

ANNEE 2015

Thèse n°

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

présentée et soutenue publiquement
le 26 octobre 2015 à Poitiers
par **Xavier Pourrat**

Les méthodes de l'étude No Burnout étaient-elles cohérentes avec les données de la littérature concernant les outils de thérapie cognitivo-comportementale utilisés ?

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nemattolah JAAFARI

Membres :

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

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François BIRAULT



Le Doyen,

Année universitaire 2015 - 2016

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- EUGENE Michel, physiologie (**surnombre jusqu'en 08/2016**)
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
- GUILLET Gérard, dermatologie
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PAQUEREAU Joël, physiologie (**jusqu'au 31/10/2015**)
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- POURRAT Olivier, médecine interne (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie (ex-CATEAU)
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BINDER Philippe
- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- ARCHAMBAULT Pierrick
- BOUSSAGEON Rémy
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- JORDAN Stephen, maître de langue étrangère
- SASU Elena, contractuelle enseignante

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2016)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GOMBERT Jacques, biochimie
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOUCHARD Guy, néphrologie
- VANDERMARCOQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

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

Je vous remercie pour votre aide précieuse, votre soutien, et l'enthousiasme que vous avez suscité en moi pour la réalisation de cette étude et de cette thèse.

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

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

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

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

A Monsieur le Docteur Xavier LEMERCIER, Médecin Généraliste.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse.

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

François, je te remercie de m'avoir proposé ce travail sur l'étude No Burnout ; elle nous a donné cette chance unique de proposer à des étudiants d'apprendre à reconnaître le burnout et ne pas en être victime, mais aussi de prendre soin d'eux mêmes et d'apprendre des outils pour mieux vivre leur métier. Je te remercie pour ton étonnante patience, ton enthousiasme et ton aide, malgré mes hésitations, mes pertes d'enthousiasme. Merci encore d'avoir écouté mes attentes et d'avoir laissé s'exprimer ma sensibilité particulière, ce qui m'a permis de pouvoir retrouver du sens à mon travail de rédaction et de le voir comme le prolongement de mon futur exercice en médecine générale.

À Monsieur Jacques PIGNON.

Soyez infiniment remercié pour votre aide inestimable. Sans votre aide, nous aurions été bien démunis dans la réalisation de cette étude. Merci d'avoir poussé l'outil informatique au maximum pour qu'il puisse répondre à nos besoins.

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

Merci à toi Sarah, d'avoir contribué à mettre sur pied cette étude de longs mois avant qu'elle ne débute.

A Gabrielle, merci de m'avoir encouragé pour la rédaction de ma thèse, merci pour ton entrain et d'avoir insufflé du positif à notre travail. Je suis heureux de te compter parmi mes amis.

A Maud avec qui j'ai travaillé les contenus des vidéos de méditation. Merci pour ta patience, tes encouragements, l'aide apportée pour finaliser les vidéos théoriques et les enregistrements de méditation. J'admire ton efficacité, ta détermination et ta capacité à faire accélérer les choses. Un vrai leadership !

A Charles, j'ai eu la joie de te rencontrer à l'occasion de notre travail commun. Merci pour ta bonne humeur et ta gentillesse. Heureux d'avoir pu partager avec toi sur la méditation et d'autres sujets... Et j'espère que ce n'est que le début .

A Julie qui a continué notre étude, avec qui nous avons partagé nos doutes sur la réalisation de nos rédactions de thèse. Merci d'avoir poursuivi ce travail d'évaluation de l'étude.

A ma tendre et formidable épouse, qui a réussi le challenge surhumain de ne pas être à jamais dégoûtée de la méditation, de SECCA, du Burnout et de ne pas être rentrée dans un accès de fureur à l'écoute du mot « Thèse » !

A ma famille

Maman, merci pour ton soutien infaillible, de m'avoir encouragé dans la rédaction de la thèse malgré mes difficultés à croire en la valeur de mon travail. Merci pour ta bienveillance.

Papa, merci de t'être ouvert à ce sujet très « pretty » ! Je te remercie pour tes excellents conseils et pour m'avoir accompagné comme toujours, de m'avoir écouté et soutenu.

A Juju, Milie, Diane, mes chères sœurs, avec qui j'ai tant partagé pendant notre enfance et depuis.

A mes chers Jeannette et Gaspard.

A Antoine.

A la famille Binder, je suis très heureux de faire partie de votre famille.

A Annick, merci pour votre soutien.

A Philippe, merci pour vos précieux conseils.

A Laurence, Thomas et les filles, Pierre et Matthieu.

A mes chers amis.

A Sidi Elie et Stéphanie que le Monde appelle !

A Sissi (Splénomégalie) et Vincent, Von Willebrand et Mathilde, en espérant que nous nous rejoindrons sur nos projets communs.

Et tous mes amis proches ou lointains.

Père Patrice Gourrier, merci de m'avoir fait découvrir la prière du cœur et de m'avoir donné l'envie de devenir instructeur MBSR, je pense que la médecine intégrative est une des facettes de la médecine de demain.

A Fabienne Aubry, merci de m'avoir formé à la MBSR, j'aimerais te ressembler et atteindre ton niveau. Il me semble que tu incarnes parfaitement la pleine conscience : la bienveillance, l'acceptation, la compassion.

Chaque fois que vous êtes vraiment présent, vous êtes à même de reconnaître
la présence de l'autre.

Thich Nhat Hanh

SOMMAIRE

Liste des abréviations	p10
I) Introduction	p12
1) Le Syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout syndrom	p12
2) L'empathie	p13
a) Définition	p13
b) La juste distance empathique	p13
c) Dimension neuroscientifique de la distinction entre soi et autrui	p14
d) Dimensions cognitives et émotionnelles de l'empathie	p14
e) Emergence d'une nouvelle échelle de mesure de l'empathie	p15
f) Hypothèses de travail	p15
3) Liens connus entre empathie et burnout dans la littérature	p15
a) Congruence des échelles d'empathie	p16
b) Etudes de corrélation entre empathie globale et dimensions du burnout	p16
c) Etude de corrélation entre BO, ses composantes et les composantes de l'empathie	p17
d) Une esquisse de compréhension neuroscientifique des liens entre BO et empathie	p18
II) Quels sont les mécanismes justifiant l'efficacité des TCC et leurs niveaux de preuve sur l'amélioration du burnout et de l'empathie ?	p20
1) Définition des TCC	p20
<i>Différences entre la deuxième et la troisième vagues des TCC</i>	
2) La grille SECCA	p20
a) L'analyse fonctionnelle	p20
b) L'intérêt du changement des distorsions cognitives	p21
c) Arguments pour l'utilisation d'une grille d'analyse fonctionnelle dans la prévention du BO	p21
d) La grille SECCA : outil d'auto réflexivité	p22
e) Un outil de soin?	p22

3) La Méditation de pleine conscience (MPC)	p22
a) La MPC: l'attention au moment présent avec une attitude particulière	p22
b) Justification de l'intérêt de la MPC dans la prévention du BO	p23
c) Différence entre la MPC et les TCC traditionnelles	p23
d) Les mécanismes fondamentaux de la MPC : place centrale du <i>reperceiving</i>	p24
e) Développement des techniques MBSR MBCT	p25
- La réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR))	
- La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT))	
4) Efficacité connue de la MBSR sur le burnout et l'empathie	p27
a) Efficacité de la MBSR sur le BO, chez les professionnels de santé	p27
b) Efficacité de la MBSR sur l'empathie chez les professionnels de santé	p29
5) Proposition d'explication des mécanismes de l'efficacité de la MPC sur le BO et sur l'empathie	p29
a) Tentative d'explication des mécanismes d'efficacité de la MPC diminuant le BO	p30
b) Tentative d'explication des mécanismes d'efficacité de la MPC favorisant l'empathie	p31
6) Différence fondamentale entre la grille SECCA et la MPC	p34
III) En quoi les résultats et le design de l'étude ont-ils été cohérents avec les données de la littérature concernant l'efficacité des TCC sur l'amélioration du burnout et de l'empathie ?	p36
1) Méthodes de l'étude No Burnout (NOBO)	p36
2) Résultats de l'Etude No Burnout	p37
a) Résultats descriptifs	p37
- Population: nombre de répondants et diagramme de flux	
- Données socio-démographiques	
- Données sur le syndrome d'épuisement professionnel à M4 et M7	
b) Résultats des statistiques quantitatives de NOBO	p39
- Résultats des statistiques quantitatives de NOBO sur SECCA	

- Résultats des statistiques quantitatives de NOBO sur MPC	
- Difficultés à mener une étude d'efficacité comparée entre les deux traitements	
c) Résultats des études qualitatives de NOBO sur MPC	p41
3) Design de l'étude : exploration des avantages et des différents biais	p43
a) Concernant les deux groupes SECCA et MPC	p43
- Liés à la réalisation d'une formation en ligne	
- Liés au recrutement et à la mesure des données	
- Biais d'auto sélection	
- Lié au caractère universel de l'intervention	
- Lié à la présentation des outils thérapeutiques par des pairs	
b) Concernant la grille SECCA	p46
c) Concernant la MPC	p46
- Respect du schéma d'enseignement MBSR et MBCT	
- Respect des contenus MBSR et MBCT	
- Caractère non présentiel de notre intervention MPC	
IV) Conclusion et proposition d'amélioration des interventions à base de TCC en vue d'une étude de prévention de masse du burnout auprès des étudiants et internes en médecine	p49
Bibliographie	p50
Annexes	p53
- Echelle MBI	p53
- Echelle IRI	p54
- Grille SECCA en ligne de l'étude No Burnout	p57
- Programme MPC en ligne de l'étude No Burnout	p61
Résumé et mot-clefs	p66
Serment d'Hippocrate	p67

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AP : Accomplissement personnel

BO : Burn Out Syndrom (Syndrome d'Épuisement Professionnel)

CAMS-R : Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised

DFGSM 3 : Diplôme de formation générale en sciences médicales 3ème année

DFASM 1 : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales 1ère année

DFASM 2 : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales 2ème année

DFASM 3 : Diplôme de formation approfondie en sciences médicales 3ème année

DP : Dépersonnalisation

EC : Empathy Concern

EE : Épuisement Emotionnel

ENT : Environnement Numérique de Travail

FS : Fantasy

HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

IRI : Interpersonal Reactivity Index

JSE : Jefferson Scale of Empathy

MAAS : Mindfulness Attention and Awareness Scale

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

NOBO : Etude No Burnout

PD : Personal Distress

PT : Perspective Taking

SECCA : Situation Emotions Cognitions Comportements Analyse/Anticipation

SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP) bien connu sous le nom de "burnout" (BO) est un enjeu de société qui suscite de plus en plus l'intérêt du grand public.

Le BO est cette réaction au stress qui met le travailleur à l'épreuve dans sa capacité à répondre à la demande du travail. Le BO met le travailleur en position d'inefficacité, d'erreurs et de mal-être.

Le BO pose le problème de la qualité des soins. Aujourd'hui la réponse publique donnée au BO passe souvent par des revendications liées aux conditions de travail.

Il semble primordial d'apprendre à gérer le stress au travail quand les conditions de travail ne peuvent être changées.

Une approche permettant à chacun de développer des capacités intérieures pour gérer l'épuisement professionnel paraît indispensable.

C'est dans ce contexte que l'étude No Burnout (NOBO) a proposé aux étudiants et internes en médecine et aux élèves sage-femme de l'Université de Poitiers d'apprendre des outils pour ne plus être victime du SEP.

Nous avons souhaité évaluer l'efficacité d'interventions en ligne inspirées de thérapies cognitives-comportementales versus témoin.

Les deux outils utilisés étaient :

La grille SECCA, grille utilisée par les psychothérapeutes pour identifier et changer les pensées erronées.

La méditation de pleine conscience, qui permet de développer une attitude d'attention au moment présent sur le contenu de l'expérience avec acceptation et non jugement.

Nous avons souhaité créer les conditions d'une prévention de masse du BO à destination des étudiants, grâce à des outils en ligne sur Internet, conçus par des étudiants, sous forme de textes explicatifs et de vidéos.

I) Introduction

1) Le Syndrome d'épuisement professionnel ou Burnout syndrom

La définition du BO retenue est celle de Maslach, développée en 1981 (1).

Maslach décrit le BO comme un syndrome composé de trois éléments : l'épuisement émotionnel et le cynisme qui apparaît fréquemment chez les personnes qui exercent un travail « d'aide aux personnes », et aussi la tendance à « s'évaluer soi-même négativement, en particulier à l'égard de son travail avec les usagers ».

L'épuisement émotionnel (EE) représente la dimension relative au stress de la personne expérimentant le BO et fait référence au sentiment d'être surmené ou épuisé de ses ressources physiques et/ou émotionnelles (2).

L'épuisement émotionnel incite à la prise de distance émotionnelle et mentale avec son propre travail, de manière à faire face à la charge de travail.

Le travail nécessite des ressources émotionnelles pour répondre aux demandes des usagers qui peuvent dépasser les capacités du travailleur à y répondre. C'est alors que la dimension de dépersonnalisation intervient en tant que réaction de mise à distance (2).

La dépersonnalisation (DP) (ou *cynism. pour les anglo-saxons*) représente la dimension interpersonnelle du BO et fait référence à une réponse négative de détachement, d'insensibilité aux demandes du patient (2).

La dépersonnalisation est la tentative de mettre de la distance entre soi et le bénéficiaire des soins en ignorant les qualités qui font de ces bénéficiaires des personnes uniques. Leurs demandes deviennent alors plus facilement maîtrisables quand elles sont considérées comme des objectifs dépersonnalisés du travail.

La diminution de l'efficacité ou de l'accomplissement professionnel (AP) représente la dimension d'évaluation personnelle. Elle reflète des sentiments d'incompétence et de manque d'accomplissement et de productivité au travail (2).

L'échelle de mesure de l'épuisement professionnel la plus utilisée est celle de Maslach : le MBI (Maslach Burn Out Inventory).

Pour les besoins de notre étude nous avons défini l'intensité du BO en trois stades. Le BO élevé est défini par un score élevé dans les trois dimensions du BO (EE, DP, AP).

Le BO moyen est défini par un score élevé dans deux dimensions.

Enfin un BO faible, par un score élevé dans une seule des trois dimensions.

2) L'empathie

a) Définition

La relation médecin-malade étant un composante essentielle du soin, il est important que celle-ci soit de qualité et qu'elle ait du sens pour le patient et le médecin.

D'après Spreng, (3), l'empathie est une composante importante de la vie sociale qui permet de comprendre et de répondre de manière adaptée aux émotions de l'autre.

L'empathie est définie par Rogers (1961) (4) comme la capacité à comprendre, être sensible, et ressentir ce que l'autre vit et la capacité à communiquer cette sensibilité à la personne.

b) La juste distance empathique

Si alors l'empathie est cette capacité à ressentir ce que vit le patient, la question se pose de savoir quelle est la distance que la personne empathique met avec le ressenti de l'expérience négative?

Car un ressenti trop lourd à porter pourrait entraîner du stress.

Le soignant se confond-t-il avec le patient, s'attribue-t-il l'expérience du patient ?

Se projette-t-il dans cette expérience avec sa propre identité?

Au point que cette expérience devienne une menace, un facteur de stress?

Ou bien reste-t-il témoin, observateur de l'expérience du patient?

Alors en effet, pour se protéger du stress que représente la relation de soin et ne pas expérimenter de BO, il apparaît indispensable que cette relation empathique soit l'objet d'une bonne distance entre le patient et le malade qui exprime son expérience négative.

En cela la définition de David paraît déterminante: l'empathie est “ la capacité de partager, réagir à et comprendre les expériences vécues par autrui et les états mentaux qui leur sont associés, en adoptant le point de vue d'autrui et en maintenant la *distinction entre soi et autrui*” (5).

Cette distinction entre soi et autrui pourrait prévenir l'apparition de stress dans les relations de soin.

c) Dimension neuroscientifique de cette distinction entre soi et autrui

Les travaux en neuroscience (6) ont mis en évidence deux manières fondamentalement différentes de se relier à l'expérience de l'autre.

On a identifié un substrat neurologique qui correspond à l'adoption du point de vue d'autrui sans se confondre avec lui.

C'est en cela que la distinction souvent débattue entre "sympathie" (de l'anglais *sympathy*) et "empathie" (de l'anglais *empathy*) trouve sa justification.

L'empathie s'explique par un double mécanisme:

- un processus visuo-spatial. Un individu A effectue un changement de perspective dans lequel il s'imagine être dans la position du corps d'un individu B. Cette prise de perspective visuo-spatiale, appelée hétérocentrée, est cette rotation mentale qui permet d'*adopter le point de vue d'autrui*.
- un processus auto-régulateur qui inhibe la perspective égocentrée c'est à dire inhibe *l'attribution à soi de ce que vit autrui* mais aussi la projection sur autrui de ce que nous pourrions ressentir dans pareille situation.

L'empathie est donc la prise de perspective hétérocentrée et l'inhibition de la perspective égocentrée. L'empathie est cette adoption du point de vue d'autrui sans s'attribuer ce que vit autrui.

La sympathie, à l'inverse, est due à la conservation de la perspective égocentrée sans prise de perspective hétérocentrée. C'est à dire l'attribution à soi de ce que vit autrui, *l'identification entre soi et autrui*.

d) Dimensions cognitives et émotionnelles de l'empathie

Davis considère que la compréhension du patient revêt une dimension cognitive et une dimension émotionnelle et utilise les notions d'empathie cognitive et d'empathie émotionnelle. Il s'est inscrit dans le mouvement visant à intégrer ces deux traditions dans la mesure de l'empathie.

Auparavant, les dernières échelles de mesure de l'empathie (Hogan (1969) et la Mehrabian and Epstein scale (1972)) prenaient en compte les deux dimensions en les additionnant pour produire un seul et unique score d'empathie (7).

Selon Davis:

Il existe deux dimensions de l'empathie cognitive:

- l'imagination ou « *fantasy* » (FS) : la tendance à *s'identifier à des personnages* de littérature, de films ;
- le changement de perspective ou « *perspective taking* » (PT) : reflète la capacité à *adopter la perspective, le point de vue* de quelqu'un.

Il existe aussi deux dimensions de l'empathie émotionnelle :

- la compassion / le souci empathique ou « empathic concern » (EC) : la tendance à expérimenter des sentiments de *chaleur, de compassion et de se sentir concerné* par les expériences négatives de l'autre,
- la détresse personnelle, ou « personal distress » (PT) : la tendance à expérimenter des sentiments *d'inconfort ou d'anxiété* en étant témoin des expériences négatives de l'autre.

e) Emergence d'une nouvelle échelle de mesure de l'empathie

L'IRI (Interpersonal Reactivity Index) est l'échelle développée par Davis, validée pour prendre en compte ces quatre dimensions de l'empathie. Elle donne un score dans chacune des dimensions cognitive d'une part et émotionnelle d'autre part, mais aussi un score dans les quatre dimensions.

f) Hypothèses de travail:

Il nous a paru important d'étudier l'empathie pour justifier qu'elle puisse être protectrice du BO.

Nous avons supposé qu'un médecin ayant une relation soignant-soigné de type "sympathique", a tendance à se *confondre* avec ses patients. C'est-à-dire soit à s'attribuer ce que ses patients vivent soit à projeter sur ses patients ce que lui-même ressentirait dans pareilles situations, bien qu'il n'y soit pas.

Dans ce type de relation, le médecin montre une difficulté à se désengager de la *perspective égocentrée* et à prendre la perspective du patient.

Une sympathie exagérée pourrait entraîner une *fatigue de compassion*, (7 bis), c'est-à-dire l'épuisement associé aux soins de personnes qui éprouvent une douleur physique ou émotionnelle importante et de la détresse. Cette fatigue de compassion pourrait entraîner le SEP.

3) Liens connus entre empathie et burnout dans la littérature

Ces études auprès des professionnels de santé ont permis d'étudier les corrélations entre le BO, ses trois dimensions, des scores d'empathie et des sous-composantes de l'empathie.

a) Congruence des échelles d'empathie

De nombreuses études de corrélation entre BO et empathie utilisent l'échelle Jefferson Scale of Empathy (JSE).

Afin de déterminer si les données utilisant cette échelle étaient exploitables, nous avons voulu vérifier si cette échelle était corrélée avec l'IRI.

En effet il existe une bonne corrélation entre ces deux échelles dans l'étude de Hojat (11), qui a étudié les corrélations entre la grille JSE (développée pour les professionnels de santé) et la grille IRI (développée pour la population générale).

Premièrement, une corrélation statistiquement significative a été trouvée entre les scores totaux des échelles JSPE et IRI ($r = 0.45$, $p < 0.01$).

Par ailleurs, en comparant ces deux échelles il a été supposé qu'il existait un recouvrement de ces deux échelles sur les items qui concernent le soin au patient. Cette hypothèse a été confirmée. Il a été observé que les plus grandes corrélations entre ces deux échelles existent entre les items de l'IRI qui correspondent au soin (par exemple empathic concern et perspective taking) et les items correspondant de l'échelle JSPE (compassionate care, perspective taking).

Les items de l'échelle IRI qui correspondent le moins à la dimension de soin de patient (personal distress and fantasy) étaient moins corrélés avec la JSPE.

Ces études avec l'échelle JSE sont intéressantes et exploitables dans le contexte de notre étude car cette échelle a montré une bonne congruence avec l'échelle IRI de Davis.

b) Etudes de corrélation entre empathie globale et dimensions du burnout

Hojat et al (8), ont étudié les liens entre empathie globale et les composantes du BO, par l'intermédiaire des réponses de 256 étudiants en médecine.

L'empathie a été mesurée par la Jefferson Scale of Empathy (JSE) et le MBI.

La JSE est une échelle d'empathie développée pour évaluer l'empathie des professionnels de santé. Plus précisément les auteurs ont utilisé la version étudiante de cette échelle.

Une étude de corrélations bivariées montre que les scores d'empathie des étudiants en médecine étaient significativement et positivement corrélés avec les scores d'AP du MBI ($r=0,36$; $p < 0,01$), mais corrélés négativement avec les scores de DP du MBI ($r=-.25$, $p < 0,01$).

Ces résultats étaient cohérents avec d'autres études, notamment celle de Zenasni et al (9) dans laquelle chez les médecins généralistes en France, il existe une corrélation significative entre empathie mesurée par la JSE et AP et DP, positive pour AP et négative pour DP.

Il en est de même pour l'étude de Brazeau et al (10) qui rapporte une corrélation significative négative entre empathie mesurée par la JSE avec les scores de DP mais aussi dans cette étude avec les scores d'EE.

c) Etude de corrélation entre BO, ses composantes et les composantes de l'empathie :

D'autres études ont eu pour but de mesurer les liens entre le BO et certaines composantes de l'empathie.

Lamothe a voulu analyser des liens potentiels entre PT et EC et burnout, chez des médecins généralistes français (12).

Le PT a été mesuré par les items de la JSE correspondants. L'EC a été mesuré par la Toronto Empathy Questionnaire (TEQ) qui évalue seulement un score d'EC.

Concernant les liens entre niveau global d'empathie et dimensions du BO, on trouve une corrélation négative de DP et positive de l'AP avec les deux mesures d'empathie.

En s'intéressant aux sous-échelles d'empathie, Lamothe et al ont découvert grâce aux analyses de régression linéaire du BO avec les dimensions de l'empathie que :

- des scores faible d'empathie prédisaient un burnout plus haut. C'est-à-dire que des scores faibles d'EC ($\beta = -0.17$, $p < 0.05$) et faibles de PT ($\beta = -0.21$, $p < 0.001$) prédisaient un burnout plus haut.
- par ailleurs l'interaction EC et PT (EC x PT) prédisait aussi les niveaux de burnout de manière significative ($\beta = 0.11$, $p < 0.05$).
- L'analyse plus approfondie de ces interactions, révèle que des hauts scores de PT prédisaient un plus faible niveau de burnout indépendamment des scores de l'EC (odd ratios (OR) 0.37; 95% intervalle confiance (95% CI) 0.21–0.65 $p < 0.001$),
- et des hauts scores dans les deux échelles EC et PT “protégeaient” contre le burnout : OR 0.31; 95% CI 0.15–0.63, $p < 0.001$).

Cette étude semble expliquer l'interaction entre empathie affective (empathic concern) et empathie cognitive (perspective taking).

L'étude de Paro et al (13) va encore plus loin en étudiant le lien entre dimensions du BO et dimensions de l'empathie grâce aux échelles IRI et MBI, chez des étudiants en médecine.

Des corrélations selon Pearson ont mis en évidence les corrélations suivantes :

Les scores d'EC étaient corrélés négativement avec le sexe masculin ($r = -0,3$; $p, 0,001$) et les scores de dépersonnalisation ($r = 20,3$; $p, 0,001$).

Les scores de PT étaient inversement corrélés avec les scores de dépersonnalisation ($r = 0,3$; $p, 0,001$) et corrélés positivement avec l'accomplissement personnel ($r = 0,3$; $p, 0,001$) et l'EC ($r = 0,4$; $p, 0,001$).

Les scores de PD étaient inversement corrélés avec l'accomplissement personnel ($r = 0,3$; $p, 0,001$) et positivement corrélés avec les scores d'épuisement émotionnel ($r = 0,3$; $p, 0,01$).

Les analyses de régression linéaire ont montré les résultats suivants:

Le sexe ($b = 0,27$; $p, 0,001$) et PT ($b = 0,30$; $p, 0,001$) étaient des facteurs prédictifs significatifs d'EC.

L'épuisement émotionnel a été associé avec des scores de PD plus élevés ($p < 0,001$).

La dépersonnalisation a été associée avec des scores inférieurs d'EC ($b = 20,18$) et de PT ($b = 20,14$) ($p, 0,001$).

L'accomplissement personnel a été associé à des scores de PT plus élevés ($b = 0,21$; $p, 0,001$) et de PD plus bas ($b = 20,26$; $p, 0,001$).

d) Une esquisse de compréhension neuroscientifique des liens entre BO et empathie ?

Une étude pourrait expliquer l'importance de la régulation émotionnelle comme mécanisme de prévention du BO (14).

Tei et al ont exploré le lien entre le BO et certaines dispositions à la régulation des émotions. Ceci par l'intermédiaire de l'étude de l'activité cérébrale des zones de l'empathie chez des infirmières en exercice.

Cette étude repose sur des études antérieures qui montrent que la vision de photos de personnes en souffrance chez les médecins était corrélée à une diminution de l'activité cérébrale des zones de l'empathie.

Ces régions de l'empathie correspondent aux régions activées à la vue de la douleur d'une personne (l'insula antérieure, le cortex cingulaire antérieur, le gyrus frontal inférieur, la jonction temporo-pariétale).

On constate que la sévérité du BO est associée à une diminution de l'activité cérébrale liée à l'empathie.

De plus cette réduction d'activité cérébrale des zones de l'empathie est corrélée avec la tendance à la dissonance émotionnelle (emotion dissonance).

La dissonance émotionnelle est la différence pour un individu entre l'expression de ses propres émotions et la qualité de ses émotions ressenties.

Ce qui pourrait justifier que le BO est lié à la dissonance émotionnelle.

Ce qui serait aussi un argument pour la théorie de l' "emotion dissonance theory" du BO : une régulation émotionnelle insuffisante entraîne le BO.

Ces constatations soutiennent l'idée qu'apprendre à identifier ses réactions émotionnelles seraient une arme contre le BO.

C'est donc tout l'intérêt d'apprendre à identifier ses émotions pour la régulation du BO. Des interventions basées sur des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pourraient contribuer à cet objectif.

II) Quels sont les mécanismes justifiant l'efficacité des TCC et leurs niveaux de preuve sur l'amélioration du burnout et de l'empathie ?

1) Définition des TCC

Les TCC sont définies par l'association française de TCC (15) ainsi :

« Elles ont pour but la résolution d'un problème donné d'un patient. Elle consiste en l'analyse du problème en cherchant à comprendre le fonctionnement pathologique. Une fois le problème compris, des exercices de différentes natures sont proposés. »

Les TCC proposent (15):

- des exercices cognitifs qui ciblent les pensées inadaptées et irréalistes en apprenant à les modifier, à construire et à stabiliser de nouvelles façons de penser plus adaptées ;
- des exercices émotionnels qui développent l'acceptation et la conscience des différentes émotions pour apprendre à mieux les réguler ;
- des exercices corporels, qui cherchent l'apprentissage de la détente physique et psychologique.

Différences entre la deuxième et la troisième vagues des TCC

Les TCC ont évolué par étapes. Si la première vague s'est attachée à transformer les comportements dangereux par de meilleurs comportements, à travers le processus d'apprentissage appelé "conditioning", les thérapies de la deuxième vague reposent sur le fait de changer les comportements ou les déséquilibres émotionnels à problème en changeant les pensées qui en sont à l'origine.

La troisième vague est profondément différente : selon Hayes, un des promoteurs de cette nouvelle vague, le but de ces nouvelles thérapies serait de changer le rapport aux expériences négatives vécues, plutôt que de changer ou modifier les expériences elles-mêmes (21).

2) La grille SECCA

La grille SECCA appartient à cette deuxième vague des TCC qui vise à modifier les distorsions cognitives du patient.

a) L'analyse fonctionnelle

Lors d'une psychothérapie, l'évaluation avant la mise en place du traitement est appelée l'analyse fonctionnelle. Elle permet de déterminer quel problème traiter, et de quelle manière.

L'analyse fonctionnelle étudie les relations entre les comportements problématiques, les pensées, les émotions, l'environnement social et physique de façon à adapter à chaque patient l'application de principes généraux fondés sur les théories de l'apprentissage et les théories cognitives (16).

Plusieurs grilles permettent de réaliser cette analyse, comme la grille SECCA, développé par Jean Cottraux.

Dans l'étude No Burnout nous nous sommes restreints à l'utilisation de l'analyse fonctionnelle synchronique (17) du problème présent du patient. Elle répond selon Jean Cottraux à l'acronyme SECCA (Situations Emotions Cognitions Comportements Anticipation).

Le patient doit expliciter la situation qui pose problème et les situations déclenchantes, le contenu de ses émotions, de ses cognitions, la signification personnelle (la représentation personnelle du problème), les comportements adoptés en réaction et les mécanismes d'anticipation.

b) L'intérêt du changement des distorsions cognitives

Les distorsions cognitives sont des pensées qui entraînent une vision fautive de la réalité. C'est au psychiatre Aaron T. Beck que l'on doit cette notion. Alors qu'auparavant l'on pensait que les pensées négatives étaient une caractéristique de surface de la dépression, celui-ci réalisa que les pensées négatives pouvaient aussi causer la dépression (18).

Beck encourageait ses patients à écrire les pensées contemporaines de leur changement d'humeur pour les évaluer avec le thérapeute.

La grille SECCA est adaptée au traitement des distorsions cognitives. En partant d'une Situation – Stimulus – il est demandé au patient d'observer et de consigner ses Emotions, ses Cognitions (pensées, images mentales, croyances) puis ses Comportements et ses mécanismes d'Anticipation.

Le psychologue présente ainsi au patient les mécanismes de distorsions cognitives qui affectent les pensées et le ressenti (19).

c) Arguments pour l'utilisation d'une grille d'analyse fonctionnelle dans la prévention du BO

Si le BO peut consister en des états négatifs formant un épuisement émotionnel, on peut penser que les pensées négatives constituent une part importante de l'expérience du BO.

En effet la grille MBI du BO montre que les émotions prennent une part importante dans le BO mesuré par l'épuisement émotionnel : "émotionnellement vidé(e)", "je me sens à bout", "fatigué", "frustré" "me stresse trop".

Cependant si les émotions sont caractéristiques de l'EE, la MBI révèle comme attendu que la DP et l'AP sont constituées de pensées concernant le jugement de soi.

Il apparaît intéressant d'utiliser une grille d'analyse fonctionnelle pour traiter les pensées erronées caractéristiques de distorsions cognitives pouvant apparaître dans le BO.

d) La grille SECCA : outil d'auto réflexivité

Par ailleurs, il nous est apparu que la grille SECCA, peut être considérée comme un outil d'auto-réflexivité (d'auto-évaluation).

Nous la considérons comme ayant des caractéristiques communes avec des outils validés en pédagogie comme outils d'apprentissage et d'amélioration des compétences.

e) Un outil de soin?

Il n'est pas évident que la grille SECCA puisse être un outil de prévention du BO. En effet on peut se demander en quoi le travail sur les distorsions cognitives est suffisant pour diminuer le BO.

A notre connaissance il n'existait auparavant aucune étude ayant étudié l'efficacité de la grille SECCA sur le BO, ou une TCC similaire.

3) La Méditation de pleine conscience (MPC)

a) La MPC : l'attention au moment présent avec une attitude particulière

La MPC est une méditation bouddhiste, développée comme outil de soin par Jon Kabat-Zinn, dans le but de créer une thérapie de réduction du stress.

La méditation de pleine conscience est définie comme suit par Jon Kabat-Zinn en 2003 (20) :

« La pleine conscience est la conscience (*awareness*) qui émerge lorsque l'on porte son attention volontairement, dans le moment présent, et sans jugement, sur l'expérience telle qu'elle se déploie moment par moment ».

La méditation est une forme *d'entraînement* de l'esprit.

La pleine conscience est la *qualité de conscience* qui émerge quand l'attention est portée à l'expérience présente.

La méditation de pleine conscience est donc un entraînement de l'esprit visant une conscience claire du moment présent quand l'attention est portée sur le contenu de l'expérience du moment présent, par l'observation et la reconnaissance de l'expérience.

b) Justification de l'intérêt de la MPC dans la prévention du BO

On peut comprendre l'intérêt de la MPC dans le BO, en faisant appel à la notion de souffrance des bouddhistes. Les nobles vérités du Bouddha rappellent l'expérience souffrante de l'Homme.

Les bouddhistes pratiquent la méditation qui est un moyen de défaire les mécanismes de la souffrance qui gouverne notre esprit.

En effet, lors d'une expérience souffrante, l'Homme a naturellement tendance à résister à la réalité. Les pensées souffrantes entretiennent un cycle d'émotions négatives, de sensations désagréables et de ruminations mentales qui s'auto-entretiennent. Ce phénomène est révélateur de la résistance de notre Esprit à la réalité. La résistance à la réalité entraîne la souffrance.

Des outils d'attention pourraient permettre de calmer l'Esprit pour au contraire reconnaître et accepter l'expérience souffrante.

C'est ce que permet la méditation : développer des qualités permettant de calmer l'esprit, et d'observer l'expérience souffrante au lieu d'être à sa merci.

Dans cette signification de la souffrance on voit que la MPC pourrait aider la personne à accepter la réalité du BO pour la faire disparaître.

c) Différence entre la MPC et les TCC traditionnelles

Les TCC traditionnelles ont pour pré-requis que les pensées jouent un rôle prépondérant dans le maintien des déséquilibres émotionnels. Pour cette raison la cible thérapeutique des TCC traditionnelles sont les pensées, dans le but de modifier les distorsions cognitives (21).

La MPC est souvent considérée comme appartenant à la troisième vague des TCC.

Selon Baer, les différences entre la MPC et les TCC conventionnelles (22) sont les suivantes:

La MPC, à la différence des TCC, ne comporte :

- pas d'évaluation des pensées comme irrationnelles ou négatives et pessimistes,
- pas de tentative de changer les pensées jugées irrationnelles.

Au contraire les pratiquants de la MPC observent les pensées et apprennent à ne pas les juger. Ils ne suivent pas de but spécifique quant au contenu de leurs pensées, ils apprennent le non-jugement.

La MPC tient donc plus de *l'attention aux pensées* (de la relation aux pensées) dans un rapport de *non-jugement* que du changement des pensées dont sont l'objet les TCC.

La Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) fait partie de la troisième vague des TCC. Selon Hayes, un des promoteurs de cette nouvelle vague, le but de ces thérapies serait de changer la fonction d'expériences négatives, plutôt que de changer ou modifier les expériences elles-mêmes (21).

La MPC ne se limite pas à favoriser des capacités d'attention aux pensées mais *une attention à l'ensemble des contenus de l'expérience* (pensées, émotions, sensations corporelles).

d) Les mécanismes fondamentaux de la MPC

Le mécanisme fondamental de la MPC : le reperceiving

Pour bien comprendre les mécanismes suggérés dans la MPC, et plus tard expliquer son fonctionnement dans l'empathie et le BO, nous allons étudier un article majeur de Shapiro (23).

Il explique l'action de la MPC autour d'un mécanisme majeur, qu'il appelle le "reperceiving".

Shapiro décrit la MPC comme la combinaison de trois composantes:

- l'Intention
- l'Attention
- l'Attitude

Ce qui correspond à une des définitions de la mindfulness donnée par Jon Kabat-Zinn (23) : "paying attention in a particular way : on purpose, in the present moment, and non-judgmentally"

"Prêter attention ("attention") d'une manière particulière ("attitude") : intentionnellement ("intention"), dans le moment présent et sans jugement (une des attitudes décrites par Shapiro au même titre que "openness", "compassion"...)"

Les attitudes fondamentales de la MPC notées par Shapiro sont : acceptation, non jugement, compassion, ouverture, patience.

Cette attention de manière particulière avec intention ouvre le pratiquant à un *changement de perspective*, ce mécanisme central décrit par Shapiro : le « *reperceiving* ».

Le reperceiving est le changement de perspective qui s'opère par la MPC, par lequel le pratiquant est témoin et *observe* le contenu de l'expérience et son propre commentaire, plutôt que d'être *immérgé* dans le flot de son propre commentaire concernant le contenu de l'expérience.

Ce changement de perspective ouvre lui-même à de nouvelles capacités:

- une capacité à acquérir de l'information concernant l'expérience du moment présent ; les différentes dimensions de l'expérience du moment présent et leur dynamique : sensations, émotions et pensées et comment celles-ci interagissent ; leurs caractéristiques (intensité, durée...),
- et par ailleurs grâce à l'attention au contenu de sa propre expérience, le pratiquant prend alors conscience que cette expérience vécue entraîne de sa part une réactivité automatique, face à cette expérience.

Cette capacité à observer avec clarté et objectivité cette réactivité permet justement de ne pas s'engager dans la réactivité en restant conscient de cette tendance à la réactivité.

C'est alors que le pratiquant est capable d'être témoin, observateur du déroulement de l'expérience et de sa propre réactivité.

Ce mécanisme du *reperceiving* ouvre alors à des mécanismes supplémentaires d'après Shapiro, qui sont au nombre de quatre:

- «l'exposure» : j'ai de l'attention et j'observe que mes états n'ont pas besoin d'être évités et qu'ils ne durent pas. J'endure, c'est-à-dire *j'apprends à vivre avec* ;
- la « self regulation » : le fait d'avoir de l'attention en conscience avec une attitude d'acceptation permet d'obtenir l'information contenue dans chaque moment. J'ai de l'attention, je comprends le fonctionnement de mes états négatifs, je suis alors capable d'utiliser des outils adaptés pour faire face. J'apprends à gérer, à réguler ces états négatifs en acquérant des capacités à les surmonter, c'est-à-dire *je peux changer mes réponses* ;
- la « values clarification » : j'ai de l'attention sur mes valeurs, je les considère avec objectivité et je choisis la (les) valeurs qui me correspond(ent) le plus, c'est-à-dire *je donne un sens nouveau* ;
- la « flexibility » : j'ai la capacité d'observer le mental et de voir clairement son contenu et je ne suis pas dans la réactivité. Je peux alors me désidentifier de mes anciennes croyances et manières de réagir. Je me laisse atteindre par ces états négatifs, je les laisse être des composantes de mon vécu, c'est-à-dire *je me laisse être modifié par le fait de vivre mes expériences négatives*.

Ainsi la MPC entraîne le *reperceiving* qui est un processus méta-cognitif. On pourrait résumer ce processus comme suit:

- = je comprends le fonctionnement de l'esprit
- = j'observe
- = je ne réagis pas à mes états négatifs
- = je n'agis pas de manière automatique

en conséquence :

- = j'ai la capacité à rester présent aux états négatifs sans les éviter ou réagir, à me laisser atteindre par eux "flexibility"
- = je peux vivre avec la présence de ces états négatifs "exposure"
- = je peux adopter de nouveaux processus, "self regulation, self-management"
- = je peux re-clarifier mes propres valeurs "values clarification"

e) Développement des techniques MBSR MBCT

La MPC a inspiré la création de thérapies de la troisième vague

-La réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR))

La MBSR est un programme de 8 semaines permettant de s'initier à la méditation de pleine conscience dans le but d'apprendre à gérer le stress.

Le programme a été conçu par Jon Kabat-Zinn. Il est enseigné à la clinique de réduction du stress du centre hospitalier de Boston depuis 1979, devenue maintenant le CFM, Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society.

L'enseignement se déroule sous forme de petits groupes de 15 à 40 personnes qui se regroupent pour 8 séances hebdomadaires de 2h30.

L'apprentissage comprend la pratique méditative formelle (avec intention de se poser pour pratiquer la méditation et ne rien faire d'autre) et la pratique informelle (à l'occasion d'actes de routine de la vie quotidienne).

Les participants aux programmes MBSR sont invités à apprendre comment "s'établir en soi-même", dans ses propres ressources internes, en contact avec sa capacité naturelle à tendre vers une meilleure santé, "libre de toute anxiété, l'esprit paisible" (24).

Le fonctionnement en pilotage automatique, les communications interpersonnelles, les ruminations mentales, les émotions en relation avec les sensations corporelles, sont entre autres les problématiques abordées.

Les commentaires des participants qui partagent leur expérience en groupe font partie de l'interactivité permettant une meilleure acquisition des exercices.

Bien que cette méthode ait été développée pour réduire le stress, elle a été étendue pour la gestion de la douleur chronique, pour une meilleure tolérance des traitements lourds, et pour une meilleure qualité de vie des patients en général.

-La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT))

La MBCT a été développée avec l'objectif d'apporter une réponse à la tendance à la rechute dépressive (18 p.44).

De nombreuses études dans les années 1980 soulignaient l'importance de la rechute dépressive même après un traitement réussi de la dépression (18 p.27).¹

Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams, des cognitivistes se demandent comment développer une version de maintien de la thérapie cognitive pour l'appliquer aux patients guéris de dépression (18 p.43)¹

Il est montré qu'il existe une réactivité cognitive accrue chez les personnes dépressives, expliquant les rechutes de plus en plus fréquentes après chaque épisode.

Beck, le pionnier de la thérapie cognitive pour la dépression, exploita les pensées négatives comme support du soin du déprimé. Le patient est encouragé à noter toute pensée négative apparaissant lors d'un changement de l'humeur. Elles peuvent être évaluées à l'aide du psychothérapeute qui aide aussi au repérage des situations dans lesquelles ces pensées se manifestaient et pouvaient déclencher l'humeur dépressive.

La méditation paraissait adaptée comme moyen de se distancier des pensées et stopper le processus des ruminations.

Segal, Teasdale et Williams ont développé cette TCC qui part du principe que pour les personnes ayant subi un épisode dépressif majeur, les rechutes pourraient être évitées en apprenant à être conscient des pensées et sentiments négatifs et ainsi à ne pas s'engager dans des processus de ruminations.

La compétence de base consiste à rester hors de ces routines cognitives qui s'auto-alimentent, en « laissant aller ». Ce qui signifie arrêter de s'impliquer dans ses vieilles habitudes en se libérant de l'attachement. Une autre manière de le dire : être un observateur du contenu de notre expérience.

La MBCT utilise des principes de TCC utilisés pour la dépression et d'autres composants de la MBSR développée par Kabat-Zinn (18)

4) Efficacité connue de la MBSR sur le burnout et l'empathie

Les études ayant évalué l'efficacité de la MPC sur le BO et l'empathie ont mis en place une intervention présenteielle fondée sur la MBSR.

a) Efficacité de la MBSR sur le BO, chez les professionnels de santé

Voici sous forme d'un tableau les résultats connus de l'efficacité de la MBSR sur les composantes du BO. Nous avons reporté les moyennes des scores avec les écarts-type du groupe interventionnel, dans chaque composante, en pré-interventionnel et post-interventionnel.

Étude	Population étudiée	Groupe contrôlé?	Groupes Randomisés?	Epuisement 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 maïeutique	Oui	Oui	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 et al (25)	Médecins	Non	Non	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	
	Personnel de santé			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 et al (26)	Médecins	Non	Non	26,8 (NI)	23,7 (NI)	8,4 (NI)	7,6 (NI)	40,2 (NI)	42 (NI)
				Différence significative p < 0,05		Pas de différence significative p = 0,15		Différence significative p < 0,05	
Asuero et al (27)	Personnel de santé	Oui	Oui	25,1 (11,6)	19,5 (11,0)	9,8 (6,3)	7,2 (5,5)	38,8 (6,8)	40,9 (4,7)
				Différence significative p < 0,01		Différence significative p < 0,01		Différence significative p < 0,01	
Fortney et al (28)	Médecins	Non	Non	31,9	26,4	12,6	10,3	38,5	41,6
				Différence significative p < 0,05		Pas de différence significative p > 0,05		Différence significative p < 0,001	
Cohen-Katz (29)	Infirmières	Oui	Oui	NI	NI	NI	NI	NI	NI
				Différence significative p = 0,001		Pas de différence significative p = 0,08		Pas de différence significative p = 0,06	
Mackenzie (30)	Infirmières	Oui	Oui	26.38 (10.42)	20.67 (10.39)	4.75 (4.49)	4.80 (4.43)	37.38 (5.86)	41.60 (3.25)
				Différence significative p < 0,05		Différence significative p < 0,05		Pas de différence significative	
Barbosa (31)	Etudiants en santé	Oui	Non	19 (NI)	17 (NI)	8 (NI)	9 (NI)	28 (NI)	27 (NI)
				NI		NI		NI	
Galantino (32)	Professionnels de santé et administratifs	Non	Non	22.8	18.24	4.9	3.82	35.6	36.4
				Différence significative p=0.002		Pas de différence significative p=0.08		Pas de différence significative p=0.41	

Figure 1: Résultats des études MBSR chez les professionnels de santé. Scores dans chaque composante. Moyenne (Ecart type). “NI” : non indiqué dans l'article

Au total la MBSR a démontré son efficacité sur le BO dans le cadre d'interventions en présentiel, chez les professionnels de santé.

b) Efficacité de la MBSR sur l'empathie chez les professionnels de santé

Voici sous forme d'un tableau les résultats connus de l'efficacité de la MBSR sur les composantes de l'empathie.

Etude	Population étudiée	Groupe contrôlé?	Groupes Randomisés ?	Empathie globale	PT		EC		PD		FS	
					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)		
Barbosa (31)	Etudiants en santé	Oui	Non	JSPE Différence significative entre groupe $P < 0.0096$ (scores non indiqués en valeur absolue)								
Shapiro (33)	Etudiants en médecine et "premedical"	Oui	Oui	Empathy Construct Rating Scale (ECRS) Augmentation significative de l'empathie $p < 0.05$								
Birnie (34)	Publique : "Community sample"	Non	Non		16.94 (4.24)	18.71 (4.66)	20.12 (4.65)	20.86 (4.41)	11.71 (4.89)	9.43 (4.48)		
					Différence significative $p = 0.000$		Pas de différence significative $p = 0.162$		Différence significative $p = 0.000$			
Galantino (32)	Professionnels de santé et administratifs	Non	Non		8.06 (NI)	7.78 (NI)	4.27 (NI)	3.7 (NI)	4.27 (NI)	3.65 (NI)	5.06 (NI)	5 (NI)
					Pas de différence significative $p = 0.54$		Pas de différence significative $p = 0.16$		Pas de différence significative $p = 0.17$		Pas de différence significative $p = 0.92$	

Figure 2: Résultats des études MBSR. Scores dans chaque composante. Moyenne (Ecart type). "NI" : non indiqué dans l'article

Des études contrôlées randomisées seraient utiles pour confirmer l'efficacité de la MBSR sur l'empathie.

5) Proposition d'explication des mécanismes de l'efficacité de la MPC sur le BO et sur l'empathie

Nous allons essayer de comprendre comment la connaissance des mécanismes de la MPC décrits par Shapiro nous permet d'expliquer en quoi le reperiencing et les mécanismes alternes diminuent le BO et favorisent l'empathie ?

a) Tentative d'explication des mécanismes d'efficacité de la MPC diminuant le BO

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé de tentative d'explication d'une action de la MPC sur le BO.

Nous allons étudier comment en théorie la MPC pourrait permettre de protéger du BO.

Il n'est pas clair dans la littérature que les trois composantes du BO naissent en cascade l'une de l'autre de manière directe. Il n'est pas clair que EE entraîne DP qui entraîne AP. Ainsi la gestion de l'EE ne permettrait pas en elle-même de protéger de DP et d'améliorer l'AP.

Il semble alors intéressant de justifier de l'action de la MPC sur chacune des trois composantes.

L'*épuisement émotionnel* est la dimension du BO due au *stress*.

La MPC conformément au mécanisme du *reperceiving* permettrait à celui qui porte son attention sur l'expérience du stress de découvrir les dimensions émotionnelles négatives et les pensées négatives qui y sont liées.

Comme le définit Maslach (2), l'épuisement émotionnel pousse le travailleur à se « distancier émotionnellement et cognitivement de son travail, sans doute comme un moyen de faire face à la surcharge de travail »

- La MPC permettrait une régulation émotionnelle

Le pratiquant découvre qu'il a l'habitude de réagir automatiquement à ce vécu négatif. L'attention à cette tentative de réagir automatiquement au stress permet d'en comprendre le fonctionnement et de porter l'attention sur toute les dimensions du vécu. Il apprend à "vivre avec" (exposure), à se "laisser atteindre" (flexibility) par ce vécu négatif. Il développe de nouvelles capacités à faire face, notamment d'ouverture, de non-jugement, d'acceptation.

Le pratiquant acquiert une plus grande liberté de choix de stratégies de *coping* (*c'est-à-dire faire face*), pour se libérer des attachements et des réactions automatiques qui pourraient accentuer le cycle du BO.

L'EE retentit sur un deuxième état : la dépersonnalisation.

La *dépersonnalisation* est un état fortement lié à l'épuisement émotionnel, dans lequel le travailleur n'a pas la capacité à répondre au travail qui lui est demandé, il ne peut alors répondre aux besoins des patients (2). Le patient n'est alors plus considéré comme unique avec ses propres qualités.

Les items mesurant la dépersonnalisation dans le questionnaire MBI sont les suivants:

“Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.

Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes”.

- La MPC permettrait d'être pleinement conscient du patient

Le travailleur médical dans une situation de dépersonnalisation est "prisonnier" de ruminations intérieures alimentées par le stress concernant son incapacité à répondre à une demande. En réaction se développe une indifférence envers le patient. La MPC permettrait alors de se recentrer sur le moment présent. Cela permettrait l'inhibition des ruminations mentales dont l'objet est l'inadaptation à la demande du travail. La pleine conscience favoriserait aussi la conscience des différentes tâches effectuées, et du patient dans l'acceptation.

- La MPC permettrait le recentrage sur les valeurs fondamentales développées par l'exercice de la profession

On peut penser que si la MPC favorise la "values clarification", elle pourrait protéger contre la dépersonnalisation. Le professionnel de santé peut alors se demander : quelles sont les valeurs que je peux exercer malgré mes conditions difficiles d'exercice ? Quelle est l'action importante pour moi que j'exerce chaque jour ? Qu'est ce que je peux apporter au patient dans ma relation avec lui ?

En résumé, on peut penser que si la MPC permet de diminuer la réactivité au stress, elle permet donc de prévenir l'apparition de l'épuisement émotionnel. On peut penser que le travailleur du soin met en place des stratégies pour faire face, le "coping", lui permettant de diminuer le retentissement émotionnel de ce travail. Le professionnel de santé a donc les capacités de répondre à la demande dont ce travail fait l'objet. Il n'est donc pas en situation de dépassement de ses capacités et peut répondre à la demande particulière du patient. On peut penser que le sentiment d'*accomplissement personnel* par l'efficacité au travail est alors préservée.

Un argument en faveur de l'efficacité de la MBCT sur le BO est celui que cette thérapie favorise la conscience des pensées négatives pouvant constituer le point d'entrée en BO ou son aggravation. La MBCT permettrait de repérer les "symptômes de burnout" ce qui permettrait d'une part au travailleur de noter l'apparition de la pensée négative, et d'autre part d'apprendre à être témoin de la narration qu'elle entraîne, et les pensées automatiques en réaction.

b) Tentative d'explication des mécanismes d'efficacité de la MPC favorisant l'empathie

- La MPC permet-elle la conscience de mon expérience et en miroir, de l'expérience de l'autre ?

Nous faisons l'hypothèse que la MPC entraîne la conscience de mon expérience et en miroir de l'expérience de l'autre.

Si l'on reprend les caractéristiques de l'action de la MPC et qu'on les applique par translation à l'expérience vécue par la rencontre avec le patient, on peut dire:

= je comprends le fonctionnement de l'esprit → je comprends les processus mentaux en jeu dans l'expérience de l'autre.

= j'observe l'expérience qui se déroule devant moi → j'observe l'autre, ses réactions, sa manière de parler, ce qu'il dit, comment il le dit, ses expressions...

= je ne réagis pas de manière automatique → l'expérience de l'autre ne me renvoie pas à une perspective ego-centrée.

= je me dés-identifie de mes expériences → je ne m'identifie pas à la détresse de l'autre, ainsi la détresse de l'autre ne me renvoie pas à ma propre détresse.

= j'ai la capacité à rester présent aux états négatifs sans chercher à les éviter ou à réagir, à me laisser atteindre par eux, ("flexibility") → je reste présent à l'autre.

= je peux rester présent à ces états négatifs, ("exposure") -> tant que je suis "exposé" à la narration de l'expérience négative du malade, je suis capable d'y rester présent sans réagir de manière automatique. Ainsi je ne vis pas ma propre narration, mais je reste témoin de la narration faite par le malade.

= je peux adopter de nouveaux processus, re-clarifier mes propres valeurs, ce qui est important pour moi dans le soin ("values clarification") → je reste présent à ce qui est important pour moi dans le soin (qualité de la relation au patient, efficacité,...).

La MPC consiste en cette attitude fondamentale de non jugement, et permettrait de ne pas entrer dans une réactivité à l'expérience négative du patient, conformément à la définition de l'empathie par Wispé(35). L'empathie est cette « tentative de quelqu'un qui est conscient des dimensions de sa propre personne, de *comprendre sans jugement* les expériences négatives et positives de l'autre personne » (« the attempt by one self-aware self to comprehend nonjudgmentally the positive and negative experiences of another self »).

- C'est ainsi que nous pouvons soutenir que la MPC favorise l'empathie et non pas la sympathie

La MPC permet d'être conscient de ses propres expériences avec ouverture et non-jugement, tout en adoptant la *position de témoin qui ne s'identifie pas*. Nous pouvons supposer que la MPC permet donc d'être conscient des expériences de l'autre avec ouverture et non jugement.

Ainsi dans l'expérience de témoin des expériences de l'autre avec conscience de ses réactions automatiques, nous évitons l'identification à la détresse du patient.

Nous pouvons dire, en faisant référence à la différence entre empathie et sympathie, qu'il y a grâce à la MPC:

- absence d'attribution à soi de l'expérience,
- absence de perspective égocentrée,
- absence d'attribution à soi de ce que vit autrui,
- absence d'identification entre soi et autrui.

- La MPC pourrait favoriser le phénomène de perspective taking et d'empathic concern et inhiber le personal distress.

D'après le fait que l'empathie permet au soignant de vivre l'expérience négative du patient sans s'identifier, c'est-à-dire en marquant la distinction entre soi et autrui, on peut penser que la méditation en pleine conscience entraîne PT et EC et inhibe PD

En effet le « shift in perspective » du re-perceiving pourrait permettre le « perspective taking », la MPC favoriserait le « perspective taking ».

Par ailleurs la MPC permet la conscience de l'expérience de l'autre dans le moment présent sans réagir. Elle pourrait favoriser cette capacité à me sentir concerné par l'expérience de l'autre. Si je suis capable de ne pas ruminer, d'être dans le moment présent, je peux développer de l'empathie affective. Cette capacité d'observer mes propres expériences sans m'engager me permet d'observer les expériences de l'autre sans m'engager. Ainsi la MPC favoriserait l'« empathic concern ».

Enfin la MPC, favorisant “exposure”, “self regulation” et “flexibility” pourrait permettre de ne pas faire l'expérience du PD dans le rapport du soin.

Block-Lerner et al(36), s'intéressent à comprendre le rôle de la MPC dans l'empathie. Ils soutiennent l'importance de cette capacité à vivre dans le moment présent afin de s'engager dans une relation de soin empathique.

Ils développent l'idée que cette pratique du moment présent est importante pour le soignant qui peut être victime des ruminations mentales qui ont pour objet “des événements passés et des inquiétudes concernant le futur” et peuvent facilement nous amener “en dehors d'ici et maintenant”.

Ainsi celui qui prend simplement conscience de ses propres difficultés, et “retourne l'attention dans la relation humaine qui se déroule”, tient une certaine distance avec ses difficultés sans les rejeter.

D'après eux c'est cette relation avec nos propres sentiments et pensées qui pourrait faciliter l'empathie tel que Rogers (37) la définit, mettant l'accent sur le fait de maintenir une certaine “séparation” avec la personne, fait d'un juste positionnement entre le rejet et la fusion avec le patient.

De même, les expériences privées qui surviennent dans le cours de méditation peuvent, « lorsqu'elles sont maintenues dans la conscience sans jugement, conduire à une compréhension de l'expérience émotionnelle de l'autre et, peut-être, donner un aperçu sur la meilleure façon de transmettre cette compréhension. »

- La littérature a montré cette relation entre MPC et empathie

L'étude de Block-Lerner (38) a montré que la MPC favorise l' EC et le PT, dans un groupe de femmes.

Des corrélations entre une des échelles de mindfulness utilisées (la CAMS-R Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised) et les sous-échelles de l' IRI indiquent que la mindfulness est corrélée au perspective-taking ($r = .35, p < .05$) et à l' empathic concern ($r = .33, p < .05$).

L'étude de Birnie (34) a proposé une intervention MBSR à destination d'un “community sample”, c'est-à-dire un groupe d'adultes en bonne santé mais diversifiés en rapport avec l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle et la religion.

La formation MBSR a permis une augmentation significative de la prise de perspective et une diminution significative de la détresse personnelle ; aucun changement significatif n'a été observé pour le souci empathique.

L'efficacité de la MPC sur le PD s'explique facilement. Selon les auteurs la sous-échelle PD dans l'IRI mesure la détresse émotionnelle de la personne confrontée à la souffrance de la personne. Certains items de cette sous-échelle suggèrent qu'un score haut dans ces items reflète le fait de se sentir “submergé” (“overwhelmed”) face à une émotion importante d'une autre personne. Or ils rappellent que la pleine conscience a pour but de développer la

tendance opposée : c'est la tendance selon eux à pouvoir "contenir" une grande quantité d'émotions en étant capable de supporter le fait d'être témoin de cette souffrance sans pour autant devenir "submergé".

Ainsi selon eux, cette capacité à pouvoir en même temps adopter la perspective de l'autre et comprendre sa souffrance sans se laisser "submergé", semble être ce qui caractérise le changement que vivent les participants au programme MBSR.

Autre fait intéressant de cette étude par Birnie : les augmentations dans le score PT étaient associées à des augmentations dans le score EC. Il précise que la sous-échelle EC au contraire de la sous-échelle PD, mesure les émotions telles que le fait d'être "touché" par la souffrance des autres plutôt que d'être "submergé" ou effrayées par celles-ci.

- La place de l'acceptation dans l'empathie.

Nous avons vu que selon Shapiro la MPC est une attention avec une certaine attitude, notamment l'acceptation.

On peut penser que justement cette capacité à l'acceptation de l'expérience du moment présent et donc de l'expérience négative de l'autre est justement ce qui permet ce maintien empathique.

Block Lerner et al (36) indiquent que leur étude sus-citée suggère aussi que favoriser l'acceptation de sa propre expérience est primordiale pour favoriser l'empathie pour les autres.

Ils justifient cette affirmation par les résultats des corrélations entre les deux échelles de mindfulness utilisées la CAMS-R (Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised) et la MAAS (Mindfulness Attention and Awareness Scale). Les corrélations entre les sous-échelles de l'IRI et les scores de l'échelle CAMS-R montrent que la mindfulness est corrélée avec la perspective taking et l'empathy concern. Cependant il n'y avait pas de corrélation significative entre ces sous-échelles de l'IRI et les scores de la MAAS. Or, la CAMS-R mesure aussi l'acceptation à la différence de la MAAS. Ainsi l'empathie pourrait être favorisée par la composante d'acceptation de la MPC.

Au total, la MPC pourrait nous apprendre à ramener l'attention sur le corps mais aussi ramener l'attention sur le patient. La MPC serait un facteur déterminant d'empathie.

6) Différence fondamentale entre la grille SECCA et la MPC

Ces deux méthodes se fondent sur l'exploration des différents niveaux de l'expérience (pensées, émotions) liés à la survenue d'un problème, afin de susciter un changement de comportement face à ces expériences négatives. (18)

La grille SECCA dans le cadre des TCC est orientée vers la modification des schémas de pensées dysfonctionnels.

Autrement dit, par l'intermédiaire de la grille SECCA, on travaille un problème donné, des pensées déterminées à l'origine du problème qui nécessite le traitement.

La méditation en pleine conscience est orientée vers l'entraînement de l'esprit ; à la prise de conscience ouverte et sans jugement des pensées, des sensations et des émotions ; moment après moment ; sans vouloir faire apparaître ou rejeter un sentiment particulier, mais en travaillant sa capacité à caractériser les ressentis et à se décentrer.

Contrairement à la grille SECCA, l'analyse des émotions et des cognitions ne vise pas le changement des pensées erronées, mais vise à apprendre à porter de l'attention à l'ensemble des expériences (pensées, émotions, sensations). Le pratiquant apprenant à les voir comme phénomènes non-permanents sans signification ou valeur inhérente plutôt que comme le reflet de la réalité (22).

Autrement dit, la méditation en pleine conscience fait mobiliser l'attention du pratiquant sur le flot des pensées telles qu'elles se présentent spontanément à l'esprit sans avoir cherché à se concentrer sur des pensées problématiques.

Donc, il n'est pas mis l'accent sur le fait de changer le contenu des pensées mais de changer la conscience des pensées, le rapport aux pensées (18 p.29).

La méditation de pleine conscience permet d'acquérir des capacités à être vigile, observateur de nos états intérieurs. C'est par la capacité à se décentrer que l'on obtient une liberté face aux états intérieurs.

Nous pouvons penser que la méditation en pleine conscience utilise plutôt le *corps* que les pensées pour permettre d'accéder aux pensées. La démarche est celle d'une mise dans le moment présent sans volonté première de faire intervenir la pensée.

Dans la pleine conscience, on accède à la pensée par le processus du « Reperceiving » décrit par Shapiro, processus dans lequel le pratiquant observe le déroulement de sa vie au lieu d'être immergé dans le déroulement de sa vie.

Mais, de manière identique, les deux thérapies nous invitent à pouvoir caractériser les pensées les émotions, les sensations et le sentiment global apparaissant dans une situation donnée.

En tant que deux outils inspirés des thérapies cognitivo-comportementales, ces deux thérapies ont pour but de renforcer l'autonomie du patient dans sa gestion des expériences négatives au quotidien.

III) En quoi les résultats et le design de l'étude ont-ils été cohérents avec les données de la littérature concernant l'efficacité des TCC sur l'amélioration du burnout et de l'empathie ?

1) Méthodes de l'étude No Burnout (NOBO)

Il s'agit d'une étude interventionnelle, expérimentale de type thérapeutique, prospective, comparative, randomisée, sans insu, de deux groupes parallèles (Méditation-pleine-conscience et SECCA), contre groupe contrôle.

La population cible concernait les étudiants (DFGSM 3, anciennement appelés DCEM 1), externes (DFASM 1 anciennement appelés DCEM 2, DFASM 2 anciennement appelés DCEM 3) et internes de médecine (généralistes et spécialistes TCEM 1, 2, 3, 4 et 5), étudiants sage femmes, inscrits à l'Université de Poitiers.

Les critères d'inclusion étaient l'appartenance à l'une de ces catégories d'étudiants.

Une promotion de l'étude No Burnout a permis de faire connaître l'étude et d'assurer un nombre de répondeurs maximal.

Nous avons recruté les étudiants à l'aide de la connexion à l'Environnement Numérique de Travail (ENT) de l'Université de Poitiers. La connexion à la page de réponse au questionnaire constituait l'épreuve d'inclusion. Les étudiants répondaient en ligne à quatre échelles de mesure de façon anonyme.

Les quatre échelles du questionnaire étaient les suivantes : un questionnaire de données socio-démographiques, l'échelle MBI, l'échelle IRI, mais aussi l'échelle HAD (une échelle anxiété dépression).

Nous avons demandé aux étudiants de répondre à un même questionnaire au 1er mois (M1) puis au quatrième mois du déroulement de l'étude (M4). Ce questionnaire M4 était le questionnaire pré-interventionnel ouvrant à l'inclusion.

A la suite de la clôture du questionnaire pré-interventionnel, nous avons procédé à une randomisation pour l'affectation des inclus dans les trois groupes.

La randomisation s'est faite tout d'abord par sexe, puis par niveau de BO (bas, moyen et élevé).

Entre le quatrième et le septième mois ont eu lieu les interventions avant un nouveau questionnaire post-interventionnel au 7ème mois (M7).

Le critère de jugement principal était l'amélioration significative en pré/post-test du MBI après l'intervention, dans les deux groupes SECCA et méditation-pleine-conscience.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- l'amélioration significative en pré/post-test de l'IRI et de ses composantes, après l'intervention, dans les deux groupes, en apparié ;
- l'amélioration significative en pré/post-test du MBI, de l'IRI et de ses composantes, après l'intervention dans les deux groupes par rapport au groupe témoin.

Les deux interventions consistaient en la mise à disposition de contenus en ligne adaptés de la grille SECCA d'une part, et des thérapies basées sur la méditation de pleine conscience d'autre part.

Les étudiants inclus dans le groupe SECCA ont reçu un lien les invitant à télécharger sur le bureau virtuel un document reprenant la grille SECCA dans sa version d'analyse fonctionnelle diachronique et synchronique. Il a été ajouté un texte expliquant comment utiliser la grille à l'aide d'un exemple d'une situation problématique décrite.

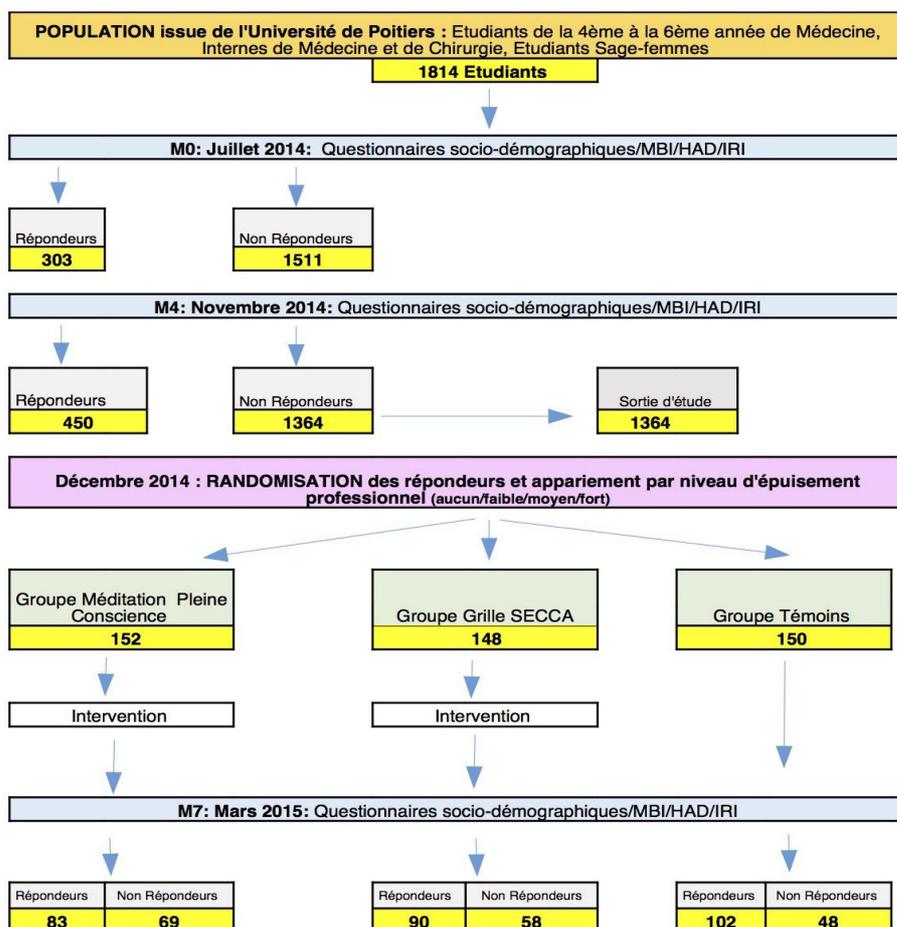
Les étudiants étaient alors invités à utiliser la grille SECCA pour des situations difficiles qu'ils rencontrent dans leurs études ou lors des stages.

Concernant la méditation en pleine conscience : l'intervention a consisté en la mise en ligne sur le bureau virtuel d'un programme de 8 semaines d'initiation à la méditation en pleine conscience sous forme de vidéos, inspirés des thérapies MBSR et MBCT.

2) Résultats de l'Etude No Burnout

a) Résultats descriptifs

- Population: nombre de répondants et diagramme de flux



- Données socio démographiques

Concernant l'âge des étudiants :

Groupe	Age moyen	
	Randomisés M4	Randomisés M4 répondant à M7
Groupe SECCA	24,4 ans	24,2 ans
Groupe Méditation	24,8 ans	25,7 ans
Groupe Témoin	24,9 ans	24,9 ans

Concernant le sexe des étudiants, effectifs et pourcentages :

Groupe	Randomisés M4		Randomisés M4 répondant à M7	
	Sexe Masculin	Sexe Féminin	Sexe Masculin	Sexe Féminin
Groupe SECCA	36 (25%)	104 (74%)	18 (21%)	64 (78%)
Groupe Méditation	34 (23%)	108 (76%)	16 (20%)	61 (79%)
Groupe Témoin	55 (37%)	92 (62%)	35 (35%)	65 (65%)

- Données sur le syndrome d'épuisement professionnel à M4 et M7

Concernant l'intensité de l'épuisement professionnel :

	SECCA		MPC		Témoins	
	M4	M7	M4	M7	M4	M7
fort	11 (7.4%)	5 (5.6%)	12 (7.9%)	5 (6.1%)	11 (7.3%)	11 (10.8%)
moyen	21 (14.2%)	11 (12.2%)	22(14.5%)	12 (14.6%)	22 (14.7%)	16 (15.7%)
faible	46 (31.1%)	31 (34.4%)	47 (30.9%)	29 (35.4%)	48 (32%)	36 (35.3%)
pas de SEP	70 (47.3%)	43 (47.8%)	71 (46.7%)	36 (43.9%)	69 (46%)	39 (38.2%)

Nous constatons que les sujets inclus ont de manière prédominante des BO faibles et qu'il existe une forte perte d'inclus dans les BO élevés (moyen et fort) dans les groupes interventionnels entre M4 et M7.

Concernant les valeurs du BO dans ses trois dimensions : moyenne avec écarts type.

	M4	SECCA		MPC		Témoins	
		M4	M7	M4	M7	M4	M7
EE	19,9 (10.8)	20.6 (10.9)	20.8 (11.5)	20.1 (11.2)	20.0 (10.1)	18.8 (10.9)	19.2 (11.0)
DEP	8,4 (5.6)	8.3 (5.5)	7.6 (5.3)	8.3 (5.5)	8.6 (5.4)	8.3 (5.8)	8.2 (5.8)
AP	35,8 (7.4)	36.2 (6.7)	36.0 (6.5)	35.3 (7.6)	34.5 (7.1)	35.7 (7.8)	36.1 (6.9)

Nous constatons des valeurs de BO dans les 3 dimensions relativement homogènes entre les groupes suite à la randomisation.

b) Résultats des statistiques quantitatives de NOBO

∨

– Résultats des statistiques quantitatives de NOBO sur SECCA

→ Concernant l'objectif principal :

Il n'y a pas de différence significative entre les scores de BO entre M4 et M7 du groupe utilisant la grille SECCA durant les 8 semaines d'utilisation. (tests de Wilcoxon et de Student)

→ Concernant l'objectif secondaire :

- Le groupe SECCA après 8 semaines d'utilisation a vu son taux d'empathie émotionnelle diminuer chez les étudiants présentant un fort ou un moyen BO à M4 (p-valeur du test de Wilcoxon est inférieure au risque (5%)), et a vu la sous-échelle « Personnel Distress » diminuer entre M4 et M7 (moyenne = 0.851852, un écart-type = 3.72529 et une médiane = 1, la p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%)).

- Il n'existe pas de différence significative entre le score de BO des groupes SECCA et Témoin à M7 (Test de Khi2)

- Il n'existe pas de différence significative dans les sous-échelles de l'IRI entre les groupes SECCA et Témoin à M7.

Nous n'avons pas trouvé de résultats d'étude ayant étudié l'impact d'une intervention type SECCA ou de type analyse fonctionnelle, qu'elle soit en présentiel ou en ligne avec autoformation sur le BO ou sur l'empathie.

Ces résultats sont donc les premiers à montrer une efficacité de la grille SECCA sur l'empathie en particulier sur l'empathie émotionnelle par l'intermédiaire du Personnel Distress.

– Résultats des statistiques quantitatives de NOBO sur MPC

→ Concernant l'objectif principal.

La composante Accomplissement Personnel du MBI pour tous les sujets du groupe MPC a augmenté entre M4 et M7.

(Moyenne = -1,6 avec écart-type = 5 et médiane = -2 La p-valeur du test de Student est inférieure au risque (5%))

→ Concernant l'objectif secondaire :

- La composante Perspective Taking (PT) de l'IRI a augmenté entre M4 et M7 dans le groupe MPC.

(Moyenne = -0,8 avec écart-type = 3,1 et médiane = -1 La p-valeur du test de Wilcoxon est inférieure au risque (5%))

- Il n'existe pas de différence significative entre le score de BO des groupes MPC et Témoin à M7

- Il n'existe pas de différence significative des sous-échelles de l'IRI entre les groupe MPC et Témoin à M7.

On constate qu'il a existé une efficacité significative positive de notre outil en ligne de huit semaines de méditation en pleine conscience sur le BO entre M4 et M7, mais seulement sur la composante accomplissement personnel du BO; cette composante augmente. Cette augmentation a été confirmée dans le sous-groupe « malades », constitué des sujets présentant un SEP moyen ou fort.

Concernant l'empathie notre programme a eu une efficacité significative sur le perspective taking.

Les données de la littérature rapportent une efficacité de la méditation en pleine conscience sur le BO et l'empathie, mais dans des études en présentiel (présentées plus haut), ce qui n'est pas le cas de notre étude.

Il n'existe à notre connaissance pas d'étude sur l'impact d'un programme de MBSR en ligne sur 8 semaines auprès de professionnels de santé sur le BO et l'empathie.

De toutes les études menées afin de déterminer la faisabilité et l'efficacité d'un programme de MPC en ligne, aucune d'entre elles n'a exploré le BO et l'empathie. L'étude de Cavanagh (36 bis) a étudié l'intérêt d'une étude MBSH mais sur des critères de capacité de pleine conscience, de stress, et d'anxiété dépression et non pas sur le BO ou l'empathie.

Nous n'avons donc pas de données permettant de vérifier la cohérence de notre étude avec la littérature.

- Difficultés à mener une étude d'efficacité comparée entre les deux traitements

Les faibles effectifs notamment de BO élevé (particulièrement à M7 dans les groupes SECCA et MPC) n'ont pas permis des études de comparabilité entre les deux traitements.

c) Résultats des études qualitatives de NOBO sur MPC

En raison de cette impossibilité de réaliser une étude quantitative, nous avons mené une analyse qualitative d'efficacité des contenus MPC.

L'analyse du nombre d'inclus entre M4 et M7 dans tous les groupes montre une perte d'étudiants entre M4 et M7 dans les groupe MPC et SECCA. Celle ci prédominait dans les BO fort et moyen en proportion (jusqu'à de 50% de perte).

Nous pensons que la faible efficacité des traitements dans notre étude est expliquée notamment par la faible présence dès M4 des BO élevés à moyens pouvant bénéficier des traitements.

Afin de comprendre les résultats peu probants de notre étude en terme d'efficacité des traitements, nous avons mené un travail d'analyse qualitative de la variation du BO des étudiants de M4 à M7 en fonction de leur assiduité aux contenus.

Elle visait à évaluer si les étudiants à BO fort à M4, diminuaient leur BO grâce à l'utilisation des traitements, lorsqu'ils étaient assidus.

L'hypothèse était que le manque de résultats significatifs de notre étude pouvait venir en partie de la perte des étudiants pouvant le plus bénéficier de ces contenus, c'est-à-dire ceux ayant les BO les plus importants à M4.

Cette analyse qualitative nécessitait d'évaluer l'assiduité aux contenus.

L'intervention SECCA proposait une seule grille à utiliser à volonté par les étudiants, sans que nous n'ayons un moyen de savoir à quelle fréquence ils l'avaient utilisé.

Seule l'intervention MPC se prêtait à l'évaluation de l'assiduité, car elle proposait des vidéos successives.

Nous avons construit un critère d' assiduité fonction du nombre de vidéos visionnées.

Les critères d'assiduité étaient les suivants :

- L'assiduité était croissante en fonction du nombre de vidéos visualisées en excluant la vidéo de présentation.
- Une connexion à une vidéo sans connexion aux précédentes ne permettait pas à l'étudiant d'être considéré comme assidu: s'être connecté à la vidéo n°3 sans s'être connecté aux vidéos n°1 et 2 ne comptait pas comme assidu.
- Les téléchargements de MP3 et de PDF n'étaient pas des critères d'assiduité.

- Une vidéo vue à au moins 25% du temps était comptée comme assidue.

La gradation de l'assiduité a été la suivante:

Assiduité très forte : 7 à 8 vidéos ;

forte : 5 à 6 premières vidéos ;

moyenne : 3 à 4 premières vidéos ;

faible : 1 à 2 premières vidéos.

Sur le site MPC nous avons compté 152 inscrits correspondants aux étudiants inclus dans le groupe après la randomisation.

103 étudiants sur 152 ont été comptabilisés comme ayant été visiteurs c'est à dire ayant effectué au moins une visite.

Parmi eux 78 se sont connectés à au moins un contenu (vidéo, mp3 ou fichier pdf).

Sur ces 78 connectés, 59 ont répondu à M7 (75%) dont 55 questionnaires exploitables à M7.

Sur ces 55 questionnaires exploitables à M7, 6 étudiants n'avaient pas répondu à M4.

Au total nous avons pu analyser le taux d'assiduité de 49 répondants à M4 et M7.

Sur les 49 répondants à M4 et M7 :

16 ont aggravé leur BO 33%,

14 l'ont amélioré 28%,

19 ont gardé un BO stable 39%.

– Taux d'assiduité en fonction de l'évolution du BO entre M4 et M7

Parmi les 16 ayant aggravé leur BO :

2 n'ont eu aucune assiduité,

12 était faiblement assidus,

1 était moyennement assidu,

1 était fortement assidu.

Parmi les 14 ayant amélioré leur BO :

3 n'ont eu aucune assiduité,

10 était faiblement assidus,

1 était fortement assidu.

Il est donc peu évident que les étudiants ayant aggravé leur BO étaient moins assidus que les autres.

– Concernant le taux d'assiduité en fonction du niveau de BO à M4

Parmi les 20 ayant un BO absent à M4: 16 ont eu une faible assiduité (80%), 2 une assiduité forte (10%), 2 aucune assiduité (10%).

Parmi les 17 ayant un BO léger à M4: 12 ont eu une assiduité faible (70%) , 2 une assiduité moyenne (12%), 2 aucune assiduité (12%), 1 une assiduité très forte (6%).

Parmi les 8 ayant un BO moyen à M4: 6 ont eu une assiduité faible (75%), 2 aucune assiduité.

Parmi les 4 ayant un BO élevé à M4: 2 ont eu une assiduité faible (50%), 1 était fortement assidu, 1 très fortement assidu.

On remarque que plus le niveau de BO est élevé à M4 plus les étudiants ont été assidus.

– Evolution du niveau de BO en fonction du niveau de BO à M4

Parmi les 17 étudiants ayant un BO léger à M4, 5 ont aggravé leur BO (30%), 6 l'ont amélioré (35%), 6 l'ont stabilisé à M7 (35%).

Parmi les 4 ayant un BO élevé à M4, 3 l'ont amélioré fortement, quelque soit leur degré d'assiduité.

On remarque que les étudiants ayant un BO élevé à M4 et qui ont répondu à M7 ont fortement amélioré leur BO quel que soit leur degré d'assiduité.

Au total, les données qualitatives sont peu exploitables car peu nombreuses.

Il semble que les étudiants ayant un fort BO ont tendance à être assidus et à améliorer leur taux de BO. Ils sont probablement ceux des étudiants qui souffrent le plus du caractère non présentiel de notre étude ; ils auraient besoin du soutien d'un thérapeute lors de séances collectives.

Il semble par ailleurs que la difficulté à récupérer les données post-test ait été un net biais pour notre étude.

3) Design de l'étude: exploration des avantages et des différents biais

Un travail d'analyse des causes de non-réponse à M0 à l'étude NOBO a été réalisé par O.Quellard, dans le but d'améliorer le taux de réponse dès M4 (40).

a) Concernant les deux groupes SECCA et MPC

- Liés à la réalisation d'une formation en ligne

Nous avons souhaité étudier l'efficacité d'une formation en ligne sur la réduction du BO et l'amélioration de l'empathie.

On peut penser que le manque d'assiduité des étudiants inclus aux programmes en ligne était lié au fait qu'il est difficile pour tout étudiant de rester assidu a un cours en ligne. Et ceci par

opposition à un cours en présentiel, dans lequel le manque de motivation de l'étudiant constitue moins un frein à la participation aux contenus.

Ainsi donc le caractère non présentiel a pu être un facteur de manque d'assiduité aux contenus et expliquer un faible taux de réponse en post-interventionnel.

Probablement l'apprentissage par l'intermédiaire d'un instructeur en présentiel permet de susciter une motivation à l'application des principes enseignés.

- Liés au recrutement et à la mesure des données

Par ailleurs le travail de O. Quellard a mis en évidence que certaines composantes de la méthode de l'étude ont été un frein pour le recueil de données.

→ freins liés aux courriers électroniques :

Nous avons envoyé beaucoup de mails incitant à répondre aux questionnaires et constaté que beaucoup d'étudiants ne les lisaient pas.

La nécessité d'envoyer régulièrement des mails de relance aux non-répondants a été considérée par quelques-uns comme une forme de harcèlement.

Par ailleurs les mails étaient envoyés sur l'adresse universitaire des étudiants et de nombreux étudiants ne l'utilisaient pas comme messagerie principale. Malgré une vidéo d'explication de la manœuvre de transfert des mails de la boîte universitaire vers la boîte personnelle, de nombreux étudiants n'avaient pas connaissance de la réception de ces mails.

→ freins liés à la plateforme ENT

La plateforme de l'ENT utilisée pour héberger nos questionnaires et nos outils a pu expliquer une partie du faible taux de réponse.

Pour se connecter à cette plateforme, les étudiants devaient introduire un identifiant et un mot de passe qui leur est fourni lors de leur inscription. Or les oublis étaient fréquents et la démarche de récupération du mot de passe nécessitait une manœuvre pouvant être dissuasive.

Par ailleurs cette plateforme était peu adaptée au type de questionnaires mis en ligne et n'était pas paramétrable à volonté. Les questionnaires étaient créés dans les limites techniques des possibilités du logiciel de la plateforme. C'est pourquoi nous avons été contraints de présenter les questionnaires de manière peu ergonomique.

→ freins liés au nombre de questions :

Le temps nécessaire pour répondre à l'ensemble des questionnaires (environ 15 minutes) était relativement élevé et expliquer une part des réponses partielles aux questionnaires.

- Biais d'auto sélection

Le travail de O. Quellard a permis d'expliciter des biais liés à l'attitude des étudiants qui pour différentes raisons ne souhaitaient pas participer à l'étude :

- Le manque de temps pour répondre aux questionnaires,
- Le sentiment de ne pas être concerné ou intéressé par le sujet de l'étude,
- 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.

Par ailleurs des échanges avec les étudiants après M4 montrent que le nombre de perdus de vue a pu être lié au fait que certains ont préféré ne pas répondre à M7 de peur de fausser les résultats soit en raison d'un BO peu élevé soit d'un BO trop élevé.

- Lié au caractère universel de l'intervention

Notre schéma d'étude n'avait pas pour but d'inclure les étudiants motivés par le concept de l'étude ou par l'apprentissage des outils.

Le caractère "universel" de notre étude ouvrant l'inclusion à tout étudiant en médecine, tout interne en médecine et tout élève sage-femme de l'Université, a permis d'inclure un nombre relativement important d'étudiants.

L'intervention a été peu expliquée aux étudiants avant de lancer l'étude. Ainsi beaucoup d'étudiants ont répondu aux questionnaires pré-interventionnels sans savoir s'il y aurait une intervention et en quoi elle consistait.

Le taux de réponse en post-interventionnel par rapport aux inclus est excessivement bas et est lié à l'absence de récupération systématique des réponses auprès de tous les inclus.

Par ailleurs si nous avons inclu les personnes motivées par notre étude, nous n'aurions probablement pas eu l'impact négatif de la participation de ceux qui ont le sentiment de ne pas être concernés ou intéressés par le sujet de l'étude et qui n'ont pas la volonté de participer à l'étape interventionnelle (par manque de temps ou par la représentation négative des contenus proposés).

- Lié à la présentation des outils thérapeutiques par des pairs

Nous pensons que la présentation des formations en ligne par des pairs c'est-à-dire par des étudiants pour les étudiants a pu être un élément intéressant de notre étude. Pour les étudiants, le fait de savoir que des pairs ont pu avoir besoin d'apprendre des outils pour gérer leur épuisement professionnel et veulent l'enseigner a pu être un facteur important d'adhésion à notre étude.

b) Concernant la grille SECCA

La grille SECCA permet d'analyser face à une situation difficile donnée, ses émotions, ses cognitions et ses comportements en réaction à une situation donnée.

Les étudiants peuvent donc face à une situation de soin les mettant à l'épreuve, faire l'analyse de tous les processus émotionnels et cognitivo-comportementaux entraînant ou prolongeant un état de BO.

Ils apprennent alors à comprendre le mécanisme de la pensée automatique négative pour la modifier.

Réflexivité

La pédagogie à destination des internes de médecine générale à la Faculté de Médecine de Poitiers est notamment fondée sur l'incitation des étudiants à faire preuve de "réflexivité", c'est-à-dire cette capacité à analyser a posteriori une expérience difficile dans le cadre du soin, qu'elle ait posé un problème de relation avec le patient, de prise en charge diagnostique ou thérapeutique.

A cet égard l'étudiant est incité à explorer ses sentiments, ses émotions tout autant que ses raisonnements médicaux et le contenu de ces connaissances médicales.

Cette réflexivité permettrait donc de faciliter l'utilisation de la grille SECCA.

La réflexivité qu'impose la grille SECCA est un élément qui nous l'a fait choisir pour l'étudier dans le BO. La grille SECCA est en cohérence avec le fait que l'exploration d'une difficulté est le point de départ vers la capacité à mettre en place des mécanismes de changements.

c) Concernant la MPC

- Respect du schéma d'enseignement MBSR et MBCT

L'intervention a consisté en la mise en ligne sur le bureau virtuel d'un programme de 8 semaines d'initiation à la méditation en pleine conscience sous forme de vidéos.

Il s'agit d'un programme inspiré des thérapies MBSR et MBCT, reprenant le programme MBSR dans le déroulement des thématiques sur 8 semaines agrémenté de principes utilisés dans la thérapie MBCT.

Les semaines 1 à 7 comportaient une première partie contenant des explications permettant la compréhension du principe de la méditation et d'aider à la bonne réalisation des exercices ; une deuxième partie consistant en des exercices méditatifs ; une troisième partie étant un débriefing à l'issue de l'exercice de méditation ; une quatrième partie contenant des propositions d'exercices formels et informels pour la semaine à venir.

Cependant la semaine n°8 telle que nous l'avons conçue, ne correspondait pas à la huitième semaine type d'enseignement MBSR / MBCT. La huitième séance est parfois traitée comme un envoi à développer sa propre pratique. Cette séance ne pouvant être faite en ligne, nous

avons conçu une vidéo reprenant différentes découvertes scientifiques et applications de la méditation en pleine conscience.

- Respect des contenus MBSR et MBCT

Nous avons suivi le plan des différentes explications théoriques : introduction, le stress, la conscience du corps et de l'esprit, “rester présent”, exploration en pleine conscience des situations difficiles, régulation émotionnelle pour les 5 premières semaines.

Les trois dernières semaines se sont quelque peu éloignées des thèmes habituels de la MBSR : nous avons appelé la semaine 6 “*Faire face au burnout*” au lieu de “*Transformer la relation à nos jugements, nos interprétations des faits, nos pensées*”. A partir de la grille MBI nous avons expliqué quelles étaient les dimensions du BO et quels étaient les sentiments et pensées qu'expérimentait la personne en épuisement professionnel. Le but était de reconnaître et d'accepter les états qui leur sont liés afin de ne pas rentrer dans la spirale d'aggravation liée aux réactivités automatiques et au rejet.

Du point de vue de la MBCT : nous avons conçu cette sixième semaine comme une adaptation de la quatrième semaine de la MBCT qui introduit les critères diagnostiques de la dépression, à l'exploration du BO. En effet dans la MBCT, il est enseigné d'identifier les symptômes de rechute de dépression. Ici nous avons voulu expliquer quels sont les symptômes de BO. Comme le soulignent Kuyken et al (39), les thérapeutes formant les patients dépressifs à la méditation en pleine conscience par le programme MBCT les aident à apprendre à répondre de manière adaptée à des pensées, des émotions, des ressentis qui pourraient déclencher une rechute dépressive.

A ce titre, il nous a semblé intéressant d'inclure des contenus de TCC dans notre formation de méditation en pleine conscience et à ce sujet la MBCT nous a semblé adaptée :

- car le BO est associé à la dépression,
- car cette thérapie aide les participants à reconnaître l'apparition d'états caractéristiques de la dépression et à réguler les expériences induites par ces états dépressifs. Il semblait intéressant d'utiliser dans notre thérapie, des outils visant à reconnaître des états de BO et à les réguler.

Cependant le travail pratique de cette semaine de MBSR était conservé avec la “*Méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées*”.

Concernant la semaine 7, nous en avons modifié le titre. Habituellement dans la MBSR, le titre de la septième séance est “*le passage à l'action*” et rappelle différentes stratégies pour faire face au stress en pleine conscience.

Nous l'avons appelé “*Approfondissement : la compassion pour soi*”, et avons introduit la méditation sur la compassion pour soi comme cela est retrouvé dans certains programmes MBSR, et à la place de la méditation assise avec une attention sans objet.

Cela nous a semblé cohérent à la littérature qui donne de plus en plus sa place à la compassion comme mécanisme explicatif de la méditation en pleine conscience. Cela est cohérent avec la tendance de la littérature à expliciter des liens communs entre empathie et compassion notamment dans le soin.

Ainsi donc nous avons enseigné les différentes méditations habituellement incluses dans les programmes MBSR / MBCT, à l'exception de la méditation assise avec une attention sans objet, qui nous a paru complexe pour des débutants dans un contexte non présentiel.

- Caractère non présentiel de notre intervention MPC

Liée au caractère non présentiel de la formation, il existe une différence notable entre notre formation en ligne et la thérapie MBSR / MBCT classique : les participants ne pouvaient échanger entre eux par l'intermédiaire de leur instructeur au sujet de leurs expériences. Ils ne pouvaient donc pas non plus recevoir de suggestions de l'instructeur et apprendre des progrès des autres participants.

IV) Conclusion et proposition d'amélioration des interventions à base de TCC en vue d'une étude de prévention de masse du BO auprès des étudiants et internes en médecine

L'Etude NOBO est une étude unique, à notre connaissance la première à avoir étudié l'impact de contenus de méditation et d'analyse fonctionnelle en ligne auprès d'étudiants en santé.

Il n'y avait pas d'étude comparable qui nous ait permis de comprendre la raison du manque de résultats probants de nos interventions sur le BO.

Les mécanismes de l'efficacité présumée de nos interventions sur le BO et l'empathie n'étaient pas les mêmes.

La grille SECCA repose sur des outils d'auto-observation, de réflexivité afin de mettre en place des changements de pensées.

La MPC utilise un mécanisme phare : le reperiencing. Notre intégration de la MBCT comme TCC de la troisième vague a permis l'apprentissage de la reconnaissance des pensées négatives.

Des deux méthodes seule la MPC a montré son efficacité sur le burnout des étudiants en santé, lors de programmes en présentiel.

L'objet de cette thèse était initialement une étude de non infériorité de SECCA versus MPC. Le manque de puissance ne nous a pas permis de comparer l'efficacité des deux interventions.

L'enjeu de l'étude NOBO était de réaliser une étude de dépistage de masse, ce qui a nécessité la mise en place d'interventions en ligne pour des raisons de coût et de gestion d'effectifs.

Les résultats de l'étude NOBO ne remettent pas en cause la légitimité de la démarche de faire de la prévention de masse grâce à un programme MBSR.

Le design de l'étude est resté cohérent par rapport au but recherché dans le cadre du dépistage de masse.

Cependant afin d'améliorer la capacité à montrer une action de la médiation en pleine conscience dans le cadre d'un dépistage de masse, certaines modifications seraient à apporter.

En effet les perspectives pour des études futures seraient d'intégrer le volontariat, une partie présentielle puis non présentielle.

On pourrait proposer une séance obligatoire présentielle de dépistage de l'épuisement professionnel, avec initiation obligatoire à la méditation en pleine conscience et à l'outil SECCA en présentiel, pour susciter l'envie de participer, et donc inclure ceux qui restent motivés malgré l'exigence de la formation.

Il reste encore beaucoup à faire concernant l'amélioration de la santé des étudiants.

L'étude NOBO a contribué à la connaissance du syndrome de l'épuisement professionnel, à susciter l'intérêt des équipes pédagogiques pour son dépistage et pour apprendre entre confrères à le réguler.

Toutes les tentatives d'aider l'étudiant à apprendre non pas seulement des connaissances médicales, mais aussi des capacités à changer sa manière de se lier à ses propres difficultés et à celles du patient sont à promouvoir.

Nous devons nous réjouir de former des futurs médecins compétents dans leur propositions diagnostiques et thérapeutiques et leur relation au patient mais aussi capables d'assurer leur bien être et de réguler les impacts des difficultés de leur exercice.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*. 1981;2(2):99–113.
- (2) Maslach C, Christina, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):397-422.
- (3) Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B. The Toronto Empathy Questionnaire: Scale Development and Initial Validation of a Factor-Analytic Solution to Multiple Empathy Measures. *J Pers Assess*. 2009;91(1):62–71.
- (4) Rogers CR. *On Becoming a Person*. Boston, MA: Houghton Mif in Company; 1961.
- (5) Davis MH, Luce C, Kraus SJ. The heritability of characteristics associated with dispositional empathy. *J Pers*. 1994;62(3):369–91.
- (6) Thirioux B, Mercier MR, Blanke O, Berthoz A. The cognitive and neural time course of empathy and sympathy: an electrical neuroimaging study on self-other interaction. *Neuroscience*. 2014;267:286-306.
- (7) Davis MH. A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSA Cat Selected Doc Psychol* 1980, 10(85).
- (7 bis) Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002;58(11):1433–41.
- (8) Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int J Med Educ*. 2015;6:12–6.
- (9) Zenasni F, Boujut E, de Vaure B, Catu-PinaultA, Tavani JL, Rigal L. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of general practitioners. *Int J Pers Cent Med*. 2012;2:759-766.
- (10) Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med*. 2010;85:33-36.
- (11) Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach*. 2005 Nov;27(7):625–8.
- (12) Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam Pract*. 2014;15.
- (13) Paro HBMS, Silveira PSP, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RRB, et al. Empathy among Medical Students: Is There a Relation with Quality of Life and Burnout? Hermes-Lima M, editor. *PLoS ONE*. 2014;9(4):e94133.
- (14) Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski KF, Sugihara G, et al. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Transl Psychiatry*. 2014;4(6):e393.
- (15) Les TCC [Internet]. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (AFTCC); 2012 Oct 29; [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.aftcc.org/les-tcc-0>
- (16) Expertise collective. *Présentation de l'approche cognitivo-comportementale*. Paris: Les éditions Inserm;2004. P. 180. (Psychothérapie : Trois approches évaluées. Synthèse).

- (17) Fanget F. L'affirmation de soi : Une méthode de thérapie. Paris: Odile Jacob; 2007 Apr 13. P 26-29.) est de lier une analyse diachronique qui étudie l'histoire du problème du patient et une analyse synchronique qui étudie le problème actuel.
- (18) Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM, et al. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression: Une nouvelle approche pour prévenir la rechute. Paris: De Boeck Supérieur; 2006.
- (19) Touati J. Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) et hypnose : complémentarités et limites: Analyse fonctionnelle — la grille SECCA [Internet]. 2010 Jun [cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.orgadia.com/hypnotherapeute-paris/hypnotherapie-articles/tcc-analyse-fonctionnelle-grille-secca-therapies-comportementales-cognitives-hypnotherapie.htm>
- (20) Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clin Psychol Sci Pra.* 2003;10(2):144–56.
- (21) Hofmann SG, Sawyer AT, Fang A. The Empirical Status of the “New Wave” of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33(3):701–10.
- (22) Baer RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psycho, Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10(2):125–43.
- (23) Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology.* 2006;62(3):373–86.
- (24) MBSR [Internet]. [Cited 2015 Jul 30]. Available from: <http://www.association-mindfulness.org/mbsr.php>.
- (25) Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(2):119–28.
- (26) Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009;302(12):1284–93.
- (27) Asuero AM, Queralto JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34(1).
- (28) Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med.* 2013;11(5):412–20.
- (29) Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM, Kimmel S, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract.* 2005;19(1):26–35.
- (30) Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res.* 2006;19(2):105–9.
- (31) Barbosa P, Raymond G, Zlotnick C, Wilk J, Toomey R 3rd, Mitchell J 3rd. Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Educ Health (Abingdon).* 2013;26(1).
- (32) Galantino ML, Baime M, Maguire M, Szapary PO, Farrar JT. Short communication: Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: mindfulness in practice. *Stress Health.* 2005;21:255–61.

- (33) Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *J Behav Med.* 1998;21:581–99.
- (34) Birnie K, Speca M, Carlson LE. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress and Health.* 2010;26(5):359–71.
- (35) Wispe L. The distinction between sympathy and empathy: To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology.* 1986;50: 314–321.
- (36) Block-Lerner J, Adair C, Plumb JC, Rhatigan DL, Orsillo SM. The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern? *J Marital Fam Ther.* 2007;33(4):501–16.
- (36 bis) Cavanagh K, Strauss C, Cicconi F, Griffiths N, Wyper A, Jones F. A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behav Res Ther.* 2013;51(9):573–8.
- (37) Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change (APA Centennial Feature). *J Consult Clin Psychol.*1992; 60: 827–832.
- (38) Block-Lerner J, Orsillo SM, Plumb JC. Various ways of approaching emotional events: The effects of mindful awareness, positive thinking, and relaxation preparations. In L. Roemer (Chair), *The role of emotion in anxiety disorders and intervention strategies: Experimental investigations of emotional processes.* Symposium conducted at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; 2004; New Orleans, LA, USA.
- (39) Kuyken W, Hayes R, Barrett B, Byng R, Dalgleish T, Kessler D, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2015; 386: 63-73.
- (40) Quellard O. Analyse qualitative des facteurs influençant le taux de réponse à l'étude No Burn Out. Thèse de 2014, Université de Poitiers.

ANNEXES

- Echelle 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 :

Épuisement professionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

-total inférieur à 17: burn out bas

-total compris entre 18 et 29: burn out modéré

-total supérieur à 30: burn out élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

-total inférieur à 5: burn out bas

-total compris entre 6 et 11: burn out modéré

-total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

-total supérieur à 40: burn out bas

-total compris entre 34 et 39: burn out modéré

-total inférieur à 33: burn out élevé

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 BO est dit :

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

- Echelle 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) (-)

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.

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 traitée 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)

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.

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.

– Grille SECCA en ligne de l'étude No Burnout

Notification grille SECCA synchronique.

Bonjour,

Vous avez accepté de participer à notre étude, et nous vous en remercions.



Vous nous permettez d'avancer dans **notre étude, dans nos thèses**, et votre participation nous est **précieuse**. Et, par ailleurs, cerise sur le gâteau, nous espérons vous être **UTILES**.

Vous avez rempli en novembre 2014 un score MBI, ainsi que les scores HAD, IRI et socio démographique, pour faire le point sur votre état d'épuisement professionnel, sur votre empathie clinique, ainsi que sur d'éventuels troubles anxio-dépressifs.

Vous avez été randomisé dans la branche « utilisation de la grille SECCA », et nous allons débiter la 2^e phase de cette étude.

Aujourd'hui, nous vous proposons d'utiliser, chez vous, de façon autonome, un tableau inspiré d'un outil réputé dans les thérapies cognitivo-comportementales : la grille SECCA. Nous vous proposons de l'utiliser au cours des 2 prochains mois.

La grille SECCA est utilisée depuis 1980 par les psychologues dans la prise en charge de l'anxiété et la dépression.

C'est un outil efficace, il a démontré son utilité de nombreuses fois.

Par ailleurs, nous vous proposons cet outil car c'est un outil qui non seulement est **efficace**, mais surtout qui est **simple d'utilisation**. Aucune formation en psychologie n'est nécessaire.

C'est **gratuit, rapide à utiliser, ne demande pas beaucoup d'effort**.

Pour les internes en médecine générale, vous pourrez constater que cela ressemble au RSCA mais que cela ne se préoccupe que du ressenti émotionnel et psychologique. Non seulement vous vous faites du bien, mais en plus vous progressez et gagnez du temps !!

Avec la grille SECCA, le sujet de ce travail est son propre témoin. Vous vous **auto-gérez, auto-guérissez**.

Ceci en est la notice.

La grille SECCA (Situation – Emotion - Cognitions (croyance, pensée, image mentale) - Comportement ouvert (ce que fait le patient) et de l'entourage – Anticipation) est utilisée en analyse fonctionnelle, dont le but est de préciser les conditions de maintien et de déclenchement des comportements posant problèmes. L'idée est d'identifier le problème le plus précisément possible, et après travail, d'en limiter l'adhésion personnelle.

Voici le tableau inspiré de la grille SECCA synchronique. A vous de le remplir.

Autant de fois que vous le voulez.

Où vous voulez. Dans la voiture, l'ascenseur, les services, sous votre douche. Où vous voulez.

Vous pouvez même ne pas vous servir du tableau, du moment que vous vous souvenez que :

S : situation

E : émotion

C : cognition

C : comportements

A : anticipation.

date	Situation (décrire la situation)	Emotion : qu'est ce que je ressens (peur, joie, colère, tristesse, ...)	Cognition : Pensées automatiques : ce que je me dis dans ma tête	Comportement : ce que je fais	Anxiété (coté de 0 à 10)
...

Fonctionnement :

1. Choisissez une situation professionnelle anxiogène, ou une consultation qui s'est mal passée. (S)
2. Nommez et explorez les émotions que vous avez ressenties dans cette situation (E)
3. Quelles pensées en tirez-vous ? Quelles croyances, significations personnelles, imagerie ? (C)
4. Quels sont alors vos comportements ? Les conséquences sur l'environnement ? (le 2° C)
5. Quelle anticipation en découle ? Quelles sont vos pensées anticipatoires ? Maintenant, une fois que vous avez défini cette anticipation, évaluez l'anxiété ressentie, comme avec l'échelle de 1 à 10, 10 étant l'anxiété la plus intense.

Repérer les thématiques de vos pensées automatiques et les émotions les plus fréquentes.

Le but du travail est de reconnaître vos pensées automatiques. Vous y croyez à combien de % de 0 à 100% ?

Essayez de les remettre en question avec les arguments en faveur de votre croyance et ceux contre, essayez de prendre du recul... Ce qui peut prendre un peu de temps. Imaginez que vous êtes votre meilleur ami et que vous êtes bienveillant envers vous même : trouvez des pensées alternatives.

Puis, une fois le travail accompli, réévaluez votre attitude initiale.

Si le pourcentage a diminué, bravo, vous avez désamorcé vous-même une situation anxieuse qui aurait pu vous mener la vie dure.

Si le pourcentage est inchangé : ne perdez pas courage, prenez plus de temps, et continuez le travail, il faut parfois plus de temps que prévu pour « digérer » une situation qui a posé problème.

Exemple :

Situation : patient agressif ne souhaitant être vu en consultation par l'interne, demandant plusieurs fois « quand est-ce que le vrai médecin va arriver ? », « de toutes manières les jeunes vous n'y connaissez rien » « je reviendrais rapidement voir le vrai docteur pour qu'il revoit mon problème » et il refuse de vous serrer la main en partant.

Emotion : colère envers le patient qui ne reconnaît pas mon travail, déception envers le patient mais surtout envers soi car on se dit qu'on n'a pas été convaincant, qu'on ne nous fait pas confiance, anxiété à l'idée que cela se passe régulièrement comme cela.

Cognition : si on ne me fait pas confiance, c'est que je ne suis peut être pas au niveau, peut être mes compétences laissent-elles à désirer ? Diminution de l'estime de soi. Découragement. Imagerie : le mauvais élève.

Comportement ouvert : agressivité envers les patients, envie de diriger d'une main de fer, de monter ses compétences à tout prix, ou au contraire peur de passer à côté de quelque chose d'important, multiplier les examens complémentaires, les consultations de suivi etc. Ou à l'inverse, un je-m'en-foutisme accru, un désinvestissement important

Conséquences sur l'environnement : patient sentant l'anxiété de l'interne ; retentissement sur le travail, voire sur les collègues si travail en équipe ; coût de la santé ; retentissement sur la vie privée : anxiété avant de partir au travail, épuisement émotionnel au retour...

▼ Anticipation anxieuse ▲ : je ne suis pas sûr de moi, mes compétences ne sont pas parfaites, les patients ne me font pas confiance, je suis un mauvais élève, peut être un futur mauvais médecin ?

Adhésion à ▼ Anticipation anxieuse ▲ : 60%

Travail sur soi : Cela se passe très bien avec d'autres (la majorité) des autres patients, ce patient certes caractériel, mais avec ses propres croyances. Je ne peux le critiquer pour cela, mais il n'a pas à dénigrer mon travail. En effet, s'il n'est pas content de mon travail, rien ne l'empêche de voir mon maître de stage.

Et quand mon maitre de stage aurait fait pareil, cela me réconforte dans l'assurance de mes compétences. Le patient verra de lui-même que mon travail est efficace, et son comportement changera (peut être) avec moi.

On ne peut pas plaire à tout le monde.

Mes évaluations de stage au cours de mes études disent quoi ?

Peut être que je manque de confiance en moi, c'est normal je suis encore en formation, j'ai encore plein de choses à apprendre, mais je sais ce que je sais, je sais ce que je sais faire, mes maitres de stage m'ont dit que je savais faire, me font confiance, donc je sais faire...

Eventuellement, je vais travailler mes connaissances sur la pathologie du patient, vérifier ma prise en charge, en parler avec mon maitre de stage, demander son avis. J'évalue mon travail, en fonction, je perfectionne ma prise en charge.

- ⇒ Mon ▼ **Anticipation anxieuse** ▲ étaient : je ne suis pas sûr de moi, mes compétences ne sont pas parfaites, les patients ne me font pas confiance, je suis un mauvais élève, peut être un futur mauvais médecin ?
- ⇒ Au final, je ne suis pas un mauvais élève, je suis encore en formation, et je ne serais pas un mauvais médecin car je travaille et perfectionne mes connaissances.
La prochaine fois que je me retrouve face à ce genre de patient, je saurais que ce sont ses croyances personnelles qui l'empêchent de me consulter, et non pas mes compétences.

Adhésion finale à ▼ Anticipation anxieuse ▲ : 10%.



- Programme MPC en ligne de l'étude No Burnout

Voici le programme des semaines MPC en ligne de l'étude No Burnout tel qu'il était introduit aux étudiants sur les pages internet correspondantes :

SEMAINE 1 : Introduction à la méditation en pleine conscience (MBSR)

Cette première vidéo a pour objectif d'introduire le concept de méditation pleine conscience (mindfulness en anglais).

Nous essayons tout d'abord de répondre à plusieurs questions basiques : qu'est-ce que c'est ? pour qui c'est fait ? pourquoi c'est fait ? et comment c'est fait ? Puis nous commençons à vous faire pratiquer avec l'exercice du raisin sec.

Programme :

- Introduction
- Exercice du raisin sec (MBSR, MBCT)
- Débriefing du raisin sec
- Scanner corporel (MBSR, MBCT)
- Exercices à faire à domicile

SEMAINE 2 : Le stress (MBSR)

Le sujet de cette vidéo est le stress. La méditation de pleine conscience a été initialement développée pour aider à changer sa relation au stress avant qu'elle ne soit utilisée pour soigner la dépression et que l'on constate d'autres effets sur la douleur et des maladies somatiques notamment.

Nous utilisons le modèle de description du stress pour comprendre comment le stress est un déclencheur d'une réaction du corps et de l'esprit dans laquelle les mécanismes d'adaptation peuvent être dépassés.

Le pilotage automatique est une manière automatique de répondre à une menace qui entraîne un vagabondage mental, un état de rumination et de souffrance dans lequel on ne se rend pas compte que nous sommes victimes de nos pensées, de nos émotions et de notre manque de conscience à leur égard.

La méditation nous permet d'avoir conscience de ce processus et de le comprendre, pour travailler sur notre relation à l'expérience difficile pour ne pas être victimes de nos manières habituelles de réagir.

Nous enseignons la méditation assise. La semaine passée nous avons pratiqué le scanner corporel et commencé à prendre conscience de notre corps, de notre respiration et de la manière dont notre esprit a tendance à vagabonder. Ce type de méditation nous permet d'approfondir cette prise de conscience et de la développer.

La pratique du yoga debout sera une autre manière de prendre conscience de notre corps, de notre respiration et de pratiquer debout.

Programme :

- Introduction sur le stress (MBSR)
- La nécessité de retourner au moment présent
- Les obstacles au retour vers le moment présent
- Méditation assise de 15 minutes (MBSR, MBCT)
- Yoga debout (MBSR)
- Exercices à faire à domicile

SEMAINE 3 : Conscience du corps et de l'esprit (MBSR)

Cette semaine, nous expliquons tout d'abord les différents processus impliqués dans la méditation en pleine conscience, et ensuite nous faisons pratiquer un exercice crucial, fondamental de la méditation pleine conscience ; l'exercice de trois minutes d'espace et de respiration.

Programme :

- Processus de la méditation de pleine conscience
- Les sept attitudes de la mindfulness : le non-jugement ; la patience ; l'esprit de débutant ; la confiance ; le non effort ; l'acceptation ; le lâcher-prise. (Jon Kabat-Zinn)
- L'intention (Shapiro, 2006 modèle des trois composantes de l'état de pleine conscience : l'Intention – Attention – Attitude) (MBSR)
- Les mécanismes d'action (Baer, 2003) (MBSR)
- Le triangle de la pleine conscience : pensées / émotions / sensations corporelles (MBSR)
- Exercice de 3 minutes d'espace de respiration (MBSR, MBCT)
- Débriefing de l'exercice : les 3 étapes de cet exercice (MBSR)
- Exercices à faire à domicile

SEMAINE 4 : Rester présent (MBSR)

Cette semaine, nous allons insister sur la nécessité de "rester présent". Ensuite, nous pratiquerons l'exercice de la méditation marchée ou marche en pleine conscience, exercice que vous pourrez apprendre à maîtriser pour enfin le pratiquer lors de vos déplacements habituels.

Programme :

- « Rester présent »
- Le pilotage automatique (MBSR, MBCT)
- Marche méditative (MBSR, MBCT)
- Exercices à domicile

SEMAINE 5 : exploration en pleine conscience des situations difficiles (MBSR)

Cette semaine nous allons étoffer notre connaissance de l'exercice d'espace de respiration. Cela va nous permettre d'approfondir cette capacité à explorer en pleine conscience les situations difficiles et les différentes composantes du ressenti: pensées, émotions, sensations corporelles.

Nous avons étudié l'exercice d'espace de respiration. Cet outil-phare de la méditation permet d'approcher une situation difficile dans sa globalité. Elle mobilise la conscience des sensations de la respiration et du corps tout entier. Mais aussi la conscience des pensées et des émotions.

Comprendre que les pensées ne sont que des pensées et n'ont pas de réalité en elle - même nous permet de prendre du recul face à elles.
Nous allons aussi étudier l'influence qu'exercent les différentes composantes de la conscience entre elles: pensées, émotions, sensations.

Nous allons méditer avec un exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté. Cela va nous permettre d'explorer en conscience les différents ressentis de cette expérience.

Nous allons aussi explorer les différents ressentis d'une situation agréable dans une autre méditation.

Programme :

- Les dimensions de la conscience (MBSR)

Les trois modes d'expérience

La connexion pensées et émotions

La connexion émotions et sensations corporelles

Les pensées ne sont que des pensées

Exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté (MBSR)

Debriefing de l'exercice d'exploration en pleine conscience d'une difficulté

- Courte méditation assise sur l'évocation d'une situation agréable (MBSR)

- Exercices à domicile

SEMAINE 6 : Faire face au BO

NB Titre modifié : habituellement dans la MBSR, le titre de la sixième séance est « transformer la relation à nos jugements, nos interprétations des faits, nos pensées »

Nous avons conçu cette semaine comme une adaptation de la quatrième semaine de la MBCT qui introduit les critères diagnostiques de la dépression, à l'exploration du burnout . En effet dans la MBCT, il est enseigné à identifier les symptômes de rechute de dépression. Ici nous avons voulu expliquer quels sont les symptômes de burnout.

Cette sixième semaine va être l'occasion d'appliquer au burnout notre travail précédent sur l'exploration des différentes composantes de la conscience: les pensées, les émotions, les sensations corporelles.

Pour cela nous étudierons les critères du syndrome d'épuisement professionnel et nous verrons aussi quelles sont les pensées, les sentiments et les émotions qu'expérimente la personne touchée à différents degrés par le burn-out.

Cela nous permettra de comprendre quelle est l'expérience du syndrome d'épuisement professionnel et comment nous pouvons repérer cette expérience dans le quotidien et comment nous pouvons appliquer les outils de méditation.

Pour compléter notre exploration de la conscience nous vous proposons une méditation avec la pleine conscience des sons des bruits puis nous passerons des sons aux pensées pour expérimenter les sons et les pensées comme de simples événements, de simples sons et de simples pensées, pour leur ôter le pouvoir de nous influencer et de nous faire réagir négativement.

Programme :

- A la découverte du burnout

Définition du burnout

Explications sur chacune des composantes

Invitation à reconnaître chacune des expériences négatives caractéristiques du burnout

- Méditation assise avec pleine conscience des sons et des pensées (MBSR, MBCT)

Le principe

L'exercice

- Calendrier des événements déplaisants (MBCT).

- Exercices à domicile

SEMAINE 7 : Approfondissement : la compassion pour soi

NB Titre modifié : habituellement dans la MBSR, le titre de la septième séance est « le passage à l'action » et rappelle les différentes stratégies pour faire face au stress en pleine conscience

Nous allons approfondir l'espace de respiration pour bien essayer de saisir ce qu'il est au delà de la simple pratique: il implique le lâcher prise et la patience.

Cet aspect est primordial à saisir pour en tirer tous les bénéfices et ne pas se décourager quand la pratique est difficile.

Nous allons aussi étudier la compassion pour soi qui colorera nos méditations avec de la gratitude et de la bienveillance pour nous même. Nous allons voir que la compassion pour soi est fondamentalement ancrée à la méditation en pleine conscience.

La méditation de cette semaine sera l'espace de respiration auquel nous allons rajouter la notion de compassion pour soi.

Programme :

- Précision sur l'espace de respiration

ses bénéfices

ce qu'il n'est pas : pas une tentative de vouloir arranger des choses

ce qu'il implique : le lâcher prise et de la patience

- Médiation sur la compassion pour soi (*NB retrouvé dans certains programme MBSR*)
- Exercices à domicile

SEMAINE 8 : Vidéo

NB la huitième séance est parfois traitée comme un envoi à développer sa propre pratique. Cette séance ne pouvant être faite en ligne, nous avons conçu une vidéo reprenant différentes découvertes scientifiques et applications de la méditation en pleine conscience.

Après vous avoir donné des outils vous permettant de soutenir une pratique méditative quotidienne, nous vous proposons d'approfondir l'intérêt que l'on peut porter à la méditation par cette vidéo. Elle s'intéresse à l'application de la méditation dans le soin pour la dépression, les maladies dys-immunitaires, mais aussi son enseignement à l'école pour donner des outils aux enfants pour leur vie entière, ainsi que des résultats scientifiques en particulier dans le domaine des neurosciences.

RÉSUMÉ ET MOT-CLEFS

Introduction : L'étude No Burnout avait pour objectif de comparer l'impact de deux interventions en ligne adaptées de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) (méditation en pleine conscience (MPC) et grille SECCA) sur le syndrome de burnout (BO) des étudiants en santé de l'Université de Poitiers. La MPC est un entraînement de l'esprit à une qualité de conscience qui émerge de l'attention portée à l'expérience présente. La grille SECCA est une analyse fonctionnelle des situations difficiles par l'analyse des situations/ émotions/ pensées.

Matériel et méthodes : Les sujets répondants à un questionnaire comprenant notamment l'évaluation du burnout (échelle MBI), étaient inclus et séparés en 3 groupes (MPC, SECCA, et témoin) après avoir été randomisés selon l'intensité du BO. Cependant la faible proportion de burnout élevés parmi les sujets répondants au questionnaire post-interventionnel n'a pas permis la réalisation de cette étude quantitative. Nous avons entrepris une revue de la littérature pour valider la cohérence de l'utilisation de ces outils dans la prévention du BO.

Résultats : Des études randomisées contrôlées montraient l'efficacité d'un programme en présentiel de MPC sur les trois composantes du BO. Une étude non randomisée non contrôlée a suggéré l'efficacité d'un même programme sur certaines composantes de l'empathie : l'augmentation de la prise de perspective et la diminution de la détresse personnelle.

L'efficacité de la MPC dans la diminution du BO et de l'augmentation de l'empathie peut être attribuée au mécanisme décrit par Shapiro : le « changement de perspective », dans lequel la personne est témoin du flux narratif de sa propre expérience plutôt que d'en être immergé.

Du point de vue du burnout, cette transformation expliquerait la capacité de la personne à développer son attention sur l'expérience négative, réguler l'épuisement professionnel et la dépersonnalisation. Du point de vue de l'empathie, la MPC expliquerait aussi la prise de perspective non égo-centrée de l'expérience négative du patient. Par ailleurs on peut penser que la pleine conscience de l'expression de l'expérience négative du patient inhibe l'attribution à soi de cette détresse, évitant de ce fait la détresse personnelle.

Shapiro a décrit les attitudes fondamentales de la MPC qui sont des outils majeurs de qualité du soin, et améliorent la relation d'empathie et d'engagement au patient ainsi que les mécanismes additionnels de la MPC qui plaident en faveur de l'action régulatrice de la MPC sur le BO et l'empathie.

La revue de la littérature ne retrouve pas de donnée concernant l'intérêt de la grille SECCA sur ce sujet.

Conclusion : La MPC est adaptée pour la prévention en ligne du BO. Notre étude n'a pas pu comparer l'efficacité des nos deux interventions en ligne. Nous pensons que l'apprentissage d'outils par soi-même par Internet a pu être cause de découragement et d'absence d'adhésion à l'étude.

De prochaines études pourraient évaluer l'impact de l'apprentissage en ligne de la MPC chez des étudiants sélectionnés pour leur motivation à la suite d'une séance publique de présentation et de recrutement.

Mots clés : Étude No Burn Out, Syndrome d'épuisement professionnel, Burnout, Empathie, Thérapies cognitivo-comportementales, Méditation en pleine conscience, SECCA, Etudiants en santé.



UNIVERSITÉ DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



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 !

