la nature de la relation pouvant exister entre le cerveau et l'esprit en abordant le fonctionnement cérébral avec une vision scientifique et du point de vue des sciences cognitives [103, 104].

Il a notamment retracé l'histoire des relations entre la psychologie et la biologie en travaillant sur la méthodologie expérimentale sous différentes acceptions : l'étude biologique du cerveau s'est ainsi intégrée à un schéma commun avec d'une part la biologie moléculaire et cellulaire et d'autre part la psychologie.

Et par exemple, il a identifié le décalage voire la dualité entre la réponse perceptuelle et la réponse motrice en présence d'un seul et même stimulus visuel [105].

La notion de neurones miroirs est, elle, mise en lumière en 1990, lorsque le chercheur italien G. Rizzolatti remarque un fait étonnant lors de ses expériences sur ses singes : certaines cellules neuronales du cerveau qui réagissent habituellement lorsque le singe réalise une réaction lui-même, réagissent aussi lorsque celui-ci voit un autre individu réaliser cette même action [106].

G. Rizzolatti explique lors de la conférence de décembre 2006 donnée à l'Académie des sciences [107] :

« Les neurones miroirs constituent une classe particulière de neurones initialement identifiés dans le cortex précentral du macaque. Leur caractéristique principale est de s'activer aussi bien lorsque le singe effectue une action spécifique ou lorsqu'il observe un autre individu en train d'exécuter la même action. Ainsi un tel neurone s'active quand le singe saisit un objet donné, ou lorsqu'il voit l'expérimentateur saisir le même objet. Certains de ces neurones sont très spécifiques, ne s'activant que si les deux mouvements, saisie observée et saisie exécutée, sont réalisés de la même façon (...) Quel est le rôle fonctionnel des neurones miroirs ? Diverses hypothèses ont été avancées. En fait, leur fonction n'est pas unique. Leur propriété est de constituer un mécanisme qui projette une description de l'action, élaborée dans les aires visuelles complexes, vers les zones motrices. Ce mécanisme de transfert comporte toute une variété d'opérations. Une de leurs fonctions essentielles est la compréhension de l'action. Il peut paraître bizarre que, pour reconnaître ce que l'autre est en train de faire, on doive activer son propre système moteur. En fait, cela n'est pas tellement surprenant. Car la seule observation visuelle, sans implication du système moteur, ne donne qu'une description des aspects visibles du mouvement, sans informer sur ce que signifie réellement cette action. Cette information ne peut être obtenue que si l'action observée est transcrite dans le système moteur de l'observateur. L'activation du circuit miroir est ainsi essentielle pour donner à l'observateur une compréhension réelle et expérientielle de l'action qu'il voit ».

En 2010, une équipe de chercheurs américains, dirigée par le Dr Mukamel met en évidence ces mêmes neurones miroirs chez les humains [108].

Les neurones miroirs en interaction avec les neurones moteurs jouent un rôle dans la reconnaissance de l'autre, dans la cognition sociale, et donc dans la conscience de soi : ils permettent de transformer l'empathie, ce sentiment partagé avec l'autre, en action pour lui venir en aide.

Les travaux de Jean Decety permettent de définir l'empathie comme la capacité à se mettre à la place d'une autre pour comprendre ses sentiments [109]. Elle repose sur une simulation mentale de la subjectivité d'autrui : nous nous représentons mentalement et de façon spontanée ce que ressent autrui. Grâce d'une part à une résonance motrice composée d'une capacité automatique, non contrôlable ni intentionnelle d'imiter les mouvements et

expressions des personnes avec lesquelles nous interagissons. Et d'autre part, grâce à une flexibilité mentale nécessaire à la conscience que autrui agit et éprouve une émotion et non pas soi-même. Ces deux composantes sont dissociables mais toutes deux indispensables : l'étude de leur capacité opérationnelle respective permettrait de prédire des troubles du comportement social.

1.2.2.2 Le cerveau et l'empathie

Plusieurs études ont eu pour objet d'étudier le cerveau par IRM lors de situations provoquant des sentiments d'empathie.

Elles ont ainsi décrit les régions du cerveau et les circuits neuronaux impliqués dans l'empathie [110-115], comprenant notamment l'insula, la substance grise péri aqueducule, le cortex somato sensoriel, le cortex cingulaire et l'amygdale.

Une étude récente a notamment montré que les circuits neuronaux impliqués dans l'empathie changent entre l'enfance et l'âge adulte [116].

Ces études des régions du cerveau activées par des situations provoquant l'empathie ont permis entre autres de mettre en avant plusieurs éléments.

Les représentations que l'on se fait de la douleur des autres (donc l'empathie) et celles de notre propre douleur n'utilisent pas exactement les mêmes mécanismes neuronaux [112].

La capacité d'empathie est non seulement un phénomène flexible qui implique des mécanismes cognitifs automatiques et contrôlés [117] mais aussi elle peut être modulée par des processus cognitifs et de motivation [113].

Le contexte dans lequel survient la douleur sur une autre personne module la zone du cerveau activée [115]. Autrement dit, si un individu voit une personne se faire mal de manière accidentelle, son cerveau ne s'activera pas de la même manière que s'il est blessé par un autre individu.

L'existence de ces neurones miroirs est relativement révolutionnaire. En effet, une nouvelle voie s'ouvre pour l'étiologie et éventuellement le traitement de pathologies psychiatriques.

1.2.3 L'EMPATHIE ET LE SOIN

1.2.3.1 L'empathie, un outil crucial dans la relation soignant-soigné

L'empathie est un outil indispensable à une relation de soin efficace. Lorsqu'un patient vient consulter, que ce soit à l'hôpital ou au cabinet, il est demandeur non seulement d'une compétence technique mais aussi et surtout d'une compétence humaine, relationnelle, bienfaisante.

Selon De Hennezel, psychologue spécialiste de l'accompagnement des malades en fin de vie, le « principe du souci de l'autre devrait guider toutes les équipes. Il devrait irriguer l'ensemble de la médecine de la naissance à la mort » [118]

A. Manoukian écrit que « Parvenir à l'empathie, donc saisir le cadre de référence du patient, nécessite une véritable écoute. Etre touché par le vécu d'un patient, par son expérience douloureuse, provient souvent du fait que cette expérience nous renvoie à notre propre vécu. Il arrive qu'on ne soit d'ailleurs pas vraiment conscient de cet écho. En effet, notre mémoire et sa capacité d'oubli ainsi que le jeu des mécanismes de défenses font facilement obstruction à cette association. Dans ce cas, la source de notre émotion est bien personnelle tandis que son déclencheur lui, provient du patient. L'outil premier est bien l'écoute des messages verbaux et non verbaux, mais il ne suffit pas en soi. Une écoute efficace intègre aussi le questionnement. Questionnement n'est pas inquisition. Accompagner et comprendre pour aider le patient pour s'orienter au mieux dans sa situation sont les buts de la relation d'aide. Nous utiliserons bien sûr des questions directes formulées simplement, sans sous-entendus parasites. La reformulation est une autre forme de questionnement moins violent. Elle invite en douceur à répondre ou à ne pas répondre tout en montrant au patient l'attention qu'on a portée à ses paroles ou à son comportement. Si la reformulation est une technique propice, il ne faut pas en abuser. Un entretien de quelques minutes exclusivement fondé sur la reformulation serait insupportable pour tout patient et le soignant jouerait au perroquet. Une autre manifestation de l'écoute peut être le silence. Parfois, devant la difficulté à s'exprimer d'un patient, il est bon de savoir se taire (quelques dizaines de secondes suffisent généralement) pour lui laisser le temps tout en lui signifiant une certaine disponibilité. La relation d'aide met l'accent sur les messages perçus autant que sur ceux envoyés par le soignant. Un patient ou un soignant qui ferait preuve d'une labilité importante représenterait davantage un obstacle à l'échange et à la compréhension qu'une garantie d'efficacité. » [119].

1.2.3.2 Effets de l'empathie sur le patient et ses proches

De nombreuses études ont été réalisées concernant les effets de l'empathie sur le patient et ses proches.

1.2.3.2.1 Effets psychologiques

En 2004, une revue de littérature synthétisant vingt deux études [120] a mis en évidence de manière significative qu'il existait une corrélation entre la relation de confiance entre le médecin et son patient et la satisfaction de celui-ci dans dix neuf des études et qu'il existait une corrélation non significative dans les trois autres.

Une étude de 2000 [121] a montré que les aidants du patient qui estiment avoir bénéficié d'un médecin à l'écoute, empathique, souffraient moins de troubles psycho-émotionnels que les autres aidants.

Une attitude empathique, même brève, peut avoir un réel impact positif sur le patient telle qu'une phrase ou un geste. C'est ce qu'a montré une étude américaine parue en 1999 [122].

1.2.3.2.2 Effets physiques et observance

Avoir une attitude empathique vis à vis du patient n'a pas que des effets psychologiques. Plusieurs études révèlent que plus la relation avec le médecin est bonne, meilleur est l'état de santé du patient pour une même maladie.

Une revue de la littérature de a synthétisé 21 études [123] qui avaient pour thème la relation médecin-malade et la santé du patient. Seize de ces études ont retrouvé un lien significatif entre relation médecin-malade et l'amélioration de la santé du patient, quatre ont trouvé un lien non significatif et une n'était pas concluante. Les points améliorés par une bonne relation médecin-malade étaient par ordre décroissant : l'état émotionnel, la résolution des symptômes, de la fonction, de la tension artérielle, de la glycémie et de la douleur.

Des études plus récentes vont dans le même sens. Une étude américaine parue en 2005 [124] a retrouvé que les patients qui se sentaient traités avec dignité et respect étaient globalement plus satisfaits et plus compliants que les patients n'ayant pas bénéficié de cet égard. De même, une étude coréenne parue en 2008 [125], a montré que les médecins avec un style de communication fondé sur l'empathie et la compassion étaient associés de manière

significative à une plus grande satisfaction et une meilleure compliance de la part de leur patient. Dans la même lignée, une étude américaine de 2011 [126] montre que les patients étaient plus satisfaits et plus autonome lorsqu'ils estimaient leur médecin empathique. En 2012, une étude indienne [127] a montré qu'il existait une association significative entre l'empathie du médecin perçue par le patient migraineux et sa compliance ainsi que l'amélioration de ses symptômes. La même année, une étude italienne [128] a révélé que les patients des médecins avec des scores d'empathie élevés avaient de manière significative moins de complications métaboliques.

1.2.3.3 Empathie et étudiants

1.2.3.3.1 Etudiants en médecine

De nombreuses études sur les étudiants en médecine et l'empathie ont été réalisées à l'étranger. Elles ne sont pas toutes concordantes. Dans certains pays, on relève une diminution de l'empathie au fur et à mesure de l'avancée dans le cursus médicale tandis que dans d'autres, c'est l'inverse, la capacité d'empathie augmente. En revanche, l'ensemble de ces études, quand elles l'ont recherché, s'accordent à dire que les femmes présentent des scores d'empathie plus élevés que les hommes. Pour toutes ces études, exceptée l'étude pakistanaise qui utilise la Schutte Emotional Intelligence Scale, le test de Davis Interpersonal Reactivity Index ainsi qu'un questionnaire socio démographique, l'échelle pour mesurer le degré d'empathie utilisée est la Jefferson Scale of Physician Empathy-Health Professional.

Aux Etats-Unis, une étude de cohorte longitudinale réalisée auprès de 1162 étudiants en médecine américains [129] a retrouvé que les scores d'empathie étaient plus élevés pour les étudiants au stade pré-clinique que pour ceux au stade clinique. Les femmes étaient plus empathiques que les hommes. Les étudiants qui s'étaient orientés vers des spécialités technologiques (comme la radiologie par exemple) avaient un score d'empathie plus bas. Les étudiants qui avaient pu choisir leur orientation professionnelle avaient de meilleur score que les autres. Les étudiants qui avaient à la base un score élevé d'empathie observaient une plus faible diminution de leur score au fur et à mesure des années.

Cette étude confirme les résultats de l'étude menée en 2007 [130] qui retrouvaient que le score d'empathie étaient plus élevés pour les étudiants au stade pré-clinique que pour ceux

au stade clinique : diminution des scores entre la première et la quatrième année d'étude, et que les femmes avaient également des scores plus élevés.

Alors que l'empathie des étudiants américains diminue au fur et à mesure des années d'étude, elle a tendance à augmenter auprès des étudiants en médecine japonais d'après une étude menée en 2009 [131]. En revanche, les femmes ont toujours un score d'empathie plus élevé que celui des hommes.

Au Portugal, une étude de 2011 [132] a montré que les étudiants étant à la fin de leurs études avaient un score d'empathie plus élevé que ceux débutant leurs études. Les femmes avaient un score d'empathie plus élevé que celui des hommes. Les étudiants préférant une spécialité liée aux technologies n'avaient pas de score plus bas que les autres.

En Angleterre, une étude a été réalisée en 2011 [133] auprès d'étudiants en médecine. Les résultats suggèrent qu'il n'y avait pas de lien significatif entre le score d'empathie et l'année d'étude, que les femmes avaient un score d'empathie plus élevé que celui des hommes et enfin que les étudiants préférant une spécialité liée aux technologies avaient des scores d'empathie plus bas que les autres, contrairement aux résultats portugais.

Au Pakistan, comme en Angleterre, les résultats de l'étude parue en 2013 [134] ne retrouvent pas de liens significatifs entre le score d'empathie et l'année d'étude. En revanche, l'étude retrouve bien qu'il existe un lien significatif entre le genre et le score d'empathie : les femmes avaient un score d'empathie plus élevé que celui des hommes.

1.2.3.3.2 Etudiants sages-femmes

Alors que le métier de sage-femme est un métier où l'empathie a un rôle crucial, une seule étude a été retrouvée ayant pour sujet les étudiants sages-femmes et l'empathie. C'est une étude australienne de 2011 [135] qui a montré qu'au fur et à mesure des années d'études, le score d'empathie des étudiants sages-femmes sur augmentait.

1.2.4 MESURE DE L'EMPATHIE : l' Interpersonal Reactivity Index de Davis

Il est difficile de penser que l'empathie est mesurable, non seulement parce qu'il s'agit d'un phénomène non palpable mais aussi parce qu'il n'existe pas qu'une seule définition de l'empathie.

L' Interpersonal Reactivity Index est un questionnaire conçu par Mark H. Davis en 1980 [136, 137] et est considéré comme est souvent considéré comme un des meilleurs outils de mesure de l'empathie [138].

L'IRI est une mesure multidimensionnelle, validée, englobant des composantes cognitives et des composantes affectives. Elle se propose d'évaluer l'empathie selon quatre dimensions comprenant chacune sept items. Les deux premières dimensions citées ci-dessous explorent la part cognitive de l'empathie, tandis que les deux autres explorent sa part affective :

- la prise de perspective (*Perspective Taking* en anglais), qui évalue la tendance à imaginer le point de vue de l'autre dans la vie quotidienne ;
- le souci empathique (*Empathy Concern* en anglais), qui apprécie explicitement le degré auquel les personnes interrogées éprouvent des sentiments de sympathie et de compassion pour les autres ;
- la détresse personnelle (*Personal Distress* en anglais), qui fait aussi appel à la tendance des personnes interrogées à avoir des réponses affectives, comme le sentiment de détresse et l'anxiété ;
- la fantaisie (*Fantasy* en anglais), qui mesure la tendance à se transposer imaginativement dans la situation de personnages fictifs (comme des livres, films, etc.).

Cette année, une équipe de recherches a traduit et validé cet outil en français [139]. Nous utiliserons cet instrument de mesure de l'empathie dans notre étude [Annexe 3].

1.3 MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

1.3.1 HISTORIQUE

1.3.1.1 Bouddhisme : quelques notions élémentaires

Réaliser un travail sur la méditation sans aborder le bouddhisme est impensable. Afin de mieux comprendre l'origine de la méditation, quelques notions élémentaires du bouddhisme sont à connaître.

- Etymologie

Commençons par l'étymologie du mot *bouddhisme*, dérivé du mot *bouddha* ou *buddha*. Le mot *bouddha* est un adjectif venant de la racine sanskrite *budh-* dont les significations sont multiples : se réveiller, reprendre connaissance, comprendre, percevoir,... Le mot *bodhi* qui en découle signifie l'intelligence, le discernement, l'esprit, la science,... Ainsi le terme *bouddha* désigne celui qui est réveillé, intelligent, sage, instruit, conscient, celui qui a compris. Un bouddha est donc un être éveillé. Tout le monde peut être un bouddha. Lorsqu'il est écrit avec une majuscule, le mot *Bouddha* renvoie au fondateur du bouddhisme, sujet que nous aborderons ci-après.

- Définition

Le bouddhisme est non seulement une religion et une philosophie mais aussi et surtout un mode de vie, une voie individuelle d'après Bouddha, « qui confère la vision et la connaissance ; qui conduit au calme, à la vision profonde, à l'Eveil, au nirvana. » Elle ne donne pas lieu à une déification, les statues et images du Bouddha sont des symboles qui nous rappellent que notre nature véritable est d'être comme lui, c'est à dire éveillés.

• Naissance de Bouddha

Le bouddhisme est né il y a environ 2 500 ans au nord ouest de l'Inde actuelle. Siddharta Gautama, que l'on désigne comme étant le Bouddha historique, est issu d'une famille aisée de cette région. A l'occasion d'une sortie hors de son domaine, il prend conscience de l'aliénation de la condition humaine à la souffrance. Il rencontre, tour à tour, un homme tremblant de fièvre, un vieillard affaibli et un mort conduit vers son bûcher funéraire ; « La souffrance est le lot de tous » lui dit son cocher. Pourtant une quatrième rencontre remet en cause cette affirmation lorsqu'il croise un ascète affranchi de la crainte de la maladie, de la vieillesse et de la mort. Suite à ces rencontres et à cette prise de conscience, il décide de quitter son palais, de renoncer à ses biens et de pratiquer une forme extrême d'ascétisme. Après quelques années, il comprend que cette voie n'est pas la bonne et renonce à l'ascétisme. Il poursuit ses méditations et suit ce qu'il appellera la *Voie du Milieu*. Alors âgé d'une quarantaine d'années, installé sous l'arbre de Bodhi, il parvient enfin à l'Éveil.

Bouddha, après avoir atteint l'état d'Éveil, pensa au reste de l'humanité et à sa souffrance. Sachant que ce qu'il souhaitait transmettre dépassait l'entendement humain, il mit au point une méthode d'enseignement compréhensible de tous, le *dharma*, permettant aux hommes de progresser sur le chemin du perfectionnement et d'atteindre l'état d'Éveil.

• Les Quatre Nobles Vérités

Son enseignement commence par les *Quatre Nobles Vérités*. Il s'agit là, avec la notion de coproduction conditionnée développée un peu plus loin, des principes de base de la philosophie bouddhiste. La première Noble Vérité est la reconnaissance de l'existence de la souffrance. La deuxième Noble Vérité est l'identification des causes de cette souffrance. La troisième Noble Vérité est la confirmation que cette souffrance peut être arrêtée. La quatrième Noble Vérité est le chemin pour sortir de cette souffrance, appelé le Noble Chemin Octuple (ou Voie du Milieu). Ce Noble Chemin Octuple comprend huit étapes : la compréhension juste, la pensée juste, la parole juste, l'action juste, les moyens d'existence justes, l'effort juste, l'attention juste, la méditation juste. « Le principe essentiel [*du Noble Chemin Octuple*] est en réalité très simple : ne faites rien de néfaste, ni en action, ni en pensée, ni en parole, et mettez toute votre énergie dans des actions bienfaitantes. Cela aura pour résultat inéluctable le bonheur, pour vous et pour les autres, et, enfin de compte, l'Éveil. » [141]

Ajahn Amaro, moine bouddhiste dans la tradition theravada, décrivait ces Quatre Nobles Vérités, lors de la conférence *Mind and Life XIII* de 2005, en analogie à un problème médical, Bouddha étant le médecin : « Dans les formes particulières d'affection psychologique ou spirituelle, le symptôme est dukkha, l'expérience de l'insatisfaction ; c'est la première Noble Vérité. Deuxième facteur à intervenir dans ce type de diagnostic : la cause du symptôme, que le bouddha a identifié à l'avidité égocentrique, à la cupidité, à la haine et à l'illusion. Ce sont les toxines, les émotions négatives et destructrices, les habitudes et les états qui emprisonnent l'esprit et empoisonnent le cœur ; c'est la deuxième Noble Vérité. Le troisième élément est le pronostic. Bonne nouvelle : tout cela peut se soigner. C'est la troisième Noble Vérité, qui nous dit que l'expérience de l'insatisfaction a une fin ; nous avons le pouvoir de nous en libérer. Le quatrième élément - et la quatrième Noble Vérité - renvoie la méthodologie du traitement : ce que le Bouddha a présenté comme la manière de guérir ses blessures. » [142]

- La coproduction conditionnée

L'essentiel du concept réside dans les notions d'interdépendance et de dynamisme (dans le sens opposé à la statique). Ce qu'il faut comprendre, c'est que « tout ce qui constitue l'existence et les expériences qu'ils animent est irréductiblement transitoire, changeant, composé, mélangé. « Être au monde » ne saurait donc s'énoncer que dans la dynamique d'un ensemble de corrélations et de connexions articulées les unes aux autres. Tous les phénomènes de psychophysiques faisant partie de l'expérience humaine apparaissent et se développent ainsi par le jeu de causes multiples. » [143] Chaque phénomène apparaît en fonction d'un certain nombre de conditions. Hors ces conditions changent en chaque instant. Ainsi tout ce qui fait partie de l'existence dépend des éléments qui l'entourent qui le conditionnent et il déterminera à son tour d'autres phénomènes, cet ensemble étant en perpétuel mouvement ; rien n'est un commencement en soi ou une fin en soi (exception faite de l'être pleinement éveillé et donc libéré).

A l'origine, la coproduction conditionnée fait référence à la manière dont la souffrance (dukkha) apparaît, de manière coproduite et conditionnée par douze maillons. « De ces douze maillons résultent nos vicissitudes dans le monde. À cause de l'ignorance, toute une série d'autres événements adviennent, selon le type suivant :

1. Par *ignorance* sont accomplies les actions intentionnelles égocentriques (au service de l'idée erronée qu'il existe un soi).

2. Nous avons tendance à répéter ces *actions intentionnelles* et à créer ainsi des habitudes mentales. Ces habitudes passent dans la conscience sous forme de conditionnement.

3. Cette *conscience conditionnée* n'existe en l'état qu'en raison des habitudes engendrées par les actions réitérées (du corps, de la parole et de l'esprit). C'est ce qu'on appelle la création karmique. La conscience conditionnée se lie au fœtus dans la matrice et mène à la quatrième étape.

4. *Le corps et l'esprit*. Ils ne seraient pas si la conscience conditionnée du point de vue karmique ne leur préexistait pas. Quand le corps et l'esprit naissent, ils vont de pair avec :

5. *Les six organes des sens et leur objet*. Lorsque ces deux ensembles adviennent, il se produit automatiquement :

6. Un *contact*, par exemple le sens du goût et ce qui est goûté. Cela entraîne :

7. La *sensation*. Si la nourriture est bonne, la sensation sera agréable et nous voudrions l'éprouver de nouveau. Ainsi surgira :

8. Le *désir*, dont découle :

9. *L'avidité*. Si je désire quelque chose, je veux l'obtenir, donc je le convoite. La conséquence est la suivante :

10. Elle se met à *exister*. Dans le monde extérieur, cela signifie attirer les choses à moi si bien que je fais advenir les possessions, etc. Un sentiment bien défini d'« être » de « moi » émerge alors, apparemment parce que, là où il y a convoitise, naît l'idée de celui qui convoitent. Cette conscience induit :

11. La *renaissance*. Compte tenu de la permanence de toute chose, toute chose née est sujette à :

12. La *maladie*, la *vieillesse* et la *mort*.

Tel est le cycle complet qui, à peine achever, recommence, du fait de notre perpétuelle ignorance. Si nous ne faisons rien, ceci peut durer éternellement. » [141]

• La méditation

La coproduction conditionnée nous apprend entre autres qu'il n'existe pas d'autre moment que le présent. Rien n'étant statique, le passé a disparu et le futur n'est pas encore construit. Seul le présent existe et a de l'importance. Ainsi, l'image que l'on a de *soi* se construit en chaque instant à partir d'identification à son corps, ses idées, ses opinions, ses sentiments etc.... Il s'agit donc d'une construction mentale. Nous construisons notre *moi* à

partir de phénomènes internes et externes en chaque instant. Nous ne sommes nous-même qu'au moment présent. C'est ici qu'intervient la méditation (huitième étape du Noble Chemin Octuple pour rappel). Nous apprenons à prendre conscience de ce processus et à apercevoir ainsi ce qui auparavant nous échappait. Cette forme de méditation est appelée Vipassana bhavana et peut être traduite par vision profonde, vision pénétrante ou encore vision supérieure. Il s'agit donc de prêter attention à la réalité, de s'exercer à la présence consciente. La méditation est donc une partie du chemin menant à la libération, au bonheur.

1.3.1.2 L'arrivée de la méditation en Occident grâce aux scientifiques

La méditation est une pratique très ancienne comme nous avons pu le voir dans la partie précédente. Cependant, cette pratique n'est apparue en Occident que très récemment. L'étude de l'impact de la méditation sur le corps et l'esprit humain par les scientifiques a notamment permis ce développement dans le monde occidental.

Déjà en 1920, en Inde, un Ashram dans la ville de Lonavla avait ouvert ses portes aux scientifiques du monde occidental afin qu'ils puissent étudier les effets du yoga sur le corps humain [144]. Peu de techniques étaient à leur disposition à l'époque, cependant ils purent mettre en évidence que la pratique du yoga permettait de diminuer la tension artérielle, de régulariser des troubles du rythme cardiaque et d'améliorer le souffle. Ces études furent les premiers ferments de l'alliance entre le monde médical, le monde scientifique et le monde du yoga, de la méditation et de la relaxation.

Dans les années 1950, avec le développement de l'ECG et de l'EEG, les scientifiques ont pu s'intéresser de plus près aux yogis. Une des coutumes étranges que pratiquaient ces yogis était de s'enterrer sous terre pendant plusieurs heures voire plusieurs jours et de méditer. En 1956, B. K. S. Iyengar, un des chefs de file yogi, s'est prêté à une expérience ; il est resté 48 heures dans une fosse, immobile, bardé d'électrodes sur le crâne et sur le cœur, à méditer. Les résultats surpris quelques peu les scientifiques qui se rendirent compte qu'il était resté dans un état d'éveil toutes ces heures durant [144].

Entre les années 1960 et les années 1980, plusieurs phénomènes participent à la démocratisation de la méditation, de la relaxation et du yoga. La mondialisation opère ; le

trafic et la communication entre les continents sont plus aisés, plus rapides, permettant ainsi aux informations de circuler plus facilement. Certains moines bouddhistes réputés font découvrir leur culture et leur philosophie lors de leurs voyages et à travers leurs écrits tel que Thich Nhat Hanh avec son livre « the Miracle of Mindfulness » [145].

Dans les années 1970-80, Herbert Benson, cardiologue américain, met en évidence dans son laboratoire de l'Université d'Harvard, ce qu'il appelle la *réponse de relaxation*. Il évalue et compare les réponses du corps humain à différents types de relaxation et observe une même réponse de l'organisme : baisse du tonus musculaire et ralentissement du système nerveux sympathique [146]. Fort de ces découvertes, il part dans l'Himalaya auprès de moines tibétains du dalaï lama afin d'étudier les liens entre la relaxation occidentale et la méditation. Sont étudiés les enregistrements électro encéphalographiques et les modifications biologiques lors des processus de méditation. Ces recherches lui permettent de mettre en évidence non seulement que la méditation engendre elle aussi la fameuse *réponse de relaxation* mais aussi les points communs entre méditation et relaxation. De retour aux Etats-Unis, il étudie d'autres techniques de méditation et conclue qu'il existe quatre points communs, qu'il nomme The Big Four, entre toutes les techniques de méditations et relaxations : un environnement calme, un relâchement musculaire, une attitude passive (ou attitude de lâcher prise), un certain état de concentration.

En 1987, sa Sainteté le XIVème Dalaï Lama, Francesco Varela, neuroscientifique ainsi que Adam Engle, homme de Loi, fondent le *Mind and Life Institute*. Cet institut a pour objectif de réunir scientifiques et spiritualistes autour d'un thème commun : épanouir le dialogue entre le Bouddhisme et les scientifiques ouverts à la méditation. Cette fondation encourage notamment la réalisation d'études scientifiques pour établir ou non les effets de la méditation sur le corps et l'esprit humain.

C'est dans les années 1970-80, grâce à Jon Kabat-Zinn, professeur émérite de médecine à la faculté de l'université du Massachusetts que la méditation pleine conscience va se faire connaître du monde médical. C'est lorsqu'il était étudiant qu'il a commencé à s'intéresser à la pratique de la méditation. Une fois son doctorat en biologie moléculaire obtenu, il décida de se consacrer au projet d'adapter la méditation bouddhiste, en lui ôtant son aspect religieux, pour l'intégrer à un programme de soins scientifiquement contrôlables et philosophiquement acceptables par tous. C'est ainsi que naît la méditation pleine conscience.

En 1979, il fonde la clinique de réduction du stress, *Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Clinic* et en 1995, il fonde le *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care and Society*. Ces centres furent les premiers à offrir des formations à la méditation pleine conscience et à étudier l'effet de ce type de méditation sur le corps et l'esprit. Aujourd'hui, la méditation pleine conscience est reconnue par les scientifiques et est enseignée et pratiquée dans plus de deux cents cinquante hôpitaux américains et des facultés de médecine aussi prestigieuses que Stanford, Duke ou Harvard pour réduire le stress des traitements et les souffrances des malades.

Quelques années plus tard, la MBSR de Jon Kabat-Zinn est adapté par Z. Segal, M. Williams et J. Teasdale, pour réaliser un protocole de prévention de la rechute dépressive. Ce programme est appelé Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ou thérapie cognitive basée sur la pleine conscience.

1.3.1.3 La méditation pleine conscience en France : une arrivée retardée

La France, pays de Descartes rappelons-le, a eu un peu plus de mal à s'intéresser à la méditation pleine conscience. Jusqu'en 2008, les livres de Jon Kabat-Zinn avaient été publiés partout en Europe, sauf en France. Il aura fallu attendre 2009 et la venue de Jon Kabat Zinn en France pour que l'intelligentia française se réveille. Pourtant, plusieurs personnages importants qui ont contribué à l'essor de la méditation pleine conscience dans le monde sont français, parmi eux le psychiatre Christophe André, le docteur en biologie Mathieu Ricard ou encore le chercheur en neurosciences Antoine Lutz.

Alors que les programmes MBSR et MBCT sont reconnus, validés, utilisés et enseignés dans non seulement plus de deux cents cinquante hôpitaux et universités américains mais aussi européens, il faut attendre les années 2000 pour que les premières applications cliniques voient le jour en France. En France, Christophe André a été le premier à mettre en application les programmes de MBSR et MBCT dans le service Hospitalo-Universitaire de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, au sein d'une Unité de Psychothérapie Comportementale et Cognitive, spécialisée dans le traitement et la prévention des troubles émotionnels, anxieux et dépressifs.

De même, alors que la méditation pleine conscience est enseignée dans des écoles de médecines américaines et européennes depuis des années, ce n'est que depuis début 2013, à l'initiative du Dr Jean-Gérard Bloch de l'université de Strasbourg, que l'on propose en France, un diplôme universitaire de médecine, *Méditation et neurosciences*, de niveau master professionnel à destination des médecins, psychologues et biologistes.

1.3.2 DÉFINITIONS

1.3.2.1 Etymologie et définition du mot « méditation »

Tout d'abord, rappelons l'étymologie du mot « méditer ».

L'origine latine du terme « méditer » est *meditari*, que l'on pourrait traduire par « soumettre à longue et mûre réflexion ». Notons que *meditari* et *mederi* qui signifie « soigner, donner soin à » appartiennent à la même famille et viennent du nom latin *modus* qui signifie « la mesure imposée aux choses », au sens où toute chose contient sa propre et juste mesure.

L'origine grecque fait référence aux mêmes origines ; le verbe grec *medomai*, méditer, est issu de la racine *med* qui exprime l'idée de prendre avec autorité et réflexion des mesures d'ordre. Cette racine sera la même que pour les mots médecine, remédier, etc...

Au fur et à mesure du temps, la définition du mot méditation a évolué. Il est passé de « contemplation » au milieu du XIII^{ème} siècle, à « action de réfléchir profondément » à la fin du XIV^{ème} puis au sens d' « écrit sur un sujet religieux ou philosophique » au XVII^{ème}. La définition de l'académie française a elle-même évolué ; en 1762, la méditation était le fait de « penser attentivement à faire quelque chose, à faire réussir ce qu'on a dans l'esprit ». En 1798, il s'agit « d'occuper son esprit de l'examen d'une pensée, ou de l'exécution d'un dessein. » Enfin en 1835, la méditation consiste à « Réfléchir sur quelque chose, l'examiner mûrement, de manière à l'approfondir ». [147] Cette dernière définition est celle qui se rapproche le plus de la définition actuelle du Larousse « Action de réfléchir, de penser profondément à un sujet, à la réalisation de quelque chose ».

1.3.2.2 Définitions de la méditation pleine conscience

D'après Jon Kabat Zinn, fondateur de la méditation pleine conscience telle que nous la connaissons actuellement, « La pleine conscience signifie « faire attention » d'une manière particulière : délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur. Cette sorte d'attention nourrit une prise de conscience plus fine, une plus grande clarté d'esprit et l'acceptation de la réalité du moment présent. Cela met en évidence le fait que nos vies sont une succession de moments où nous avons intérêt à être présents. [...] Lorsque nous nous engageons à « prêter attention », avec un esprit ouvert, dénué de tout préjugé, en faisant abstraction de nos sympathies ou de nos antipathies, de nos projections et de nos espoirs, de nouvelles possibilités s'ouvrent à nous qui nous permettent de nous libérer de la camisole de force de l'inconscient. » [148]

Dans la préface de *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, ouvrage qui expose la MBCT, C. André et M. Ricard expliquent que « Mindfulness signifie pleine conscience. Il s'agit d'un ensemble de techniques inspirées principalement des pratiques bouddhistes, centrées sur nos mouvements de conscience et leurs rapports automatiques avec un certain nombre d'émotions et de comportements indésirables ou toxiques qui prennent naissance en nous à différents moments de notre vie » [149]

P. Philippot résume quant à lui la pleine conscience comme étant « un état mental qui résulte du fait de centrer notre attention, volontairement, sur notre expérience présente dans ses aspects sensoriels et mentaux, cognitifs et émotionnels, sans poser de jugement » [150]

1.3.2.3 Principe simplifié

Le principe de la méditation pleine conscience est simple. Il s'agit de se concentrer sur le moment présent, de se recentrer, de vivre complètement ce moment, en pleine conscience et sans jugement. Nous sommes en permanence sollicités et parasités par des pensées qui nous projettent dans le passé (problèmes que l'on a eu dans la journée par exemple) ou dans l'avenir (tâche à accomplir le lendemain par exemple). Nous avons tendance à occulter nos sensations, quelles soient bonnes (ne pas profiter de l'agréable sensation d'un bon repas parce

qu'on regarde la télévision par exemple) ou mauvaises (essayer de s'occuper avec une autre activité après un événement désagréable sans prendre le temps de réaliser ce qui vient de se passer). Que ce soient des pensées, des sensations ou des sentiments, nous avons la fâcheuse tendance de ne pas leur prêter attention. Nous passons alors à côté de nous-même. N'est-il pas absurde de se dire que nous avons vécu toute notre vie sans la vivre réellement mais seulement par projection ? Nous sommes absents de ce que nous faisons, absents de ce que nous ressentons, absents de ce que nous vivons. La méditation pleine conscience n'est pas une thérapie de pensées positives, loin de là. Elle permet seulement de reprendre contact avec soi-même. Bien entendu, il est impossible de vivre en pleine conscience en permanence. Il ne s'agit pas d'être en permanence en pleine conscience mais d'essayer d'atteindre cet état le plus souvent possible.

1.3.3 LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE EN PRATIQUE

1.3.3.1 Programme MBSR

Le programme MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), en français Réduction du Stress par la Méditation Pleine Conscience, a été mis au point par le Dr Jon Kabat-Zinn en 1979 à l'Université du Massachussets. Au départ, ce programme vise à soulager les douleurs chroniques et à gérer son stress. Il s'appuie sur l'utilisation de techniques de prise de conscience des états intérieurs (pensées, émotions, sensations corporelles), de direction de l'attention et de régulation émotionnelle empruntées à la méditation bouddhiste, également au yoga, en dehors de toute référence spirituelle.

Lors de la Conférence *Mind and Life* de 2005 [142], Jon Kabat-Zinn décrit brièvement la MBSR. « Dans la MBSR, nous commençons par déguster un grain de raisin très, très attentivement. [...] Et les gens disent souvent qu'ils n'avaient jamais mangé de raisin avant d'avoir fait l'expérience de cette manière consciente de manger. C'est une révélation essentielle : si nous faisons attention, le monde s'ouvre. Il s'éclaire de nouvelles dimensions d'expérience. [...] Après la méditation du raisin, nous nous attachons à diriger la même qualité d'attention vers d'autres dimensions de cette expérience d'instant en instant – la respiration, les sensations physiques [...] - puis vers l'intégralité du champ des pensées et des émotions. [...] Puis nous introduisons cette claire conscience dans la vie quotidienne. Ainsi la

pratique méditative devient-elle la façon dont nous vivons notre vie, et non notre seule aptitude à nous asseoir sur un coussin. [...] Ainsi apprenons-nous à répondre plus consciemment à toutes sortes de situations stressantes, plutôt qu'à *réagir* d'une manière terriblement conditionnée, irréfléchie, automatique. ».

1.3.3.1.1 Types de pratiques méditatives

La MBSR intègre des pratiques méditatives formelles et informelles.

Les pratiques informelles consistent à rester concentré dans ce que l'on fait, dans une attitude méditative, que l'on soit en train de préparer un repas, de faire le ménage, se rendre à pied à son travail, etc... Elle permet de cultiver sa capacité à porter aux choses une attention consciente et d'entraîner son esprit à vivre le moment présent plutôt que de vagabonder mentalement entre le passé et l'avenir comme nous le faisons sans cesse. L'exercice du raisin sec, que l'on verra ci-dessous, est le premier exercice réalisé lors du programme. Il permet de prendre conscience que l'on n'est pas conscient de ce que nous faisons, que nous sommes, comme dit Jon Kabat-Zinn en pilote automatique.

Les pratiques méditatives formelles consistent à se consacrer pleinement à la méditation en se dégageant du temps de façon intentionnelle. Il s'agit d'exercices tels que le scanner corporel que l'on effectue allongé sur le dos, la méditation assise, le Yoga en pleine conscience et la méditation marchée. Ces exercices sont enseignés pendant la formation et des enregistrements audios sont donnés aux participants.

1.3.3.1.2 Organisation de l'enseignement

• Forme

Le programme se présente sous la forme d'un cycle de huit semaines. Une fois par semaine, les participants viennent à l'hôpital suivre une formation de 2h30 environ, en compagnie de 25 ou 30 autres personnes. Au cours de la sixième semaine a lieu une retraite d'un jour complet, dans le silence. Il est demandé aux participants de pratiquer chez eux, à

raison de 30 min à 1h, six jours sur sept des exercices qui différeront en fonction des semaines.

- Contenu de chaque semaine

Comme dans tous les programmes d'apprentissage, les participants progressent au fur et à mesure de leur pratique. Chaque semaine, les méditants apprennent de nouveaux éléments sur lesquels réfléchir et de nouvelles techniques de méditation, leur permettant ainsi d'ouvrir leur conscience progressivement, par étape.

La semaine 1 se consacre à l'introduction à la pleine conscience avec la prise de conscience du fonctionnement, la prise de conscience du pilotage automatique qui nous gouverne. On apprend l'exercice du raisin sec avec la notion de méditation informelle, ainsi que l'exercice du scanner corporel (concentration sur les différentes parties du corps).

La semaine 2 se consacre à la notion de stress, à son évaluation, sa prévention et sa gestion. On apprend des exercices de Yoga debout et la méditation assise.

La semaine 3 permet de renforcer sa conscience du corps et de l'esprit. On apprend l'exercice de méditation informelle de prise de conscience et d'espace de respiration (3 min) pour sortir du mode pilotage automatique du quotidien.

La semaine 4 nous aide à rester présent. On apprend la marche méditative en pleine conscience.

La semaine 5 permet l'exploration en pleine conscience des situations difficiles. On apprend des exercices de Yoga au sol, un exercice de pleine conscience d'une difficulté ou d'un moment pénible et un exercice de courte méditation assise posée sur l'évocation d'une situation agréable.

La semaine 6 a pour vocation de transformer la relation à nos jugements, nos interprétations des faits, nos pensées. On apprend la méditation assise pleine conscience des sons et des bruits et la méditation assise de pleine conscience des pensées.

La semaine 7 est la semaine du passage à l'action, de l'approfondissement. On apprend à analyser son quotidien ainsi qu'un exercice de méditation avec attention sans objet.

La 8^{ème} et dernière semaine est la pratique autonome. A ce stade, on est censé être capable de s'autogérer. Les enseignants ont pour habitude de dire « la 8^{ème} semaine dure toute la vie ».

- Exercices à pratiquer à domicile

Comme nous l'avons dit plus haut, les participants doivent s'exercer chez eux entre 30 et 60 minutes par jour, six jours sur sept. Chaque semaine les exercices à faire à domicile changent. Le méditant, à partir de la deuxième, peut choisir parmi plusieurs exercices. La seule condition est qu'il les combine de manière à pratiquer au moins 30 minutes par jour.

Dans son livre « Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness » [151], Jon Kabat-Zinn présente de façon pratique et concise les exercices à réaliser chez soi en fonction des semaines. On retrouve également dans d'autres ouvrages consacrés à la méditation pleine conscience des « programmes » à suivre au fur et à mesure des semaines. Ils sont tous fondés sur le même schéma. Nous énonçons ci-dessous un programme-type de pratiques à faire à la maison, conçu à partir de livres qui font références en la matière en France [151-157]. Par souci de clarté, nous avons réalisé un tableau pour résumer ces exercices (Tableau X).

Semaine		Pratique formelle	Pratique informelle
1	<p>Exercices à réaliser au choix, parmi ceux proposés dans la semaine correspondante à votre apprentissage.</p> <p>Seule consigne : essayer de pratiquer pendant au moins 30 minutes par jour</p>	- Scanner corporel	<p>- Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité.</p> <p>- Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.</p>
2		<p>- Scanner corporel</p> <p>- Yoga debout</p> <p>- Méditation assise</p>	
3		<p>- Idem semaines 2 et 3</p> <p>- Marche méditative</p>	<p>- Idem semaines 1 et 2</p> <p>- Exercice de trois minutes d'espace et de respiration, à réaliser une à trois fois par jour</p>
4			
5			
6		<p>- Idem semaine 4</p> <p>- Yoga au sol</p> <p>- Exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté</p> <p>- Courte méditation assise posée sur l'évocation d'une situation agréable</p>	
7		<p>- Idem semaine 5 <u>sauf</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêt du Scanner corporel - Arrêt d'utilisation des enregistrements <p>- Méditation assise avec pleine conscience des bruits et des sons</p> <p>- Méditation assise avec pleine conscience des pensées</p>	
8		<p>- Idem semaine 6</p> <p>- Méditation assise avec attention sans objet</p>	
	<p>- Revenir aux enregistrements</p> <p>- Faire au moins deux fois le Scanner corporel dans la semaine</p> <p>- Exercices de la semaine 7</p>		

Tableau 1. Exercices à réaliser à domicile lors d'un programme de méditation pleine conscience

1.3.3.1.3 Exemple d'exercice : le raisin sec

Cet exercice est le premier que l'on fait faire aux participants. Pour le réaliser, vous n'avez besoin que d'un raisin sec, et si vous n'en avez pas, vous pouvez prendre un autre aliment que l'on peut palper sans se salir. Il est préférable de s'installer dans un endroit calme, où l'on ne se sera pas dérangé.

• L'exercice (réalisable selon le souhait avec l'enregistrement audio)

« 1. Placer un grain de raisin dans votre main. Imaginez que vous arriviez de l'espace et que vous n'avez encore jamais vu ni goûté du raisin. Pendant plusieurs minutes, contemplez la couleur et la texture de ce grain de raisin. Explorez les plis et les creux de sa peau, voyez comment ce grain de raisin reflète la lumière quand vous le retournez, et remarquez tous les détails. Observez la manière dont vos doigts tiennent et font tourner délicatement le grain de raisin, avec précision et conformément à ce que vous voulez.

2. Approchez le grain de raisin de votre nez. Ressentez les sensations dans votre bras pendant que vous amenez le grain de raisin vers vos narines. Tout en inspirant, remarquez si ce raisin a une odeur, et si oui, appréciez en la qualité. S'il n'en a pas, notez ce que vous ressentez alors continuez cette pratique de l'exercice pendant quelques minutes.

3. Observez s'il y a des pensées qui traversent votre esprit...

4. Portez le grain de raisin à votre oreille. Faites le tourner doucement entre votre pouce et vos autres doigts, et écoutez le bruit éventuellement produit. Peut-être percevez vous un léger crépitement, à moins qu'il n'y ait aucun bruit. Ensuite, abaissez votre bras vers sa position initiale.

5. Faites pivoter le grain de raisin entre vos doigts. Remarquez la texture du grain de raisin. Fermez les yeux pour pouvoir mieux vous concentrer sur le toucher. Sentez la forme de l'objet, ainsi que son poids. Pressez doucement le grain de raisin et voyez si cela vous permet d'en percevoir le contenu.

6. Rapprochez le grain de raisin de votre bouche. Est ce que cela vous fait saliver ? Si oui, votre corps a déjà commencé le premier stade de la digestion. Touchez doucement le grain de raisin du bout des lèvres, supérieures et inférieures, pour voir quelles sensations vous pouvez détecter. Placer le grain de raisin sur votre langue. Sans le croquer. Eprenez-vous une forme de soulagement, ou bien une frustration ? Sentez le poids du grain de raisin sur votre langue. Déplacez le grain de raisin dans votre bouche, en remarquant l'habileté de votre langue à accomplir cette tâche. Placez le grain de raisin entre deux dents, et refermez la bouche lentement pour le croquer doucement. Observez le phénomène du goût et de l'ingestion. Suivez attentivement la série d'expériences qui se produisent, notamment le changement de goût et l'évolution de la consistance du raisin pendant qu'il se brise doucement et se dissout. Soyez conscient de vous même en train de le mâcher et de la manière dont vous commencez automatiquement à avaler. Poursuivez cette expérience jusqu'à ce que vous ayez fini de manger ce grain de raisin.

7. Remarquez le goût que ce raisin laisse dans votre bouche une fois que vous avez fini de le manger. »

• Le débriefing

Les fondateurs de la MCBT expliquent dans leur livre *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Une nouvelle approche pour prévenir la rechute* [152] que « Cet exercice [du raisin sec] est un exemple de ce que nous allons faire. La pratique de la méditation pleine conscience consiste à apporter de la conscience dans nos activités de tous les jours, pour savoir ainsi ce qui se passe et pouvoir, en fait, changer la nature de l'expérience. Si vous êtes pleinement conscient des pensées, des sentiments (ressentis mentaux, feelings) et des sensations corporelles de la manière entraperçue dans l'exercice du raisin, vous pouvez en fait changer l'expérience ; vous avez plus de choix et plus de liberté. ».

Il permet de se rendre compte que notre manière habituelle de prêter attention aux choses est extrêmement limitée. Ce petit exercice permet de découvrir directement une autre manière de vivre une expérience. En mangeant ainsi, nous savons que nous mangeons ; nous mangeons en pleine conscience. Certains remarquent que le goût du raisin est plus intense

qu'habituellement ou qu'il est différent, que les grains de raisin sont plus perceptibles que d'habitude, etc... C'est ainsi qu'en se reliant à nos sens, nous passons du mode pilote automatique au mode de l'attention consciente.

Il faut comprendre par pilote automatique le fait que lorsque nous faisons quelque chose comme manger, se brosser les dents, faire la vaisselle, nous nous comportons mécaniquement. D'une part, nous sommes dans l'action, dans le faire et non plus dans l'être, et d'autre part, notre esprit est souvent absent, passif, en mode automatique, pris par des pensées et déconnecté de l'expérience présente.

Le but de la pleine conscience est au contraire d'augmenter la conscience de ce que nous faisons, ici et maintenant, au moment présent de la situation que nous traversons. On comprend alors que la méditation pleine conscience est en fait un concept très simple, applicable partout et à tout moment de la journée. Le fait de prendre conscience de ce que l'on fait un certain moment de la journée de le faire en pleine conscience est le principe même de la méditation informelle.

1.3.3.2 Programme MBCT

La Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ou thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est une adaptation de la MBSR pour en faire un programme de prévention de la rechute dépressive. Elle est l'œuvre de Zindel V. Segal, docteur en psychologie et professeur de psychiatrie à l'université de Toronto, Mark G. Williams, son homologue à l'Université d'Oxford et John D. Teasdale, docteur en psychologie à Cambridge. C'est une combinaison entre les thérapies cognitivo-comportementales et la méditation pleine conscience.

Le programme est très proche de la MBSR et se fait également en huit semaines avec des exercices à domicile à pratiquer quotidiennement.

Zindel Segal développe rapidement ce qu'est la MBCT lors de son intervention à la conférence *Mind and Life XIII* de 2005 [142] : « Il s'agit d'une façon d'intégrer la thérapie cognitive et la réduction du stress basée sur la pleine conscience développée par Jon Kabat-Zinn et son équipe. Nous avons essayé de les associer afin que les gens, indépendamment de leur humeur, puissent tout de même trouver le moyen de réagir aux expériences émotionnelles qui exigent qu'on soit curieux vis-à-vis d'elles et qu'on sache passer d'une modalité d'esprit automatique à un mode intentionnel. Au lieu de se contenter d'y penser, les personnes peuvent ainsi en faire l'expérience directement. Elles peuvent apprendre à distinguer le moment où elles vont évaluer leur expérience, essayer de la résoudre et, à travers l'entretien de la pleine conscience, choisir d'y faire face par le non-agir et l'être. C'est l'approche décrite dans notre livre *La Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression* [152]. [...] La vocation de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est d'aider les gens à devenir plus conscients. »

1.3.3.3 Autres programmes fondés sur la MBSR

Le programme MBSR a été décliné de nombreuses fois depuis la découverte de son impact positif sur différentes pathologies. Les programmes MBCT (première adaptation reconnue de la MBSR) et MBRP (*Mindfulness Based Relapse Prevention*, Prévention de la rechute basée sur la méditation pleine conscience), dont nous parlerons plus loin, ou encore MBCR (*Mindfulness Based Cancer Recovery*) font partie de ces adaptations.

1.3.3.4 Formation à la méditation pleine conscience en ligne

Le programme de base de la méditation pleine conscience, la MBSR, est censé se faire sur huit semaines et comprend 2h30 de cours par semaine, une journée entière de retraite dans le silence pendant la sixième semaine et la réalisation quotidienne d'exercices à domicile. Ces formations peuvent rebuter de nombreuses personnes. En effet, pour participer à un programme, encore faut-il avoir accès à une formation près de chez soi, avoir du temps et de l'argent. Depuis quelques années, des formations sur le web ont vu le jour. Des études ont donc été réalisées afin de vérifier non seulement leur faisabilité mais aussi leur efficacité.

La méditation pleine conscience est ouverte à tout le monde, patients sains comme atteints de pathologie. De plus en plus de monde s'y intéresse et s'y essaie. Bien que l'apprentissage par la lecture des ouvrages de référence soit possible, beaucoup de monde préfère se pencher sur une formation plus ludique et structurée comme peut l'être la formation en ligne. Cet outil représente un atout majeur pour les étudiants : il est utilisable à n'importe quel moment, autant de fois qu'on le souhaite, il ne nécessite aucun déplacement et il est peu cher voire gratuit.

Une étude suisse, parue en 2013, a cherché à savoir si une intervention basée sur la méditation pleine conscience, courte de deux semaines, prodiguée sur le web en autoguidage, pouvait avoir un impact sur le stress perçu (Perceived Stress Scale) et les symptômes d'anxiété et de dépression (Depression Anxiety Stress Scales-21) dans une population de 104 étudiants [158]. Les résultats de cette étude contrôlée randomisée ont montré que les étudiants assignés dans le groupe ayant reçu la formation en ligne présentaient une diminution significative du stress perçu, et des symptômes d'anxiété et de dépression, alors qu'aucun changement ne s'est produit dans le groupe contrôle (en liste d'attente).

Une autre étude, canadienne cette fois-ci, a été réalisée auprès de 50 étudiants en ergothérapie [159]. Après avoir participé à 8 semaines de formation à la méditation pleine conscience en ligne, les étudiants présentaient un niveau de pleine conscience (Mindfulness Attention Awareness Scale) plus grand. Les exercices de pratiques informelles et de méditations guidées ont été perçus par les étudiants comme étant plus aidants pour la compréhension et l'approche de la pleine conscience que la lecture seule à ce sujet. Les

auteurs concluent que la méditation pleine conscience peut être enseignée par une approche en ligne.

Parue en janvier 2015, une étude chinoise menée auprès de 321 étudiants [160] a cherché à évaluer l'efficacité de deux interventions (méditation pleine conscience et Health Action Process Approach), comparé à un groupe témoin (liste d'attente). Ces deux interventions se sont déroulées exclusivement sur internet en autoformation, pendant huit semaines. Les étudiants ont répondu en ligne à un questionnaire avant l'intervention puis après et à trois mois. Il en résulte que l'approche en ligne de la méditation pleine conscience permet d'améliorer le bien-être mental (Mental Well Being).

1.3.4 IMPACTS DE LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE SUR LE MÉDITANT

La méditation pleine conscience est devenue aujourd'hui très à la mode. Si elle rencontre le succès qu'on lui connaît, c'est notamment grâce aux scientifiques qui ont pu mettre en évidence qu'elle avait un réel impact sur le corps et l'esprit. Le nombre d'études a explosé depuis les années 2000. La méditation pleine conscience a pris tellement d'ampleur ces dernières années qu'une revue professionnelle baptisée *Mindfulness (Pleine conscience, en 2010)* est apparue. De même, un site web a été créé (<http://www.mindfulexperience.org/>), proposant ainsi un inventaire exhaustif de tous les travaux de recherche dédiés à la pleine conscience et un bulletin mensuel actualisé.

1.3.4.1 Etudes neuroscientifiques : effets sur le cerveau

Grâce à l'avènement de nouvelles techniques d'investigations telles que l'électroencéphalogramme (EEG) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM), de nouvelles recherches ont vu le jour et ont pu mettre en évidence l'impact réel de la méditation pleine conscience sur le cerveau, tant d'un point de vue structurel physique que d'un point de vue du fonctionnement et de l'activité.

1.3.4.1.1 Modifications structurelles

De récentes études, menées ces dix dernières années ont démontré que la méditation pleine conscience engendrait des changements structurels physiques dans le cerveau.

La première étude sur ce sujet a été menée en 2005 par Sara Lazar [161]. L'imagerie par résonance magnétique a été utilisée pour évaluer l'épaisseur corticale de 20 méditants expérimentés. Les régions cérébrales associées à l'attention, l'introspection et le traitement sensoriel étaient plus épaisses chez les méditants que chez les sujets contrôles. Des différences entre-groupe de l'épaisseur corticale préfrontale étaient les plus prononcées chez les participants plus âgés, suggérant que la méditation puisse compenser l'amincissement cortical lié à l'âge. Au final, ces données fournissent pour la première fois la preuve que la méditation influe sur la plasticité neuronale.

Par la suite, des études ont montré que la pratique de la méditation induisait de nombreux changements structurels cérébraux ; dans des régions cérébrales impliquées dans les processus d'apprentissage et de mémorisation, la régulation des émotions, les processus d'autoréférence et de prise de perspective [162], dans des zones impliquées dans la régulation du stress [163], dans des zones impliquées dans le processus d'attention [164], dans le centre de la peur [165]. Ces changements intéressent notamment les concentrations en substance grise et en substance blanche dans ces différentes régions [166].

La dernière étude sur le sujet, parue en 2014, a confirmé également qu'il existait une augmentation de la concentration de la substance grise chez les sujets ayant participé à un programme MBSR, mais elle a également mis en évidence que cette augmentation de concentration est corrélée avec une augmentation du sentiment de bien-être [167].

1.3.4.1.2 Modifications de l'activité cérébrale

Depuis dix ans, des études se sont penchées sur la question de savoir si le traitement cérébral des données extérieures étaient modifiées chez les méditants, et notamment dans les processus d'empathie (ou émotion), d'attention et de douleur.

• Méditation et émotions

En 2003, R. J. Davidson, professeur en psychologie et en psychiatrie de l'Université du Wisconsin, et Jon Kabat-Zinn publient une étude avec une découverte remarquable : les participants à un programme de 8 semaines de MBSR montrent, par rapport aux sujets contrôles, une augmentation significative de l'activation d'une aire (frontale gauche) associée aux affects positifs [168]. Cette étude ouvre la porte à de nombreuses autres études à ce sujet. Davidson et A. Lutz, chercheur neuroscientifique français émigré aux Etats, publient une étude, réalisée auprès de méditants chevronnés, qui montre qu'il existe une modification de l'activation de circuits neuronaux impliqués dans l'empathie et la théorie de l'esprit, en réponse à des stimuli sensoriels [169]. Une autre étude, parue en 2011, réalisée elle-aussi auprès de méditants chevronnés, montre l'impact de la méditation sur la réponse neuronale à des images émotionnelles ; la pratique mène à la stabilité émotionnelle en promouvant l'acceptation d'états émotionnels et la conscience du moment présent [170].

• Méditation et processus attentionnel

La méditation, comme sa définition l'indique, intègre une notion d'attention. Des chercheurs se sont posés la question de savoir s'il existait une réelle modification de cette attention et en quoi cette attention était différente.

On a ainsi pu découvrir que la pratique de la méditation était associée à des activations moindres dans les régions du cerveau associées aux émotions et aux pensées discursives, et des activations plus fortes dans les régions liées à l'inhibition des réponses et l'attention lors de l'audition de sons perturbants [171]. La capacité des méditants à ne pas prêter attention aux stimuli extérieurs gênants est augmentée [172]. Il existe des améliorations en terme de sensibilité perceptive et de vigilance [173] et des améliorations dans les processus de traitement de l'information visuo-spatiale, la mémoire de travail et les fonctions exécutives, et ceci même après seulement un entraînement bref de quatre jours [174].

La pratique de la méditation permet de traiter de manière plus efficace les stimuli extérieurs. Une expérience a montré que des méditants expérimentés présentent un clignement attentionnel (lorsqu'une réponse amplifiée à un stimulus initial empêche le sujet de percevoir

un second stimulus) moindre et détecte un second stimulus plus rapidement [175]. Il existerait une réduction du temps de réponse lors de la réalisation d'une tâche d'attention sélective [176] et une augmentation de la vitesse avec laquelle l'attention peut être répartie et délocalisée, augmentant ainsi la profondeur de traitement d'information et la diminution du temps de latence [177].

La concentration ou le processus d'attention concerne non seulement le fait d'être attentif psychologiquement aux phénomènes extérieurs mais aussi d'être attentif à son propre corps, avoir une conscience motrice. Des études ont étudié la modulation de la conscience motrice par la méditation pleine conscience. Une étude a montré d'une part une amélioration significative du contrôle moteur pendant les conflits perceptivo-moteurs car elle est associée à des mouvements corporels plus lents, et d'autre part une forte amélioration dans la détection des perturbations externes [178]. Une autre étude a notamment révélé que chez les pratiquants de la méditation pleine conscience, une attention soutenue améliore la conscience motrice, à la fois dans les actions intentionnelles et pour les actions réactionnelles à un stimulus [179].

• Méditation et douleur

Si la méditation pleine conscience a eu autant de succès, c'est notamment par ce qu'elle permet de soulager des patients atteints de douleurs chroniques. Les neuroscientifiques se sont donc intéressés à l'impact de la méditation sur le traitement neuronal de la douleur. Plusieurs études intéressantes sont parues à ce sujet. Ainsi, selon une étude de 2010, la méditation permettrait une réduction de l'activation d'aires cérébrales associées à l'émotion et dédiées aux fonctions d'exécution et d'évaluation, éléments qui laissent supposer un découplage fonctionnel des composantes cognitivo-évaluatives et sensori-discriminatives de la douleur parmi les méditants [180]. En 2011, une étude notable montre qu'il existe chez les méditants une diminution de l'intensité de la douleur, associée avec une augmentation d'activité dans des régions impliquées dans la régulation cognitive du processus nociceptifs [181]. De même, toujours selon cette étude, il existe une diminution de la perception désagréable de la douleur, associée à l'activation d'une zone impliquée dans l'élaboration de l'évaluation contextuelle d'un événement sensitif, et à une désactivation thalamique qui pourrait refléter un déclenchement d'un mécanisme impliqué dans la modification des interactions entre les données afférentes et les aires cérébrales des ordres exécutifs. En 2012,

une étude révèle que la diminution de la douleur ressentie chez les méditants est associée à une diminution du contrôle cognitif et une augmentation du processus sensoriel dans le cerveau [182].

Une des dernières études à ce sujet est parue en 2013 [183]. Les résultats suggèrent une plus grande anticipation anxieuse de la part des novices en méditation par rapport aux méditants experts. La douleur est perçue avec la même intensité (contrairement à l'étude citée plus haut [181]) mais moins désagréable chez les méditants que chez les novices. Cette découverte suggère que la méditation permet de diminuer l'anticipation anxieuse d'événements négatifs d'une part, et d'autre part, d'augmenter le recrutement de ressources attentionnelles pendant la douleur, ce qui est associé à une habitude neuronale plus rapide.

Pour résumer, la méditation permet une meilleure régulation cognitive du processus nociceptif. La douleur ne change pas, c'est la manière dont l'individu la perçoit qui va changer. Et ces changements se font au prix de modifications d'activations dans certaines aires cérébrales impliquées dans les processus sensoriels, intégratifs, cognitifs et moteurs.

1.3.4.2 Burn Out

Nous avons vu plus haut que la prévalence du burn out était importante, et d'autant plus dans les professions de santé. De nombreuses études ont été menées ces dernières années afin de savoir si la méditation pleine conscience ne pouvait pas être une solution à ce fléau. Et leurs résultats sont relativement unanimes : l'apprentissage de la méditation pleine conscience permet de diminuer le burn out. La méditation pleine conscience permet d'améliorer les symptômes du burn out non seulement auprès des professionnels de santé mais aussi auprès des autres personnes comme les professeurs des écoles.

- Professionnels de santé

En 2012, une étude a été menée auprès de 93 professionnels de santé américains comprenant des médecins généralistes et spécialistes, des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux dans le but de mesurer l'impact d'un programme de 8 semaines de MBSR

sur les niveaux de burn out (mesuré par le MBI) et de bien-être (mesuré par SF-12v2). Les résultats de cette étude ont montré une amélioration significative des scores non seulement du burn out mais aussi du sentiment de bien-être [184].

Parue en 2013, une étude a été menée auprès de 87 professionnels de santé de premier recours. Elle a montré qu'après avoir suivi un programme MBSR de 8 semaines, les sujets présentaient une amélioration des trois composantes du MBI, l'empathie (mesurée par Jefferson Scale of Physician Empathy) et l'état de pleine conscience (mesuré par Five Facets Mindfulness Questionnaire) [185].

- Médecins

En 2009, une étude américaine menée auprès de 70 médecins a montré qu'un programme MBSR de 8 semaines adapté aux médecins permettaient une amélioration significative du SEP (mesuré par le MBI), de pleine conscience (mesuré par la 2-Factor Mindfulness Scale) et d'empathie (mesurée par la Jefferson Scale of Physician Empathy) ainsi que la sensation de bien-être (mesurée par la Physician Belief Scale) auprès de ces médecins [186].

De même, en 2013, une étude menée auprès de 30 médecins de premiers recours a montré que la pratique d'un programme MBSR abrégé et adapté aux médecins avaient un impact positif sur le burn out (diminution du score MBI), la dépression, l'anxiété (Depression Anxiety Stress Scales-21) et le stress (Perceived Stress Scale) [187].

- Autres professions : professeurs des écoles

Une étude publiée en 2013 révèle que les professeurs des écoles ayant suivi un programme de MBSR adapté pour eux montrent notamment une diminution significative du burn out (mesuré par le MBI) [188].

1.3.4.3 Stress et anxiété

1.3.4.3.1 Anxiété

Le programme MBSR a été conçu en premier lieu pour diminuer stress et anxiété. De fait, de nombreuses études ont été menées sur le sujet.

Patients atteints de troubles anxieux

Les premières études ont été menées dans les années 1990 à l'initiative de Jon Kabat-Zinn. En 1992, il publie une étude menée auprès de 22 sujets ayant des troubles anxieux. Les sujets sont évalués avant puis immédiatement après avoir suivi un programme MBSR de huit semaines, et à trois mois. Les résultats montrent que les patients ayant suivi le programme MBSR présentent une diminution des symptômes anxieux lors du programme et à trois mois [189]. Ces mêmes patients sont suivis pendant trois ans et les résultats montrent que l'impact positif de la méditation pleine conscience persiste à trois ans [190].

Suite à cette parution, plusieurs études ont été menées auprès de patients présentant des troubles anxieux. En 2012, une étude a été menée auprès de 31 patients présentant un trouble anxieux généralisé. Après 8 semaines de MBSR, ceux randomisés dans le groupe interventionnel présentaient des scores significativement diminués sur l'échelle Beck Anxiety Inventory, mesurant l'anxiété [191]. L'année suivante paraît une étude menée auprès de 76 patients présentant divers troubles anxieux. Après l'intervention, les patients du groupe interventionnel montrent eux aussi une diminution significative des scores d'anxiété sur l'échelle Beck Anxiety Inventory [192].

Patients sans troubles anxieux

Si les patients présentant des troubles anxieux sont réceptifs à la Méditation Pleine Conscience, les patients ne présentant pas ce type de troubles le sont également.

En 2013, une étude a été menée auprès de 26 patients cancéreux. Après avoir suivi un programme de Mindfulness Based Cancer Therapy (MBCT adapté aux patients cancéreux) de 8 semaines, les patients présentaient une amélioration significative de l'anxiété et la dépression (mesurée par l'échelle HAD) [193]. La même année, une étude menée auprès de 30 hommes de 30 à 65 ans atteints de pathologies coronaires a montré que les patients randomisés dans le groupe ayant suivi 8 semaines de programme MBSR présentaient une diminution significative de la dépression et l'anxiété (mesurés par l'échelle HAD) [194].

Professionnels de santé et étudiants en profession de soin

La pratique de la méditation pleine conscience permet non seulement de diminuer l'anxiété des patients mais aussi celle des professionnels de santé et des étudiants en profession de soin :

- Étude parue en 2013, menée auprès de 30 médecins de premier recours : après 8 semaines de MBSR adapté pour les médecins : diminution non significative de l'anxiété sur l'échelle Depression Anxiety Stress Scales-21 en post interventionnel immédiat mais diminution significative 7 mois après l'intervention [187].
- Étude parue en 2013, menée auprès de 28 étudiants en profession de soin : après 8 semaines de MBSR : diminution significative de l'anxiété sur l'échelle Burns Anxiety Inventory [194].
- Étude parue en 2011, menée auprès de 66 étudiants en médecine : après 8 semaines d'utilisation de méditations pleine conscience audio guidées, à raison de une fois par jour : diminution significative de l'anxiété sur l'échelle Depression Anxiety Stress Scales-21 [195].

1.3.4.3.2 Stress

Tout comme l'impact de la méditation sur l'anxiété, celui sur le stress a été beaucoup étudié. De nombreuses études ; contrôlées randomisées, cas-témoins, méta analyses, ont vérifié que la méditation et plus particulièrement la méditation pleine conscience permettent de diminuer de manière significative le stress perçu. Cette diminution a été observée auprès de plusieurs catégories de population et les résultats sont unidirectionnels. Ont été étudiés des patients atteints de maladies graves particulièrement stressantes [193, 194, 196], et des patients sains [195]. Les professionnels de santé ont été la cible de plusieurs études, que ce soient les médecins [187] ou les infirmiers [197]. De même, les étudiants [195] ont montré une diminution du stress perçu (Perceived Stress Scale) après avoir un enseignement sur la méditation pleine conscience.

1.3.4.3 Cortisol

On sait que le cortisol est une hormone qui joue un rôle clé dans la réponse au stress. Les études ayant révélé que la méditation pleine conscience permettait de diminuer le stress perçu, des chercheurs se sont posés la question de savoir si la méditation pleine conscience pour avoir un rôle dans la sécrétion de cortisol.

Une étude thaïlandaise parue en 2013 a eu pour objectif d'étudier l'impact de la méditation pleine conscience sur le taux de cortisol sanguin [198]. L'étude a été réalisée sur 30 étudiants en médecine de deuxième année par mesure du taux de cortisol à 8h le matin, avant et après 4 jours de méditation pleine conscience. Les résultats montrent une baisse significative du taux de cortisol après la méditation.

Ces résultats corroborent ceux retrouvés par d'autres études, notamment en 2007 menée auprès de patients atteints d'un cancer du poumon ou de la prostate [196].

Ainsi les auteurs concluent que la méditation par la pleine conscience, de par son impact sur la sécrétion du cortisol a un réel impact physique mesurable sur le stress et l'anxiété.

1.3.4.4 Dépression

L'impact de la méditation pleine conscience sur la dépression a fait l'objet de nombreuses études. En effet, l'élaboration du programme MBCT avait pour objectif de diminuer le taux de rechute dépressive.

Rechute dépressive

Les premiers à réaliser une étude sur l'impact du programme MCBT sur la dépression sont les concepteurs du MBCT, les docteurs Teasdale, Segal et Williams avec leur équipe. En 2000, les résultats de leur première étude sortent et montrent que les patients ayant participé

au programme MBCT réduisaient de 50% leur risque de rechute à 1 an par rapport à ceux qui suivaient leur traitement habituel [199].

Ces résultats sont par la suite confirmés par d'autres études ; interventionnelles contrôlées randomisées [191, 200, 201], de cohorte non contrôlées [92] et des revues de la littérature [202].

En 2010, paraît une importante étude menée auprès de 84 patients atteints de troubles dépressifs majeurs, alors en rémission après un traitement par antidépresseur [203]. Ils sont assignés de manière aléatoire dans une des trois situations suivantes : poursuite des antidépresseurs et présence à huit séances collectives hebdomadaires de MBCT ; poursuite de la dose thérapeutique d'antidépresseurs ; arrêt de la médication active et passage à un placebo. Le principal critère d'évaluation était la rechute vers un épisode dépressif. Les résultats ont révélé que la MBCT et la poursuite de la médication protégeaient de manière équivalente contre la rechute. L'étude ainsi montrée que la MBCT pouvait être considérée comme une alternative scientifiquement équivalente à la médication pour les patients à risque de rechute dépressive majeure souhaitant arrêter les antidépresseurs.

Patients ne souffrant pas de syndrome dépressif

D'autres études ont été réalisées auprès de sujets ne présentant pas de syndrome dépressif.

Une étude contrôlée randomisée, parue en 2013, a été menée auprès de 30 patients mâles atteints de pathologies coronaires [194]. L'objectif de l'étude était d'examiner les effets d'un programme MBSR sur ces patients et a été notamment étudié la dépression qui a été mesuré à l'aide de l'échelle HAD (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). Les résultats montrent une diminution significative du score HAD de la dépression parmi les patients ayant suivis le programme MBSR.

La même année, une étude a été menée auprès de 26 patients cancéreux. Après avoir suivi un programme de Mindfulness Based Cancer Therapy (MBCT adapté aux patients cancéreux) de 8 semaines, les patients présentaient une amélioration significative de l'anxiété et la dépression (mesurée par l'échelle HAD) [193].

Professionnels de santé et étudiants en médecine

La pratique de la méditation pleine conscience permet non seulement de diminuer les scores de dépression des patients mais aussi celle des professionnels de santé et des étudiants en profession de soin :

- Étude parue en 2013, menée auprès de 30 médecins de premier recours : après 8 semaines de MBSR adapté pour les médecins : diminution significative de la dépression sur l'échelle Depression Anxiety Stress Scales-21 [187].
- Étude parue en 2011, menée auprès de 66 étudiants en médecine : après 8 semaines d'utilisation de méditations pleine conscience audio guidées, à raison de une fois par jour : diminution significative de la dépression sur l'échelle Depression Anxiety Stress Scales-21 [195].

Adolescents

Une étude de l'Université de Louvain, contrôlée randomisée, parue en 2013, a testé l'efficacité d'un programme de méditation pleine conscience sur la réduction et la prévention de la dépression chez des adolescents scolarisés âgés de 13 à 20 ans [204]. Les résultats montrent qu'après la formation, le taux d'adolescents présentant des symptômes dépressifs est significativement plus faible que celui du groupe témoin (15 % versus 27 %). Et 6 mois après la formation, ce taux est encore plus faible (16% dans le groupe test versus 31 % dans le groupe témoin). Ces résultats montrent qu'une formation des adolescents à la méditation pleine conscience pourrait réduire les taux de dépression auprès de cette catégorie de la population, trop souvent ignorée lorsqu'il s'agit de troubles dépressifs.

1.3.4.5 Autres troubles psychiatriques ou psycho-émotionnels

La MBSR et la MBCT sont reconnues et validées scientifiquement. Etant donné leur efficacité dans des domaines tels que la rechute dépressive et l'anxiété, il a paru assez logique que ces techniques soient testées dans d'autres troubles psychiatriques et psycho-émotionnels. Il est difficile, et ce n'est pas non plus l'objet de ce travail, de répertorier toutes les pathologies dans lesquelles la méditation pleine conscience a été testée. Cependant, il a

semblé intéressant de noter quelques troubles que l'on peut rencontrer en consultation de médecine générale et pour lesquels très peu de traitements sont accessibles. Cette liste n'est en aucun cas exhaustive.

La méditation pleine conscience est efficace dans l'asthénie chronique. En effet, les patients ayant participé à un programme MBCT, rapportent des niveaux de fatigue plus faibles ; ces changements se retrouvent en fin de programme, ils sont maintenus deux et six mois plus tard [205].

Le Dr Lori Brotto a réalisé trois études différentes recherchant les effets de la méditation pleine conscience auprès des femmes présentant des troubles sexuels, via trois sessions de MBSR adaptées à cette population. Les trois études concluent que la méditation pleine conscience est efficace dans l'amélioration de la souffrance sexuelle chez les femmes présentant un trouble sexuel secondaire à un cancer gynécologique [206], chez les femmes présentant un trouble du désir sexuel et de la libido [207], ainsi que chez les femmes ayant subi des abus durant l'enfance [208].

La méditation pleine conscience peut apporter une grande aide aux patients toxicomanes et plus particulièrement à ceux souhaitant arrêter l'abus de substance. Une revue de littérature parue en 2011 a étudié les publications de janvier 1980 à janvier 2009 concernant l'application de la méditation pleine conscience aux troubles addictifs [209]. Il ressort de cette revue que la pleine conscience réduit de manière significative l'usage de substance et que cette diminution est maintenue dans le temps et qu'elle augmente avec la pratique.

Des variantes de la MBSR ont été développées pour traiter spécifiquement la toxicomanie et le manque, comme la prévention de la rechute basée sur la pleine conscience (MBRP) qui a montré sa faisabilité et son efficacité [210]. Ce programme a fait l'objet d'études contrôlées randomisées qui ont montré son efficacité : elle modifie la relation du manque à la dépression (lorsque surviennent des sensations de manque, elles ne déclenchent plus automatiquement la dépression) [211], elle diminue le risque de rechute (drogue et alcool) et parmi ceux qui rechutent, leurs prises sont moindres [212].

Dans la même catégorie, on a pu démontrer qu'un bref entraînement à la pleine conscience aboutit à une plus grande réduction de l'usage du tabac et diminue directement la sensation de manque [213].

1.3.4.6 Etat psychique

1.3.4.6.1 Empathie

Comme nous l'avons vu plus haut, l'empathie fait partie des qualités requises pour atteindre l'état d'Éveil ou bonheur dans la philosophie bouddhiste. L'étude de l'impact de la méditation pleine conscience sur l'empathie semble donc être évident.

Le chercheur neuroscientifique A. Lutz a réalisé avec son équipe plusieurs études sur les activités cérébrales lors de la méditation [169, 214]. Les résultats retrouvent entre autre que certaines zones cérébrales, associées à l'empathie, sont activées lors d'exercices de méditation et que ces zones sont d'autant plus activées que le méditant est expérimenté. Ces résultats sont complétés par d'autres études qui retrouvent également des niveaux d'activité plus importants dans certaines zones du cerveau liées à l'empathie [215].

Plusieurs études ont été réalisées auprès de professionnels de santé et d'étudiants en soin sur le sujet. Toutes ces études mesurent l'empathie grâce à l'échelle Jefferson Scale of Physician Empathy :

- Étude parue 2009 menée auprès de 70 médecins qui ont suivi 8 semaines de programme MBSR adapté aux médecins : amélioration significative de l'empathie après l'intervention [186].
- Étude parue 2013 menée auprès de 87 professionnels de santé de premier recours ayant suivi un programme MBSR de 8 semaines : amélioration significative de l'empathie après l'intervention [185].
- Étude parue 2013 menée auprès de 68 professionnels de santé ayant suivi un programme MBSR de 8 semaines : amélioration significative de l'empathie après l'intervention [216].
- Étude parue 2013 menée auprès de 28 étudiants en soin ayant suivi un programme MBSR de 8 semaines : amélioration significative de l'empathie après l'intervention [217].
- Étude parue 2013 menée auprès de 41 infirmier ayant suivi un programme MBSR de 8 semaines : amélioration significative de l'empathie après l'intervention [197].

1.3.4.6.2 Bien être et qualité de vie

Lorsque l'on imagine un méditant, on l'imagine calme, souriant, reposé, bref on l'imagine heureux. Depuis une dizaine d'années, plusieurs études se sont penchées sur la question de savoir si la méditation améliorerait de manière significative le bien-être et la qualité de vie.

Plusieurs études récentes menées auprès de professionnels de santé [184, 197, 216] et d'étudiants en profession de soin [160, 218] ont montré que suivre un enseignement MBSR permettait d'améliorer le bien-être et la qualité de vie des participants.

1.3.4.6.3 Comportement au travail

Nous avons vu ci-dessus que la méditation pleine conscience avait un impact significativement positif sur le burn out, l'empathie, le bien-être et la qualité de vie. Ces éléments ayant une grande influence sur notre travail, il est légitime de penser que la méditation pleine conscience pourrait influencer sur notre comportement au travail.

En 2009, une étude américaine montre que les médecins ayant suivi un programme de MBSR de 8 semaines présentent de manière significative une amélioration de leur labilité émotionnelle et de leur méticulosité au travail [186]. Une étude similaire paraît en 2012 et montre que les médecins ayant reçu une formation à la méditation pleine conscience présentent une amélioration de leur capacité à être attentifs et à écouter leurs patients et à répondre à leurs demandes de manière efficace [219]. De même, une étude publiée en 2013 réalisée auprès de professionnels de santé travaillant dans un centre de premiers recours montre que 94 % sujets ayant participé à un programme de méditation pleine conscience rapportaient une amélioration du professionnalisme [220].

1.3.4.7 Impacts physiques

1.3.4.7.1 Douleur et douleur chronique

Les recherches sur l'impact de la méditation pleine conscience sur la douleur chronique ont fait partie des recherches les plus précoces dans le domaine de la méditation pleine conscience.

Les premières recherches dans ce domaine ont été réalisées par le Dr Jon Kabat-Zinn et son équipe dans les années 1980. En 1982, il a réalisé une étude qui a montré, après huit semaines d'entraînement à la MBSR, une diminution des symptômes chez des patients affectés depuis longtemps de douleurs chroniques sans soulagement antérieur de ces symptômes [221]. Ces mêmes patients ont été réévalués à un an et les résultats ont montré une persistance de la diminution des symptômes douloureux [222]. Une autre étude qu'il a publiée en 1986 montre que l'efficacité du programme MBSR persiste quatre ans après [223].

Depuis, de nombreuses recherches ont été effectuées et ont pu confirmer les résultats de ces premières études. La méditation pleine conscience est efficace sur les douleurs chroniques [224] de différents types aussi variés que les douleurs pelviennes chroniques chez les femmes [225] ou encore les céphalées de tension chroniques [226]. Les résultats retrouvés par une revue de la littérature parue en 2013 montrent que la méditation pleine conscience diminue l'intensité de la douleur [227].

Depuis quelques années, des études se sont penchées sur les mécanismes de modulation de la douleur lorsque l'on médite ou la différence de réponse entre des méditants chevronnés et des novices. Ces découvertes sont les prémices de nombreuses avancées dans le domaine de la douleur. Ainsi, en 2011, les données d'une étude indiquent que la méditation engage des mécanismes cérébraux multiples qui modifient la construction mentale subjective de la douleur [181]. En 2012, une étude montre que lorsque l'on envoie des stimuli électriques douloureux à des sujets pratiquant la méditation pleine conscience, ceux-ci sont capables de diminuer leur sensation douloureuse de 22 % et l'anticipation anxieuse de la douleur de 29 % par rapport au groupe contrôle. On observe à l'IRM une augmentation de l'activité au niveau du cortex préfrontal latéral et une diminution au niveau de la partie postérieure de l'insula droite pendant la stimulation douloureuse, et une augmentation du cortex cingulaire antérieur lors de l'anticipation de l'anxiété [181].

La récente étude parue en 2013 menée par A. Lutz et son équipe a montré que pendant l'anticipation d'un stimulus de douloureux, le cortex cingulaire antérieur et l'insula antérieure sont plus actifs chez les novices que chez les experts méditateurs (10.000 heures de méditation) pendant un état de méditation. Ces résultats suggèrent une plus grande anticipation anxieuse de la douleur chez les novices que chez les experts. La douleur est perçue comme de même intensité mais moins désagréable pour les experts que pour les novices pendant la présentation du stimulus douloureux [183].

1.3.4.7.2 Pression artérielle

Plusieurs études parues récemment ont montré que la méditation permettait de faire diminuer la pression artérielle.

Une étude contrôlée randomisée a été menée auprès de 88 sujets sains rapportant des niveaux de stress élevés [228]. Ces sujets ont été randomisés soit dans un groupe où ils ont reçu le programme MBSR soit dans le groupe contrôle (en liste d'attente de MBSR). Avant et après l'intervention MBSR, ils ont participé à un protocole de stress dans un laboratoire qui consistait à réaliser des problèmes d'arithmétique et à prononcer un discours. Pendant cet exercice, plusieurs paramètres ont été évalués dont les pressions artérielles systolique et diastolique. Les résultats ont montré qu'en comparaison au groupe contrôle et après appariement pour l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle et les bêta-bloqueurs, les sujets ayant reçu l'enseignement MBSR présentaient une diminution avant-après intervention plus importante des pressions artérielles systolique et diastolique non seulement au repos mais aussi lors des périodes de stress engendrées au laboratoire.

D'autres études ont montré que la méditation permettait de diminuer la pression artérielle auprès d'autres types de population. En 2013, une étude menée auprès de patients atteints de maladies coronariennes [194] a montré que les sujets ayant participé à un programme MBSR présentaient une diminution significative non seulement de la pression artérielle mais aussi de l'indice de masse corporelle, du stress perçu (mesuré par Perceived Stress Scale), et des symptômes d'anxiété et de dépression (mesurés par l'échelle HAD), et que cette diminution était maintenue trois mois après l'intervention. La même année, une étude menée auprès d'étudiants infirmiers [229] a montré que les participants à un programme bref

de MBSR présentait une diminution significative, avant-après intervention, de la pression systolique, plus importante par rapport au groupe contrôle. Des études antérieures ont montré l'impact positif de la méditation sur la pression artérielle de personnes afro-américaines âgées défavorisées hypertendues [230], de personnes atteintes d'un cancer du poumon ou de la prostate [223], d'adolescents afro-américains ayant une tension artérielle systolique à la limite supérieure [231] et enfin de jeunes collégiens ne présentant pas de tension artérielle haute [232].

1.3.4.7.3 Psoriasis

En 1998, Jon Kabat-Zinn publie les résultats d'une étude menée auprès de patients atteints de psoriasis [233]. 37 patients ont été distribués de manière aléatoire dans un des deux groupes suivants : intervention guidée enregistrée de méditation pleine conscience pendant les traitements par photothérapie (UVB) ou photochimiothérapie (PUVA) ou groupe contrôle consistant à recevoir le traitement par photothérapie ou photochimiothérapie mais sans écouter les enregistrements. Les résultats ont montré que les patients qui avaient reçu l'intervention de méditation pleine conscience lors de leurs traitements par photothérapie ou photochimiothérapie guérissaient à peu près quatre fois plus vite que les patients du groupe contrôle.

1.3.4.7.4 Fibromyalgie

La fibromyalgie est réputée pour avoir une part psychosomatique. De ce fait, la méditation pleine conscience paraissait être une bonne approche thérapeutique. C'est ce qu'ont cherché à mettre en évidence plusieurs études. En 2007, une étude montre que la MBSR diminue les symptômes dépressifs des patientes atteintes de fibromyalgie et que cette diminution se maintient à deux mois [234]. Le même groupe de chercheur publie deux ans plus tard une étude explorant les effets de la MBSR sur l'activité basale du système nerveux sympathique des femmes atteintes de fibromyalgie [235]. Ils retrouvent une baisse significative de l'activité électrique au niveau de la peau à l'état basal et pendant la méditation, ce qui correspond à une diminution de l'activité du système nerveux sympathique. Ils en concluent que la MBSR peut aider non seulement à diminuer les symptômes

psychologiques négatifs mais aussi atténuer l'activation du système nerveux sympathique. Deux autres études parues en 2009 montrent également que la méditation pleine conscience est un bon complément pour aider les patientes atteintes de fibromyalgie [236, 237].

1.3.4.7.5 Immunité

- Patients sains

En 2003, Richard Davidson et Jon Kabat-Zinn publient la première étude portant sur l'impact de la méditation pleine conscience sur l'immunité. Leur étude menée auprès de patients sains montre une augmentation significative du titre d'anticorps après une vaccination contre la grippe chez les patients ayant suivi un programme MBSR par rapport au groupe contrôle [168].

L'étude a montré qu'après une journée intensive de méditation pleine conscience par des méditants expérimentés, on observait une diminution d'expression de gènes d'histone désacétylases (HDAC 2, 3 et 9), et de gènes pro-inflammatoires (RIPK2 and COX2) en comparaison au groupe contrôle [238].

- Patients infectés par le VIH

Une étude publiée fin 2003 retrouve des augmentations significatives du nombre et de l'activité des cellules natural killer chez les patients infectés par le VIH après un programme MBSR [239].

En 2014, une autre étude menée auprès de patients infectés par le VIH a montré une augmentation significative du nombre de cellules CD4 chez ceux ayant suivi un programme MBCT par rapport au groupe contrôle [240].

- Patients atteints de cancer : poumon, prostate, sein

En 2007, une étude menée sur un an auprès de patients atteints d'un cancer du poumon ou de la prostate, montre qu'après avoir participé à un programme MBSR, il existe une diminution continue pendant l'année d'étude, des cytokines pro-inflammatoires (Th1) [196].

L'étude menée en 2008 sur des femmes atteintes d'un cancer du sein a montré que les patientes ayant participé à un programme MBSR voyaient se rétablir leurs taux d'activité des cellules Natural Killer (NKCA) et leur taux de production de cytokines alors que les patientes du groupe contrôle montraient une diminution continue de la NKCA et de la production d'interféron gamma avec en parallèle une augmentation des interleukines 4, 6 et 10 [241].

Une étude est réalisée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein traité par une chirurgie ainsi qu'un traitement adjuvant comprenant une radiothérapie plus ou moins une chimiothérapie. Les résultats, publiés en 2013, montrent que chez les femmes ayant participé à un programme MBSR, le rétablissement des cellules T fonctionnelles est plus rapide [242].

1.3.4.7.6 La méditation peut-elle ralentir le vieillissement ?

Cette question un peu racoleuse de savoir si la méditation peut ralentir le vieillissement n'est finalement pas si risible que ça. Nous avons vu que la méditation avait de nombreux impacts positifs non seulement sur notre esprit mais aussi sur notre corps.

En 2009, les docteurs E. Blackburn, C. Greider et J. Szostak ont reçu le prix Nobel de physiologie et médecine pour leur découverte sur la télomérase. Les télomères sont situés à l'extrémité des chromosomes. La télomérase a la capacité d'inverser le processus de dégradation des télomères et sert donc à préserver la longueur des chromosomes. Seulement, avec l'âge, les télomères raccourcissent provoquant la sénescence cellulaire. Les chercheurs ont mis en évidence le rôle du stress chronique, par excès de cortisol, dans cette sénescence des télomères. En 2011, paraît une étude qui établit un lien entre la méditation et l'activité des télomérases ; l'activité des télomérases est significativement plus importante chez les méditants que dans le groupe contrôle [243]. Une étude parue en 2014 menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein retrouve les mêmes résultats : l'activité de la télomérase

est plus importante chez les femmes ayant participé à un programme MBSR que chez les femmes du groupe témoin [244].

Une étude récente s'est intéressée à l'impact de la méditation sur le cerveau de personnes atteintes de déficience cognitive légère et de maladie d'Alzheimer [245]. Elle a révélé que les patients ayant participé au programme MBSR présentaient une augmentation de connectivité fonctionnelle entre le cortex cingulaire postérieur et le cortex préfrontal médial bilatéral et l'hippocampe gauche, zones impliquées dans ces maladies, en comparaison au groupe contrôle.

Une revue de la littérature parue en 2014 a étudié douze études dont l'objectif était de rechercher les effets de la méditation sur déclin cognitif lié à l'âge [246]. La conclusion de cette revue de la littérature est que, d'après les premières recherches effectuées actuellement disponibles, la méditation peut compenser ce déclin cognitif lié à l'âge.

Au final, la méditation a un impact sur les télomérases, enzymes impliquées dans la réparation de l'ADN et donc par extension dans le vieillissement des cellules, sur des zones du cerveau impliquées dans des maladies neurodégénératives ainsi que sur le déclin cognitif lié à l'âge. De fait, sans aller jusqu'à dire que c'est le nouveau « produit » anti-âge, nous pouvons aisément attester que pratiquer la méditation et notamment la méditation pleine conscience est bénéfique pour la santé mentale et physique.

1.3.4.8 Populations étudiées

Comme nous avons pu le voir dans les sections ci-dessus, la méditation pleine conscience a été étudiée auprès d'un grand nombre de populations différentes ; aussi bien des personnes saines que des personnes malades, aussi bien des jeunes que des personnes plus âgées, aussi bien des étudiants que des travailleurs, aussi bien des soignants que des non soignants,...

Notre travail portant sur le personnel soignant et plus particulièrement les étudiants dans les professions de soin, nous allons nous intéresser à ces types de population.

1.3.4.8.1 La méditation et les médecins

Les médecins sont sujets au burn out, plus que la plupart des professions. La méditation pleine conscience a un impact positif sur le burn out et sur le stress. Il est donc relativement normal que la méditation pleine conscience ait été testée auprès des médecins. Plusieurs études ont évalué l'efficacité de la méditation pleine conscience à travers des programmes adaptés aux médecins. En 2009, une étude montre que la participation des médecins à un programme MBSR adapté aux médecins de 8 semaines permet d'améliorer entre autres les troubles de l'humeur et le burn out (mesuré par le MBI) [186]. En 2013, une étude a mis en avant qu'une intervention abrégée de méditation pleine conscience auprès de médecins permettait de diminuer leurs niveaux de stress (Perceived Stress Scale), d'anxiété et de dépression (Depression Anxiety and Stress Scale) et de burn out (MBI) [187].

1.3.4.8.2 La méditations et les autres professions de santé

De nombreuses études ont été menées auprès des professionnels de santé, pour les mêmes raisons que celles citées pour les médecins. On retrouve que la méditation pleine conscience entraîne des changements positifs significatifs sur différents plans :

- le burn out [184, 185, 197, 216],
- le stress [197],
- l'empathie [185, 197, 216],
- la compassion [197],
- le bien-être mental [184, 197],
- la pleine conscience [185, 216],

Une revue de littérature, parue en 2014, a exploré l'état des données actuelles scientifiques au sujet de la MBSR comme potentielle intervention pour améliorer les capacités des infirmiers à faire face au stress [247]. Elle révèle ainsi que l'utilisation du programme MBSR par les infirmiers et les autres professionnels de santé a des effets significativement bénéfiques, en passant notamment par la diminution du stress, du burn out, de l'anxiété et l'amélioration de l'empathie, de l'attention et de l'humeur.

De même, les résultats de recherche d'une autre revue de la littérature parue en 2014 [248] suggèrent que les interventions de méditation pleine conscience augmentent la capacité de compassion et d'empathie des soignants d'une part et diminuent l'épuisement professionnel et le stress perçu d'autre part.

1.3.4.8.3 La méditation et les étudiants

Les étudiants, tout comme les écoliers sont soumis au stress, à l'anxiété et à la dépression. Depuis quelques années, des solutions sont recherchées afin de pouvoir agir le plus tôt possible. La méditation pleine conscience, de par son faible coût, son absence de nocivité et son impact a commencé à éveiller l'intérêt des responsables de la santé de cette population.

D'autre part, les thérapeutiques complémentaires à la médecine telles que la méditation pleine conscience, l'hypnose, la relaxation... bien que très nombreuses, sont très peu connues du personnel médical et paramédical. Des études ont pourtant montré que chez les étudiants (notamment en médecine) l'intérêt de ces pratiques est élevé. L'apprentissage de la méditation pleine conscience par exemple pourrait non seulement leur permettre de diminuer leurs préjugés sur les thérapeutiques complémentaires mais aussi satisfaire leur intérêt dans ce domaine [249-251].

• La méditation pleine conscience dès l'école

De récentes études ont montré que l'apprentissage de la méditation pleine conscience à l'école était réalisable et surtout que l'on pouvait en retirer un réel bénéfice [252]. Comme nous l'avons vu plus haut, une étude parue en 2013, a testé l'efficacité d'un programme de méditation pleine conscience sur la réduction et la prévention de la dépression chez des adolescents scolarisés âgés de 13 à 20 ans [204]. Ces résultats ont montré qu'une formation des adolescents à la méditation pleine conscience pouvait réduire les taux de dépression auprès de cette catégorie de la population et que cette réduction était maintenue à 6 mois.

- Les étudiants en général

L'effet de la méditation pleine conscience a été évalué auprès des étudiants de différents cursus. Les études ont montré qu'elle permettait d'améliorer de manière significative le sentiment de bien-être mental [160], la capacité de pleine conscience [158, 159], et de diminuer l'anxiété et la dépression des étudiants [158].

- Etudiants en soin

Des études ont montré que la méditation pleine conscience apportait un réel bénéfices aux personnes étudiant dans le domaine de la santé. La méditation pleine conscience permet de réduire l'anxiété [195, 217], la dépression [195], le stress [195, 253], l'empathie [217] ainsi que la pression artérielle systolique [229].

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 DESCRIPTION DE L'ÉTUDE

2.1.1 Type de l'étude

Notre travail de thèse consiste en une étude expérimentale, interventionnelle, randomisée, prospective, appariée, d'efficacité thérapeutique, sans insu, unicentrique.

Ce travail s'inscrit dans une étude plus vaste appelée « étude No Burn Out ». (cf 1.5. Schéma de l'étude globale).

2.1.2 Population étudiée

2.1.2.1 Population cible

La population étudiée regroupe les étudiants de la faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ayant un contact direct avec les patients et ayant accès à l'environnement numérique de travail (ENT) de la faculté. Il s'agit donc des étudiants effectuant des stages au sein du centre Hospitalier Universitaire de Poitiers et des centres hospitaliers de la région, ainsi que ceux travaillant en stage ambulatoire dans le cadre de leurs études.

Population cible de l'étude No Burn Out		
Étudiants en médecine	DFASM1	204
	DFASM2	230
	DFASM3	228
	Total	662
Internes de spécialité médicale	DES 1	104
	DES 2	101
	DES 3	105
	DES 4	86
	DES 5	30
	Total	426
Internes de spécialité chirurgicale	DES 1	18
	DES 2	17
	DES 3	15
	DES 4	14
	DES 5	13
	Total	77
Internes en DES de médecine générale	DES 1	128
	DES 2	122
	DES 3	120
	Total	370
Étudiants en maïeutique	1 ^{ere} année	25
	2 ^{eme} année	25
	3 ^{eme} année	25
	4 ^{eme} année	25
	Total	100
TOTAL		1635

Tableau 2. Population cible de l'étude No Burn Out

2.1.2.2 Critères d'inclusion

Étudiants de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers ayant un contact direct et régulier avec les patients et un accès à l'ENT, soit :

- Étudiants de quatrième année ;
- Étudiants de cinquième année ;
- Étudiants de sixième année ;
- Internes de médecine générale de la faculté ;
- Internes des spécialités chirurgicales de la faculté ;
- Internes des spécialités médicales de la faculté ;
- Étudiants sages-femmes ;

et répondant au questionnaire des données socio-démographiques, à l'échelle MBI, à l'échelle HAD et au test de l'IRI.

Lors de nos réunions de travail réalisées au sein de l'Unité de Recherche Clinique en Psychiatrie du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers, en présence du Pr N. JAAFARI, nous avons pris la décision de ne pas inclure dans notre étude :

- Les étudiants en médecine de première et deuxième année, ceux-ci n'entrant pas en contact direct avec le patient ;
- Les étudiants en médecine de troisième année à partir de M4, ceux-ci n'ayant pas de contacts directs réguliers avec le patient ;
- Les étudiants infirmiers, ceux-ci n'ayant pas accès à l'ENT ;
- Les étudiants en pharmacie, ceux-ci ayant une responsabilité médicale différée de celle des étudiants en médecine.

2.1.2.3 Critères de non inclusion

Étudiants de la population décrite ci-dessus ne répondant pas à l'ensemble des questionnaires.

2.1.2.4 Modalités de recrutement

L'Université de Poitiers possède un environnement numérique de travail (ENT). Il s'agit d'une plateforme, à laquelle les étudiants ont accès, comprenant un espace personnel, des cours, des examens, les emplois du temps, les informations utiles, ... Les questionnaires ont été mis en ligne sur l'ENT.

En premier lieu, nous avons informé les étudiants de l'existence de l'étude et de l'ouverture prochaine des questionnaires sur l'ENT via des courriers papiers (« flyers ») distribués par les internes du groupe de travail sur l'étude « No Burnout » et l'association du CREM, des affiches dans les bureaux des externes et des internes des services du CHU de Poitiers et dans les internats des hôpitaux périphériques. Ces « flyers » et affiches indiquaient qu'une nouvelle grande étude allait être lancée prochainement et les invitaient à répondre aux questionnaires. Pour une meilleure information et afin d'impliquer au mieux les étudiants dans notre projet global, nous avons créé un site internet : No Burnout, ainsi qu'un groupe Facebook® et un compte Twitter®. Ces sites étaient indiqués sur les « flyers » et affiches.

Notre équipe de travail a ensuite conçu des mails de lancement et de relance destinés aux étudiants. Chaque mail contenait un lien direct redirigeant vers les questionnaires sur l'ENT. Nous avons utilisé le tutoiement dans les mails. Les mails de relance n'ont été envoyés qu'aux étudiants n'ayant pas répondu ou de manière incomplète aux questionnaires. À M4, les mails avaient pour intitulé la promotion de l'étudiant et à M7, l'intitulé faisait référence au groupe dans lequel l'étudiant avait été randomisé.

Ces mails ont été adressés aux étudiants concernés via leurs adresses mail ENT et les adresses mails personnelles pour certaines promotions, notamment pour les étudiants en Maïeutiques et les étudiants en spécialité. Le mail de lancement de l'étude et des mails de relance ont été aussi relayés par les associations d'étudiants, le CREM, le CRP et le SIAIMP.

Le mail de lancement d'ouverture des questionnaires à M4 de l'étude No Burn Out a été envoyé le 3 novembre 2014. Des mails de relance ont été envoyés deux fois par semaine. Le dernier mail de relance a été envoyé le 5 décembre 2014, annonçant la fermeture de l'accès aux questionnaires le 7 décembre 2014 à 23h59.

Le mail de lancement d'ouverture des questionnaires à M7 de l'étude No Burn Out a été envoyé le 9 février 2015. Des mails de relance ont été envoyés deux fois par semaine. Le dernier mail de relance a été envoyé le 13 mars 2015, annonçant la fermeture de l'accès aux questionnaires le 15 mars 2015 à 23h59.

Afin de faciliter l'accès aux questionnaires par la connexion au compte ENT, des tutoriels ont été créés par des internes de notre groupe de travail. Un premier tutoriel a permis d'expliquer comment récupérer son mot de passe ou/et son identifiant ENT ; et un deuxième comment recevoir ses mails ENT sur son adresse mail personnelle.

Tout ce travail technique et informatique a été effectué grâce à la collaboration et à l'implication de l'équipe d'I-média (entreprise en charge de la gestion de l'ENT de l'Université de Poitiers).

2.1.3 Promotion de l'étude

2.1.3.1 Promotion de base

Afin de promouvoir notre étude globale « No Burn Out » auprès des étudiants, nous avons parié sur une politique de communication intense basée sur les réseaux de communication actuels.

En juin 2014, avant le début de l'étude globale « No Burn Out », nous avons :

- Mis des affiches dans tous les services du CHU, dans les internats de la région Poitou-Charentes, dans les chambres de garde, à la faculté, dans les associations d'étudiants, à l'école des sages-femmes ;
- Distribué des flyers au Comité Régional des Etudiants en Médecine et lors d'une soirée étudiante clôturant la fin d'étude des DCEM4 ;
- Contacté les associations d'étudiants afin qu'ils envoient un mail d'information concernant notre étude ;
- Contacté toutes nos connaissances touchées par l'étude via les réseaux sociaux, et encouragé le bouche à oreille ;

- Créer des pages de l'« étude No Burn Out » sur les réseaux sociaux : Facebook® et Twitter®
- Créer un site Google® : <https://sites.google.com/site/noburnoutpoitiers/> informant les étudiants sur cette étude ;
- Créer et mis en ligne des vidéos explicatives pour s'inscrire sur le site de la faculté, sur le site Google® et sur nos pages des réseaux sociaux.

Durant l'été 2014, nous avons retravaillé notre politique de communication en :

- Participant au Conseil d'Administration de la faculté ;
- Donnant une interview pour le magazine gratuit 7 à Poitiers.

2.1.3.2 Amélioration de la promotion entre M0 et M4 : travail réalisé par le Dr Orane Quillard sur notre promotion de l'étude [254]

Dans le but d'améliorer la promotion de l'« étude No Burn Out », et donc d'augmenter le nombre de répondants, une interne a été chargé de travailler sur les non répondants de notre étude à M0.

Ci-dessous le résumé des résultats de son travail.

2.1.3.2.1 Modifier la conception du mail et optimiser la procédure de réponse

- Clarifier la procédure d'inscription des internes de spécialité sur l'ENT : fait.
- Modifier le titre du mail : indiquer la promotion de l'étudiant, le sujet et spécifier que l'étude est faite dans leur intérêt. Exemple : *DCEM4 : Etude Noburnout réalisée dans votre intérêt* : *Modification du titre du mail* : fait.
- Modifier le contenu du mail de présentation :
 - Simplifier le contenu tout en indiquant que l'étude est soutenue par la faculté de médecine (possibilité d'utiliser le logo) et qu'elle est réalisée par des internes : fait.
 - Utiliser le tutoiement : fait.

- Spécifier que l'étudiant peut répondre à l'étude même s'il ne se sent pas en burnout : Pas fait car rallongeait le mail.
- Mettre en évidence le lien envoyant directement aux questionnaires : Simplification faite mais pas de lien direct possible compte tenu de la plateforme.
- Modifier les questionnaires :
 - Accès direct aux questionnaires après avoir cliqué sur le lien : Impossible compte tenu de la plateforme.
 - Dans le questionnaire sociodémographique, ne pas indiquer réponse 1 sur 36, 2 sur 36,... à l'étudiant. Le raccourcir et faire des thèmes pour regrouper les questions et indiquer 1er thème sur 5, 2ème thème sur 5... : fait dans la mesure du possible.
 - Retirer la caractéristique « champ de réponse obligatoire » pour certaines questions : fait.
 - Inscrire une phrase de présentation au niveau du MBI : *Nous sommes conscients du problème que peuvent parfois rencontrer les étudiants pour répondre à certains items. Sachez pourtant que le MBI est un outil validé au niveau international pour évaluer le burnout* : pas fait car sinon trop d'informations sur la plateforme. Un site d'information Google a été réalisé dans le but de fournir un maximum d'informations.
 - Rendre l'enchaînement entre chaque questionnaire plus fluide : fait.
- Modifier les relances :
 - Elaborer un titre personnalisé pour les différents profils d'étudiants (promotions, non-répondeurs ou partiellement répondeurs) : fait dans la mesure du possible.
 - Augmenter le nombre de relances en passant de 2 relances par semaine à 1 relance tous les 2 ou 3 jours : pas fait car nous avons reçu des mails d'insultes au rythme de un mail par semaine.
- Récompenser l'étudiant de sa réponse en lui apportant des explications sur ses résultats et en lui donnant la possibilité de se comparer aux autres étudiants (utiliser les données du M0 par exemple) : nous avons dès le début de l'étude décidé de ne pas faire cela pour ne pas briser le secret de l'étude, et rassurer les étudiants quant à utilisation de leurs données.

2.1.3.2.2 Intensification de la promotion de l'étude

- Aller à la rencontre des étudiants
 - Sur leur lieu de travail dans les différents centres hospitaliers de la région : dans les services en évitant le matin, lors d'un staff ou à l'internat à la pause déjeuner ou en soirée : ce qui a été trop compliqué à mettre en place, compte tenu du fait que nous sommes internes, et que nous avons des stages à temps plein.
 - Lors des choix de stage à l'ARS ou lors des réunions d'accueil pour les internes de médecine générale et de spécialité : fait.
 - Lors d'un cours magistral à la faculté de médecine pour les externes : fait.
 - Lors d'un cours magistral à l'école de sages-femmes : fait.
 - Distribuer des flyers lors de ces rencontres: fait.
- Utiliser les réseaux sociaux et notamment facebook
- Laisser plusieurs messages sur le mur de chaque promotion d'externes et sur les murs des différentes associations (Syndicats des Internes et Anciens Internes de Médecine de Poitiers, CRPIMG Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale et AESFP : Association des Etudiants Sages-femmes de Poitiers) : fait.
- Inscrire le lien envoyant directement l'étudiant sur le mail de présentation : fait.
- Créer un blog : fait dès le début de l'étude avec notre site Google, notre page Facebook® et notre page Twitter®
- Modifier l'affichage promotionnel :
 - Simplifier les affiches et les colorer : nous n'avons pas bénéficié de soutien financier.
 - Multiplier l'affichage dans les différents centres hospitaliers au niveau des salles d'externes/internes, des chambres de garde, de l'internat) et à la faculté : fait.
 - Afficher dans des endroits non surchargés en affiches : non fait.
- Distribuer des courriers dans les services adressés aux externes/internes via les affaires médicales : ce qui a été trop compliqué à mettre en place, compte tenu du fait que nous sommes internes, et que nous avons des stages à temps plein.
- Téléphoner aux externes/internes dans les services : ce qui a été trop compliqué à mettre en place, compte tenu du fait que nous sommes internes, et que nous avons des stages à temps plein.

- Sensibiliser les professeurs au BOS afin de solliciter leur aide pour la promotion de l'étude et inciter les étudiants à répondre : complexe par de nombreux aspects pour les deux parties, dont le manque de temps.

2.1.3.2.3 Discours à tenir face aux étudiants

- Faire promouvoir le bouche à oreille pour faire connaître l'étude et inciter les étudiants à répondre : fait.
- Sensibiliser les étudiants au BOS : fait lors de nos présentations.
 - o Donner la prévalence
 - o Expliquer le processus d'installation du BOS
 - o Mettre en avant que les différentes contraintes des étudiants sont source de stress et de pression participant à l'installation insidieuse du BOS
 - o Expliquer le mécanisme d'action des moyens de prévention proposés par l'« étude No Burn Out (action sur le sentiment de stress et de pression) : +/- fait lors de nos présentations
- Démystifier la pratique de la méditation : nous avons décidé dès le lancement de l'étude de ne pas parler des outils thérapeutiques de l'étude pour éviter les biais.

2.1.4 Objectifs et critères d'évaluations

La question de recherche de cette étude est : Un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines a-t-il un impact sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers ?

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers.

Le critère de jugement principal est l'amélioration significative du MBI après un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines.

Les objectifs secondaires sont l'évaluation de l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines auprès des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie, et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers :

- dans notre groupe « Méditation Pleine Conscience », en apparié, soit en pré/post-test, sur le test d'évaluation de l'empathie IRI de Davis et ses composantes ainsi que les deux composantes de l'HAD, avec pour critères de jugement secondaires l'amélioration significative de l'IRI et de ses composantes ainsi que l'amélioration des 2 composantes de l'HAD, après l'intervention.
- Sur notre groupe en comparaison avec le groupe témoin sur le MBI, sur l'IRI et ses composantes ainsi que les deux composantes de l'HAD, avec pour critères de jugement secondaires l'amélioration significative du MBI, de l'IRI et de ses composantes ainsi que des 2 composantes de l'HAD, après l'intervention dans le groupe « Méditation Pleine Conscience » par rapport au groupe témoin.

Les critères des objectifs secondaires seront évalués aux mêmes moments que le critère de jugement principal.

2.1.5 Lieu et Durée de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans la région Poitou-Charentes, auprès des étudiants rattachés à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'Université de Poitiers. La population étudiée peut être affectée dans toute cette région mais reste dépendante de l'Université de Poitiers.

Notre étude est intégrée dans un travail plus vaste ; l'« étude No Burn Out ».

Date de début de l'« étude No Burn Out » : 1^{er} juillet 2014.

Date prévue de fin de l'« étude No Burn Out »: 27 septembre 2015.

Durée totale de l'« étude No Burn Out »: 15 mois.

Notre travail de thèse a débuté quatre mois (M4) après le début de l'étude mère « étude No Burn Out ».

Date de début de notre étude (date d'ouverture des questionnaires de M4) : 3 novembre 2014.

Date de fin de notre étude (date de fermeture des questionnaires de M7) : 15 mars 2015.

Durée totale de notre étude : 4 mois et demi.

Date de début de l'intervention : 15 décembre 2015.

Date de fin de l'intervention : 8 février 2015.

Durée totale de l'intervention : 8 semaines.

2.1.6 Schéma de l'étude globale

Notre travail de thèse s'inscrit dans une étude plus vaste ; l'« étude No Burn Out », dont le but ultime est de rechercher des outils de prévention du syndrome d'épuisement professionnel des étudiants. Notre travail a débuté quatre mois après le début de l'« étude No Burn Out », et cette dernière se terminera six mois et demi après la fin de notre travail de recherche.

La partie de l'étude concernant notre travail de thèse est celle entourée de rouge.

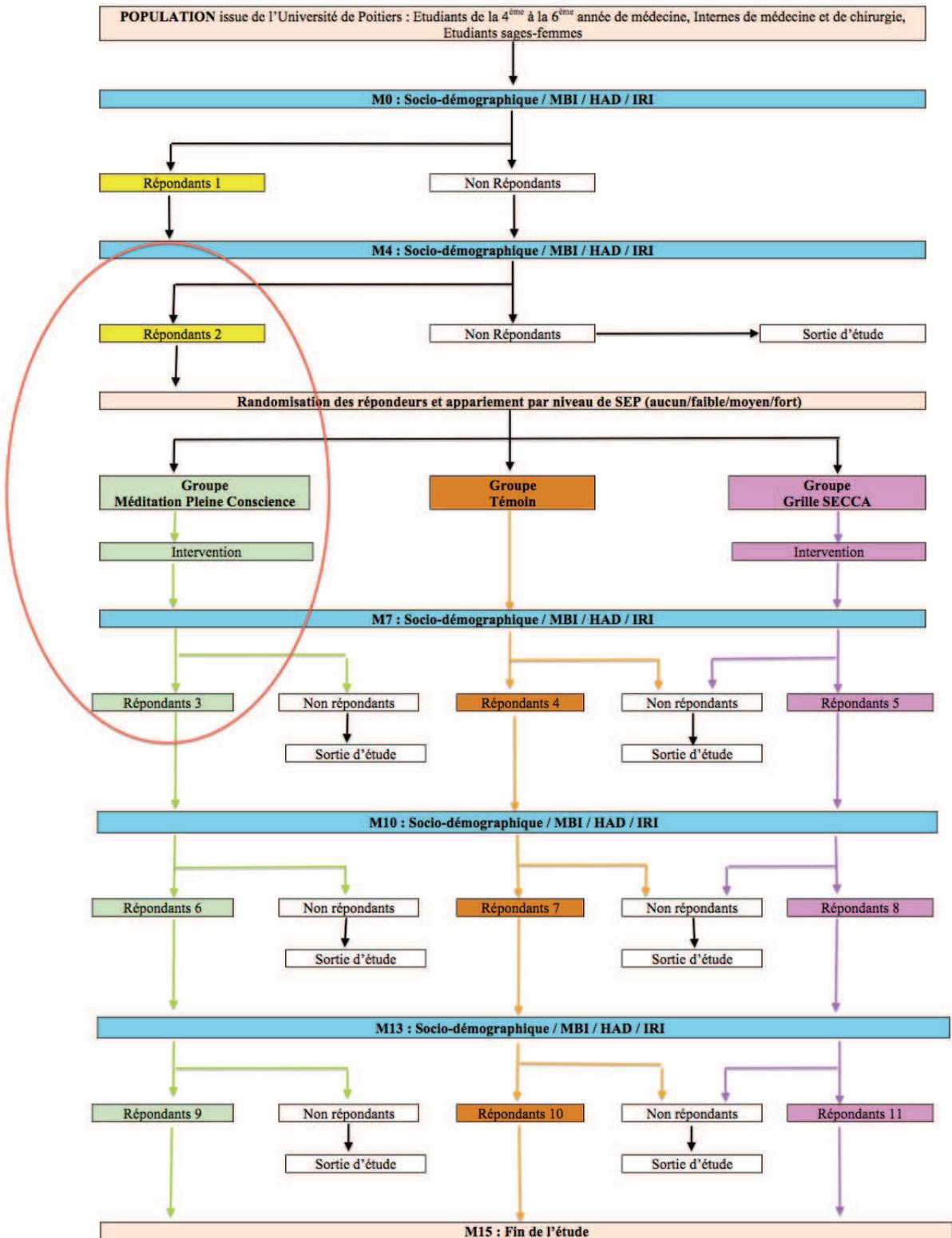


Schéma 1. Schéma global de l'étude No Burn Out (encerclée en rouge la partie concernant notre travail de thèse)

2.2 INSTRUMENTS D'EVALUATION

2.2.1 Maslach Burn-out Inventory (MBI) (Annexe 2)

Christina Maslach et son équipe élabore un instrument de mesure du burn out en 1981, modifié en 1986 ; le *Maslach burnout inventory* [5,6].

Il s'agit d'une échelle d'auto-évaluation composée de vingt deux items qui explorent les trois dimensions de l'épuisement professionnel décrits par C. Maslach ; l'épuisement émotionnel exploré par neuf items, la dépersonnalisation explorée par cinq items et enfin l'accomplissement personnel exploré par huit items. Nous verrons plus en détail ces items dans la partie suivante.

Chaque items a six réponses possibles :

- 0 : Jamais
- 1 : Quelques fois par année, au moins
- 2 : Une fois par mois, au moins
- 3 : Quelques fois par mois
- 4 : Une fois par semaine
- 5 : Quelques fois par semaine
- 6 : Jamais

Chacune des trois composantes obtient un score, indépendant de celui des deux autres. En fonction du nombre de points, on dira que le score est bas, modéré ou élevé.

Score	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Élevé	≥ 30	≥ 12	0-33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	0-17	0-5	≥ 40

Un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou un score bas d'accomplissement personnel suffit pour parler de burn out.

En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de gravité.

Le degré de burn out est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Les qualités psychométriques de cet instrument ont été vérifiées ; tant la validité (critériée concomitante, de structure interne, de structure externe convergente et structure externe divergente) que la fidélité (test-retest, consistance interne) [8].

C'est cet instrument de mesure qui reste le plus utilisé dans le monde. Il a notamment été traduit et validé en langue française. Nous utiliserons cet outil dans notre étude [9, Annexe 2]

2.2.2 Index de réactivité Interpersonnelle (IRI) (Annexe 3)

L' Interpersonal Reactivity Index est un questionnaire conçu par Mark H. Davis en 1980 [136, 137] et est considéré comme est souvent considéré comme un des meilleurs outils de mesure de l'empathie [138].

L'IRI est une mesure multidimensionnelle, validée, englobant des composantes cognitives et des composantes affectives. Elle se propose d'évaluer l'empathie selon quatre dimensions comprenant chacune sept items. Les deux premières dimensions citées ci-dessous explorent la part cognitive de l'empathie, tandis que les deux autres explorent sa part affective :

- la prise de perspective (*Perspective Taking* en anglais), qui évalue la tendance à imaginer le point de vue de l'autre dans la vie quotidienne ;
- le souci empathique (*Empathy Concern* en anglais), qui apprécie explicitement le degré auquel les personnes interrogées éprouvent des sentiments de sympathie et de compassion pour les autres ;
- la détresse personnelle (*Personal Distress* en anglais), qui fait aussi appel à la tendance des personnes interrogées à avoir des réponses affectives, comme le sentiment de détresse et l'anxiété ;
- la fantaisie (*Fantasy* en anglais), qui mesure la tendance à se transposer imaginativement dans la situation de personnages fictifs (comme des livres, films, etc.).

En 2014, une équipe de recherches a traduit et validé cet outil en français [139]. Nous utiliserons cet instrument de mesure de l'empathie dans notre étude [Annexe 3].

2.2.3 Hospital Anxiety and Depression Scale (échelle HAD) (Annexe 4)

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs mis au point en 1983 par Zigmond et Snaith [254]. Il s'agit d'un questionnaire d'auto-évaluation rapide (de 2 à 6 minutes) et simple d'utilisation.

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante est proposée pour chacun des scores (A et D) par la Haute Autorité de Santé [255] :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Cette échelle a été traduite et validée en français, notamment par J. F. Lépine [256, 257]. Les qualités psychométriques de cet instrument ont été vérifiées [258].

2.3 OUTIL D'INTERVENTION : LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

2.3.1 Généralités

Dans la partie « 1. JUSTIFICATION », une grande part était réservée à la méditation pleine conscience. Nous avons vu qu'il s'agissait d'un programme sur huit semaines, relativement bien structuré, fondé sur l'apprentissage de deux types de pratiques ; la méditation formelle et la méditation informelle. Nous avons également vu que le succès de ce programme sur la santé lui avait valu d'être adapté, tant sur le fond que sur la forme, afin de convenir à de nouvelles catégories de populations. Des études ont montré qu'une formation en ligne à la méditation pleine conscience avait un impact significatif positif, que ce soit auprès de sujets sains, de sujets atteints de pathologies lourdes ou auprès d'étudiants.

Dans le cadre de cette étude, nous nous sommes fondés et avons adapté les programmes MBSR et MBCT dans le but de mettre en place une formation à la Méditation Pleine Conscience accessible en ligne et adaptée aux étudiants. Nous avons gardé la même structure, les mêmes thèmes, les mêmes exercices. Les principales différences sont l'absence de cours en groupe et donc la formation totalement autonome, la durée des cours, l'absence de journée entière de formation au cours de la sixième semaine et enfin l'absence de certaines méditations.

Notre formation se fait donc sur huit semaines ; à chaque semaine son thème et ses nouvelles techniques de méditation formelles et/ou informelles. Chaque semaine, nous ajoutons une page internet sur notre site. Cette nouvelle page contient :

- Un cours en vidéo qui explique aux étudiants le thème de la semaine et ses principes, ainsi que les nouveaux exercices.
- Les nouveaux exercices de pratiques méditatives sous formes de fichiers audio et écrits, téléchargeables
- Le programme des exercices à domicile de la semaine correspondante en version écrite, téléchargeable
- Un semainier sous forme écrite, téléchargeable.

L'ensemble de cette formation a été mise au point par notre groupe de travail dont aucun membre n'est instructeur de MBSR ou MBCT. La formation que nous avons proposée a donc été soumise à deux instructeurs MBSR qui ont pu vérifier la validité de notre travail.

Au total, il s'agit d'une formation autonome, en ligne, à la Méditation Pleine Conscience, fondée sur les principes des programmes MBSR et MBCT.

2.3.2 Accès a l'outil

Nous nous sommes servis de la plateforme de l'ENT pour héberger notre formation en ligne. Cette plateforme étant sécurisée, seuls les étudiants randomisés dans le groupe « Méditation Pleine Conscience » avaient accès à la formation.

Après avoir été randomisés dans le groupe « Méditation Pleine Conscience (MPC) », les étudiants ont reçu, via l'ENT, un mail leur indiquant qu'ils avaient été affectés dans le groupe MPC et que la formation débutait. Une fois par semaine, pendant huit semaines, ils ont reçu un mail présentant de manière synthétique le contenu de la semaine, le lien vers la formation sur l'ENT, ainsi que deux adresses mails sur lesquelles les étudiants pouvant nous joindre en cas de difficulté ou de question.

Chaque semaine nous donnions accès aux étudiants à la page concernant la semaine en question. Les pages des semaines passées restaient accessibles.

2.3.3 Contenu

Nous nous sommes servis de la plateforme de l'ENT pour héberger notre formation en ligne. Cette plateforme étant sécurisée, seuls les étudiants randomisés dans le groupe « Méditation Pleine Conscience » avaient accès à la formation.

Les cours vidéos et méditations audio sont en annexes dans le DVD fournis avec cette thèse.

Contenu de la page « ACCUEIL » :

- La vidéo de bienvenue d'une durée de 1'37'' (Annexe A)
- Lien vers la semaine 1

Contenu de la semaine 1 :

- La vidéo de la semaine 1 d'une durée de 28'25'' (Annexe B),
- L'exercice du raisin sec en versions audio (Annexe J) et écrite (Annexe 5)
- Le débriefing de l'exercice du raisin sec en versions audio (Annexe K) et écrite (Annexe 6)
- Une explication sur la méditation informelle en versions audio (Annexe L) et écrite (Annexe 7)
- L'exercice du scanner corporel en versions audio (Annexe M) et écrite (Annexe 8)
- Le résumé des exercices à réaliser à domicile au cours des huit semaines du programme (Annexe 17)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 1 en version écrite (Annexe 18)
- Le semainier des pratiques formelles et informelles en version écrite (Annexe 19)

Contenu de la semaine 2 :

- La vidéo de la semaine 2 d'une durée de 28'43'' (Annexe C)
- L'exercice de méditation assise de 15 minutes en versions audio (Annexe N) et écrite (Annexe 9)
- Les exercices de yoga debout en versions audio (Annexe O) et écrite (Annexe 10)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 2 en version écrite (Annexe 18)
- Le semainier des pratiques formelles et informelles en version écrite (Annexe 19)

Contenu de la semaine 3 :

- La vidéo de la semaine 3 d'une durée de 17'46'' (Annexe D)
- L'exercice de 3 minutes d'espace et de respiration en versions audio (Annexe P) et écrite (Annexe 11)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 4 en version écrite (Annexe 18)
- Le semainier des pratiques formelles et informelles en version écrite (Annexe 19)

Contenu de la semaine 4 :

- La vidéo de la semaine 4 d'une durée de 15'36'' (Annexe E)
- L'exercice de marche méditative en versions audio (Annexe Q) et écrite (Annexe 12)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 4 en version écrite (Annexe 18)
- Le semainier des pratiques formelles et informelles en version écrite (Annexe 19)

Contenu de la semaine 5 :

- La vidéo de la semaine 5 d'une durée de 30'25'' (Annexe F)
- L'exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté en versions audio (Annexe R) et écrite (Annexe 13)
- Une courte méditation assise sur l'évocation d'une situation agréable en versions audio (Annexe S) et écrite (Annexe 14)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 5 en version écrite téléchargeable (Annexe 18)
- Le semainier des pratiques formelles, informelles et des événements agréables en version écrite (Annexe 19)

Contenu de la semaine 6 :

- La vidéo de la semaine 6 d'une durée de 27'55'' (Annexe G)
- Une méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées en versions audio (Annexe T) et écrite (Annexe 15)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 6 en version écrite (Annexe 18)
- Le semainier des pratiques formelles, informelles, des événements agréables et des événements difficiles en version écrite (Annexe 19)

Contenu de la semaine 7 :

- La vidéo de la semaine 7 d'une durée de 23'30'' (Annexe H)
- L'exercice de méditation basée sur la compassion pour soi en versions audio (Annexe U) et écrite (Annexe 16)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 7 en version écrite (Annexe 18)
- Le semainier des pratiques formelles, informelles, des événements agréables et des événements difficiles en version écrite (Annexe 19)

Contenu de la semaine 8 :

- La vidéo de la semaine 8 d'une durée de 10'55'' (Annexe I)
- Le programme des exercices à domicile de la semaine 8 en version écrite (Annexe 18)

Contenu de la page « BIBLIOGRAPHIE » :

- Ouvrages littéraires de référence en France concernant la Méditation Pleine Conscience

Contenu de la page contact :

- Deux adresses mails permettant aux étudiants du groupe « Méditation Pleine Conscience » de nous contacter en cas de difficulté ou de question.
- Lien vers le site Google® de l'«étude No Burn Out»

Contenu de la page « FORUM DE DISCUSSION » :

- Outil permettant d'ouvrir des pages de discussion

<p>Les cours vidéos sont accessibles sur le site, consultables en ligne. Tous les exercices sont accessibles sur le site, en ligne ainsi qu'en version téléchargeable audio mp3 et écrite PDF. Les annexes contenant une lettre sont celles accessibles sur le DVD fourni avec cette thèse, les annexes avec un chiffre sont accessibles à la fin de cette thèse.</p>

2.3.4 Effets indésirables

D'après les données de la littérature actuelle, aucun effet indésirable n'a été retrouvé. Aucun surdosage n'a été rapporté.

2.4 BIBLIOGRAPHIE ET DONNÉES RECUELLIES

2.4.1 Bibliographie

La recherche des références bibliographiques a été effectuée à partir de bases de données internautes (PubMed, Science directe, SUDOC), de sites officiels (Conseil de l'Ordre des Médecins, CARMF) et complétée par des échanges au sein de l'équipe de travail de l'étude « No BurnOut ».

La rédaction de la bibliographie a été faite avec le logiciel Zotero qui est un logiciel de gestion, de références des données bibliographiques et des documents de recherche.

2.4.2 Données recueillies

Les données recueillies socio-démographiques sont listées dans l'annexe 1, elles ont été récupérées via l'ENT tout comme les résultats des tests et échelles, par envoi de mails. Chaque adresse mail s'est vue attribuer un numéro permettant l'anonymisation des réponses. Ce travail d'extraction des données a été réalisé grâce à la collaboration de l'équipe d'IMédia en charge du développement de l'ENT au sein de l'Université de Poitiers.

2.5 PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE

L'élaboration du plan d'analyse statistique ainsi que l'ensemble des analyses ont été réalisées avec la collaboration des statisticiens de l'unité de recherche clinique en Psychiatrie du centre hospitalier Henri Laborit.

2.5.1 Tirage au sort

La randomisation a été réalisée sur la base des étudiants ayant répondu à l'ensemble des questionnaires. La stratification a été effectuée sur le niveau de MBI, les répondants ont été classés en 4 groupes selon leur niveau de SEP (aucun, faible, moyen, fort). Dans chacun des sous-groupes les participants ont été aléatoirement attribués à l'un des trois groupes (MPC, Témoin, SECCA). L'effectif de l'étude ne permettait pas de réaliser une stratification plus complexe.

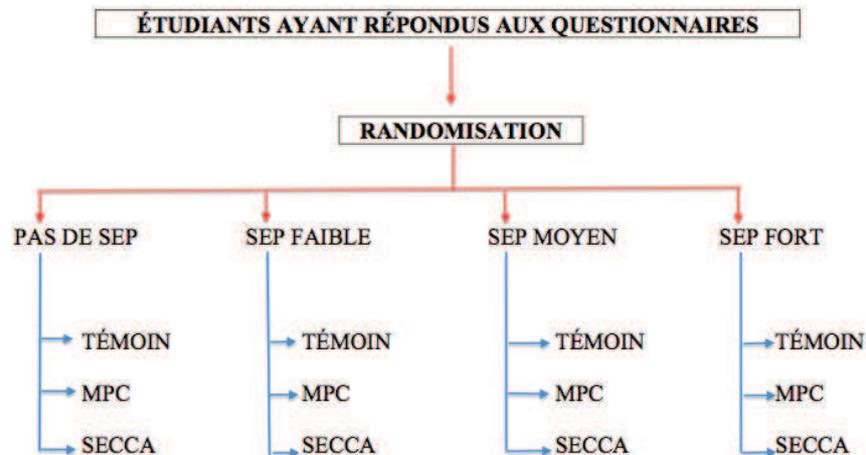


Schéma 2. Randomisation des répondants

2.5.2 Analyse descriptive

Une analyse descriptive globale a été réalisée afin de représenter les caractéristiques initiales des sujets inclus. Les variables quantitatives sont résumées par les paramètres classiques de la statistique descriptive : médiane, intervalles interquartiles et valeurs extrêmes ou moyenne et écart-type. Les variables qualitatives sont décrites par l'effectif et le pourcentage de chaque modalité. On précise par ailleurs le nombre de données manquantes.

Une analyse descriptive a été réalisée selon le même principe pour les données recueillies à chaque évaluation du sujet.

En préalable aux différents tests statistiques, une analyse des distributions a été conduite sur l'ensemble des variables quantitatives utilisées comme critères afin d'identifier leur niveau d'adéquation à une loi normale. La distribution normale des variables a été vérifiée simultanément à l'aide d'une représentation graphique des histogrammes-Scee Plot et d'un test de Komogorov-Smirnov.

2.5.3 Analyse du critère principal

Le critère de jugement principal quantifiant le SEP a été analysé par un test t de Student pour données appariées (ou le test de Wilcoxon), comparant les différences entre M4 et M7 des scores du MBI pré- et post-interventionnel.

2.5.4 Analyse des critères secondaires

Les évolutions des scores des échelles évaluant la dépression, l'anxiété et l'empathie sont décrites et analysées selon le même schéma, à l'aide d'un t test de Student (ou un test Wilcoxon).

Une analyse de covariance multivariée ajuste l'analyse du critère de jugement principal en fonction des scores des autres échelles afin de confirmer un effet indépendant de la méditation pleine conscience sur le SEP.

Les comparaisons de populations concernant le syndrome d'épuisement professionnel, la dépression, l'anxiété et l'empathie entre le groupe « Méditation Pleine Conscience » (MPC) et le groupe Témoin utilisent le test du KHI deux.

2.5.5 Risque de première espèce

Le risque de première espèce (α) est fixé à 5% en situation bilatérale pour l'ensemble de l'étude.

Les analyses seront effectuées avec le logiciel SAS (SAS Institute, Cary, NC USA). Les écarts au plan d'analyse statistique seront précisés et justifiés dans le rapport final d'analyse.

2.6. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

2.6.1 Comité de Protection des Personnes et autorité compétente

S'agissant d'une étude interventionnelle, le protocole, le formulaire d'information, le consentement et le cahier d'observation de l'étude ont été soumis au comité d'éthique de l'Unité de Recherche Clinique en Psychiatrie du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers le 28 mai 2014.

2.6.2 Information du patient et formulaire de consentement éclairé

Les étudiants ont en page d'accueil un formulaire d'information et de consentement qu'ils ont du valider avant de répondre aux questionnaires. Ce formulaire permet d'informer les étudiants de façon complète et loyale, en termes compréhensibles, des objectifs de l'étude et de leur droit à refuser d'y participer ou de se rétracter à tout moment.

2.6.3 Protection des données informatiques

L'étude a été présentée et autorisée par Mme Isabelle Guérineau, du pôle "Assistance aux utilisateurs", correspondante Informatique et libertés de l'Université de Poitiers, société I-Médias.

2.6.4 Conseil d'administration de la faculté

Nous avons reçu l'autorisation et l'appui du Doyen de la faculté de médecine de Poitiers le Pr Pascal Roblot, ainsi que d'une partie d'une Conseil d'Administration de la faculté de médecine pharmacie de Poitiers lors d'une réunion le 19 septembre 2014.

3. RÉSULTATS

3.1 LES RÉPONDANTS

3.1.1 À M4

Sur 1635 étudiants cibles, 450 ont répondu à l'ensemble des questionnaires, soit 27,5% de la population cible. Les étudiants ont été ensuite randomisés en trois groupes (MPC, Témoin et SECCA) selon leur niveau d'épuisement professionnel (aucun, faible, moyen, élevé).

À M4, le nombre d'étudiants randomisés dans le groupe MPC était de 152.

À M4, le nombre d'étudiants randomisés dans le groupe Témoin était de 150.

RÉPARTITION DE LA POPULATION À M4		Population totale randomisée		Groupe MPC à M4			Groupe Témoin à M4		
		N	% pop. totale	N	% groupe MPC	% pop. totale	N	% groupe Témoin	% pop. totale
Étudiants en médecine	DFGSM3	14	3,1	4	2,7	0,9	3	2	0,7
	DFASM1	53	11,8	13	8,6	2,9	21	14	4,7
	DFASM2	56	12,4	16	10,5	3,5	20	13,3	4,4
	DFASM3	60	13,3	21	13,8	4,7	18	12	4
	Total	183	40,7	54	35,6	12	62	41,3	13,8
Internes	DES 1	91	20,2	33	21,7	7,4	31	20,7	6,9
	DES 2	56	12,4	16	10,5	3,5	19	12,8	4,3
	DES 3	41	9,1	14	9,2	3,1	20	13,3	4,4
	DES 4	8	1,8	4	2,6	0,9	2	1,3	0,4
	DES 5 et +	5	1,1	1	0,7	0,2	2	1,3	0,4
	Total	201	44,6	68	44,7	15,1	74	49,3	16,4
Étudiants sages-femmes	ESF 1	2	0,4	1	0,7	0,2	0	0	0
	ESF 2	17	3,8	5	3,3	1,1	4	2,7	0,9
	ESF 3	17	3,8	8	5,2	1,8	5	3,3	1,1
	ESF 4	12	2,7	4	2,6	0,9	2	1,3	0,4
	Total	48	10,7	18	11,8	4	11	7,3	2,4
Données manquantes	18	4	12	7,9	2,7	3	2	0,7	

Tableau 3. Répartition des répondants à M4 par spécialité et par promotion

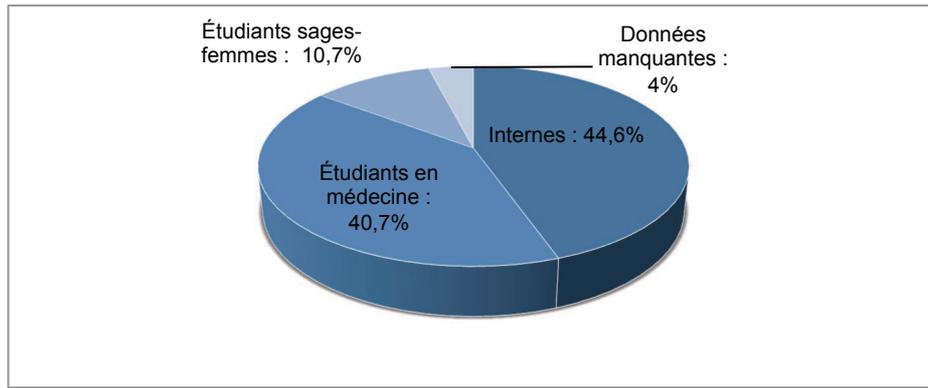


Figure 1. Population totale randomisée à M4

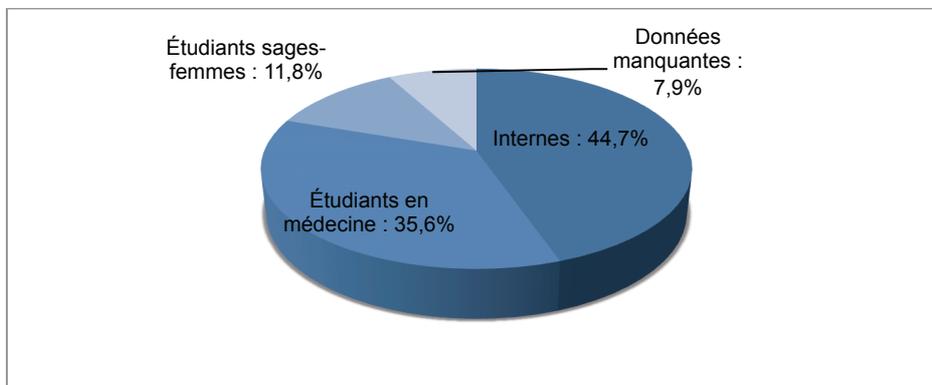


Figure 2. Population du groupe MPC à M4

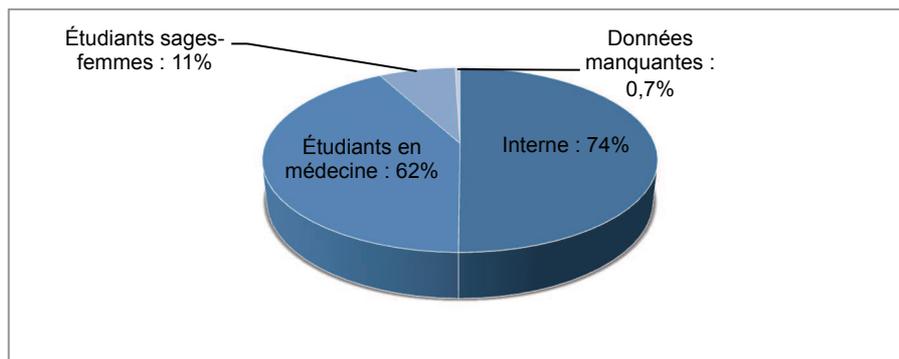


Figure 3. Population du groupe Témoin à M4

Des étudiants de troisième année (étudiants de DFGSM3) ont été intégrés dans l'étude à ce stade suite à une erreur dans l'analyse des données. Ceux-ci ont été gardés pour M7.

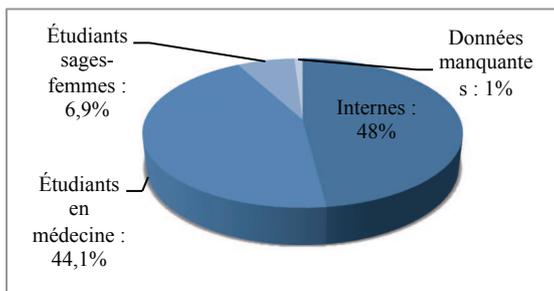
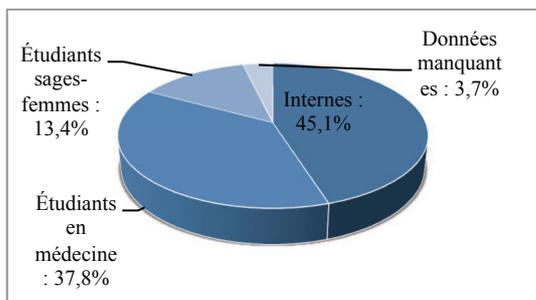
3.1.2 À M7

À M7, le nombre d'étudiants randomisés dans le groupe MPC ayant répondu à l'ensemble des questionnaires était de 82, soit 54% de répondants sur notre population de départ à M4. Nous avons donc eu une perte de 70 étudiants et donc de 46%.

À M7, le nombre d'étudiants randomisés dans le groupe Témoin ayant répondu à l'ensemble des questionnaires était de 102, soit 68% de répondants sur notre population de départ à M4. Nous avons donc eu une perte de 48 étudiants et donc de 32%.

RÉPARTITION DE LA POPULATION À M7		Groupe MPC à M7		Groupe Témoin à M7	
		N	% groupe MPC	N	% groupe Témoin
Étudiants en médecine	DFGSM3	2	2,4	2	2
	DFASM1	10	12,2	16	15,7
	DFASM2	10	12,2	16	15,7
	DFASM3	9	11	11	10,7
	Total	31	37,8	45	44,1
Internes	DES 1	20	24,4	22	21,5
	DES 2	7	8,5	14	13,7
	DES 3	8	9,8	12	11,8
	DES 4	0	0	0	0
	DES 5 et +	2	2,4	1	1
Total	37	45,1	49	48	
Étudiants sages-femmes	ESF 1	0	0	0	0
	ESF 2	2	2,4	2	2
	ESF 3	6	7,3	3	2,9
	ESF 4	3	3,7	2	2
	Total	11	13,4	7	6,9
Données manquantes	3	3,7	1	1	

Tableau 4. Répartition des répondants à M7 par spécialité et par promotion



Figures 4 et 5. Population à M7 du groupe MPC (à gauche) et du groupe Témoin (à droite)

3.2 CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

3.2.1 À M4

3.2.1.1 Facteurs intra-individuels

3.2.1.1.1 Données personnelles

L'âge moyen de la population totale randomisée à M4 est de **24,7 ans** (écart type de 2,5), avec un âge minimum à 19 ans et un âge maximum à 37 ans. La médiane est à 25 ans.

L'âge moyen de la population du groupe MPC à M4 est de **24,7 ans** (écart type de 2,7), avec un âge minimum à 20 ans et un âge maximum à 37 ans. La médiane est à 25 ans.

L'âge moyen de la population du groupe Témoin à M4 est de **25 ans** (écart type de 2,6), avec un âge minimum à 20 ans et un âge maximum à 33 ans. La médiane est à 25 ans.

		Population totale randomisée à M4		Groupe MPC à M4		Groupe Témoin à M4	
		N	% pop. totale	N	% groupe MPC	N	% groupe Témoin
Sexe	Féminin	309	71,2	108	76	92	62,6
	Masculin	125	28,8	34	24	55	37,4
Statut matrimonial	Célibataire	223	51,4	65	45,8	78	53,0
	Marié(e) / PACSÉ(E)	46	10,6	18	12,7	12	8,2
	Union libre	165	38	59	41,5	57	38,8
Nombre enfants	0	416	95,8	134	94,4	140	95,2
	1	15	3,5	5	3,5	7	4,8
	2	3	0,7	3	2,1	0	0

Tableau 5. Données personnelles des répondants à M4

Les données manquantes dans ce tableau sont au nombre 10.

3.2.1.1.2 Santé

POPULATION TOTALE RANDOMISÉE À M4		
	Effectif	% de la pop. totale
Se sentir menacé(e) par le syndrome d'épuisement professionnel		
Pas du tout	174	38,7
Quelques jours par mois	171	38,0
Moins d'une fois par semaine	40	8,9
Plusieurs fois par semaine	38	8,4
Quotidiennement	7	1,6
Données manquantes	20	4,4
Qualité du sommeil :		
Bonne	180	40,0
Moyenne	201	44,7
Mauvaise	49	10,9
Données manquantes	20	4,4
Avec qui parler du stress ressenti :		
Avec les internes	55	12,2
Avec un médecin	1	0,2
Avec les proches	340	75,6
Pas du tout	34	7,6
Données manquantes	20	4,4
Pensées suicidaires au cours de l'année dernière :		
Oui	69	15,3
Non	361	80,2
Données manquantes	20	4,4
Prise en charge psychiatrique/psychologique actuelle :		
Oui	28	6,2
Non	402	89,3
Données manquantes	20	4,4
Prise d'anxiolytique et/ou hypnotique au cours de ces 3 derniers mois :		
Oui	41	9,1
Non	389	86,4
Données manquantes	20	4,4
Nombre de cigarettes par jour :		
Ne fume pas	368	81,8
< 5	32	7,1
De 5 à 10	16	3,6
De 10 à 20	13	2,9
> 20	1	0,2
Données manquantes	20	4,4
Prise d'alcool quotidienne :		
Oui	16	3,6
Non	426	94,7
Données manquantes	8	1,8
Nombre d'absence au travail ces 3 derniers mois pour raison de santé :		
Aucune	374	83,1
< 3 jours	38	8,4
De 3 à 7 jours	10	2,2
> 7 jours	8	1,8
Données manquantes	20	4,4

	Groupe MPC à M4		Groupe Témoin à M4	
	Effectif	% population MPC	Effectif	% population témoin
Se sentir menacé(e) par le syndrome d'épuisement professionnel				
Pas du tout	55	36,2	64	42,7
Quelques jours par mois	60	39,5	59	39,3
Moins d'une fois par semaine	14	9,2	7	4,7
Plusieurs fois par semaine	8	5,3	16	10,7
Quotidiennement	5	3,3	1	0,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Qualité du sommeil :				
Bonne	55	36,2	69	46,0
Moyenne	64	42,1	59	39,3
Mauvaise	23	15,1	19	12,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Avec qui parler du stress ressenti :				
Avec les internes	18	11,8	18	12,0
Avec un médecin	0	0,0	1	0,7
Avec les proches	115	75,7	111	74,0
Pas du tout	9	5,9	17	11,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Pensées suicidaires au cours de l'année dernière :				
Oui	24	15,8	22	14,7
Non	118	77,6	125	83,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Prise en charge psychiatrique/psychologique actuelle :				
Oui	8	5,3	11	7,3
Non	134	88,2	136	90,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Prise d'anxiolytique et/ou hypnotique au cours de ces 3 derniers mois :				
Oui	18	11,8	9	6,0
Non	124	81,6	138	92,0
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Nombre de cigarettes par jour :				
Ne fume pas	126	82,9	122	81,3
< 5	7	4,6	10	6,7
De 5 à 10	4	2,6	8	5,3
De 10 à 20	5	3,3	6	4,0
> 20	0	0,0	1	0,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Prise d'alcool quotidienne :				
Oui	0	0,0	2	1,3
Non	142	93,4	145	96,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Nombre d'absence au travail ces 3 derniers mois pour raison de santé :				
Aucune	122	80,3	130	86,7
< 3 jours	12	7,9	10	6,7
De 3 à 7 jours	5	3,3	4	2,7
> 7 jours	3	2,0	3	2,0
Données manquantes	10	6,6	3	2,0

3.2.1.1.3 Vécu de la formation

POPULATION TOTALE RANDOMISÉE À M4		
	Effectif	% de la pop. totale
Déjà envisager d'arrêter sa formation :		
Oui	189	42,0
Non	240	53,3
Données manquantes	21	4,7
Délai d'arrêt de formation si déjà envisagé :		
Le jour même	21	4,7
Dans un mois	29	6,4
Dans un an	32	7,1
Sans réponse	328	72,9
Données manquantes	40	8,9
Si choix possible, referait les mêmes études :		
Oui	287	63,8
Non	139	30,9
Données manquantes	24	5,3
Orientation professionnelle :		
Libérale	220	48,9
CHU	48	10,7
Autre activité hospitalière	44	9,8
Ne sait pas	117	26,0
Données manquantes	21	4,7
Avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle :		
Oui	141	31,3
Non	288	64,0
Données manquantes	21	4,7
Crainte des erreurs médicales :		
Non	52	11,6
Peu fréquentes	156	34,7
Fréquentes	222	49,3
Données manquantes	20	4,4
Facilité de recours aux seniors :		
Oui	342	76,0
Non	86	19,1
Données manquantes	22	4,9
Prise en charge fréquente de patients en fin de vie, soins palliatifs et annonce de diagnostic grave :		
Oui	114	25,3
Non	315	70,0
Données manquantes	21	4,7
Estimation de l'importance des obligations administratives en lien avec la prise en charge du patient :		
Peu importante	61	13,6
Moyenne	171	38,0
Importante	196	43,6
Données manquantes	22	4,9

	Groupe MPC à M4		Groupe Témoin à M4	
	Effectif	% population MPC	Effectif	% population témoin
Déjà envisager d'arrêter sa formation :				
Oui	64	42,1	64	42,7
Non	78	51,3	83	55,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Délai d'arrêt de formation si déjà envisagé :				
Le jour même	5	3,3	7	4,7
Dans un mois	11	7,2	10	6,7
Dans un an	9	5,9	10	6,7
Sans réponse	109	71,7	114	76,0
Données manquantes	18	11,8	9	6,0
Si choix possible, referait les mêmes études :				
Oui	102	67,1	95	63,3
Non	39	25,7	51	34,0
Données manquantes	11	7,2	4	2,7
Orientation professionnelle :				
Libérale	72	47,4	78	52,0
CHU	14	9,2	17	11,3
Autre activité hospitalière	19	12,5	15	10,0
Ne sait pas	37	24,3	37	24,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle :				
Oui	46	30,3	50	33,3
Non	96	63,2	97	64,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Crainte des erreurs médicales :				
Non	18	11,8	16	10,7
Peu fréquentes	43	28,3	66	44,0
Fréquentes	81	53,3	65	43,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Facilité de recours aux seniors :				
Oui	108	71,1	120	80,0
Non	33	21,7	26	17,3
Données manquantes	11	7,2	4	2,7
Prise en charge fréquente de patients en fin de vie, soins palliatifs et annonce de diagnostic grave :				
Oui	32	21,1	43	28,7
Non	109	71,7	104	69,3
Données manquantes	11	7,2	3	2,0
Estimation de l'importance des obligations administratives en lien avec la prise en charge du patient :				
Peu importante	26	17,1	14	9,3
Moyenne	54	35,5	61	40,7
Importante	61	40,1	72	48,0
Données manquantes	11	7,2	3	2,0

3.2.1.2 Facteurs organisationnels

POPULATION TOTALE RANDOMISÉE À M4		
	Effectif	% de la pop. totale
Actuellement en période d'examen ou d'évaluation :		
Oui	163	36,2
Non	266	59,1
Données manquantes	21	4,7
Lieu de stage actuel :		
CHU	255	56,7
Hôpital périphérique	121	26,9
Libéral	53	11,8
Données manquantes	21	4,7
Charge horaire de travail hebdomadaire :		
< 15 h	18	4,0
De 15 à 20 h	42	9,3
De 20 à 30 h	62	13,8
De 30 à 50 h	172	38,2
De 50 à 60 h	111	24,7
> 60 h	25	5,6
Données manquantes	20	4,4
Nombre de garde par mois :		
0	215	47,8
De 1 à 2	157	34,9
De 3 à 4	0	0,0
De 5 à 6	19	4,2
> 6	59	13,1
Nombre de journée(s) de libre par semaine :		
0	41	9,1
1	105	23,3
2	203	45,1
3	48	10,7
4	25	5,6
5	3	0,7
6	1	0,2
7	3	0,7
Données manquantes	21	4,7
Temps consacré aux loisirs estimé suffisant :		
Oui	125	27,8
Non	306	68,0
Données manquantes	19	4,2
Temps consacré au travail personnel estimé suffisant :		
Oui	200	44,4
Non	231	51,3
Données manquantes	19	4,2
Nombre de semaines de vacances les 3 derniers mois :		
0	132	29,3
1	104	23,1
2	75	16,7
3	28	6,2
> 3	90	20,0
Données manquantes	21	4,7

	Groupe MPC à M4		Groupe Témoin à M4	
	Effectif	% population MPC	Effectif	% population témoin
Actuellement en période d'examen ou d'évaluation :				
Oui	56	36,8	49	32,7
Non	86	56,6	98	65,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Lieu de stage actuel :				
CHU	80	52,6	89	59,3
Hôpital périphérique	39	25,7	42	28,0
Libéral	21	13,8	16	10,7
Données manquantes	12	7,9	3	2,0
Charge horaire de travail hebdomadaire :				
< 15 h	5	3,3	7	4,7
De 15 à 20 h	11	7,2	19	12,7
De 20 à 30 h	19	12,5	19	12,7
De 30 à 50 h	63	41,4	49	32,7
De 50 à 60 h	37	24,3	41	27,3
> 60 h	6	3,9	12	8,0
Données manquantes	11	7,2	3	2,0
Nombre de garde par mois :				
0	48	31,6	53	35,3
De 1 à 2	53	34,9	55	36,7
De 3 à 4	17	11,2	19	12,7
De 5 à 6	4	2,6	11	7,3
> 6	18	11,8	9	6,0
Données manquantes	12	7,9	3	2,0
Nombre de journée(s) de libre par semaine :				
0	16	10,5	15	10,0
1	32	21,1	38	25,3
2	64	42,1	73	48,7
3	16	10,5	10	6,7
4	11	7,2	8	5,3
5	1	0,7	0	0,0
6	0	0,0	1	0,7
7	0	0,0	2	1,3
Données manquantes	12	7,9	3	2,0
Temps consacré aux loisirs estimé suffisant :				
Oui	44	28,9	40	26,7
Non	98	64,5	107	71,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Temps consacré au travail personnel estimé suffisant :				
Oui	70	46,1	70	46,7
Non	72	47,4	77	51,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Nombre de semaines de vacances les 3 derniers mois :				
0	0	0,0	0	0,0
1	29	19,1	37	24,7
2	30	19,7	22	14,7
3	7	4,6	13	8,7
> 3	0	0,0	0	0,0
Données manquantes	86	56,6	78	52,0

3.2.1.3 Facteurs inter-individuels

POPULATION TOTALE RANDOMISÉE À M4		
	Effectif	% de la pop. totale
Victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales :		
Oui	109	24,2
Non	319	70,9
Données manquantes	22	4,9
Déprécié ou humilié au cours de la formation :		
Oui	164	36,4
Non	264	58,7
Données manquantes	22	4,9
S'être fait crier dessus :		
Oui	121	26,9
Non	308	68,4
Données manquantes	21	4,7
Victime de harcèlement sexuel :		
Oui	4	0,9
Non	425	94,4
Données manquantes	21	4,7
Victime de violence physique :		
Oui	4	0,9
Non	425	94,4
Données manquantes	21	4,7
Travail reconnu à sa juste valeur :		
Oui	226	50,2
Non	201	44,7
Données manquantes	23	5,1

	Groupe MPC à M4		Groupe Témoin à M4	
	Effectif	% population MPC	Effectif	% population témoin
Victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales :				
Oui	106	69,7	33	22,0
Non	36	23,7	114	76,0
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Déprécié ou humilié au cours de la formation :				
Oui	52	34,2	56	37,3
Non	90	59,2	91	60,7
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
S'être fait crier dessus :				
Oui	40	26,3	45	30,0
Non	102	67,1	102	68,0
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Victime de harcèlement sexuel :				
Oui	0	0,0	0	0,0
Non	142	93,4	147	98,0
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Victime de violence physique :				
Oui	1	0,7	1	0,7
Non	141	92,8	146	97,3
Données manquantes	10	6,6	3	2,0
Travail reconnu à sa juste valeur :				
Oui	81	53,3	76	50,7
Non	60	39,5	71	47,3
Données manquantes	11	7,2	3	2,0

3.2.1.4 En résumé

Les premiers chiffres sont ceux de la population totale. Entre parenthèses sont mis ceux des groupes MPC et Témoin (T).

• Facteurs intra-individuels notables :

- La **majorité** des répondants sont des **femmes** (71,2% de la population totale, 78% MPC, 62,4% T), sont **célibataires** (51,4% de la population totale, 45,8% MPC, 53% T) et **sans enfant** (95,8% de la population totale, 94,4% MPC, 95,2% T).
- **56,9% se sentent menacés par le SEP** (57,2 % MPC, 55,3% T)
- **15,3%** (15,8 % MPC, 14,7 % T) ont eu des **pensées suicidaires** au cours de l'année passée et **9,1%** (1,8 % MPC, 6% T) ont pris des **anxiolytique et/ou hypnotique** ces trois derniers mois.
- **42%** (42,1% MPC, 42,7% T) ont déjà **envisagé d'arrêter leur formation** et 30,9% (25,7% MPC, 34% T) ne referaient pas les mêmes études s'ils avaient le choix.
- 64% (30,3% MPC, 33,3% T) estiment que leurs connaissances actuelles ne sont pas suffisantes et adaptées à leur pratique actuelle et **49,3%** (53,3% MPC, 43,3% T) craignent de manière fréquente les **erreurs médicales**.
- 43,6% (40,1 % MPC, 48% T) estiment que les obligations administratives en lien avec la prise en charge du patient sont importantes.

• Facteurs organisationnels notables :

- 36,2% (36,8% MPC, 32,7% T) des répondants étaient en période d'examen ou d'évaluation et 56,7% (52,6% MPC, 59,3 % T) étaient en stage au CHU au moment de répondre aux questionnaires.
- Respectivement **68%** et **51,3%** (64,5% et 47,4 % MPC, 71,3% et 51,3% T) estiment que le **temps qu'ils consacrent aux loisirs et au travail personnel est insuffisant**.

• Facteurs inter-individuels notables :

- **44,7%** (39,5% MPC, 47,3 % T) estiment que leur **travail n'est pas reconnu** à sa juste valeur.
- **24,2 %** (69,7% MPC, 22% T) déclarent avoir été **victime de discrimination** de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales
- **36,4%** (34,2% MPC, 37,3% T) ont eu le sentiment d'être **déprécié ou humilié** au cours de leur formation et 26,9% (26,3% MPC, 30% T) se sont faits crier dessus.

3.2.2 À M7 des groupes MPC et Témoin

3.2.2.1 Facteurs intra-individuels

3.2.2.1.1 Données personnelles

L'âge moyen de la population du groupe MPC à M7 est de 25,03 ans (écart type de 2,63), avec un âge minimum à 21 ans et un âge maximum à 37 ans. La médiane est à 25 ans.

L'âge moyen de la population du groupe témoin à M7 est de 25,14 ans (écart type de 2,47), avec un âge minimum à 21 ans et un âge maximum à 32 ans. La médiane est à 25 ans.

		Groupe MPC à M7		Groupe Témoin à M7	
		Effectif	% du groupe MPC	Effectif	% du groupe Témoin
Sexe	Féminin	63	76,8	66	64,7
	Masculin	19	23,2	36	35,3
Statut matrimonial	Célibataire	42	51,2	53	52
	Marié(e) /PACSÉ(E)	10	12,2	9	8,8
	Union libre	30	36,6	40	39,2
Nombre enfants	0	77	93,9	97	95
	1	2	2,4	3	3
	2	1	1,3	1	1
	Données manquantes	2	2,4	1	1

Tableau 6. Données personnelles à M7

3.2.2.1.2 Santé

	Groupe MPC à M7		Groupe Témoin à M7	
	Effectif	% de la pop. MPC	Effectif	% de la pop. Témoin
Se sentir menacé(e) par le syndrome d'épuisement professionnel :				
Pas du tout	29	35,4	38	37,3
Quelques jours par mois	35	42,7	38	37,3
Moins d'une fois par semaine	9	11,0	16	15,7
Plusieurs fois par semaine	7	8,5	7	6,9
Quotidiennement	0	0,0	2	2,0
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Qualité du sommeil :				
Bonne	32	39,0	39	38,2
Moyenne	38	46,3	50	49,0
Mauvaise	10	12,2	12	11,8
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Avec qui parler du stress ressenti :				
Avec les internes	16	19,5	16	15,7
Avec un médecin	0	0,0	1	1,0
Avec les proches	58	70,7	76	74,5
Pas du tout	6	7,3	8	7,8
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Pensées suicidaires au cours de l'année dernière :				
Oui	12	14,6	22	21,6
Non	68	82,9	79	77,5
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Prise en charge psychiatrique/psychologique actuelle :				
Oui	2	2,4	5	4,9
Non	78	95,1	96	94,1
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Prise d'anxiolytique et/ou hypnotique au cours de ces 3 derniers mois :				
Oui	12	14,6	10	9,8
Non	68	82,9	91	89,2
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Nombre de cigarettes par jour :				
Ne fume pas	71	86,6	86	84,3
< 5	6	7,3	5	4,9
De 5 à 10	2	2,4	5	4,9
De 10 à 20	1	1,2	5	4,9
> 20	0	0,0	0	0,0
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Prise d'alcool quotidienne :				
Oui	2	2,4	1	1,0
Non	77	93,9	99	97,1
Données manquantes	3	3,7	2	2,0
Nombre d'absence au travail ces 3 derniers mois pour raison de santé :				
Aucune	62	75,6	81	79,4
< 3 jours	14	17,1	16	15,7
De 3 à 7 jours	2	2,4	3	2,9
> 7 jours	2	2,4	1	1,0
Données manquantes	2	2,4	1	1,0

3.2.2.1.3 Vécu de la formation

	Groupe MPC à M7		Groupe Témoin à M7	
	Effectif	% de la pop. MPC	Effectif	% de la pop. Témoin
Déjà envisager d'arrêter sa formation :				
Oui	34	41,5	43	42,2
Non	46	56,1	58	56,9
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Délai d'arrêt de formation si déjà envisagé :				
Le jour même	2	2,4	5	4,9
Dans un mois	6	7,3	5	4,9
Dans un an	8	9,8	8	7,8
Sans réponse	64	78,0	78	76,5
Données manquantes	2	2,4	6	5,9
Si choix possible, referait les mêmes études :				
Oui	59	72,0	67	65,7
Non	21	25,6	34	33,3
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Orientation professionnelle :				
Libérale	47	57,3	63	61,8
CHU	8	9,8	11	10,8
Autre activité hospitalière	7	8,5	6	5,9
Ne sait pas	18	22,0	21	20,6
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Avoir les connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour la pratique actuelle :				
Oui	35	42,7	44	43,1
Non	45	54,9	57	55,9
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Crainte des erreurs médicales :				
Non	8	9,8	12	11,8
Peu fréquentes	36	43,9	46	45,1
Fréquentes	36	43,9	43	42,2
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Facilité de recours aux seniors :				
Oui	67	81,7	86	84,3
Non	12	14,6	15	14,7
Données manquantes	3	3,7	1	1,0
Prise en charge fréquente de patients en fin de vie, soins palliatifs et annonce de diagnostic grave :				
Oui	25	30,5	38	37,3
Non	55	67,1	63	61,8
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Estimation de l'importance des obligations administratives en lien avec la prise en charge du patient :				
Peu importante	15	18,3	13	12,7
Moyenne	32	39,0	41	40,2
Importante	33	40,2	47	46,1
Données manquantes	2	2,4	1	1,0

3.2.2.2 Facteurs Organisationnels

	Groupe MPC à M7		Groupe Témoin à M7	
	Effectif	% de la pop. MPC	Effectif	% de la pop. Témoin
Actuellement en période d'examen ou d'évaluation :				
Oui	23	28,0	44	43,1
Non	57	69,5	57	55,9
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Lieu de stage actuel :				
CHU	45	54,9	61	59,8
Hôpital périphérique	24	29,3	29	28,4
Libéral	11	13,4	11	10,8
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Charge horaire de travail hebdomadaire :				
< 15 h	3	3,7	3	2,9
De 15 à 20 h	6	7,3	8	7,8
De 20 à 30 h	17	20,7	15	14,7
De 30 à 50 h	34	41,5	41	40,2
De 50 à 60 h	18	22,0	22	21,6
> 60 h	2	2,4	12	11,8
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Nombre de garde par mois :				
0	31	37,8	32	31,4
De 1 à 2	29	35,4	44	43,1
De 3 à 4	6	7,3	12	11,8
De 5 à 6	4	4,9	6	5,9
> 6	10	12,2	7	6,9
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Nombre de journée(s) de libre par semaine :				
0	4	4,9	9	8,8
1	19	23,2	32	31,4
2	45	54,9	49	48,0
3	5	6,1	9	8,8
4	4	4,9	2	2,0
5	1	1,2	0	0,0
6	1	1,2	0	0,0
7	1	1,2	0	0,0
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Temps consacré aux loisirs estimé suffisant :				
Oui	28	34,1	30	29,4
Non	52	63,4	69	67,6
Données manquantes	2	2,4	3	2,9
Temps consacré au travail personnel estimé suffisant :				
Oui	36	43,9	39	38,2
Non	44	53,7	62	60,8
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Nombre de semaines de vacances les 3 derniers mois :				
0	0	0,0	0	0,0
1	36	43,9	60	58,8
2	23	28,0	15	14,7
3	3	3,7	7	6,9
> 3	0	0,0	0	0,0
Données manquantes	20	24,4	20	19,6

3.2.2.3 Facteurs inter-individuels

	Groupe MPC à M7		Groupe Témoin à M7	
	Effectif	% de la pop. MPC	Effectif	% de la pop. Témoin
Victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales :				
Oui	17	20,7	20	19,6
Non	63	76,8	81	79,4
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Déprécié ou humilié au cours de la formation :				
Oui	33	40,2	33	32,4
Non	47	57,3	68	66,7
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
S'être fait crier dessus :				
Oui	24	29,3	35	34,3
Non	56	68,3	66	64,7
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Victime de harcèlement sexuel :				
Oui	0	0,0	1	1,0
Non	80	97,6	100	98,0
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Victime de violence physique :				
Oui	0	0,0	0	0,0
Non	80	97,6	101	99,0
Données manquantes	2	2,4	1	1,0
Travail reconnu à sa juste valeur :				
Oui	42	51,2	53	52,0
Non	37	45,1	48	47,1
Données manquantes	3	3,7	1	1,0

3.2.2.4 En résumé

Les premiers chiffres sont ceux du groupe MPC. Les données du groupe Témoin (T) sont mises entre parenthèses.

• **Facteurs intra-individuels notables :**

- La **majorité** des répondants sont des **femmes** (76,8% MPC, 64,7% T), sont **célibataires** (51,2% MPC, 52% T) et **sans enfant** (93,9% MPC, 95% T).
- **62,2% se sentent menacés par le SEP** (61,8% T)
- **14,6%** (21,6% T) ont eu des **pensées suicidaires** au cours de l'année passée et **14,6%** (9,8% T) ont pris des **anxiolytique et/ou hypnotique** ces trois derniers mois.
- **41,5%** (42,2% T) ont déjà **envisagé d'arrêter leur formation** et 25,6% (33,3% T) ne referaient pas les mêmes études s'ils avaient le choix.
- 54,9% (55,9% T) estiment que leurs connaissances actuelles ne sont pas suffisantes et adaptées à leur pratique actuelle et **43,9%** (42,2% T) craignent de manière fréquente les **erreurs médicales**.
- 40,2% (47% T) estiment que les obligations administratives en lien avec la prise en charge du patient sont importantes.

• **Facteurs organisationnels notables :**

- 28% (43,1% T) des répondants étaient en période d'examen ou d'évaluation et 54,9% (59,8 % T) étaient en stage au CHU au moment de répondre aux questionnaires.
- Respectivement **63,4%** et **53,7%** (67,6% et 60,8% T) estiment que le **temps qu'ils consacrent aux loisirs et au travail personnel est insuffisant**.

• **Facteurs inter-individuels notables :**

- **45,1%** (47,1% T) estiment que leur **travail n'est pas reconnu** à sa juste valeur.
- **20,7 %** (19,6% T) déclarent avoir été **victime de discrimination** de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales.
- **40,2%** (32,4% T) ont eu le sentiment d'être **déprécié ou humilié** au cours de leur formation et 29,3% (34,3% T) se sont faits crier dessus.

3.3 OBJECTIF PRINCIPAL : ÉVALUATION DE L'IMPACT DU PROGRAMME DE MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE (MPC) SUR LE SCORE DU MBI EN PRÉ- ET POST-INTERVENTIONNEL

Rappel de l'objectif principal : Évaluer l'impact d'un cours disponible en ligne portant sur la méditation pleine conscience pendant huit semaines sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers.

Pour plus de clarté, les résultats significatifs sont encadrés.

Composantes des échelles	Groupe MPC				Groupe MPC pré / post interventionnel (p-value)
	M4		M7		
	N	Moyenne (écart-type)	N	Moyenne (écart-type)	
MBI EE	152	20,2 (11,0)	82	19,8 (9,8)	p > 0,05
MBI DP	152	8,5 (5,4)	82	9,5 (5,7)	p > 0,05
MBI AP	152	35,2 (7,5)	82	36,4 (6,5)	p < 0,05
IRI Emp Cog	141	35,6 (7,8)	78	37,2 (7,8)	p > 0,05
IRI Emp Em	141	32,8 (7,6)	78	33,6 (6,7)	p > 0,05
IRI PT	141	17,6 (4,2)	78	18,6 (2,2)	p < 0,05
IRI FS	141	18 (6,3)	78	18,6 (5,9)	p > 0,05
IRI EC	141	20,2 (3,9)	78	20,4 (3,9)	p > 0,05
IRI PD	141	12,6 (5,7)	78	13,2 (4,8)	p > 0,05
HAD globale	142	12,5 (5,7)	80	12,5 (5,5)	p > 0,05
HAD Anxiété	142	8,8 (3,9)	80	8,3 (3,6)	p < 0,05
HAD Dépression	142	3,8 (2,9)	80	4,2 (2,9)	p > 0,05

Tableau 7. Scores du groupe MPC à M4 et M7

3.3.1 Analyse descriptive du groupe MPC

3.3.1.1 Analyse descriptive des degrés du SEP

	Degrés de SEP du groupe MPC					
	M4			M7		
	N	%		N	%	
Pas de SEP	71	46,7		36	43,9	
Faible	47	30,9		29	35,4	
Moyen	22	14,5		12	14,6	
Fort	12	7,9		5	6,1	

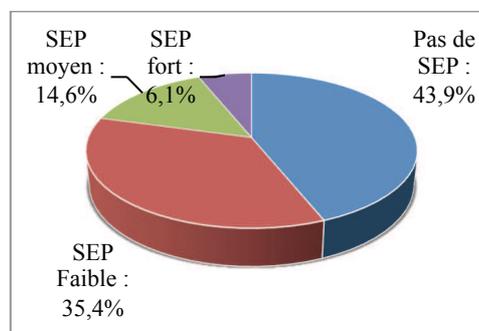
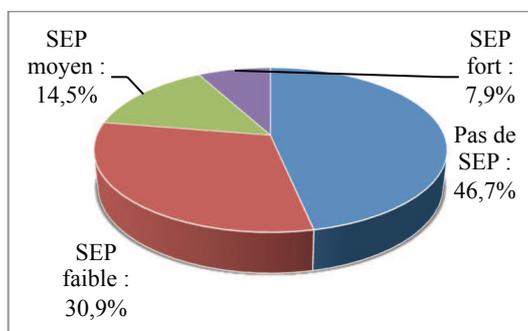
Tableau 8. Degrés de SEP du groupe MPC à M4 et M7

Concernant le groupe MPC à M4 :

- 71 étudiants, soit 46,7 % ne présentent pas de SEP ;
- 47 étudiants, soit 30,9 % présentent un SEP faible ;
- 22 étudiants, soit 14,5 % présentent un SEP moyen ;
- 12 étudiants, soit 7,9 % présentent un SEP fort.

Concernant le groupe MPC à M7 :

- 36 étudiants, soit 43,9 % ne présentent pas de SEP ;
- 29 étudiants, soit 35,9 % présentent un SEP faible ;
- 12 étudiants, soit 14,6 % présentent un SEP moyen ;
- 5 étudiants, soit 6,1 % présentent un SEP fort.



Figures 6 et 7. Degré du SEP du groupe MPC à M4 (à gauche) et à M7 (à droite)

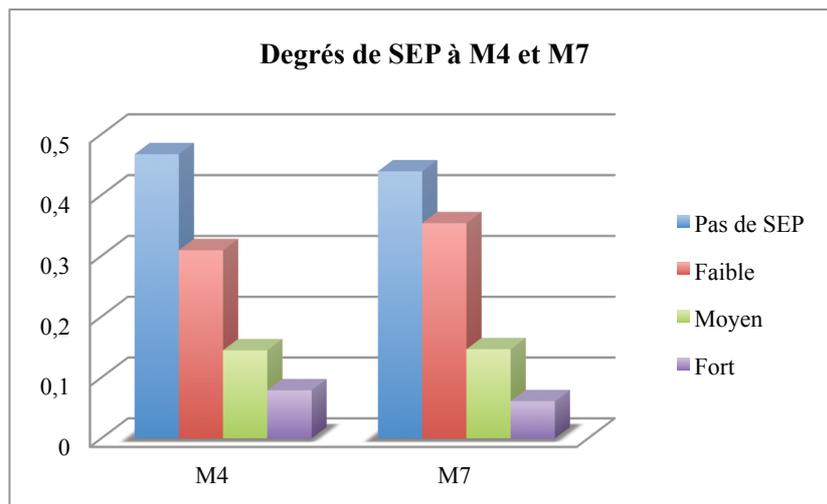


Figure 8. Degrés de SEP à M4 et M7 dans le groupe MPC

3.3.1.2 Analyse descriptive des composantes du SEP

Composante du MBI	Période	Bas		Modéré		Élevé	
		N	%	N	%	N	%
EE	M4	70	46	31	20,4	51	33,6
	M7	39	47,6	16	19,5	27	32,9
DP	M4	51	33,5	41	27	60	39,5
	M7	26	31,8	28	34,2	28	34,2
AP	M4	52	34,2	55	36,2	45	29,6
	M7	26	31,7	24	29,3	32	39

Tableau 9. Composantes du MBI dans le groupe MPC à M4 et M7

Épuisement émotionnel

Concernant le groupe MPC à M4 :

- 70 étudiants, soit 46 % présentent un score d'épuisement émotionnel bas ;
- 31 étudiants, soit 20,4 % présentent un score d'épuisement émotionnel modéré ;
- 51 étudiants, soit 33,6 % présentent un score d'épuisement émotionnel élevé.

Concernant le groupe MPC à M7 :

- 39 étudiants, soit 47,6 % présentent un score d'épuisement émotionnel bas ;
- 16 étudiants, soit 19,5 % présentent un score d'épuisement émotionnel modéré ;
- 27 étudiants, soit 32,9 % présentent un score d'épuisement émotionnel élevé.

Dépersonnalisation

Concernant le groupe MPC à M4 :

- 51 étudiants, soit 33,5 % présentent un score dépersonnalisation bas ;
- 41 étudiants, soit 27 % présentent un score dépersonnalisation modéré ;
- 60 étudiants, soit 39,5 % présentent un score dépersonnalisation élevé.

Concernant le groupe MPC à M7 :

- 26 étudiants, soit 31,8 % présentent un score dépersonnalisation bas ;
- 28 étudiants, soit 34,2 % présentent un score dépersonnalisation modéré ;
- 28 étudiants, soit 34,2 % présentent un score dépersonnalisation élevé.

Accomplissement personnel

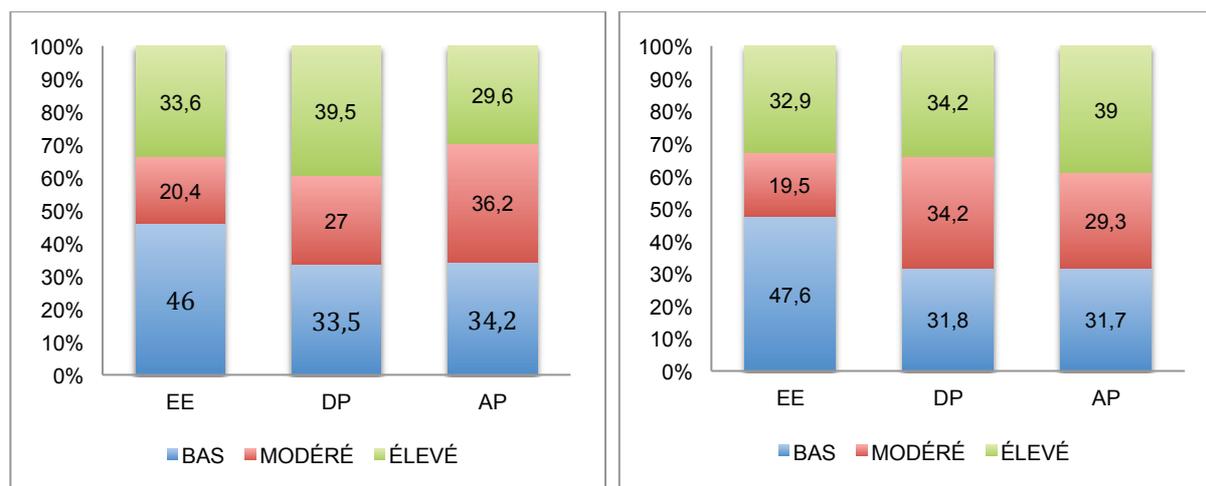
Concernant le groupe MPC à M4 :

- 52 étudiants, soit 34,2 % présentent un score d'accomplissement personnel bas ;
- 55 étudiants, soit 36,2 % présentent un score d'accomplissement personnel modéré ;
- 45 étudiants, soit 29,6 % présentent un score d'accomplissement personnel élevé.

Concernant le groupe MPC à M7 :

- 26 étudiants, soit 31,7 % présentent un score d'accomplissement personnel bas ;
- 24 étudiants, soit 29,3 % présentent un score d'accomplissement personnel modéré ;
- 32 étudiants, soit 39 % présentent un score d'accomplissement personnel élevé.

Résultats aux sous-dimensions du MBI



Figures 9 et 10. Résultats aux sous-dimensions du MBI pour le groupe MPC à M4 (à gauche) et à M7 (à droite)

3.3.2 Analyse comparative entre M4 et M7 dans le groupe MPC : Impact de notre outil

3.3.2.1 Analyse comparative des degrés de SEP entre M4 et M7

Avec un χ^2 calculé à 0,654, un degré de liberté ddl de 3, pour une probabilité alpha α à 0,05 le χ^2_{α} est 7,815, $\chi^2 < \chi^2_{\alpha}$ donc il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les degrés de SEP entre M4 et M7, la différence est due au hasard.

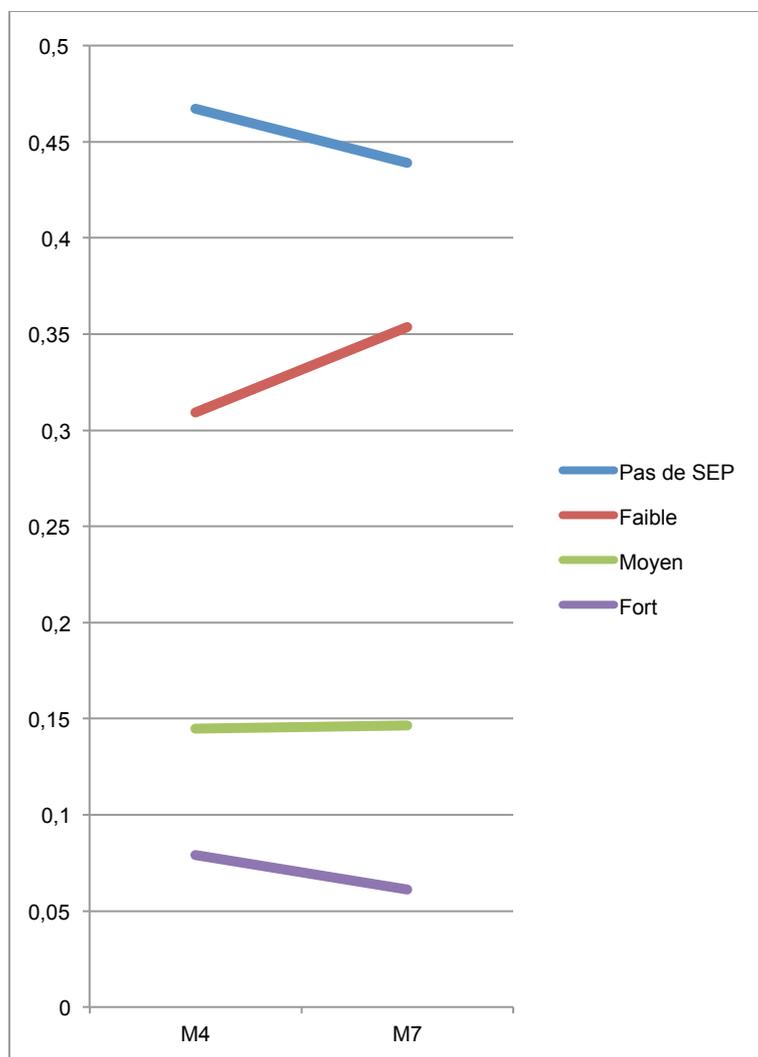


Figure 11. Évolution des degrés de SEP entre M4 et M7 dans le groupe MPC

3.3.2.2 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7

Épuisement émotionnel

Moyenne = 0,3 avec écart-type = 8,8 et médiane = 0

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de la somme de l'épuisement émotionnel entre M4 et M7.

Dépersonnalisation

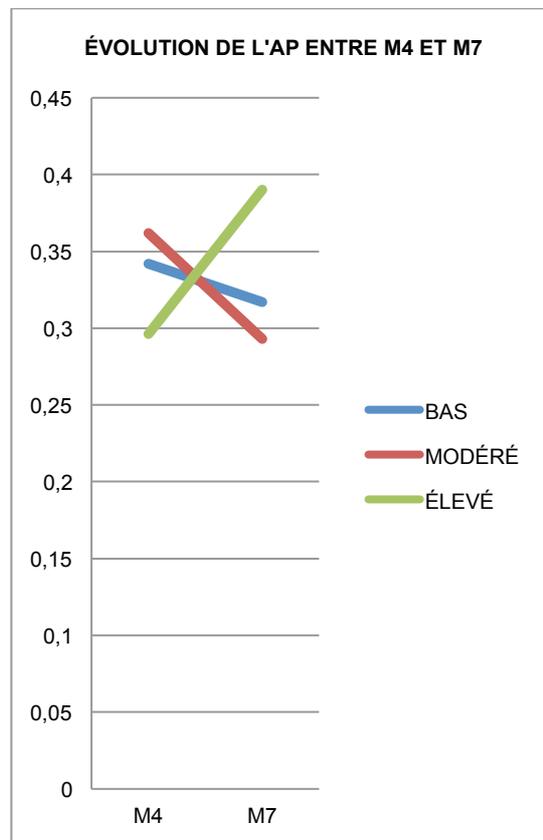
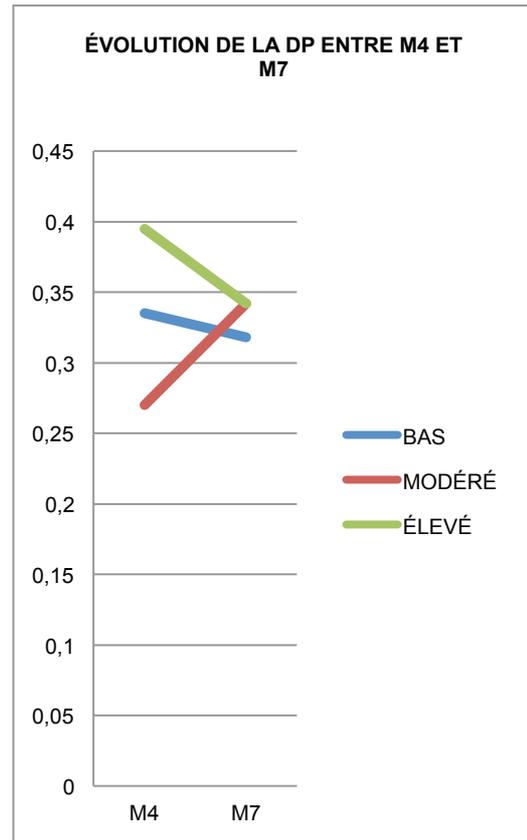
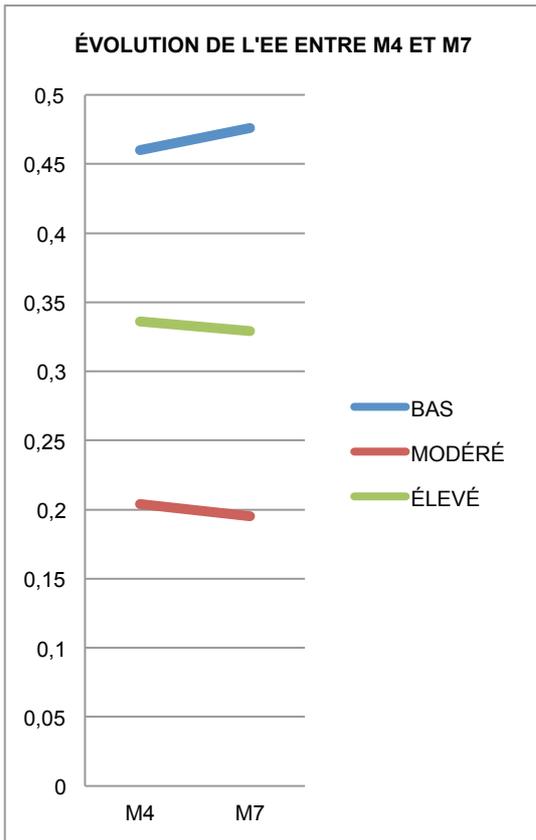
Moyenne = -0,7 avec écart-type = 4,8 et médiane = -0,5

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de la somme de la dépersonnalisation entre M4 et M7.

Accomplissement personnel

Moyenne = -1,6 avec écart-type = 5 et médiane = -2

La p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne de la somme de l'accomplissement personnel entre M4 et M7. Le traitement MPC a donc un effet sur l'AP. Il y a une augmentation à M7.



Figures 12, 13 et 14. Évolution des composantes du MBI entre M4 et M7 du groupe MPC

3.3.2.3 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7 en regroupant les sujets en deux groupes : sujets sains et sujets malades

Nous avons regroupé les répondants en deux groupes :

- Dans le groupe « sain » : les sujets ne présentant pas de SEP ou un SEP faible ;
- Dans le groupe « malade » : les sujets présentant un SEP modéré ou fort.

	M4		M7	
	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC
SAINS	118	77,6	65	79,3
MALADES	34	22,4	17	20,7
TOTAL	152	100	82	100

Tableau 10. Sujets sains et sujets malades dans le groupe MPC à M4 et M7

Avec un χ^2 calculé à 0,084, un degré de liberté ddl de 1, pour une probabilité alpha α à 0,05 le χ^2_{α} est 3,841, $\chi^2 < \chi^2_{\alpha}$ donc il n'y a pas de différence statistiquement significative, la différence est due au hasard.

Épuisement émotionnel

Moyenne = -4,8 avec écart-type = 11,2 et médiane = -6

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H_0 , il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'épuisement émotionnel entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Dépersonnalisation

Moyenne = -1 avec écart-type = 4,9 et médiane = -1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H_0 , il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de dépersonnalisation entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Accomplissement personnel

Moyenne = 5,4 avec écart-type = 4,4 et médiane = 5,5

La p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%), donc on rejette H_0 , il y a une différence quant à la moyenne du score de l'accomplissement personnel entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou moyen SEP à M4.

3.4 OBJECTIFS SECONDAIRES

Pour plus de clarté, les résultats significatifs sont encadrés.

3.4.1 Analyse en apparié du groupe MPC sur l'IRI et l'HAD

3.4.1.1 Évaluation de l'impact du programme Méditation Pleine Conscience sur les différentes composantes du score d'empathie IRI

3.4.1.1.1 Analyse descriptive à M4 et M7

Scores	Effectif		Moyenne		Écart-type		Médiane		Minimum		Maximum	
	M4	M7	M4	M7	M4	M7	M4	M7	M4	M7	M4	M7
PT			17,6	18,6	4,2	4,2	18	18	8	10	27	28
FS			18	18,6	6,3	5,9	19	20	0	6	28	28
EC			20,2	20,4	3,9	3,9	20	21	10	7	28	27
PD	141	78	12,6	13,2	5,7	4,8	13	13	0	1	28	27
Empathie cognitive			35,6	37,2	7,8	7,8	36	38	15	18	53	56
Empathie émotionnelle			32,8	33,6	7,6	6,7	32	33	15	15	54	49

Tableau 11. Scores de l'IRI du groupe MPC à M4 et M7

3.4.1.1.2 Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI

Score Perspective Taking ou Prise de Perspective (PT)

Moyenne = -0,8 avec écart-type = 3,1 et médiane = -1

La p-valeur du test de Wilcoxon est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne du score PT entre M4 et M7. Le traitement MPC a donc un effet sur le score PT. Il y a une augmentation à M7.

Score Fantasy ou Fantaisie (FS)

Moyenne = 0,04 avec écart-type = 3,4 et médiane = 0

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score FS entre M4 et M7.

Score Empathy Concern ou Souci Empathique (EC)

Moyenne = 0,13 avec écart-type = 3 et médiane = 0

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score EC entre M4 et M7.

Score Personnel Distress ou Détresse Personnelle (PD)

Moyenne = 0,5 avec écart-type = 3,6 et médiane = 1

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score PD entre M4 et M7.

Empathie Cognitive (EC + PT)

Moyenne = -0,8 avec écart-type = 4,6 et médiane = -0,5

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de l'empathie cognitive entre M4 et M7.

Empathie Émotionnelle ou Empathie Affective (PD + FS)

Moyenne = 0,6 avec écart-type = 5 et médiane = 1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de l'empathie émotionnelle entre M4 et M7.

3.4.1.1.3 Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI des sujets présentant un SEP fort ou modéré

Score Perspective Taking ou Prise de Perspective (PT)

Moyenne = 1,2 avec écart-type = 3,4 et médiane = 1,5

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score PT entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

Score Fantasy ou Fantaisie (FS)

Moyenne = 0,3 avec écart-type = 3,7 et médiane = 01

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score FS entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

Score Empathy Concern ou Souci Empathique (EC)

Moyenne = 0,2 avec écart-type = 2,9 et médiane = 0

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score EC entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

Score Personnal Distress ou Détresse Personnelle (PD)

Moyenne = 0 avec écart-type = 4,8 et médiane = -0,5

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score PD entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

Empathie Cognitive (EC + PT)

Moyenne = 1,5 avec écart-type = 4,1 et médiane = 2,5

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'empathie cognitive entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

Empathie Émotionnelle ou Empathie Affective (PD + FS)

Moyenne = 0,2 avec écart-type = 5,3 et médiane = 0

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'empathie émotionnelle entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

3.4.1.2 Évaluation de l'impact du programme Méditation Pleine Conscience sur les différentes composantes du score HAD

3.4.1.2.1 Score Anxiété

	M4		M7	
	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC
Pas de trouble	65	42,8	36	43,9
Trouble suspect	41	27	27	32,9
Trouble avéré	46	30,3	19	23,8

Tableau 12. Niveaux d'anxiété du groupe MPC à M4 et M7

Score anxiété : Moyenne = 0,9 avec un écart type = 3 et une médiane = 1.

La p-valeur du test de Wilcoxon est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne du score de l'anxiété entre M4 et M7. Le traitement MPC a donc un effet sur l'anxiété. Il y a une baisse à M7.

Dans la population de sujets présentant un SEP fort ou modéré

Moyenne = -2,4 avec écart-type = 3,9 et médiane = -2,5

La p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne du score de l'anxiété entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

3.4.1.2 2 Score Dépression

	M4		M7	
	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC
Pas de trouble	136	89,5	69	84,2
Trouble suspect	12	7,9	11	13,4
Trouble avéré	4	2,6	2	2,4

Tableau 13. Niveaux de dépression du groupe Témoin à M4 et M7

Score dépression : Moyenne = -0,5 avec un écart type = 2,2 et une médiane = 0.

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de dépression entre M4 et M7.

Dans la population de sujets présentant un SEP fort ou modéré

Moyenne = 1,4 avec écart-type = 2,7 et médiane = 2

La p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne du score de dépression entre M4 et M7 chez les individus MPC ayant un fort ou modéré SEP à M4.

3.4.1.2 3 Score global HAD

Score HAD global : Moyenne = 0,4 avec un écart type = 4 et une médiane = 0.

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score global de l'HAD entre M4 et M7.

3.4.2 Comparaison entre le groupe MPC et le groupe témoin

3.4.2.1 Analyse en apparié du groupe Témoin sur les différents scores utilisés dans l'étude

Composantes des échelles	M4		Témoin		Groupe Témoin pré / post interventionnel (p-value)
	N	Moyenne (écart-type)	N	Moyenne (écart-type)	
MBI EE	150	19 (11)	102	21,4 (12,1)	p < 0,05
MBI DP	150	8,3 (5,9)	102	9,7 (6,5)	p < 0,05
MBI AP	150	35,5 (7,9)	102	35,6 (7,4)	p > 0,05
IRI Emp Cog	147	35,9 (7,8)	98	36,5 (7,3)	p > 0,05
IRI Emp Em	147	31,8 (8,4)	98	32,8 (7,5)	p > 0,05
IRI PT	147	17,8 (4,7)	98	18 (4,7)	p > 0,05
IRI FS	147	18,1 (5,8)	98	18,5 (5,3)	p > 0,05
IRI EC	147	19,6 (4,5)	98	20,1 (3,9)	p > 0,05
IRI PD	147	12,1 (5,9)	98	12,7 (5,6)	p > 0,05
HAD globale	147	11,5 (6,5)	101	12,3 (7,4)	p > 0,05
HAD Anxiété	147	8 (4,3)	101	7,9 (4,5)	p > 0,05
HAD Dépression	147	3,5 (3)	101	4,4 (3,8)	p < 0,05

Tableau 14. Scores du groupe Témoin à M4 et M7

3.4.2.1.1 Score du MBI

3.4.2.1.1.1 Analyse descriptive

3.4.2.1.1.1.1 Analyse descriptive des degrés du SEP

	Degrés de SEP du groupe Témoin			
	M4		M7	
	N	%	N	%
Pas de SEP	69	46	39	38,2
Faible	48	32	36	35,3
Moyen	22	14,7	16	15,7
Fort	11	7,3	11	10,8

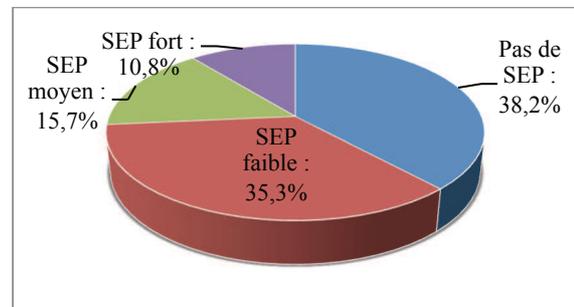
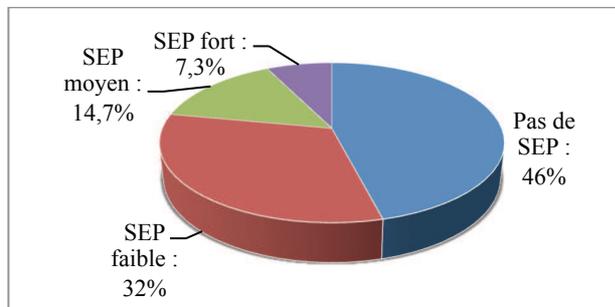
Tableau 15. Degrés de SEP du groupe Témoin à M4 et M7

Concernant le groupe MPC à M4 :

- 69 étudiants, soit 46 % ne présentent pas de SEP ;
- 48 étudiants, soit 32 % présentent un SEP faible ;
- 22 étudiants, soit 14,7 % présentent un SEP moyen ;
- 11 étudiants, soit 7,3 % présentent un SEP fort.

Concernant le groupe Témoin à M7 :

- 39 étudiants, soit 38,2 % ne présentent pas de SEP ;
- 36 étudiants, soit 35,3 % présentent un SEP faible ;
- 16 étudiants, soit 15,7 % présentent un SEP moyen ;
- 11 étudiants, soit 10,8 % présentent un SEP fort.



Figures 15 et 16. Degré du SEP du groupe Témoin à M4 (à gauche) et à M7 (à droite)

3.4.2.1.1.2 Analyse descriptive des composantes du SEP

Composante du MBI	Période	Bas		Modéré		Élevé	
		N	%	N	%	N	%
EE	M4	77	51,6	41	27,3	32	21,3
	M7	44	43,1	30	29,4	28	27,5
DP	M4	56	37,4	53	35,5	41	27,3
	M7	30	29,4	37	36,3	35	36,3
AP	M4	57	38	41	34,7	52	27,3
	M7	32	31,4	32	31,4	38	37,2

Tableau 16. Composantes du MBI dans le groupe Témoin à M4 et M7

Épuisement émotionnel

Concernant le groupe MPC à M4 :

- 70 étudiants, soit 46 % présentent un score d'épuisement émotionnel bas ;
- 31 étudiants, soit 20,4 % présentent un score d'épuisement émotionnel modéré ;
- 51 étudiants, soit 33,6 % présentent un score d'épuisement émotionnel élevé.

Concernant le groupe Témoin à M7 :

- 44 étudiants, soit 43,1 % présentent un score d'épuisement émotionnel bas ;
- 30 étudiants, soit 29,4 % présentent un score d'épuisement émotionnel modéré ;
- 28 étudiants, soit 27,5 % présentent un score d'épuisement émotionnel élevé.

Dépersonnalisation

Concernant le groupe MPC à M4 :

- 56 étudiants, soit 37,4 % présentent un score dépersonnalisation bas ;
- 53 étudiants, soit 35,5 % présentent un score dépersonnalisation modéré ;
- 41 étudiants, soit 27,3 % présentent un score dépersonnalisation élevé.

Concernant le groupe Témoin à M7 :

- 30 étudiants, soit 29,4 % présentent un score dépersonnalisation bas ;
- 37 étudiants, soit 36,3 % présentent un score dépersonnalisation modéré ;
- 35 étudiants, soit 36,3 % présentent un score dépersonnalisation élevé.

Accomplissement personnel

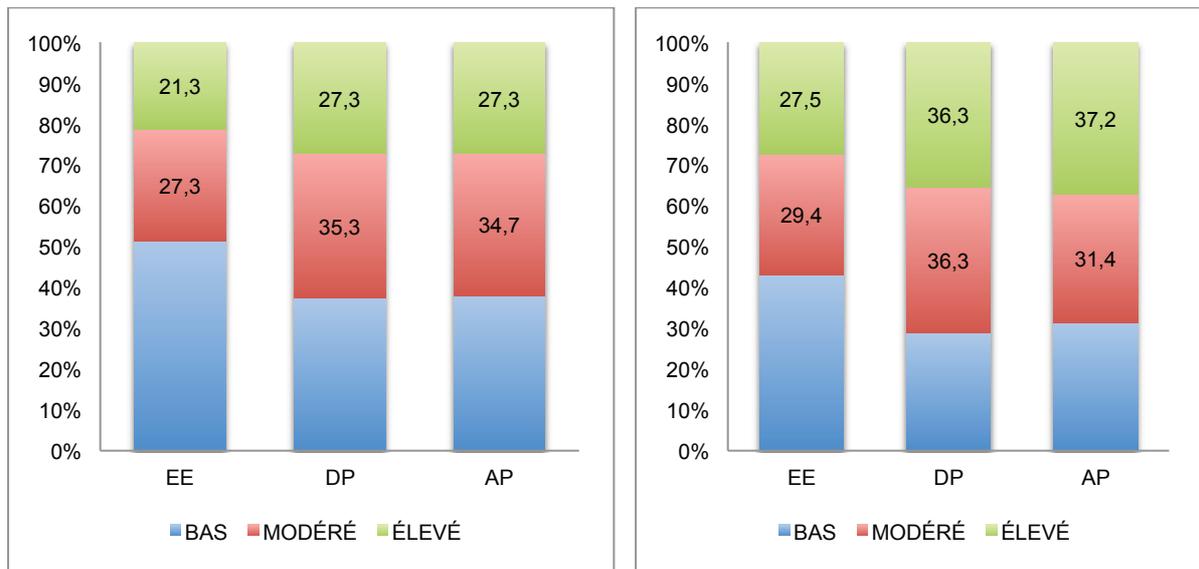
Concernant le groupe MPC à M4 :

- 57 étudiants, soit 38 % présentent un score d'accomplissement personnel bas ;
- 41 étudiants, soit 34,7 % présentent un score d'accomplissement personnel modéré ;
- 52 étudiants, soit 27,3 % présentent un score d'accomplissement personnel élevé.

Concernant le groupe Témoin à M7 :

- 32 étudiants, soit 31,4 % présentent un score d'accomplissement personnel bas ;
- 32 étudiants, soit 31,4 % présentent un score d'accomplissement personnel modéré ;
- 38 étudiants, soit 37,2 % présentent un score d'accomplissement personnel élevé.

Résultats aux sous-dimensions du MBI



Figures 17 et 18. Résultats aux sous-dimensions du MBI pour le groupe Témoin à M4 (à gauche) et à M7 (à droite)

3.4.2.1.1.2 Analyse comparative entre M4 et M7

3.4.2.1.1.2.1 Analyse comparative des degrés de SEP entre M4 et M7

Avec un Khi^2 calculé à 1,922, un degré de liberté ddl de 3, pour une probabilité α à 0,05 le Khi^2_α est 7,815, $\text{Khi}^2 < \text{Khi}^2_\alpha$ donc il n'y a pas de différence statistiquement significative, la différence est due au hasard.

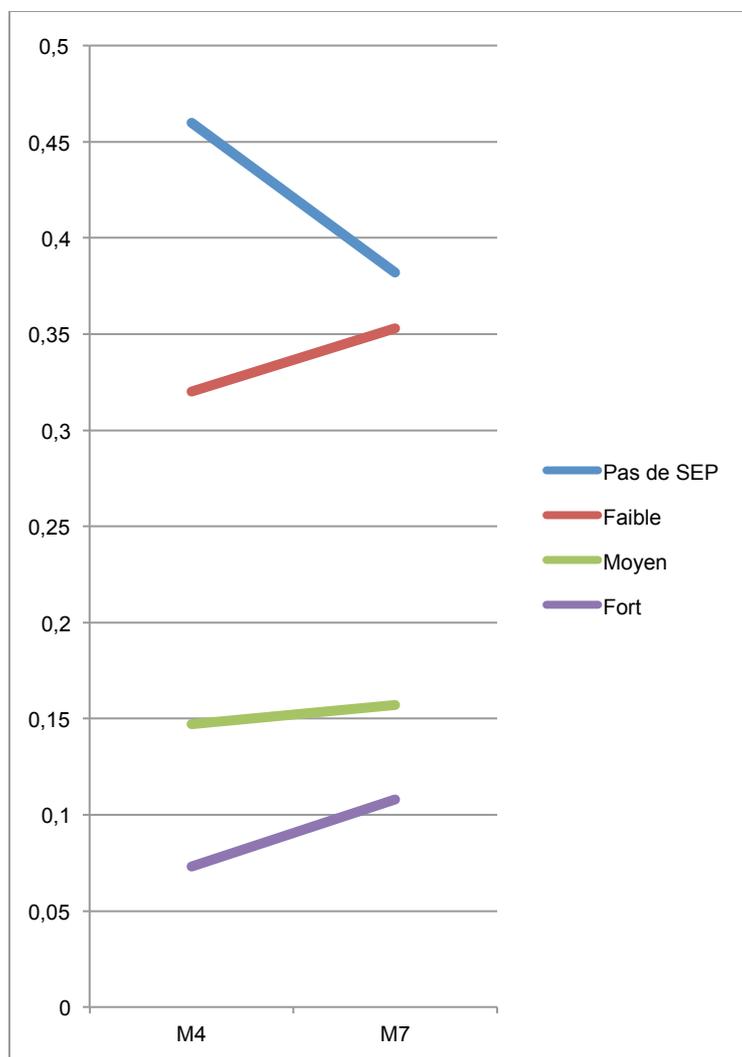


Figure 19. Évolution des degrés de SEP entre M4 et M7 dans le groupe Témoin

3.4.2.1.1.2.2 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7

Épuisement émotionnel

Moyenne = -1,9 avec écart-type = 8,8 et médiane = -2

La p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne de la somme de l'épuisement émotionnel entre M4 et M7. L'EE diffère donc après 3 mois dans le groupe TEMOIN. Il y a une augmentation à M7.

Dépersonnalisation

Moyenne = -1,5 avec écart-type = 5 et médiane = -1

La p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne de la somme de la dépersonnalisation entre M4 et M7. La DP diffère donc après 3 mois dans le groupe TEMOIN. Il y a une augmentation à M7.

Accomplissement personnel

Moyenne = 0,6 avec écart-type = 5,6 et médiane = 1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de l'accomplissement personnel entre M4 et M7.

3.4.2.1.1.2.3 Analyse comparative des différentes composantes du MBI entre M4 et M7 en regroupant les sujets en deux groupes : sujets sains et sujets malades

Nous avons regroupé les répondants en deux groupes :

- Dans le groupe « sain » : les sujets ne présentant pas de SEP ou un SEP faible ;
- Dans le groupe « malade » : les sujets présentant un SEP modéré ou fort.

	M4		M7	
	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC
SAINS	117	78	75	73,5
MALADES	33	22	27	26,5
TOTAL	150	100	102	100

Tableau 17. Sujets sains et sujets malades dans le groupe Témoin à M4 et M7

Avec un χ^2 calculé à 0,668, un degré de liberté ddl de 1, pour une probabilité alpha α à 0,05 le χ^2_{α} est 3,841, $\chi^2 < \chi^2_{\alpha}$ donc il n'y a pas de différence statistiquement significative, la différence est due au hasard.

Épuisement émotionnel

Moyenne = -1,5 avec écart-type = 11,1 et médiane = 1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H_0 , il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'épuisement émotionnel entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Dépersonnalisation

Moyenne = 1,8 avec écart-type = 4,2 et médiane = 2

La p-valeur du test de Wilcoxon est inférieure au risque (5%), donc on rejette H_0 , il y a une différence quant à la moyenne du score de dépersonnalisation entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Accomplissement personnel

Moyenne = 1,2 avec écart-type = 4,9 et médiane = 2

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H_0 , il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'accomplissement personnel entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

3.4.2.1.2 Différentes composantes du score d'empathie IRI

3.4.2.1.2.1. Analyse descriptive à M4 et M7

Scores	Effectif		Moyenne		Écart-type		Médiane		Minimum		Maximum	
	M4	M7	M4	M7	M4	M7	M4	M7	M4	M7	M4	M7
PT			17,8	18	4,7	4,7	18	18,5	4	5	28	28
FS			18,1	18,5	5,8	5,3	19	19	6	5	28	28
EC			19,6	20,2	4,5	3,9	20	20	4	11	28	28
PD	147	98	12,1	12,7	5,9	5,6	12	12	1	2	28	28
Empathie cognitive			35,9	36,5	7,8	7,3	36	37	12	17	53	52
Empathie émotionnelle			31,7	32,8	8,4	7,5	32	32	6	17	56	56

Tableau 18. Scores de l'IRI du groupe Témoin à M4 et M7

3.4.2.1.2.2. Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI

Score Perspective Taking ou Prise de Perspective (PT)

Moyenne = -0,5 avec écart-type = 3,1 et médiane = -1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score PT entre M4 et M7.

Score Fantasy ou Fantaisie (FS)

Moyenne = -0,1 avec écart-type = 3,9 et médiane = 0

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score FS entre M4 et M7.

Score Empathy Concern ou Souci Empathique (EC)

Moyenne = -0,2 avec écart-type = 3,4 et médiane = 0

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score EC entre M4 et M7.

Score Personnel Distress ou Détresse Personnelle (PD)

Moyenne = -0,1 avec écart-type = 3,2 et médiane = 0

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score PD entre M4 et M7.

Empathie Cognitive (EC + PT)

Moyenne = -0,6 avec écart-type = 4,8 et médiane = -0,5

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de l'empathie cognitive entre M4 et M7.

Empathie Émotionnelle ou Empathie Affective (PD + FS)

Moyenne = -0,3 avec écart-type = 4,5 et médiane = -1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de l'empathie émotionnelle entre M4 et M7.

3.4.2.1.2.3. Analyse comparative entre M4 et M7 des différentes composantes de l'IRI des sujets présentant un SEP fort ou modéré

Score Perspective Taking ou Prise de Perspective (PT)

Moyenne = 0,2 avec écart-type = 4 et médiane = 0

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score PT entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Score Fantasy ou Fantaisie (FS)

Moyenne = 0,1 avec écart-type = 4,6 et médiane = 1

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score FS entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Score Empathy Concern ou Souci Empathique (EC)

Moyenne = -0,9 avec écart-type = 3,7 et médiane = -1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score EC entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Score Personal Distress ou Détresse Personnelle (PD)

Moyenne = -0,5 avec écart-type = 3,5 et médiane = -1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score PD entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Empathie Cognitive (EC + PT)

Moyenne = 0,3 avec écart-type = 5,2 et médiane = 0

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'empathie cognitive entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

Empathie Émotionnelle ou Empathie Affective (PD + FS)

Moyenne = -1,4 avec écart-type = 4,1 et médiane = -1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'empathie émotionnelle entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

3.4.2.1.3. Différentes composantes du score HAD

3.4.2.1.3.1. Score Anxiété

	M4		M7	
	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC
Pas de trouble	81	54	55	53,9
Trouble suspect	32	21,3	23	22,6
Trouble avéré	37	24,7	24	23,5

Tableau 19. Niveaux d'anxiété du groupe Témoin à M4 et M7

Score anxiété : Moyenne = 0,3 avec un écart type = 3,1 et une médiane = 0.

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne de la somme du score de l'anxiété entre M4 et M7.

Dans la population de sujets présentant un SEP fort ou moyen

Moyenne = 0,3 avec écart-type = 3,3 et médiane = 1

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'anxiété entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

3.4.2.1.3.2. Score Dépression

	M4		M7	
	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC	Effectif de la pop. MPC	% de la pop. MPC
Pas de trouble	131	87,4	83	81,4
Trouble suspect	14	9,3	9	8,8
Trouble avéré	5	3,3	10	9,8

Tableau 20. Niveaux de dépression du groupe Témoin à M4 et M7

Score dépression : Moyenne = -0,7 avec un écart type = 2,4 et une médiane = -1.

La p-valeur du test de Wilcoxon est inférieure au risque (5%), donc on rejette H0, il y a une différence quant à la moyenne du score de dépression entre M4 et M7. Le score de la dépression diffère donc après 3 mois dans le groupe TEMOIN. Il y a une augmentation à M7.

Dans la population de sujets présentant un SEP fort ou moyen

Moyenne = 1,3 avec écart-type = 3,7 et médiane = 2

La p-valeur du test de Student est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de dépression entre M4 et M7 chez les individus TEMOIN ayant un fort ou moyen SEP à M4.

3.4.2.1.3.3. Score global HAD

Score HAD global : Moyenne = -0,5 avec un écart type = 4,4 et une médiane = 0.

La p-valeur du test de Wilcoxon est supérieure au risque (5%), donc on accepte H0, il n'y a pas de différence quant à la moyenne du score de l'HAD global entre M4 et M7.

3.4.2.2 Comparaison des scores MBI entre le groupe Témoin et le groupe MPC à M7

Composantes des échelles	Groupe MPC					Groupe Témoin					Groupe MPC vs Groupe témoin à M7 (p-value)
	M4		M7		Groupe MPC pré / post interventionnel (p-value)	M4		M7		Groupe Témoin pré / post interventionnel (p-value)	
	N	Moyenne (écart-type)	N	Moyenne (écart-type)			N	Moyenne (écart-type)	N		Moyenne (écart-type)
MBI EE	152	20,2 (11,0)	82	19,8 (9,8)	p > 0,05	150	19 (11)	102	21,4 (12,1)	p < 0,05	p > 0,05
MBI DP	152	8,5 (5,4)	82	9,5 (5,7)	p > 0,05	150	8,3 (5,9)	102	9,7 (6,5)	p < 0,05	p > 0,05
MBI AP	152	35,2 (7,5)	82	36,4 (6,5)	p < 0,05	150	35,5 (7,9)	102	35,6 (7,4)	p > 0,05	p > 0,05
IRI Emp Cog	141	35,6 (7,8)	78	37,2 (7,8)	p > 0,05	147	35,9 (7,8)	98	36,5 (7,3)	p > 0,05	p > 0,05
IRI Emp Em	141	32,8 (7,6)	78	33,6 (6,7)	p > 0,05	147	31,8 (8,4)	98	32,8 (7,5)	p > 0,05	p > 0,05
IRI PT	141	17,6 (4,2)	78	18,6 (2,2)	p < 0,05	147	17,8 (4,7)	98	18 (4,7)	p > 0,05	p > 0,05
IRI FS	141	18 (6,3)	78	18,6 (5,9)	p > 0,05	147	18,1 (5,8)	98	18,5 (5,3)	p > 0,05	p > 0,05
IRI EC	141	20,2 (3,9)	78	20,4 (3,9)	p > 0,05	147	19,6 (4,5)	98	20,1 (3,9)	p > 0,05	p > 0,05
IRI PD	141	12,6 (5,7)	78	13,2 (4,8)	p > 0,05	147	12,1 (5,9)	98	12,7 (5,6)	p > 0,05	p > 0,05
HAD globale	142	12,5 (5,7)	80	12,5 (5,5)	p > 0,05	147	11,5 (6,5)	101	12,3 (7,4)	p > 0,05	p > 0,05
HAD Anxiété	142	8,8 (3,9)	80	8,3 (3,6)	p < 0,05	147	8 (4,3)	101	7,9 (4,5)	p > 0,05	p > 0,05
HAD Dépression	142	3,8 (2,9)	80	4,2 (2,9)	p > 0,05	147	3,5 (3)	101	4,4 (3,8)	p < 0,05	p > 0,05

Tableau 21. Scores des composantes des différentes échelles des groupes MPC et Témoin à M4 et M7 – Comparaisons appariées et comparaisons groupes MPC versus Témoins

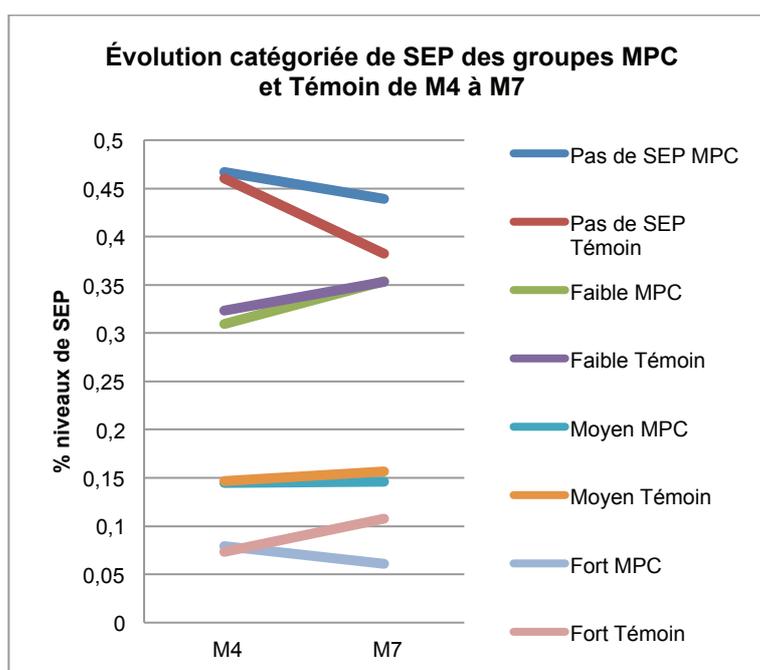


Figure 20. Évolution par niveau de SEP des groupes MPC et Témoin de M4 à M7

Comparaison du niveau de SEP du groupe MPC versus groupe Témoin à M7

	Pas de SEP	Faible	Moyen	Fort	TOTAL
Groupe MPC	36	29	12	5	82
Groupe Témoin	39	36	16	11	102
TOTAL	75	65	28	16	184

Tableau 22. Degrés de SEP dans le groupes MPC et Témoin à M7

Avec un Khi2 calculé à 1,541, un degré de liberté ddl de 3, pour une probabilité alpha α à 0,05, le $Khi2\alpha$ est de 7,815, $Khi2 < Khi2\alpha$.

La différence est non significative, la différence entre ces deux groupes est due au hasard.

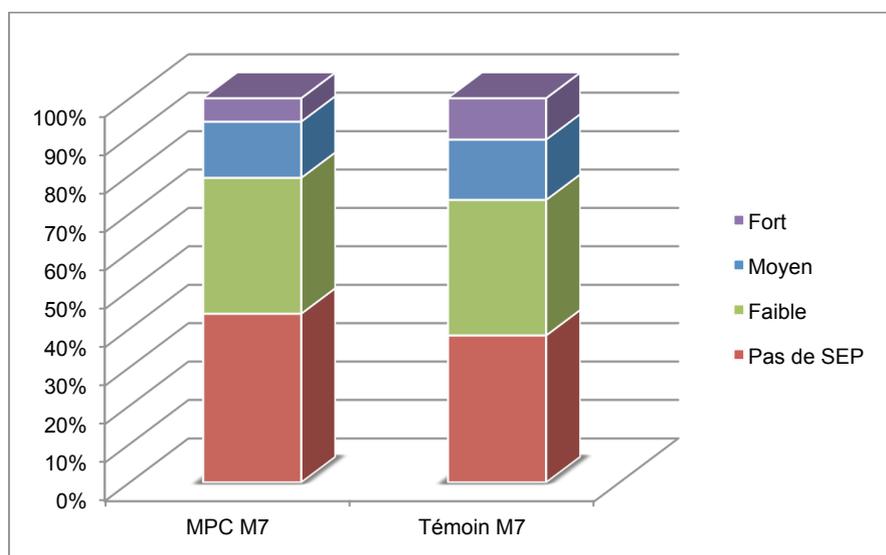


Figure 21. Niveau de SEP des groupes MPC et Témoin à M7

Comparaison de la population de sujets présentant un SEP fort ou moyen dans le groupe MPC versus groupe Témoin à M7

	Sain	Malade	TOTAL
Groupe MPC	65	17	82
Groupe Témoin	75	27	102
TOTAL	140	44	184

Tableau 23. Sujets sains et sujets malades dans le groupes MPC et Témoin à M7

Avec un χ^2 calculé à 0,823, un degré de liberté ddl de 1, pour une probabilité alpha α à 0,05, le χ^2_{α} est de 3,841, $\chi^2 < \chi^2_{\alpha}$.

La différence est non significative, la différence entre ces deux groupes est due au hasard.

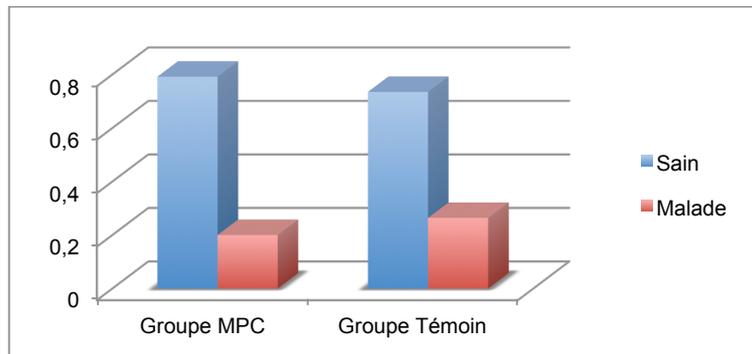


Figure 22. Pourcentage de sujets sains et malades dans les groupes MPC et Témoin à M7

Comparaison des différentes composantes du MBI du groupe MPC versus groupe Témoin à M7

	N		Moyenne		Ecart -type		Médiane		Minimum		Maximum	
	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin
EE			19,8	21,4	9,8	12,1	18	19	3	4	48	50
DP	82	102	9,5	9,7	5,7	6,5	9	9	1	0	25	25
AP			36,4	35,6	6,5	7,4	38	36,5	15	4	47	47

Tableau 24. Composantes du MBI des groupes MPC et Témoin à M7

$Nu = \text{degrés de liberté} = \text{effectif total des deux échantillons} - 2 = 82 + 102 - 2 = 182$

Pour un risque à 5%, soit $p = 0,05$, T Limite pour Nu à 182 = 1,98

Score EE : avec une valeur t à -0,99, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Score DP : avec une valeur t à -0,33, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Score AP : avec une valeur t à 0,78, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

3.4.2.3 Comparaison des scores des différentes composantes de l'IRI entre le groupe Témoin et le groupe MPC à M7

	N		Moyenne		Ecart -type		Médiane		Minimum		Maximum	
	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin
PT	78	98	18,6	18	2,2	4,7	18	18,5	10	5	28	28
FS			18,6	18,5	5,9	5,3	20	19	6	5	28	28
EC			20,4	20,1	3,9	3,9	21	20	7	11	27	28
PD			13,2	12,7	4,8	5,6	13	12	1	2	27	28
Emp Cog			37,2	36,5	7,8	7,3	38	37	18	17	56	52
Emp Emo			33,6	32,8	6,7	7,5	33	32	15	17	49	56

Tableau 25. Composantes de l'IRI des groupes MPC et Témoin à M7

$Nu = \text{degrés de liberté} = \text{effectif total des deux échantillons} - 2 = 98 + 78 - 2 = 174$

Pour un risque à 5%, soit $p = 0,05$, T Limite pour Nu à 174 = 1,98

Score PT : avec une valeur t à 0,87, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Score FS : avec une valeur t à 0,12, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Score EC : avec une valeur t à 0,5, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Score PD : avec une valeur t à 0,64, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Empathie cognitive : avec une valeur t à 0,6, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Empathie émotionnelle : avec une valeur t à 0,7, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

3.4.2.4 Comparaison de l'HAD entre le groupe Témoin et le groupe MPC à M7

3.4.2.4.1 Comparaison de moyennes

	N		Moyenne		Ecart -type		Médiane		Minimum		Maximum	
	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin	MPC	Témoin
Anxiété			8,3	7,9	3,6	4,5	8	7	1	0	20	21
Dépression	80	101	4,2	4,4	2,9	3,8	3,5	3	0	0	13	15
Global			12,5	12,3	5,5	7,4	12	11	2	1	29	36

Tableau 26. Scores d'anxiété et dépression des groupes MPC et Témoin à M7

$Nu = \text{degrés de liberté} = \text{effectif total des deux échantillons} - 2 = 80 + 101 - 2 = 179$

Pour un risque à 5%, soit $p = 0,05$, T Limite pour Nu à 179 = 1,98

Composante anxiété : avec une valeur t à 0,7, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Composante dépression : avec une valeur t à 0,4, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

Score global de l'HAD : avec une valeur t à 0,2, il n'y a pas de différence significative entre le groupe MPC et le groupe témoin après 8 semaines.

3.4.2.4.2 Comparaison d'effectif

Composante anxiété

	Pas de trouble	Trouble suspect	Trouble avéré	TOTAL
Groupe MPC à M7	36	27	19	82
Groupe Témoin à M7	55	23	24	102
TOTAL	91	50	43	184

Tableau 27. Niveaux d'anxiété des groupes MPC et Témoin à M7

Avec un Khi2 calculé à 2,726, un ddl de 2, pour une probabilité alpha α à 0,05, le Khi2 α est de 5,991, Khi2 < Khi2 α .

La différence est non significative, la différence entre ces deux groupes est due au hasard.

Composante dépression

	Pas de trouble	Trouble suspect	Trouble avéré	TOTAL
Groupe MPC à M7	69	11	2	82
Groupe Témoin à M7	83	9	10	102
TOTAL	152	20	12	184

Tableau 28. Niveaux de dépression des groupes MPC et Témoin à M7

Avec un Khi2 calculé à 4,705, un ddl de 2, pour une probabilité alpha α à 0,05, le Khi2 α est de 5,991, Khi2 < Khi2 α .

La différence est non significative, la différence entre ces deux groupes est due au hasard.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS SIGNIFICATIFS DE L'ÉTUDE

- Notre programme de Méditation Pleine Conscience de 8 semaines en ligne a un impact significatif entre M4 et M7 sur :
 - La composante Accomplissement Personnel du MBI pour tous les sujets du groupe MPC : elle augmente entre M4 et M7. Cette augmentation est confirmée dans le sous-groupe « malade » du groupe MPC.
 - La composante Perspective Taking ou Prise de Perspective (PT) de l'IRI : elle augmente entre M4 et M7.
 - L'anxiété de l'échelle HAD : elle diminue entre M4 et M7. Cette diminution est confirmée dans le sous-groupe « malade » du groupe MPC.
 - La dépression dans le sous groupe « malade » du groupe MPC : elle diminue entre M4 et M7.

- Dans le groupe Témoin, on retrouve des évolutions significatives entre M4 et M7 sur :
 - La composante Épuisement Émotionnel du MBI : elle augmente entre M4 et M7.
 - La composante Dépersonnalisation du MBI : elle augmente entre M4 et M7. Cette augmentation est confirmée dans le sous-groupe « malade » du groupe MPC.
 - La dépression de l'échelle HAD : elle augmente entre M4 et M7.

- On ne retrouve aucune différence significative entre le groupe MPC et le groupe Témoin.

4. DISCUSSION

Notre étude est la première de ce type, non seulement en France, mais aussi dans le monde. D'un point de vue international, son originalité réside dans la recherche de l'impact de la méditation pleine conscience sur le SEP des étudiants en profession de soin. D'un point de vue national, c'est la première étude impliquant la méditation pleine conscience et les étudiants. Ce travail a pour vocation de rechercher un outil simple, efficace et peu cher permettant de prévenir le SEP des étudiants en profession de soin et les aider à mieux vivre leurs études et leur profession future, et devenir alors de meilleurs soignants.

4.1 LIMITES ET BIAIS DE L'ÉTUDE

4.1.1 Biais de recrutement

Notre travail de thèse s'inscrit dans une étude plus globale, l'« étude No Burn Out », qui a démarré en juillet 2014 (M0). À M0, étape test de l'étude, le taux de recrutement était de 16,7%. À M4, il était passé à 27,5%. Bien que le **taux de recrutement** ait été amélioré entre ces deux étapes, il reste cependant **faible** en comparaison à d'autres études menées auprès d'étudiants en médecine en France qui obtiennent entre 58 % et 92 % [42-47, 50,55].

L'amélioration du taux de recrutement entre M0 et M4 est en partie imputable au travail réalisé par le Dr QUELLARD [254] dont le but était de mettre en évidence les facteurs influençant le taux de réponse de l'étude No Burn Out. Nous avons essayé, dans la mesure du possible, d'améliorer la promotion de notre étude en nous fondant sur les résultats de ce travail.

Cependant, nous n'avons pas pu agir sur certains points probablement responsables du faible taux de recrutement persistant à M4.

L'utilisation de **courriers électroniques** comme moyen de recrutement des étudiants peut en partie être responsable du faible taux de recrutement. Le travail du Dr QUELLARD montre en effet que beaucoup d'étudiants ne lisent pas leurs mails ou mettent dans la corbeille directement ceux qui ne leurs sont pas adressés directement. De même, les étudiants se disent

plus enclins à répondre s'ils ont rencontré un membre de l'étude qui leur en a parlé directement et leur montre comment procéder.

Les **adresses mails** utilisées dans notre étude ont été également un facteur limitant. Les internes de spécialité et les étudiants sages-femmes ont été joints directement sur leurs adresses mails personnelles, fournies par leurs associations étudiantes respectives. Cependant, certaines adresses ont pu être erronées. Les externes en médecine et les internes de médecine générale ont été contactés via leur adresse universitaire de l'ENT. En effet, dans un souci de confidentialité leurs associations respectives n'ont pas désiré nous fournir leurs adresses mails personnelles, préférant relayer nos mails. La bascule de sa boîte mail de l'ENT sur son adresse mail personnelle est réalisable mais demande une petite formation. Tous les étudiants ne le font pas. Nous avons réalisé une vidéo explicative rapide sur la manière de procéder afin d'augmenter nos chances de recrutement.

La **plateforme de l'ENT** utilisée pour héberger nos questionnaires et nos outils est probablement elle aussi responsable du faible taux de réponse. Premièrement son accès nécessite d'introduire un identifiant et un mot de passe, fournis au début de son inscription à la faculté de Poitiers. Les oublis de ceux-ci sont donc fréquents (exemple de l'étudiant T dans la thèse du Dr QUELLARD). Deuxièmement, certains étudiants, et en particulier les internes de spécialité, n'utilisent pas ou peu cette plateforme. Afin de répondre aux questionnaires, ceux-ci devaient donc se créer un « compte ENT ». Nous avons créé une vidéo tutoriel expliquant la procédure à suivre. Mais cette démarche demandait un investissement en temps de la part de l'étudiant, pouvant expliquer son abstention à l'intégration dans l'étude. Troisièmement, savoir circuler sur cette plateforme ENT demande un peu d'expérience. Comme l'a mis en évidence le Dr QUELLARD dans sa thèse, les étudiants n'aiment pas utiliser cette plateforme qui leur paraît complexe à utiliser. Malheureusement, dans un souci éthique de confidentialité et par manque de moyens, nous n'avons pas pu utiliser un autre moyen d'hébergement.

L'« étude No Burn Out » nécessite de répondre à quatre questionnaires ; sociodémographique (36 questions), MBI (22 questions), IRI (28 questions) et HAD (14 questions). Le **nombre de questions** (100 questions au total) et le **temps nécessaire pour répondre** à l'ensemble des questionnaires (environ 15 minutes) a pu marquer un certain frein pour les étudiants.

4.1.2 Biais d'auto-sélection

Le travail du Dr QUELLARD a permis de mettre en avant les biais d'auto sélection des étudiants dans l'« étude No Burn Out » :

- Le **manque de temps** était largement cité par les étudiants. Or on peut se poser la question de savoir si les étudiants qui manquent de temps pour répondre à cette étude ne manquent pas aussi de temps pour leur accomplissement personnel et ne seraient donc pas plus enclins au SEP.
- Le sentiment de ne **pas être concerné ou intéressé** par le sujet de l'étude. Il est possible que les étudiants se sentant en situation de burn out ou étant en contact avec quelqu'un en burn out aient plus facilement répondu à l'étude. Ce fait peut potentiellement majorer le taux d'épuisement professionnel de notre population. Cependant, il est raisonnable de se demander si les étudiants ayant un SEP fort aient pu ne pas répondre par manque de temps personnel et d'envie de s'infliger un travail supplémentaire.
- **L'absence de volonté de participer à l'étape interventionnelle**, soit par manque de temps comme cité précédemment, soit par la **représentation négative de la méditation** qu'ont les étudiants.

4.1.3 Biais liés à l'outil

Le choix de l'outil « Méditation Pleine Conscience » s'est fait devant la démonstration de son efficacité sur le burn out dans de nombreuses études étrangères. Cependant, il est source de nombreux biais dans notre étude.

Comme suggéré plus haut, la méditation, en générale, n'a pas bonne presse en France. Et les étudiants ne dérogent pas à la règle. Bien que la Méditation Pleine Conscience commence à faire parler d'elle en France depuis plus d'un an, beaucoup d'étudiants ne connaissent pas cet outil et peuvent penser qu'il s'agit d'une technique non protocolisée, non testée scientifiquement, s'apparentant plus à de l'ésotérisme qu'à un traitement efficace. Cette **représentation négative** a pu participer au refus de participer à l'étude ou au refus d'essayer cet outil s'ils étaient affectés dans le groupe MPC.

Cet outil a été mis à disposition pour les étudiants randomisés dans le groupe MPC sur l'ENT. Bien que nous ayons essayé de simplifier au maximum la présentation, la **plateforme** peut représenter un frein pour les étudiants qui n'ont pas l'habitude de s'en servir, et donc limiter l'utilisation de l'outil.

Suivre le programme « Méditation Pleine Conscience » demande non seulement de s'y intéresser mais aussi d'y **consacrer du temps**. Certains étudiants ont pu percevoir cet outil comme étant un devoir, un travail à faire en plus du leur, amputant sur leur temps libre, et donc décider de ne pas suivre le programme.

Pour des raisons pratiques, nous avons décidé de réaliser ce **programme en ligne** et en **auto-apprentissage**. Même s'ils ont reçu chaque semaine un mail leur indiquant qu'un nouveau cours était disponible, seule leur propre motivation pouvait les amener à suivre le programme régulièrement.

Ce programme de « Méditation Pleine Conscience » a été **conçu entièrement par nos soins**. Nous ne sommes pas des enseignants en Méditation Pleine Conscience. Cependant, l'élaboration de ce programme a été faite en suivant le plus strictement possible les programmes de MBSR et MBCT d'une part, et il a été validé par deux enseignants certifiés MBSR, limitant ainsi les biais.

Afin d'améliorer ce programme, tant sur le fond que sur la forme, une interne a pour travail de thèse **l'évaluation de cet outil** auprès des étudiants du groupe MPC. Ce travail permettra de mettre le doigt sur les difficultés rencontrées par les étudiants et sur les points pouvant être améliorés.

4.1.4 Biais d'analyse

Le **MBI n'est pas un outil diagnostique du SEP**. Il décrit une tendance et donne un aperçu du SEP. Nous avons été contraints de nous limiter à cet outil puisque pour le moment aucune échelle et aucun test ne permet de poser le diagnostic de SEP.

Bien que nous ayons conçu le **questionnaire sociodémographique** en nous fondant sur les facteurs d'influence du SEP déjà identifiés dans la littérature, il ne s'agit **pas d'un outil validé**.

Le nombre de **perdus de vue** représente un biais important de notre étude. En effet, entre M4 et M7, nous avons perdu 46 % de nos étudiants dans le groupe MPC, et ceci malgré les nombreuses relances de mails envoyés pour répondre aux questionnaires de M7. Le nombre de perdus de vue pourrait s'expliquer, entre autre, par le fait que les étudiants qui n'ont pas pris le temps ou voulu suivre le programme MPC se sont auto-sortis de l'étude, préférant ne pas répondre à M7 de peur de fausser les résultats.

4.2 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

4.2.1 Objectif principal : Évaluation de l'impact du programme de méditation pleine conscience (MPC) sur le score du MBI en pré- et post-interventionnel

Les résultats de notre étude montrent que notre programme de 8 semaines de Méditation Pleine Conscience en ligne n'a pas d'impact de manière significative sur les degrés de SEP entre M4 et M7. En revanche, elle a un impact significatif sur la composante Accomplissement Personnel entre M4 et M7 ; cette composante augmente. Cette augmentation est confirmée dans le sous-groupe « malade », constitué des sujets présentant un SEP moyen ou fort.

Dans les données de la littérature, nous n'avons retrouvé aucune étude comparable, autrement dit évaluant l'impact sur le SEP (mesuré par le MBI) d'un programme en ligne de Méditation Pleine conscience sur 8 semaines auprès d'étudiants.

Les deux seules études qui ont cherché à évaluer l'impact d'un programme de Méditation Pleine Conscience sur le SEP auprès d'étudiants ont utilisé le MBI for student, outil non comparable au notre [225, 235]. De plus leur programme interventionnel s'effectuait en présentiel. Et seule l'une d'entre elle a retrouvé une différence significative sur le MBI for student après l'intervention auprès des étudiantes féminines de l'étude.

De nombreuses études ont été menées afin de déterminer la faisabilité et l'efficacité d'un programme de méditation Pleine Conscience en ligne. Cependant, aucune d'entre elles n'explore le SEP.

Comparaison de notre étude avec des études menées auprès de professionnels de santé dans le but d'évaluer l'efficacité d'un programme de Méditation Pleine Conscience type MBSR de 8 semaines sur le SEP

ÉTUDE	Population étudiée	Composantes du MBI					
		Épuisement Émotionnel		Dépersonnalisation		Accomplissement Personnel	
		Pré-test moyenne (écart-type)	Post-test moyenne (écart-type)	Pré-test moyenne (écart-type)	Post-test moyenne (écart-type)	Pré-test moyenne (écart-type)	Post-test moyenne (écart-type)
Étude No Burn Out Poitiers	Étudiants en médecine et maieutique	20,2 (11,0)	19,8 (9,8)	8,5 (5,4)	9,5 (5,7)	35,2 (7,5)	36,4 (6,5)
		Pas de différence significative		Pas de différence significative		Différence significative p < 0,05	
Goodman M. J. Schorling J. B. [184]	Médecins Personnel de santé	28,1 (9,8)	21,3 (8,8)	9,2 (6,0)	6,7 (5,3)	37,7 (5,8)	41 (5,1)
		Différence significative p < 0,001		Différence significative p = 0,001		Différence significative p < 0,001	
		21,7 (10,2)	18,8 (9,4)	5 (3,8)	4 (3,6)	38,4 (6,1)	41 (5,7)
		Différence significative p < 0,05		Différence significative p < 0,05		Différence significative p < 0,001	
Krasner and al. [186]	Médecins	26,8	23,7	8,4	7,6	40,2	42
		Différence significative p < 0,05		Pas de différence significative p = 0,15		Différence significative p < 0,05	
Martin Asuero and al. [185]	Personnel de santé	25,3 (11,5)	19,2 (9,7)	9 (6,2)	6,9 (5,1)	38,4 (6,5)	40,9 (5,3)
		Différence significative p < 0,001		Différence significative p < 0,001		Différence significative p < 0,001	
Fortney and al. [187]	Médecins	31,9	26,4	12,6	10,3	38,5	41
		Différence significative p < 0,05		Différence significative p < 0,05		Différence significative p < 0,001	

Tableau 29. Comparaison d'études menées auprès de professionnels de santé sur l'impact d'un programme MBSR de 8 semaines sur le MBI

Toutes ces études ont été menées auprès de professionnels de santé, ont utilisé un programme MBSR de 8 semaines en présentiel et ont utilisé le MBI pour mesurer l'évolution du SEP après les 8 semaines d'intervention. Notre étude a été menée auprès d'étudiants et en ligne, il est donc compliqué de comparer notre étude aux autres.

Cependant, nous pouvons noter que les moyennes d'épuisement émotionnel et d'accomplissement personnel des étudiants de notre étude avant l'intervention sont plus basses que celles des autres études. La moyenne de dépersonnalisation quant à elle est proche de celle obtenue par les autres études.

4.2.2 Objectifs secondaires

4.2.2.1 Analyse en apparié du groupe MPC sur IRI et HAD

Empathie

Seule la **composante Perspective Taking de l'IRI augmente de manière significative** dans notre groupe MPC entre M4 et M7. Les autres composantes ne montrent aucune différence significative.

Aucune étude évaluant l'impact d'un programme de Méditation Pleine Conscience sur l'empathie n'utilise l'IRI. La Jefferson Scale of Physician Empathy qui est employée. Cependant, ces études, menées auprès de différentes populations dont des étudiants en professions de soin, montrent l'efficacité de la Méditation Pleine Conscience sur l'amélioration de l'empathie. Nos résultats ne concordent donc pas avec les données de la littérature actuelle.

Anxiété et dépression

Notre étude montre une **diminution significative de l'anxiété** entre M4 et M7 dans le groupe MPC. En revanche, on ne note pas de diminution de la dépression.

Afin de vérifier l'impact de notre outil sur les sujets présentant un SEP moyen ou fort, nous avons réalisé un sous-groupe de cette population. Les résultats montrent que **les sujets présentant un SEP fort ou moyen ont une diminution significative de l'anxiété et de la dépression** entre M4 et M7.

Comparer notre étude à celles déjà menées n'est pas évident. En effet, nous utilisons l'échelle HAD. Les seules études qui utilisent l'échelle HAD, bien que prouvant l'impact positif de la Méditation Pleine Conscience sur l'anxiété et la dépression, ont été menées auprès de patients présentant des pathologies diverses. Les études menées auprès des étudiants utilisaient toutes des échelles différentes.

4.2.2.2 Comparaisons entre le groupe MPC et le groupe témoin

Groupe Témoin

L'étude du groupe Témoin nous a permis de mettre en évidence que les composantes Épuisement Émotionnel et Dépersonnalisation du MBI augmentaient entre M4 et M7, éléments concordant avec les données de la littérature. De même, la dépression augmente dans ce groupe entre M4 et M7.

Groupe MPC versus Groupe Témoin

Aucune différence significative entre les deux groupes n'a été retrouvée à M7.

Malgré l'absence de différence entre les deux groupes à M7, et devant l'aggravation de l'épuisement émotionnel et de la dépersonnalisation dans le groupe Témoin, et l'amélioration de l'accomplissement personnel dans le groupe MPC, nous pouvons conclure qu'un programme de 8 semaines de Méditation Pleine Conscience en ligne stoppe l'évolution du processus de SEP des étudiants en médecine et maïeutique de Poitiers.

De même, malgré l'absence de différence entre les deux groupes à M7, et devant l'aggravation de la dépression dans le groupe Témoin, l'amélioration de l'anxiété dans le groupe MPC et l'amélioration de la dépression des sujets présentant un SEP fort ou moyen dans le groupe MPC, nous pouvons conclure qu'un programme de 8 semaines de Méditation Pleine Conscience en ligne évite l'évolution vers la dépression.

4.2.3 Pistes expliquant les mauvais résultats de l'étude

Afin de mieux comprendre pourquoi les résultats de cette étude sont aussi médiocres par rapport à ceux retrouvés dans la littérature, nous avons étudié les différents paramètres susceptibles d'être responsables de cet échec et les différentes façons de les améliorer.

Assiduité

La plateforme qui a hébergé notre programme nous a permis de voir combien d'étudiants s'étaient rendus sur le site (visiteurs uniques) et combien de visites avaient été effectuées chaque mois de l'intervention. L'intervention a eu lieu du 15 décembre 2014 au 8 février 2015.

Sur les 152 étudiants randomisés dans le groupe MPC, seulement 103 (68 %) se sont rendus au moins une fois sur le site. Donc 49 (32 %) étudiants ne sont jamais allés sur le site.

Sur la durée de l'intervention, le site a été consulté 424 fois. Si chaque étudiant avait consulté le site une fois par semaine pendant les huit semaines de programme, le site aurait dû enregistrer 1216 passages au cours de l'intervention. Le taux de fréquentation du site ne représente que 35% du taux minimum requis pour la bonne pratique du programme par tous les étudiants.

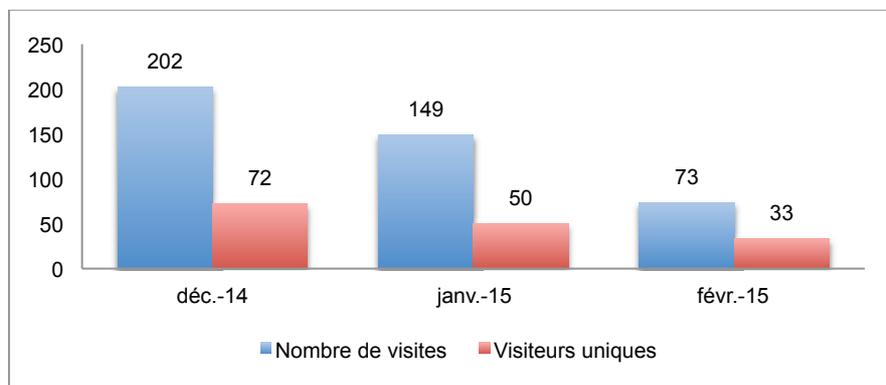


Figure 23. Fréquentation du site au cours de l'intervention

Comme le montre la figure ci-dessus, le taux de fréquentation le plus important était en décembre. Ce phénomène peut s'expliquer d'une part par l'effet nouveauté, les étudiants étaient probablement curieux de ce nouvel outil, et d'autre part par la période de vacances, laissant plus de temps libre.

Au final, le faible taux de consultation du site prouve que les étudiants n'ont pas été très assidus au programme. Ceci pouvant expliquer les résultats obtenus.

Population

Contrairement aux autres études portant sur l'impact d'un programme de Méditation Pleine Conscience, notre groupe n'a pas été constitué de sujets dont le but de participation à l'étude était de suivre ce programme. Les autres études sur le sujet ont été réalisées sur la base du volontariat et les sujets dans les groupes contrôles étaient en fait des sujets en liste d'attente. Ce choix peut expliquer le manque d'assiduité des étudiants au programme.

Afin que notre étude puisse être comparable aux autres, il faudrait que les étudiants inclus dans le groupe MPC soient des étudiants intéressés par le programme et désireux de le suivre.

Programme

Bien que notre programme ait été soumis à des enseignants en MBSR et validé, il n'a pas été conçu par ces professionnels mais par notre équipe de recherche. Nous pouvons aisément émettre l'hypothèse selon laquelle la méthodologie employée n'était pas forcément la plus pertinente.

La plateforme utilisée pour héberger notre programme a pu présenter un frein dans l'utilisation de notre outil. En effet, la mise en page est limitée, et la circulation sur le site n'est pas évidente. L'élaboration d'un site sur une plateforme plus simple et plus distrayante pourrait augmenter le nombre de visites et donc l'assiduité des étudiants. Pour ce faire, une subvention, que nous n'avons pas pu obtenir pour notre étude, est nécessaire.

L'évaluation de notre outil, tant sur le fond que sur la forme, par les étudiants du groupe MPC, est prévue. Ce travail nous permettra probablement d'améliorer le programme par la suite.
--

4.3 PERSPECTIVES

Compte tenu de la gravité et de la fréquence de la survenance du SEP auprès des étudiants en profession de soin, l'intérêt de mettre au point un outil simple, peu coûteux et efficace est majeur.

Les études antérieures à la notre, consacrées à l'étude de la Méditation Pleine Conscience, ont montré son impact positif sur le SEP, l'anxiété, la dépression et l'empathie. Par ailleurs, il a été démontré que les étudiants, en profession de soin ou non, pouvaient bénéficier de ce programme et en tirer profit. Et enfin, des études ont prouvé que l'enseignement de la méditation pleine conscience en ligne était réalisable.

Notre étude n'a certes pas démontré tous les effets escomptés. Cependant, les difficultés que nous avons rencontrées lors de cette étude pourraient expliquer ces résultats décevants. Une étude va être menée auprès des étudiants du groupe MPC afin de répondre à ces interrogations. Nous espérons ainsi récolter leur avis sur l'outil et sur les moyens de le rendre plus attractif et efficace. Par ailleurs, bien que la partie concernant notre travail de thèse soit terminé, l'étude se poursuit. Nous verrons ainsi l'impact de notre outil à 3 mois et 6 mois de la fin de l'intervention. Les résultats seront peut-être plus probants lors de ces périodes.

Cette étude est la première de ce genre en France. Si elle n'est pas parfaite, elle pourra néanmoins servir de base de lancement pour de nouvelles études sur le sujet, à Poitiers ou ailleurs, et améliorer les conditions de travail des étudiants en France.

CONCLUSION

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel est un concept récent et encore peu pris en considération par la communauté médicale et dans le monde du travail. S'il touche particulièrement les professionnels de santé, il n'épargne pas les étudiants, et aucune mesure n'a été mise en place afin de le prévenir. L'étude globale dans laquelle s'inscrit ce travail de thèse (Étude No BurnOut) a pour but de trouver des outils permettant de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants.

Cette étude originale avait pour objectif principal de rechercher l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience, fondé sur le MBSR durant huit semaines, sur le syndrome d'épuisement professionnel (mesuré par le MBI) des externes et internes en médecine ainsi que des étudiants en maïeutique. En objectifs secondaires, nous avons recherché l'impact de ce programme sur l'empathie (mesurée par l'IRI), l'anxiété et la dépression (mesurées par l'échelle HAD).

Les résultats de cette étude ont montré que cet outil permettait d'améliorer significativement les composantes « Accomplissement Personnel » du MBI et « Perspective Taking » de l'IRI ainsi que l'anxiété des étudiants. L'étude d'un groupe témoin nous a permis d'observer que la dépression et les composantes de l'« Épuisement Émotionnel » et de la « Dépersonnalisation » s'aggravaient dans le temps, ce qui n'était pas le cas dans le groupe interventionnel où ces composantes restent stables. Ainsi, notre programme permet d'une part d'améliorer les symptômes d'anxiété, et d'autre part d'éviter une aggravation du syndrome d'épuisement professionnel et de la dépression des étudiants. L'étude globale No BurnOut permettra de voir si ces résultats se maintiennent ou évoluent dans le temps ; à trois et six mois après la fin l'intervention.

Notre étude ne retrouve pas de résultats aussi positifs que ceux retrouvés dans les données actuelles de la littérature. Ce phénomène peut s'expliquer par différents paramètres : nombre de participants, choix de la population, assiduité des étudiants, méthodologie employée, support des questionnaires et du programme. Les étudiants randomisés dans le groupe ayant reçu la formation à la méditation pleine conscience vont être sollicités afin d'évaluer cet outil. Cette nouvelle étape permettra de l'optimiser, de manière à ce qu'il puisse être l'objet de futures recherches, et de donner ainsi de nouvelles perspectives de prévention et prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des étudiants.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Veil C. Les états d'épuisement. *Concours médical*, 1959, p. 2675-2681.
- [2] Freudenberger H.J. Staff burn out. *Journal of Social Issues*. 1974; 30(1): 159-165.
- [3] Freudenberger H. J. Richelson G. Burn Out : The High Cost of High Achievement. Bantam Books, 1980.
- [4] Maslach C. Burned out. *Human Behavior*. 1976; 5:16-22.
- [5] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behaviour*. 1981; 2: 99-113
- [6] Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout Inventory : manual edition. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press, 1986
- [7] Pines A, Aronson E., Kafry D. Burnout : from tedium to personal growth. Michigan : Fress Press, 1981
- [8] Langevin V., Boini S., François M., Riou A. (2012, sept) Maslach Burnout Inventory (MBI). *Références en santé au travail*. N°131, p. 157-159
- [9] Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue Canadienne des sciences du comportement*, 1994, 26 :2, 210-227
- [10] INRS - Épuisement professionnel ou burn-out
Lien internet : <http://www.inrs.fr/risques/epuisement-burn-out/ce-qu-il-faut-retenir.html>
(Dernière consultation le 27 mars 2015)
- [11] L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens. Etude réalisée par l'URML d'Ile de France (Union régionale des médecins libéraux). Juin 2007
- [12] Ndeti, D. M., Pizzo, M., Maru, H., Ongecha, F. A., Khasakhala, L. I., Mutiso, V., et al. (2008). Burnout in staff working at the Mathari psychiatric hospital. *African Journal of Psychiatry*, 11, 199–203.
- [13] Thorsen, V. C., Teten Tharp, A. L., & Meguid, T. (2011). High rates of burnout among maternal health staff at a referral hospital in Malawi: A cross-sectional study. *BioMed Central Nursing*, 23, 9.
- [14] Da Silva, A. T. C., & Menezes, P. R. (2008). Burnout syndrome and common mental disorders among community-based health agents. *Revista de Saúde Pública*, 42, 921–929.
- [15] Bagaajav, A., Myagmarjav, S., Nanjid, K., Otgon, S., & Chae, Y. M. (2011). Burnout and job stress among Mongolian doctors and nurses. *Industrial Health*, 49, 582–588.
- [16] Kumar, S., Fischer, J., Robinson, E., Hatcher, S., & Bhagat, R. N. (2007). Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: A national study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 53, 306–316.

- [17] Houkes, Inge, Yvonne Winants, Mascha Twellaar, et Petra Verdonk. « Development of Burnout over Time and the Causal Order of the Three Dimensions of Burnout among Male and Female GPs. A Three-Wave Panel Study ». *BMC Public Health* 11 (2011): 240.
- [18] Soler KJ, Yaman H, Esteva M, Dobbs F and European General Practice Research Network Burnout Study Group. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice*. 2008; 25 (4): 245-265.
- [19] Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Bourgogne. Bourgogne : URML de Bourgogne ; 2001.
- [20] Truchot D. Le Burn out des médecins libéraux de Champagne Ardenne. Champagne Ardenne : URML de Champagne Ardenne ; 2003.
- [21] Truchot D. Le burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Poitou-Charentes: URML Poitou-Charentes ; 2004.
- [22] Galam E, Mouriès R. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens: Témoignages, analyses et perspectives. URML IDF/ Commission prévention et santé publique; 2007.
- [23] Poncet M. C., Toullie P., Papazian L., Kentish-Barnes N., Timsit J. F., Pochard F., et al. (2007). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175, 698–704.
- [24] Estryn-Behar M, Braudo MH, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *L'information Psychiatrique*. 2011; 10: 1-23.
- [25] Vaquin-Villeminy C. Prévalence du burnout en médecine générale. Enquête nationale auprès de 221 médecins généralistes du réseau Sentinelles. Thèse de médecine générale. 2007.
- [26] Lacouture A. Le Syndrome d'Épuisement Professionnel des Psychiatres de Haute Normandie. Mémoire de DES de Psychiatrie de Rouen. 2010
- [27] Breillat E. Satisfaction professionnelle et syndrome d'épuisement professionnel (ou burnout) des médecins urgentistes du Poitou-Charentes. Thèse soutenue le 3 février 2014.
- [28] Shanafelt, Tait D, Katharine A Bradley, Joyce E Wipf, et Anthony L Back. « Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program ». *Annals of Internal Medicine* 136, no 5 (5 mars 2002): 358-367.
- [29] Dyrbye, Liselotte N, Matthew R Thomas, Jeffrey L Huntington, Karen L Lawson, Paul J Novotny, Jeff A Sloan, et Tait D Shanafelt. « Personal Life Events and Medical Student Burnout : A Multicenter Study ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 81, n° 4 (avril 2006): 374-384.

[30] - Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., Harper, W., et al. (2008). Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine*, 149, 334–341.

[31] Fahrenkopf, Amy M, Theodore C Sectish, Laura K Barger, Paul J Sharek, Daniel Lewin, Vincent W Chiang, Sarah Edwards, Bernhard L Wiedermann, et Christopher P Landrigan. « Rates of Medication Errors among Depressed and Burnt out Residents: Prospective Cohort Study ». *BMJ (Clinical Research Ed.)* 336, no 7642 (1 mars 2008): 488-491.

[32] Ishak, Waguih William, Sara Lederer, Carla Mandili, Rose Nikraves, Laurie Seligman, Monisha Vasa, Dotun Ogunyemi, et Carol A Bernstein. « Burnout during Residency Training: A Literature Review ». *Journal of Graduate Medical Education* 1, no 2 (décembre 2009): 236-242.

[33] Markwell, A. L., & Wainer, Z. (2009). The health and wellbeing of junior doctors : Insights from a national survey. *Journal of the Australian Medical Association*, 191, 441–444.

[34] West, Colin P, Tait D Shanafelt, et Joseph C Kolars. « Quality of Life, Burnout, Educational Debt, and Medical Knowledge among Internal Medicine Residents ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 306, no 9 (7 septembre 2011): 952-960.

[35] Prieto-Miranda, Sergio Emilio, Gisela Bethsabé Rodríguez-Gallardo, Carlos Alberto Jiménez-Bernardino, et Laura Guadalupe Guerrero-Quintero. « [Burnout and quality of life in medical residents] ». *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 51, n° 5 (octobre 2013): 574-579.

[36] Ishak, Waguih, Rose Nikraves, Sara Lederer, Robert Perry, Dotun Ogunyemi, et Carol Bernstein. « Burnout in Medical Students: A Systematic Review ». *The Clinical Teacher* 10, no 4 (août 2013): 242-245.

[37] Dyrbye, Liselotte N, Colin P West, Daniel Satele, Sonja Boone, Litjen Tan, Jeff Sloan, et Tait D Shanafelt. « Burnout among U.s. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.s. Population ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 89, n° 3 (mars 2014): 443-451.

[38] Msaouel, P., Keramaris, N. C., Tasoulis, A., Kolokythas, D., Syrmos, N., Pararas, N., et al. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: Will the European work time directive make a difference? *Human Resources for Health*, 8, 16.

[39] Prins, Jelle T, Josette E H M Hoekstra-Weebers, Stacey M Gazendam-Donofrio, Gea S Dillingh, Arnold B Bakker, Mark Huisman, Bram Jacobs, et Frank M M A van der Heijden. « Burnout and Engagement among Resident Doctors in the Netherlands: A National Study ». *Medical Education* 44, n° 3 (mars 2010): 236-247.

[40] Cecil, Jo, Calum McHale, Jo Hart, et Anita Laidlaw. « Behaviour and Burnout in Medical Students ». *Medical Education Online* 19 (2014): 25209.

[41] ENSE, LMDE. 3ème enquête nationale sur la santé des étudiants: Principaux enseignements. Tours: 2011. p. 12

http://www.lmde.com/fileadmin/pdf/securite_sociale/resultats_enquete_ENSE_3.pdf.

- [42] Galam E., Komly V., Le Tourneur A., Jund J. Burnout among French GPs in training : a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2013
- [43] Guinaud. « Evaluation du Burn Out chez les internes de médecine générale et étude des facteurs associés » Thèse de 2006.
- [44] Thevenet M. « Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Île-De-France et le Languedoc Roussillon. » Thèse de 2011.
- [45] Andlauer O, Hanon C. Le burnout chez les Internes en Psychiatrie français. Thèse. 2009
- [46] Blanchard, P, D Truchot, L Albiges-Sauvin, S Dewas, Y Pointreau, M Rodrigues, A Xhaard, et al. « Prevalence and Causes of Burnout amongst Oncology Residents: A Comprehensive Nationwide Cross-Sectional Study ». *European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990)* 46, no 15 (octobre 2010): 2708-2715.
- [47] Roumiguéa M et Al. Les urologues en formation ont-ils un syndrome d'épuisement professionnel ? Evaluation par le Maslach Burn-out Inventory (MBI). *Prog Urol.* 2011 Septembre : 21 ; 636-641
- [48] C Rua, G. Body. « Prevalence of burnout among obstetrics and gynecology residents. ». *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, 2014.
- [49] Mazas-Weyne L. « Évaluation du burn out chez les externes en DCEM2 de la Faculté Paris Descartes. » Thèse de 2012
- [50] Barbarin B. « Syndrome d'épuisement professionnel des soignants chez les internes de médecine générale. Enquête transversale à la faculté de Nantes en 2008. » Thèse de 2008.
- [51] Mérine A. « Petit burn-out deviendra grand" : expression d'un malaise chez les futurs praticiens généralistes : comment agir et prévenir l'épuisement avant même l'exercice professionnel. » Thèse de 2010.
- [52] Colebeaver, R, E Sharp, et G Cotsonis. « Burnout Experienced by Nurse-Midwives ». *Journal of Nurse-Midwifery* 31, no 1 (janvier 1986): 3-15.
- [53] Mollart, Lyndall, Virginia M Skinner, Carol Newing, et Maralyn Foureur. « Factors That May Influence Midwives Work-Related Stress and Burnout ». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 26, no 1 (mars 2013): 26-32.
- [54] Jordan, Kayleen, Jennifer Fenwick, Valerie Slavin, Mary Sidebotham, et Jenny Gamble. « Level of Burnout in a Small Population of Australian Midwives ». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 26, no 2 (juin 2013): 125-132.
- [55] Hastoy A. « Burnout en maternité de niveau III : étude des soignants de l'hôpital Paule de Viguier. » Thèse de 2013
- [56] Ahola K. *Occupational Burn-Out and Health*, Finnish Intitut of Occupational Health, Tampereen Yliopistopaino Oy, Juvenes Print, Tampereen, 2007.

- [57] Appels, A, et E Schouten. « Burnout as a Risk Factor for Coronary Heart Disease ». *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)* 17, n° 2 (1991): 53-59.
- [58] Toker, Sharon, Samuel Melamed, Shlomo Berliner, David Zeltser, et Itzhak Shapira. « Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees ». *Psychosomatic Medicine* 74, n° 8 (octobre 2012): 840-847.
- [59] Melamed, Samuel, Arie Shirom, Sharon Toker, et Itzhak Shapira. « Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons ». *Psychosomatic Medicine* 68, n° 6 (décembre 2006): 863-869.
- [60] Armon, Galit, Arie Shirom, Itzhak Shapira, et Samuel Melamed. « On the Nature of Burnout-Insomnia Relationships: A Prospective Study of Employed Adults ». *Journal of Psychosomatic Research* 65, no 1 (juillet 2008): 5-12.
- [61] Kubota, Kazumi, Akihito Shimazu, Norito Kawakami, Masaya Takahashi, Akinori Nakata, et Wilmar B Schaufeli. « Association between Workaholism and Sleep Problems among Hospital Nurses ». *Industrial Health* 48, no 6 (2010): 864-871.
- [62] Jansson-Fröjmark, Markus, et Karin Lindblom. « Is There a Bidirectional Link between Insomnia and Burnout? A Prospective Study in the Swedish Workforce ». *International Journal of Behavioral Medicine* 17, n° 4 (décembre 2010): 306-313.
- [63] Brand, Serge, Johannes Beck, Martin Hatzinger, Alexander Harbaugh, Willibald Ruch, et Edith Holsboer-Trachsler. « Associations between Satisfaction with Life, Burnout-Related Emotional and Physical Exhaustion, and Sleep Complaints ». *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry* 11, n° 5 (août 2010): 744-754.
- [64] « [Asthenic syndrome in patients with burnout syndrome] ». *Zhurnal nevrologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova / Ministerstvo zdravookhraneniia i meditsinskoï promyshlennosti Rossiïskoï Federatsii, Vserossiïskoe obshchestvo nevrologov [i] Vserossiïskoe obshchestvo psikhiatrov* 113, n° 11 (2013): 22-26.
- [65] Oreskovich, Michael R, Krista L Kaups, Charles M Balch, John B Hanks, Daniel Satele, Jeff Sloan, Charles Meredith, Amanda Buhl, Lotte N Dyrbye, et Tait D Shanafelt. « Prevalence of Alcohol Use Disorders among American Surgeons ». *Archives of Surgery (Chicago, Ill.: 1960)* 147, n° 2 (février 2012): 168-174.
- [66] Cathébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. « [Burn out among French general practitioners] ». *Presse médicale (Paris, France: 1983)* 33, n° 22 (18 décembre 2004): 1569-1574.
- [67] Mion, G, N Libert, et D Journois. « [Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 survey of the French Society of anesthesiology and intensive care] ». *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 32, n° 3 (mars 2013): 175-188.

- [68] Shanafelt, Tait D, Katharine A Bradley, Joyce E Wipf, et Anthony L Back. « Burnout and Self-Reported Patient Care in an Internal Medicine Residency Program ». *Annals of Internal Medicine* 136, no 5 (5 mars 2002): 358-367.
- [69] West, Colin P, Mashele M Huschka, Paul J Novotny, Jeff A Sloan, Joseph C Kolars, Thomas M Habermann, et Tait D Shanafelt. « Association of Perceived Medical Errors with Resident Distress and Empathy: A Prospective Longitudinal Study ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 296, n° 9 (6 septembre 2006): 1071-1078.
- [70] Shanafelt, Tait D, Charles M Balch, Gerald Bechamps, Tom Russell, Lotte Dyrbye, Daniel Satele, Paul Collicott, Paul J Novotny, Jeff Sloan, et Julie Freischlag. « Burnout and Medical Errors among American Surgeons ». *Annals of Surgery* 251, n° 6 (juin 2010): 995-1000.
- [71] Kang, Eui-Kyu, Ho-Seob Lihm, et Eun-Hee Kong. « Association of Intern and Resident Burnout with Self-Reported Medical Errors ». *Korean Journal of Family Medicine* 34, n° 1 (janvier 2013): 36-42.
- [72] Zeter C. *Burnout, conditions de travail et reconversion professionnelle chez les médecins généralistes de la région Poitou Charente*. Thèse soutenue le 3 mai 2004.
- [73] Wolpin J, Burke RJ, Greenglass ER. Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? *Human Relations*. 1991; 44: 193-209.
- [74] Becker, Julie L, Magdy P Milad, et Susan C Klock. « Burnout, Depression, and Career Satisfaction: Cross-Sectional Study of Obstetrics and Gynecology Residents ». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 195, n° 5 (novembre 2006): 1444-1449.
- [75] Shanafelt, Tait D, Charles M Balch, Gerald J Bechamps, Thomas Russell, Lotte Dyrbye, Daniel Satele, Paul Collicott, Paul J Novotny, Jeff Sloan, et Julie A Freischlag. « Burnout and Career Satisfaction among American Surgeons ». *Annals of Surgery* 250, n° 3 (septembre 2009): 463-471.
- [76] Borritz, M, R Rugulies, K B Christensen, E Villadsen, et T S Kristensen. « Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study ». *Occupational and Environmental Medicine* 63, no 2 (février 2006): 98-106.
- [77] Lamothe, Martin, Emilie Boujut, Franck Zenasni, et Serge Sultan. « To Be or Not to Be Empathic: The Combined Role of Empathic Concern and Perspective Taking in Understanding Burnout in General Practice ». *BMC Family Practice* 15 (2014): 15.
- [78] Paro, Helena B M S, Paulo S P Silveira, Bruno Perotta, Silmar Gannam, Sylvia C Enns, Renata R B Giaxa, Rosuita F Bonito, Milton A Martins, et Patricia Z Tempski. « Empathy among Medical Students: Is There a Relation with Quality of Life and Burnout? » *PloS One* 9, n° 4 (2014): e94133.
- [79] Brazeau, Chantal M L R, Robin Schroeder, Sue Rovi, et Linda Boyd. « Relationships between Medical Student Burnout, Empathy, and Professionalism Climate ». *Academic*

Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges 85, n° 10 Suppl (octobre 2010): S33-36.

[80] Lindeman, S, E Laara, H Hakko, et J Lonnqvist. « A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors ». *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 168, no 3 (mars 1996): 274-279.

[81] Chocard AS, Gohier B, Juan F, et Al. Le suicide des médecins. Revue de la littérature. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2003; 65: 23-29.

[82] Fridner, Ann, Karen Belkić, Daria Minucci, Luigi Pavan, Massimo Marini, Birgit Pingel, Giovanni Putoto, Pierluigi Simonato, Lise T Løvseth, et Karin Schenck-Gustafsson. « Work Environment and Recent Suicidal Thoughts among Male University Hospital Physicians in Sweden and Italy: The Health and Organization among University Hospital Physicians in Europe (HOUBE) Study ». *Gender Medicine* 8, n° 4 (août 2011): 269-279.

[83] Fridner, Ann, Karen Belkic, Massimo Marini, Daria Minucci, Luigi Pavan, et Karin Schenck-Gustafsson. « Survey on Recent Suicidal Ideation among Female University Hospital Physicians in Sweden and Italy (the HOUBE Study): Cross-Sectional Associations with Work Stressors ». *Gender Medicine* 6, n° 1 (avril 2009): 314-328.

[84] Van Niekerk, L, L Scribante, et P J Raubenheimer. « Suicidal Ideation and Attempt among South African Medical Students ». *South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde* 102, n° 6 Pt 2 (juin 2012): 372-373.

[85] Amiri, Leena, Martin Voracek, Said Yousef, Alaa Galadari, Salem Yammahi, Mohammad-Reza Sadeghi, Mehmet Eskin, et Kanita Dervic. « Suicidal Behavior and Attitudes among Medical Students in the United Arab Emirates ». *Crisis* 34, n° 2 (2013): 116-123.

[86] A. Aouba, F. Péquignot, L. Camelin et al. La mortalité par suicide en France en 2006. DREES. Etudes et résultats, septembre 2009, n°702.

[87] Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) – Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDC).
Lien internet : <http://www.cepidc.inserm.fr>

[88] Leopold. . Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 2003.

[89] Cathébras P., Begon A., Laporte S., Bois C., Truchot D. « [Burn out among French general practitioners] ». *Presse médicale* (Paris, France: 1983) 33, no 22 (18 décembre 2004): 1569-1574.

[90] Association pour la Promotion des Soins aux Soignants
Lien internet : <http://www.apss-sante.fr>

[91] Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux
Liens internet : <http://www.aapml.fr>

- [92] L'association MOTS (Organisation du Travail et Santé du Médecin) en Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon
Lien internet : <http://www.association-mots.org/>
- [93] « La souffrance du soignant », Groupe Pasteur Mutualité.
Lien internet : <http://www.souffrancedusoignant.fr>
- [94] Manoukian A. La souffrance au travail. Les soignants face au burn out. Ed Lamarre, Rueil-Malmaison. 2009.
- [95] Carnouï P. , Mauranges A. Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Ed Masson, Issy-les-Moulineaux. 2008.
- [96] Dejours C., Bègue F. Suicide et travail : que faire ? Ed puf, Paris. 2009.
- [97] Maslach C., Leiter M. P. Burn out : Le syndrome d'épuisement professionnel. Ed Les Arènes. 2011.
- [98] Rogers C. *Le développement de la personne*. Dunod, Paris, 1968.
- [99] Rogers C. *Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne*. Ed ESF, Paris, 2009.
- [100] Rogers C. *L'approche centrée sur la personne*. Ed. Randin, Lausanne, 2001.
- [101] Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. Ed ESF, Paris, 1971.
- [102] Decety J. *L'empathie est-elle une science mentale ?* in Berthoz A. , Jorland G. *L'Empathie*. Odile Jacob Paris, 2004
- [103] Jeannerod, M. Intersegmental coordination during reaching at natural visual objects. In Long. J. and Baddeley, A, (eds), Attention and Performance IX. Hillsdale, NJ, Erlbaum, (1981) pp 153-168
- [104] Jeannerod and Biguer Visuomotor mechanisms in reaching within extrapersonal space. In : Ingle DJ, Goodale MA, Mansfield RJW (eds) Analysis of visual behavior. MIT Press, Cambridge MA, (1982) pp 387-409
- [105] Jacob, P. and Jeannerod, M. « Ways of Seeing : the Scope and Limits of Visual Cognition ». Oxford University Press, 2003.
- [106] Gentilucci, M, L Fogassi, G Luppino, M Matelli, R Camarda, et G Rizzolatti. « Somatotopic Representation in Inferior Area 6 of the Macaque Monkey ». *Brain, Behavior and Evolution* 33, n° 2-3 (1989): 118-121.
- [107] Rizzolatti G. Conférence donnée à l'Académie des sciences, décembre 2006.
- [108] Mukamel, Roy, Arne D Ekstrom, Jonas Kaplan, Marco Iacoboni, et Itzhak Fried. « Single-Neuron Responses in Humans during Execution and Observation of Actions ». *Current Biology: CB* 20, n° 8 (27 avril 2010): 750-756.

- [109] Decety J. Cerveau, perception et action. Ed. Presses Universitaires de Grenoble. Revue Psychologie Française, Tome 5. 2000.
- [110] Morrison, India, Donna Lloyd, Giuseppe di Pellegrino, et Neil Roberts. « Vicarious Responses to Pain in Anterior Cingulate Cortex: Is Empathy a Multisensory Issue? » *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience* 4, no 2 (juin 2004): 270-278.
- [111] Lawrence, E J, P Shaw, V P Giampietro, S Surguladze, M J Brammer, et A S David. « The Role of “Shared Representations” in Social Perception and Empathy: An fMRI Study ». *NeuroImage* 29, n° 4 (15 février 2006): 1173-1184.
- [112] Jackson, Philip L, Eric Brunet, Andrew N Meltzoff, et Jean Decety. « Empathy Examined through the Neural Mechanisms Involved in Imagining How I Feel versus How You Feel Pain ». *Neuropsychologia* 44, no 5 (2006): 752-761.
- [113] Lamm, Claus, C Daniel Batson, et Jean Decety. « The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal ». *Journal of Cognitive Neuroscience* 19, n° 1 (janvier 2007): 42-58.
- [114] Decety, Jean, Kalina J Michalska, et Yuko Akitsuki. « Who Caused the Pain? An fMRI Investigation of Empathy and Intentionality in Children ». *Neuropsychologia* 46, n° 11 (septembre 2008): 2607-2614.
- [115] Akitsuki, Yuko, et Jean Decety. « Social Context and Perceived Agency Affects Empathy for Pain: An Event-Related fMRI Investigation ». *NeuroImage* 47, n° 2 (15 août 2009): 722-734.
- [116] Decety, Jean, et Kalina J Michalska. « Neurodevelopmental Changes in the Circuits Underlying Empathy and Sympathy from Childhood to Adulthood ». *Developmental Science* 13, n° 6 (novembre 2010): 886-899.
- [117] Lamm, Claus, Andrew N Meltzoff, et Jean Decety. « How Do We Empathize with Someone Who Is Not like Us? A Functional Magnetic Resonance Imaging Study ». *Journal of Cognitive Neuroscience* 22, n° 2 (février 2010): 362-376.
- [118] De Hennezel M. Le souci de l'autre. Pocket, Paris, 2008.
- [119] Manoukian A. La relation soignant-soigné. 3^e ed. Ed LAMARRE. 2008
- [120] Saultz, John W., et Waleed Albedaiwi. « Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review ». *Annals of Family Medicine* 2, n° 5 (septembre 2004): 445-451.
- [121] Emanuel, E J, D L Fairclough, J Slutsman, et L L Emanuel. « Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness: The Experience of Patients and Their Caregivers ». *Annals of Internal Medicine* 132, n° 6 (21 mars 2000): 451-459.

[122] Fogarty, L A, B A Curbow, J R Wingard, K McDonnell, et M R Somerfield. « Can 40 Seconds of Compassion Reduce Patient Anxiety? » *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 17, n° 1 (janvier 1999): 371-379.

[123] Stewart, M A. « Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review ». *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne* 152, n° 9 (1 mai 1995): 1423-1433.

[124] Beach, Mary Catherine, Jeremy Sugarman, Rachel L Johnson, Jose J Arbelaez, Patrick S Duggan, et Lisa A Cooper. « Do Patients Treated with Dignity Report Higher Satisfaction, Adherence, and Receipt of Preventive Care? » *Annals of Family Medicine* 3, n° 4 (août 2005): 331-338.

[125] Kim, Sung Soo, et Byung Kyu Park. « Patient-Perceived Communication Styles of Physicians in Rehabilitation: The Effect on Patient Satisfaction and Compliance in Korea ». *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists* 87, n° 12 (décembre 2008): 998-1005.

[126] Pollak, Kathryn I, Stewart C Alexander, James A Tulskey, Pauline Lyna, Cynthia J Coffman, Rowena J Dolor, Pål Gulbrandsen, et Truls Ostbye. « Physician Empathy and Listening: Associations with Patient Satisfaction and Autonomy ». *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM* 24, n° 6 (décembre 2011): 665-672.

[127] Attar, Hatim S, et Srinath Chandramani. « Impact of Physician Empathy on Migraine Disability and Migraineur Compliance ». *Annals of Indian Academy of Neurology* 15, n° Suppl 1 (août 2012): S89-94.

[128] Del Canale, Stefano, Daniel Z Louis, Vittorio Maio, Xiaohong Wang, Giuseppina Rossi, Mohammadreza Hojat, et Joseph S Gonnella. « The Relationship between Physician Empathy and Disease Complications: An Empirical Study of Primary Care Physicians and Their Diabetic Patients in Parma, Italy ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 87, n° 9 (septembre 2012): 1243-1249.

[129] Chen, Daniel C R, Daniel S Kirshenbaum, Jun Yan, Elaine Kirshenbaum, et Robert H Aseltine. « Characterizing Changes in Student Empathy throughout Medical School ». *Medical Teacher* 34, n° 4 (2012): 305-311.

[130] Chen, Daniel, Robert Lew, Warren Hershman, et Jay Orlander. « A Cross-Sectional Measurement of Medical Student Empathy ». *Journal of General Internal Medicine* 22, n° 10 (octobre 2007): 1434-1438.

[131] Kataoka, Hitomi U, Norio Koide, Koji Ochi, Mohammadreza Hojat, et Joseph S Gonnella. « Measurement of Empathy among Japanese Medical Students: Psychometrics and Score Differences by Gender and Level of Medical Education ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 84, n° 9 (septembre 2009): 1192-1197.

[132] Magalhães, Eunice, Ana P Salgueira, Patrício Costa, et Manuel J Costa. « Empathy in Senior Year and First Year Medical Students: A Cross-Sectional Study ». *BMC Medical Education* 11 (2011): 52.

- [133] Tavakol, Sina, Reg Dennick, et Mohsen Tavakol. « Empathy in UK Medical Students: Differences by Gender, Medical Year and Specialty Interest ». *Education for Primary Care: An Official Publication of the Association of Course Organisers, National Association of GP Tutors, World Organisation of Family Doctors* 22, n° 5 (septembre 2011): 297-303.
- [134] Bangash, Areeb Sohail, Nisreen Feroz Ali, Abdul Haseeb Shehzad, et Sobia Haqqi. « Maintenance of Empathy Levels among First and Final Year Medical Students: A Cross Sectional Study ». *F1000Research* 2 (2013): 157.
- [135] McKenna, Lisa, Malcolm Boyle, Ted Brown, Brett Williams, Andrew Molloy, Belinda Lewis, et Liz Molloy. « Levels of Empathy in Undergraduate Midwifery Students: An Australian Cross-Sectional Study ». *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 24, n° 2 (juin 2011): 80-84.
- [136] Davis M. H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85. 1980
- [137] Davis M. H. Measuring individual differences in empathy : Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113– 126. 1983
- [138] Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. The Empathy Quotient : An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163–175. 2004
- [139] Echelle d'empathie – Index de réactivité personnelle (IRI) de Davis ; traduction française : N. Jaafari ; M.H Davis et R. Gil. 2014. Validation : N. Jaafari et al., à paraître.
- [140] J. Landaw, S. Bodian. Le bouddhisme pour les nuls. First Editions. 2003
- [141] R. Nairn. Qu'est ce que la méditation ? Introduction au bouddhisme et à la méditation. Editions Payot & Rivages. 2011.
- [142] J. Kabat-Zinn, R. Davidson, Z. Houshmand. L'Esprit est son propre médecin. Le pouvoir de guérison de la méditation. Editions des Arènes, Paris, 2014.
- [143] C. Becker. Le bouddhisme. Eyrolles. 2013.
- [144] Dr J. Kabat-Zinn, Dr C. Saron, Dr E. Rosenberg, Dr S. Lazar, Dr F. Rosenfeld, Dr C. Blanc, Dr E. Maex, Dr L. Bizzini, S. Rinpoché, J. K. Rinpoché, U. Bates, R. Oliver, L. Bibas, O. Raurich. La Méditation, une alliée thérapeutique pour le monde moderne. 3ème Forum International. Bouddhisme et Médecine. 2 – 3 octobre 2010. 4 DVD.
- [145] Thich Nhat Hanh. Le Miracle de la Pleine Conscience. Manuel pratique de méditation. Editions J'ai lu. 2008.
- [146] H. Benson, M. Z. Klipper. The Relaxation Response. HarperCollins. 1975.

- [147] Centre de recherche pour un trésor de la langue française, et Institut de la langue française (France). Trésor de la langue française : Lot - Natalité. Éditions du Centre national de la recherche scientifique, 1971.
- [148] J. Kabat-Zinn. *Où tu vas, tu es*. Editions J'ai lu. 1994
- [149] C. André, M. Ricard, Préface à l'édition française, in Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale, *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, Ed. De Boeck, 2006, p. 17
- [150] P. Philippot. *Thérapie basée sur la pleine conscience : mindfulness, cognition et émotion*, in Jean Cottraux (éd.), *Thérapie cognitive et émotions. La troisième vague*, Ed. Masson, 2007, pp. 68-69
- [151] J. Kabat-Zinn. *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness*. Editions J'ai lu. 2012.
- [152] Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams, John D. Teasdale, *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression. Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*, Ed. De Boeck, 2006
- [153] J. Kabat-Zinn. *Méditer. 108 leçons de pleine conscience*. Marabout. 2010.
- [154] B. Stahl, E. Goldstein. *Apprendre à méditer, la méthode MBSR à la portée de tous. Les arènes*. 2010.
- [155] C. André. *Méditer, jour après jour. L'iconoclaste*. 2011.
- [156] M. Williams, J. Teasdale, Z. Segal, J. Kabat-Zinn. *Méditer pour ne plus déprimer. La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux*. Odile Jacob. 2009.
- [157] S. Alidina, H. Filipe, E. Couzon. *Méditation : la pleine conscience pour LES NULS*. FIRST editions. 2013
- [158] Cavanagh, Kate, Clara Strauss, Francesca Cicconi, Natasha Griffiths, Andy Wyper, et Fergal Jones. « A Randomised Controlled Trial of a Brief Online Mindfulness-Based Intervention ». *Behaviour Research and Therapy* 51, no 9 (septembre 2013): 573-578.
- [159] Reid, Denise T. « Teaching Mindfulness to Occupational Therapy Students: Pilot Evaluation of an Online Curriculum ». *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergothérapie* 80, no 1 (février 2013): 42-48.
- [160] Mak, Winnie W. S., Amy T. Y. Chan, Eliza Y. L. Cheung, Cherry L. Y. Lin, et Karin C. S. Ngai. « Enhancing Web-Based Mindfulness Training for Mental Health Promotion with the Health Action Process Approach: Randomized Controlled Trial ». *Journal of Medical Internet Research* 17, n° 1 (2015): e8.
- [161] Lazar, Sara W, Catherine E Kerr, Rachel H Wasserman, Jeremy R Gray, Douglas N Greve, Michael T Treadway, Metta McGarvey, et al. « Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness ». *Neuroreport* 16, n° 17 (28 novembre 2005): 1893-1897.

- [162] Hölzel, Britta K, James Carmody, Mark Vangel, Christina Congleton, Sita M Yerramsetti, Tim Gard, et Sara W Lazar. « Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density ». *Psychiatry Research* 191, n° 1 (30 janvier 2011): 36-43.
- [163] Luders, Eileen, Florian Kurth, Arthur W Toga, Katherine L Narr, et Christian Gaser. « Meditation Effects within the Hippocampal Complex Revealed by Voxel-Based Morphometry and Cytoarchitectonic Probabilistic Mapping ». *Frontiers in Psychology* 4 (2013): 398.
- [164] Kurth, Florian, Allan Mackenzie-Graham, Arthur W Toga, et Eileen Luders. « Shifting Brain Asymmetry: The Link between Meditation and Structural Lateralization ». *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 17 mars 2014.
- [165] Taren, Adrienne A, J David Creswell, et Peter J Gianaros. « Dispositional Mindfulness Co-Varies with Smaller Amygdala and Caudate Volumes in Community Adults ». *PloS One* 8, n° 5 (2013): e64574.
- [166] Kang, Do-Hyung, Hang Joon Jo, Wi Hoon Jung, Sun Hyung Kim, Ye-Ha Jung, Chi-Hoon Choi, Ul Soon Lee, Seung Chan An, Joon Hwan Jang, et Jun Soo Kwon. « The Effect of Meditation on Brain Structure: Cortical Thickness Mapping and Diffusion Tensor Imaging ». *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 8, n° 1 (janvier 2013): 27-33.
- [167] Singleton, Omar, Britta K Hölzel, Mark Vangel, Narayan Brach, James Carmody, et Sara W Lazar. « Change in Brainstem Gray Matter Concentration Following a Mindfulness-Based Intervention Is Correlated with Improvement in Psychological Well-Being ». *Frontiers in Human Neuroscience* 8 (2014): 33.
- [168] Davidson, Richard J, Jon Kabat-Zinn, Jessica Schumacher, Melissa Rosenkranz, Daniel Muller, Saki F Santorelli, Ferris Urbanowski, Anne Harrington, Katherine Bonus, et John F Sheridan. « Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation ». *Psychosomatic Medicine* 65, n° 4 (août 2003): 564-570.
- [169] Lutz, Antoine, Julie Brefczynski-Lewis, Tom Johnstone, et Richard J. Davidson. « Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise ». Édité par Bernhard Baune. *PLoS ONE* 3, n° 3 (26 mars 2008): e1897.
- [170] Taylor, Véronique A, Joshua Grant, Véronique Daneault, Geneviève Scavone, Estelle Breton, Sébastien Roffe-Vidal, Jérôme Courtemanche, Anaïs S Lavarenne, et Mario Beauregard. « Impact of Mindfulness on the Neural Responses to Emotional Pictures in Experienced and Beginner Meditators ». *NeuroImage* 57, n° 4 (15 août 2011): 1524-1533.
- [171] Brefczynski-Lewis, J A, A Lutz, H S Schaefer, D B Levinson, et R J Davidson. « Neural Correlates of Attentional Expertise in Long-Term Meditation Practitioners ». *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 104, n° 27 (3 juillet 2007): 11483-11488.

- [172] Lavalley, Christina F, Stanley A Koren, et Michael A Persinger. « A Quantitative Electroencephalographic Study of Meditation and Binaural Beat Entrainment ». *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)* 17, n° 4 (avril 2011): 351-355.
- [173] MacLean, Katherine A, Emilio Ferrer, Stephen R Aichele, David A Bridwell, Anthony P Zanesco, Tonya L Jacobs, Brandon G King, et al. « Intensive Meditation Training Improves Perceptual Discrimination and Sustained Attention ». *Psychological Science* 21, n° 6 (juin 2010): 829-839.
- [174] Zeidan, Fadel, Susan K Johnson, Bruce J Diamond, Zhanna David, et Paula Goolkasian. « Mindfulness Meditation Improves Cognition: Evidence of Brief Mental Training ». *Consciousness and Cognition* 19, n° 2 (juin 2010): 597-605.
- [175] Slagter, Heleen A, Antoine Lutz, Lawrence L Greischar, Andrew D Francis, Sander Nieuwenhuis, James M Davis, et Richard J Davidson. « Mental Training Affects Distribution of Limited Brain Resources ». *PLoS Biology* 5, n° 6 (juin 2007): e138.
- [176] Lutz, Antoine, Heleen A Slagter, Nancy B Rawlings, Andrew D Francis, Lawrence L Greischar, et Richard J Davidson. « Mental Training Enhances Attentional Stability: Neural and Behavioral Evidence ». *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience* 29, n° 42 (21 octobre 2009): 13418-13427.
- [177] Van Leeuwen, Sara, Wolf Singer, et Lucia Melloni. « Meditation Increases the Depth of Information Processing and Improves the Allocation of Attention in Space ». *Frontiers in Human Neuroscience* 6 (2012): 133.
- [178] Naranjo, José Raúl, et Stefan Schmidt. « Is It Me or Not Me? Modulation of Perceptual-Motor Awareness and Visuomotor Performance by Mindfulness Meditation ». *BMC Neuroscience* 13 (2012): 88.
- [179] Delevoye-Turrell, Yvonne Nathalie, et Claudie Bobineau. « Motor Consciousness during Intention-Based and Stimulus-Based Actions: Modulating Attention Resources through Mindfulness Meditation ». *Frontiers in Psychology* 3 (2012): 290.
- [180] Grant, Joshua A, Jérôme Courtemanche, Emma G Duerden, Gary H Duncan, et Pierre Rainville. « Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators ». *Emotion (Washington, D.C.)* 10, n° 1 (février 2010): 43-53.
- [181] Zeidan, Fadel, Katherine T Martucci, Robert A Kraft, Nakia S Gordon, John G McHaffie, et Robert C Coghill. « Brain Mechanisms Supporting the Modulation of Pain by Mindfulness Meditation ». *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience* 31, n° 14 (6 avril 2011): 5540-5548.
- [182] Gard, Tim, Britta K Hölzel, Alexander T Sack, Hannes Hempel, Sara W Lazar, Dieter Vaitl, et Ulrich Ott. « Pain Attenuation through Mindfulness Is Associated with Decreased Cognitive Control and Increased Sensory Processing in the Brain ». *Cerebral Cortex (New York, N.Y.: 1991)* 22, n° 11 (novembre 2012): 2692-2702.

- [183] Lutz, Antoine, Daniel R McFarlin, David M Perlman, Tim V Salomons, et Richard J Davidson. « Altered Anterior Insula Activation during Anticipation and Experience of Painful Stimuli in Expert Meditators ». *NeuroImage* 64 (1 janvier 2013): 538-546.
- [184] Goodman, Matthew J, et John B Schorling. « A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being among Healthcare Providers ». *International Journal of Psychiatry in Medicine* 43, n° 2 (2012): 119-128.
- [185] Martín Asuero, Andrés, Teresa Rodríguez Blanco, Enriqueta Pujol-Ribera, Anna Berenguera, et Jenny Moix Queraltó. « [Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals] ». *Gaceta Sanitaria / S.E.S.P.A.S* 27, no 6 (décembre 2013): 521-28.
- [186] Krasner, Michael S, Ronald M Epstein, Howard Beckman, Anthony L Suchman, Benjamin Chapman, Christopher J Mooney, et Timothy E Quill. « Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes among Primary Care Physicians ». *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 302, n° 12 (23 septembre 2009): 1284-1293.
- [187] Fortney, Luke, Charlene Luchterhand, Larissa Zakletskaia, Aleksandra Zgierska, et David Rakel. « Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study ». *Annals of Family Medicine* 11, n° 5 (octobre 2013): 412-420.
- [188] Flook, Lisa, Simon B Goldberg, Laura Pinger, Katherine Bonus, et Richard J Davidson. « Mindfulness for Teachers: A Pilot Study to Assess Effects on Stress, Burnout and Teaching Efficacy ». *Mind, Brain and Education: The Official Journal of the International Mind, Brain, and Education Society* 7, n° 3 (septembre 2013).
- [189] Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K., Pbert, L., Linderking, W., Santorelli, S. F., Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am. J. Psychiatry* (1992) 149:936-943.
- [190] Miller, J., Fletcher, K. and Kabat-Zin, J., Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen. Hosp. Psychiatry* (1995) 17:192-200.
- [191] Asmaee Majid, S, T Seghatoleslam, Ha Homan, A Akhvast, et H Habil. « Effect of Mindfulness Based Stress Management on Reduction of Generalized Anxiety Disorder ». *Iranian Journal of Public Health* 41, n° 10 (2012): 24-28.
- [192] Boettcher, Johanna, Viktor Aström, Daniel Pålsson, Ola Schenström, Gerhard Andersson, et Per Carlbring. « Internet-Based Mindfulness Treatment for Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial ». *Behavior Therapy* 45, no 2 (mars 2014): 241-253.
- [193] Fish, J A, K Ettridge, G R Sharplin, B Hancock, et V E Knott. « Mindfulness-Based Cancer Stress Management: Impact of a Mindfulness-Based Programme on Psychological Distress and Quality of Life ». *European Journal of Cancer Care*, 10 octobre 2013.

- [194] Parswani, Manish J, Mahendra P Sharma, et Ss Iyengar. « Mindfulness-Based Stress Reduction Program in Coronary Heart Disease: A Randomized Control Trial ». *International Journal of Yoga* 6, n° 2 (juillet 2013): 111-117.
- [195] Warnecke, Emma, Stephen Quinn, Kathryn Ogden, Nick Towle, et Mark R Nelson. « A Randomised Controlled Trial of the Effects of Mindfulness Practice on Medical Student Stress Levels ». *Medical Education* 45, n° 4 (avril 2011): 381-388.
- [196] Carlson, Linda E., Michael Speca, Peter Faris, et Kamala D. Patel. « One year pre–post intervention follow-up of psychological, immune, endocrine and blood pressure outcomes of mindfulness-based stress reduction (MBSR) in breast and prostate cancer outpatients ». *Brain, Behavior, and Immunity* 21, n° 8 (novembre 2007): 1038-1049.
- [197] Bazarko, Dawn, Rebecca A. Cate, Francisca Azocar, et Mary Jo Kreitzer. « The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting ». *Journal of Workplace Behavioral Health* 28, no 2 (avril 2013): 107-33.
- [198] Turakitwanakan, Wanpen, Chantana Mekseepralard, et Panaree Busarakumtragul. « Effects of Mindfulness Meditation on Serum Cortisol of Medical Students ». *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmaihet Thangphaet* 96 Suppl 1 (janvier 2013): S90-95.
- [199] John Teasdale, Zinden Segal, Mark G. Williams, Ridgeway, Soulsby, Lau. Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, no 4 (août 2000): 615-623.
- [200] Ma, S Helen, et John D Teasdale. « Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72, n° 1 (février 2004): 31-40.
- [201] Kuyken, Willem, Sarah Byford, Rod S Taylor, Ed Watkins, Emily Holden, Kat White, Barbara Barrett, et al. « Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76, no 6 (décembre 2008): 966-978.
- [202] Piet, Jacob, et Esben Hougaard. « The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Prevention of Relapse in Recurrent Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *Clinical Psychology Review* 31, no 6 (août 2011): 1032-1040.
- [203] Segal, Zindel V, Peter Bieling, Trevor Young, Glenda MacQueen, Robert Cooke, Lawrence Martin, Richard Bloch, et Robert D Levitan. « Antidepressant Monotherapy vs Sequential Pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or Placebo, for Relapse Prophylaxis in Recurrent Depression ». *Archives of General Psychiatry* 67, n° 12 (décembre 2010): 1256-1264.
- [204] Raes, Filip, James W. Griffith, Katleen Van der Gucht, et J. Mark G. Williams. « School-Based Prevention and Reduction of Depression in Adolescents: A Cluster-Randomized Controlled Trial of a Mindfulness Group Program ». *Mindfulness*, 1-10.

- [205] Rimes, Katharine A, et Janet Wingrove. « Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People with Chronic Fatigue Syndrome Still Experiencing Excessive Fatigue after Cognitive Behaviour Therapy: A Pilot Randomized Study ». *Clinical Psychology & Psychotherapy* 20, n° 2 (avril 2013): 107-117.
- [206] Brotto, Lori A, Yvonne Erskine, Mark Carey, Tom Ehlen, Sarah Finlayson, Mark Heywood, Janice Kwon, et al. « A Brief Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Intervention Improves Sexual Functioning versus Wait-List Control in Women Treated for Gynecologic Cancer ». *Gynecologic Oncology* 125, n° 2 (mai 2012): 320-325.
- [207] Brotto, Lori A, Rosemary Basson, et Mijal Luria. « A Mindfulness-Based Group Psychoeducational Intervention Targeting Sexual Arousal Disorder in Women ». *The Journal of Sexual Medicine* 5, n° 7 (juillet 2008): 1646-1659.
- [208] Brotto, Lori A, Brooke N Seal, et Alessandra Rellini. « Pilot Study of a Brief Cognitive Behavioral versus Mindfulness-Based Intervention for Women with Sexual Distress and a History of Childhood Sexual Abuse ». *Journal of Sex & Marital Therapy* 38, n° 1 (2012): 1-27.
- [209] Skanavi, S, X Laqueille, et H-J Aubin. « [Mindfulness based interventions for addictive disorders: a review] ». *L'Encéphale* 37, n° 5 (octobre 2011): 379-387.
- [210] Bowen, Sarah, Neharika Chawla, Susan E Collins, Katie Witkiewitz, Sharon Hsu, Joel Grow, Seema Clifasefi, et al. « Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial ». *Substance Abuse: Official Publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse* 30, n° 4 (décembre 2009): 295-305.
- [211] Witkiewitz, Katie, et Sarah Bowen. « Depression, Craving, and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, n° 3 (juin 2010): 362-374.
- [212] Bowen, Sarah, Katie Witkiewitz, Seema L Clifasefi, Joel Grow, Neharika Chawla, Sharon H Hsu, Haley A Carroll, et al. « Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized Clinical Trial ». *JAMA Psychiatry*, 19 mars 2014.
- [213] Brewer, Judson A, Sarah Mallik, Theresa A Babuscio, Charla Nich, Hayley E Johnson, Cameron M Deleone, Candace A Minnix-Cotton, et al. « Mindfulness Training for Smoking Cessation: Results from a Randomized Controlled Trial ». *Drug and Alcohol Dependence* 119, n° 1-2 (1 décembre 2011): 72-80.
- [214] Lutz, Antoine, Lawrence L Greischar, David M Perlman, et Richard J Davidson. « BOLD Signal in Insula Is Differentially Related to Cardiac Function during Compassion Meditation in Experts vs. Novices ». *NeuroImage* 47, n° 3 (septembre 2009): 1038-1046.
- [215] Klimecki, Olga M, Susanne Leiberg, Matthieu Ricard, et Tania Singer. « Differential Pattern of Functional Brain Plasticity after Compassion and Empathy Training ». *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9 mai 2013.

- [216] Asuero, Andrés Martín, Jenny Moix Queraltó, Enriqueta Pujol-Ribera, Anna Berenguera, Teresa Rodriguez-Blanco, et Ronald M Epstein. « Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Health Care Professionals: A Pragmatic Controlled Trial ». *The Journal of Continuing Education in the Health Professions* 34, n° 1 (janvier 2014): 4-12.
- [217] Barbosa, Peter, Gaye Raymond, Cheryl Zlotnick, James Wilk, Robert Toomey 3rd, et James Mitchell I 3rd. « Mindfulness-Based Stress Reduction Training Is Associated with Greater Empathy and Reduced Anxiety for Graduate Healthcare Students ». *Education for Health (Abingdon, England)* 26, n° 1 (avril 2013): 9-14.
- [218] De Vibe, Michael, Ida Solhaug, Reidar Tyssen, Oddgeir Friborg, Jan H Rosenvinge, Tore Sørli, et Arild Bjørndal. « Mindfulness Training for Stress Management: A Randomised Controlled Study of Medical and Psychology Students ». *BMC Medical Education* 13, n° 1 (13 août 2013): 107.
- [219] Beckman, Howard B, Melissa Wendland, Christopher Mooney, Michael S Krasner, Timothy E Quill, Anthony L Suchman, et Ronald M Epstein. « The Impact of a Program in Mindful Communication on Primary Care Physicians ». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 87, n° 6 (juin 2012): 815-819.
- [220] Martín Asuero, Andrés, Teresa Rodríguez Blanco, Enriqueta Pujol-Ribera, Anna Berenguera, et Jenny Moix Queraltó. « Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals ». *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S* 27, n° 6 (décembre 2013): 521-528.
- [221] Kabat-Zinn. J., An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry* (1982) 4:33-47.
- [222] Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. and Burney, R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J. Behav. Med.* (1985) 8:163-190.
- [223] Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R. and Sellers, W., Four year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clin. J. Pain* (1986) 2:159-173.
- [224] Garland, Eric L, et Matthew O Howard. « Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement Reduces Pain Attentional Bias in Chronic Pain Patients ». *Psychotherapy and Psychosomatics* 82, n° 5 (2013): 311-318.
- [225] Fox, Sarah D, Ellen Flynn, et Rebecca H Allen. « Mindfulness Meditation for Women with Chronic Pelvic Pain: A Pilot Study ». *The Journal of Reproductive Medicine* 56, n° 3-4 (avril 2011): 158-162.
- [226] Cathcart, Stuart, Nicola Galatis, Maarten Immink, Michael Proeve, et John Petkov. « Brief Mindfulness-Based Therapy for Chronic Tension-Type Headache: A Randomized Controlled Pilot Study ». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 42, n° 1 (janvier 2014): 1-15.

[227] Reiner, Keren, Lee Tibi, et Joshua D Lipsitz. « Do Mindfulness-Based Interventions Reduce Pain Intensity? A Critical Review of the Literature ». *Pain Medicine (Malden, Mass.)* 14, n° 2 (février 2013): 230-242.

[228] Nyklíček, Ivan, Paula M C Mommersteeg, Sylvia Van Beugen, Christian Ramakers, et Geert J Van Boxtel. « Mindfulness-Based Stress Reduction and Physiological Activity during Acute Stress: A Randomized Controlled Trial ». *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 32, n° 10 (octobre 2013): 1110-1113.

[229] Chen, Yu, Xueling Yang, Liyuan Wang, et Xiaoyuan Zhang. « A Randomized Controlled Trial of the Effects of Brief Mindfulness Meditation on Anxiety Symptoms and Systolic Blood Pressure in Chinese Nursing Students ». *Nurse Education Today* 33, n° 10 (octobre 2013): 1166-1172. .

[230] Palta, Priya, G Page, R L Piferi, J M Gill, M J Hayat, A B Connolly, et S L Szanton. « Evaluation of a Mindfulness-Based Intervention Program to Decrease Blood Pressure in Low-Income African-American Older Adults ». *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 89, n° 2 (avril 2012): 308-316.

[231] Barnes, Vernon A, Frank A Treiber, et Maribeth H Johnson. « Impact of Transcendental Meditation on Ambulatory Blood Pressure in African-American Adolescents ». *American Journal of Hypertension* 17, n° 4 (avril 2004): 366-369.

[232] Barnes, Vernon A, Harry C Davis, James B Murzynowski, et Frank A Treiber. « Impact of Meditation on Resting and Ambulatory Blood Pressure and Heart Rate in Youth ». *Psychosomatic Medicine* 66, n° 6 (décembre 2004): 909-914.

[233] Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T. G., Hosmer, D., and Bernhard, J., Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosom. Med.* (1998) 60:625-632

[234] Sephton, Sandra E, Paul Salmon, Inka Weissbecker, Christi Ulmer, Andrea Floyd, Katherine Hoover, et Jamie L Studts. « Mindfulness Meditation Alleviates Depressive Symptoms in Women with Fibromyalgia: Results of a Randomized Clinical Trial ». *Arthritis and Rheumatism* 57, n° 1 (15 février 2007): 77-85.

[235] Lush, Elizabeth, Paul Salmon, Andrea Floyd, Jamie L Studts, Inka Weissbecker, et Sandra E Sephton. « Mindfulness Meditation for Symptom Reduction in Fibromyalgia: Psychophysiological Correlates ». *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 16, n° 2 (juin 2009): 200-207.

[236] Sampalli, Tara, Elizabeth Berlasso, Roy Fox, et Mark Petter. « A Controlled Study of the Effect of a Mindfulness-Based Stress Reduction Technique in Women with Multiple Chemical Sensitivity, Chronic Fatigue Syndrome, and Fibromyalgia ». *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2 (2009): 53-59.

[237] Grossman, Paul, Ulrike Tiefenthaler-Gilmer, Annette Raysz, et Ulrike Kesper. « Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and

3-Year Follow-up Benefits in Well-Being ». *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, n° 4 (2007): 226-233.

[238] Kaliman, Perla, María Jesús Alvarez-López, Marta Cosín-Tomás, Melissa A Rosenkranz, Antoine Lutz, et Richard J Davidson. « Rapid Changes in Histone Deacetylases and Inflammatory Gene Expression in Expert Meditators ». *Psychoneuroendocrinology* 40 (février 2014): 96-107.

[239] Robinson, F Patrick, Herbert L Mathews, et Linda Witek-Janusek. « Psycho-Endocrine-Immune Response to Mindfulness-Based Stress Reduction in Individuals Infected with the Human Immunodeficiency Virus: A Quasiexperimental Study ». *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)* 9, n° 5 (octobre 2003): 683-694.

[240] Gonzalez-Garcia, Marian, Maria Jose Ferrer, Xavier Borrás, Jose A Muñoz-Moreno, Cristina Miranda, Jordi Puig, Nuria Perez-Alvarez, et al. « Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Quality of Life, Emotional Status, and CD4 Cell Count of Patients Aging with HIV Infection ». *AIDS and Behavior*, 28 septembre 2013.

[241] Witek-Janusek, Linda, Kevin Albuquerque, Karen Rambo Chroniak, Christopher Chroniak, Ramon Durazo-Arvizu, et Herbert L Mathews. « Effect of Mindfulness Based Stress Reduction on Immune Function, Quality of Life and Coping in Women Newly Diagnosed with Early Stage Breast Cancer ». *Brain, Behavior, and*

[242] Lengacher, Cecile A, Kevin E Kip, Janice Post-White, Shirley Fitzgerald, Cathy Newton, Michelle Barta, Paul B Jacobsen, et al. « Lymphocyte Recovery after Breast Cancer Treatment and Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Therapy ». *Biological Research for Nursing* 15, n° 1 (janvier 2013): 37-47.

[243] Jacobs, Tonya L, Elissa S Epel, Jue Lin, Elizabeth H Blackburn, Owen M Wolkowitz, David A Bridwell, Anthony P Zanesco, et al. « Intensive Meditation Training, Immune Cell Telomerase Activity, and Psychological Mediators ». *Psychoneuroendocrinology* 36, n° 5 (juin 2011): 664-681.

[244] Lengacher, Cecile A, Richard R Reich, Kevin E Kip, Michelle Barta, Sophia Ramesar, Carly L Paterson, Manolete S Moscoso, et al. « Influence of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Telomerase Activity in Women With Breast Cancer (BC) ». *Biological Research for Nursing*, 30 janvier 2014.

[245] Wells, Rebecca Erwin, Gloria Y Yeh, Catherine E Kerr, Jennifer Wolkin, Roger B Davis, Ying Tan, Rosa Spaeth, et al. « Meditation's Impact on Default Mode Network and Hippocampus in Mild Cognitive Impairment: A Pilot Study ». *Neuroscience Letters* 556 (27 novembre 2013): 15-19.

[246] Gard, Tim, Britta K Hölzel, et Sara W Lazar. « The Potential Effects of Meditation on Age-Related Cognitive Decline: A Systematic Review ». *Annals of the New York Academy of Sciences* 1307, n° 1 (janvier 2014): 89-103.

[247] Smith, Sarah A. « Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress ». *International Journal of Nursing Knowledge*, 26 février 2014.

[248] Raab, Kelley. « Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature ». *Journal of Health Care Chaplaincy* 20, n° 3 (1 juillet 2014): 95-108.

[249] Kemper, Kathi, Sally Bulla, Deborah Krueger, Mary Jane Ott, Jane A McCool, et Paula Gardiner. « Nurses' Experiences, Expectations, and Preferences for Mind-Body Practices to Reduce Stress ». *BMC Complementary and Alternative Medicine* 11 (2011): 26.

[250] Hopper, I, et M Cohen. « Complementary Therapies and the Medical Profession: A Study of Medical Students' Attitudes ». *Alternative Therapies in Health and Medicine* 4, n° 3 (mai 1998): 68-73.

[251] Loh, Kah Poh, Hatem Ghorab, Eric Clarke, Ronan Conroy, et James Barlow. « Medical Students' Knowledge, Perceptions, and Interest in Complementary and Alternative Medicine ». *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)* 19, n° 4 (avril 2013): 360-366.

[252] Black, David S, Joel Milam, et Steve Sussman. « Sitting-Meditation Interventions among Youth: A Review of Treatment Efficacy ». *Pediatrics* 124, n° 3 (septembre 2009): e532-541.

[253] Erogul, Mert, Gary Singer, Thomas McIntyre, et Dimitre G. Stefanov. « Abridged Mindfulness Intervention to Support Wellness in First-Year Medical Students ». *Teaching and Learning in Medicine* 26, no 4 (2014): 350-56.

[254] Quellard O. analyse qualitative des facteurs influençant le taux de réponse à l'étude No Burn Out. Thèse de 2014.

[255] Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1983, 67, 361-370.

[256] « Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale » Services des bonnes pratiques professionnelles. Haute Autorité de Santé. Octobre 2013.

[257] Lépine J.P., Godchau M., Brun P., Lempérière T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol.* 1985 a ; 143 (2) : 175-89

[258] Lépine J.P., Godchau M., Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet.* 1985 b ; 2 (8469-70) : 1425-26

[259] Langevin V., François M., Boini S, Riou A. (2011, 3^{ème} trimestre) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Documents pour le Médecin du Travail.* INRS. N°127, p. 481-485

ANNEXES

Annexe 1. Questionnaire socio-démographique

Données personnelles	Sexe	Femme / Homme
	Statut Matrimonial	Célibataire / Marié(E) ou PACSÉ(E) / Union libre
	Nombre d'enfants	0 / 1 / 2 / 3 / > 3
	Année de formation	DFGSM3 / DFASMI / DCEM3 / DCEM4 / 1ère année d'internat / 2ème année d'internat / 3ème année d'internat / 4ème année d'internat / 5ème année d'internat et plus / 1ère année d'ESF / 2ème année d'ESF / 3ème année d'ESF / 4ème année d'ESF
Stage actuel	Lieu de stage actuel :	CHU / Hôpital périphérique / Libéral
	Charge horaire de travail hebdomadaire :	< 15 h / De 15 à 20 h / De 20 à 30 h / De 30 à 50 h / De 50 à 60 h / > 60 h
	Nombre de garde par mois :	0 / De 1 à 2 / De 3 à 4 / De 5 à 6 / > 6
	Nombre de journée(s) de libre par semaine :	0 / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7
	Nombre de semaines de vacances les 3 derniers mois :	0 / 1 / 2 / 3 / > 3
	Temps consacré au travail personnel estimé suffisant :	Oui / Non
	Temps consacré aux loisirs estimé suffisant :	Oui / Non
	Prise en charge fréquente de patients en fin de vie, soins palliatifs et annonce de diagnostic grave :	Oui / Non
	Facilité de recours aux seniors :	Oui / Non
	Crainte des erreurs médicales :	Non / Peu fréquentes / Fréquentes
	Trouvez-vous vos connaissances théoriques suffisantes et adaptées pour votre pratique actuelle ?	Oui / Non
	Comment estimez-vous quantitativement l'importance de vos obligations administratives en lien avec la prise en charge du patient : courriers, certificats, ... ?	Peu importante / Moyenne / Importante
	Travail reconnu à sa juste valeur :	Oui / Non
	Avez-vous déjà été déprécié(e) ou humilié(e) ?	Oui / Non
	Vous vous êtes fait crier dessus :	Oui / Non
	Avez-vous subi des violences physiques ?	Oui / Non
	Avez-vous été victime de harcèlement sexuel ?	Oui / Non
	Êtes-vous victime de discrimination de la part d'autres spécialités médicales ou paramédicales ?	Oui / Non
Êtes-vous en période d'examen ou d'évaluation ?	Oui / Non	
Santé	Nombre de cigarettes par jour :	Je ne fume pas / < 5 / De 5 à 10 / De 10 à 20 / > 20
	Prise d'anxiolytique et/ou hypnotique au cours de ces 3 derniers mois :	Oui / Non
	Bénéficiez-vous d'une prise en charge psychiatrique/psychologique ?	Oui / Non
	Prise d'alcool quotidienne :	Oui / Non
	Avez-vous eu des pensées suicidaires au cours de l'année dernière ?	Oui / Non
	La qualité de votre sommeil est :	Bonne / Moyenne / Mauvaise
	Nombre d'absence au travail ces 3 derniers mois pour raison de santé :	Aucune < 3 jours / De 3 à 7 jours / > 7 jours
Pour finir	Vous sentez-vous menacé(e) par le syndrome d'épuisement professionnel ?	Pas du tout / Quelques jours par mois / Moins d'une fois par semaine / Plusieurs fois par semaine / Quotidiennement
	Avec qui parlez-vous le plus du stress ressenti ?	Les internes / Un médecin / Les proches / Pas du tout
	Quelle est votre orientation professionnelle ?	Libérale / CHU / Autre activité hospitalière / Je ne sais pas
	Avez-vous déjà envisager d'arrêter votre formation ?	Oui / Non
	Si oui, dans quel délai ?	Le jour même / Dans un mois / Dans un an / Sans réponse
	Referiez-vous les mêmes études ?	Oui / Non

Annexe 2. MASLACH BURN OUT INVENTORY (MBI)

	0-jamais	1-quelques fois par an	2-une fois par mois	3-quelques fois par mois	4-une fois par semaine	5-quelques fois par semaine	6-chaque jour
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Je sens que je craque à cause de mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Je me sens plein(e) d'énergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Je me sens frustré(e) par mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients/clients/élèves	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Je me sens au bout du rouleau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22-J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Interprétation :

- Pour le score d'Épuisement Émotionnel (EE) : additionner les questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 ;
- Pour le score de Dépersonnalisation (DP) : additionner les questions 5, 10, 11, 15, 22 ;
- Pour le score d'Accomplissement Personnel (AP) : additionner les questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Score	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Élevé	≥ 30	≥ 12	0-33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	0-17	0-5	≥ 40

Un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou un score bas d'accomplissement personnel suffit pour parler de burn out.

En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de gravité.

Le degré de burn out est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Annexe 3. INTERPERSONAL REACTIVITY INDEX de Davis (IRI)

INDEX DE REACTIVITE INTERPERSONNELLE

Nom : Prénom : Sexe : Homme Femme Date :

Le questionnaire suivant concerne vos pensées et vos sentiments dans différentes situations. Pour chaque item, indiquez dans quelle mesure la phrase vous correspond en choisissant la lettre appropriée sur l'échelle décrite en haut de cette page: A, B, C, D, ou E. Quand vous avez choisi votre réponse, cochez la lettre sur la feuille de réponse à côté du numéro de l'item. LISEZ CHAQUE ITEM ATTENTIVEMENT AVANT DE RÉPONDRE. Répondez le plus honnêtement possible. Merci.

Echelle de cotation :

A	B	C	D	E
Ne me décrit pas vraiment				Me décrit très bien

1. J'imagine et fantasme assez régulièrement sur des choses qui pourraient m'arriver. (FS)
2. Je suis souvent sensible à l'égard des gens qui ont moins de chance que moi et me préoccupe de leur sort. (EC)
3. J'ai parfois des difficultés à imaginer les choses du point de vue d'une autre personne. (PT) (-)
4. Parfois, je ne me sens pas vraiment désolé pour les autres lorsqu'ils ont des problèmes. (EC) (-)
5. Je m'identifie complètement par les sentiments aux personnages d'un roman (FS)
6. Dans les situations d'urgences, je me sens inquiet et mal à l'aise. (PD)
7. Je suis habituellement objectif (ve) lorsque je regarde un film ou une pièce de théâtre, et je ne me laisse pas souvent captiver entièrement dans l'action. (FS) (-)
8. En cas de désaccord, j'essaie de considérer le point de vue de chacun avant de prendre une décision (PT)
9. Lorsque je vois que l'on profite de quelqu'un, j'éprouve une certaine envie de le protéger. (EC)
10. Quand je me retrouve dans une situation très émouvante, je me sens parfois incapable de réagir. (PD)
11. J'essaie parfois de mieux comprendre mes amis en imaginant comment les choses se présentent de leur point de vue. (PT)
12. Se sentir totalement impliqué dans un bon livre ou un bon film est assez rare pour moi. (FS) (-)
13. Lorsque je vois quelqu'un souffrir, j'ai tendance à garder mon sang froid. (PD) (-)
14. Habituellement, le malheur des autres ne me perturbe pas particulièrement. (EC) (-)
15. Si je suis sûr que j'ai raison, je ne perds pas mon temps à écouter les arguments des autres. (PT) (-)
16. Après avoir vu une pièce de théâtre ou un film, il m'est arrivé de me sentir dans la peau d'un des personnages (FS)
17. Je suis effrayé à l'idée de me retrouver dans une situation émotionnellement tendue. (PD)
18. Lorsque je vois une personne traité injustement, il m'arrive parfois de ne pas ressentir beaucoup de pitié pour elle. (EC) (-)
19. Je suis habituellement efficace dans la gestion des situations d'urgences. (PD) (-)
20. Je suis souvent touché (e) par des événements dont je suis témoin. (EC)
21. Je crois qu'il y a deux facettes à chaque question et j'essaie de prendre en considération toutes les deux. (PT)
22. Je me décrirais comme une personne qui s'attendrit plutôt facilement. (EC)
23. Lorsque je regarde un bon film, je peux très facilement me mettre à la place d'un des personnages principaux (FS)
24. J'ai tendance à perdre mon sang-froid dans les situations d'urgence. (PD)
25. Quand je suis en colère contre quelqu'un, j'essaie généralement de me mettre à sa place un instant. (PT)
26. Lorsque je lis un roman (ou une histoire) intéressant, j'imagine comment je me sentirais si les événements de l'histoire m'arrivaient. (FS)
27. Quand je vois quelqu'un qui a vraiment besoin d'aide dans une situation d'urgence, je perds mes moyens. (PD)
28. Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place. (PT)

NOTE: (-) Indique les items dont le score est inversé
PT = Items sur la capacité à envisager différents points de vue (Perspective taking)
FS = Items sur les fictions (Fantasy)
EC = Items sur l'empathie (Empathic concern)
PD = Item sur la détresse personnelle (Personal Distress)

A = 0
B = 1
C = 2
D = 3
E = 4

Excepté pour les items inversés, qui sont cotés :

A = 4
B = 3
C = 2
D = 1
E = 0

Chaque sous-échelle donne un score compris entre 0 et 28.

Empathie cognitive = PT + F

Empathie émotionnelle = EC + PC

Cotation proposée par Shamay-Tsoory (2009)

A = -2
B = -1
C = 0
D = +1
E = +2

Excepté pour les items inversés, qui sont cotés :

A = +2
B = +1
C = 0
D = -1
E = -2

L'empathie cognitive est obtenue par la moyenne des scores de PT et FS (PT : perspective taking, FS : Fantasy scale) : entre -14 et +14 points

L'empathie émotionnelle est obtenue par la moyenne des scores de EC et PD (EC : empathic concern, personal distress) : entre -14 et + 14 points

Echelle d'empathie –Index de réactivité personnelle (IRI) de Davis ; traduction française : N. Jaafari ; M.H Davis et R. Gil. 2014. Validation : N. Jaafari *et al.*, à paraître.

Annexe 4. HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE (Échelle HAD)

Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale)
de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante est proposée pour chacun des scores (A et D) par la Haute Autorité de Santé :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Annexe 5. Exercice du raisin sec

1. Placer un grain de raisin dans votre main. Imaginez que vous arriviez de l'espace et que vous n'avez encore jamais vu ni goûté du raisin. Pendant plusieurs minutes, contemplez la couleur et la texture de ce grain de raisin. Explorez les plis et les creux de sa peau, voyez comment ce grain de raisin reflète la lumière quand vous le retournez, et remarquez tous les détails. Observez la manière dont vos doigts tiennent et font tourner délicatement le grain de raisin, avec précision et conformément à ce que vous voulez.

2. Approchez le grain de raisin de votre nez. Ressentez les sensations dans votre bras pendant que vous amenez le grain de raisin vers vos narines. Tout en inspirant, remarquez si ce raisin a une odeur, et si oui, appréciez-en la qualité. S'il n'en a pas, notez ce que vous ressentez alors continuez cette pratique de l'exercice pendant quelques minutes.

3. Observez s'il y a des pensées qui traversent votre esprit...

4. Portez le grain de raisin à votre oreille. Faites-le tourner doucement entre votre pouce et vos autres doigts, et écoutez le bruit éventuellement produit. Peut-être percevez-vous un léger crépitement, à moins qu'il n'y ait aucun bruit. Ensuite, abaissez votre bras vers sa position initiale.

5. Faites pivoter le grain de raisin entre vos doigts. Remarquez la texture du grain de raisin. Fermez les yeux pour pouvoir mieux vous concentrer sur le toucher. Sentez la forme de l'objet, ainsi que son poids. Pressez doucement le grain de raisin et voyez si cela vous permet d'en percevoir le contenu.

6. Rapprochez le grain de raisin de votre bouche. Est-ce que cela vous fait saliver ? Si oui, votre corps a déjà commencé le premier stade de la digestion. Touchez doucement le grain de raisin du bout des lèvres, supérieures et inférieures, pour voir quelles sensations vous pouvez détecter. Placez le grain de raisin sur votre langue. Sans le croquer. Eprenez-vous une forme de soulagement, ou bien une frustration ? Sentez le poids du grain de raisin sur votre langue. Déplacez le grain de raisin dans votre bouche, en remarquant l'habileté de votre langue à accomplir cette tâche. Placez le grain de raisin entre deux dents, et refermez la bouche lentement pour le croquer doucement. Observez le phénomène du goût et de l'ingestion. Suivez attentivement la série d'expériences qui se produisent, notamment le changement de goût et l'évolution de la consistance du raisin pendant qu'il se brise doucement et se dissout. Soyez conscient de vous-même en train de le mâcher et de la manière dont vous commencez automatiquement à avaler. Poursuivez cette expérience jusqu'à ce que vous ayez fini de manger ce grain de raisin.

7. Remarquez le goût que ce raisin laisse dans votre bouche une fois que vous avez fini de le manger.

Annexe 6. Débriefing de l'exercice du raisin sec

Les fondateurs de la MCBT expliquent dans leur livre que « Cet exercice [*du raisin sec*] est un exemple de ce que nous allons faire. La pratique de la méditation pleine conscience consiste à apporter de la conscience dans nos activités de tous les jours, pour savoir ainsi ce qui se passe et pouvoir, en fait, changer la nature de l'expérience. Si vous êtes pleinement conscients des pensées, des sentiments (ressentis mentaux, feelings) et des sensations corporelles de la manière entraperçue dans l'exercice du raisin, vous pouvez en fait changer l'expérience ; vous avez plus de choix et plus de liberté. » [154]

Il permet de se rendre compte que notre manière habituelle de prêter attention aux choses est extrêmement limitée. Ce petit exercice permet de découvrir directement une autre manière de vivre une expérience. En mangeant ainsi, nous savons que nous mangeons ; nous mangeons en pleine conscience. Certains remarquent que le goût du raisin est plus intense qu'habituellement ou qu'il est différent, que les grains de raisin sont plus perceptibles que d'habitude, etc... C'est ainsi qu'en se reliant à nos sens, nous passons du mode pilote automatique au mode de l'attention consciente.

Il faut comprendre par pilote automatique le fait que lorsque nous faisons quelque chose comme manger, se brosser les dents, faire la vaisselle, nous nous comportons mécaniquement. D'une part, nous sommes dans l'action, dans le faire et non plus dans l'être, et d'autre part, notre esprit est souvent absent, passif, en mode automatique, pris par des pensées et déconnecté de l'expérience présente.

Le but de la pleine conscience est au contraire d'augmenter la conscience de ce que nous faisons, ici et maintenant, au moment présent de la situation que nous traversons. On comprend alors que la méditation pleine conscience est en fait un concept très simple, applicable partout et à tout moment de la journée.

Et le fait de prendre conscience de ce que l'on fait à un certain moment de la journée et de le faire en pleine conscience c'est le principe même de la méditation que l'on appelle « méditation informelle ». Et nous allons justement parler de ce type de méditation dans la partie suivante.

Annexe 7. Explications de la méditation informelle

Les pratiques informelles consistent à rester concentré dans ce que l'on fait, dans une attitude méditative.

Elle permet de cultiver sa capacité à porter aux choses une attention consciente et d'entraîner son esprit à vivre le moment présent plutôt que de vagabonder mentalement entre le passé et l'avenir comme nous le faisons sans cesse. L'exercice du raisin sec que nous venons de réaliser est un exercice de méditation informelle.

Pratiquer la méditation informelle, c'est très simple. Vous pouvez le faire n'importe où, n'importe quand et pendant la durée que vous souhaitez. Il vous suffit de choisir une activité de routine et essayer de faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité.

Par exemple, lorsque vous vous brossez les dents, lorsque vous vous douchez, vous vous habillez, vous faites des courses, etc... C'est à vous de choisir l'activité et le moment que vous pensez être les plus adaptés.

Annexe 8. Scanner corporel

1. Allongez vous confortablement sur le dos, dans un endroit où la température est agréable et où vous ne serez pas dérangé. Vous pouvez vous mettre sur un tapis ou sur une couverture posée au sol ou bien sur votre lit, dans un endroit chaleureux et calme. Les bras sont étendus le long du corps, sans le toucher, les paumes des mains ouvertes vers le ciel et les pieds éloignés l'un de l'autre. Laissez vos yeux se fermer doucement.

2. Prenez un moment pour être en contact avec le mouvement de votre respiration et avec les sensations que vous sentez dans votre corps. Quand vous êtes prêt, prenez conscience des sensations physiques dans votre corps, particulièrement les sensations de contact et de pression, les points où votre corps entre en contact avec le sol ou le lit. A chaque expiration, laissez-vous vous enfoncer plus profondément dans le tapis ou le lit.

3. Rappelez-vous l'objectif de cet exercice. Son but n'est pas de se sentir différent, détendu ou calme ; ceci peut se produire ou pas. N'oublions pas que du point de vue de la pleine conscience, tant que vous respirez, vous êtes dans le vrai, quelque soit l'état de votre corps et son histoire, quelque soit votre situation du moment. L'intention est plutôt de prendre conscience le mieux que vous pouvez de toutes les sensations que vous détectez quand vous concentrez votre attention sur chaque partie du corps tour à tour.

4. Sentez l'air dans tout de votre corps, sa caresse sur votre peau lorsqu'il se déplace, même subtilement dans la pièce, et quand il passe sous la forme de votre souffle à l'intérieur de votre corps. Puis portez doucement votre attention sur la respiration en sentant les vagues alternées de ce souffle quand vous inspirez inspirez et quand vous expirez. Prenez conscience des sensations physiques dans le bas de l'abdomen, en vous rendant compte des différences de sensations dans la paroi abdominale quand vous inspirez et quand vous expirez. Prenez du temps pour sentir les sensations quand vous inspirez et quand vous expirez. Et tranquillement, voyez si vous pouvez vous ouvrir à la conscience de votre corps. Et vous y installer, d'instant en instant, inspiration après expiration.

5. Maintenant quand vous vous sentez prêts, quittez la sensation du corps dans son ensemble et dirigez votre attention le long de votre jambe gauche, et faites-la glisser en bas de votre jambe, dans le pied, puis jusqu'aux orteils du pied gauche.

Concentrez-vous tour à tour sur chacun des orteils du pied, doucement, gentiment, en étudiant avec une curiosité bienveillante la qualité des sensations que vous ressentez.

Peut-être noterez-vous la sensation de contact entre les orteils, la sensation de picotement, la chaleur, un engourdissement ou aucune sensation particulière.

6. Quand vous êtes prêt, lors d'une inspiration, sentez ou imaginez le souffle entrer dans les poumons, et puis descendre vers le bas de l'abdomen, dans la jambe gauche, le pied gauche, et jusqu'aux orteils du pied gauche. Puis, lors de l'expiration, sentez ou imaginez le souffle faisant le chemin en sens inverse, passant par la plante du pied, dans la jambe, vers par le haut de l'abdomen, la poitrine et le nez.

7. Maintenant, quand vous êtes prêt, lors d'une expiration, laissez aller la conscience hors de vos orteils, et prenez conscience des sensations dans le bas de votre pied gauche –portez votre conscience avec bienveillance et persistance sur la plante du pied, la cambrure, le talon. Expérimentez les sensations, quelles qu'elles soient, en les accompagnant de votre respiration- en étant conscient de votre souffle à l'arrière-plan, alors qu'à l'avant-plan, vous explorez les sensations du bas du pied.

8. Laissez maintenant la conscience se déployer dans le reste du pied, vers la cheville, le dessus du pied, et entrez dans les os et les articulations. Prenez conscience de toutes les sensations ou les absences de sensations comme nous l'avons fait avec les orteils. Respirez dans ces parties du pied et à partir d'elles, d'instant en instant, tranquillement allongé et ramenez doucement votre esprit vers elles chaque fois qu'il est distrait par des pensées.

9. Quand vous êtes prêts, sur une expiration, quittez l'ensemble du pied gauche pour plonger dans un plus grand calme, une plus grande conscience et porter votre attention sur le bas de la jambe gauche, le tibia, le mollet, en surface et en profondeur, ouvert à toutes sensations qui pourraient s'y produire. Invitez votre conscience à s'installer maintenant dans cette partie de votre corps en la laissant être comme elle est déjà et rester la très consciemment en acceptant les sensations ressenties. En respirant avec elle d'instant en instant.

Et quand vous êtes prêt, sur une expiration, passez du bas de la jambe au genou gauche, concentrez votre attention sur lui. Ouvrez vous à toutes sensations en respirant avec votre genou.

Et quand vous êtes prêt, sur une expiration, quittez votre genou pour le haut de la jambe, la cuisse gauche jusqu'à l'aîne vers l'intérieur, jusqu'à la hanche gauche vers l'extérieur. En sentant l'ensemble de cette région de votre corps, en ressentant l'ensemble des sensations qui s'y produisent, d'instant en instant.

10. Et quand vous êtes prêt, lors d'une inspiration, sentez ou imaginez le souffle entrer dans les poumons, et puis descendre vers le bas de l'abdomen, dans la jambe droite, le pied, et jusqu'aux orteils du pied droit. Prenez un moment pour y rentrer vraiment en distinguant chaque orteil les un des autres en portant une attention bienveillante aux différentes sensations qui s'y présentent ; le contact entre les orteils là où ils se touchent, chaleur, picotement, humidité, insensibilité, que vous ayez ou non des sensations peu importe, sentez simplement vos orteils comme ils sont.

Et sur une expiration, laissez les orteils pour passer au pied droit. Sentez la plante du pied droit, le dessus du pied et la cheville en respirant avec l'ensemble du pied droit, d'instant en instant. Avec ses sensations, quoi que vous ressentiez, maintenez votre attention du mieux possible dans cette région du corps, en respirant tranquillement.

Et à nouveau, quand vous êtes prêt, sur une expiration, déplacez votre attention du pied droit vers la jambe droite en y incluant le genou et laissez votre conscience remplir et baigner cette région du corps. Attentif à toutes les sensations qui pourraient s'y produire.

Et quand vous êtes prêt, sur une expiration, quittez le bas de la jambe et le genou et imaginez que vous les voyez se dissoudre tandis que vous remontez vers le haut de la jambe droite vers la cuisse accueillant ce qui peut y être reconnu et senti depuis le haut du genou droit jusqu'à l'aîne vers l'intérieur, jusqu'à la hanche droite vers l'extérieur, quelque soit ces

sensations en étant aussi précis que possible sur leur nature, sensation de lourdeur, de légèreté, de tout autre chose.

Et quand vous êtes prêt, inspirez dans l'ensemble de la cuisse droite et à l'expiration quittez la pour passer maintenant dans la région du bassin. Conscient des hanches, du bas ventre, des fesses, en contact avec le matelas ou le lit. Accueillant en conscience l'ensemble de cette zone en portant attention à toute sensation ou absence de sensation qui pourraient s'y trouver.

Et quand vous êtes prêt, quittez l'ensemble du bassin sur une expiration en le regardant se détendre et en vous enfonçant plus profondément encore dans le calme et la conscience. Entièrement présent à l'instant, satisfait d'être simplement là, comme vous êtes, maintenant.

11. Dirigez maintenant votre attention sur le bas du dos. Sur la région lombaire, le sacrum, la base du bassin. Respirez avec toutes les sensations qui pourraient survenir, tandis que vous portez attention au bas de notre dos, en laissant votre souffle pénétrer l'ensemble de la zone, en laissant les sensations éventuelles être telles qu'elles sont, en les accueillant dans notre conscience en permettant à toute tension ou contraction, toute compression ou crispation d'être là, en conscience et en les invitant à s'évacuer dans chaque expiration autant qu'elles le veulent.

12. Sur une expiration, quittez maintenant le bas du dos pour remonter vers le ventre, jusqu'à la limite inférieure de la cage thoracique, vers l'ensemble de cette région.

Sentez le ventre gonfler à chaque inspiration, redescendre vers la colonne vertébrale à chaque expiration. Vous êtes en contact avec toutes les sensations présentes dans la zone, vous reconnaissez toute pensée ou émotion qui peut surgir et s'éloigner et vous restez là, en conscience d'instant en instant, inspiration après expiration.

Et maintenant, quand vous êtes prêt, prenez une inspiration lente, profonde, intentionnelle et sentez là remplir l'ensemble de l'abdomen, gardez là un moment avant d'expirer tranquillement. Et pendant que votre souffle se dissout dans l'air, imaginez votre abdomen se dissoudre et s'effacer.

13. Centrez maintenant votre attention sur le haut du torse, sur la cage thoracique, la poitrine, le haut du dos, les omoplates, les clavicules, les épaules, en respirant tranquillement avec toutes les sensations présentes dans cette région de notre corps.

Voyez si vous pouvez entrer en contact avec les battements de votre cœur et sentir la cage thoracique s'élargir et se contracter tandis que les poumons s'emplissent et se vident de votre souffle. Et toujours attentif aux sensations de contractions et de tensions qui ont pu s'accumuler dans cette région, aux pensées et émotions qui peuvent aussi surgir et s'estomper, vous restez là, encore un moment.

Quand vous êtes prêt, prenez une longue et profonde inspiration. Gardez là un moment dans vos poumons en sentant comme votre cage thoracique s'est élargie sur le devant, sur les côtés, et dans le dos également avant de laisser l'expiration se faire. Et tout en expirant, voyez ce qui se passe quand votre esprit abandonne aussi cette partie de votre corps.

14. Reportez maintenant votre attention sur vos mains, la droite et la gauche en même temps. Sentez les sensations de vos doigts, de vos pouces, de la paume et du dos de vos mains. Et remontez jusqu'aux poignets et aux avant bras, jusqu'au coude, jusqu'au bras, aux aisselles,

aux épaules, en sentant maintenant l'ensemble de vos bras et de vos mains, depuis le bout des doigts jusqu'aux épaules, d'instant en instant, tranquillement allongé là.

Et quand vous êtes prêt, encore sur une expiration, quittez maintenant vos bras, vos épaules avec le souffle et en vous enfonçant de plus en plus dans la conscience elle-même, en étant simplement présent à l'instant, l'instant sans durée, en laissant se dissoudre autant que possible toute pensée qui surgirait toute impulsion de bouger en restant simplement là, dans le ressenti de vous-même en toute conscience.

15. Passez maintenant à la région du cou et de la gorge en vous ouvrant à tout ce qui peut y être ressenti. Prenez conscience de toute raideur ou fatigue ou autre sensation, y compris celles de la gorge ou du larynx en gardant simplement cette région en conscience, comme elle est, d'instant en instant. Inspiration après expiration.

16. Et quand vous êtes prêt, sur une expiration, quittez le cou et la gorge, laissez les s'effacer, se dissoudre tandis que vous abordez la région de la tête, du visage, autre lieu d'accumulation de tension au cours de la journée. Vous ressentez comme ils sont dans l'instant, attentif à l'endroit où la tête est en contact avec la surface sur laquelle vous reposez.

En ayant la sensation de l'ensemble du visage tel qu'il est, sentez l'air aller et venir par vos narines, les sensations du menton et de la mâchoire, les lèvres, la bouche, les dents, la langue, l'ensemble du nez, les joues et les oreilles. Portez attention aux sons qui parviennent à vos oreilles.

Puis passez à la région des yeux et à ce que vous captez s'ils sont ouverts, les paupières, les sourcils, l'espace entre les sourcils, le front, l'ensemble du cuir cheveu et du crâne. Permettez à votre conscience de prendre et d'accueillir l'ensemble de votre tête et de votre visage, tels qu'ils sont dans l'instant, en respirant avec eux. En les ressentant consciemment, tranquillement allongé là, d'instant en instant. Et reconnaissez aussi comme vous l'avez déjà fait, toute pensée ou émotion qui pourraient vous traverser l'esprit.

Quand vous êtes prêt, prenez une longue et profonde inspiration. Faites la circulez dans votre visage, votre tête et à l'expiration, quittez cette partie de votre corps en la regardant se dissoudre paisiblement dans un calme et une détente naturelle comme votre souffle.

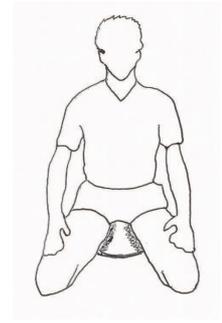
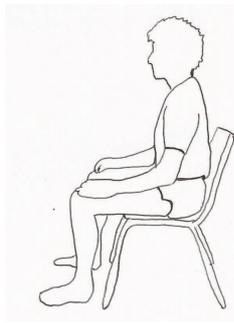
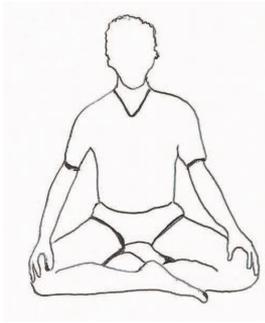
17. Vous pouvez inviter maintenant votre conscience à irriguer tout votre corps depuis les orteils et la plante des pieds, en remontant le long de vos jambes puis par votre torse, vos mains, vos bras, vos épaules, votre cou et votre visage jusqu'au sommet de votre tête.

Demeurez maintenant en pleine conscience, immobile, dans un silence, un éveil intérieur profond. Allongez la, tel que vous êtes, dans la complétude de votre corps, en contact avec cette complétude, lieu de bien-être dans lequel vos limites ne vous contraignent pas, ouvert aux choses telles qu'elles sont.

Voyez combien cette expérience, ce calme, cette conscience, sont en eux-mêmes profondément bienfaisants.

18. L'exercice est maintenant terminé. Rappelez-vous que cette conscience est là ou que vous soyez, toujours aussi proche de vous que votre souffle et que l'instant présent.

Annexe 9. Méditation assise de 15 minutes



1. Installez-vous dans une position assise confortable qui exprime votre vigilance et votre dignité. Soit sur une chaise à dos droit soit sur une surface molle sur le sol, vos fesses sur des coussins ou un tabouret bas. Si vous utilisez une chaise, il est préférable de s'asseoir en avant du dos de la chaise, de telle sorte que votre colonne ne s'y appuie pas. Si vous êtes assis sur le sol, arrangez-vous pour que vos genoux touchent vraiment le sol ; testez la hauteur des coussins ou de la chaise jusqu'à ce que vous vous sentiez confortablement et fermement soutenu.

2. Permettez à votre dos d'adopter une posture droite, digne et confortable. Si vous êtes assis sur une chaise, placez vos pieds à plat sur le sol, et décroisez vos jambes. Cette position permet à votre cou et à votre tête de trouver leur équilibre sur vos épaules et à votre buste de rester droit sans raideur. Vos mains sont posées sur vos genoux ou l'une dans l'autre, reposant sur vos cuisses, permettant à vos épaules d'être détendues et tombantes. Votre bassin soutient le haut de votre corps. Vous sentez son contact avec le coussin ou la chaise. Fermez doucement les yeux si cela vous semble préférable ; sinon, laissez votre regard se poser sur le sol à 1,50 ou 2 m devant vous.

3. Assis confortablement, vous êtes présent à votre corps, stable, posé et en même temps dressé vers le ciel. Amenez votre conscience au niveau des sensations physiques en centrant votre attention sur l'impression de contact et de pression dans votre corps lorsqu'il rentre en contact avec le sol, quelque soit le support sur lequel vous êtes assis. Prenez un peu de temps pour explorer ces sensations.

4. A présent amenez votre conscience vers l'ensemble des sensations physiques dans l'abdomen lorsque votre souffle entre et sort de votre corps, vers votre ventre qui se gonfle à l'inspiration et se dégonfle à l'expiration, vers le passage de l'air dans vos narines ou vers l'endroit où vos sensations de respiration sont les plus nettes pour vous. Et ressentez simplement le souffle qui entre et qui sort. Suivez le va et vient de la respiration avec toute l'attention dont vous êtes capable, d'instant en instant, inspiration après expiration.

5. Centrez votre conscience sur les sensations de léger étirement lorsque la paroi abdominale s'élève à chaque inspiration, et de doux dégonflement lorsqu'elle retombe à chaque

expiration. De votre mieux, suivez avec votre conscience les sensations physiques fluctuantes dans le ventre et tout le trajet du souffle lorsqu'il pénètre dans votre corps à l'inspiration, et le chemin du souffle lorsqu'il quitte votre corps à l'expiration. Peut-être remarquez-vous de légères pauses entre une inspiration et l'expiration suivante, et entre une expiration et l'inspiration suivante.

6. Il ne s'agit pas d'essayer de contrôler la respiration, en aucune manière, laissez seulement la respiration respirer d'elle-même. De votre mieux, transposez également cette attitude de permettre, d'admettre, à l'ensemble de votre expérience. Il n'y a rien qui doit être solutionné, aucun état particulier à atteindre. De votre mieux, permettez seulement à votre expérience d'être votre expérience, sans besoin qu'elle ne soit autre que ce qu'elle est.

7. Il vaut mieux rester attentif à votre souffle dans le même endroit de votre corps pendant tout l'exercice au lieu de passer d'un endroit à l'autre. C'est un moyen de développer une plus grande familiarité, une plus grande intimité avec son souffle, pour une meilleure stabilité d'attention. On laisse donc le souffle aller et venir comme il veut, en le sentant entrer et sortir librement, d'instant en instant, inspiration après expiration.

8. Vous allez très vite découvrir qu'il n'est pas si facile de garder son attention fixée sur sa respiration. On réalise rapidement que l'esprit a sa vie propre et va invariablement s'envoler vers le passé ou vers l'avenir, ... faire des projets, s'inquiéter, apprécier, rêver, s'impatienter, s'ennuyer ou même s'assoupir. C'est parfaitement normal et sans problème. Quoi qu'il fasse, quelque soit la chose qu'il l'attire, c'est bien. S'évader et s'absorber dans une activité, c'est son rôle ; ce n'est ni une erreur ni un échec.

9. Donc, quand vous remarquez que votre esprit n'est plus concentré sur votre respiration, vous pouvez même vous féliciter, puisque vous êtes déjà suffisamment revenu à l'exercice pour vous en rendre compte. Vous êtes conscient de ce qui vous arrive. Notez ce qui l'occupe dans l'instant puis cessez simplement d'y penser. Ce qui ne veut pas dire chassez ces pensées mais les reconnaître, les accepter, les laisser vivre leur vie, et ramenez doucement votre esprit vers votre ventre, vos narines, cette phase de la respiration à laquelle vous en êtes actuellement, inspiration ou expiration, et ainsi remettre le centre d'attention de la respiration au premier plan de la conscience.

10. Et si l'esprit s'évade un milliers de fois, ce qu'il fera certainement, chaque fois qu'on en prendra conscience, on regardera tranquillement, patiemment ce qui l'occupe dans l'instant, en notant ce que c'était ; des pensées, des projets, des inquiétudes, des jugements.

11. Et sans se faire de reproches, sans se critiquer, sans juger, nous même on reconnaitra simplement ce qui est là, tel que c'est, et on reviendra à la respiration, à l'expiration ou l'inspiration du moment ; et encore, et encore, à chaque fois comme si c'était la première fois, à chaque instant comme si c'était le seul instant, car notre vie se passe ici et maintenant. Maintenant seulement, quoi que nous disent nos pensées. Puisqu'il est dans la nature de l'esprit de vagabonder, si le votre ne reste pas fixé sur la respiration, ce n'est pas la preuve

d'un échec, c'est en fait que vous êtes en train de découvrir une chose extrêmement importante sur la nature de l'esprit.

12. Le fait est qu'il bouge, qu'il ondoie comme les vagues sur la mer, et qu'il ne faut pas tenter de l'arrêter, ne pas tenter d'interrompre le flux de la pensée ou de faire le vide dans son esprit mais plutôt de se familiariser avec son murmure, sa nature, son mode de fonctionnement ; et de développer une plus grande intimité avec lui par une observation bienveillante fondée sur une conscience plus grande que la pensée, plus sage que la pensée et généralement plus douce que la pensée. Une conscience qui s'accroît quand on ramène tranquillement mais fermement notre esprit vers la respiration, permettant ainsi que chaque inspiration soit un nouveau commencement et chaque expiration un lâcher prise. Nous restons donc assis là, pleinement éveillés, conscient.

13. Nous pouvons être pleinement en contact, d'instant en instant, avec la respiration qui entre et sort de notre corps ; et y revenir, encore et encore, à chaque que fois nous perdons momentanément le contact avec elle.

14. De votre mieux, attribuez une qualité de gentillesse à votre conscience, peut-être en voyant les vagabondages répétés de l'esprit comme des opportunités d'accorder de la patience et une curiosité bienveillante à votre expérience.

15. L'exercice est désormais terminé. Vous pouvez vous arrêter là ou continuez l'exercice pendant quelques minutes si vous le souhaitez, peut-être en vous rappelant de temps à autres que l'intention est seulement d'être conscient de votre expérience de chaque moment, de votre mieux, en utilisant la respiration comme une ancre pour doucement se reconnecter avec l'ici et maintenant chaque fois que vous remarquez que votre esprit a voyagé et n'est plus dans l'abdomen, suivant la respiration.

Annexe 10. Exercice de Yoga Debout

Nous allons maintenant pratiquer ensemble un exercice de yoga debout.

Ces exercices ont pour but de développer notre pleine conscience et de faire attention aux différents aspects de nos ressentis, lorsque nous effectuons quelques étirements doux.

Nous allons faire attention aux conditions dans lesquelles nous faisons ces exercices. Je vous conseille de retrouver des conditions propices au calme. Par exemple, débranchez le téléphone, mettez vous dans une pièce silencieuse ou vous ne serez pas dérangés. Dédiez ce moment à votre bien-être.

Vous pouvez énoncer mentalement une petite intention pour la séance, pour lui donner du sens. Peut être que globalement vous en attendez quelque chose de bien particulier. Et cela entretient votre motivation.

Accueillez vous tels que vous êtes. Cet exercice n'est pas une compétition envers les autres ou envers vous-même. Il s'agit de simplement être présent et de vivre en pleine conscience nos ressentis.

Pour cet exercice, nous allons nous mettre debout, nus pieds ou en chaussettes. Les genoux légèrement fléchis et les pieds bien alignés dans l'axe des hanches. Nous aurons les yeux ouverts. Ou fermés, si cela nous aide de fermer les yeux. Si c'est une gêne, au contraire nous garderons les yeux ouverts.

Nous allons maintenant commencer à lever doucement et consciemment les bras. Ils quittent leur position le long du corps pour s'élever doucement et consciemment. Lorsqu'ils sont parallèles au sol, gardez cette position. Prenez alors conscience de ce que vous ressentez, de la position de vos bras. Mais aussi de toutes vos sensations. Vous respirez doucement et profondément, naturellement. Vous gardez cette position.

Puis toujours doucement et consciemment, vous continuez l'élévation des bras jusqu'à ce que vos paumes se rejoignent au sommet. Vous levez doucement les bras en respirant doucement, tranquillement. Vous gardez cette position. Vous gardez la sensation des deux mains qui se rejoignent, des deux bras tendus vers le haut.

Vous allez peut être ressentir rapidement une tension, de l'inconfort, de la fatigue liée à cette tension musculaire. Gardez en conscience ces sensations pendant 10 ou 15 secondes.

Si vous êtes à l'aise dans cette position, gardez la. Respirez amplement, mais doucement, sans forcer, toujours conscient des sensations.

Ou alors vous baisserez les bras doucement et consciemment pour leur refaire reprendre leur position initiale.

Que vous ayez toujours les bras tendus vers le haut, ou que vous ayez les bras descendus à cause d'un inconfort, essayez de garder en conscience l'ensemble des sensations du corps. Ouvrez vous à ces sensations, observez les.

Pour ceux qui ne l'ont pas fait, ramenez doucement vos bras vers leur position initiale.

Laissez redescendre doucement vos bras, comme au ralenti. Jusqu'à ce qu'ils se retrouvent le long du corps, doucement suspendus aux épaules.

Sentez le souffle qui va et vient ainsi que les différentes sensations du corps. Une fois que les bras sont le long du corps, ouvrez vous à toutes les sensations nouvelles que vous ressentez. Ressentez vous du bien-être? Ressentez vous du soulagement? Ressentez vous toujours une tension le long du bras, ou une tension à un autre endroit du corps? Continuez à rester présent avec l'ensemble de vos sensations. Vous respirez tranquillement et amplement sans forcer.

Il est possible que des pensées vous fassent oublier que vous étiez en train de faire attention à ce que vous viviez dans l'instant présent. Ce n'est pas grave, c'est normal. Quand vous avez pris conscience de cela, retournez doucement à votre respiration, cette respiration douce, profonde. Vous êtes là présent avec vos sensations, vos émotions, les pensées qui vous assaillent.

Vous ne rejetez pas tout cela, vous ne rejetez pas les pensées, les sensations, les émotions désagréables, vous ne les rejetez pas. Plutôt, vous notez leur présence, simplement.

Quand vous vous sentez prêts vous pouvez simplement rouvrir les yeux s'ils étaient fermés; prenez conscience de ce que votre regard note sur la pièce dans laquelle vous êtes, votre respiration toujours présente, douce.

Vous pourrez réessayer de faire cet exercice le soir ou au moment de la journée où cela vous semble le mieux. Vous pouvez reproduire plusieurs fois cet étirement que nous avons fait ensemble avec des petites pauses entre chaque étirement, des pauses avec le corps non étiré juste debout, ouvert à toutes ces sensations.

Annexe 11. Exercice de trois minutes d'espace et de respiration

1. Pour ces trois minutes d'espaces de respiration, on va déjà prendre conscience de sa posture, de la position dans laquelle on est, de notre attitude dans l'espace

Puis on va pouvoir diriger notre attention vers notre paysage intérieur.

Tout d'abord vers les pensées et simplement noter les pensées qui nous traversent actuellement, sans chercher à les modifier mais simplement noter qu'elles sont là

Puis on va pouvoir diriger notre attention sur les émotions. Là encore sans chercher à modifier mais simplement observer qu'elles sont les émotions qui nous traversent actuellement, ici et maintenant.

2. Enfin nous allons diriger notre attention sur les sensations physiques que l'on peut ressentir actuellement dans notre corps. Là encore essayez de les observer, de les ressentir.

Et on va pouvoir laisser cette perception de notre paysage intérieur de côté pour diriger notre attention simplement sur la respiration. Sur ce point d'ancrage que l'on choisit pour ramener notre conscience dans l'ici et maintenant. Soit le mouvement de l'abdomen, soit la sensation de l'air qui passe sur les ailes du nez. Simplement observer, ressentir du mieux que l'on peut les sensations liées à notre respiration, moment après moment.

3. Et enfin sur une expiration, on pourra élargir le champ de notre attention, de notre conscience pour y englober notre corps dans sa globalité, notre corps tout entier. Et simplement essayer de percevoir un moment notre corps comme un tout. Sans s'attacher à une sensation en particulier mais simplement essayer de ressentir notre corps tout entier.

Puis lorsqu'on aura pris le temps d'avoir senti notre corps, d'avoir ouvert notre attention, on pourra décider de diriger notre attention à nouveau vers le monde, vers l'objet que l'on souhaite, après avoir pris ces 3 minutes d'espace et de respiration pour nous recentrer dans l'ici et maintenant, dans notre corps.

Annexe 12. Marche en pleine conscience

Trouvez un endroit, à l'intérieur ou à l'extérieur, où vous pouvez aller et venir à votre guise, de préférence en ligne droite, sans crainte d'être observé.

Tenez-vous au point de départ de votre parcours, vos pieds parallèles, dans le prolongement du bassin et vos genoux détendus, de sorte qu'ils puissent doucement se fléchir. Laissez vos bras pendre le long de votre corps, ou tenez vos mains, de manière nonchalante et détendue, devant vous ou dans votre dos. Dirigez doucement votre regard, droit devant vous.

Prenez conscience de votre respiration. Sentez le souffle gonfler votre cage thoracique à l'inspiration et se relâcher à l'expiration.

Portez votre attention sur la plante de vos pieds. Sentez le contact de vos pieds avec le sol. Sentez le poids de votre corps aller à travers vos jambes et vos pieds jusqu'au sol. Si vous le souhaitez, vous pouvez réaliser quelques flexions des genoux afin de mieux percevoir vos sensations dans vos jambes et dans vos pieds.

Quand vous êtes prêt, transférez le poids du corps à la jambe droite, sans lever le pied gauche. Notez le changement de sensations qui s'opère en vous ; la partie droite de votre corps s'alourdit, la partie gauche s'allège, se vide.

Levez doucement du sol le talon de la jambe gauche en pliant le genou gauche. Sentez les sensations dans votre mollet.

Continuez, en permettant à la totalité du pied gauche de se soulever doucement jusqu'à ce que seuls, les orteils soient en contact avec le sol. Essayer de rester attentifs aux sensations physiques dans les pieds et les jambes. Puis soulevez lentement le pied gauche devant vous, sentez le pied et la jambe qui se déplacent dans l'air. Enfin replacez le talon sur le plancher.

Et permettez au reste de la plante du pied gauche de reprendre contact avec le sol tout en y transférant le poids du corps.

Prêter attention à la pression et au contact, de plus en plus importants, dans la jambe et le pied gauche, au soulagement de la jambe droite et au détachement du talon droit du sol.

Avec le poids entièrement transféré à la jambe gauche, laissez le reste du pied droit se lever.

Déplacez-le lentement en avant, portez votre attention sur les changements de sensations physiques dans le pied et la jambe. Concentrez votre attention sur le talon droit quand il reprend contact avec le sol. Transférez le poids du corps au pied droit, en même temps qu'il reprend doucement place sur le sol. Soyez attentif aux changements de sensations physiques produits au niveau des jambes et des pieds.

De cette manière, déplacez-vous lentement d'une extrémité à l'autre de votre parcours.

Soyez particulièrement attentif aux sensations générées dans les plantes des pieds et les talons quand ils reprennent contact avec le sol, et dans les muscles des jambes quand elles se balancent vers l'avant. Vous pouvez aussi, quand vous le voulez, inclure ce que fait la respiration à chaque phase de la marche, quand vous inspirez, quand vous expirez, et les sensations que cela vous procure. Votre conscience peut aussi englober l'ensemble de votre corps qui marche et respire, et les sensations présentes dans vos pieds et vos jambes à chaque pas.

Arrivé au bout de la ligne, arrêtez-vous un moment et prenez conscience de votre position debout. Tournez-vous lentement, prenez soin d'apprécier la complexité des mouvements permettant au corps de changer de direction. Puis continuez à marcher.

Allez et venez de cette manière, en étant attentif, du mieux que vous pouvez, aux sensations physiques dans les pieds et les jambes, et au contact des pieds avec le sol. Regardez droit devant vous sans rien fixer.

Quand vous remarquez que votre esprit s'est distrait, qu'il est loin de la conscience des sensations liées à la marche, ramenez doucement le centre de votre attention vers les sensations dans les pieds et les jambes.

Utilisez ces sensations, particulièrement celles des pieds au contact avec le sol, comme une ancre pour renouer avec le moment présent, juste comme vous le faisiez avec la respiration dans la méditation assise.

Si votre esprit est très agité, arrêtez-vous un petit moment, les pieds dans le prolongement du bassin, attentif à votre respiration et l'ensemble de votre corps, jusqu'à ce que votre tête et votre corps se soient calmés.

Puis recommencez à marcher en toute conscience.

Continuez à marcher pendant 5 à 10 minutes, ou plus si vous le souhaitez.

Au début, pour se donner plus de chances de se rendre compte pleinement des sensations liées à la marche, marchez à un rythme plus lent que d'habitude. Une fois que vous marchez avec l'attention voulue, vous pouvez expérimenter différentes vitesses : plus ou moins vite que votre vitesse habituelle. Si vous vous sentez particulièrement agité, il peut être utile de commencer à marcher rapidement, tout en étant attentif, et de ralentir naturellement quand vous vous calmez.

Rappelez-vous que vous devez faire de petits pas. Et qu'il est inutile de regarder vos pieds. Il savent où ils sont, et vous pouvez ressentir.

Aussi souvent que vous le pouvez, apporter le même genre d'attention que vous développez dans la "marche en pleine conscience" à votre marche normale, de tous les jours.

Annexe 13. Exploration en pleine conscience d'une difficulté

Tout d'abord asseyez vous confortablement sur une chaise ou un coussin de méditation, les yeux fermés partiellement ou complètement. Restez assis pendant quelques minutes en vous concentrant sur votre respiration, puis en élargissant votre champ de conscience pour y inclure votre corps dans son ensemble. La respiration va permettre un point d'ancrage à la conscience du moment présent et un point de départ vers une attention élargie à tout le corps.

Quand vous serez prêt, fermez les yeux et évoquez mentalement une difficulté de votre vie actuelle, quelque chose qu'il vous semble possible d'examiner pendant un petit moment.

Ce n'est pas nécessairement quelque chose de très important, d'essentiel ; c'est juste quelque chose de déplaisant, de non résolu. Une dispute, un quiproquo, une situation qui vous fait ressentir de la colère, des regrets ou de la culpabilité.

Il ne faut pas que cette difficulté soit trop intense ou trop complexe, choisissez une situation simple se résolvant simplement.

Si rien ne vous vient à l'esprit, choisissez un événement passé qui, récemment ou pas, vous a causé du désagrément.

Avant d'évoquer cette difficulté, nous allons prendre 3 respirations profondes et relaxantes.

Maintenant, concentrez votre attention sur ce fait ou cette situation troublante.

Laissez les images mentales venir sans les freiner, sans les rejeter.

Accueillez simplement ces images, de même que les pensées qui les accompagnent, sans jugement.

Demandez vous quelles pensées vous traversent l'esprit.

Essayez de les voir comme des pensées, comme de simples événements mentaux.

Vous pouvez utiliser des mots pour les caractériser, ou noter simplement leur présence.

Prenez le temps de ressentir les émotions qui y sont associées.

Quoiqu'il arrive dans notre esprit, nous acceptons ce qui se passe et nous lui donnons de la place, sans jugement.

Maintenant, essayez de remarquer, d'approcher et d'examiner ce qui se passe dans votre corps, en dirigeant délibérément votre attention sur la zone où les sensations sont les plus intenses, dans une attitude amicale, accueillante.

Vous allez maintenant respirer dans cette zone.

Inspirez dans cette zone et expirez dans cette zone.

Explorez les sensations, observez les variations de leur intensité d'instant en instant.

Une fois votre attention bien focalisée sur vos sensations physiques, aussi désagréables soient-elles, vous pouvez essayer d'approfondir votre champ d'acceptation face à ce que vous ressentez.

Vous pouvez simplement répéter de temps en temps : « J'accepte cette sensation, j'accepte cette pensée. De toute façon, c'est là. »

Ensuite, restez simplement dans la conscience de ces sensations physiques et de votre relation avec elles, respirant avec elles, les acceptant, laissant s'estomper toute réaction de tension ou de défense.

Rappelez vous que vous n'êtes pas là pour juger vos sensations physiques et vos pensées.

Vous ne vous dites pas que tout va mieux ou tout va mal.

Vous aidez juste votre conscience à rester ouverte, instant après instant, à l'ensemble des sensations et pensées qui s'offrent à vous.

Si votre esprit s'égaré, ce n'est pas grave. Ramenez le doucement vers la zone du corps où vous ressentez la respiration de la manière la plus intense, concentrez vous sur cette zone et respirez dedans.

Puis, nous allons élargir la conscience du corps autour de la respiration pour englober la sensation du tout qu'est notre corps : sa position, l'expression de notre visage et toutes les sensations que nous éprouvons à l'intérieur de notre corps, sans jugement.

Acceptez simplement vos pensées et vos sensations.

Et quand vous sentirez que vos sensations physiques du corps tout entier ne sollicitent plus autant d'attention, revenez simplement à votre respiration et faites-en l'objectif exclusif de votre attention.

Au cours des minutes suivantes, si aucune sensation physique intense ne se manifeste, vous pourrez poursuivre l'exercice avec n'importe quelle sensation, même dépourvue de charge émotionnelle.

L'exercice est maintenant terminé.

Vous pouvez, bien entendu, le poursuivre aussi longtemps que cela vous semble nécessaire.

Toujours en aidant votre conscience à rester ouverte, d'instant en instant, à l'ensemble des sensations et pensées, sans jugement.

Annexe 14. Courte méditation assise sur l'évocation d'une situation agréable

Nous vous proposons de méditer non pas seulement sur les difficultés mais sur les événements agréables de la vie.

Il est bon de pouvoir contempler les bons moments. De pouvoir être présent aux événements pour lesquels nous ressentons spontanément du bien-être, du plaisir, du bonheur.

Pour cet exercice, nous allons nous remémorer simplement un événement particulièrement agréable, qui fait naître un ressenti positif au moment de son évocation.

Évoquez donc cet événement agréable, utilisez votre imagination, remémorez vous les images dont vous vous souvenez et voyez si spontanément vous ressentez des émotions positives à cette évocation.

Demandez vous quelles sont les émotions, les pensées et les sensations que vous ressentez.

La respiration vous permet encore une fois un ancrage dans cette méditation.

La respiration permet de « respirer avec » ses émotions positives.

Annexe 15. Méditation avec pleine conscience des sons et des pensées

Tout d'abord asseyez vous confortablement sur une chaise ou un coussin de méditation, les yeux fermés partiellement ou complètement.

Restez assis pendant quelques minutes en vous concentrant sur votre respiration, puis en élargissant votre champ de conscience pour y inclure votre corps dans son ensemble.

La respiration va permettre un point d'ancrage à la conscience du moment présent et un point de départ vers une attention élargie à tout le corps.

Toujours tranquillement assis, nous allons maintenant abandonner la sensation de l'ensemble du corps en tant que principal objet d'attention, pour nous consacrer à un autre aspect de l'instant présent qui est l'écoute.

Nous allons consacrer toute notre attention à entendre simplement ce qu'il y a à entendre : les sons, les espaces qui les séparent, le silence lui même.

Maintenant, d'instant en instant, nous sommes en contact avec l'audition : les sons proches et les sons lointains, tels qu'ils sont, exactement tels qu'ils sont.

Nous notons les jugements ou appréciations qui peuvent nous venir à propos des sons entendus ; ceux qui nous plaisent, ceux qui nous déplaisent, ceux que nous aimerions entendre plus distinctement, ceux que nous préférerions ne pas entendre.

Laissons simplement le son entendu être ce qu'il est ; juste un son, puis des espaces entre les sons, d'instant en instant ; en ramenant encore et encore notre esprit vers cette écoute chaque fois qu'ils s'en éloignent.

Et maintenant, quand vous êtes prêt, détournez votre attention de l'écoute, même si les sons continuent à parvenir à vos oreilles et mettez au centre de votre conscience le flux de la pensée.

Nous ne chercherons pas à penser le plus ou le moins possible, ni à vouloir penser. Il s'agit simplement de reconnaître que nos pensées sont des pensées, au moment où elles se présentent dans le champ de notre conscience et de les examiner avec la même qualité d'attention que nous avons porté aux sons.

Nous pouvons traiter les pensées, simplement comme des évènements du champ de notre conscience qui surgissent, durent un temps et passent, exactement comme un son.

Nous les accueillons et les observons en notant leurs caractéristiques, leurs contenus, leur charge émotionnelle, leur nature plaisante ou déplaisante ou neutre.

Et plutôt que de nous laisser aspirer dans leur contenu, dans le flot de la pensée lui même ou une pensée en entraîne une autre, sans arrêt, nous restons simplement sur la rive du flot de nos pensées pour l'écouter s'écouler et murmurer en s'écoulant.

Et quand nous serons entraînés dans le courant de nos pensées, nous noterons que cela a eu lieu et dès que nous en prendrons conscience, nous nous hisserons hors du courant pour reprendre notre place sur la rive et observer à nouveau nos pensées.

De là, nous verrons simplement chaque pensée comme une pensée, pas comme une vérité, pas comme un fait, pas comme une évidence ou une obligation. Une pensée est une pensée.

Et nous pouvons observer, comme nous l'avons fait pour les sons, les espaces qui séparent nos pensées, les sensations que l'on ressent à chaque pensée. Juste en les notant, en les observant, sans quitter la rive, sans jugement.

Et nous revenons encore et encore à cette attention, chaque fois que nous sommes entraînés dans le courant et que nous en prenons conscience.

Et quand vous êtes prêt, cessez de prêter attention au courant de la pensée, pour revenir à une conscience qui n'est fixée sur aucun objet d'attention et que l'on appelle conscience sans objet ou conscience pure.

Une conscience qui peut tout contenir. N'importe quel aspect de notre expérience, y compris nos pensées les plus noires, les plus insistantes, les plus douloureuses.

Y compris nos peurs les plus profondes.

Une conscience qui peut contenir tout cela sans être ni dérangée, ni blessée par aucune de ces pensées.

Une conscience qui voit et connaît tout cela, tel que c'est. Une conscience qui nous offre un nouveau lieu où résider, une nouvelle façon d'être et de vivre, un lieu de confiance et d'authenticité qui nous reconnecte avec la plénitude, la sagesse et le bonheur.

En nous ici et maintenant, en acceptant que les choses soient exactement ce qu'elles sont.

Annexe 16. Méditation basée sur la compassion pour soi

Pour commencer cette méditation nous allons nous installer dans un lieu confortable et silencieux. Asseyez vous confortablement. Fermez les yeux complètement ou partiellement. Vous pouvez aussi demeurer debout ou allongé.

Placez votre main sur votre cœur. Sentez la chaleur de votre main sur votre thorax, la douce pression de la main. Ce geste est là pour nous rappeler de nous mettre dans un état d'attention, pleine de douceur envers nous même. Vous sentez cette chaleur irradier votre thorax vous procurant le sentiment que vous faites preuve de bonté et de gentillesse envers vous-même.

Vous pouvez choisir de laisser cette main placée ou non sur votre thorax pendant le reste de l'exercice.

Puis maintenant nous prenons trois respirations profondes. Vous sentez que cela vous permet de lâcher prise de tout ce qui vous pèse dans votre corps.

Notez maintenant votre position. Êtes-vous assis? Êtes-vous allongé? Êtes-vous debout? Attirez votre attention sur la position de votre tête, de votre dos, de votre bassin, de vos bras, de vos jambes. Notez aussi tout inconfort que vous pourriez éprouver.

Au cours de cet exercice de méditation nous pouvons noter notre position pour nous rappeler que nous sommes présents ici et maintenant et afin de nous rappeler notre attention, de nous délivrer de la souffrance.

Maintenant posez vous la question : dans quel état suis-je, ici et maintenant?

Pour cela tout d'abord demandez-vous quelles pensées occupent votre esprit. Tout simplement, notez ce qui vient à votre esprit.

Puis intéressez-vous à vos émotions. Quelles émotions ressentez-vous ici et maintenant? Guettez tout sentiment d'inconfort, toute émotion déplaisante, reconnaissez et acceptez leur présence. Ressentez-vous de la joie, ressentez-vous de la tristesse, de l'espoir, de la résignation, de la lassitude, du doute...? Notez simplement ces émotions. Votre main sur le cœur vous rappelle la chaleur, la bonté que vous éprouvez pour vous-même ainsi que ce qui se passe dans l'instant présent.

Enfin, laissez votre attention plonger dans votre corps. Laissez vous ressentir les sensations de votre corps ici et maintenant. Permettez-vous juste d'habiter votre corps pendant une minute et de voir quels sentiments, quelles sensations sont présentes.

Laissez-les être ce qu'elles sont. Qu'elles soient plaisantes ou déplaisantes. Notez quel effet cela fait dans votre corps.

Vous pouvez, si vous le souhaitez, approfondir cette expérience en essayant de délimiter la zone où vous ressentez votre sensation la plus intense.

Et maintenant, recentrez votre attention sur les sensations physiques spécifiques de la respiration.

Demandez-vous quel est l'endroit du corps où vous ressentez la respiration le plus facilement. Est-ce au niveau des narines, au niveau du thorax, de l'abdomen? Suivez le passage de l'air dans cette région.

Et votre esprit va naturellement errer, c'est complètement naturel. Et lorsque vous notez que votre esprit s'est égaré, retournez simplement à la respiration, là où vous pouvez la sentir au mieux. Vous allez de nombreuses fois vous rendre compte que vous avez décroché et c'est normal car c'est le fonctionnement normal de l'esprit. Mais à chaque fois, retournez à la sensation de la respiration. La méditation n'est pas une question de compétition, c'est juste une question de conscience et de lâcher prise. Lorsque vous vous retrouvez avoir décroché de l'exercice de la méditation, vous pouvez utiliser une dose de compassion pour vous-même. Imaginez que vous vous donnez de l'affection comme une mère vous en donnerait, en sentant notamment la chaleur de la main posée sur votre thorax. Dites-vous « Oui c'est ainsi, mon esprit s'est égaré, j'accepte cela, je retourne à la respiration ».

Pour approfondir la sensation de la respiration, vous pouvez vous demander à quel moment de la respiration vous la ressentez au mieux. Est-ce au moment de l'inspiration ou de l'expiration ? Si par exemple, vous avez choisi l'inspiration, vous pouvez au moment de l'expiration accepter que les distractions arrivent à l'expérience, quel que soit leur contenu. Et puis, au moment de l'inspiration, vous êtes complètement présent à la sensation de la respiration dans les zones du corps que vous avez choisies.

Alors que vous respirez, prenez un moment pour noter comment votre respiration arrive d'elle-même. La respiration est présente à chaque moment de notre vie. Nous pouvons éprouver du respect, de la gratitude pour la respiration qui nous donne la vie depuis que nous sommes nés. Essayez d'apprécier tout simplement la respiration pour elle-même, sentez que votre respiration donne vie à votre corps. Pour cela, la chaleur de votre main posée sur le thorax peut vous rappeler la gratitude que vous apportez à chaque mouvement de votre respiration.

Voyez maintenant si vous pouvez porter votre attention sur le profond désir d'être heureux et libéré de la souffrance. Voyez si vous pouvez expérimenter votre respiration comme l'expression de votre souhait d'éprouver du bien-être et d'être libéré de la souffrance.

Respirez avec la douceur de votre cœur. Avec tendresse, votre respiration nourrit et apaise votre corps.

Et lorsque votre esprit s'égaré, ramenez-le paisiblement et gentiment vers la sensation de la respiration. Ramenez-le encore et encore ici et maintenant.

Vous pouvez maintenant prononcer à voix haute et tranquillement les phrases exprimant votre intention de vivre en paix.

« Puis-je être paisible »

« Puis-je être paisible »

« Puis-je être paisible »

« Puis- je être bon envers moi-même »

« Puis- je être bon envers moi-même »

« Puis- je être bon envers moi-même »

« Puis-je m'accepter comme je suis »

« Puis-je m'accepter comme je suis »

« Puis-je m'accepter comme je suis »

Dites-vous « Oui c'est ainsi, mon esprit s'est égaré, j'accepte cela, je retourne à la respiration ».

Annexe 17. Exercices à domicile : Résumé des huit semaines

Semaine		Pratique formelle	Pratique informelle
1	Exercices à réaliser au choix, parmi ceux proposés dans la semaine correspondante à votre apprentissage.	- Scanner corporel	- Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité.
2		- Scanner corporel - Yoga debout - Méditation assise	
3			- Idem semaines 1 et 2 - Exercice de trois minutes d'espace et de respiration, à réaliser une à trois fois par jour
4		- Idem semaines 2 et 3 - Marche méditative	
5	- Idem semaine 4 - Exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté - Courte méditation assise posée sur l'évocation d'une situation agréable		
6	Seule consigne : essayer de pratiquer pendant au moins 30 minutes par jour - Idem semaine 5 sauf : - Arrêt du Scanner corporel - Arrêt d'utilisation des enregistrements - Méditation assise avec pleine conscience des bruits et des sons - Méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées		
7		- Idem semaine 6 - Méditation basée sur la compassion pour soi	
8		- Revenir aux enregistrements - Faire au moins deux fois le Scanner corporel dans la semaine - Exercices de la semaine 7	

Annexe 18. Exercices à domicile : semaine par semaine

SEMAINE 1	
<p>Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept (si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité) (Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)</p>	
Pratique formelle	Pratique informelle
<ul style="list-style-type: none"> - Scanner corporel une fois par jour six jours sur sept 	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité. - Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.
<p>Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratique formelle - Pratique informelle 	

SEMAINE 2	
<p>Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept (si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité) (Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)</p>	
Pratique formelle	Pratique informelle
<p>Choisissez parmi les exercices proposés ci-dessous. Seule indication : Essayer de les combiner pour atteindre 30 minutes de pratique par jour, 6 jours sur sept</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité. - Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.
<ul style="list-style-type: none"> - Scanner corporel - <i>Méditation assise</i> - <i>Yoga debout</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité. - Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.
<p>Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratique formelle - Pratique informelle 	

SEMAINE 3

Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept
(si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité)
(Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)

Pratique formelle		Pratique informelle
Choisissez parmi les exercices proposés ci-dessous. Seule indication : Essayer de les combiner pour atteindre 30 minutes de pratique par jour, 6 jours sur sept		
<ul style="list-style-type: none">- Scanner corporel- Méditation assise- Yoga debout		<ul style="list-style-type: none">- Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité.- Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.- Exercice de <i>trois minutes d'espace et de respiration</i>, à réaliser une à trois fois par jour
Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de : <ul style="list-style-type: none">- Pratique formelle- Pratique informelle		

SEMAINE 4

Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept
(si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité)
(Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)

Pratique formelle		Pratique informelle
Choisissez parmi les exercices proposés ci-dessous. Seule indication : Essayer de les combiner pour atteindre 30 minutes de pratique par jour, 6 jours sur sept		
<ul style="list-style-type: none">- Scanner corporel- Méditation assise- Yoga debout- <i>Marche méditative</i>		<ul style="list-style-type: none">- Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité.- Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.- Exercice de trois minutes d'espace et de respiration, à réaliser une à trois fois par jour
Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de : <ul style="list-style-type: none">- Pratique formelle- Pratique informelle		

SEMAINE 5

Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept
(si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité)
(Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)

Pratique formelle	Pratique informelle
Choisissez parmi les exercices proposés ci-dessous. Seule indication : Essayer de les combiner pour atteindre 30 minutes de pratique par jour, 6 jours sur sept	
<ul style="list-style-type: none">- Scanner corporel- Méditation assise- Yoga debout- Marche méditative- <i>Exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté ou d'une situation désagréable</i>- <i>Courte méditation assise posée sur l'évocation d'une situation agréable</i>	<ul style="list-style-type: none">- Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité.- Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.- Exercice de trois minutes d'espace et de respiration, à réaliser une à trois fois par jour
Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de : <ul style="list-style-type: none">- Pratique formelle- Pratique informelle- <i>Des évènements agréables</i>	

SEMAINE 6

Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept
(si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité)
(Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)

Pratique formelle	Pratique informelle
<p>Choisissez parmi les exercices proposés ci-dessous. Seule indication : Essayer de les combiner pour atteindre 30 minutes de pratique par jour, 6 jours sur sept</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Arrêt du scanner corporel</i> - <i>Essayer de ne pas utiliser les enregistrements (sauf pour les nouveaux exercices)</i> - Méditation assise - Yoga debout - Marche méditative - Exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté ou d'une situation désagréable - Courte méditation assise posée sur l'évocation d'une situation agréable - <i>Méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité. - Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec. - Exercice de trois minutes d'espace et de respiration, à réaliser une à trois fois par jour
<p>Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pratique formelle - Pratique informelle - Des événements agréables - Des événements désagréables 	

SEMAINE 7

Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept
(si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité)
(Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)

Pratique formelle	
Choisissez parmi les exercices proposés ci-dessous. Seule indication : Essayer de les combiner pour atteindre 30 minutes de pratique par jour, 6 jours sur sept	Pratique informelle
<ul style="list-style-type: none"> - Arrêt du scanner corporel - Essayer de ne pas utiliser les enregistrements (sauf pour les nouveaux exercices) - Méditation assise - Yoga debout - Marche méditative - Exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté ou d'une situation désagréable - Courte méditation assise posée sur l'évocation d'une situation agréable - Méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées - <i>Méditation basée sur la compassion pour soi</i> 	<ul style="list-style-type: none"> - Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité. - Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec. - Exercice de trois minutes d'espace et de respiration, à réaliser une à trois fois par jour
Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de : <ul style="list-style-type: none"> - Pratique formelle - Pratique informelle - Des événements agréables - Des événements désagréables 	

SEMAINE 8

Nous vous conseillons de réaliser les exercices suivant en essayant de parvenir à au moins 30 minutes de pratique par jour, six jours sur sept
(si vous n'en faites pas tous les jours, ce n'est pas grave, mais rappelez vous que ce qui compte, c'est la régularité)
(Les nouveaux exercices sont en gras et en italique)

Pratique formelle	
Choisissez parmi les exercices proposés ci-dessous. Seule indication : Essayer de les combiner pour atteindre 30 minutes de pratique par jour, 6 jours sur sept	Pratique informelle
<ul style="list-style-type: none">- <i>Essayer de faire le scanner corporel deux fois dans la semaine</i>- <i>Revenir aux enregistrements</i>- Méditation assise- Yoga debout- Marche méditative- Exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté ou d'une situation désagréable- Courte méditation assise posée sur l'évocation d'une situation agréable- Méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées- Méditation basée sur la compassion pour soi	<ul style="list-style-type: none">- Choisir chaque jour une activité de routine et faire un effort délibéré pour introduire une conscience de son expérience à chaque instant dans cette activité.- Déjeuner au moins une fois dans la semaine en pleine conscience, à la manière du raisin sec.- Exercice de trois minutes d'espace et de respiration, à réaliser une à trois fois par jour
Essayer, si vous avez le temps et l'envie, de remplir les semainiers de : <ul style="list-style-type: none">- Pratique formelle- Pratique informelle- Des événements agréables- Des événements désagréables	

Annexe 19. Semainiers

SEMAINIER DE PRATIQUE FORMELLE		
Chaque fois que vous réalisez un exercice formel, remplissez le tableau suivant. Cela vous permet de revenir mentalement à cet exercice et de vous demander si vous avez changé vos pratiques, si vous êtes plus à l'aise ou au contraire si vous avez plus de difficultés au fur et à mesure du temps		
Date et heure de la pratique	Type d'exercice réalisé	Pensées, sentiments, sensations survenues pendant et après cet exercice

SEMAINIER DE PRATIQUE INFORMELLE					
Chaque fois que vous réalisez un exercice formel, remplissez le tableau suivant. Cela vous permet de revenir mentalement à cet exercice et de vous demander si vous avez changé vos pratiques, si vous êtes plus à l'aise ou au contraire si vous avez plus de difficultés au fur et à mesure du temps					
Date, Heure et Durée de la pratique	Dans quelle situation avez-vous pratiqué ?	Quelles ont été vos émotions, pensées ou sensations avant l'exercice ?	Quelles ont été vos émotions, pensées ou sensations après l'exercice ?	Quelles ont été vos difficultés ? Vos réussites ?	Quelles sont vos pensées au moment où vous écrivez ?
13/09 7h30 3 min	En me brossant les dents	« Mes sens ont commencé à s'aiguiser » « J'avais l'impression d'être plus réveillé(e) »	« J'avais l'impression que ma bouche était plus grande que d'habitude, qu'elle prenait plus d'importance dans mon corps »	« Plusieurs fois mon esprit s'est échappé mais je m'en suis rendu(e) compte à chaque fois et j'ai pu finir l'exercice »	« Je suis content(e) d'avoir pensé à faire cet exercice »

SEMAINIER DES ÉVÈNEMENTS DÉSAGRÉABLES (d'après <i>Méditer pour ne plus déprimer</i> de M. Williams, J. Teasdale, Z. Segal et J. Kabat-Zinn. Ed. Odile Jacob, 2009) <i>Prendre conscience d'un événement désagréable au moment où il se produit</i>				
Quelle a été l'expérience ?	Que ressentait votre corps, en détail, pendant l'expérience ?	Quelles pensées ou images accompagnaient l'événement ? (décrivez les images)	Quelles sensations et émotions accompagnaient cet événement ?	Quelles pensées avez-vous à l'esprit en écrivant ceci ?
En conduisant, quelqu'un m'a fait une queue de poisson	<ul style="list-style-type: none"> - Tension de mes mains autour du volant - Les mâchoires serrées - Contraction de mes épaules 	<ul style="list-style-type: none"> - « Il y a vraiment des fous furieux sur la route » - « Il ne pouvait pas attendre deux secondes ? » - « J'espère qu'il ne conduit pas avec des enfants à bord » 	<ul style="list-style-type: none"> - Surprise - Peur - Colère 	« Je n'aime vraiment pas conduire en ville »
Jour 1				
Jour 2				
Jour 3				
Jour 4				
Jour 5				
Jour 6				
Jour 7				

SEMAINIER DES ÉVÈNEMENTS AGRÉABLES (d'après <i>Méditer pour ne plus déprimer</i> de M. Williams, J. Teasdale, Z. Segal et J. Kabat-Zinn. Ed. Odile Jacob, 2009) <i>Prendre conscience d'un événement agréable au moment où il se produit</i> Ces questions vous permettront de centrer votre attention sur les détails de l'expérience telle qu'elle s'est produite. Notez-les le plus vite possible				
Quelle a été l'expérience ?	Que ressentait votre corps, en détail, pendant l'expérience ?	Quelles pensées ou images accompagnaient l'événement ? (décrivez les images)	Quelles sensations et émotions accompagnaient cet événement ?	Quelles pensez avez-vous à l'esprit en écrivant ceci ?
En marchant dans la rue, plusieurs personnes m'ont souri	<ul style="list-style-type: none"> - Mes yeux se plissent - Les coins de ma bouche se relèvent - Mon dos se redresse 	« Les gens ont l'air de bon humeur aujourd'hui »	<ul style="list-style-type: none"> - Amusement - Plaisir 	- « C'était peu mais ça m'a vraiment fait du bien »
Jour 1				
Jour 2				
Jour 3				
Jour 4				
Jour 5				
Jour 6				
Jour 7				

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Introduction : Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel est un concept récent et encore peu pris en considération par la communauté médicale et dans le monde du travail. S'il touche particulièrement les professionnels de santé, il n'épargne pas les étudiants, et aucune mesure n'a été mise en place afin de le prévenir. Des études ont montré qu'un programme MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) de méditation pleine conscience avait un impact positif sur le syndrome d'épuisement professionnel, l'empathie et les troubles anxio-dépressifs. Des études ont également montré qu'un programme MBSR de méditation pleine conscience avait des effets bénéfiques sur les étudiants en soin. Et enfin, des études ont montré que l'enseignement en ligne et en autoformation de ce type de programme était réalisable. C'est dans ce contexte que cette étude a été élaborée. Le but de cette étude est d'évaluer l'impact d'un programme MBSR adapté aux étudiants en soin, de 8 semaines, en ligne et en autoformation, sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en Médecine et Maïeutique.

Matériel et Méthodes : Sur une population cible de 1635 étudiants en médecine (de la quatrième à la sixième année et les internes en médecine et chirurgie) et en maïeutique, 450 (27,5 % de la population cible) ont été randomisés dans trois groupes parallèles sans insu (Méditation Pleine Conscience (MPC), Témoin, SECCA) après avoir répondu en ligne aux quatre questionnaires de l'étude ; socio-démographique, MBI (Maslach Burnout Inventory), IRI (Interpersonal Reactivity Index de Davis) et HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale). 152 ont été affectés au groupe MPC et ont pu bénéficier du programme. À la fin des huit semaines du programme, les mêmes questionnaires ont été envoyés aux étudiants ; 82 ont répondu sur les 152 étudiants randomisés dans le groupe MPC (54%).

Résultats : Les résultats retrouvent une amélioration significative de l'anxiété (M4 : 8,8 vs M7 : 8,3 ; $p < 0,05$) et des composantes « Accomplissement Personnel » du MBI (M4 : 35,2 vs M7 : 36,4 ; $p < 0,05$) et « Perspective Taking » de l'IRI (M4 : 17,6 vs 18,6 ; $p < 0,05$) des étudiants du groupe MPC. Dans ce même groupe, on retrouve une diminution significative de la dépression ($p < 0,05$) auprès des étudiants présentant un SEP moyen ou fort. Dans le groupe Témoin, on retrouve une aggravation significative de la dépression (M4 : 3,5 vs M7 : 4,4 ; $p < 0,05$) et des composantes « Épuisement Émotionnel » (M4 : 19 vs M7 : 21,4 ; $p < 0,05$) et « Dépersonnalisation » (M4 : 8,3 vs M7 : 9,7 ; $p < 0,05$).

Conclusion : Le programme MBSR adapté aux étudiants en soin sur huit semaines en ligne et en autoformation permet d'une part d'améliorer les symptômes d'anxiété, et d'autre part d'éviter une aggravation du syndrome d'épuisement professionnel et de la dépression des étudiants en profession de soin. Ces résultats mitigés par rapport aux données actuelles de la littérature peuvent s'expliquer par différents paramètres qui seront étudiés dans une nouvelle étude. Avec les résultats de cette nouvelle étude, de nouveaux travaux pourront être réalisés permettant alors de vérifier la possibilité de mettre en place un programme de méditation pleine conscience pour les étudiants en profession de soin et ainsi répondre aux besoins de prévention et prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel de cette population souvent délaissée.

MOTS CLÉS : Étude No Burn Out, burn out syndrome, syndrome d'épuisement professionnel, empathie, troubles anxio-dépressifs, étudiants en médecine, étudiants en maïeutique, méditation pleine conscience, mindfulness, MBSR

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) 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.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

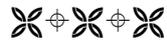
Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



