

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année 2023

N° : 186

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Diplôme d'État
Mention DES de Médecine Générale

Par

Marion TRANCHANT

Née le 01.03.1993 à Dijon (21)

**MISE EN APPLICATION DE LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE
EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes installés

Président de thèse : Professeur BERTSCHY Gilles
Directrice de thèse : Docteur FAIDHERBE Valérie



FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Édition SEPTEMBRE 2023
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1990)
(1990-1994)
(1994-2001)
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEREN Michel
M. SIREJA Jean
Mme CHARELLO Anna
M. MANTZ Jean-Marie
M. VINEENDON Guy
M. GERLINGER Pierre
M. LODES Bertrand
M. VICENTE Gilbert
M. STEFEMANN Geoffrey



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : H.

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MARTEL Jean-Louis : Chaire "Génomique humaine" (à compter du 01.11.2021)

A2 - MEMBRE SENIOR À L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

RAMBAM Selimak : Immunologie biologique
DOLLFUS Hélène : Génétique clinique

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	MRPO CS	• Rôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADGEO Nectro	MRPO CS	• Rôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.03 Chirurgie générale
AKLILDES Charif	MRPO CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDREI Emmanuel	MRPO CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (ABRMEI) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANREIM Mathieu	MRPO MCS	• Pôle Tête et Cou/CETO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	MRPO CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre - Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	MRPS	• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICMS	47.03 Cancérologie ; Radiothérapie
ARNAUD Laurent	MRPO MCS	• Pôle RHUMES - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	MRPO CS	• Rôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAMBAM Selimak	MRPO CS	• Rôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Histologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAIMBERT Thomas	MRPS CS	• Rôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies hépatiques et Néphrologues/Hac	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie Option : Néphrologie
Mme BEAU-PALLER Michèle	MRPO MCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJELIA Bémy	MRPO CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BÉRNA Fabrice	MRPO CS	• Rôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	45.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles	MRPO CS	• Rôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	45.03 Psychiatrie d'adultes
BERRY Guillaume	MRPO MCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéonarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	MRPO CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médicales-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANE Frédéric	MRPO MCS	• Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BONIN Frédéric	MRPO MCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	30.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Otorhinologie
BONNEMAIN Laurent	MRPO MCS	• Pôle médical-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	MRPO CS	• Rôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURGER Tricom	MRPS MCS	• Rôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / MAC - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.07 Ophtalmologie

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- **de droit et à vie** (membres de l'Institut)
 - CHAMBER Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
 - MANGEI Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2022)**
 - BELEG Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANON Jean-Marie (Psychiatrie)
 - KOPFESCHMITT Jacques (Urgences médica-chirurgicales Adultes)
 - MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**
 - BARON Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
 - DIEMUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)
 - HERBRECHT Raoul (Hématologie)
 - STEB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**
 - Mme OUCHEBAH (Pneumologie)
- **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**
 - CHRISTIANI Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)
 - GILCER Daniel (Physiologie biologique)
 - HAMMEDOUCHE Thierry (Néphrologie)
 - KENPE Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
 - MOULIN Bruno (Néphrologie)
 - PINGET Michel (Endocrinologie)
 - ROGUE Patrick (Biochimie et Biologie moléculaire)
 - SOAL Sérali (Cardiologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SEEB Luc CHU-IE BCD

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Dr DESAYE Alexandre
 Prs LAMOUILLÉ-CHEVALÉO Catherine
 Pr LECOQ Japhan
 Pr MAITELLI Antoine
 Pr MATSUOKA Rensuke
 Pr JOSELEU Denis
 Pr SELL Jacques
 Prs BONNEBEL Catherine
 Prs SEELIGER Barbara



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

REMERCIEMENTS

À notre maître et Président du jury, Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles,

Je vous prie de recevoir mes plus sincères remerciements pour me faire l'honneur de présider cette thèse et pour l'intérêt que vous y avez porté. Vos compétences dans le domaine de la psychiatrie sont une force pour ce travail. Soyez assuré de ma plus grande reconnaissance.

À ma directrice de thèse, Madame la Docteur FAIDHERBE Valérie,

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse. Merci de m'avoir formé à une médecine générale authentique et d'avoir attisé ma curiosité sur la méditation pleine conscience. Merci pour toute ta bienveillance, ta disponibilité, ton engagement, et ton soutien dans ce projet. Je te prie de croire en ma sincère reconnaissance et admiration.

À mon membre du jury, Monsieur le Professeur associé ROUGERIE Fabien,

Je te prie de recevoir mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Merci pour ton enseignement et ton accompagnement en tant que maître de stage durant mon internat. Je te suis sincèrement reconnaissante de la confiance que tu m'as accordée.

À ma membre du jury, Madame la Docteur FRAIH Elise,

Je te prie de recevoir mes plus sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Merci pour ton enseignement rempli d'énergie et d'humanité pendant les groupes de tutorat. Merci de m'avoir aidé à trouver des solutions aux différents obstacles rencontrés et de m'avoir accompagné jusqu'au bout de mon projet.

TABLE DES MATIÈRES

PARTIE 1 : INTRODUCTION	19
PARTIE 2 : CONTEXTUALISATION	21
2.1. DÉFINITIONS DE LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE.....	21
2.2. ORIGINES DE LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE	24
2.2.1. Méditation et bouddhisme	24
2.2.2. Méditation et philosophie	25
2.3. ENGOUEMENT SOCIÉTAL	26
2.4. ADAPTATIONS MÉDICALES DE LA MÉDITATION	28
2.4.1. Le programme Mindfulness Based Stress Reduction	30
2.4.2. Le programme Mindfulness Based Cognitive Therapy	32
2.5. INTÉRÊT EN MÉDECINE GÉNÉRALE	33
2.5.1. INDICATIONS CLINIQUES BASÉES SUR DES PREUVES	33
2.5.1.1. Syndromes anxio-dépressifs	34
2.5.1.2. Addictions	36
2.5.1.3. Troubles du sommeil et insomnies	37
2.5.1.4. Troubles alimentaires	38
2.5.1.5. Douleurs chroniques	38
2.5.2. CONTRE-INDICATIONS	39
2.5.3. EFFETS INDÉSIRABLES	40
2.6. DÉFIS D'INTÉGRATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE	41
2.6.1. FORMATIONS HÉTÉROGÈNES	41
2.6.2. DIFFICULTÉS LIÉES À L'EXERCICE ET AU FORMAT	42
PARTIE 3 : MATÉRIEL & MÉTHODE	44
3.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	44
3.2. TYPE D'ÉTUDE	45
3.3. POPULATION CIBLE & ÉCHANTILLON.....	46
3.4. RECUEIL DES DONNÉES	47
3.5. ANALYSE DES DONNÉES.....	49
3.6. CADRE ÉTHIQUE ET JURIDIQUE	49

PARTIE 4 : RÉSULTATS	52
4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION	52
4.2. ANALYSE DES DONNÉES	54
4.2.1. POURQUOI APPLIQUER LA MÉDITATION : LES FORMATIONS.....	54
4.2.1.1. Motivations décrites à la formation de la méditation permettant un engagement	54
4.2.1.2. Perceptions de l'enseignement reçu de la méditation pleine conscience	61
4.2.2. POUR QUI EST APPLIQUÉ LA MÉDITATION : ÉCHANTILLONNAGE	65
4.2.2.1. Méthodes de recrutement des patients déclarées par les médecins généralistes	65
4.2.2.2. Population ciblée vue par les médecins généralistes	66
4.2.3. COMMENT LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE EST-ELLE MISE EN APPLICATION EN CABINET ?	71
4.2.3.1. Contenus thérapeutiques.....	71
4.2.3.1.1. Thérapie de groupe protocole MBSR, MBCT	71
4.2.3.1.2. Adaptations du protocole : exercices isolés, interventions brèves individuelles	77
4.2.3.1.3. Les concepts basés sur la méditation en consultation individuelle	87
4.2.3.1.4. Information théorique du contenu de la méditation	88
4.2.3.1.5. Evolution des soins	89
4.2.3.2. Procédés de pédagogie thérapeutique	91
4.2.3.2.1. Techniques d'enseignement	92
4.2.3.2.2. Utilisation de supports pédagogiques.....	96
4.2.3.2.3. Portée thérapeutique.....	97
4.2.3.2.4. Contraintes perçues	98
4.2.3.2.5. Volonté de diffusion.....	103
4.2.3.3. Communication médecin-patient.....	104
4.2.3.3.1. Évolution du médecin : témoin d'un apport personnel	104
4.2.3.3.1.1. Pratiques méditatives du médecin.....	104
4.2.3.3.1.2. Connaissance de soi par la présence	105
4.2.3.3.1.3. Régulation émotionnelle	106
4.2.3.3.1.4. Redéfinir ses valeurs.....	107
4.2.3.3.1.5. Auto-compassion	108
4.2.3.3.2. Relation médecin-patient	109
4.2.3.3.2.1. Méthodes de communication	109
4.2.3.3.2.2. Alliance médecin-patient : horizontalisation de la relation.....	111
4.2.3.3.2.3. Réaffirmer les rôles de chacun.....	112
PARTIE 5 : DISCUSSION	116
5.1. Proposition de modèle explicatif	116
5.2. Forces de l'étude	117
5.3. Limites de l'étude	118
5.4. Au regard de la littérature	121
5.4.1. Adaptations des protocoles pour utiliser la méditation comme un outil thérapeutique.....	121
5.4.2. Promouvoir le médecin	123

5.4.3. Communication médecin-patient	125
5.4.4. Défis et perspectives d'avenir	127
PARTIE 6 : CONCLUSION	131
PARTIE 7 : ANNEXES	135
Annexe 1 : Complément d'informations sur les TCC	135
Annexe 2 : Exercices de méditation pleine conscience	140
Annexe 3 : Diplômes universitaires sur la mindfulness	142
Annexe 4 : Fiche information et de consentement à l'intention des participants	143
Annexe 5 : Accord de la CNIL	147
Annexe 6 : Guide d'entretien	148
PARTIE 8 : BIBLIOGRAPHIE.....	151

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Les trois axes de la mindfulness	23
Figure 2 : Grille des caractéristiques de l'étude d'après les recommandations COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research)	51
Figure 3 : Tableau des principales caractéristiques des participants.....	52
Figure 4 : Proposition de schéma explicatif sur les applications de la méditation pleine conscience en cabinet de médecine générale	116

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

- ADM : Association pour le développement de la Mindfulness
- ACT : Acceptance and Commitment Therapy
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- DIU : Diplôme Inter-Universitaire
- DBT : Dialectical Behavior Therapy ou Thérapie comportementale dialectique
- EEG : Electro-encéphalogramme
- GEMA : Groupe d'Enseignement Médical Agréé
- INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
- IFPCM : Institut Français Pleine Conscience Mindfulness
- MBCR : Mindfulness Based Cancer Recovery Score
- MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy
- MB-EAT : Mindfulness Based-Eating Awareness Training
- MBI : Maslach Burnout Inventory
- MBRP : Mindfulness Based Relapse Prevention ou Prévention de la rechute basée sur la méditation pleine conscience
- MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction
- MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

PARTIE 1 : INTRODUCTION

Depuis 1947, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. La santé ne consiste plus seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), en 2021 seulement 67,8 % des Français de plus de 16 ans pensent avoir un bon ou très bon état de santé (23,4 % des Français de 16 ans ou plus pensent avoir un état de santé moyen, 7,6 % un mauvais état de santé et 1,2 % un état de santé très mauvais)(1).

Le médecin généraliste occupe un rôle central, de proximité et de premier recours pour la population. Les troubles mentaux représenteraient 13 à 15 % des motifs de consultations des médecins généralistes en France (2). Ces demandes de soins ont été majorées par la pandémie de la COVID-19 (3).

Face à ce problème de santé publique, nous avons réalisé une thèse sur l'utilisation de la méditation pleine conscience en médecine générale. L'objectif primaire est d'explorer les ressentis, représentations et vécus des médecins généralistes vis à vis de la méditation pleine conscience pour comprendre sa mise en application en cabinet de médecine générale. L'objectif secondaire est de déterminer le profil des médecins engagés dans cette pratique et leurs attentes.

C'est dans les années 1980, que Jon Kabat Zinn a adapté la méditation pleine conscience aux thérapies cognitivo-comportementales. Ce programme thérapeutique structuré, laïque pour la réduction du stress est appelé Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)(4). Ensuite, le Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) a été développé pour la prévention des rechutes dans la dépression par Segal et al. (5).

Les interventions basées sur la pleine conscience sont aussi utilisées dans la prise en charge et l'accompagnement des pathologies somatiques (notamment pathologies inflammatoires et chroniques) ainsi que pour le soutien et le renforcement des compétences de régulation émotionnelle du personnel soignant, pour la prévention du burn-out, et pour l'apprentissage de la compassion. Ces interventions permettent d'obtenir des répercussions positives sur la qualité des soins prodigués et la santé globale du personnel soignant.

Malgré les potentiels avantages de l'utilisation de la méditation pleine conscience par les médecins généralistes, il existe encore des défis à surmonter comme l'intégration de cette technique dans le système de santé existant.

Pour les préciser, et après avoir contextualisé la problématique, nous vous présenterons une étude qualitative basée sur les entretiens de médecins généralistes installés en France. Nous discuterons ensuite de ces résultats, en nous appuyant sur des éléments de la littérature.

Nous espérons que ce travail puisse clarifier les problématiques du terrain et améliorer la mise en pratique de la méditation pleine conscience en cabinet.

PARTIE 2 : CONTEXTUALISATION

2.1. DÉFINITIONS DE LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

La méditation pleine conscience est un concept difficile à définir. Sa compréhension se fait d'abord par l'expérience que chacun peut en faire. Elle constitue une approche **expérientielle** du vécu, hors de toute interprétation cognitive.

D'une manière concrète, il existe plusieurs façons de définir la méditation pleine conscience sans réel consensus. Les définitions du mot méditation (6) et conscience (7) issues du dictionnaire Larousse, ne reflètent pas l'ensemble du concept de la méditation pleine conscience.

Aujourd'hui, la définition la plus communément utilisée de la **méditation pleine conscience** est celle de Jon Kabat Zinn datant des années 1970. La **méditation pleine conscience**, ou **Mindfulness** en anglais, est définie comme "l'action de diriger son attention délibérément sur l'expérience qui se déploie, moment après moment, sans jugement de valeur" (8). Nous pouvons décortiquer cette définition qui regroupe plusieurs notions essentielles :

- **Diriger son attention** : Entraîner son esprit à observer, reconnaître, focaliser, se concentrer.
- **Délibérément** : De manière volontaire, intentionnelle, avec une vigilance active.
- **L'expérience** : Ce qui est, notre paysage intérieur c'est-à-dire nos pensées, nos émotions et nos sensations.
- **Moment après moment** : Maintenant, au moment présent sans regard vers le passé ni anticipation.
- **Sans jugement de valeur** : Reconnaître la réalité telle qu'elle est, comme cela vient, en l'accueillant.

Dr François Bourgonnon, psychiatre a écrit : “Notre paysage intérieur représente notre expérience mentale intime, [...] et qui n’appartient qu’à nous. Celle-ci comprend trois grandes dimensions que sont nos pensées, nos émotions et nos sensations. [...] Nous confondons souvent les éléments de notre paysage intérieur -en particulier nos pensées- avec la réalité extérieure. [...] Or, les pensées ne sont pas les mêmes choses que ce dont elles parlent, et nos interprétations sont parfois très éloignées de la réalité objective. Celles-ci peuvent avoir un grand impact sur notre ressenti et nos agissements. [...]”(9). La méditation pleine conscience repose principalement sur des pratiques introspectives.

Plusieurs psychothérapeutes ont élaboré des définitions complémentaires de la méditation pleine conscience.

En 2004, Dr Scott Bishop et ses collaborateurs ont proposé une définition opérationnelle de la méditation pleine conscience par un “modèle à deux composantes” (10). Celle-ci a été reprise par le Dr Antoine Lutz, directeur de recherche à l’Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) à Lyon :

- **La méditation en attention focalisée** implique une concentration volontaire auto-régulée de la conscience sur un objet choisi.
- **La méditation en vigilance ouverte** permet de dépasser la focalisation et de s’ouvrir à toutes les pensées et ressentis qui passent et les laisser passer sans s’y accrocher. Elle implique une non-réaction au contenu de l’expérience d’instant en instant (11).

Docteur en psychologie, Shauna Shapiro propose une **théorie sur les mécanismes de la méditation** pleine conscience. L’état de pleine conscience apparaît lorsque les trois composantes

sont simultanément cultivées : l'intention, l'attention et l'attitude. À travers ce processus, un changement de perspective se produit, appelé la re-perception. Cette évolution est au cœur du processus thérapeutique de la méditation pleine conscience. De multiples mécanismes émanent par ce changement comme l'autorégulation, la clarification des valeurs, la flexibilité cognitivo-comportementale et la désensibilisation (12).

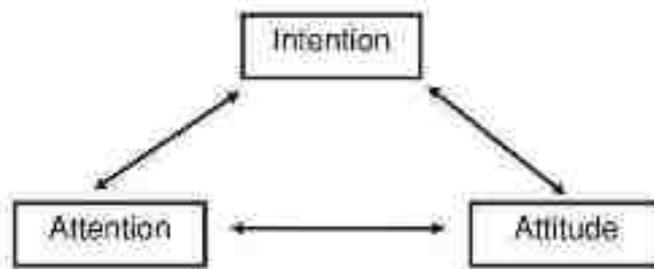


Figure 1 : Les trois axes de la mindfulness

Dans ce travail de recherche, les termes de mindfulness, méditation, méditation pleine conscience et méditation pleine présence sont utilisés sans distinction.

2.2. ORIGINES DE LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE

2.2.1. Méditation et bouddhisme

La méditation pleine conscience découle des traditions religieuses et philosophiques du bouddhisme oriental. Dès le 6^e siècle avant J.-C, le bouddhisme utilise la méditation pour apprendre à accepter le présent tel qu'il est.

Le bouddhisme est un cheminement individuel dont la finalité est l'éveil spirituel. Il soutient que la souffrance humaine est causée par le culte de soi et l'illusion. La notion d'impermanence occupe une place centrale dans la pensée bouddhiste.

Dans ce contexte, les approches méditatives sont ancrées dans un acte de foi, de rites et de prières. Elles ont pour but de réduire et d'apaiser les perturbations mentales afin de permettre une connaissance juste des phénomènes (13).

Deux principales approches méditatives sont pratiquées dans le bouddhisme :

- La *méditation Samatha* qui signifie calme mental en pali. C'est l'action de centrer son attention sur un objet malgré les vagabondages de l'esprit. L'objectif est la concentration.
- La *méditation Vipassana* qui signifie vision pénétrante en pali. C'est l'action d'être pleinement présent et ouvert à tous les éléments de son expérience afin de percevoir les choses telles qu'elles sont et non telles qu'on voudrait qu'elles soient. L'objectif est l'observation.

Il existe beaucoup d'autres pratiques méditatives nées en Orient parallèlement à la méditation pleine conscience : le Qi Gong Tai Chi (issu du Taoïsme en Chine), la méditation de Mantra et le Yoga (issu de l'Hindouisme en Inde). Nous ne traiterons pas de celles-ci.

2.2.2. Méditation et philosophie

Plusieurs philosophes ont poursuivi cette exploration méditative. Les stoïciens et épicuriens pensent que la capacité de jouir de la vie est appauvrie par le manque de maîtrise de ses émotions et la tendance à accorder trop peu d'attention au présent.

Épictète déclarait déjà : "Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les jugements qu'ils portent sur les choses (14)."

Montaigne, nous incite à "vivre à propos" : "Le glorieux chef-d'œuvre de l'homme, c'est vivre à propos [...]". Il détaille l'expérience de la pleine présence comme une libération.

"Quand je danse, je danse ; quand je dors, je dors. Voire, et quand je me promène solitairement en un beau verger, si mes pensées se sont entretenues des occurrences étrangères quelques parties du temps : quelque autre partie, je les ramène à la promenade, au verger, à la douceur de cette solitude, et à moi [...]"(15).

Spinoza, au 17^e siècle, expose la reconnaissance des émotions destructrices et leur acceptation comme remède à leur meilleure gestion. L'**acceptation** vient du latin *accipere* qui signifie recevoir avec égard, accueillir. Ce n'est pas synonyme de résignation, ni de fatalisme. Spinoza parle d'acquiescement intérieur. C'est faire avec ce qui ne peut être évité ou changé. C'est reconnaître que, pour le moment, les choses sont comme elles sont.

Enfin, au 20^e siècle, Husserl et ensuite d'Heidegger expliqueront par la phénoménologie, la science du vécu, comment l'expérience de l'instant présent peut mener à une certaine libération.

2.3. ENGOUEMENT SOCIÉTAL

Depuis quelques années, la méditation fait l'objet d'un succès grandissant. Alors qu'elle a longtemps été vue comme ésotérique par les Occidentaux, elle est aujourd'hui intégrée dans des domaines très variés pour des objectifs divers. On peut expliquer cette frénésie par plusieurs points découlant d'une évolution sociétale.

Actuellement, nous constatons une compression du temps avec toujours plus de choses à faire dans un délai toujours plus court. La logique de rentabilité est présente au travail, mais aussi dans la vie personnelle. L'accélération du quotidien nous a rendu multitâches, où l'agitation et la dispersion sont fréquentes.

Nous avons un afflux d'informations où le digital et le virtuel jouent une place majeure. Les notifications d'informations et de distractions font irruption en continu dans notre journée, en sollicitant de façon permanente une part de notre attention. L'esprit n'est plus jamais libre, il y a toujours quelque chose d'autre à faire.

L'humain doit rentrer dans des cases, et agir selon des normes produisant une déshumanisation. Les médias et la société actuelle décuplent l'ego, le culte de soi. L'argent et le confort, synonyme de puissance et de pouvoir, nous réduisent à une société de surconsommation. Ces évolutions aboutissent à une perte de sens pour certains. Ils ne se retrouvent plus dans cette société qui génère des phénomènes de stress et de burn-out.

La méditation pleine conscience est une proposition de stratégie pour faire face à cette évolution sociétale.

Elle met au centre les valeurs personnelles et non l'argent, l'humanité allant jusqu'à la compassion, l'accomplissement plutôt que le confort. Elle se focalise dans le présent plutôt que sur le passé chargé de ruminations, ou le futur chargé de planifications.

La méditation permet de s'offrir du temps à soi-même, comme une pause, un répit sans parasite. La non-action est permise. La méditation pleine conscience rétablit un cadre et une discipline de vie.

La pratique de la méditation pleine conscience développe la patience, l'acceptation, et la tolérance à l'inconfort. La méditation apparaît comme une voie libératrice de l'esclavage moderne. Elle est favorisée et modelée par la mondialisation. Sa vulgarisation au grand public et sa laïcité ont permis de toucher une population plus large.

On note des perversions de cette pratique. La pratique et la formation à la pleine conscience font désormais partie d'une industrie mondiale du bien-être. La méditation est détournée dans un objectif de performance dans les entreprises par exemple. Purser dans son ouvrage *How Mindfulness Became the New Capitalist Spirituality* explique que la méditation revêt les habits de fast food lorsqu'elle est utilisée consciemment ou non à des fins individualistes qui vont à l'encontre des philosophies orientales d'où elle provient. C'est le phénomène Mc Mindfulness. La méditation pleine conscience est une méthode managériale à la mode, basée sur le capitalisme humain. Sous prétexte d'accroissement du bien-être et des performances cognitives, le réel objectif de ces programmes est d'augmenter la productivité des salariés et le rendement de l'entreprise (16).

Ainsi, il faut être vigilant aux dérives et à l'exploitation commerciale de la méditation. Le médecin, grâce à sa formation fondée sur des preuves et à son sens éthique, semble jouer un rôle préventif contre ces débordements.

2.4. ADAPTATIONS MÉDICALES DE LA MÉDITATION

Dr Fabrice Midal écrit : “Les premiers Occidentaux qui se sont tournés vers la méditation étaient pour une grande part des psychothérapeutes. La méditation leur est apparue comme une manière de se relier à la souffrance non par une compréhension exclusivement intellectuelle, mais de manière directe, en visant à l’apaiser. Et cette guérison à laquelle vise la méditation ne passe ni par un acte de foi, ni par l’absorption de médicaments, mais par une analyse subtile de l’esprit humain qui leur est apparue présenter de nombreux points de rencontre avec la psychologie“ (17).

Jon Kabat Zinn, professeur de médecine et docteur en biologie moléculaire, fonde en 1979, la Clinique de réduction du Stress, au sein de la faculté de médecine du Massachusetts. Il a adapté la méditation pleine conscience, indépendamment de toute action religieuse, à des fins thérapeutiques dans le cadre de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

En psychothérapie, les psychanalyses et les TCC cohabitent. Les TCC sont décrites par l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) comme méthode de référence, basée sur des preuves, pour le traitement de nombreuses pathologies (18). Elles ont un cadre thérapeutique très **structuré** (19). L’étape principale est l’**analyse fonctionnelle** ayant pour but une observation et une définition des comportements actuels dysfonctionnants. Ceux-ci sont mis en relation avec les émotions, les pensées et l’environnement. Ensuite, une **restructuration cognitive** est mise en place grâce à une auto-observation du patient. Les TCC ont pour but la modification des schémas cognitifs par des méthodes cognitives, comportementales, émotionnelles pour une autorégulation du comportement. Elles n’interviennent pas directement au niveau de la cognition, mais plutôt de la métacognition, c'est-à-dire la connaissance des mécanismes cognitifs (20). Un complément sur les TCC est développé en Annexe 1.

Les principaux programmes de thérapie de la troisième vague sont le programme Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), le programme Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), la thérapie comportementale et dialectique (TCD)(21), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT)(22). Dans cette recherche, nous nous intéresserons uniquement aux programmes MBSR et MBCT.

Les thérapies basées sur la méditation pleine conscience constituent un ensemble d'approches expérientielles du vécu dans le but de modifier son rapport à soi et au monde, et ainsi d'échapper à ses automatismes mentaux.

Elles permettent une prise de distance pour aborder les choses sous une autre perspective appelée décentration. Elle conduit à envisager qu'une pensée n'est qu'une pensée, notamment si elle est négative, et n'est pas nécessairement le reflet de la réalité. Elle permet donc d'échapper aux distorsions cognitives par une démarche d'accueil et d'acceptation des difficultés (23). Elles aident à sortir du pilote automatique, à augmenter l'attention intentionnelle, tout en évitant de porter des jugements.

La méditation pleine conscience, au sens où nous l'utiliserons dans cette étude, n'a pas de portée religieuse. Les thérapies basées sur la méditation pleine conscience sont **laïques**. Cependant, elles peuvent avoir une connotation **spirituelle** dissociée de la religion. La spiritualité désigne la quête de sens, d'espoir ou de libération.

2.4.1. Le programme Mindfulness Based Stress Reduction

Le MBSR a été créé en 1979 par Jon Kabat Zinn. Jon Kabat Zinn explique les motivations de ce programme dans son ouvrage *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience* : “Mon premier but [...] était d’en faire un outil efficace qui contrebalance les multiples façons dont nous sommes emportés hors de nous-mêmes et perdons de vue l’essentiel. Nous pouvons être tellement pris dans l’urgence de tout ce que nous devons faire et nous retrouver dans de telles prises de tête - dans ce que nous pensons l’important - qu’il nous est facile de tomber dans un état de tension et d’anxiété chronique, menant continuellement notre vie en automatique ” (8).

Le programme MBSR est codifié. Il comprend des interventions de groupe en présentiel qui se déclinent en 8 séances hebdomadaires d’environ deux heures et demie, et un temps de silence absolu de 6 heures.

Les pratiques de méditation de pleine conscience peuvent prendre deux formes appelées formelle et informelle.

- La **pratique formelle** de méditation est le fait de consacrer régulièrement un temps uniquement à l’entraînement de la pleine conscience. Elle comprend plusieurs exercices comme l’exercice STOP, l’exercice du sablier, le body scan, la méditation en mouvements conscients (marche et étirements), les exercices immersifs et les exercices en conscience ouverte (24).

Par exemple l’exercice STOP (Stop, Take a breath, Observe, Process) :

Ces exercices psycho-corporels commencent par l’instauration d’une posture pour intégrer un cadre à la pratique. C’est un court exercice se déclinant en quatre étapes. Il propose de faire une pause sur la situation. Le souffle permet un ancrage pour porter attention aux sensations physiques, pensées et émotions. Il permet de prendre conscience de l’expérience, sans la juger, ni la modifier.

Le processus permet un discernement et une réflexion, c'est-à-dire une capacité à choisir plutôt que réagir. Les autres exercices sont détaillés en Annexe 2.

Dr Fabrice Midal, psychiatre, explique la **simplicité** de l'exercice méditatif : "J'ai réalisé que, quoi que je dise sur la simplicité de l'expérience de la pratique, les gens restent convaincus qu'il faut vivre une expérience particulière et qu'il faut réussir quelque chose. Ils s'en veulent de ne pas « y arriver », de ne pas arriver à ne plus avoir de pensée, à rester immobile, etc. Et ils se découragent... Ils croient que méditer, c'est regarder ses pensées passer dans le ciel comme des nuages et du coup, ils s'ennuient à le faire. C'est pour couper au travers de ces contresens que j'ai commencé à expliquer que méditer c'est « se foutre la paix ». Ce n'est pas être calme, zen, parfait – mais simplement ouvert à ce qui est. Ouvert avec attention, curiosité, bienveillance..." (25).

- La **pratique informelle** de la pleine conscience désigne les efforts conscients pour ramener l'attention moment après moment dans les tâches de la vie quotidienne plutôt que d'être distrait ou de les faire de façon automatique. Thich Nhat Hanh, moine bouddhiste, illustre parfaitement cet exercice par la corvée de la vaisselle : "Je dois avouer que je mets un peu plus de temps à laver la vaisselle. Mais je vis chaque moment et je suis heureux. Laver la vaisselle est à la fois un moyen et une fin, c'est-à-dire qu'on ne lave pas la vaisselle pour avoir des assiettes propres, mais aussi juste pour laver la vaisselle, pour vivre pleinement chaque instant où l'on lave la vaisselle » (26).

À chaque séance du MBSR, un thème est abordé et les participants pratiquent un exercice méditatif formel. Le groupe participe ensuite à l'exploration d'expérience individuelle. Il s'agit du **dialogue exploratoire**. Les participants partagent leurs expériences personnelles et leurs difficultés dans la pratique. Ils apprennent les uns des autres par le biais de modèles et de commentaires directs. Entre

les séances, les participants doivent chaque jour s'exercer à des méditations formelles à l'aide de guidances (enregistrements audio) et des méditations informelles.

2.4.2. Le programme Mindfulness Based Cognitive Therapy

Dans les années 2000, les psychologues Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams ont développé un programme appelé **MBCT**. Ce programme cible la prévention des rechutes dépressives chez les patients souffrant de dépression chronique ou de trouble dépressif récurrent (5).

L'observation des schémas cognitifs de personnes souffrant de dépression a permis de mettre en évidence que les événements de vie négatifs ou perçus comme tels, vont entraîner la réactivation automatique de schémas cognitifs de la dépression. Il en découle des pensées et des émotions négatives à l'origine de distorsions cognitives et d'interprétations erronées des phénomènes. Les tentatives de fuir ces événements, de les modifier ou de lutter contre eux, sont à l'origine du maintien des circuits de pensées négatives pouvant être à un facteur de récurrence dépressive (27).

Le MBCT est un programme de méditation en 8 séances de type MBSR, avec une psychoéducation concernant la dépression (notamment la défusion cognitive et la métacognition) et des techniques cognitivo-comportementales. Le patient identifie les premiers symptômes d'altération de son humeur et dispose de stratégies efficaces afin de prévenir la chronicisation de la dépression (28).

2.5. INTÉRÊT EN MÉDECINE GÉNÉRALE

La méditation pleine conscience est une approche thérapeutique qui peut être utilisée pour de nombreuses indications. Elle est généralement bien tolérée, avec peu de contre-indications et d'effets indésirables. Elle présente donc de nombreux avantages à une mise en pratique en cabinet.

2.5.1. INDICATIONS CLINIQUES BASÉES SUR DES PREUVES

La collaboration active des moines bouddhistes et des scientifiques a permis les premières études. D'abord, les recherches ont évalué l'efficacité thérapeutique de la méditation dans différents domaines et différentes populations. Ensuite, les chercheurs se sont intéressés aux variables physiologiques modifiées par la méditation puis ils ont mesuré l'activité électrique cérébrale des méditants grâce aux électroencéphalogrammes. Plus tard, au gré des progrès des techniques de recherche médicale (imagerie et biologie), les études se diversifient et s'approfondissent pour proposer des explications précises sur les mécanismes de la méditation et les conséquences de sa pratique. Ces résultats ont abouti à un élargissement des indications thérapeutiques et à la reconnaissance de la méditation par le milieu médical.

Dans tous les cas, les interventions développant la méditation pleine conscience, la conservation et a fortiori l'amélioration des compétences passent par une pratique régulière et quotidienne des exercices enseignés.

La méditation pleine conscience a pris un axe technique, avec une recherche d'explication scientifique du mécanisme.

Cardoso et al définit la méditation d'une manière standardisée selon cinq critères pour permettre les recherches (29) :

- l'utilisation d'une technique codifiée et transmise par l'intermédiaire d'un enseignant
- technique qui sera utilisée de manière autonome par le pratiquant dans un but d'autorégulation
- l'induction d'une relaxation musculaire mesurable
- l'induction d'une relaxation mentale caractérisée par l'absence de but, le non-jugement, et la non-analyse du processus mental en cours
- l'utilisation d'une stratégie de focalisation de l'attention sur un objet ou la respiration comme point de départ.

Les publications médicales se multiplient ces dernières années (30). La mindfulness a prouvé ses effets dans la prise en charge et l'accompagnement thérapeutique des pathologies somatiques et psychiques.

Nous proposons, de façon non-exhaustive, un certain nombre d'études sur l'efficacité thérapeutique de la méditation pleine conscience. Les méta-analyses possèdent un degré de preuve élevé.

2.5.1.1. Syndromes anxio-dépressifs

Rapidement, le MBSR a fait ses preuves dans la gestion du stress en ambulatoire (31). Concernant les troubles anxieux, une méta-analyse de 2012 intitulée *Mindfulness-and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis* conclut qu'une thérapie

basée sur la méditation pleine conscience permet une réduction significative des symptômes d'anxiété (32).

En mai 2020, 13,5 % des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France déclarent des symptômes évocateurs d'un état dépressif, une proportion en hausse de 2,5 points par rapport à 2019. L'augmentation est plus marquée chez les femmes et les moins de 44 ans, et tout particulièrement chez les 15-24 ans (3).

Les syndromes anxio-dépressifs sont l'indication pour laquelle des effets des thérapies de la méditation pleine conscience a été la plus évaluée.

En 2015, The Lancet a publié *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*, réalisé en médecine générale, avec 424 patients recrutés ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs. 212 patients ont été assignés au hasard aux protocoles MBCT et 212 aux antidépresseurs d'entretien. Le délai de rechute ou de récurrence de la dépression ne différait pas entre les patients bénéficiant d'un MBCT et les antidépresseurs d'entretien sur 24 mois, ni le nombre d'événements indésirables graves. Un programme MBCT est aussi efficace qu'un traitement antidépresseur au long cours afin de prévenir d'une récurrence dépressive chez des patients ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs dans le passé (33). En 2016, une nouvelle méta-analyse confirme ces résultats (34).

Pour les patients ayant des antécédents de trois épisodes ou plus de dépression, le MBCT réduisait d'environ moitié le taux de récurrence au cours des 12 mois suivants par rapport au traitement habituel (35).

En cas de trouble dépressif majeur actuel, une méta-analyse de 2014 montre que les thérapies basées sur la méditation pleine conscience sont statistiquement plus efficaces sur la sévérité des

symptômes que les groupes contrôles incluant les traitements inactifs (traitement habituel, liste d'attente, aérobic). Cependant, il faut prendre en compte que les patients présentant un trouble dépressif majeur peuvent avoir des pensées automatiques négatives : ces processus cognitifs courants dans les troubles anxieux et dépressifs peuvent aller à l'encontre de l'apprentissage de la pleine conscience par rumination, inquiétude et difficulté à la concentration et la motivation (36).

2.5.1.2. Addictions

Concernant les addictions, on observe qu'en 2020, 25,5 % des Français de 18 à 75 ans fument quotidiennement. En 2017, 10 % des adultes de 18 à 75 ans ont un usage quotidien d'alcool (37).

En 2008, Zgierska a étudié un programme nommé MBRP (Mindfulness-based relapse prevention) qui a rapporté une diminution significative de la consommation d'alcool ainsi que des niveaux de craving, de dépression et d'anxiété (38).

En 2014, Bowen et ses collaborateurs ont repris ce programme dans un essai contrôlé et randomisé sur 286 patients présentant un trouble de l'usage de substance (alcool, cocaïne/crack, méthamphétamine, héroïne, marijuana). Ils montrent une diminution significative du craving et de l'usage de substance dans le groupe bénéficiant d'un MBRP par rapport au groupe contrôle avec un maintien six mois après la fin du traitement (39).

Par ailleurs, une méta-analyse sur 9 essais contrôlés, en 2017, n'a pas détecté de différence statistiquement significative entre les patients bénéficiant d'un MBRP et le groupe témoin sur la rechute à la consommation de substances, la fréquence d'utilisation de substances. À noter que cette méta-analyse exclut les études contrôlées randomisées évaluant d'autres interventions basées sur la pleine conscience telles que la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ou la réduction du stress basée sur la pleine conscience (40).

2.5.1.3. Troubles du sommeil et insomnies

L'insomnie correspond à une insuffisance de sommeil en quantité ou qualité, alors que les conditions environnementales sont favorables au sommeil. Elle associe une composante psychologique et une composante neurologique difficiles à dissocier. Elle toucherait 15 à 20 % de la population française selon les études, et 9 % souffriraient d'une forme sévère (41).

La première étape consiste à prendre en charge les maladies pouvant perturber le sommeil, corriger toutes les mauvaises habitudes et adopter un comportement adapté pour favoriser l'endormissement. Si une prise en charge médicale est nécessaire, les thérapies cognitivo-comportementales doivent être privilégiées. Les TCC ont été décrites comme plus efficaces que les traitements pharmacologiques dans le traitement de l'insomnie sur la durée, et peuvent favoriser le sevrage en somnifères des personnes qui y sont dépendantes (42).

On note une diminution de la durée et du nombre de réveils nocturnes évalués par polysomnographie après un protocole MBCT (43). Dans une méta-analyse comprenant cinq essais contrôlés randomisés réalisés en 2020, intitulé *Mindfulness-Based Interventions (MBI) for Insomnia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials*, les participants du groupe avec interventions basées sur la méditation pleine conscience par rapport au groupe témoin ont montré une amélioration significative de l'insomnie mesurée par l'indice de qualité du sommeil de Pittsburgh lors de l'évaluation post-MBI (44).

2.5.1.4. Troubles alimentaires

La thérapie de sensibilisation à l'alimentation basée sur la pleine conscience (MB-EAT) est un programme conçu pour aider les personnes souffrant de troubles de l'alimentation et de gestion du poids (45).

En 2014, une revue de littérature incluant 21 articles étudie l'efficacité des interventions basées sur la pleine conscience sur les comportements alimentaires liés à l'obésité. Elle conclut, malgré une réserve sur la qualité des études, à une diminution significative de la fréquence et de la gravité des crises d'hyperphagie, à une diminution des impulsions à manger sous le coup de l'émotion ("emotional rating") et une diminution de la fréquence de l'alimentation externe (c'est à dire la vulnérabilité à la suralimentation en réponse à des signaux externes, tels que la vue ou l'odeur des aliments) (46). Plusieurs des interventions ont eu des effets positifs sur le poids et l'équilibre alimentaire, mais ne permettent pas de tirer des conclusions définitives.

2.5.1.5. Douleurs chroniques

Jon Kabat Zin établit l'efficacité du programme MBSR dans la réduction de la douleur et des symptômes secondaires à la douleur, en particulier dans les cas de douleurs chroniques en milieu hospitalier. L'étude met en évidence une amélioration de la qualité de vie et de mécanisme de découplage des composantes sensorielle et cognitive de la douleur. L'efficacité des programmes de méditation s'est confirmé pour les douleurs chroniques (47).

En 2017, une méta-analyse montre que la méditation de pleine conscience est associée à une légère diminution de l'intensité de la douleur, de la dépression et une meilleure qualité de vie (48). Ce programme semble efficace pour diminuer la consommation d'antalgiques et les incapacités.

Les thérapies basées sur la méditation pleine conscience permettent également de diminuer le stress et améliorent la qualité de vie chez les patients souffrant de maladies chroniques comme le diabète de type 2, l'hypertension, le psoriasis, le virus d'immunodéficience humaine (VIH), la sclérose en plaques, la fibromyalgie... (49) Actuellement, plusieurs centres de recherche évaluent l'efficacité de ces programmes pour de nouvelles prises en charge. À Caen, des études, dans le cadre de la Silver Santé Study, évaluent le bénéfice de la méditation pleine conscience dans la maladie d'Alzheimer et le vieillissement cérébral. À Strasbourg, on se concentre sur les bienfaits de la méditation pleine conscience associée à l'activité physique dans le cancer du sein.

Les **neurosciences** ont montré que la pratique régulière de la méditation pleine conscience induit des remaniements cérébraux avec une augmentation de la densité de matière grise dans les zones impliquées dans la régulation des émotions et de l'attention (activation du cortex cingulaire antérieur, du cortex insulaire et du cortex préfrontal). Par ailleurs, on observe une diminution de l'activité de l'amygdale responsable des phénomènes de peur et d'anxiété (50). Au niveau moléculaire, la dopamine et la mélatonine augmentent, l'activité de la sérotonine est modulée et le cortisol ainsi que la noradrénaline diminuent (51).

2.5.2. CONTRE-INDICATIONS

Les **contre-indications** majeures à la pratique de la méditation de pleine conscience sont le syndrome dépressif aigu non traité, avec présence d'idées suicidaires, et les comorbidités psychiatriques aiguës non traitées (troubles addictifs, troubles psychotiques, troubles de panique,

troubles bipolaires). Ces contre-indications sont relatives. Ces patients doivent être pris en charge avec précaution par un spécialiste.

2.5.3. EFFETS INDÉSIRABLES

Une étude multicentrique en 2017 a permis de se questionner sur les **effets indésirables** de la méditation pleine conscience. 25,4 % des participants ont rapporté des effets indésirables avec une sévérité variant considérablement, souvent transitoire dont 41,3 % en pratique individuelle. Les principaux effets secondaires sont les symptômes d'anxiété (y compris les attaques de panique), de dépersonnalisation et de déréalisation (51).

En 2020, une revue de littérature complète ces résultats. Il a été constaté que la survenue d'effets indésirables pendant ou après les pratiques de méditation a une prévalence totale de 8,3 %. Toutefois, au regard des différentes études, les résultats varient. Ce sont des symptômes dépressifs, des symptômes d'anxiété, des symptômes psychotiques comme la dépersonnalisation ou la dissociation, des expériences de reviviscence, des idées suicidaires, des douleurs abdominales et des troubles digestifs. Ces effets indésirables peuvent survenir chez des personnes sans antécédents de problèmes de santé mentale (52).

2.6. DÉFIS D'INTÉGRATION EN MÉDECINE GÉNÉRALE

2.6.1. FORMATIONS HÉTÉROGÈNES

Il existe à ce jour un nombre croissant et hétérogène de formations en France. Les formations sont donc dépendantes de la qualité de l'instructeur et de la signification que l'on veut attribuer à cet enseignement. Elles sont en général longues et nécessitent une implication personnelle profonde. Malheureusement, le statut de thérapeute en méditation pleine conscience n'est pas réglementé et concerne ainsi des praticiens aux qualifications fort différentes.

On décrit les formations les plus anciennes issues des traditions religieuses auxquelles on ne s'intéresse pas dans cette recherche. Des associations ainsi que des organismes de formations agréés sont actuellement présents sur le marché. Certaines sont réservées aux professionnels de santé, et d'autres sont accessibles à un public plus large.

On compte **des organismes privés réalisant des formations ouvertes à tout public**. Ces informations ne sont pas exhaustives.

Par exemple, il existe depuis 2009 l'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM) qui regroupe des instructeurs formés à l'enseignement des programmes MBSR, MBCT. Elle a pour vocation de favoriser la diffusion de la méditation de Pleine Conscience dans un cadre laïque au service de la qualité de vie et de l'épanouissement humain. Ces formateurs sont de tous les horizons professionnels de la santé ou non (53). À Strasbourg, on peut citer L'Institut Français Pleine Conscience Mindfulness (IFPCM) fondé par le Dr Jean-Gérard Bloch, rhumatologue et professeur conventionné de l'université de Strasbourg (54).

Il existe également quelques organismes de formation privés **spécifiques aux professionnels de santé**. Par exemple, l'Institut de Formation aux Thérapies Basées sur Mindfulness Mindful France

dirigé par Dr François Bourgognon qui a fermé en 2022, ou le Groupe d'Enseignement Médical Agréé (GEMA), qui a proposé des sessions approfondies sur de la méditation pleine conscience (55).

La méditation pleine conscience est reconnue comme une discipline universitaire depuis 2012 où l'on assiste à la création du premier diplôme universitaire à Paris et à Strasbourg. Ensuite, plusieurs diplômes universitaires ont vu le jour.

L'offre de formation continue de s'enrichir grâce à l'introduction de nouveaux modules dans les organismes de formations privés et dans différentes universités. Une liste non-exhaustive de diplômes universitaires sur la méditation pleine conscience est disponible en Annexe 3.

2.6.2. DIFFICULTÉS LIÉES À L'EXERCICE ET AU FORMAT

Actuellement, les médecins généralistes sont dans des situations de tension entre l'offre et la demande de soins. Les contraintes de temps sont omniprésentes dans leur exercice. Selon la DRESS, 80 % des médecins généralistes déclarent avoir des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Ils ont une charge de travail considérable devant la diminution de l'effectif des médecins sur le territoire et l'augmentation de la charge administrative. Ils sont amenés à modifier et à adapter leur organisation et certaines de leurs pratiques. Plus de la majorité des médecins allongent leur journée de travail, ou rognent sur le temps de formation professionnelle (56).

En médecine générale, la consultation dure en moyenne 16 minutes (57). Le travail prioritaire est donc l'urgence et l'aigu. De plus, les patients se présentent souvent en consultation avec plusieurs demandes qu'il est difficile d'approfondir lors d'une même consultation. Les demandes d'aide

psychologique sont souvent comprises par les médecins généralistes à travers leur rapport au somatique. Or la prise en charge psychologique demande un temps spécifique. Enfin, la relation médecin-patient est singulière, parfois multiple quand le patient a un accompagnant, mais ne se présente jamais sous forme d'un groupe.

Face à ces difficultés, l'intégration de la méditation pleine conscience en médecine générale est à plus forte raison un challenge. Le format de MBSR comprend des séances d'environ deux heures et demie toutes les semaines pendant 8 semaines nécessitant un aménagement supplémentaire des plannings des médecins généralistes. La pratique de groupe est une nouvelle entité dans la relation médecin-patient demandant une adaptation. Enfin, une organisation de l'espace sera essentielle pour accueillir ce groupe de patient.

Conclusion :

La méditation pleine conscience prend ses origines dans le bouddhisme et la philosophie. Elle a été adaptée à des fins psychothérapeutiques en Occident, définissant la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Les médecins généralistes reconnaissent les avantages de la méditation pleine conscience : un large éventail d'indications avec peu d'effets indésirables. Les enjeux sont une formation hétérogène à la méditation et un format difficile à appliquer en cabinet. Malgré ça, de plus en plus de médecins généralistes cherchent des moyens pour l'incorporer dans leur pratique afin d'offrir des soins plus holistiques à leurs patients. Ainsi, nous nous sommes demandés comment les médecins généralistes utilisaient en pratique cet outil en cabinet.

PARTIE 3 : MATÉRIEL & MÉTHODE

3.1. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Nous avons constaté que la méditation pleine conscience était utilisée à des fins thérapeutiques en cabinet de médecine générale. Nous avons effectué des recherches bibliographiques pour mieux comprendre le sujet et l'état actuel des connaissances. L'élaboration d'un journal de bord manuscrit nous a permis de reporter au mieux ces étapes.

La majorité des études sur la méditation pleine conscience en médecine générale se porte sur les effets de cette pratique dans une population donnée (par exemple les médecins, les personnes âgées) ou pour une pathologie donnée (par exemple la fibromyalgie, les troubles bipolaires).

À ce jour, aucune étude qualitative ne s'est attardée sur la mise en pratique de la méditation pleine conscience en médecine générale.

En juillet 2020, l'enquêtrice a échangé avec le Dr Jean Gérard Bloch, rhumatologue, responsable du Diplôme Universitaire Méditation et Neurosciences à Strasbourg. Elle n'a pas été retenue pour participer à son enseignement. Elle a eu recours à une de ces formations privées, expérientielles de type cycle MBSR en novembre 2020 à l'Institut Français de Pleine Conscience – Mindfulness (54).

Elle a également suivi une formation médicale intitulée «Initiation / Programme MBI Mindful-France» organisée par Mindful France dirigée par Dr François Bourgognon, psychiatre, en janvier et février 2021.

En mai 2021, elle a échangé avec le Dr Caroline Roeser, psychiatre et enseignante dans le domaine de la méditation pleine conscience à Strasbourg.

Ces étapes de documentation, d'observations et d'expérimentation ont permis l'élaboration d'une problématique et d'objectifs.

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les ressentis, représentations et vécus des médecins généralistes vis à vis de la méditation pleine conscience pour comprendre leur mise en application en cabinet de médecine générale.

Les objectifs secondaires sont de comprendre le profil des médecins engagés dans cette pratique et de clarifier les problématiques du terrain pour améliorer la mise en pratique de la méditation pleine conscience en cabinet.

3.2. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une enquête **qualitative**, réalisée par entretiens individuels semi-dirigés selon un guide d'entretien préétabli.

Les études qualitatives sont issues des sciences humaines et sociales. C'est une méthode inductive et non-hypothético-déductive, c'est-à-dire qu'elle se base sur les faits, les données brutes réelles et observables, pour aller vers l'explication de celles-ci. Les études qualitatives ne visent pas à mesurer, mais à comprendre un phénomène. La démarche est interprétative. Nous avons choisi l'approche par **analyse interprétative phénoménologique**.

L'utilisation du livre *Initiation à la recherche qualitative en santé Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire* a été d'une grande aide (58).

3.3. POPULATION CIBLE & ÉCHANTILLON

- **Échantillonnage :**

Nous avons orienté nos recherches sur des médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine. L'échantillonnage est homogène quant au phénomène étudié (pratique de la méditation pleine conscience en cabinet de médecine générale) mais diversifié par ailleurs : âge, sexe, type d'exercice. Nous avons fixé à l'avance les critères d'inclusion et d'exclusion. Les critères d'inclusion sont les médecins pratiquant la méditation pleine conscience à but thérapeutique, installés en cabinet de médecine générale. Le critère d'exclusion est une formation insuffisante : c'est à dire qu'il est nécessaire que le médecin ait bénéficié d'une formation agréée (au moins 3 journées de formation et un cycle MBSR). Ce critère d'exclusion a été décidé grâce aux entretiens préalables avec les experts. Comme vu en première partie, la méditation pleine conscience est un champ très vaste et nous avons rencontré des supposés sachants qui ne semblaient pas appréhender l'ensemble du concept. Le critère d'exclusion permet d'écarter les médecins n'ayant qu'une connaissance partielle du phénomène et une application limitée.

- **Recrutement :**

Nous nous sommes donc renseignés auprès de l'Ordre des médecins. Celui-ci ne dénombre pas les médecins pratiquant la méditation pleine conscience. Les organismes de formation privés et universitaires n'ont pas souhaité transmettre d'informations pour le recrutement de médecins généralistes formés.

Ainsi, les médecins généralistes ont principalement été sélectionnés par recherche internet. Les sites ADM (53), Mindful France possèdent un annuaire des praticiens où nous avons choisi les médecins généralistes. L'aide de médecins interrogés connaissant des confrères intéressés a permis

d'augmenter le recrutement. Nous avons utilisé le moteur de recherche Google. L'exploration a été réalisée avec les mots "méditation", "mindfulness", "médecin généraliste". Nous avons aussi utilisé la plateforme de Facebook (Divan des médecins) et écrit en privé à chaque médecin ayant formulé un commentaire incluant les mots "méditation" et "mindfulness" sur cette page. Nous avons ainsi sélectionné les médecins généralistes libéraux. En dernier lieu et devant un échantillon de praticiens participant à l'étude de plus de 50 ans, nous avons contacté les médecins généralistes ayant soutenu une thèse sur ce thème dans les cinq années précédentes.

Plusieurs médecins de la population cible sont restés injoignables ou sans réponse malgré nos sollicitations. Nous avons eu seulement un refus par manque de temps.

Les médecins généralistes ont été contactés principalement par téléphone et par mail. Après un retour positif de leur part, nous leur avons adressé par mail une fiche d'information et une fiche de consentement. Ces documents sont disponibles en annexe 4. Nous avons convenu d'un rendez-vous pour cet entretien. L'effectif des médecins interrogés n'a pas été défini à l'avance.

3.4. RECUEIL DES DONNÉES

Avant son inclusion dans l'étude, c'est-à-dire en préliminaire de chaque entretien, l'investigatrice s'est assurée que les informations sur l'étude ont bien été comprises. Le consentement écrit des participants a été demandé. Chaque participant a été libre de refuser sa participation à l'étude et a pu retirer son consentement à tout moment et ce, quelle qu'en soit la raison, sans responsabilité ni préjudice.

Dans la mesure du possible, les entretiens se sont déroulés en face-à-face dans le cabinet du médecin généraliste. Au vu de la pandémie de COVID-19 et du recrutement dans l'ensemble de la

France, certains entretiens se sont déroulés en visioconférence ou par téléphone. Les participants, après accord, étaient informés du démarrage de l'enregistrement ainsi que de l'anonymisation de leur discours. Les entretiens ont été enregistrés par le dictaphone de l'ordinateur.

Parallèlement à l'entretien, quelques notes ont été prises sur l'attitude du médecin interrogé et l'atmosphère globale de l'entretien sur un cahier de terrain.

Le recueil des données a été effectué par **entretiens individuels semi-dirigés**. Les entretiens individuels permettent une liberté de parole du médecin interrogé. L'entretien semi-dirigé permet une souplesse de l'entretien, mais aussi une focalisation et un recentrage sur le sujet et la problématique.

L'investigatrice a suivi son **guide d'entretien** créé à partir des recherches bibliographiques, et de réflexions sur la problématique. Il a regroupé plusieurs thématiques : connaître le praticien, connaître son cadre médical, sa pratique de la méditation pleine conscience en cabinet, l'évolution de ses pratiques, ses limites et perspectives. Ce guide d'entretien a été réévalué et modifié après chaque entretien et a donc évolué tout au long de l'étude. Il a été testé avec notre directrice de thèse puis utilisé dans chaque entretien. Il n'a pas été transmis au participant. Ce guide est disponible en Annexe 5.

Nous avons réalisé un **questionnaire de caractérisation socio-démographique** rempli en fin d'entretien avec le médecin interrogé : l'année de naissance, le sexe, le lieu d'exercice, le type d'activité, le début de la pratique personnelle et le début de la pratique thérapeutique, spécificités de l'exercice.

Les procédures **d'anonymat** ont été réalisées. L'intégralité des entretiens a été **retranscrite** par l'enquêteur au format WORD sans modification grammaticale, ni reformulation. L'entretien retranscrit a été envoyé au médecin généraliste pour commentaires et/ou corrections.

Le recueil des données a eu lieu jusqu'à saturation des données, défini par le moment où chaque nouvel entretien qualitatif ne produit que des données déjà découvertes auparavant. Avant d'arrêter le recueil, la saturation des données a été confirmée par deux entretiens supplémentaires.

3.5. ANALYSE DES DONNÉES

À partir des éléments recueillis au cours des entretiens, les données ont été codées à la main par l'enquêteur au moyen de mots-clés. Les analyses ont été effectuées au fur et à mesure des entretiens. Les idées clés ont été identifiées puis regroupées afin de générer différentes catégories et des explications permettant de procéder à une analyse constructive et interprétative. Nous avons utilisé la fonctionnalité commentaire pour ajouter la catégorisation à chaque *verbatim*. Cette catégorisation a permis de dessiner un **arbre de codage**. Une relecture et une nouvelle analyse comparative ont été réalisées à la fin de l'ensemble des entretiens.

Les entretiens ont été analysés indépendamment par un autre médecin généraliste et une personne n'appartenant pas à la profession médicale pour confronter les résultats.

3.6. CADRE ÉTHIQUE ET JURIDIQUE

Cette étude non-interventionnelle s'intéresse au vécu de médecins généralistes. Les données ont été entièrement anonymisées. Concernant les démarches réglementaires, cette recherche ne nécessite pas l'avis du comité d'éthique. Un accord préalable avait été demandé au Comité

d'éthique de recherche de l'université de Strasbourg en date du 14/06/2021. Il décrit l'ensemble du projet avec une attention particulière sur les bénéfices et les risques liés à l'étude ainsi que la confidentialité et la sécurité des données. La soumission du protocole au Comité de Protection des Personnes (CPP) n'a pas été requise. La Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a donné son accord de recherche le 13 juillet 2021 sous le numéro 545. Celui-ci est disponible en Annexe 5.

<p style="text-align: center;"><u>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Caractéristiques personnelles Enquêteur et animatrice : Marion TRANCHANT a mené des entretiens individuels Titre académique : Médecin généraliste Activité d'interne et médecin généraliste remplaçant Formation de médecine générale, Cycle MBSR, Formation médicale Initiation/ Programme MBI Écriture d'un journal de bord • Relations avec les participants Pas de relation avec les participants avant le début de l'étude à l'exception d'un participant Connaissance des participants au sujet de l'étude : cf fiche info en annexe Aucun biais signalé
<p style="text-align: center;"><u>Domaine 2 : Conception de l'étude</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cadre théorique Analyse par théorie phénoménologique interprétative • Sélection des participants Échantillonnage dirigé homogène Prise de contact par téléphone et mail Nombre de participants inclus décidé à la saturation des données Non-participation : 1 personne par manque de temps • Contexte Données recueillies sur le lieu de travail, si possible Présence d'aucune autre personne outre participant et chercheur • Recueil des données Guide d'entretien testé au préalable, non fourni aux participants Entretiens semi-dirigés avec thèmes identifiés à l'avance Enregistrement par dictaphone pendant le recueil des données Cahier de terrain : notes de terrain prise pendant et après l'entretien individuel Durée des entretiens : 20 min à 90 min Retour des retranscriptions aux participants pour commentaires et/ou corrections
<p style="text-align: center;"><u>Domaine 3 : Analyse et résultats</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Analyse des données Seuil de saturation élaboré avec directrice de thèse : 12 personnes Descriptif des caractéristiques de l'échantillon : cf tableau Trois personnes codant les données : Marion TRANCHANT, Autre médecin généraliste, Personnel non-médical Description de l'arbre de codages réalisé Aucun logiciel utilisé, analyse à la main Pas de retour sur les résultats • Rédaction Citations présentées identifiées Cohérence des données et des résultats Thèmes principaux présentés Thèmes secondaires décrits ou dans la discussion

**Figure 2 : Grille des caractéristiques de l'étude d'après les recommandations COREQ
(Consolidated criteria for reporting qualitative research)**

PARTIE 4 : RÉSULTATS

4.1. DESCRIPTION DE LA POPULATION

DOCTEUR	ÂGE	SEXE	TEMPS D'ENTRETIEN	POPULATION	TYPE D'EXERCICE	PRATIQUE PERSONNELLE DE LA MPC	PRATIQUE MÉDICALE DE LA MPC	DÉLAI ENTRE PRATIQUE PERSONNELLE ET MÉDICALE	AUTRES COMPÉTENCES
Dr A	56 A	M	26 min	Urbaine	Association de de MG Secteur 1	2010	2015	5 A	Micronutrition Médecin du sport
Dr B	68 A	M	58 min	Rurale	Association de MG Secteur 1	1985	2009	24 A	-
Dr C	55 A	F	60 min	Semi-Rurale	Association pluridisciplinaire Secteur 1	2019	2019	0 A	Hypnose
Dr D	33 A	F	48 min	Urbaine	Association MG Secteur 1	2015	2018	3 A	Pédiatrie
Dr E	65 A	M	73 min	Urbaine	Association pluridisciplinaire Secteur 1	2019	2019	0 A	Psychothérapie multiple
Dr F	61 A	F	70 min	Urbaine	Exercice Individuel Secteur 1	2011	2012	1 A	Douloureux chroniques Psychothérapie
Dr G	63 A	M	26 min	Urbaine	Association pluridisciplinaire Secteur 1	2001	2018	17 A	-
Dr H	34 A	F	30 min	Urbaine	Association MG Secteur 1	2015	2017	2 A	Ostéopathie Médecine du sport
Dr I	56 A	F	72 min	Urbaine	Exercice Individuel Secteur 2	1990	2015	25 A	Sophrologue Homéopathie
Dr J	62 A	M	90 min	Urbaine	Association MG Secteur 1	2012	2012	0 A	Hypnose
Dr K	36 A	M	20 min	Rurale	Association MG Secteur 1	2013	2021	9A	-
Dr L	63 A	F	60 min	Urbaine	Association MG Secteur 1	2011	2012	1 A	Hypnose

Figure 3 : Tableau des principales caractéristiques des participants

Le recueil des données a été réalisé entre septembre 2021 et juillet 2022 par l'enquêteur. L'effectif nécessaire a été obtenu au moment de la saturation des données. Elle a été atteinte à 10 entretiens et confirmée par deux entretiens supplémentaires. L'entretien le plus court a duré 20 minutes et l'entretien le plus long 90 minutes. La durée moyenne des entretiens était de 52 minutes et la durée médiane était de 59 minutes. Afin de respecter l'anonymat des participants ceux-ci ont été identifiés de «Dr A» à «Dr L».

L'échantillon est composé d'autant de femmes que d'hommes. La majorité des médecins ont plus de 55 ans, avec une médiane à 58 ans. Ils exercent principalement en secteur 1, dans un cabinet en association de médecins généralistes, dans des milieux urbains.

Le temps de pratique personnelle avant la pratique médicale se comptait en année avec une moyenne à 7 ans. Pour le plus grand nombre, les médecins interrogés ont une pratique médicale égale ou inférieure à 3 ans après une pratique personnelle. Pour trois médecins, la pratique s'est déroulée à titre personnel pendant plus de 15 ans avant l'application en cabinet de médecine générale. Les autres compétences des médecins sont variées, avec une tendance vers la médecine intégrative.

4.2. ANALYSE DES DONNÉES

4.2.1. POURQUOI APPLIQUER LA MÉDITATION : LES FORMATIONS

4.2.1.1. Motivations décrites à la formation de la méditation permettant un engagement

Aujourd'hui, un certain nombre de médecins ont eu l'opportunité de s'informer ou de suivre une formation médicale continue sur la méditation pleine conscience. Nous nous sommes demandés pourquoi certains médecins ont eu la volonté d'approfondir cet apprentissage.

- **Vision d'une médecine globale et intégrative**

Les médecins généralistes interrogés accordent une grande importance à la médecine globale (a contrario avec les spécialistes). Ils sont au carrefour de soins intégrant le corps, l'esprit et l'environnement. Ils ont une approche scientifique validée, centrée sur le patient avec une vision pluridisciplinaire et humaniste.

"[La méditation pleine conscience en médecine générale], je pense qu'effectivement ça peut faire partie d'une prise en charge globale" Dr F

"Notre rôle, c'est de soigner les corps mais aussi de faire cheminer la pensée à travers un suivi médical, parce que c'est ça aussi l'intérêt de la médecine générale. " Dr E

"Ce n'est pas mon concept de la médecine, je ne peux pas réduire ma consultation à angine-ordonnance. Enfin, je sais que je peux bien sûr, mais je ne peux pas. Je pourrai mais je ne peux pas. En consultation, on aura contacté la personne dans sa dimension affective, émotionnelle, ses épreuves de vie etc.." Dr I

"En France, on est très marqué par la pensée cartésienne, le corps d'un côté et l'esprit de l'autre. Mais il faut sortir de ça !" Dr B

"On connaissait ça avant. Les médecins n'avaient pas beaucoup d'outils thérapeutiques efficaces et ils soignaient quand même les gens. Ils étaient reconnus comme soignants parce qu'il y avait cette présence, ils faisaient partie de la famille etc... et dans les fermes. Et ça maintenant, peut-être qu'on peut le redécouvrir à travers ces approches [...]"

Et ce n'est pas antinomique : je pense vraiment que ce sont des choses très complémentaires et qu'on est en train de redécouvrir quelque chose qui fait que le médecin est thérapeute.” Dr E

- **Attrait aux formations de psychothérapies**

On note une volonté de se perfectionner dans son métier et de développer des compétences supplémentaires pour mieux répondre aux attentes des patients. Les médecins interrogés présentent un bagage important en psychothérapie.

“Je suis quelqu'un qui s'intéresse beaucoup au psychosomatique. [...] Je me suis toujours intéressé à la psychologie, voire à la psychiatrie. À la fin de mes études, je me suis interrogé pour savoir si j'allais m'installer comme psychiatre ou comme généraliste. [...] Mais toujours avec un intérêt marqué pour la psychiatrie.” Dr B

“C'est des patients que j'avais suivis et avec qui je poursuis en psychothérapie de soutien plutôt. [...] Et j'ai marqué justement sur ma plaque et sur mon ordonnance : psychologie médicale, puisque j'ai cette formation. “ Dr E

“On n'est pas des prescripteurs, on est des thérapeutes [...] L'acte de soin est plus riche que ça. Mais on a tellement été déformé que bien soigner c'est prescrire, mais soigner ce n'est pas que prescrire.” Dr A

“Je me suis beaucoup intéressé aux psychothérapies et autres. Donc j'avais fait une formation justement à Strasbourg en psychothérapie psychocorporelle. J'ai aussi fait un DIU de pathologies neurofonctionnelles [...]. J'ai aussi fait une formation sur le Gestalt qui a duré deux ans. [...] J'ai fait l'ACT thérapie, mais là j'ai jamais vraiment validé.” Dr F

“Quand j'ai fait ma médecine, je m'intéressais beaucoup aux histoires de psychothérapie” Dr L

- **Manque d'approfondissement pendant le cursus**

Les médecins nourrissent une curiosité inassouvie pendant leurs études. Pendant les études, une grande importance est accordée à l'apprentissage du corps humain et des pathologies, tandis que la psychologie, la communication et la pratique sont moins approfondies.

“Je pense que ce n'est pas sur les bancs de la fac, ce n'était pas, il y a déjà trente ans et je ne pense pas que ce se soit arrangé, que j'ai appris à écouter. Je l'ai trouvé ailleurs. “ Dr I

“La médecine qu'on nous enseigne, c'est uniquement le corporel et les psychiatres ne s'occupent pas du tout du corps, on est très scindé [...] La méditation permet de s'unifier ” Dr F

“C'est-à-dire qu'en formation, on est resté dans beaucoup de technique et on a oublié le patient” Dr E

“Je pense que ça ne fait pas partie de notre initiation, ça ne fait pas partie de nos études clairement. Et d'ailleurs rien ne fait partie de nos études dans tout ce qui est thérapies non-médicamenteuses type sophrologie, hypnose, c'est plus des fois dans les formations continues des médecins déjà installés je dirais.[...] Enfin si ça peut permettre d'éviter l'anxiolytique de base et participer au mieux-être ou la prévention du bien-être plutôt que de toujours avoir ce problème d'anxiété dans la société, c'est vraiment un problème de santé publique pour moi, donc ça devrait être mis un peu partout. De plus en plus dans la qualité de vie au travail, tout ça, ils le proposent. Mais je pense que ça pourrait déjà être fait dans la vie scolaire et puis nous par contre, en tant que professionnels de santé, on devrait y être plus sensibilisés.” Dr D

“J'avais l'impression que nous, notre enseignement, en tout cas en médecine générale à Nancy, on n'avait aucune notion de communication, de gestion du patient. C'était on apprend à gérer un diabète, à gérer des pathologies mais toute cette représentation du patient, on n'avait pas. Et c'était un peu sur un modèle paternaliste : c'est le médecin qui détient toutes les informations et c'est le patient qui exécute ce qu'on lui dit de faire. En fait, en pratique, ça ne se passe pas comme ça ! [Rires] [...] Moi on m'avait appris : tu as des connaissances et le patient, il fait ce que tu lui dis de faire, voilà basta. Bah non, ça ne marche pas comme ça. Ça ne marche pas du tout ! Et en fait là-dedans, on se retrouve un peu face à un mur parce qu'on patauge.” Dr H

“En tant que médecin généraliste, on voit qu'en sortant de la faculté, on nous a donné que des connaissances théoriques, qui sont très bien et qui sont notre base. Mais en pratique, quand moi je suis avec des patients qui ne comprennent pas le français, qui mangent n'importe comment, et qui ont un diabète, je ne peux pas leur donner les explications comme à la fac. Il y aurait une incompatibilité. Je dirais que nous, les généralistes, on a la chance et la possibilité d'avoir les mains dans le cambouis et d'être dans la vraie vérité. On voit des gens qui mangent ce qu'ils mangent et qui ne mangent pas dans des lits d'hôpitaux. On est à l'interface entre le patient et ce que j'appelle les cases hospitalières où la médecine est tout à fait théorique.” Dr L

- **Perceptions de souffrances : professionnelles et personnelles**

Les médecins sont les témoins quotidiens de souffrances de par leur exercice et subissent eux-mêmes des souffrances personnelles. On observe une vulnérabilité à l'épuisement professionnel dans le personnel soignant.

La consultation de médecine générale est un lieu de confession. Les médecins sont quotidiennement en contact avec la maladie, la douleur, l'anxiété, la souffrance et la mort. Dans l'objectif d'une prise en charge globale, ils sont particulièrement sensibles à cette détresse physique et morale. Les patients subissent des problèmes de santé mais, aussi de l'isolement, de la maltraitance, des problèmes financiers, des problèmes familiaux, des problèmes au travail... La composante psycho-sociale est importante. Cet état a été majoré par la pandémie de la COVID-19.

On peut citer quelques témoignages :

“Les fibromyalgiques c'est bien gentil de les écouter, mais des fois ça use aussi !” Dr F

“J'ai beaucoup de gens que je suis depuis très longtemps, qui ont des épisodes de souffrance morale liés à des deuils, des difficultés au travail, des conflits, des choix importants à faire, des difficultés relationnelles. Et ce sont des gens pas dingues du tout... Et j'étais heureuse d'avoir un outil pour les aider parce que jusque-là je les voyais souffrir, je les sentais souffrir et je n'avais rien à faire pour les aider...” Dr L

“Je me suis rendue compte que durant les consultations, je ne sais plus exactement à combien de pourcentages, mais au moins deux consultations sur trois, les patients évoquent un stress, des troubles du sommeil, une anxiété très généralisée parfois, voire des syndromes dépressifs. Et finalement, je ne savais pas bien comment les aider au départ, pendant mon internat. “ Dr D

Les médecins sont aussi soumis à des exigences professionnelles importantes. Le temps de travail est élevé avec un stress constant. Les difficultés organisationnelles sont de plus en plus nombreuses en raison d'une surcharge administrative et d'une diminution des marges de manœuvre. Le sens du devoir et la responsabilité médico-légale sont considérables avec une constante augmentation du nombre de procès. Il existe un épuisement physique et psychologique. Le surmenage est donc

fréquent. Les médecins souffrent également d'un manque de reconnaissance de leur travail. L'épuisement professionnel se traduit par le surmenage, la déshumanisation, et/ ou la perte de sens. La limite entre l'espace professionnel et l'espace privé apparaît de plus en plus fine.

La pratique médicale est comparée par l'un des médecins à un *sacerdoce* c'est-à-dire une fonction qui présente un caractère quasi-religieux en raison du dévouement qu'elle exige.

“Oui, autrement je vivais dans le sacerdoce comme beaucoup ! C'est vrai que mon métier je l'aime ! J'aime les gens mais ça peut gonfler aussi. “ Dr E

Les soignants sont une population plus vulnérable particulièrement sujette aux divorces, conduites addictives, syndromes dépressifs, et avec un accès à des substances potentiellement létales qui viennent assombrir le tableau.

Nous avons sélectionné quelques témoignages illustrant ces propos :

“Je ne suis pas franchement dépressive ou autre, mais j'ai eu une vie un peu compliquée avec un divorce compliqué avec les enfants “ Dr F

“C'est un métier qui est lourd émotionnellement. [...] L'anxiété, un coup de déprime, dépassé par le travail, etc ... Vous savez, arrivés à un certain âge, on y est tous passés hein... “ Dr E

“J'étais en burn-out, je voyais 60 personnes par jour, et puis ça ne s'arrêtait jamais [...]Moi je l'ai vécu, j'ai poussé... Je rentrais le soir, je n'arrivais même plus à parler, ça allait jusque-là, c'était délirant... [...] Et puis voilà, surtout en médecine générale, c'est parfois très compliqué. Vous savez, vous avez le SAMU sur les bras qui va arriver, vous avez la patiente qui fait une embolie pulmonaire, ils vous envoient les pompiers, et dans la salle d'attente à côté, les patients qui disent que le rendez-vous est dépassé depuis 45 minutes et qu'ils doivent chercher les gamins, que c'est inacceptable, vous voyez il y a ce genre de trucs à gérer quand même. Et vous avez beau leur expliquer que vous êtes pris là par une urgence, chacun voit son monde à sa porte. Il faut poser tout ça sans s'énerver, sans péter un câble, on sait qu'on va rentrer très tard chez soi le soir. [...] Encore aujourd'hui, j'ai des confrères qui pètent des câbles. Quand on a un patient particulièrement difficile, on en rencontre tout le temps, avec des attentes qu'on ne peut pas satisfaire, des demandes abusives, au bout d'un moment on pète des câbles, ça se termine très mal, et puis après pour reprendre

une consultation derrière c'est très compliqué de revenir à quelque chose d'apaisé. J'ai un confrère qui a foutu tout le monde dehors en disant : c'est fini, je ne peux pas continuer. Il a fermé. C'était mon associé. Il n'en pouvait plus. Bah moi, maintenant si c'est le cas je me prends 5 minutes pour méditer un peu et le soufflé va retomber, je vais pouvoir reprendre ma consultation de manière plus apaisée.” Dr G

“Après un semi burn-out, il y a une bonne dizaine d'années, j'ai participé à un cours MBSR [...] à titre personnel, pas du tout à titre professionnel. Et puis ensuite, j'ai souhaité m'engager un peu plus dans cette voie-là, et voir si, dans le cadre professionnel il y avait moyen d'implémenter tout ça” Dr A

“J'ai commencé de façon personnelle. J'ai commencé à en faire parce que mes études et mon internat étaient compliqués, stressants je dirais. Ça m'a permis un peu de me recentrer et de prendre un peu de recul là-dessus. [...] Enfin je pense que de toute façon, tout mon internat ce n'est pas des bons souvenirs. C'est pour ça que je me suis un peu réfugiée là-dedans !” Dr D

“Et après, au fur à mesure de mon internat, comme tout le monde, on vit des gardes avec des morts, enfin des trucs un peu complexes. Et la méditation ça aide !” Dr H

- **Manque d'accès aux spécialistes**

Les médecins généralistes installés se plaignent de difficultés d'adressage aux spécialistes de santé mentale. La méditation répond à des difficultés de prise en charge des patients souffrant de syndromes anxio-dépressifs, troubles du sommeil, douleurs chroniques. Les médecins ont décidé de se former pour faire face à la détresse des patients, aux problèmes de délai d'adressage vers les psychiatres et aux problèmes financiers des psychologues.

“C'est tout un problème pour trouver des psychiatres [...] d'où le fait que je me suis lancé un petit peu dans la psychothérapie parce que bon, je pense qu'il y a un problème” Dr F

“Trouver un psychiatre c'était impossible, donc j'ai moi-même mis en place des traitements. [Les psychiatres] Ils ne sont pas nombreux et non disponibles” Dr B

“Les psychiatres, il n'y en a pas tellement et puis ils ne sont pas forcément tous très bons en termes d'écoute. Mais il y en a certains qui ont une formation analytique et qui ont ces approches-là. [...] Alors par rapport aux psychologues,

je dirais que je fais un peu la même chose. Mais il y a quand même une différence, les patients sont remboursés.” Dr E

“Le psychologue, c'est toujours le problème de l'accès par le patient, ça va être financier” Dr H

“De nos jours, sachant la difficulté de trouver un psychiatre ou un psychothérapeute, je suis contente d'apporter aussi une aide à mes patients, même ceux avec les minima sociaux.” Dr L

De plus, il n'est pas encore dans les mœurs d'accepter de consulter les psychologues et les psychiatres. Ces praticiens sont vus comme très spécialisés en psychiatrie aigüe. Les patients se confient aux médecins en premier recours.

“Les patients nous ont choisis et si on leur dit, allez voir ailleurs, aller voir un psychiatre ou un psychologue, ils ont l'impression d'être rejetés ! [...] Les patients peuvent savoir comment nous utiliser à partir du moment où on propose quelque chose de manière presque implicite je dirais. C'est les patients qui choisissent finalement.” Dr E

“Mais pareil, [...] la stigmatisation d'aller voir un psychologue... Donc je pense que le médecin traitant à sa place là-dedans mais on ne peut pas tout faire quoi !” Dr H

*“Je trouve que les patients plus jeunes ont moins la connotation péjorative de il faut que j'aille voir un psychologue....”
Dr D*

- **Atout personnel initial**

Le manque d'accès aux spécialistes, la volonté de répondre à cette détresse poussent les médecins généralistes à se former aux psychothérapies et en particulier à la méditation pleine conscience. Cette formation se révèle être un atout personnel important avant d'être utilisée comme outil professionnel. On observe qu'une partie des médecins interrogés s'est formé à la méditation pleine conscience initialement à titre personnel. Ils expérimentent cet outil pour eux-mêmes et dans un deuxième temps, ils l'exploitent pour leurs patients. Les médecins deviennent expérimentateurs des pratiques qu'ils délivrent à leurs patients.

“J'en faisais pour moi et je l'utilisais pour moi au départ” Dr F

“J’ai commencé la méditation dans les années 1985, à titre personnel. J’ai d’abord assez longtemps pratiqué dans le cadre du bouddhisme zen.” Dr B

“Mais quand je l’ai fait, c’était pour moi bien sûr, j’ai appris à méditer et ça c’était fabuleux quoi.” Dr I

*“L’humain, ça s’approche d’abord par un travail personnel, en tant que thérapeute on doit faire un travail sur nous.”
Dr E*

“C’est mon parcours personnel qui m’a emmené là. J’étais intéressé beaucoup par la méditation pleine conscience, un peu moins maintenant en termes de pratique professionnelle.” Dr A

“Je me suis dit, pourquoi pas finalement appliquer la technique que j’utilise pour moi, pour les patients” Dr D

“Moi en fait, c’est parti d’une expérience personnelle.” Dr H

*“J’ai pratiqué la méditation pleine conscience dans le cadre de mon internat qui était difficile. Je me suis senti débordé. À Tours, ils nous ont recommandé une bonne hygiène de vie avec notamment la méditation pleine conscience”
Dr K*

4.2.1.2. Perceptions de l’enseignement reçu de la méditation pleine conscience

L’application de méditation pleine conscience est conditionnée par l’enseignement reçu. Nous nous sommes demandé comment les médecins généralistes ont-ils perçu leur enseignement sur la méditation ? Qu’est-ce qui leur a permis d’être à l’aise pour l’utiliser en consultation ? Les médecins vont reproduire ce qui leur a été enseigné.

Les médecins généralistes interrogés se sont formés en plusieurs étapes.

Dans un premier temps, ils révèlent une **autoformation par la littérature**, notamment avec les ouvrages de **Jon Kabat Zinn** et **Christophe André**. Les publications scientifiques internationales permettent également d’accroître les connaissances.

“Le contenu est extrêmement intéressant parce qu’il synthétise, comme les livres de Christophe André, le contenu théorique de la méditation via Kabat Zinn” Dr I

“Oui bah, j'ai lu énormément, je pense qu'on démarre toujours par « Au cœur de la tourmente » de Jon Kabat Zinn !”

Dr D

“Alors on s'est mis à lire des bouquins de John Kabat Zinn, et par le fait qu'il y avait tout ce background scientifique de l'intérêt de la pratique de la méditation dans le domaine médical.” Dr B

Dans un second temps, les médecins généralistes interrogés ont eu à cœur d'approfondir leurs acquis par des **formations scientifiques rigoureuses**. Ils semblent avoir pris soin de se former de manière **laïque**. En effet, par notre formation initiale médicale, nous avons un sens critique aiguisé. Les médecins interrogés souhaitent un fondement cartésien pour une pratique médicale basée sur des preuves (EBM). Malgré la diversité des lieux de formation des médecins interrogés, la qualité de l'enseignement semble similaire et les compétences sont validées.

“Le côté rigoureux, scientifique et non-religieux de la formation qui m'intéressent bien” Dr F

“J'ai fait un Diplôme Universitaire donc je veux dire, a priori, je ne raconte pas de conneries sur le truc...” Dr A

“J'ai fait le programme MBSR qui est très structuré comme savent le faire les américains. Mais c'est ce qui a permis aussi autant d'études scientifiques puisqu'on a un programme qui est modélisé et donc reproductible. Je me suis formé par l'Association pour le Développement de la Méditation parce qu'elle était validée par le centre de formation de Mindfulness de Boston [...] et j'ai fait le Diplôme Universitaire du Dr Jean Gérard Bloch et du service de neuropsychiatrie.” Dr B

“Donc moi j'avais vraiment voulu faire une thèse très scientifique. Il y avait énormément de références, de publications, en disant c'est pas un truc spirituel quoi ! C'est pas des trucs de boubou ! C'est validé. Si c'est bien fait comme il faut, il n'y a pas de dérive sectaire et c'est quelque chose qui est validé avec des praticiens qui sont validés dans le domaine médical et il y a des résultats.” Dr H

Les formations sont perçues comme étant **de longue haleine** : elles sont approfondies, conséquentes et demandent un investissement profond de la part du médecin. Les formations durent au moins une année, elles demandent une pratique personnelle quotidienne, la rédaction d'un mémoire... La réalisation d'un mémoire sur l'intégration de la méditation dans la pratique clinique

pendant la formation a permis à plusieurs médecins de se lancer dans la pratique. Il a permis d'échanger et de surmonter les premières difficultés liées à la mise en place de la méditation en cabinet.

“Donc j'ai refait le premier cycle [de deux fois 4 jours] qui correspond à suivre le MBSR sur 8 semaines et à pratiquer chez soi etc. Et puis ensuite, j'ai enclenché la formation 2 avec l'ACT [de deux fois 4 jours] et puis pour valider le premier cycle il fallait faire un mémoire d'application” Dr F

“Une formation à l'université catholique de Louvain en Belgique IPPC (intervention psychologique basée sur la pleine conscience): c'est une formation en présentiel qui dure une petite semaine à Louvain et ensuite on a fait du travail, à faire pendant toute l'année, c'est-à-dire en fait, sous supervision, une sorte.... un mémoire basé sur l'organisation d'une session MBCT avec des patients que nous devons recruter nous-même.” Dr A

“Collège de la pleine conscience [...] c'est un cursus d'un an où l'on se voyait tous les deux mois pendant 3 jours et à la fin du cursus : il y avait un mémoire à présenter. C'était une forme de synthèse, moi ça m'a intéressé. Ça m'a permis de faire un peu le point parce que, parfois on sait pas très bien où l'on en est, c'est souvent le cas en psychothérapie, on ne sait pas trop si on a beaucoup avancé... Ça permet de se situer. Cette formation à la méditation, c'est une sorte d'aboutissement. Au moins par rapport à mon parcours.” Dr E

“Bah pour la méditation, [...] Il faut beaucoup de pré-requis pour prétendre à être instructeur. En plus, il faut trouver les bonnes formations et puis avoir au moins fait un protocole, pratiquer soi-même, être capable d'en parler facilement et surtout de le pratiquer pour pouvoir l'enseigner, pour moi c'est la base.” Dr C

Les médecins généralistes ont assisté à **des formations dites expérientielles**. C'est-à-dire qu'au-delà d'une transmission théorique, ils ont eux-mêmes fait l'expérience de la pratique. C'est un fondement de la méditation pleine conscience et une particularité pour une formation médicale. L'expérience de la pratique semble déterminante pour l'application de la méditation.

“J'ai surtout sauté à pied-joint dans la pratique et une des particularités de la pratique du zazen [Méditation bouddhiste zen et posture], c'est qu'il y a très peu, pratiquement pas d'explication. Très peu de théorie. On va méditer avec les méditants qui sont déjà entraînés et on fait comme ils font, on essaie de se coller dans la pratique par imitation.” Dr B

“Et à l'expérience, c'était assez magnifique c'était à mi-temps des cours de très haut niveau scientifique avec des chercheurs, des psychologues, des psychiatres et avec de la pratique. [...] Et c'est curieux, il y a des gens qui étaient déjà méditants et qui étaient intéressés par le côté scientifique et il y a des gens qui étaient motivés par le côté scientifique et qui ont découvert la méditation à cette occasion-là.” Dr E

“C'est un apprentissage dont je sentais toujours qu'il était tout à fait expérientiel par rapport à certains cours qu'on a et où il y a beaucoup de blabla.” Dr L

Les médecins ont perçu cette formation comme **collaborative**. Le retour d'expérience de chacun permet un enrichissement de sa propre pratique. Le médecin peut parfois se sentir bien seul dans sa pratique et les collègues de travail peuvent être une ressource.

“Ce qui est bien, c'est que comme on est tous un peu dans la même démarche : il y a une sorte d'autoformation entre nous, on échange et c'est enrichissant et puis c'est convivial” Dr E

“Et ça m'a permis de rencontrer d'autres gens qui avaient ce souci de l'être intérieur, d'aller plus loin que juste avoir l'air de fonctionner selon les apparences” Dr L

4.2.2. POUR QUI EST APPLIQUÉ LA MÉDITATION : ÉCHANTILLONNAGE

Nous nous sommes demandé pour quels patients la méditation pleine conscience en cabinet peut s'appliquer. Comme pour toute prise en charge médicale et davantage pour les soins de psychothérapie, **l'adhésion du patient** est essentielle. Le patient et le médecin doivent s'engager ensemble afin de permettre une prise en charge optimale.

4.2.2.1. Méthodes de recrutement des patients déclarées par les médecins généralistes

Les médecins généralistes interrogés expliquent qu'il y a deux procédés de recrutement pour les psychothérapies basées sur la méditation pleine conscience dont la démarche de soin est très différente.

- **Du patient vers le médecin : Recrutement selon la demande du patient**

Les médecins généralistes répondent à une demande de soins formulée par le patient. Le patient s'est informé sur cette pratique, il est volontaire. Le médecin accepte ou non cette prise en charge.

“Recrutement par Internet, le site de l'ADM, notre site et le bouche à oreille.” Dr B

“Les patients sont en avance sur nous. C'est eux qui sont demandeurs et les médecins y viennent petit à petit.” Dr E

“On a fait quand même plusieurs sessions avec [...] des gens qui viennent de l'extérieur parce qu'ils avaient entendu que...” Dr J

“J'ai du bouche à oreille et j'ai des gens qui ne viennent que pour ça alors que ce ne sont pas mes patients habituels du cabinet” Dr L

- **Du médecin vers le patient : Recrutement par le médecin dans sa patientèle**

Les médecins sélectionnent des patients pour lesquels ils voient un intérêt (population cible). Ils leur proposent une méditation pleine conscience selon plusieurs caractéristiques. Selon les désirs

du patient, cette proposition peut aboutir ou non à un acte de soin utilisant la méditation. Dans ce cas, le soin semble vraiment adapté pour un patient donné, à un moment donné.

“Ça se fait très naturellement et seulement si les patients le veulent. Il n’y a aucun prosélytisme de ma part !” Dr L

“Mais il n’y a pas de demande des patients, les gens qui connaissent ça font partie d’un milieu socio-culturel assez élevé, je ne sais pas si vous avez remarqué.” Dr A

“Je les recrute vraiment dans ma patientèle “ Dr F

“Je n’ai aucune demande sur le secteur, en milieu rural c’est pas la demande, mais moi je le propose !” Dr K

“On a fait quand même plusieurs sessions avec des patients du cabinet “ Dr J

4.2.2.2. Population ciblée vue par les médecins généralistes

À qui ces médecins généralistes proposent-ils leurs soins par la méditation pleine conscience ? Les médecins suggèrent des soins basés sur la méditation pleine conscience aux patients en souffrance. Les patients éligibles subissent une souffrance psychique ou physique.

Comme vu en première partie, les indications prouvées de thérapie par la méditation sont de multiples **pathologies**, troubles mentaux et en complément pour certaines maladies chroniques.

Les indications les plus représentées dans les entretiens sont **les syndromes anxieux généralisés**.

Les médecins généralistes citent aussi les syndromes dépressifs, les fibromyalgiques, les troubles psychosomatiques, les troubles du comportement alimentaire, les douleurs chroniques, les troubles du sommeil... Les souffrances sont aussi des **épreuves de la vie** quotidienne (décès, pression au travail, divorce...) sans que ce ne soit un état pathologique. La méditation est un accompagnement pour améliorer la qualité de vie du patient.

“Je travaille surtout avec les fibromyalgiques, les anxieux, les dépressifs chroniques. J’avais essayé il me semble pour les troubles du comportement alimentaire” Dr F

“On s'est dit on va aller chercher les gens là où ils souffrent, sortie de dépression, trouble du sommeil, angoisse existentielle etc.” Dr B

“Les dépressifs mais qui vont mieux. [...] L'anxiété, les anxiétés pas trop sévères, comme on les voit en médecine générale. [...] Également dans les troubles du sommeil” Dr A

“Ça m'a beaucoup aidé à prendre en charge tous les trucs, on va dire somatique... en fait sur des troubles du sommeil, sur des problèmes de stress au boulot, aider le patient à voir une autre vision de ses problématiques.” Dr H

“Beaucoup pour l'anxiété. Les gens ont peur : peur de mourir, peur d'être malade ... Dans les dépressions, dans les burn-out, dans certaines difficultés relationnelles. [...] En fait c'est des gens qui sont en souffrances je dirais.” Dr L

Plusieurs médecins précisent qu'ils proposent la méditation pleine conscience à ceux qui ont du mal à s'exprimer par la parole. L'expérience corporelle est au service de la parole. Cette pratique est particulièrement intéressante pour faciliter l'expression des patients qui n'arrivent habituellement pas à verbaliser et **ouvrir le dialogue** : somatisation, syndromes douloureux chroniques, victimes de violences sexuelles...

*“Elle avait du mal à verbaliser et à trouver les mots pour exprimer ses difficultés rendant notre travail laborieux :”
«je ne me sens pas bien mais je ne sais pas vraiment pourquoi» [...] Et cette pratique-là peut apporter la parole, le matériel pour favoriser des prises de conscience utiles dans le cadre d'une psychothérapie” Dr E*

“Ça peut libérer des contenus sous-jacents, ça les fait émerger dans la conscience que ce soit des douleurs, des émotions, des états d'être. Cette pratique-là fait émerger des contenus de mémoire qui ne sont pas accessibles tout de suite à la parole. ” Dr I

“Ce sont des gens qui ont du mal à exprimer leurs émotions et d'autant plus que les douloureux chroniques sont des gens qui expriment par leur corps leur mal être psychologique et que justement s'ils l'ont exprimé de cette façon-là, c'est qu'ils ne savent peut-être pas le faire autrement” Dr F

On observe aussi une sélection par **accordage en résonance par rapport au patient**. C'est-à-dire que les médecins généralistes perçoivent un ressenti, un feeling particulier, une intuition selon des caractéristiques interpersonnelles. Ils ne savent pas expliciter ce ressenti.

“Disons que ce ne sont pas trop les pathologies... C'est plus le type de personne.” Dr F

“L'avantage quand on est médecin, c'est que c'est nous qui pouvons choisir les gens éligibles on va dire. On connaît leur profil hein. On les voit régulièrement en consultation pour des troubles psychologiques modérés.” Dr A

Comme nous le verrons plus tard, les médecins généralistes témoignent de cet accordage en particulier avec leurs **confrères**. Ils perçoivent la vulnérabilité des soignants et sont particulièrement sensibles à diffuser cette compétence.

“Notre cible préférée si je peux dire ce sont les médecins, le personnel de santé” Dr B

Un des praticiens souligne **l'accessibilité intellectuelle** à cette pratique :

*“Ce qui est intéressant c'est qu'on n'a pas besoin d'avoir fait polytechnique comme en psychanalyse. On n'a pas besoin d'être intello, ni d'un bagage, ni de pré-requis pour faire de la mindfulness. On a juste besoin d'être là en fait”
Dr L*

On peut regrouper les **limites de pratique** de la méditation par **une incapacité de consentement du patient**.

-Les **extrêmes générationnels** sont rarement pris en charge par les médecins généralistes en méditation pleine conscience : enfants et personnes âgées.

“Non, les personnes âgées, non parce que la gériatrie fait partie de ce que j'aime pas trop. Je ne me suis jamais formé là-dessus. Et les enfants, c'est différent aussi comme technique. Déjà j'ai du mal à le faire, enfin au niveau temps et organisation, c'est compliqué avec les gens chez qui je sais faire, donc je crois que je m'arrête là”. Dr F

“Moi je n'ai pas eu vraiment à utiliser la méditation pour les enfants.” Dr E

“J'ai une psychologue spécialisée en pédiatrie à deux pas de chez moi, donc je lui adresse. Et les personnes âgées sont beaucoup plus réticentes, j'ai essayé mais ce n'est pas leur culture. Alors quand je dis personne âgée je dis 80 ans

parce que moi qui en ai 62, je ne me considère pas comme vieux ! [Rires] C'est plus compliqué j'ai l'impression pour les 80 ans et plus !” Dr G

-Certains patients ne sont pas éligibles en raison de la barrière de la langue.

“J’ai un certain nombre de migrants, mais avec eux j’ai jamais proposé de la méditation, parce qu’il y en a pas mal qui vont pas bien non plus, mais il faut quand même comprendre correctement le français je pense, et c’est difficile d’expliquer le concept.” Dr F

“J’étais dans un cabinet dans une cité avec beaucoup de personnes d’origine maghrébine et effectivement il y avait peut-être des patients qui auraient pu en bénéficier mais on a pas proposé parce qu’on savait très bien qu’il y avait un problème de langue.” Dr H

-Les limites de la pratique de la pleine conscience sont aussi les pathologies psychiatriques aiguës.

“Alors sélection c’est beaucoup dire, c’est rare mais ça m’est arrivé quelquefois, pas souvent, mais de dire à des personnes [avec des pathologies psychiatriques aiguës] : “Écoutez je pense que ce n’est pas le moment, faite d’abord un travail individuel ou revoyez votre psychiatre ou votre psychothérapeute, il me semble que vous avez besoin d’aller mieux, de prendre plus de distance par rapport à votre épisode dépressif par exemple”. Ça m’est arrivé un petit nombre de fois.” Dr B

Les pratiques des médecins généralistes sont également **limitées par leurs propres barrières et expériences**. Ce sont des limitations internes.

“Les addictions, je dois avouer que j’ai pas trop essayé.” Dr F

“Les addictions c’est intéressant aussi, mais je pense qu’il faut que je roule ma bosse pour être plus à l’aise dans ce domaine.” Dr L

Conclusion :

Les indications retenues pour l'application de thérapie de méditation pleine conscience sont les souffrances (physiques et/ou morales). La mise en place de ces thérapies est favorisée par un accordage en résonance entre le médecin et le patient. Les limites d'application sont les incapacités de consentement du patient et les barrières inhérentes au médecin.

Les médecins généralistes interrogés se sont appropriés la méditation pleine conscience comme un outil de psychothérapie. Cet outil comprend trois aspects que nous allons détailler : le contenu, la pédagogie et la communication.

4.2.3. COMMENT LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE EST-ELLE MISE EN APPLICATION EN CABINET ?

En première partie, nous avons explicité les protocoles de thérapie et exercices basés sur la méditation pleine conscience validés par des études scientifiques. Maintenant, nous allons comprendre comment les médecins généralistes exploitent ces outils thérapeutiques en consultation.

Les médecins utilisent cette compétence sous différentes formes : les thérapies basées sur la méditation pleine conscience (protocole MBSR/MBCT et interventions brèves), concepts, métaphores issues de la méditation pleine conscience, et information théorique.

4.2.3.1. Contenus thérapeutiques

4.2.3.1.1. Thérapie de groupe protocole MBSR, MBCT

Pour rappel, les protocoles MBSR (Mindfulness-based stress reduction) et MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) se composent de 8 séances collectives hebdomadaires de 2 h 30 associées à un travail personnel quotidien et à une journée de pratique intensive. Au préalable, une séance d'information est recommandée.

Les protocoles MBSR sont destinés à tous, tandis que les protocoles MBCT sont destinés en particulier aux patients dépressifs.

Plusieurs médecins généralistes ont fait l'usage des soins par protocoles MBSR et/ou MBCT en cabinet de médecine générale.

Certains médecins généralistes interrogés précisent l'importance d'un **protocole structuré et reproductible**. Ils souhaitent répéter au plus proche le protocole de référence. Chacune des séances à sa place et son objectif. Ce format est complet et idéal.

Ils procèdent à une première consultation de rencontre et d'information du patient sur le protocole de thérapie basée sur la pleine conscience. Elle permet de retracer les antécédents du patient s'il ne fait pas partie de la patientèle et d'évaluer les indications et contre-indications de la thérapie. Cette séance favorise également l'engagement du patient.

Ensuite, ils dispensent une séance collective par semaine avec un thème spécifique composé d'une séance de méditation pleine conscience formelle et d'un retour d'expérience. Entre chaque séance, les patients ont des exercices, des méditations formelles et informelles à réaliser. Enfin, selon les médecins, la séance de pratique intensive peut être réalisée.

Quelques extraits illustrent nos propos :

“Alors nous ne donnons pas des séances mais des programmes, c'est un package.” Dr A

“Il y a un processus qui se met en place, et qui prend. C'est quand même 8 séances de 2 h 30 une fois par semaine pendant deux mois, c'est quelque chose d'approfondi. Il y a le fait d'avoir des pratiques chaque semaine. A la fin de chaque séance, l'instructeur donne un livret avec des pratiques à faire dans la semaine, avec un retour sur ces pratiques, avec un échange de pratiques etc. Tout ça, ça peut mettre en place quelque chose. C'est vraiment un starting-block” Dr B

“J'essaie toujours de respecter correctement les protocoles, ce genre de chose, pour ne pas faire à ma sauce mais plutôt à la sauce de Kabat Zinn on va dire” Dr D

“En groupe, je fais le cursus de Kabat Zinn, les 8 séances, qui sont bien codifiées.” Dr I

Les médecins soulignent **le bénéfice de l'effet groupe**. Ils expliquent que le groupe est thérapeutique en lui-même créant un espace d'écoute et d'échange au sujet d'une même expérience, d'un sentiment d'appartenance à un groupe, et une facilité d'expression.

Voici quelques expériences à ce sujet :

“L'effet de groupe est très important car ça permet de voir qu'on est pas seul à ressentir certaines choses, c'est très thérapeutique. Et les feedbacks sont plus faciles à faire, beaucoup plus porteurs dans le groupe. Parce que quand c'est une personne qui est toute seule avec vous qui est en train de méditer.... J'avais essayé à un moment, on tourne un peu en rond parce qu'elle est toujours dans son vécu, et nous on est en face, mais il n'y a pas d'autres choses qui sortent”
Dr F

“La pleine conscience et ses vertus, en terme d'entraînement, conviennent extrêmement bien à des groupes, et c'est cette compétence de groupe qu'on développe petit à petit, en deux mois, qui est très étudiée, exploitée avec beaucoup de finesse psychologique” Dr A

“Le groupe est très très bien parce que c'est une énergie et c'est un partage aussi, où les gens s'écoutent les uns et les autres. Ils prennent conscience qu'ils ne sont pas seuls à faire les mêmes expériences de peur, de chagrin donc le groupe est thérapeutique. C'est pour ça que la méditation en groupe est plus intéressante, avec le temps de parole avant et après, on se rend compte que chacun apporte son expérience et les expériences de chacun enrichissent chacun.” Dr I

“Tout ce qui était pour l'instant validé, c'est quand même grâce à l'intérêt du groupe en fait ... Sur des groupes de 5 à 6 personnes, il y a toujours des patients qui n'osent pas parler. Moi j'ai animé trois groupes et effectivement, on voit qu'au fur et à mesure des séances, ceux qui parlaient beaucoup au début ne parlent plus à la fin et puis ceux qui n'osaient pas parler au début parlent à la fin ! Et ça permet de... les questions de certains que d'autres n'auraient pas osé poser, bah ça aide ! Cette dynamique de groupe est super intéressante au-delà de la technique en soi.” Dr H

“Par contre, vraiment, la dynamique de groupe, les échanges, l'accueil bienveillant, fait que beaucoup, beaucoup de participants s'y mettent. Il y a un non-jugement, c'est-à-dire le mot principal qui sous-tend cette dynamique de groupe c'est "vous faites du mieux que vous pouvez". Il n'y a pas de résultat à attendre et il n'y a pas bien faire ou ne pas bien faire.” Dr B

Le nombre de personnes dans le protocole est variable d'un praticien à l'autre. Le groupe compte environ 10 personnes. Il semblerait que ce ne soit pas le nombre mais l'effet du groupe qui soit bénéfique.

“Cinq à six personnes. Mais parfois cela peut être trois ou quatre si je n'ai pas plus de monde.” Dr I

“Je fais des groupes de 8 à 10 personnes.” Dr F

“Le premier programme qu'on a donné c'était pour des médecins et des professionnels de santé il y avait 8 - 10 médecins, 1 kiné, 1 dentiste, 2 infirmières.” Dr A

“On faisait des groupes de 8 à 12 personnes les lundis soir sur le mode MSBR” Dr J

Les groupes sont formés **sans** segmentation en fonction des pathologies.

“Ah non pas du tout, vous savez je n'en ai pas cinquante mille [des patients] moi, j'ai un fond de présence élargie et à l'usage, les choses se mettent bien en place toutes seules et là j'observe. Il n'y a pas de délibéré, les choses se font bien toutes seules.” Dr I

“Le groupe, je le sors de la notion de soin ciblé donc là c'est vraiment le groupe protocolisé comme il doit l'être. Donc les patients sont mélangés” Dr J

Comment ces médecins s'organisent-ils ? À propos de **l'organisation pratique** de ces séances collectives : lieux, horaires, et rémunération.

-Par manque d'espace, le médecin ne peut pas organiser un groupe dans le bureau de consultation.

Les médecins généralistes ont trouvé différents **lieux** alternatifs pour leurs pratiques collectives.

Parfois, ils utilisent la salle d'attente du cabinet, parfois d'autres lieux suivant les commodités. Il ne semble pas que le lieu modifie le processus thérapeutique. Les horaires sont majoritairement en fin de journée par souci de praticité et disponibilité. À chacun son organisation :

“Je fais le MBSR dans une petite salle dans une maison de retraite.” Dr A

“On a cherché différentes salles, on a loué une salle de yoga, ensuite on a abouti, grâce à des contacts, avec des collègues, on a abouti dans une clinique psychiatrique dont la directrice était elle-même intéressée par la MBSR. Donc elle était ouverte pour ses patients, son personnel, et elle nous louait une salle.” Dr B

“Je pratique dans la salle d'attente, le soir après les consultations de 18 h à 20 h 30” Dr F

“Le soir, j'ai deux horaires en fait : 13 h 30 - 15 h et 19 h – 21 h en groupe, le mardi. [...] J'ai une grande salle dans mon cabinet.” Dr I

-Concernant la **rémunération** de cet acte, il y a aussi différentes façons de procéder : soit une cotation comme un acte de médecine générale G à 25 euros pour chaque patient, à chaque séance, pendant 8 semaines, soit un acte hors nomenclature à la charge du patient (forfait pour l'ensemble du programme). Certains médecins ont choisi de faire cet acte gratuitement.

“Ce que je fais, c'est que je fais payer une consultation en passant la carte vitale. Je les prends souvent avant le début pour leur demander comment ça va, comment ça s'est passé etc. Comme ça, s'il y a quelque chose qu'ils ne veulent pas dire après, ils peuvent toujours le dire là. Je les prends le temps de passer la carte vitale. Souvent en plus, il me demande : “ah j'aurais besoin de ceci ou de cela”, on fait une ordonnance. C'est ce que j'ai trouvé pour qu'il y ait un lien seul, tout en étant en groupe après. Comme ça, s'il y a quelque chose qui n'a pas été ou autre, ils peuvent m'en parler.” Dr F

“Pendant longtemps, c'était une manière totalement bénévole, ils ne payaient pas du tout” Dr H

“Je sais plus combien c'est, 400 euros pour un cycle de 8 séances peut-être ! Et c'est non remboursé. On peut faire une facture si quelqu'un veut le prendre en charge mais ça ne sera pas remboursé par l'assurance maladie.” Dr J

-Dans le prolongement des protocoles MBSR/MBCT, certains médecins proposent des **séances de rappel en groupe** pendant 2 h 30. C'est une séance associant méditation formelle et échange sur l'expérience. Les médecins soulignent le bénéfice d'une pratique répétée, et prolongée dans le temps.

“Je fais ce qu'on appelle des séances de rappel, parce que ça c'est important, enfin je pense que c'est important. [...] Ça permettrait de les faire une fois par mois, [...] Ce n'est pas toujours évident non plus de remettre des gens de différents groupes ensemble dans les séances de rappel.” Dr F

“Et ça progresse, on le voit au fur et à mesure. Je le vois bien dans les séances de rappel. Chacun évolue et on aborde des thématiques profondes.” Dr I

-Plusieurs médecins généralistes se retrouvent face à des difficultés par rapport à la mise en place de ces protocoles.

Ils expriment un manque de temps :

“J'ai pas vraiment le temps, mais je pense que j'en ferais par la suite mais là j'avoue du coup ... J'avoue que je pensais que je l'aurai plus utilisé mais ça prend un peu de temps finalement” Dr D

“ Il faut avoir le temps !” Dr K

Ils expriment une non-reconnaissance financière :

“Sans vouloir paraître pour un être vénal, c'était pas faisable ! ” Dr A

“Après ça m'embête aussi un peu de... au niveau cotation, je ne sais pas trop si, vraiment, je peux faire une consultation entière de séance de mindfulness en fait. Il faudrait que je me renseigne, mais bon...” Dr D

“Bon bah déjà pour les faire venir pendant 8 semaines c'est compliqué, si en plus il faut qu'ils payent, c'est encore plus compliqué ! ” Dr H

“Pour une raison de temps et d'argent quelque part, parce que 25 euros pour.. Bon c'est mieux que rien mais...” Dr F

“Ouais, bon bah déjà c'est un problème financier parce que comment on cote ça ?” Dr K

On note un obstacle lié à la rigueur du protocole et son organisation :

“Je cherche quand même la solution qui me permettrait d'en faire de manière moins rigide ” Dr F

“Alors c'est un protocole exigeant, difficile et encore plus à mettre en place pour les autres !” Dr B

“C'est difficile à mettre en place, pour des raisons pratiques déjà : il faut recruter les gens, il faut un local” Dr A

“Non j'avoue, je ne fais pas encore de protocole, je me dis peut-être qu'un jour je m'y mettrai mais comme là je viens d'ouvrir !” Dr K

“Puis il faut avoir l'énergie et le caractère pour ça. Moi j'ai pas du tout le caractère à monter des projets. Je suis plutôt très suiveuse qu'investigatrice mais il suffit d'être deux ou trois, se dire on est formé, allez on lance un truc et au fur et à mesure on élargit le cercle et on fait connaître ces choses quoi” Dr H

Les médecins interrogés sont face à des difficultés relationnelles. La relation médecin-patient est bouleversée dans le programme MBSR. Il y a un soignant pour plusieurs patients, c'est une relation de groupe.

“J'avoue que d'animer un groupe, c'est pas ma personnalité on va dire. Mais une fois qu'on s'y met, qu'on l'a fait une fois, bon bah c'est tout, ça démarre comme tout ! Je suis plus à l'aise en individuel, mais à un moment donné, il faudra que je me lance sur du groupe !” Dr D

“Je pense entre autres, justement parce que l'hypnose on reste dans le cadre médecin-un patient quoi, la relation... comment on dit, un médecin-un patient ...” Dr A

“On est habitué en tant que libéral à faire des consultations individuelles ce n'est pas ...” Dr E

4.2.3.1.2. Adaptations du protocole : exercices isolés, interventions brèves individuelles

Certains médecins ont trouvé une **alternative à une pratique idéale mais contraignante** des protocoles. Ils utilisent des exercices isolés et interventions brèves basées sur la méditation pleine conscience en consultation individuelle.

“Je n'ai pas persévéré dans la pratique collective. Par contre je l'ai développé avec un certain nombre de personnes en consultation individuelle.” Dr A

“Cette dynamique de groupe est super intéressante au-delà de la technique en soi. Mais en individuel finalement, il y a des choses à faire, ça c'est clair ! [...] Je fais un petit peu à ma sauce” Dr H

- **Comme un préambule à la méditation pleine conscience**

Plusieurs praticiens s'expriment sur ces séances en individuel : c'est une **initiation** à la méditation pleine conscience. Le protocole MBCT/MBSR est nécessaire pour un approfondissement de la pratique.

“Je fais des consultations longues pour certains patients comme une préparation, ou un moyen de leur permettre d'attendre un programme. Je vois les gens une fois tous les 15 jours, en consultation de trente minutes, avec une initiation à des méditations mais comme un préliminaire à un programme.” Dr G

“J'enseigne, [...] en consultation individuelle, quelques prémisses d'exercices de méditation pleine conscience.” Dr A

“Ces outils vont permettre aux gens de faire des progrès, peut-être dans leurs problèmes médicaux, somatiques ou psychiques. S'ils veulent eux aller plus loin je pourrais peut-être leur proposer quelque chose à ce moment-là, dans les groupes, mais je ne serais plus en séances. Dans les groupes et les séances, je vais quand même rester très technique malgré tout.” Dr J

“Soit ils sont déjà méditants, et ils ont juste besoin de méditer avec leur médecin, de pratiquer, soit ils veulent se former pour mettre quelque chose en place dans leur vie, le programme MBSR c'est pas simplement un changement... c'est pas simplement une technique psychocorporelle, cognitivo-comportementale, c'est ça mais pas seulement ça, c'est une invitation à un changement de regard sur soi et sur sa vie et la pédagogie, le génie pédagogique qui sous-tend le programme est à mon avis irremplaçable, si les personnes veulent vraiment mettre en place quelque chose qui change leur vie, qui change leur regard sur eux-mêmes le programme MBSR ou MBCT est irremplaçable.” Dr B

- **Consultation dédiée ou non**

Le médecin et son patient peuvent décider d'un rendez-vous consacré exclusivement à la méditation pleine conscience. C'est un **soin programmé** : ils pratiquent une méditation formelle avec un partage d'expérience.

“C'est pas dans la même consultation qu'on peut passer d'un patient chez lequel on pratique la méditation et le diabète. Il faut des plages uniquement dédiées à ça et des patients que l'on ne voit que pour ça” Dr G

“Je les re-convoque en consultations de 15 minutes uniquement pour ça” Dr D

“Une fois qu’ils sont plus aguerris on le fait en consultation dédiée parce qu’on prend plus de temps.” Dr L

Dans d’autres cas, le médecin l’utilise de manière **spontanée** quand il voit apparaître des difficultés au cours de sa consultation.

“ Pour le langage dissociatif, qu’il soit par le mindfulness ou par l’hypnose, c’est un outil que j’utilise au cours de ma consultation : si je vois qu’un enfant est stressé ou un patient avec deuil difficile... Je vais avoir assez facilement recours à ça. Mais au cours de ma consultation, je ne l’avais pas programmé, ou prémédité. [...] La Mindfulness je m’en sers plus comme ça, dans la spontanéité plutôt que de le « programmer » avec des petits exercices de respiration, point de contact ” Dr C

“En consultation juste après avoir traité l’angine, quand ils sont pas bien, ils viennent d’avoir un problème dans leur vie. Le fait de respirer pendant 3 à 5 min, je suis sidérée de voir ce que ça peut leur apporter comme paix” Dr L

- **Méditation explicite ou implicite**

Soit ces interventions brèves issues de la méditation pleine conscience sont **explicites** avec une information sur l’objectif d’une thérapie basée sur la méditation pleine conscience.

“Alors pour les patients pour qui, de manière explicite, c’est des séances de méditation, je commence par leur faire faire des exercices de respiration, de scan corporel, quelque chose qui soit ... comment dire, qui utilise la conscience du corps” Dr E

Soit les interventions brèves sont **implicites**, c’est-à-dire que les médecins pratiquent des processus thérapeutiques sans expliciter le type de technique et les mécanismes sous-tendus au patient.

“En fait, souvent, ce que je fais c’est que j’utilise des concepts de méditation mais sans que ce soit officiel, d’une manière implicite. [...] Je ne leur dis pas « vous savez j’utilise une ruse de méditation », on est pas obligé de l’expliciter.” Dr E

“Je le propose souvent sous forme d’exercices parce que les gens ont peut-être peur du terme méditation, puis j’aime pas tellement le terme méditation. [...] Je veux seulement donner un outil dans le cadre médical.” Dr J

Cette thérapie individuelle permet **un processus graduel mieux adapté au patient**. Elle est centrée sur le patient.

“J’essayais d’apporter à chaque fois... La première fois la notion du raisin sec, ensuite son rapport aux pensées, l’histoire de plus on lutte contre les pensées, pire c’est... [...] Donc au gré des séances, à chaque fois, j’essayais de remettre un peu une nouvelle notion pour qu’il l’intègre avec un exercice, mais sans suivre stricto sensu les protocoles, les programmes.” Dr H

“L’exercice du sablier est assez facilement reproductible et rapide pour le patient. Parce que, par exemple, un body scan, les faire se concentrer une demi-heure [...] je trouve que c’est un peu complexe. ” Dr G

“Ces méditations doivent être progressives dans leurs difficultés comme au début une méditation en sablier (facile et rapide) pour poursuivre par des body scans. Les méditations guidées peuvent être proposées aussi dans un second temps comme celle de la montagne, du ruisseau ou de la promenade en forêt évaluant les capacités de représentations des patients “ Dr E

“Les premiers exercices sont un peu les mêmes pour tout le monde, avec une durée variable. Il y a des gens, peu nombreux, chez qui on ne peut pas faire vraiment longtemps du tout. [...] Des gens qui en réalité ne pourraient pas faire un cycle MBSR mais en leur faisant plus court, des exercices plus courts, en faisant un petit débrief plus tôt et en refaisant l’exercice un peu autrement, on va leur placer la durée en la tronçonnant. Mais il aurait été seul dans un groupe, il n’aurait pas tenu les 15 minutes. Il y en a quelques-uns où je suis obligé d’adapter dès le début, mais c’est une minorité. [...] Au départ je calque exactement, et après au fur et à mesure des difficultés rencontrées et de la progression, je vais revenir sur un certain type de méditation.” Dr J

“J’y vais avec des pincettes, petit à petit” Dr K

“Les séances que je fais en consultation je cherche à être thérapeutique, c’est-à-dire que j’adapte la séance à leurs besoins” Dr L

- **Processus en deux étapes : une expérience corporelle au service de la parole**

Plusieurs types d’exercices existent pour générer une prise de conscience corporelle permettant de prendre du recul sur des phénomènes psychiques. Le médecin énonce une guidance pour le patient.

Les exercices proposés pour pratiquer des **expériences corporelles** sont souvent les mêmes que dans le protocole MBSR et MBCT : Exercice STOP, exercice du sablier ou espace de respiration, balayage corporel ou body scan, exercices en mouvement, exercices immersifs par métaphore du lac, ou de la montagne.

Les médecins interrogés nous racontent leurs pratiques :

“Le sablier en trois étapes, la respiration assise aussi, c’est intéressant. Moi je les fais se concentrer sur la respiration nasale, sur la respiration thoracique ou sur la respiration abdominale. [...] Et puis moi j’essaie de les revoir quand même une fois par semaine ou une fois tous les quinze jours, sur un ou deux mois comme ça.” Dr G

“Je leur fais faire l’exercice du sablier en direct moi je méditais pendant la consultation, et en leur disant : “bah voilà essayez de faire ça, cet exercice, on est en période calme, tous les jours une ou deux fois. Je sais pas vous êtes aux toilettes, vous en profitez pour faire votre sablier, voilà ça prend trente secondes. [...] Et ça permettait de changer un peu leur rapport à leur pensée et à l’interprétation qu’ils pouvaient donner des paroles de l’autre.” Dr H

“C’est des séances de méditation, je commence par leur faire faire des exercices de respiration, de scan corporel, quelque chose qui soit ... comment dire, qui utilise la conscience du corps” Dr E

“On consacre deux ou trois consultations à développer quelques exercices de base que l’on retrouve aussi bien dans MBSR que MBCT : la méditation sur le souffle, les points de contact, le scanner corporel, des choses comme ça...”

Dr A

“Moi je suis vraiment très.. dans les pratiques, je pose toujours la posture, assis en verticalité et la respiration, sensation corporelle. Après on fait un body scan [...] Et donc après les sensations corporelles, je mets les sons. C’est toujours une perception corporelle et ça permet d’introduire le fait que mon esprit ne peut pas s’arrêter de faire des commentaires. Dès qu’il y a un son, il faut qu’il trouve une origine, une signification, une conséquence, et après je pointe les sons : « Comme j’observais ce phénomène physique qui est le son, je peux observer ce phénomène psychique qui est la pensée. » Et après l’émotion est derrière. ” Dr J

“En méditation, quand on lève le bras : j’inspire, je lève le bras, je reste quelque temps en tension, en respiration libre, mon bras est en étirement à l’horizontale, je prends le temps de sentir mes douleurs, de travailler sur mes limites, de respirer avec. [...] D’où cette idée de la corporalisation, puisque la pratique d’une respiration consciente est au cœur

de la pratique corporelle que ce soit de la méditation ou de la sophrologie et cette pratique de la respiration entraîne très facilement du bien-être je dirais chez la plupart des gens à qui on fait faire de la pratique.” Dr I

Un des médecins interrogés explique en détail le processus intellectuel sous-jacent:

“Donc quand les patients arrivent tout doucement à percevoir qu'ils sont assis, et qu'ils ne sont plus en train de s'agiter... Quand ils sentent leurs fesses sur la chaise, quand ils sentent l'assise... Ils ont compris qu'ils sont à l'arrêt, pendant un instant. Ils ne sont plus en train de courir, de penser à plein de trucs. Ils viennent de s'arrêter. Ils découvrent l'arrêt. Et après, quand ils découvrent la verticalité (j'évite les allusions sur les colonnes vertébrales dignes, fières de certains) mais, quand ils découvrent la verticalité, ils découvrent qu'ils se tiennent droit et qu'il faut mettre quand même un peu quelque chose. Est-ce que j'ai envie de le faire ? Oui/Non, donc l'engagement. Okay je me suis arrêté, je prends la décision de m'occuper de moi, je fais quelque chose pour moi. Dans la première séance, quand on fait juste la posture, le patient découvre l'arrêt et il prend la décision, ou pas, de faire quelque chose pour lui. Chaque moment de la méditation est relié avec une décision de la vie et une posture de la vie. Quand tu travailles la posture méditative, tu travailles la posture dans la vie. Je continue à courir ou je m'arrête ? Est-ce que je décide de le faire ou pas ? Et après le patient va s'apercevoir qu'il a une respiration ! Okay et quand il fait ça, il vise la respiration. Il voit des tas de trucs qui bougent et qui ne vont pas du tout. Donc il a créé un écran sur lequel il peut se projeter ses problèmes. Et comme il se projette, il peut voir ses problèmes. Et c'est pas quelqu'un d'extérieur qui lui dit : « Tu as des problèmes, regardes ça ! » Simplement en faisant ça, le patient le voit, seul. Tu respectes parfaitement la liberté du patient, il voit ce qu'il veut, et ce qu'il peut. C'est respectueux de la vitesse de progression du patient. Donc porter attention sur différents éléments de l'expérience sensorielle ou de l'expérience idéelle, permet qu'il y ait tout ce brouillard qui passe, qu'il y ait les idées qui défilent. Et de se dire oh bah tiens, il y a les idées qui défilent mais je respire et je suis aussi là. Et peut-être qu'à un moment, je vais me rendre compte que je ne suis pas mon idée, mais que je suis traversé par une idée et que je peux m'en détacher. Je me rends compte que je suis le lieu d'idées, mais je ne suis pas une idée, donc ma vie se complexifie. Je ne suis pas réductible à une idée, ni une pensée. Ma vie se complexifie mais comme elle se complexifie, j'ai un point de vue, d'appui, qui me permet de travailler sur cette pensée. Elle ne m'emmène pas. Donc c'est quand même un outil très puissant ! Après forcément les gens vont se rendre compte qu'ils ont des émotions, donc ils vont comprendre pourquoi ils n'arrivent pas à avaler depuis un an, ou pourquoi ils ont mal au dos depuis 6 mois.

Ils vont commencer à percevoir leurs sensations corporelles, leurs émotions et tout ça va peut-être rentrer dans une unité à un moment.

On va utiliser des méditations plus thérapeutiques comme faire face qui sont, à mon sens, des méditations plus hypnotiques. On demande d'apporter un élément extérieur dans l'expérience : ce n'est plus de la méditation pleine présence. On rentre dans l'hypnothérapie en quelque sorte, puisque j'invite une pensée pénible, douloureuse. C'est un outil utilisé dans la mindfulness mais qui est un emprunt à l'hypnothérapie et qui est très efficace pour travailler le rapport à l'inconfort : le confort/l'inconfort, la lutte/l'évitement ou l'acceptation. Est-ce que je dois toujours être dans la lutte et l'évitement ou est-ce que je peux simplement faire avec ce qui est ? Ce qui est un élément très important en psychothérapie par rapport à tous les problèmes psychiques qui peuvent nous traverser (les peurs, les angoisses).

Est-ce que je peux vivre avec l'angoisse par exemple ? Est-ce que je dois fuir mon angoisse ? Peut-être, alors dans ce cas, je dois prendre une benzodiazépine, ou du cannabis, ou de l'alcool. Ou alors je peux peut-être vivre avec l'angoisse. Sans être thérapeutique par rapport à elle, mais faire une place à mon angoisse est déjà thérapeutique, ça me permet déjà de faire face à tout le monde de l'addictologie.

Est-ce que je peux vivre avec cette douleur ? Ou est-ce que je dois absolument l'anesthésier ? Morphine, Skenan ... Est-ce que je peux faire avec la douleur ? Ouais peut-être, d'accord... Parce que j'ai mal là, mais j'ai pas mal là. Et quand je fais ça je n'y pense pas... Bon okay. Peut-être que je peux à ce moment-là accueillir ma douleur chronique. C'est un outil réel : l'acceptation.

Je suis insomniaque, c'est toujours un drame, dans quel état je vais être demain ? Et si je fais face à mon insomnie, demain on verra et demain je tiens. Donc le fait de faire une place au problème, c'est déjà régler une partie du problème. C'est enlever la seconde flèche de la douleur, c'est l'éviter. Donc ce sont quand même des outils très, très puissants et très faciles !” Dr J

Cette tirade est particulièrement intéressante. On note que le praticien compare la posture méditative à la posture dans la vie. Il décrit ainsi la proactivité, l'engagement essentiel à la vie. Il explique que la thérapie permet la défusion cognitive, la prise de recul et l'acceptation.

La corporalisation permet un **accès à la parole** et un travail de psychothérapie. La prise de conscience est la première étape. Dans un second temps, le médecin et le patient travaillent pour un retour d'expérience. Le patient décrit ce qu'il a ressenti par rapport à ses sensations physiques, ses émotions et ses pensées. Ce processus permet une verbalisation d'un phénomène intérieur.

“J'accueille toutes les sensations de l'exercice sans jugement, telles qu'elles se présentent : détente, fourmillement, légèreté, lourdeur, sensation agréable, moins agréable” Dr A

“C'est-à-dire qu'on reformule et on le remobilise pour reformuler, pour que la personne prenne conscience. Et prenne conscience aussi de la place du mental, de l'importance de ses émotions. C'est possible, en respirant, on peut dépasser ou accompagner une émotion.” Dr I

“À partir du moment où ils ont compris que c'est ça le travail, l'acceptation, ils supportent mieux dans leurs séances de méditation le fait d'avoir des idées qui reviennent en tête et on peut en discuter” Dr D

“Vous savez l'importance des partages et des dialogues exploratoires dans le programme MBSR et MBCT. L'essentiel c'est d'essayer d'accompagner la personne pour qu'elle arrive à exprimer ses propres découvertes” Dr B

“C'est plus une pratique, c'est le fait de faire des séances de méditation. Ils le vivent et donc après on peut en parler, ça peut amener du matériel pour une psychothérapie ultérieure. C'est une psychothérapie psychocorporelle” Dr E

- **La méditation pleine conscience en association à d'autres psychothérapies**

Plusieurs médecins généralistes utilisent des exercices isolés et interventions brèves basées sur la méditation pleine conscience en association avec d'autres psychothérapies. Par exemple la sophrologie, la cohérence cardiaque, l'hypnose....

- La sophrologie :

“Il y a une méthodologie spécifique à l'une et à l'autre [la méditation et la sophrologie], moi je, comme je fais les deux, je commence souvent par quelques séances de sophrologie alors pour initier les gens à s'écouter. Quand je dis s'écouter, c'est quand on fait une séance de phénodescription : vous sentez quoi ? Pour apprendre aux gens à écouter ce qu'ils sentent, ce qu'ils ressentent. Et après quand on passe en méditation, c'est un peu plus le langage du praticien qui fait évoluer aussi ses propositions.” Dr I

- La cohérence cardiaque :

“Dans ma façon d'apprendre la cohérence cardiaque, je mâtine l'apprentissage de cet exercice respiratoire très simple de compétences de pleine conscience en fait, sans le dire aux gens. “ Dr A

“Oui, généralement je commence par la cohérence cardiaque, je trouve que ça va un petit peu plus vite en consultation, et s'ils ont adhéré, je pousse un peu plus loin sur la méditation pleine conscience. [...] La cohérence cardiaque est différente, mais c'est bien pour aborder la méditation parce que comme c'est une histoire de respiration consciente on va dire, je trouve que c'est un peu la première étape, ça leur fait moins peur et puis c'est facile à aborder [...] Par exemple, j'ai quelqu'un qui vient parce que ça ne va plus au travail... Si on prend le schéma typique: "J'ai tout pour être heureux mais ça ne va pas quand même, je me sens anxieux, j'ai la boule au ventre, ou je suis irritable, je ne supporte plus la famille, j'ai plus de sens au travail". La plupart du temps, je leur propose l'application Respirelax+ pour la cohérence cardiaque : déjà plutôt les amener vers le fait de focaliser sur quelque chose pour diminuer la sensation de mal-être. Ils vont voir par eux-mêmes et c'est facile à expliquer, parce que sur une consultation typique, il me parle pendant 13 minutes de ce qu'il se passe à la maison et moi il faut que j'adapte là-dessus ! Donc la première consultation, je vais retenir l'accroche juste par ça, parce que c'est facile à expliquer : “Vous faites 3X5 min dans la journée; vous allez voir au départ ça va vous paraître un peu bête mais faite le quand même et vous verrez que ça peut vous apporter quelque chose”. J'explique facilement le lien entre le système parasympathique et sympathique, et puis on se revoit après une semaine. Il me raconte ce qu'il s'est passé avec la méthode 365 la semaine suivante, ils se sont sentis mieux après l'avoir fait, ou ils dormaient mieux donc là, comme j'ai plus le temps je leur explique que c'est une première étape de focalisation de l'attention pour essayer de canaliser les émotions et les pensées et l'autre chose qu'on peut faire c'est essayer de méditer... Généralement pareil, ils sont un peu sur la défensive, je pense qu'il faut expliquer ça de manière vraiment très facile et basique : “voilà le but c'est d'essayer de focaliser son attention sur quelque chose pour travailler sur le va et vient entre j'ai toutes les idées qui passent et puis je suis focus sur quelque chose” Dr D

- L'hypnose et conte thérapeutique

“Alors pour les patients pour qui de manière explicite, c'est des séances de méditation je commence par leur faire faire des exercices de respiration, de scan corporel, quelque chose qui soit ... comment dire, qui utilise la conscience du corps et après, une fois qu'ils seront arrivés à cet état un peu modifié de conscience avec la respiration, dans

l'ensemble des muscles, des fois par surprise, après je leur raconte un conte. Et dans cet état modifié de conscience, ce conte-là va les intéresser, ils entendent même s'ils sont allongés. Et j'utilise toujours, enfin j'essaie d'utiliser des contes qui rebondissent sur leur problématique” Dr E

“L’hypnose me permet simplement d’approfondir les pratiques méditatives et d’avoir un impact fort sur les patients que je n’aurais jamais espéré !” Dr L

- **Expérience de l’organisation pratique et rémunération**

Les médecins généralistes expliquent leur nécessité d’adaptation de la tarification à un acte médical non-traditionnel. Les séances se déroulent en salle de consultation du cabinet médical. La rémunération se fait de différentes manières selon les praticiens : le plus souvent une consultation de médecine générale G avec dépassement ou non.

“Pour les patients qui en avaient les moyens, je faisais une consultation avec en plus un acte hors nomenclature” Dr B

“Pour les patients, c’est le prix d’une consultation classique” Dr D

“Je prends en général la dernière consultation de la journée. J’y consacre une petite demi-heure, au tarif de consultation normal, je suis en secteur 1.” Dr A

“Ces méditations formelles réalisées au cabinet ne doivent pas être trop longues pour s’adapter aux contraintes de la médecine libérale. Un rendez-vous hors des créneaux habituels pourra être donné pour une consultation plus longue, une demi-heure, et fera l’objet d’un dépassement exceptionnel d’honoraires [...]. Là on est beaucoup plus centré sur la psychothérapie, c’est pour ça que j’ai pris des dépassements, pour trouver mon compte moi-même parce que je ne vais pas faire 25 euros une demi-heure.” Dr E

“Par contre, en consultation je le considère comme un acte de médecine générale, étant entendu qu’il y a avant et après l’exercice, un debrief. En fait, on travaille sur l’exercice.... L’exercice nous sert à modifier le rapport qu’on entretient avec nos pensées. Et donc il y a des explications qui sont données, il y a des retours et il y a la mise en perspective. C’est-à-dire : quel est le lien entre ce que vous avez fait là, votre vie et le problème que vous avez ? En quoi peut-on l’utiliser ? À chaque instant on fait le lien entre l’exercice et ce à quoi il peut servir dans la pathologie de la personne. On ramène toujours, enfin, je ramène toujours ce qu’on fait au but recherché. Les liens sont faits, donc

c'est ce qui me donne, à moi, la légitimité pour coter une consultation. On pourrait imaginer que la sécu le conteste. Si on faisait juste le geste sans les explications, sans la TCC qui va avec, si on ne faisait que les méditations, là je pense qu'on ne serait pas dans le cadre médical. Mais avec la TCC et toute la partie explicative là, on y est... C'est-à-dire qu'il y a, on parle maintenant de méditation, c'est un peu le moteur, mais il y a tout ce qu'on met autour. En quoi cela est-il en lien avec la difficulté ou la souffrance actuelle ? C'est ce qui en fait un acte de médecine.” Dr J

“Alors pour débutants je peux m'en sortir en 15-20 minutes. Mais pour ceux avec qui je fais un travail de fond et que je vois régulièrement, j'ai des plages de consultations plus grandes : 30 minutes voir un peu plus. Et pour l'instant je leur demande le prix d'une seule consultation.” Dr L

Certains médecins décrivent également des difficultés pour l'organisation de la méditation pleine conscience en séance individuelle.

”[Méditation pleine conscience en individuel] Mais je pourrais le faire, mais après comme ce n'est pas remboursé, c'est plus difficile à organiser, ça prend 45 min-1 h et je n'ai pas trouvé le processus pour le faire.” Dr I

”Je ne me voyais pas du tout le faire en individuel, ça prend beaucoup trop de temps. Je suis médecin généraliste secteur 1 et je suis incapable de faire des dépassements d'honoraires des choses comme ça que les gens ne peuvent pas payer.” Dr F

4.2.3.1.3. Les concepts basés sur la méditation en consultation individuelle

Les thérapies basées sur la méditation pleine conscience sont sous-tendue par des concepts : l'acceptation, le non-jugement, la pleine présence, le vagabondage mental... Ces concepts peuvent être illustrés par des métaphores. Après évaluation des capacités de représentations imaginaires des patients, des médecins utilisent ces concepts et métaphores comme thérapie pour aider le patient. Aucun exercice n'est réalisé, c'est une expérience par la parole. Les concepts sont des principes mis en avant par la méditation pleine conscience.

“Pour les patients, ça m'a permis d'avoir des outils pour leur donner des références de philosophie quoi finalement. [...] En fait, souvent, ce que je fais c'est que j'utilise des concepts de méditation mais sans que ce soit officiel, d'une manière implicite. C'est-à-dire que quand je leur dis "Le pire n'est jamais sûr et peut-être que le meilleur est à venir", bah c'est des concepts de méditation. [...] Je parle souvent du corps qui ne ment pas, de la nécessité d'être attentif à ses sensations intérieures physiques et émotionnelles, de constater la mise en route du vagabondage mental ou d'être attentif aux bruits extérieurs sans jugement, être en pleine conscience lors du repas ou d'une promenade... ” Dr E

“J'essayais d'apporter [...] l'histoire de plus on lutte contre les pensées, pire c'est...” Dr H

“Il n'y a pas de résultat à attendre et il n'y a pas bien faire ou ne pas bien faire. Je fais comme je peux du mieux que je peux. ” Dr B

“L'idée d'ici et maintenant est facile à utiliser et à intégrer dans notre pratique de médecin généraliste pour recentrer les patients” Dr K

“Je leur raconte une petite histoire : Si quelqu'un court tous les jours 20km et qu'on lui demande si c'est douloureux, il va répondre oui évidemment. Mais si on lui demande si c'est de la souffrance il répondra : « Non c'est de l'entraînement. » Donc l'idée c'est vraiment que puisque cela fait partie de mon existence, comment lui donner un sens !” Dr A

“Je leur dis souvent : « Accompagnez en toute bienveillance ce qui se passe dans votre corps : Pas de jugement, pas d'attente, pas de rationalisation »” Dr I

En effet, pour certains médecins l'expérience méditative n'est pas seulement un outil thérapeutique mais une philosophie de vie pour les praticiens.

“Effectivement, je pense que [la méditation pleine conscience] c'est une espèce de philosophie de vie quoi. Ça ouvre des portes pour nous-même et pour le patient” Dr F

4.2.3.1.4. Information théorique du contenu de la méditation

Enfin plusieurs médecins, avec une formation particulièrement approfondie, ont déclaré que leur façon d'utiliser cet outil thérapeutique était parfois uniquement l'information du patient. Si les

patients sont enthousiastes, ils les adressent à des psychologues ou psychiatres. Parfois ils donnent quelques références bibliographiques.

“En consultation individuelle, ma compréhension du génie du programme MBSR faisait que j'utilisais la méditation, disons la pleine conscience, en invitant les patients à s'inscrire à un programme MBSR.” Dr B

“J'informe les patients sur la méditation, les intérêts, je leur explique que moi ça m'a aidé mais je ne fais plus de séances.” Dr C

“Je les informe et je les adresse souvent pour ce type de pratique. [...] On a dans la ville deux ou trois paramédicaux qui pratiquent ce genre de choses donc on leur laisse faire ça quand on a pas le temps.” Dr E

“Je les réoriente vers de la méditation pleine conscience. [...] On fait quelques séances puis on revoit ça semaine après semaine et généralement au bout de 15 jours 3 semaines, ils commencent à voir la psychologue donc elle prend le relais.” Dr D

“Je les adresse souvent pour une pratique approfondie” Dr G

“J'essaye d'en parler à mes patients, de leurs conseiller des références en lecture par exemple” Dr K

4.2.3.1.5. Evolution des soins

Pour les médecins interrogés, il semble indispensable **d'harmoniser** ces pratiques. Ils souhaitent une **reconnaissance** de la pratique et une **valorisation** de cet acte.

“Il faudrait que ce soit, que ça passe dans la nomenclature : que déjà la psychothérapie puisse être évaluée... qu'elle soit remboursée, et surtout peut-être plus à l'heure qu'à la consultation, qu'elle soit faite par un médecin psychiatre ou un médecin généraliste !” Dr F

“Il faut faire des consultations spécialisées, malheureusement la nomenclature ne permet pas, les patients viennent avec 5-6 motifs. Ils ne sauront pas se limiter à ça, ils vont essayer.” Dr G

Le phénomène des thérapies basé sur la méditation pleine conscience est le **reflet d'une évolution sociale et médicale**. L'activité du généraliste tend vers un exercice **pluridisciplinaire** où chaque médecin développe sa **spécificité**. Cet exercice permet de répondre à une partie de la population.

L'activité pourrait être **mixte** avec des plages spécifiques pour la méditation pleine conscience et des plages consacrées à un exercice plus traditionnel.

“Comme on dit, c'est des petites cordes à mon arc, mais globalement je fais de la médecine générale et je le revendique ! Il y a une fenêtre pour utiliser ça en médecine générale mais dans des cadres différents, je pense selon les médecins, les territoires sur lesquels on travaille et le genre de clientèle qu'on a au départ” Dr A

“Ça appartient à la culture médicale en général qui est en train d'évoluer” Dr K

“Aujourd'hui je pense comme il y a eu beaucoup de ... d'émissions à la télévision, les patients sont en avance sur nous. C'est eux qui sont demandeurs et les médecins y viennent petit à petit.” Dr E

“En même temps, vous pouvez avoir des consultations plus spécifiques de méditation avec des patients qui le souhaitent dans un temps différent. C'est vraiment bien que les jeunes s'emparent de la méditation, et il y a vraiment plusieurs façons d'associer les deux, y compris dans des temps séparés.” Dr I

“Je pense que le groupe peut être très très intéressant, et d'autant plus aujourd'hui avec les maisons de santé pluridisciplinaire (MSP). Les médecins qui se regroupent, peuvent se dire ah bah l'un fait un peu plus de gynéco, l'autre un peu plus de pédiatrie bah l'un qui peut faire bah par exemple un peu plus de méditation et puis bah voilà se réserver une demi après-midi pour faire un peu cette sous-spécialité qui pourrait être intéressante sur une maison de santé où on regroupe pas mal de patients.” Dr H

“Je pense qu'on va être de plus en plus une génération de médecins à s'en servir peut-être. On voit que les générations sont peut-être plus à l'écoute. J'espère que dans la société, on aura plus de bienveillance au quotidien dans toutes les branches de la vie. Je le ressens comme ça en consultation.” Dr D

Conclusion :

En médecine générale, il existe des protocoles standardisés qui représentent l'idéal à suivre. Cependant avec les conditions du terrain et l'expérience, ils nécessitent souvent d'être adaptés.

4.2.3.2. Procédés de pédagogie thérapeutique

On note une évolution médicale avec une augmentation et une diversification des missions des médecins depuis une vingtaine d'années. Comme défini dans la marguerite des compétences, le médecin généraliste a un rôle notamment d'éducation à la santé et de prévention. Il sensibilise le patient pour une bonne hygiène de vie : équilibre alimentaire, activités physiques et épanouissement personnel.

Le médecin ne doit plus seulement maîtriser un savoir, mais aussi produire de meilleurs outils pour favoriser la transmission de ce savoir. Il devient enseignant thérapeute.

Les objectifs de la thérapie basée sur la méditation pleine conscience sont l'acquisition par le patient de compétences pour s'adapter au mieux dans son environnement et améliorer sa qualité de vie. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure du patient et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

L'un des médecins utilise le terme *discipline*, c'est-à-dire des règles de conduite que l'on s'impose avec des exercices réguliers et méthodiques.

“Je leur apprend une sorte d'hygiène de vie, je dirais plutôt, une discipline de vie. [...] Comme une pratique sportive : deux ou trois fois par semaine, vous voyez, plutôt à ce titre là...” Dr A

“Donc c'est pour moi, c'est vraiment un outil de... enfin presque une règle hygiéno-diététique de plus du coup qu'on pourrait transmettre aux patients » Dr D

L'enseignement nécessite de surmonter quelques difficultés pédagogiques notamment capter l'attention des patients, adapter la technique et le support pour un patient donné.

4.2.3.2.1. Techniques d'enseignement

Dans un premier temps, le médecin analyse les besoins, la motivation du patient et de sa réceptivité à la proposition d'une thérapie basée sur la méditation pleine conscience. Dans un second temps, il évalue la capacité de ce même patient à acquérir des compétences et à soutenir un effort dans le temps. Ainsi, il choisit la méthode pédagogique la plus adaptée pour l'enseignement de cette compétence.

On constate que les médecins généralistes utilisent différentes pédagogies. Comme nous l'avons vu précédemment, les techniques d'enseignement dépendent du mode explicite ou implicite des thérapies.

On distingue quatre méthodes pédagogiques décrites par les médecins interrogés : expérientielle, démonstrative, interrogative, expositive.

- **La pédagogie expérientielle:** La plupart des médecins interrogés utilisent ce phénomène.

C'est le cœur de la méditation pleine conscience.

“Jon Kabat Zinn dit « pratiquer, pratiquer, pratiquer »” Dr B

“[La méditation pleine conscience] C'est un entraînement de l'esprit. Donc c'est l'art d'apprendre à contempler son esprit par l'expérience corporelle” Dr A

“Cela apporte vraiment quelque chose aux gens quoi. Une fois qu'on a compris qu'on peut s'appuyer sur les sensations de la respiration à tout instant, que ça fait du bien de mettre sa respiration dans le ventre, ce n'est pas compliqué, détendre les épaules, relâcher en pleine conscience les maxillaires et quand on a l'expérience de tous les outils, parce que là on en cause, mais c'est une expérience concrète de manger en pleine conscience, se laver les dents en pleine conscience, et une fois qu'on a fait l'expérience : on y revient facilement. Enfin ça s'intègre, et franchement tension-détente-étirement, qu'est-ce que ça fait du bien. Ça libère les tensions ...” Dr I

L'un des médecins présente, par exemple, un enseignement de type conversationnel.

“Alors des fois je leur dis même :”Stop, regardez-moi, on s'assoit, regardez, là je me laisse ressentir que je suis assis, là je sens la pression sous mes fesses, là on la sent mieux, vous la sentez ? Sentez voir, essayez de sentir la pression sous les fesses. Vous sentez la pression sous vos pieds ? Et vous sentez vos mains sur les cuisses ? Okay, vous arrivez à le sentir ? Vous êtes droite là, mettez-vous à la verticale, voilà, voilà ! Essayez voir de sentir, de respirer par le nez. Là je sens, mais pas trop parce que comme je parle, ça me distrait, attendez voir, je vais faire l'effort. Allez-y...” C'est un exercice où la personne peut, dans la conversation, se connecter avec l'assise. Oui, presque conversationnel. Je vais rarement aussi loin que la respiration, je leur dis : vous sentez les fesses, vous sentez les pieds, les mains, vous le sentez bien ? Comment c'est ? C'est plus calme ou c'est plus agité ? Ah c'est plus calme ...” Donc là on émet quelque chose” Dr J

L'apprentissage du patient par l'expérience est réalisé par **imitation du médecin** ou **application d'une guidance** énoncée par le médecin. L'apprentissage expérientiel est une succession de quatre étapes : l'**expérience**, le **partage** (le patient fait part de ses réactions et de ses observations); l'**analyse et la généralisation** ; et enfin l'**application** au quotidien. C'est le principe des cycles MBCT/MBSR.

- **La pédagogie démonstrative** : Le médecin justifie le principe de la méditation pleine conscience pour le patient. Il démontre au patient que celui-ci l'expérimente déjà. Le médecin n'impose pas une théorie, le patient constate lui-même les effets de la pratique. Un des praticiens interrogés utilise cette pédagogie comme phase d'accroche.

“C'est-à-dire que c'est un petit peu comme quand je commence, ça m'arrive beaucoup de dire « Ecoutez-vous, vous êtes déjà en train de méditer. À partir du moment où vous, vous écoutez les uns et les autres », c'est des choses que je dis assez régulièrement quand je fais notre petit tour. « Vous voyez, vous êtes en écoute attentive. Est-ce que vous en avez pris conscience ? Est-ce que vous vous en rendez compte ? Vous méditez !» Ça peut m'arriver de dire « Vous voyez, vous êtes déjà en méditation, vous avez écouté volontairement, attentivement l'autre. Et ce que vous pouvez, ce

que vous faites certainement mais que c'est important d'avoir conscience de faire c'est écouter... tout ce à quoi cela vous fait penser et toutes vos propres sensations. » Dr I

- **La pédagogie interrogative** : À l'aide d'un questionnement approprié, le médecin permet au patient de construire ses connaissances et de faire des liens entre la pratique et les difficultés au quotidien. Cette étape permet de donner du sens à ces éléments épars. C'est la phase de thérapie à proprement parler. L'objectif de cette analyse est que le patient retire des données utiles et applicables dans des situations similaires.

“Parfois aussi je pointe, enfin comment dire ... J'essaie des fois de faire pointer du doigt que le patient part dans ses pensées, que j'arrive pas à l'arrêter : « Vous voyez là vous êtes venus, vous m'avez posé une question. Je commence à vous répondre et après la troisième phrase vous m'interrompez de nouveau. Vous ne m'écoutez pas. Vous avez du mal à vous concentrer. Vous sentez comment là-haut, agité ? Vous écoutez vos pensées, il y a beaucoup de pensées qui vous ont emmenés ? Vous voyez ce que je veux dire ? Est-ce que ça s'arrête des fois ? Racontez-moi ! » Et là on peut essayer d'amener la personne vers l'expression de son agitation intérieure. Et qu'elle n'arrive pas à être là. C'est une façon, en négatif, de pointer gentiment un trouble attentionnel. [...] Elle ne peut pas écouter la réponse à la question qu'elle a posée donc elle est perdue.... Donc on va lui faire toucher du doigt qu'elle est perdue pour l'aider à se retrouver. C'est aussi une façon de les capter parce que des fois ça ne s'arrête jamais : la plainte, la plainte, la plainte Donc à un moment je fais stop ! Il ne faut pas le faire de façon agressive. Il faut montrer que la personne n'a pas réussi. « Vous percevez que ... Est-ce que vous avez compris que vous m'avez interrompu ? Vous vous n'êtes pas rendu compte ? Qu'est-ce qu'il se passe là-haut ? Vous n'êtes pas bien, vous êtes tellement angoissé, énervé ? Qu'est-ce qu'il vous arrive ? » La personne, tu lui proposes les mots de ce qu'il lui arrive, l'angoisse, l'irritabilité, la colère... à un moment dans la collection de mots que tu vas balancer il va y en avoir un qui va raisonner et la personne va commencer à parler de ça... Tu vas la rattraper. Ce que tu as fait là c'est l'observation des pensées. Sauf que tu ne lui as pas dit que c'était de la méditation parce que là c'était pas la peine ! Mais en fait, toi, tu es partie du fait qu'on est en train d'observer ses pensées donc tu l'as aidé à observer sa pensée pour la verbaliser, c'est un point d'observation. Donc c'est encore un outil de la méditation. Simplement là, il faut le faire comme une photo qu'on va regarder ensemble, pas de manière agressive, mais c'est un peu invasif de faire ça je trouve ! On ne demande pas l'autorisation du patient

pour faire l'exercice, on interrompt le patient dans son discours. Il faut immédiatement lui expliquer qu'on essaye d'être bienveillant pour observer ensemble ce qu'il se passe à ce moment-là et est-ce qu'on peut en faire quelque chose. Souvent le patient va avoir accès à la pensée qui l'obsède, aux ruminations. On ne rentre pas dans la méditation, l'expérience du corps ou de la posture, on rentre directement dans l'expérience de la pensée ou de l'émotion.” Dr J

- **La pédagogie par figure de style :** Elle est utilisée par un thérapeute pour aider un patient dans le processus de guérison. C’est l’outil principal pour transmettre les idées clés, les concepts de la méditation pleine conscience. On observe les figures d'analogie par comparaison (comparaison directe) ou métaphore (comparaison implicite) et les figures d’atténuation comme la litote (suggestion : en dire moins pour faire entendre plus).

“Des images peuvent être suggérées comme celles de la montagne, du ruisseau, des nuages qui passent dans le ciel ou l’arc-en-ciel pour les encourager à des pratiques d’acceptation. [...] Par exemple, je lui ai proposé la méditation du ruisseau avec les feuilles qui passent illustrant l'impermanence. Je lui ai demandé de déposer ses pensées positives et négatives sur ces feuilles pour expérimenter leur caractère transitoire, s'éloignant les unes après les autres sur la surface du ruisseau, emportées par le courant.” Dr E

“J'essayais d'apporter [...] l'histoire de plus on lutte contre les pensées, pire c'est... Bourgonon donne beaucoup, beaucoup de métaphores et je trouve ces images très très intéressantes. “ Dr H

"Dans ces cas-là, je vais facilement utiliser des métaphores pour permettre d'être en pleine conscience : l'image d'être assis à côté d'un torrent, le torrent représente les idées et nous être ancré assis à côté, ou alors le ciel bleu, les nuages étant les idées. Oui ça par contre j'aime bien, ça fonctionne bien !" Dr D

“J'explique souvent l'image du train qu'on voit passer mais on ne court pas après ! [Rires] Puis j'explique qu'on se sent moins embringué dans nos pensées, parce que toute la journée il y a une pensée puis une autre, et là pendant quelques minutes, mon Dieu, grâce à la méditation, on laisse passer ses pensées sans les suivre” Dr G

- **La pédagogie expositive** : Le médecin transmet ses connaissances sous forme d'exposé. Les médecins qui dispensent une information théorique sur la méditation pleine conscience utilisent ce procédé.

4.2.3.2.2. Utilisation de supports pédagogiques

Les médecins généralistes qui délivrent des exercices isolés ou thérapies brèves, thérapie adaptée du protocole de soin MBI, se servent de supports. Nous nous sommes demandé quels sont ces supports ? Les supports délivrés aux patients sont de différentes formes.

On observe des supports papier à remplir pour les prochaines séances : calendrier des événements agréables et désagréables. De plus en plus, les supports sont numériques : support MP3 enregistré par le patient lui-même pendant la consultation, ou des méditations génériques sur les sites de Mindful France, EPSM Lille par exemple. Il existe de nombreuses vidéos sur YouTube : Christophe André, Frédéric Lenoir Enfin, les applications téléphones sont innovantes dans le domaine avec notamment Petit Bambou, Namatata ...

“À Lille, on a le site de l'EPSM Lille métropole où il existe tout un protocole MBSR, sur 8 semaines pour les patients.

Ils ont des PDF, des MP3 tout ça, et ils sont un peu orientés, on va dire que c'est le petit bambou version médicale lilloise ! [...] Tout est interactif sur leur page Internet, organisé par l'EPSM (Établissement public de santé mentale), donc ce sont des psychologues et des psychiatres qui ont créé ça, donc au moins je me dis bon ...” Dr D

“J'ai quelques patients douloureux chroniques auxquels j'ai proposé les séances comme le corps douloureux de Christophe André sur YouTube ou ce genre de chose... “ Dr K

“Je leur faisais télécharger les contenus téléchargeables sur le site MindfulFrance comme ça ils avaient une guidance.” Dr H

“Il y a des patients qui sont intéressés et puis le fait que ça soit gratuit sur Internet ils peuvent l'utiliser. Il y en a certains qui enregistrent aussi les séances que je fais avec eux, donc après ils peuvent les réécouter.” Dr E

“La personne enregistre. Elle vient avec son enregistreur et on enregistre toutes les méditations. L'enregistrement c'est pour que la personne ait un outil, et qu'elle puisse continuer, s'entraîner avec l'enregistrement.” Dr J

4.2.3.2.3. Portée thérapeutique

Le processus d'enseignement a une portée thérapeutique. Le médecin généraliste participe à l'éducation thérapeutique du patient. On note ici l'importance du professionnel de santé, du **thérapeute** dans le processus de description et d'analyse des sensations physiques, pensées et émotions, mise en relation avec les difficultés actuelles du patient.

“Même si on est dans l'idée qu'il ne va pas avoir de guérison, il va quand même falloir l'accompagner comme s'il y allait en avoir une. Sinon une totale, une, peut-être justement, ce qu'on appelle guérison méditative. C'est-à-dire retrouver le bien être, d'une paix intérieure même si le corps est totalement dégradé dans la souffrance” Dr C

“En méditation, je pense que le médecin ne doit pas déléguer parce qu'il ne faut pas oublier que, le retour que l'on fait, est un retour pour comprendre la personne, il fait partie des processus thérapeutiques. [...] Ça peut libérer des contenus sous-jacents, ça les fait émerger dans la conscience que ce soit des douleurs, des émotions, des états d'être. Cette pratique-là fait émerger des contenus de mémoire et là, il faut être capable d'accompagner après. Je veux dire que c'est quand même un processus thérapeutique qui intègre de la dimension dite psy, mais il faut savoir ce qu'on fait quand un patient est angoissé et en deuil...” Dr I

“Et mon bagage scientifique et ma réflexion de médecin ont toute leur place quand il y a des partages. Vous savez l'importance des partages et des dialogues exploratoires dans le programme MBSR et MBCT. L'essentiel c'est d'essayer d'accompagner la personne pour qu'elle arrive à exprimer ses propres découvertes. Mais je l'accompagne avec toutes mes connaissances, tout ce bagage.” Dr B

“Je pense que ce qui est très important dans la méditation, c'est que le thérapeute, celui qui guide, soit juste un catalyseur. Il ne faut rien apporter de l'extérieur. [...] Et donc tu mets des jeux de clés devant les patients et ils prennent les clés qu'ils veulent, et ils vont où ils veulent. Mais ce n'est pas toi qui les emmènes où tu veux” Dr J

4.2.3.2.4. Contraintes perçues

Les médecins se plaignent de difficultés dans cet enseignement. On peut citer : le passage de l'apprentissage à l'application, la difficulté de capter et maintenir l'attention des patients, et l'évitement expérientiel.

- **Difficulté de passage à l'acte : légitimité d'application de la méditation en cabinet**

Malgré les formations approfondies, l'application de la méditation en cabinet est un moment décisif. Il permet un passage de la pratique personnelle à la pratique professionnelle.

“À l'époque, c'était comme dirais-je, deux pratiques apparemment distinctes. Je pratiquais la méditation mais je n'en parlais à personne. Surtout pas à mes collègues, et surtout pas non plus à mes patients. Je restais toujours une pratique très personnelle, j'allais à des méditations de groupe mais je n'en parlais pas du tout du point de vue médical, à personne.” Dr B

“Il faut oser et arriver à s'organiser pour trouver des créneaux” Dr F

“C'était difficile à mettre en place, ça a mis plusieurs années pour se lancer” Dr A

“[Quelles sont les difficultés que tu as rencontrées avec l'utilisation de la méditation en cabinet ?] Bah étonnement très peu. Se lancer ça fait peur. Au début, je faisais des très petites méditations. Après une fois qu'on a fait le premier pas, ça va tout seul. Je trouve que c'est d'une facilité désalarmante.” Dr L

Cette difficulté est majorée par l'**aspect encore ésotérique** de cette pratique.

“Parce qu'à l'époque la méditation en France, et encore un peu maintenant c'est considéré comme une pratique ... Enfin il y a actuellement même des articles dans certains journaux sur le yoga et la méditation comme porte d'entrée dans les dérives sectaires. C'est encore des choses qui sont publiées à l'heure actuelle même avec les preuves

scientifiques apportées par l'équipe de Jon Kabat Zinn et les recherches récentes, il y a des gens qui restent très ... bloqués. Donc à l'époque, c'était impossible de parler de ça dans le cadre médical. J'étais très actif dans la formation médicale continue mais je gardais ma pratique de la méditation pour moi-même." Dr B

"Je le propose souvent sous forme d'exercices parce que les gens ont peut-être peur du terme méditation, puis j'aime pas tellement le terme méditation. [...] Donc moi je préfère le mot exercice. C'est pas connoté, les gens ça ne leur fait pas peur et en plus ça correspond vraiment à comment je le vois. Je leur donne des outils pour avoir un meilleur accès à leur expérience intérieure qu'elle soit somatique ou psychique." Dr J

"Généralement, ils sont un peu sur la défensive...[...] C'est pas accueilli par tout le monde de la même façon on va dire la méditation pleine conscience : dans nos confrères et par les patients...Il y en a qui ne sont pas du tout ouverts à ça. Parce que c'est un peu ... Pour ceux qui ne connaissent pas et qui n'ont jamais lu les études scientifiques sur la méditation, pour ceux qui ne s'y sont pas vraiment intéressés, c'est du charlatanisme on va dire... Celui qui a vraiment jamais regardé et je pense que c'est beaucoup de personnes comme ça, la méditation ça fait partie du lot de thérapies complémentaires sans trop d'études alors qu'en fait, si on regarde correctement, il y a vraiment beaucoup de choses qui ont été faites là-dessus." Dr D

"Donc il y avait quand même des résistances, le corps médical n'est pas très progressiste hein, je dirais. [...] "Donc, ce sont les patients qui poussent à la demande mais il y a une résistance du corps médical parce qu'on est un peu réactionnaire quand même ! Tout ce qui est nouveau est toujours décrit comme dangereux !" Dr E

"Au début, j'étais gêné de faire ça parce que j'avais peur du regard des autres" Dr G

Deux des médecins expliquent **une peur des accusations.**

"[Le patient] vient avec son enregistreur et on enregistre toutes les méditations. C'est bien aussi parce que je me suis rendu compte récemment, j'ai pensé à ça tout récemment, alors que je fais ça depuis longtemps, ça veut aussi dire que c'est transparent. Ce qui se passe ici, tu peux le montrer à qui tu veux, ça t'appartient, c'est pas secret, c'est pas sectaire, c'est public. Tu en fais ce que tu veux." Dr J

"Après je n'ose pas trop me permettre, vous voyez j'ai pas encore osé dû faire du protocole MBSR avec mes patients tout ça, j'avoue que je suis un peu réticente de ce qu'on pourrait me reprocher quoi " Dr D

Les médecins décrivent un événement déclenchant où ils ont passé à l'application en cabinet de médecin générale. Ils se sentent actuellement **légitimes** face à cette pratique. On peut citer l'aisance par expérience personnelle, l'élaboration du mémoire et l'approbation de la communauté médicale.

- Expérience personnelle

L'expérience personnelle est nécessaire pour transmettre cette pratique.

“Il faut quand même une certaine expérience de la pratique pour pouvoir ressentir cette envie de partager. Bien sûr j'aurais eu envie mais je ne savais pas comment faire.” Dr B

“Et l'expérience personnelle aussi ça compte : je vois que ça me fait vraiment du bien, je me dis ça peut faire du bien au patient.” Dr C

- Élaboration d'un mémoire

La réalisation d'un mémoire sur l'intégration de la méditation dans la pratique clinique pendant la formation encourage les médecins à s'approprier cette thérapie et à surmonter les premières difficultés liées à sa mise en place en cabinet.

“Je n'étais pas arrivée à faire de la psychothérapie dans ma patientèle où je ne savais pas comment organiser ça et en fait [...] il fallait faire un mémoire et pour faire mon mémoire je me suis dit c'est le moment ou jamais de me mettre à faire une thérapie de groupe.” Dr F

*“Un mémoire basé sur l'organisation d'une session MBCT avec des patients que nous devons recruter nous-même.”
Dr A*

- Approbation communautaire

L'utilisation par d'autres médecins à faciliter la mise en place de la méditation pleine conscience en cabinet de médecine générale.

“Et en fait ce qui a fait basculer cette réserve, c'est la découverte d'un livre du Dr Frédéric Rosenfeld qui est psychiatre à Lyon. Son bouquin est intitulé Méditer c'est se soigner.” Dr B

“C'était chouette parce que c'est là que je me suis rendue compte qu'eux avaient un circuit de médecins qui faisait ça du MBSR ou de la méditation” Dr D

- **Capter et maintenir l'attention du patient**

Comme pour toute prise en charge médicale, **l'adhésion** du patient est essentielle. Davantage pour les soins de psychothérapie où le patient doit s'engager. **L'engagement** du patient dépend de ses motivations.

“Évidemment, je crois que les gens qui font de la méditation, il faut bien évidemment y adhérer. [...] Je leur propose, vous voyez. C'est affiché, ils savent que, je leur dis que je le fais et que ça serait bien pour eux. Et là, c'est une rencontre avec leurs propres désirs. [...] parce qu'il y a des gens que ça n'intéresse vraiment pas. [...] Il n'y a pas de prérequis. Il faut un certain désir, une envie, l'attente et c'est tout.” Dr I

“Oui, bah déjà il y a toujours ce problème de locus intrinsèque et extrinsèque. À partir du moment où il pense qu'uniquement le médicament fera l'effet et pas eux, bah c'est foutu. Dans ces cas-là, il faut plutôt faire de l'entretien motivationnel : pourquoi vous aimeriez mieux dormir, ou est-ce que c'est pour vous, pour les autres ? Je pense par exemple au surpoids ou au tabagisme vous leur ferez rien faire tant que c'est pas pour eux et tant qu'ils n'ont pas une motivation intrinsèque.” Dr D

“On a commencé avec cinq patients des fois, et on a fini avec deux. [...] Non, quand on leur parlait en consultation, ils étaient très intéressés et après quand il fallait se libérer sur ces huit semaines, faire les exercices tous les jours, et bah là c'était pas là même chose ! Parce qu'il devait y avoir un investissement de leur part.” Dr K

“Mais je pense que ça ne s'adresse pas à tout type de patient. Pour que ça marche, je pense qu'il faut faire un bon Bah des personnes qui vont s'investir quoi clairement. On les voit en médecine générale : ceux qui bouffent n'importe quoi et qui viennent chercher leur oméprazole tous les mois en disant j'ai mal au bide. Ouai bah arrête de bouffer au MacDo et boire des sodas ! Ce type de patient, la méditation ils seront très passifs, ça demande quand même que les patients soient acteurs dans leur prise en charge quoi.” Dr H

Les médecins interrogés expriment des **difficultés vis-à-vis de la population cible**. La population cible des MBCT est un frein majeur à la mise en place de la thérapie. Dans les caractéristiques inhérentes à la pathologie anxio-dépressive, il existe une perte de proactivité, un manque de désir et d'investissement pour une thérapie. Ces caractéristiques sont moins évidentes pour la population cible de MBSR où le public est plus large.

“Il faut que les gens qui sur ce terrain de dépression chronique, dont on connaît les conséquences financières, psychosociales, etc... Qu'ils soient prêts à mettre un peu d'argent, soient prêts [...] pendant deux mois avec des séances d'une heure et demie par semaine etc. Et qu'ils veuillent développer un outil pour peut-être enchaîner un peu moins les dépressions. Et dans ce public-là, en médecine générale, les quatre cinquièmes des gens sont à la ramasse, donc ce n'est même pas pensable pour eux de dire qu'ils vont payer 100 euros pour participer à la thérapie ! “ Dr A

Les médecins généralistes interrogés expliquent la difficulté à **capter et maintenir l'attention** du patient. Cet obstacle est évidemment moins important chez les patients qui viennent d'eux-mêmes.

“On essaye d'introduire le sujet le mieux possible chez des gens qui n'ont jamais entendu parler de ça, ce qui n'est pas évident...” Dr A

Il faut donc trouver des méthodes, des astuces facilitant l'intéressement des patients : exercice de plus courte durée, de difficulté progressive... Plusieurs verbatims démontrent cette adaptation du médecin regroupé dans la partie processus graduel et adapté.

- **Évitement expérientiel**

Les médecins interrogés sont aussi face à **l'évitement expérientiel** des patients. Les patients demandent de la relaxation. Dans ce cas, la méditation pleine conscience est détournée. Elle devient alors un simple outil individuel anti-stress, qui calme et reconforte, et qui ne questionne d'aucune façon les causes de ce stress et les solutions durables à mettre en œuvre.

“Parce que, par exemple, un body scan, les faire se concentrer une demi-heure chez des patients qui ne se sont jamais posés, ils vont dire : “je médite”, mais non vous méditez pas vous étiez sur vos pensées pendant une demi-heure !” Dr H

“Alors ce que j'ai ressenti c'est que beaucoup de gens... ceux qui viennent avec une demande personnelle de méditation, je ne parle pas de ceux à qui je propose des exercices pour lesquels je ne cite pas la méditation, ou éventuellement je vais leur dire ce que c'est mais je parle de l'exercice... Ceux qui viennent pour faire de la méditation,

beaucoup viennent pour l'évitement expérientiel, alors que soit disant ils viennent pour l'acceptation et l'ouverture de l'esprit et voir ce qui est, mais la motivation de plein de mes patients, c'est l'évitement expérientiel.” Dr J

“Il ne faut pas dire que ça fait du bien d'une façon systématisée, systématique et absolue ! Ce n'est pas du tout ça. Même si beaucoup de patients y croient” Dr I

4.2.3.2.5. Volonté de diffusion

Les médecins souhaitent développer cette thérapie et la faire connaître. Pour beaucoup, ils s'investissent dans la **formation**. Ils diffusent, voire font de la promotion de ce qui a modifié leur façon de vivre au plan personnel et leur façon d'exercer au plan professionnel. Cette expansion est particulièrement importante chez le personnel soignant.

“On en avait parlé avec d'autres médecins [...], d'essayer de développer l'approche de méditation pleine conscience mais à l'intérieur même des médecins, enfin pour les médecins eux-mêmes. Pour beaucoup, ça leur ferait le plus grand bien, pour eux-mêmes et pour le type de relation qu'ils développent avec leurs patients.” Dr A

“J'ai fait la connaissance d'un collègue psychiatre, on est devenu amis et on a mis au point une formation médicale continue de deux jours puis une deuxième d'initiation à la pleine conscience pour les médecins dans le cadre de la formation médicale. “ Dr B

“Et en médecine, ça serait peut-être bien de le faire par exemple dans les années d'externat, rien que des présentations à la rigueur, des présentations ou des options. On fait bien l'histoire de la médecine, donc pourquoi pas des options sur les thérapies complémentaires. Après je pense qu'il faut bien rester basé sur tout ce qui est recherches scientifiques, c'est important de ne pas dériver vers autre chose qui ne serait pas reconnu scientifiquement.” Dr D

“Moi à terme, je voulais qu'il ait un enseignement à la fac. Pourquoi pas proposer des groupes de méditation pour les étudiants qui étaient intéressés” Dr K

4.2.3.3. Communication médecin-patient

4.2.3.3.1. Évolution du médecin : témoin d'un apport personnel

4.2.3.3.1.1. Pratiques méditatives du médecin

Comme vu précédemment, le médecin généraliste pratique la méditation pleine conscience à visée personnelle. Il fait des méditations formelles avec guidance et des méditations informelles dispersées dans la vie quotidienne. Les médecins méditent aussi avec le patient au cours des consultations de thérapies basées sur la méditation pleine conscience.

- **Méditation personnelle formelle et informelle**

Les médecins rencontrés pratiquent des méditations formelles et informelles de manière volontaire et personnelle. Petit à petit, suivant les caractères, il se peut que les méditations formelles soient de moins en moins nombreuses en faveur des méditations informelles. Les médecins explorent les bénéfices et contraintes de cette pratique. Ils sont face aux mêmes difficultés que les patients et comprennent mieux les ressentis de ceux-ci.

Il apparaît nécessaire que les médecins aient une pratique personnelle de la méditation pleine conscience pour favoriser l'explication et le soin par cette technique.

“Mais au plan individuel, je continue à être relativement assidu. [...] j'accorde beaucoup d'importance à l'hygiène de vie au sens large du terme dans laquelle on retrouve aussi la pratique de l'exercice méditatif et sportif. [...] Je continue à méditer régulièrement en petite séance, en grande séance plusieurs fois par semaine.” Dr A

“On sait bien que ce n'est pas facile. Même moi je médite très très peu toute seule, pour toutes les raisons qui me sont internes.” Dr I

“Je vois qu'en fait quand j'arrête de méditer, je sens tout de suite que je suis moins bien.” Dr D

“Je le fais de manière tout à fait personnelle et entre deux consultations de folies, je me prends parfois 5 à 10 minutes pour essayer de méditer. Même 10 minutes ça suffit. [...] Oui bien sûr que ça m'aide. Oui oui,, ça me permet de faire une pause, une respiration, une pause respiratoire, une pause lorsqu'il y a 40 personnes dans la salle d'attente et bah

ça me permet de faire retomber un peu le soufflé, ou alors quand j'ai eu une consultation plutôt désagréable, bah je prends le temps de prendre 5 min, ça me permet de recevoir le patient d'après de manière un peu plus sereine. " Dr G

"Et après, à partir du moment où on intègre des concepts, des outils, on peut l'intégrer de manière informelle dans la pratique ou alors on peut faire faire des méditations formelles." Dr E

"Je ne fais plus de méditation formelle mais tous les matins je prends mon vélo et je médite en pédalant" Dr K

- **Méditation formelle avec le patient**

Pendant la consultation, le médecin médite avec son patient. Le médecin est thérapeute, il fait une guidance pour son patient et médite dans le même temps. Le retour d'expérience est bilatéral. Il existe un **enrichissement réciproque** du médecin et de son patient.

"Et du coup comme moi ça me faisait du bien aussi de pratiquer avec eux, parce que j'ai un peu de mal à pratiquer régulièrement chez moi, j'ai fait des groupes." Dr F

"Quand on fait une méditation, on se fait du bien à soi-même, on la fait, c'est pour soi et quand on la propose aux patients on la vit." Dr I

"Je leur faisais faire l'exercice en direct, et moi je méditais aussi pendant la consultation" Dr H

4.2.3.3.1.2. Connaissance de soi par la présence

- **Pleine présence**

Les médecins en pleine présence décortiquent leurs sensations, émotions et pensées. Ils découvrent leurs états physiques et psychiques au contact d'une situation. Les médecins interviewés expliquent qu'ils passent d'un mode "**faire**" avec des automatismes comportementaux et mentaux à un mode "**être**" en pleine conscience. Ils sont dans le moment présent.

"Ça permet de se reconnecter avec son corps et puis d'avoir plus de conscience, d'être plus éveillé " Dr K

"Avec beaucoup plus de présence forcément" Dr A

“Dans ma vie quotidienne, c'est vrai que je suis plus présente au moment que je vais vivre en famille ou quand je vais faire des balades.[...] C'est vrai que c'est toujours plus agréable d'être là pleinement.” Dr D

- **Mieux se connaître**

Les médecins généralistes apprennent à se connaître pour mieux cerner leurs limites.

“Je pense que la méditation m'a permis d'apprendre à mieux prendre soin de moi, mais pas au niveau des concepts, pas au niveau des mots, c'est apprendre à se connaître mieux, à un niveau qui est avant le langage, avant le conceptuel. [...] Ce que j'apprends par la méditation est qui "je suis" ; je ne suis pas médecin, je ne suis pas Tristan, je ne suis pas amoureux, je ne suis pas ceci ni cela, je suis. Je suis d'une façon expérientielle pour utiliser un néologisme. ” Dr B

“C'est juste un outil qui est devenu... incarné en moi et que j'utilise.” Dr J

“Comprendre en quoi ça réveillait en moi certaines choses... Pourquoi certains patients je ne les supportais pas et d'autres ça allait très bien. Alors que pourtant à priori, c'était des gens qui souffraient de la même façon en face de moi” Dr F

4.2.3.3.1.3. Régulation émotionnelle

Cette connaissance de soi permet de mieux cerner ses réactions pour une situation donnée et d'anticiper celle-ci dans de meilleures conditions. Les médecins interrogés prennent de la distance, diminuent le fonctionnement par automatisme, et répondent plutôt que réagissent. On note une diminution de l'évitement expérientiel au profit de l'acceptation. Les émotions, notamment le stress, sont mieux appréhendés et gérés Les méditants acquièrent une **flexibilité psychologique**.

“Je ne cherche plus à éviter ou à lutter contre les obstacles qui peuvent se présenter mais d'abord reprendre mon souffle avant de décider de l'action à mettre en œuvre et ne pas réagir de manière automatique. “ Dr E

"Je suis moins impactée. C'est-à-dire que je ne prends pas les choses pour moi. Pareil, quand quelqu'un va vous faire des remarques désagréables ou autres, [...] je me sens moins irritée" Dr F

“Je dirais que ça m'a apporté pour moi-même déjà : pour gérer le stress et la charge émotionnelle [...]Mais aussi de souplesse de caractère, de sentir quand les contrariétés montent, d'être plus présent à ce que je fais et donc d'avoir une vie émotionnelle personnelle au boulot beaucoup plus régulée. “ Dr H

“Je sais que je vais rapidement prendre plus de recul, ou alors même dans ma vie quotidienne : je suis plus sereine.”

Dr D

"Cette prise de conscience permet un changement de vision sur le monde et une modification de comportement." Dr C

“Ça permet aussi, à travers la méditation [...] de changer son regard sur la relation d'être au monde. Moi c'est l'idée que j'ai eu finalement en faisant cette formation de méditation. C'est-à-dire ça change les séquences cognitives qu'on peut avoir, la manière de traiter les informations qu'on peut avoir dans la vie“ Dr K

4.2.3.3.1.4. Redéfinir ses valeurs

Cet ajustement cognitif permet de redéfinir ses valeurs personnelles. Les valeurs sont des qualités souhaitées influençant nos choix et nos comportements. C'est ce qui a vraiment de l'importance à nos yeux. Les médecins distinguent mieux l'important de l'urgent. Ils régulent mieux leur vie de famille, leur vie professionnelle et leurs loisirs.

“Les premières années, je me souciais davantage de mes patients que du reste de ma vie ; et actuellement, je pousse à ce que ce soit l'inverse, et j'essaye de me détacher de tout ça. Oui, oui !” Dr C

“Ça m'a aidé à aujourd'hui trouver un bon équilibre pro et perso je pense” Dr H

“[La méditation] m'a permis d'être moins phagocyté par mon activité médicale et j'ai réalisé que pour vivre heureux il fallait trois pôles : un pôle familial, un pôle professionnel et un pôle de loisirs, culturel ou sportif. Il faut être en harmonie entre les trois et s'il y en a un qui est hypertrophié, il bouffe les deux autres” Dr G

Les valeurs définies sont en accord avec les valeurs intrinsèques des professionnels médicaux : le respect, la tolérance, et la bienveillance. Le médecin est conforté dans son rôle de soignant.

“Cela a accru ma capacité de tolérance et d'acceptation. C'est cela qui m'a bien plu, c'est une qualité tout à fait essentielle en médecine générale. [...] On est au-delà de la première impression : ça c'est une qualité qui se développe et la méditation aide à développer ça, à changer le regard ”Dr A

“Cette formation de méditation pleine conscience est venue renforcer les valeurs qui étaient les miennes à titre professionnel mais aussi à titre personnel : les valeurs humanistes comme la bienveillance, le non-jugement, la tolérance, la pleine présence, l'instant présent, la confiance. [...] Des valeurs que l'on a d'une manière intrinsèque quand on est médecin, parce qu'on est quand même dans la relation d'aide, dans la bienveillance, et puis ça permet quand même de confirmer des choses.” Dr E

4.2.3.3.1.5. Auto-compassion

Alors que nous sommes habitués à l'autocritique, la méditation permet d'être plus en accord avec soi-même. Les médecins apprennent à prendre soin d'eux : plus attentifs et bienveillants envers eux-mêmes.

“C'est ce que la méditation m'apporte principalement, cette redécouverte chaque matin dans l'assise silencieuse, entrée en amour avec soi-même. Pas un amour égocentrique, un amour qui accueille à la fois la lumière et la grandeur et les côtés sombres et égoïstes que je suis. [...] Je pense que la méditation m'a permis d'apprendre à mieux prendre soin de moi et en prenant soin de moi en tant que médecin, je peux aller mieux prendre soin des patients [...] C'est d'ailleurs la découverte majeure que les médecins font au cours de notre formation.” Dr B

“Il faut arriver à trouver un juste équilibre. Quand on est serein, quand on est bien avec soi-même, on peut mieux aider les autres d'une certaine manière.” Dr C

“Ça permet aussi de, à travers la méditation de sede prendre plus soin de soi, avoir un regard plus bienveillant et quand on a un regard plus bienveillant sur les autres, on a un regard plus bienveillant sur soi-même” Dr A

“La plupart ont vu tout l'intérêt de cette formation pour eux-mêmes puisqu'on est quand même médecin généraliste. Les médecins ne savent pas très bien prendre soin d'eux. La méditation aide un peu à changer le curseur pour savoir prendre soin des autres et prendre soin de soi. Je suis désormais davantage attentif aux ressentis de mon corps et de mes émotions, plus respectueux à leur égard, et moins sévère avec moi-même.” Dr E

“Moi je suis migraineuse donc ça permet de calmer un peu les migraines.” Dr D

“Un patient qui est soigné par un médecin qui est bien dans ses baskets va être bien mieux traité et pris en charge que par un médecin surbooké qui avait déjà avalé 50 patients et qui sait même plus où il habite. [...] Je dirais même, j’irais plus loin que ça, c’est dans l’intérêt du patient” Dr G

“Grâce à la méditation, maintenant, je me dis souvent, qu’il y a le boulot, mais pas que.” Dr H

Les bénéfices perçus par la pratique de la méditation pleine conscience participent à un **épanouissement personnel**.

“La pratique de la méditation m’a permis de me sentir mieux vivre” Dr E

4.2.3.3.2. Relation médecin-patient

4.2.3.3.2.1. Méthodes de communication

La communication médecin-patient grâce à la méditation pleine conscience correspond aux bases de **communication non-violente (59) et d’intelligence émotionnelle (60)**. On glisse d’une communication instinctive à une communication centrée sur l’écoute et l’empathie.

Le mot "écoute" est présent dans l’ensemble des entretiens. Une écoute attentive du patient est décrite par les médecins interrogés. L’écoute est au cœur d’une consultation de **médecine plus humaine**. Elle est un acte thérapeutique en elle-même.

Le médecin est plus concentré et attentif pendant l’entretien. Il a une réponse plus adaptée à une situation donnée. La consultation se passe de manière plus apaisée et bienveillante. Le patient est pris en charge de manière optimale.

“La plupart des gens les écoutent mais sans les écouter, ils donnent tout de suite des conseils.” Dr E

“Ce qui marche vraiment c’est d’écouter la personne et de l’accepter comme elle est. On est pas des robots. Et puis après de l’aider du mieux qu’on peut pour qu’elle se soigne” Dr L

“Bah déjà être plus concentré ! Ça m’aide surtout à pouvoir me re-concentrer plus facilement en consultation. Je pense que vous devez le voir aussi, mais quand on voit toutes les 15 min un patient pendant 4 heures, j’avoue qu’au

bout d'un moment on se sent un peu dépassé ! Ou on repense à l'ancien alors que le suivant arrive ! Parfois je prends une minute ou deux pour essayer vraiment de focaliser sur l'instant présent, d'essayer de recentrer sur moi-même avant de reprendre le suivant, pour me sentir un peu plus libre d'esprit et pour écouter le suivant, sinon, si je suis stressée malheureusement le suivant va peut-être avoir une perte de chance sur l'écoute !” Dr D

“ J’écoute plus que je ne parle en consultation.” Dr I

“J’ai trouvé que c’est une technique de communication, indirectement d’être humble, ouvert à l’autre. J’ai trouvé que c’était un bel outil indirect pour mettre en pratique cette approche centrée sur le patient mais en pratique comment on fait, bah pff... c’est un peu l’interprétation de chacun !” Dr H

Un médecin interrogé compare les médecins généralistes à des curés laïques : cette expression est très intéressante puisqu’elle met en avant le pouvoir du confessionnal et donc de l’écoute dans l’action thérapeutique.

“On est un peu comme des curés laïques quelque part ! Moi je ne suis pas croyant, mais j’ai dans l’idée quand même que l’on peut apporter quelque chose de cette nature-là, par bienveillance. Et c’est ça que j’ai bien aimé dans la méditation pleine conscience.” Dr E

Le médecin utilise un **discours méditatif** avec l’intégration d’un **vocabulaire des 5 sens**. Le verbe “sentir” est très présent.

“C’est être dans la présence, c’est -à -dire être ici et maintenant [...] La méditation c’est être là et voir ce qui se passe enfin, voir, entendre et sentir ce qui se passe [...] refaire un lien entre le corps et l’esprit. Et d’accepter qu’on a des idées permanentes qui nous disent n’importe quoi et ne pas les suivre à coup sûr.” Dr F

“Il a fallu que je fasse un effort extrêmement important sur plusieurs semaines et mois pour pratiquer le changement de vocabulaire et cela a été très intéressant pour moi, parce que vraiment je l’ai senti.” Dr I

L’attitude du médecin envers son patient a évolué. Il est plus empathique. La **communication non verbale** est modifiée. Comme vu dans la partie précédente, le médecin développe des compétences de tolérance, respect et bienveillance. Il est plus empathique, tourné vers le patient. Pendant nos

entretiens, nous avons pu constater une gestualité tournée vers l'ouverture : posture droite et accueillante.

“Oui bah forcément puisque je suis plus sereine et apaisée, je pense que tout de suite le patient en face se sent aussi plus détendu quand il arrive dans le cabinet. Oui je pense que ça modifie ma communication avec le patient. Même non verbale on va dire ! [...] Oui je vais moins les presser, ou ...[...] Je le rends beaucoup à mes patients d'être dans la bienveillance” Dr D

“On n'est pas médecin par hasard. C'est notre histoire personnelle, familiale etc... On est médecin dans l'âme, d'une certaine manière, il y a quelque chose en nous qui va plus loin que le simple savoir et le simple savoir-faire. Il y a le savoir être qui est préconscient ou inconscient, mais que les gens viennent chercher. La méditation participe à ça” Dr E

4.2.3.3.2.2. Alliance médecin-patient : horizontalisation de la relation

Un des apports les plus importants avec la méditation pleine conscience est le changement de relation entre le patient et le médecin. Ce n'est plus une relation d'autorité dans laquelle le praticien délivre son savoir mais une relation interactive invitant le patient à mobiliser ses propres ressources. On assiste à une horizontalisation de la relation médecin-patient. La relation patriarcale est devenue une **alliance thérapeutique au service du patient.**

“On n'est pas les savants et on n'est plus dans la médecine patriarcale” Dr F

“Ce que je veux dire par là, c'est que même s'il décrit des symptômes qui ne correspondent à rien, je vais aller vérifier parce que théoriquement, même s'ils n'en sont pas conscients : c'est quand même eux qui ressentent les choses. C'est pour ça que je parlais d'écoute et de pas être celui qui sait tout. Celui en face doit écouter et fermer sa bouche. “ Dr F

“Moi ce n'est pas ce que j'ai appris parce que c'était un peu ma nature, mais être dans le paternalisme médical en disant « il faut faire ci, il faut faire ça » : à mon avis, ce n'est plus tenable, ça crée des réactions de rejet de défense et ça abîme la relation. Il faut partir de là où en est le patient, l'écouter. Et après à partir de ça, cheminer ensemble. Et chaque patient est différent pour ça” Dr E

“Là on est vraiment dans une relation d'égal à égal, j'ai mon savoir technique et il a son savoir à lui. [...] C'est une relation plus simple, plus modeste” Dr L

“Le fait de les avoir écoutés avant de leur proposer la méditation à la fin de la consultation, finalement, c'est mon ressenti, mais, ils m'écoutent davantage en retour.” Dr D

“Et avec tout ce travail de relation du patient, je me suis dit, ouais, tu dois faire une synthèse, un accompagnement. Cette histoire de “miroir intelligent”, moi j'aime bien cette idée ! Cette image-là, où le patient a toutes les informations qu'il faut, moi le but c'est que j'essaie de lui faire dire et faire interpréter différemment en fait. La médecine centrée par le patient, je trouve que c'est des belles paroles mais en fait je n'ai jamais été formée à ça.” Dr H

La relation est donc plus **intime**.

“Ceux avec qui j'ai fait les méditations, effectivement il y a un autre contact, il y a quelque chose de plus chaleureux, je les connais mieux; je les vouvoie toujours, j'ai plus tendance à les appeler par leur prénom. Je me fais aussi appeler par mon prénom” Dr F

“Il faut comprendre que le but ce n'est pas de parler de soi, mais on peut s'utiliser nous-même comme exemple” Dr I

4.2.3.3.2.3. Réaffirmer les rôles de chacun

- Concernant le patient : Autonomisation

Les thérapies basées sur la méditation pleine conscience ont pour but une autonomisation du patient. Le patient devient **acteur de ses soins**. Il détecte au quotidien ses difficultés émotionnelles grâce aux premiers signaux physiques. Il peut engager un espace de méditation et une autorégulation de ses comportements. La thérapie basée sur la méditation pleine conscience contribue également à aider le patient à mieux se connaître, à gagner en confiance en lui, à prendre ses décisions et à résoudre ses problèmes.

“J'apprends aux gens à méditer tout seul et [...] j'invite les gens à se trouver une méditation qui leur convient. Je les invite aussi à intégrer des méditations informelles dans les actes de la vie quotidienne ce qui est extrêmement

important. [...]Et quand on a fait de la méditation, on est devenu méditant, vous voyez avec cette espèce de concomitance, de présence bienveillante intentionnelle, attentionnelle mes pieds, mon ventre, mon corps tout entier, ma respiration quoi que je vive, agréable, désagréable, et là ça va nous accompagner, en toute autonomie, dans les choses les plus basiques ... par exemple des examens difficiles à suivre en médecine, des peurs sur l'avenir ... "Dr I

"Donc ce sont quand même des outils très, très puissants et très faciles ! Ils sont parfaitement écologiques, il n'y a pas de consommation de quoi que ce soit et ils autonomisent le patient. Le patient peut, à tout moment, le déclencher, seul. On contribue à libérer les gens." Dr J

"Moi je suis vraiment dans l'idée qu'il faut rendre les gens autonomes." Dr H

- Concernant le médecin : Prise de recul, définir un cadre, dé-prescription

Grâce à l'identification de ses valeurs personnelles, le médecin a une attitude empathique, bienveillante et tolérante en consultation. Il prend plus de recul sur les situations difficiles.

Son rôle professionnel est redéfini en trouvant une juste distance entre la vie personnelle et professionnelle, l'urgent et l'important, ce qui est de son ressort et ce qui ne l'est pas.

"Même si parfois s'ils sont un peu agressifs ou ce genre de chose, je pense que je les comprends. Par exemple quelqu'un qui est agressif parce qu'il veut telle ou telle chose c'est parce qu'il est anxieux pour sa santé, donc je reste toujours dans le serein, je monte jamais au créneau, ça m'a permis d'apprendre ça" Dr D

"Je dirais une présence différente, c'est-à-dire notamment par rapport aux patients et peut-être plus de recul. Je veux dire moins d'impatience [...] Et puis quand on est dans une consultation un peu compliquée et qu'on se dit que ça va encore durer des heures, j'arrive mieux à gérer qu'avant. [...] Soit j'essaie de vivre ça pour le mieux ou soit au contraire, j'arrive à mieux cadrer les gens et leur proposer des choses [...] Moi je suis là juste pour les accompagner, les aider éventuellement mais c'est pas moi qui le fait pour eux, je ne veux pas." Dr F

"C'est un métier qui est lourd émotionnellement, et là j'essaie de prendre un peu de recul." Dr E

"Donc moi, ça me permet de me voir différemment. De revoir ma position de médecin en fait, pourquoi je fais ce boulot et comment je peux apporter du bien aux patients... Je peux pas sauver tout le monde, reprendre un peu de distance en fait, retrouver ma position de médecin où on peut accompagner les patients. Mais il y en a certains qui veulent rien faire, bah pfff, voilà ça sert à rien de se ronger les sangs de toute façon ! Voilà donc moi ça m'a beaucoup aidé à

prendre de la distance, et vivre très sereinement mon boulot de médecin. Le soir, bon alors maintenant je ne suis plus en médecine générale et il y a beaucoup moins de stress, mais c'était : je rentre le soir et stop, c'est fini, ça ne rentre plus chez moi.” Dr H

Une des médecins explique être plus en accord avec le fait de dire non, à poser des **limites et un cadre** grâce aux valeurs mises en évidence.

“J’ai toujours eu un problème pour savoir dire non. Je vois hier, j’étais très fière de moi parce que [...] Elle me l’a demandé au moins dix fois et j’ai dit non [...] Alors qu’avant j’aurais craqué mais j’ai tenu bon !” Dr F

“La méditation m’a appris à dire non ! C’est le pouvoir de dire non, quand on arrive à comprendre le pouvoir du non on s’en fout des avis Google [Rires]” Dr G

Cette réaffirmation permet au médecin de trouver un meilleur équilibre et favorise **l’accomplissement professionnel**. Les médecins interrogés sont passionnés par leur exercice; on se rend compte qu’ils ont (re-)découvert leur métier grâce à cette pratique. C’est comme un second souffle dans leur carrière. Ils retrouvent leur sentiment d’utilité, et une reconnaissance.

“Je me suis rendue compte que bah, la médecine générale c’était pas mal quand même parce que faire que de la psychothérapie : il y a de quoi sombrer aussi ! C’est épuisant. [...] C’est pour ça que je suis bien dans mon métier !” Dr F

“Je continue à méditer régulièrement [...] C’est quelque chose qui dans ma vie de médecin, je pense après 50 ans là, m’a permis de continuer à exercer. Donc c’est quelque chose qui a transformé ma vie et qui m’a permis de continuer le boulot. Je peux dire que ça a contribué à changer ma vie, quand même en restant modeste...” Dr A

“C’est vrai que mon métier je l’aime ! [...] Il faut arriver à trouver un juste équilibre.” Dr E

“J’ai retrouvé un confort de travail !” Dr H

“Il y a un peu plus de 10 ans, j’ai même pensé tout arrêter, je me souviens très très bien. [...] C’est un peu la méditation qui m’a sauvé.” Dr G

Grâce à une attention supplémentaire et une communication orientée sur l'écoute les médecins ont une **prise de décision** plus consciente.

"À mon avis, ça doit augmenter les chances du patient parce que je vais tilter plus facilement sur quelque chose si je suis concentré, je vais me rendre compte plus facilement des choses qui s'imbriquent les unes avec les autres." Dr D

Les médecins interrogés signalent une **diminution du nombre de prescriptions** du fait de l'utilisation de la méditation pleine conscience, notamment les hypnotiques, anxiolytiques. La majorité des consultations chez le médecin généraliste se terminent par une prescription médicamenteuse. La non-prescription est une difficulté quotidienne. La méditation pleine conscience est également une solution à une insuffisance médicamenteuse et aux effets indésirables des traitements.

"En consultation, les gens tentent de ressortir avec un anxiolytique ou un médicament supplémentaire... Et on leur propose de venir faire des séances de choses dont ils n'ont jamais entendu parler ou presque" Dr A

"Je les instaure beaucoup moins facilement ou alors je leur dis c'est vraiment un coup de pouce pendant votre travail sur vous-même ! Je pense que je prescris moins que sans la méditation quoi ![...] Enfin si ça peut permettre d'éviter l'anxiolytique de base et de participer au mieux-être, ou à la prévention du bien-être plutôt que de toujours avoir ce problème d'anxiété dans la société... C'est vraiment un problème de santé publique." Dr D

"C'est une alternative que je leur propose, donc plutôt que de mettre des benzodiazépines, on essaie de gérer l'anxiété différemment" Dr K

5.2. Forces de l'étude

Lors de la revue bibliographique, nous avons constaté que beaucoup d'études sur de la méditation pleine conscience s'intéressent à une pathologie donnée (par exemple la fibromyalgie, le diabète...) ou à une population donnée (par exemple les médecins, les internes, les infirmiers, les personnes âgées ...). Aucune étude qualitative n'a été réalisée sur l'application pratique de la méditation pleine conscience en cabinet de médecine générale du point de vue du médecin. Ce travail est donc novateur.

Cette étude propose d'analyser les expériences, les perceptions et le vécu des médecins généralistes pour comprendre leur application de la mindfulness en cabinet de médecine générale. Les objectifs secondaires sont de comprendre le profil des médecins engagés dans cette pratique et leurs attentes.

Le choix de l'étude qualitative a permis d'explorer l'utilisation de la méditation pleine conscience en cabinet de médecine générale. Elle a permis de révéler des facteurs contextuels, des processus interpersonnels et des conséquences difficilement objectivables par les méthodes quantitatives.

Concernant le recrutement de médecins généralistes, nous avons souhaité une formation d'au moins 3 jours et un cycle MBSR pour limiter les biais par méconnaissance du phénomène.

L'échantillon est varié avec un exercice diversifié : médecins en exercice individuel, en association, en secteur 1 et en secteur 2 en France métropolitaine.

La majorité des médecins exerce dans un milieu urbain. Nous avons eu seulement un refus d'entretien par manque de temps. Les médecins étaient donc dans une démarche collaborative.

Cette étude a permis une flexibilité dans les méthodes de collecte de données, telles que les entretiens semi-structurés, les observations et le journal de bord.

L'utilisation d'un journal de bord nous a été d'une grande aide pour la rédaction de ce travail. Il a permis une mise en perspective de plusieurs notions clés dans l'utilisation de la méditation pleine conscience : d'abord en tant qu'observateur des pratiques, puis expérimentateur et enfin analyseur de cette technique.

Les entretiens semi-directifs individuels ont permis une expression libre du médecin. L'entretien se déroulait, autant que possible dans le cabinet du médecin, ce qui a permis de le mettre en confiance. La connaissance technique et la participation du chercheur à des formations ont été une force. La connaissance des éléments fondamentaux permettait d'approfondir d'autres sujets. Les entretiens étaient un moment de partage avec beaucoup de bienveillance. Les entretiens ont une médiane à 58 minutes. L'obtention de la saturation des données à 12 médecins renforce également la validité interne de cette étude.

L'analyse des entretiens a été triangulaire. La triangulation a permis de limiter les biais de projection ou de faux consensus consistant à penser que la plupart des individus pensent et raisonnent comme nous. Elle permet une confirmation et une complémentarité des résultats renforçant la crédibilité de l'étude. La subjectivité de l'enquêteur est inhérente au type d'étude qualitative.

5.3. Limites de l'étude

Le choix de l'étude qualitative nécessite de s'affranchir d'une généralisation des résultats en raison de leur nature contextuelle et spécifique aux participants.

Il existe des biais de recherche devant une pratique encore récente et peu structurée. Concernant les études recensées dans les bases de données médicales : il peut exister un biais de publication

donnant l'impression que la méditation pleine conscience est plus efficace qu'elle ne l'est réellement. Un grand nombre des méta-analyses signale un biais méthodologique de ces études. Elles nécessitent donc davantage d'explorations.

On peut aussi citer le biais de sélection des participants. L'identification des médecins généralistes pratiquant la méditation pleine conscience a été très difficile. L'ordre des médecins ne réalise pas d'annuaire de méditation pleine conscience, et il existe ni référentiel ni base de données réglementaire. Le recrutement a été réalisé grâce à l'annuaire de praticiens de deux associations de formation : Mindfulness (organisme médical) et l'ADM (organisme non médical). Le recrutement des autres médecins a été réalisé par recherche internet et réseaux sociaux ce qui provoque un biais de publication. Les médecins sélectionnés pratiquent la méditation pleine conscience quotidiennement, ce qui les rend plus enclins à l'expliquer et à en percevoir les avantages plutôt que les limites. L'étude qualitative accepte le recrutement d'une faible quantité de médecins pratiquant cet exercice.

Nous avons constaté que la majorité de notre échantillon avait plus de 55 ans, pour diminuer ce biais nous avons recruté des jeunes médecins.

En 2018 selon la DRESS, 47 % des médecins ont 55 ans ou plus (alors que c'est le cas de 18 % des cadres et professions intellectuelles supérieures) et 30 % ont 60 ans ou plus. L'âge moyen des médecins est de 51 ans (61).

Nous pouvons nous demander si l'âge des participants était effectivement un biais ou s'il représentait la pratique en soi. La méditation pleine conscience s'adresse-t-elle à des médecins expérimentés ? Aucune étude n'a été publiée à ce sujet. Les statistiques démographiques des patients, ou des médecins pratiquant la méditation pleine conscience ne sont pas retrouvées dans les bases de données.

Le temps de pratique personnelle avant la pratique médicale est variable selon les médecins. Pour la plupart, il se comptait en années. On peut imaginer deux causes : une pratique approfondie est nécessaire pour pouvoir la transmettre celle-ci en cabinet et/ou un nombre de freins à la pratique en cabinet est trop important à un moment donné.

Les médecins interrogés étaient principalement urbains. Les médecins de ville sont peut-être plus confrontés à des pathologies de la santé mentale, leur population étant peut-être plus demandeuse.

On peut noter un biais d'expérience du chercheur dans le domaine de recherche qualitative impliquant des fragilités sur le questionnaire. Le guide d'entretien nous a permis de suivre une trame tout en adaptant les questions aux médecins. Cependant, on peut estimer qu'il y a un biais d'investigation, principalement dans les derniers entretiens où la saturation des données était ressentie. Par exemple, le type de relance a pu influencer le médecin interrogé. Le ton et la tournure de nos questions en sont la preuve.

Nous avons aussi pu observer l'environnement de travail du médecin. Malheureusement, suite à la pandémie du COVID et l'étendue des lieux d'exercice, cela n'a pas toujours été réalisable. Une faiblesse de notre étude est liée aux entretiens réalisés en visioconférence et par téléphone. Une partie des informations et de l'ambiance a été non perçue.

L'ensemble de ces facteurs peut expliquer que certains entretiens ont été plus enrichissants que d'autres.

5.4. Au regard de la littérature

5.4.1. Adaptations des protocoles pour utiliser la méditation comme un outil thérapeutique

En 2015, une méta-analyse suggère que les interventions de méditation pleine conscience sont prometteuses pour la santé mentale et la qualité de vie des patients en soins primaires (62). Il existe des variations dans la façon dont les médecins utilisent la méditation pleine conscience avec leurs patients. Une partie des médecins interrogés utilise les protocoles de type MBSR et MBCT en consultation. Les **protocoles** sont élaborés à partir de preuves scientifiques et des bonnes pratiques. Ils participent à l'amélioration de la qualité des soins. Ils favorisent la cohérence des soins, une standardisation des procédures et des traitements et donc, une efficacité des ressources médicales. Ils limitent les dérives.

Certains médecins préfèrent une approche plus informelle, intégrant des techniques de méditation pleine conscience dans leur pratique quotidienne sans suivre un protocole standardisé. D'ailleurs Dominique Dupagne dans *La revanche du rameur* soulève le problème de protocolisation de la société. Il considère que ce sont des prises de pouvoirs sur les hommes, les dépouillant de toute initiative et humanité (63).

La méditation pleine conscience est alors vue comme **un outil** parmi d'autres, sans application stricte et permettant de garder une liberté de manœuvre afin s'adapter à la situation. Dans ce cas, pour un patient donné, la thérapie basée sur la méditation est adaptée et graduelle. Peu d'études évaluent les interventions brèves puisqu'elles représentent une plus grande variabilité d'utilisation. Différents travaux suggèrent un écart entre les protocoles médicaux et la réalité de la pratique clinique incluant des facteurs contextuels. Les recommandations de médecine générale sont parfois difficiles à mettre en œuvre et notamment la thérapie de méditation pleine conscience.

Une méta-analyse permet de comprendre ces facteurs influençant l'utilisation des recommandations dans la pratique. L'application des recommandations dépend des caractéristiques des recommandations elles-mêmes (synthétisation, facilité de lecture, de mémorisation et d'utilisation, élaboration par des experts éloignés de la pratique de terrain), des caractéristiques des professionnels (information, formation et familiarité avec son contenu), des caractéristiques des patients (par exemple, la comorbidité réduit les chances que les directives soient suivies) et enfin, des caractéristiques environnementales (par exemple manque de soutien des pairs, manque de temps)(64). Cette étude est en accord avec les défis perçus par les médecins généralistes à la mise en application de la méditation pleine conscience.

Il existe des études validant une certaine liberté de la pratique des médecins pour la thérapie de méditation pleine conscience. Nous allons en citer quelques-unes.

Un article du British Journal of General Practice donne plusieurs conseils pratiques pour utiliser la pleine conscience en médecine générale : l'ancre méditative par la respiration avec une posture appropriée, utilisation de techniques psycho-éducatives, la pratique d'exercices au quotidien, de préférence de courte durée pour débiter. Cet article rappelle qu'un clinicien engagé dans la méditation exerce naturellement une présence rassurante qui aide les patients à se connecter à eux-mêmes. Ainsi, si un médecin veut enseigner à ses patients comment pratiquer correctement la pleine conscience, il est essentiel qu'il le fasse d'un point de vue expérientiel (65).

En 2016, une étude examine les effets de la MBCT en groupe et de la MBCT individuelle pour réduire les symptômes dépressifs chez les adultes souffrant d'une ou plusieurs maladies somatiques. Le protocole MBCT en individuel comprend 8 séances d'une heure avec des exercices de durée raccourcie. Les patients ont rempli des auto-évaluations avant les thérapies, après les thérapies et à 3 mois de suivi. Ils ont trouvé des améliorations significatives des symptômes dépressifs et de

l'anxiété, ainsi qu'une augmentation du bien-être, de la pleine conscience et de l'auto-compassion chez les personnes recevant une MBCT de groupe ou individuelle, sans différences significatives entre les deux interventions. La plupart des changements ont été observés entre pré et post-intervention, avec des améliorations maintenues jusqu'à 3 mois de suivi (66). Cette étude nécessite davantage d'approfondissement. Toutefois, elle permettrait de valider l'utilisation en thérapie individuelle par des médecins généralistes et faciliterait la mise en pratique en médecine générale.

De plus, une revue de littérature compare les effets psychologiques des protocoles MBSR et des programmes plus courts. Ce travail tend à montrer que la réduction du nombre d'heures au programme ne compromet pas l'efficacité et montre des résultats similaires entre les différents programmes. Des études plus approfondies sont également nécessaires (67).

5.4.2. Promouvoir le médecin

Une thèse descriptive de 2021 intitulé *Méditation de pleine conscience et médecine générale* montre que les motivations des médecins ayant déjà pratiqué la méditation pleine conscience sont : pour 62 % des cas prendre soin de soi, pour 58 % un moyen pour gérer leur stress, pour 49,5 % par curiosité et pour 45 % gérer leurs émotions (68). Ces résultats sont en accord avec notre étude.

Cette motivation pour la pratique de la méditation pleine conscience traduit un mal-être général des soignants. On constate un épuisement professionnel grandissant des médecins englobant l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et son impact sur le degré d'accomplissement personnel au travail (69). Selon une méta-analyse réalisée en France entre 2000 et 2017, le syndrome d'épuisement professionnel touche entre 28 % et 73 % des médecins selon les différentes études. Parmi les médecins généralistes, le taux est de 48 %, dont 5 % présentent un niveau de

burn-out considéré comme sévère (70). Il en est de même pour les jeunes médecins dont 66,2 % souffrent d'anxiété et 27,7 % souffrent de dépression (71).

Les médecins généralistes sont confrontés à des défis comme une charge de travail considérable, une complexité des cas médicaux, une responsabilité importante, et des contraintes administratives et temporelles. Tout ceci est une source d'épuisement.

Le bien-être des médecins est étroitement lié à la qualité des soins ainsi qu'au fonctionnement globale du système de santé (72). La méditation pleine conscience apparaît comme une solution pour améliorer la qualité de vie des médecins généralistes et trouver un équilibre entre la part personnelle et la part professionnelle.

En 2019, une revue systématique de littérature évalue l'impact des interventions brèves de la méditation pleine conscience sur le bien-être et les compétences des médecins. La méditation pleine conscience influence positivement les interactions interpersonnelles, notamment l'attitude ouverte sans jugement et l'empathie. Le bien-être s'est spécifiquement amélioré dans les domaines psychologiques (stress, inquiétude, relaxation) et professionnels (épuisement professionnel, dévouement). Les effets sur le bien-être et les compétences diffèrent selon le type d'interventions, le format de formation (individuel en ligne, en groupe), et la durée. Cependant, les preuves étaient soumises aux limites méthodologiques (par exemple, l'utilisation de participants auto-sélectionnés, l'absence d'interventions placebo, l'utilisation de résultats auto-déclarés) (73).

La méditation pleine conscience accroît le phénomène **d'auto-compassion** et la prévention du burn-out chez le personnel soignant. Par exemple, plusieurs ouvrages cultivent cette compétence : *Votre meilleur ami, c'est vous* de Céline Tran (74), et les livres de Fabrice Midal : *Foutez vous la paix et commencez à vivre* (75) et *Devenez narcissique et sauvez votre peau !*(76). Grâce à des techniques de méditation pleine conscience et thérapie ACT, ils encouragent à abandonner les espérances irréalistes, à lâcher prise du besoin de contrôle et à s'accepter. Ils mettent l'accent sur

l'importance de la confiance en soi, de se libérer des jugements extérieurs et des attentes sociales pour trouver sa propre voie et ses propres valeurs.

Le livre *Petit guide de (sur)vie à l'usage des soignants* explique bien l'importance de définir ses valeurs afin de se comprendre soi-même et de comprendre son environnement (77). La méditation pleine conscience conduit à une **congruence entre les valeurs et les actes du médecin**. Elle favorise aussi le sentiment de **liberté**. Victor E. Frankl, professeur de psychiatre, qui a vécu dans les camps de concentration, explique dans son livre qu'« Entre le stimulus et la réponse : il y a un espace. Dans cet espace, se trouve notre pouvoir de choisir notre réponse. Dans notre réponse résident notre croissance et notre liberté. [...] On peut tout enlever à un homme excepté une chose, la dernière des libertés humaines : celle de décider de sa conduite quelles que soient les circonstances dans lesquelles il se trouve » (78). Ainsi le médecin accepte plus facilement les défis de prise en charge du patient, en particulier les patients difficiles et leur adhésion aux soins. Il travaille d'une façon qui lui correspond davantage, en adaptant son emploi du temps, en s'accordant du temps, et en veillant à une atmosphère sereine dans son cabinet.

5.4.3. Communication médecin-patient

La communication médecin-patient est une composante essentielle à la prise en charge du patient. Elle permet le succès diagnostique et thérapeutique contribuant à une meilleure qualité de soin. Elle fait le lien entre la médecine basée sur des preuves et la médecine centrée sur le patient. Pourtant, les médecins généralistes se plaignent d'une insuffisance de formation. La formation en la mindfulness permet de glisser d'une communication spontanée à une communication non violente favorisant l'intelligence émotionnelle.

Une étude de 2017 explore l'amélioration de la communication par la méditation pleine conscience. Elle explique que la compassion et les interventions basées sur la méditation ont été corrélées avec une diminution de l'épuisement professionnel et une amélioration des taux d'empathie et de bienveillance, une communication plus centrée sur le patient, et donc une meilleure satisfaction du patient. Ainsi, les praticiens plus conscients peuvent apprendre à écouter attentivement, à développer une compréhension plus profonde de l'expérience du patient et à répondre avec discernement, bienveillance et compassion (79).

Cette communication favorise un échange ouvert, une meilleure compréhension mutuelle et une prise de décision partagée, ce qui peut contribuer à des résultats de santé plus positifs.

La **communication non violente**, de Marshall B. Rosenberg, permet de décortiquer le dialogue et de parvenir à une observation sans jugement, à l'expression de ses sentiments, à l'identification de ses besoins et à la formulation de demandes. Ainsi, elle développe la tolérance au silence, l'écoute empathique de soi et du patient (59).

La méditation permet le développement de **l'intelligence émotionnelle**. L'intelligence émotionnelle est définie par la conscience de ses émotions et la capacité de choisir son comportement-réponse favorisant la gestion des relations (60).

Cette revue systématique évalue la relation entre l'intelligence émotionnelle et la méditation pleine conscience comme facteur de protection pour les professionnels de santé. L'intelligence émotionnelle augmente de manière significative après la pratique de la pleine conscience, comme la perception, l'expression et la régulation émotionnelles (80). Elle permet d'accroître les capacités de communication et la prise de décision.

La méditation pleine conscience permet aussi le développement d'une **approche centrée sur le patient**. Elle contraste avec la médecine contemporaine fondée sur l'objectivation des maladies par entités nosologiques et indépendantes de l'individu. Cependant à force de fragmenter

l'individu, on s'éloigne de ce qu'est un individu singulier, unique avec son propre mode de représentations et sa façon de percevoir les choses. Le concept d'approche centrée sur le patient, est décrit par Carl Roger. Il définit trois postures du médecin pour y parvenir : la congruence, c'est-à-dire être en accord avec ses valeurs, l'acceptation positive et l'empathie.

À noter que l'empathie, d'étymologie grecque *em -patheia*, signifie sentir, souffrir de l'intérieur, se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent c'est-à-dire de souffrir avec lui. Selon Tania Singer, un excès d'empathie peut provoquer une détresse de l'empathie (*empathic distress*), une émotion très négative qui, si elle devient chronique, peut conduire au burn-out. En opposition, la compassion, d'étymologie latine *cum -passio*, signifie sentir, vibrer, souffrir avec l'autre et non à la place de l'autre. Le terme de **compassion** est plus adapté car il permet d'appréhender les souffrances du patient avec l'intention de lui venir en aide. La compassion protège les soignants. Elle conduit à des émotions positives envers le patient et entraîne un comportement prosocial. Elle conduit à "faire du mieux que je peux" sans porter le poids de la souffrance (81).

5.4.4. Défis et perspectives d'avenir

On observe que malgré une connaissance exacte du processus, parfois certains médecins préfèrent uniquement donner une information théorique à propos de la méditation pleine conscience. Les limites d'utilisation semblent contraignantes en cabinet médical.

L'**information** et la **formation** sur la méditation pleine conscience sont la priorité. La qualité de la pratique dépend de la qualité de l'enseignement. Une **formation** spécifique au domaine médical est essentielle pour garantir une utilisation appropriée de la méditation pleine conscience. Une étude qualitative sur la pratique des psychothérapies des médecins d'Oise montre que la pratique

des médecins par rapport aux spécialistes est peu structurée, privilégiant l'aspect relationnel avec le patient (82).

La formation doit être basée sur les preuves et mettre l'accent sur l'application dans un contexte de soin : écoute attentive centrée sur le patient, mise en pratique en consultation et prévention du burn-out. Elle nécessite aussi de développer un partenariat avec des experts favorisant les échanges. La création des diplômes universitaires semble satisfaire à ces critères et pourrait favoriser une harmonisation des pratiques.

Les médecins généralistes sont souvent confrontés à des **contraintes de temps**, ce qui peut rendre difficile l'intégration de la méditation pleine conscience dans leurs consultations. L'apprentissage, l'enseignement et la pratique de la méditation pleine conscience nécessitent un temps considérable. Cette étude de 2020 explique que la pression temporelle est une préoccupation commune pour les médecins généralistes. Les médecins ont exprimé des sentiments de frustration liés à la difficulté de fournir des soins de qualité dans les limites de temps imparties. Ils ont également souligné les conséquences potentielles de la pression temporelle sur la relation médecin-patient et sur leur propre bien-être professionnel. La pression temporelle s'est améliorée progressivement lorsque l'exercice était en concordance avec les valeurs du médecin et que la qualité des soins était favorisée par la productivité (83). Des études supplémentaires sont nécessaires pour approfondir ces résultats. Finalement, la pratique de la méditation peut-être une solution afin d'être plus serein dans sa vie professionnelle et trouver une meilleure gestion du temps.

La **question de la rémunération** est une autre problématique. Les honoraires dus pour la thérapie de méditation pleine conscience sont très variables selon les médecins, sans consensus. Actuellement, l'Assurance Maladie a mis en place le remboursement de 8 séances avec un

psychologue conventionné dans le cadre de MonParcoursPsy. On peut espérer une adaptation de la nomenclature favorisant aussi la prise en charge psychologique par les généralistes. Selon nos recherches, les médecins généralistes ne peuvent pas officiellement faire des séances remboursables de psychothérapie individuelle ni de groupe pour la méditation. Ils peuvent uniquement orienter vers des séances de psychothérapie, remboursées par la sécurité sociale si elles sont effectuées par un psychiatre ou psychologue dans le cadre d'une convention et en fonction de la nature des troubles spécifiques. Pour que la méditation pleine conscience soit accessible pour tous, celle-ci pourrait être reconnue comme une éducation thérapeutique validée par la Haute Autorité de Santé et financée par l'Assurance Maladie.

Les **difficultés organisationnelles** sont fréquentes. Le lieu des thérapies basées sur la méditation pleine conscience peut poser question. Plusieurs médecins exercent, par exemple, cette séance de groupe dans leur salle d'attente. Le cadre médical est-il déterminant ? Le contenu médical est plus important que le cadre médical, car il détermine la qualité des soins médicaux et la sécurité des patients. Cependant, le cadre médical peut avoir une influence sur la manière dont le contenu médical est appliqué dans la pratique, ce qui peut affecter les résultats des soins médicaux. Pendant les entretiens, on comprend que les médecins aient choisi cette option, car les alternatives étaient limitées et cette solution était pratique.

Malgré un nombre important de diplômes, les médecins interrogés ont tendance à se sentir **illégitimes** et **préoccupés** vis-à-vis de l'acceptation de cette pratique par l'entourage, les pairs et les patients. D'une part, il serait nécessaire de développer la confiance en soi du médecin. D'autre part, il serait intéressant que les professionnels de santé formés à la méditation pleine conscience

ouvrent le dialogue sur cette pratique pour déconstruire les préjugés. Actuellement, beaucoup de professionnels de santé échangent leurs expériences par le biais de formations.

Dans notre étude, on constate que les médecins généralistes possèdent une **sous-spécialité en psychothérapie** permettant de satisfaire l'offre de soins de proximité. En France, les capacités de médecine générale définissent des spécialisations formelles. Cependant, de nombreux médecins généralistes construisent leur pratique professionnelle et l'organisent comme une forme de spécialisation informelle. Les médecins généralistes développent des domaines de prédilection où ils sont plus à l'aise et prodiguent donc une qualité de soin supplémentaire dans ce domaine. Ils sont en général reconnus sur leur territoire. Une étude sur les sous-spécialités des médecins de famille en Arabie Saoudite a clairement révélé que la majorité des médecins de famille saoudiens sont favorables à la sous-spécialisation (84). D'un côté, les partisans pensent que la sous-spécialisation fournirait aux médecins de famille une expertise approfondie dans certains domaines et, permettrait de pallier au délai d'accès des spécialistes. Elle favoriserait la continuité des soins. D'un autre côté, ceux qui sont contre le concept soutiennent que la sous-spécialisation va à l'encontre du concept de base de la médecine générale, qui est la pratique générale : une perte de polyvalence, une fragmentation des soins aux patients, et une confusion chez les patients au sujet des qualifications des médecins.

PARTIE 6 : CONCLUSION

Les thérapies basées sur la méditation pleine conscience font partie de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales. Elles présentent un grand intérêt en soins primaires grâce à de nombreuses indications et à leur peu d'effets indésirables. Toutefois, l'application de la méditation en cabinet de médecine générale nécessite une adaptation aux contraintes de l'exercice de médecine générale.

Nous avons mené une étude qualitative auprès de 12 médecins généralistes installés en France. La finalité de cette enquête est de comprendre la mise en pratique de la méditation en cabinet de médecine générale.

Nous nous sommes penchés sur trois composantes de l'application de la méditation pleine conscience : les contenus méditatifs dispensés par le médecin au patient, les processus pédagogiques utilisés par le médecin pour transmettre la méditation et l'évolution de la communication entre le médecin et le patient suite à ces pratiques méditatives.

Concernant les contenus méditatifs, contre toute attente, ils sont multiples :

Plusieurs médecins appliquent les protocoles type mindfulness based stress reduction (MBSR) et mindfulness based cognitive therapy (MBCT). Ces protocoles sont reproductibles, standardisés, et ont fait leurs preuves médicales. L'effet de groupe de ces protocoles est bénéfique. La modification de la relation médecin-patient en passant d'un patient unique à un groupe de patients peut s'avérer difficile. Les médecins doivent adapter leur organisation du cabinet : recherche d'un espace approprié, aménagement d'un temps spécifique et révision de la tarification. Cette mise en place est contraignante, ce qui explique que certains ont trouvé des alternatives.

Certains médecins pratiquent des interventions brèves et des exercices isolés en consultation individuelle. C'est une initiation du patient. Le processus est plus graduel et personnalisé. La séance est programmée ou non, laissant place à toutes les indications de médecine générale. Les médecins l'associent parfois à d'autres outils thérapeutiques comme la respiration cohérente, l'hypnose et la sophrologie.

De plus, certains médecins utilisent la méditation pleine conscience pour transmettre des concepts fondamentaux comme l'acceptation, l'impermanence ...

Enfin, au vu des difficultés, certains médecins ne donnent qu'une information théorique malgré leur expertise dans le domaine.

Concernant les processus pédagogiques, le médecin utilise différentes techniques d'enseignement. La pédagogie expérientielle, permettant l'apprentissage par l'expérience psycho-corporelle, est la plus utilisée. L'intention thérapeutique reste indispensable pour l'ensemble de la pédagogie, notamment dans le retour d'expérience où le patient met en parallèle son expérience et ses troubles. Le médecin utilise différents supports comme des enregistrements, des applications, des vidéos pour favoriser l'éducation du patient.

Concernant la communication, l'attitude du médecin évolue lorsqu'il pratique la méditation. En effet, cette pratique favorise une meilleure connaissance de soi avec une redéfinition de ses valeurs personnelles. Elle permet d'améliorer la compassion et l'auto-compassion qui protègent contre le burn-out. Elle participe à la régulation émotionnelle. Or un médecin épanoui peut mieux soigner son patient. La communication du médecin vers le patient intègre des mécanismes de communication non-violente et d'intelligence émotionnelle en privilégiant l'écoute attentive et

bienveillante. La relation est horizontalisée permettant une alliance thérapeutique. Les rôles de chacun sont redéfinis. Le médecin prend du recul et apprend à savoir dire non. Le patient gagne en autonomie, ce qui favorise une diminution des prescriptions et un désengorgement du système de soins.

Au cours de notre travail, nous nous sommes aussi intéressés aux indications retenues par les médecins généralistes pour les thérapies basées sur la méditation pleine conscience. Ce sont les souffrances physiques et/ou morales. Les médecins y ont accès par un accordage en résonance avec le patient. Le médecin sélectionne les patients éligibles aux thérapies basées sur la méditation dans sa patientèle et régulièrement, des patients demandent directement de participer à ces thérapies. Les limites d'application sont les incapacités de consentement du patient et les barrières inhérentes au médecin.

La mise en œuvre de la méditation en cabinet de médecine générale dépend de la formation reçue et des intentions sous-jacentes du praticien. Les médecins se formant à la méditation pleine conscience aspirent à une prise en charge globale des patients. Ils ont un attrait pour la psychothérapie et n'ont pas pu approfondir celle-ci pendant le cursus. La pratique de la méditation leur permet de faire face à des défis professionnels et personnels. Les médecins deviennent eux-mêmes expérimentateurs parfois pendant plusieurs années avant de l'utiliser à des fins thérapeutiques. Ils font face aux préjugés de l'entourage et, malgré un nombre important de diplômes, au sentiment d'illégitimité.

Si cette technique n'est pas nécessairement adaptée à tous les médecins, ni à tous les patients, elle peut tout de même être considérée comme un outil supplémentaire pour l'accomplissement de la médecine générale.

Inclure un temps d'information et de formation dédié à la méditation pleine conscience dans le cursus des professionnels de santé permettrait d'apporter une aide complémentaire pour l'exercice de la médecine générale. La littérature, les différents organismes de formation et maintenant l'émergence de nombreux diplômes universitaires facilitent l'accès à un enseignement laïque basé sur des preuves. De plus, la méditation pleine conscience contribue à une mission essentielle de l'offre de soins de proximité qui doit être garantie au sein des territoires.

VU

Strasbourg, le 26/8/23

Le président du jury de thèse

Professeur BERTSCHY Gilles


 Professeur Gilles BERTSCHY
 Maître de conférences
 Université de Strasbourg
 Faculté de Médecine
 8-BIS RT STRASBOURG Cedex

VU et approuvé

Strasbourg, le 04 SEP 2023

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Maladies et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBELIA



PARTIE 7 : ANNEXES

Annexe 1 : Complément d'informations sur les TCC

Les **thérapies cognitivo-comportementales**, ou TCC, représentent l'application de principes issus de la psychologie scientifique à la pratique clinique. Elles forment un ensemble de thérapies brèves, standardisées basées sur la **théorie d'apprentissage** et sur la **théorie cognitive** du fonctionnement psychologique. Elles connaissent des évolutions par vagues depuis le milieu du XXème siècle.

- **La première vague des TCC**

La première vague de TCC, dite **comportementale**, est née avec les behavioristes Pavlov et Skinner. Ils partent du principe que changer le comportement permet de changer la cognition.

Le conditionnement classique et le conditionnement opérant représentent la théorie d'apprentissage qui caractérise l'ensemble des êtres vivants. Le plus souvent, les formes d'apprentissage des vivants sont adaptées. Mais dans certaines circonstances, ils aboutissent à un apprentissage émotionnel ou comportemental inadapté ou pathologique. L'association d'un terrain de vulnérabilité génétique à ces formes d'apprentissage et de mécanismes cognitifs favorise certains troubles mentaux.

Pavlov, en 1972, décrit le **conditionnement classique**. L'apprentissage d'un comportement est le résultat de la répétition de la réponse de l'organisme à un stimulus. L'ensemble des réponses émotionnelles physiques relève de ce conditionnement par lequel un stimulus neutre (un lieu, une image, un son, une date, un mot) est associé automatiquement à des manifestations émotionnelles (85).

Skinner a développé le **conditionnement opérant** en extension aux théories darwiniennes de survie de l'espèce. L'organisme agit sur l'environnement, les conséquences de son action le conduisent à modifier et adapter son comportement. Un comportement réponse est renforcé du fait de l'obtention d'un gain à chaque fois qu'il se reproduit. Une action qui a des conséquences positives va tendre à se répéter : c'est le renforcement positif. Inversement, devant les conséquences négatives d'une action, l'organisme aura tendance à émettre des comportements d'évitement ou d'échappement, c'est le renforcement négatif (86).

À partir de ces théories, des interventions thérapeutiques sont développées pour permettre de remplacer un comportement inapproprié ou problématique par un comportement adapté. Ils utilisent des principes de renforcement. L'une des interventions les plus utilisées issue de ces travaux est l'exposition aux situations anxiogènes. Le principe de cette intervention est l'habituation ou la sensibilisation. L'habituation est la diminution d'une réaction suite à la présentation prolongée et répétée des stimuli qui la suscitent. La sensibilisation est la diminution du seuil de déclenchement d'une réponse suite à l'apparition répétée et brève d'un stimulus ou l'apparition d'un autre stimulus produisant un renforcement de l'intensité des réponses motrices, cognitives et végétatives futures.

- **La deuxième vague des TCC**

La deuxième vague des TCC est dite **cognitive** (20). Elle fut développée par Bandura, Ellis et Beck dans les années 1970. Ces derniers partent du postulat que changer la cognition permet de changer le comportement.

Albert Ellis défend **la théorie rationnelle émotive**. Les croyances irrationnelles du cognitif peuvent être disqualifiées à l'aide d'un discours socratique, c'est-à-dire un questionnement thérapeutique. Son but est l'acceptation inconditionnelle de soi-même, des autres et de la vie.

Beck met en évidence l'existence de croyances erronées ou de distorsions cognitives et de pensées automatiques dans les troubles psychologiques. Il affirme que les pensées et croyances négatives ne sont pas uniquement les conséquences de la dépression mais aussi les causes de celles-ci (28). Elles entretiennent le phénomène de dévalorisation et de culpabilité chez les patients avec des troubles dépressifs.

Beck définit les **schémas cognitifs** comme des structures abstraites de représentations des connaissances et des expériences antérieures inscrites en mémoire à long terme. Chaque schéma est une interprétation personnelle inconsciente de la réalité et influence des stratégies d'adaptation. Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité, en particulier les schémas précocement acquis (87).

Les schémas cognitifs se manifestent également par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chaque type psychopathologique. Ces structures adaptatives sélectionnées par un environnement sont devenues inadaptées à un autre environnement. Il existe des schémas spécifiques à un trouble psychopathologique. On peut, par exemple, citer les schémas d'interprétation négative des événements dans la dépression ou les schémas de dangers dans les phobies et les attaques de panique.

Selon A. Beck, la meilleure façon d'accéder aux schémas est d'activer les émotions : «l'émotion est la voie royale vers la cognition». Durant les TCC, il est conseillé au thérapeute en cas

d'expression émotionnelle dans la séance de rechercher la pensée automatique qui est attachée à l'émotion (19).

Dr Jean Cottraux, psychiatre, propose une définition des émotions comme “une réponse comportementale et physiologique, brève et intense, qui reflète et/ou révèle le vécu subjectif de celui qui est affecté par un événement interne ou externe” (88). Les émotions ont une valeur d'adaptation à une situation. Six émotions sont fondamentales selon Paul Ekman, psychologue : la joie, la surprise, la peur, la tristesse, la colère et le dégoût (89).

Les thérapies de deuxième génération font appel à la psychologie cognitive. Deux types de processus cognitifs coopèrent pour répondre aux exigences de notre espèce :

- Les **processus cognitifs automatiques** sont **inconscients**, rapides, efficaces. Ils ne requièrent qu'un simple stimulus (réflexes) et sont dépourvus de délibération ou de planification. Ils sont difficiles à modifier. Ils correspondent aux schémas et aboutissent aux pensées automatiques.
- Les **processus cognitifs contrôlés** sont nettement plus lents, **conscients** et requièrent à la fois un effort et de l'attention. Ils sont faciles à modifier. Ils correspondent à la pensée logique et aboutissent au décentrement par rapport à soi.

Ces thérapies cognitives de deuxième vague favorisent la prise de conscience des distorsions cognitives et des pensées automatiques du patient pour modifier les schémas cognitifs. La restructuration cognitive consiste à augmenter les processus cognitifs contrôlés par rapport aux processus automatiques.

- **La troisième vague des TCC**

Depuis les années 1990, la troisième vague de TCC, dite **émotionnelle**, émerge. Steven Hayes en est le pionnier. Il développe un modèle complémentaire aux approches comportementale et cognitive qui tient compte de la dysrégulation émotionnelle dans les troubles psychologiques. Il s'intéresse à l'importance du vécu et à la manière dont il influence les comportements.

Barlow stipule que tenter de supprimer ou éviter des émotions pénibles ne fait que renforcer ces émotions pénibles. La notion d'acceptation est centrale.

Autrement dit, les thérapies de la troisième vague n'interviennent pas directement au niveau de la cognition mais plutôt de la métacognition, c'est-à-dire la connaissance des mécanismes cognitifs (20).

Joseph LeDoux, en 1998, psychologue et professeur à l'Université de New York, complète ce schéma. Le conditionnement classique a pour effet de mettre en place les réponses du système nerveux végétatif en relation avec les facteurs cognitifs. L'apprentissage des émotions est possible grâce à deux voies distinctes :

- La voie du traitement de l'information émotionnelle peut être **longue, consciente et lente** si elle fait relais dans les aires préfrontales (appartenant au néocortex).
- La voie du traitement de l'information émotionnelle, sollicitée quand il s'agit de survie immédiate, est **rapide, automatique et inconsciente**. Elle court-circuite le cortex préfrontal et a lieu dans deux structures neurologiques : le thalamus et l'amygdale.

Il est vraisemblable que les personnes qui présentent des perturbations émotionnelles importantes utilisent essentiellement la voie courte, automatique et inconsciente avec des réactions disproportionnées par rapport à la situation. Un tel schéma plaide pour une thérapie cognitivo-comportementale agissant à la fois sur les émotions, les comportements et les cognitions (90).

Annexe 2 : Exercices de méditation pleine conscience

Plusieurs exercices psycho-corporels sont récurrents dans les protocoles de méditation pleine conscience :

- L'exercice du **sablier et espace de respiration de 3 minutes** sont deux exercices similaires en trois temps. Le premier temps est une prise de conscience des pensées, émotions et sensations physiques présentes dans l'instant présent. Le second temps permet une focalisation sur le souffle. Enfin, le troisième temps ouvre la conscience sur l'ensemble du corps. Ces exercices visent à incorporer les pratiques de méditation dans la vie quotidienne.
- **Balayage corporel ou Body scan :**
Cet exercice est souvent proposé sur une trentaine de minutes. Il explore le ressenti des sensations en parcourant chaque partie du corps à tour de rôle, des orteils à la tête. Il peut se pratiquer allongé, assis ou même debout. C'est un exercice de focalisation de l'attention. De temps en temps, des distractions, des pensées, des rêves, des soucis font irruption pendant l'exercice. Le patient doit accepter ces pensées, sans les suivre, et retourner à l'exercice.
- **Exercices en mouvement :**
L'exercice de marche lente permet de porter une attention à sa posture et aux mouvements puis d'élargir à l'ensemble de son corps. Le principe est semblable à l'exercice du balayage corporel.
- **Exercices immersifs** par analogie du lac, ou de la montagne. Ces exercices utilisent l'imagination. Ils sont tirés de l'hypnose et utilisent un apport extérieur.

Pour la métaphore de la **montagne** : Après une focalisation sur la respiration, on amène à soi l'image d'une montagne. Le vent souffle, la pluie tombe, les jours et les nuits se succèdent autour de cette montagne. Le méditant s'identifie à la montagne suggérant la stabilité, un ancrage alors qu'autour les éléments extérieurs se modifient. Cette métaphore permet de voir les éléments extérieurs autrement.

Pour la métaphore du **lac** : On visualise un lac. La surface de l'eau fluctue, bouge, reflète les lumières selon les moments de la journée. Lorsque la tempête souffle sur l'eau, elle provoque des vagues, mais un calme en profondeur subsiste. Notre esprit aussi présente un caractère changeant en apparence mais il persiste en nous, par la respiration, un ancrage calme et stable.

- **Exercices en conscience ouverte** : C'est un exercice permettant l'acceptation de tout ce qui vient à nous. C'est-à-dire en attention ouverte. Il utilise nos 5 sens : la vue, l'odorat, le goût, l'ouïe et le toucher. Ces exercices permettent de bien comprendre l'interprétation immédiate de notre cerveau. Par exemple, pour un son entendu, on note la différence entre ses priorités physiques (le timbre, l'intensité, le rythme, la durée..) et l'étiquetage que peut en faire notre esprit (bruit d'une porte qui claque, une voiture qui roule, un oiseau qui chante). Les qualités d'un son et la signification que nous lui attribuons sont différentes. Il en va de même pour les pensées.

Annexe 3 : Diplômes universitaires sur la mindfulness

Liste non-exhaustive de Diplômes Universitaires proposant des enseignements dans le domaine de la méditation pleine conscience :

- Diplôme universitaire de Médecine à Strasbourg : Méditation et Neurosciences.
- Diplôme universitaire de Médecine en Lorraine : Approches de la pleine conscience et introduction à la Mindfulness-Based Stress Reduction au centre Pierre Janet Psychothérapie intégrative.
- Diplôme Universitaire de Médecine à Paris à la Sorbonne : Méditation, Gestion du stress et relation de soins.
- Diplôme Universitaire de Médecine à Paris Sud Saclay : Mindfulness.
- Diplôme Universitaire de Médecine à Montpellier : Méditation et Santé.
- Diplôme Universitaire de Médecine à Lyon 1 : Méditation, Pleine conscience et Compassion : approche intégrative en santé.
- Diplôme universitaire de Médecine sur la Côte d'azur : Méditation, relation et soins.
- Diplôme universitaire à St Pierre à La Réunion : Méditation et relation de soins.
- Diplôme d'études supérieures universitaires Paris VIII : Pratique de la méditation pleine conscience.

Annexe 4 : Fiche information et de consentement à l'intention des participants

Département universitaire de médecine générale de Strasbourg.

Coordinateur de la recherche : Dr Valérie FAIDHERBE

Investigateur : Marion TRANCHANT

NOTE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude menée par le département de médecine générale de Strasbourg. Si vous décidez d'y participer, vous serez invité(e) à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous acceptez de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1. Présentation du cadre de la recherche

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de recherche sur la méditation pleine conscience de médecine générale menée par Marion TRANCHANT, avec le soutien et l'accord de Dr Valérie FAIDHERBE et du département de médecine générale de Strasbourg.

2. Objectif de l'étude

L'objectif est d'étudier la perception et l'application de la méditation pleine conscience par les médecins généralistes.

3. Déroulement de l'étude

Les participants sont sélectionnés parce qu'ils ont le statut de docteur en médecine générale et qu'ils sont formés à la méditation pleine conscience.

Cette étude vise à mieux comprendre votre perception de la méditation pleine conscience et son utilisation. Elle fait l'objet d'une déclaration à la commission nationale informatique et libertés.

Vous vous entretenez avec un membre de l'équipe de recherche (Marion TRANCHANT) au cours d'un entretien individuel. Cet entretien se déroulera en face-à-face de préférence. Si cela est

impossible : nous utiliserons soit la visioconférence, soit une communication téléphonique. L'entretien sera enregistré et retranscrit. Il sera anonymisé et analysé par l'équipe de recherche. Il sera stocké sur informatique, protégé par mots de passe et conservé jusqu'à la soutenance de thèse.

4. Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque : aucun geste technique n'est pratiqué, aucune procédure diagnostique ou thérapeutique n'est mise en œuvre. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

5. Bénéfices potentiels de l'étude

Cette étude permet de mieux comprendre les médecins pratiquant la méditation pleine conscience et leurs problématiques dans un objectif de développement de cette pratique.

6. Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Vous ne bénéficierez d'aucune rémunération ou indemnisation pour la participation à cette étude. Il est possible de se retirer de cette recherche à tout moment. Dans ce cas, il vous suffit d'écrire une demande à marion.tranchant@unistra.fr.

7. Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles soit auprès de l'investigateur principal : Dr Valérie FAIDHERBE, soit auprès du chercheur avec qui vous serez en contact : Marion TRANCHANT, par courrier marion.tranchant@unistra.fr.

8. Confidentialité et utilisation des données médicales ou personnelles

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le département de médecine générale de Strasbourg, l'investigateur Docteur Valérie FAIDHERBE et Marion TRANCHANT, vous proposent de participer. Vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse qualitative des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. L'identité et les coordonnées des participants serviront uniquement à

organiser les entretiens individuels et à communiquer avec eux au sujet de la recherche. Toutes les personnes impliquées dans cette étude seront assujetties au secret professionnel.

Dans les travaux produits à partir de cette recherche, les données seront anonymisées. Seuls des résultats agrégés seront présentés.

Selon la Loi, vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment. Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement ci-dessous.

9. Protections des données personnelles :

Les informations recueillies le seront uniquement pour les besoins de la recherche présentée ci-dessus. Le responsable du traitement est l'Université de Strasbourg. Les données seront traitées et conservées par Marion TRANCHANT jusqu'à la soutenance de la thèse. Ce traitement a pour base légale l'exécution d'une mission de service public assurée par l'Université de Strasbourg (article 6.(1) e. du RGPD). Les participants à la recherche disposent de droits d'accès, de rectification et de suppression de leurs données. Pour exercer ces droits, vous pouvez adresser vos demandes à : Marion TRANCHANT par courrier marion.tranchant@unistra.fr.

Le traitement ne prévoit pas de prise de décision automatisée. Aucun transfert des données hors Union européenne n'est réalisé.

L'Université de Strasbourg a désigné une déléguée à la protection des données que vous pouvez contacter à l'adresse suivante : dpo@unistra.fr

Enfin, si après nous avoir contacté, vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

DANS LE CADRE DE LA PARTICIPATION À UNE RECHERCHE SCIENTIFIQUE

Titre de la recherche : Mise en application de la méditation pleine conscience en cabinet de médecine générale.

Je soussigné(e), accepte de participer à un entretien qui fera l'objet d'un enregistrement audio dans le cadre de ma participation à la recherche « Mise en application de la méditation pleine conscience en cabinet de médecine générale. »

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Marion TRANCHANT.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'accepte que mes propos soient enregistrés et exploités par Marion TRANCHANT ; pour les besoins de l'étude présentée ci-dessus. Ceux-ci seront uniquement accessibles par Marion TRANCHANT et Dr Valérie FAIDHERBE et l'enregistrement sera détruit après la soutenance de thèse.

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenu(e) que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat et ne comporte pas de risque particulier.

Je peux décider de me retirer de l'étude à tout moment, sans donner de justification et sans que cela n'entraîne de conséquence. Si je décide de me retirer de l'étude, j'en informerai immédiatement les investigateurs.

J'ai été informé(e) que les données colligées durant l'étude resteront confidentielles et seront seulement accessibles à l'équipe de recherche.

J'accepte que mes données personnelles soient numérisées dans le strict cadre de la loi informatique et liberté.

J'ai été informé(e) de mon droit d'accès à mes données personnelles et à la modification de celles-ci.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous les droits qui me sont garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Nom :

Lieu et Date :

Signature :

Annexe 5 : Accord de la CNIL

Mail du 13/07/21, De support@unistra.fr

Bonjour, Merci pour ces confirmations. Ces derniers éléments m'ont permis de finaliser l'inscription au registre des traitements de l'université de votre recherche. La fiche est consultable à l'adresse suivante : <https://cil.unistra.fr/registre.html#proc-545>

Votre recherche est inscrite sous le numéro 545. Les formalités sont à présent accomplies. Cette fiche étant publiée sur internet, elle ne reprend pas l'intégralité des informations que vous m'avez communiquées. Seules celles pouvant être communiquées à autrui y figurent.

Vous pouvez indiquer le lien vers cette fiche dans votre travail, cela permettra d'attester de l'accomplissement des formalités réglementaires en la matière.

Vous souhaitant bonne continuation pour cette étude, je reste à votre disposition pour toute question complémentaire.

Bien cordialement.

*Sarah Piquette-Muramatsu
Déléguée à la protection des données / Data protection officer
Université de Strasbourg
Tél : +33 (0)3 68 85 69 37*

*Direction du numérique
14 Rue RENE DESCARTES,
FR-67084 STRASBOURG CEDEX*

Annexe 6 : Guide d'entretien

Un praticien : Dans un premier temps, je voudrais apprendre à vous connaître. Parlez-moi de vous

Parcours personnel : Comment définissez-vous votre caractère ? Avez-vous des passions ? Et votre famille dans tout ça ?

Parcours médical : Pourquoi avez-vous choisi cette profession ? Quelles sont les thématiques médicales qui vous intéressent le plus ? Quelles sont les caractéristiques, selon vous, d'un bon médecin ?

Médecines alternatives et complémentaires : Quel est votre point de vue sur les médecines alternatives et complémentaires ?

Santé ou bien être ? Quelles distinctions faites-vous entre le bien-être et la santé ?

Un cadre professionnel : Comment définissez-vous votre cabinet ?

Une organisation : Racontez-moi votre organisation et votre implication dans le cabinet ...

À propos des consultations : Quel est le temps moyen d'une consultation ? Quelles sont les consultations qui vous posent le plus de difficultés ? Quelles sont celles qui vous animent ?

Comment qualifieriez-vous votre relation avec les patients : Paternaliste, Informatif, Partenarial ?

Une patientèle : Maintenant, parlez-moi de votre patientèle

Type de patientèle : Comment définissez-vous votre patientèle ? Quelles sont les attentes de vos patients vis-à-vis de leur médecin généraliste ?

La méditation : Généralités

À propos de la méditation : Racontez-moi, comment avez-vous découvert la méditation ?

Comment définissez-vous la méditation pleine conscience ? Avez-vous une pratique personnelle de méditation pleine conscience ? Depuis quand ?

Quelles sont les spécificités de cette pratique qui vous ont poussé à vous engager ?

Comment s'est-elle intégrée dans votre quotidien ? Quelles sont les difficultés que vous avez rencontrées pour son intégration au quotidien ? Quels sont les atouts qui vous ont incité à continuer ? Que pensez-vous de son engouement médiatique ? Qu'est-ce que la méditation à modifier pour vous ?

Méditation comme outil médical : Quelle est votre formation professionnelle vis-à-vis de cette pratique ? Organisme, temps de formation ? Avez-vous comparé les organismes ? Quels ont été les critères de sélection de la formation ?

Quelles ont été vos motivations à réaliser une formation professionnelle dans ce domaine ?

Pensez-vous que la méditation a fait ses preuves d'un point de vue médical ? Pour quelles pathologies ? À quelles limites la méditation pleine conscience a-t-elle répondu dans votre pratique ? Comment se sont passés vos débuts de pratiques méditatives en consultation ?

Pour qui ? : Pour quel patient utilisez-vous les pratiques méditatives ?

Toute la population ? Profil spécifique du patient ? Enfant ? Adulte ?

Pour quelles indications utilisez-vous les pratiques méditatives ?

Thérapie complémentaire vis à vis de maladie chronique ? Thérapie de type TCC ?

Est-ce que vos patients vous consultent pour l'application de cette technique ou est-ce que vous leur suggérez dans le cadre d'une prise en charge ? Quel est le profil du patient type ?

Quelle est la proportion de patients pour laquelle vous l'utilisez ?

Description : Quelle est la démarche de cette prise en charge ? Posez-vous un diagnostic ?

Avant la prise en charge, quelles sont les précautions à prendre ?

Programme MBSR, interventions brèves ? ACT ? Décrivez-moi comment se déroule une séance ?

En consultation ? En groupe de combien ? Dans quel lieu ? À quel moment de la journée ? Où êtes-vous placé dans la pièce, où est placé le patient ?

Avez-vous des rituels de consultation de pleine conscience par rapport à une consultation “classique” ? Quelle pédagogie utilisez-vous ? Pensez-vous modifier votre posture, langage corporel et intonations de voix pendant cette pratique ? Comment ce processus d’apprentissage est réalisé ? Quelles sont selon vous les qualités développées par les patients ?

Les limites : Avez-vous déjà rencontré des difficultés techniques ou relationnelles pendant la pratique ? Quelles sont les exigences de cette technique ? Rigueur ? Narration ?

Quelles sont les limites à l’utilisation professionnelle de cet outil ? Psychopathologie ? Temps, rémunération, local ? Thérapie de groupe ? Quels sont les arguments qui vous font suspendre cette prise en charge ? Quels sont les arguments qui vous influencent à adresser le patient ?

En détails : Pensez-vous que cette technique modifie votre relation avec le patient ? Comment vous sentez-vous pendant cette prise en charge ? Comment gérez-vous ce retour d’expérience ? Quel est le temps moyen de cette consultation ? Quel est le mode de rémunération de cet acte ? Comment facturez-vous cette prise en charge ? Quelle est votre réaction face aux refus de certains patients à l’utilisation ? Quelle est votre réaction face à un abandon de cette prise en charge ? Comment renforcez-vous l’observance ? Pourquoi selon vous cette méthode est un outil pertinent en médecine générale ? Quel est votre ressenti vis-à-vis de l’efficacité de cette méthode ? Quelles sont les qualités que doit avoir un médecin généraliste pour exercer la méditation pleine conscience ?

Et les autres ? Est-ce que cette technique a changé votre pratique vis-à-vis des autres patients ?

Est-ce que cette pratique a modifié le regard de vos patients sur vous ?

PARTIE 8 : BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. État de santé perçu [En ligne]. Disponible sur :
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386523#graphique-figure1>. Consulté le 17 mars 2023.
2. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes - Un essai de typologie. Études et résultats, DRESS. Juin 2004; 315. [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er315.pdf>. Consulté le 17 mars 2023.
3. DRESS. Crise sanitaire : hausse des syndromes dépressifs et des consultations pour ce motif. Mars 2021 [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/crise-sanitaire-hausse-des-syndromes-depressifs-et-des-consultations-pour-ce>. Consulté le 17 mars 2023
4. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry* ; 1 avr 1982, 4 (1): 33-47.
5. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* ; Août 2000, 68 (4) : 615-623.
6. Dictionnaire de français Larousse É. Définitions : méditation [En ligne]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9ditation/50158>. Consulté le 30 nov 2022.
7. Dictionnaire de français Larousse É. Définitions : conscience [En ligne]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/conscience/18331>. Consulté le 30 nov 2022.
8. Kabat Zinn J. Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness. Paris : J'ai lu ; 2012, 800 p.

9. Bourgonnon F. Ne laissez pas votre vie se terminer avant même de l'avoir commencée. Paris : First ; 2019, p. 33-35.
10. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract* ; 2004, 11(3) : 230-241.
11. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci* ; Avril 2008, 12 (4) : 163-169.
12. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* ; mars 2006, 62(3) : 373-386.
13. Trousselard M, Steiler D, Claverie D, Canini F. The history of Mindfulness put to the test of current scientific data: Unresolved questions. *L'encéphale* ; Décembre 2014 , 40 (6): 474-480.
14. Aurèle M. *Pensée pour moi-même, suivi du manuel d'Epictète*. Paris : Flammarion ; 1999, 222 p.
15. Magister. *Montaigne- Essais, Livre III Chapitre XIII : De l'expérience* [En ligne]. Disponible sur : <https://www.site-magister.com/prepas/montess3.htm>. Consulté le 30 nov 2022.
16. Purser R. *McMindfulness: How Mindfulness Became the New Capitalist Spirituality*. Repeater ; 2019, 304 p.
17. Midal F. Comment comprendre la méditation à partir de l'occident : psychologie, phénoménologie et poésie. In : *La méditation*, Fabrice Midal éd, Paris: Presses Universitaires de France; 2014. p. 73-92.
18. INSERM. *Psychothérapie : Trois approches évaluées* [En ligne]. Disponible sur: <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57>. Consulté le 30 nov 2022.
19. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press ; 1979, 442 p.
20. Rollet A. *Thérapie comportementale et cognitive : la troisième vague*. *Lett Psychiatre*. déc 2013; 9(6):172-176.

21. Linehan MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press ; 1993 558 p.
22. Harris R. Passez à l'ACT : Pratique de la thérapie d'acceptation et d'engagement. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 2017 : 381p.
23. Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. Nat Rev Neurosci. Avril 2015;16(4) : 213-225.
24. André C. Méditer jour après jour. Paris : L'Iconoclaste. 2011 ; 304 p.
25. Midal F. La méditation, un art... très occidental ! Les Grands Dossiers des Sciences Humaines ; 2019 , 55 (6) : 19.
26. Thich Nhât Hanh. La sérénité de l'instant : illuminer le quotidien et vivre le moment présent. Paris : J'ai lu ; 2009, 168 p.
27. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD, Gemar M. A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. Psychol Med ; mars 1996, 26 (2) : 371-380.
28. Segal ZV, Willims JM, Teasdale JD. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : une nouvelle approche pour prévenir la rechute. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur; 2006, 735 p.
29. Cardoso R, de Souza E, Camano L, Roberto Leite J. Meditation in health: an operational definition. Brain Res Protoc ; Nov 2004, 14(1): 58-60.
30. Pubmed. Mindfulness : 3,895 results [En ligne] Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=mindfulness&filter=years.2022-2022>. Consulté le 18 mars 2023

31. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, Lenderking WR, Santorelli SF. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1992 Jul ;149(7):936-43.
32. Vøllestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. sept 2012 ; 51(3) : 239-260.
33. 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. *The Lancet*. 4 juill 2015; 386 (9988) : 63-73.
34. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2016;73(6):565-74.
35. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000 Aug;68(4):615-23.
36. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS ONE*. Avril 2014; 9(4) : e96110.
37. OFDT. Drogues et addictions, chiffres clés 2022. [En ligne] Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/drogues-et-addictions-chiffres-cles/drogues-et-addictions-chiffres-cles-9eme-edition-2022/>. Consulté le 17 mars 2023

38. Zgierska A, Rabago D, Zuelsdorff M, Coe C, Miller M, Fleming M. Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *J Addict Med.* Sept 2008; 2 (3) :165-173.
39. Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, et al. Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* Mai 2014; 71 (5) : 547-556.
40. Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, et al. Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Addict Med.* Sept 2017 ;11 (5) :386-396.
41. INSERM. Insomnie [En ligne]. Disponible sur : <https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>. Consulté le 7 mai 2022
42. Williams J, Roth A, Vathauer K, McCrae CS. Cognitive Behavioral Treatment of Insomnia. *Chest.* Févr 2013; 143 (2) : 554-565.
43. Ong J, Sholtes D. A Mindfulness-Based Approach to the Treatment of Insomnia. *J Clin Psychol.* nov 2010; 66 (11) : 1175-1184.
44. Wang YY, Wang F, Zheng W, Zhang L, Ng CH, Ungvari GS, et al. Mindfulness-Based Interventions for Insomnia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Behav Sleep Med.* Janv 2020;18(1):1-9.
45. Kristeller JL, Hallett CB. An Exploratory Study of a Meditation-based Intervention for Binge Eating Disorder. *J Health Psychol.* mai 1999; 4 (3) :357-363.
46. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, Black DS. Mindfulness-based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. *Obes Rev Off J Int Assoc Study Obes.* Juin 2014;15(6) : 453-61.

47. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med.* Juin 1985 ; 8 (2) :163-190.
48. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* Avril 2017 ; 51 (2) :199-213.
49. Fall E. Introduction à la pleine conscience. Paris : Dunod. 2016 ; p 89-103
50. Tang YY, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci.* Avr 2015 ; 16 (4): 213-225.
50. Esch T. The Neurobiology of Meditation and Mindfulness. In: Schmidt S, Walach H. *Meditation – Neuroscientific Approaches and Philosophical Implications.* New York : Springer International Publishing; 2014, p. 153-173.
51. Cebolla A, Demarzo M, Martins P, Soler J, Garcia-Campayo J. Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLoS ONE.* Sept 2017; 12 (9) : e0183137.
52. Farias M, Maraldí E, Wallenkampf KC, Lucchetti G. Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* nov 2020; 142 (5): 374-393.
53. ADM (Association pour le Développement de la Mindfulness). Méditation pleine conscience [En ligne]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/>. Consulté le 30 nov 2022.
54. IFPCM (Institut Français de Pleine Conscience Mindfulness) [En ligne]. Disponible sur: <https://pleineconscience-mindfulness.fr/>. Consulté le 30 nov 2022
55. GEMA (Groupe d'Enseignement Médical Agréé) [En ligne]. Disponible sur: <https://www.gema-fm.fr/>. Consulté le 30 nov 2022
56. Davin-Casalena B, Scronias D, Fressard L, Verger P, Bergeat M, Vergier N. Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant.

- Études et résultats, DRESS. Mai 2023; 1267. [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-06/ER1267.pdf>. Consulté le 10 juillet 2023.
57. Breuil-Genier P. La durée des séances des médecins généralistes. Études et résultats, DRESS. Avril 2006, 481. [En ligne]. Disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>. Consulté le 10 juillet 2023.
58. Lebeau J-P. Initiation à la recherche qualitative en santé Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Paris : Global Média Santé. 2021; 192 p.
59. Rosenberg M. La communication non-violente au quotidien. Genève-Bernex: Jouvence; 2003. 96 p.
60. Goleman D, Roche D, Piélat T. L'intelligence émotionnelle I, II. Paris: J'ai lu; 2014. 928 p.
61. DREES Dossier presse : démographie des professionnels de santé [En ligne]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dossier_presse_demographie.pdf. Consulté le 29 mars 2023.
62. Demarzo MMP, Montero-Marin J, Cuijpers P, Zabaleta-del-Olmo E, Mahtani KR, Vellinga A, et al. The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review. *Ann Fam Med*. Nov 2015 ;13 (6) : 573-582.
63. Dupagne D. La revanche du rameur. Neuilly-sur-Seine: Michel Lafon; 2012. 290 p.
64. Francke AL, Smit MC, de Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 12 sept 2008 ; 8 : 38.
65. Shonin E, Van Gordon W, Griffiths MD. Practical tips for using mindfulness in general practice. *Br J Gen Pract*. 2014 Jul;64(624):368-9.

66. Schroevers MJ, Tovote KA, Snippe E, Fleer J. Group and Individual Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) Are Both Effective: a Pilot Randomized Controlled Trial in Depressed People with a Somatic Disease. *Mindfulness* (N Y). 2016 ;7(6):1339-1346.
67. Carmody J, Baer RA. How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *J Clin Psychol.* juin 2009 ; 65 (6) : 627-638.
68. Milesi M. Méditation de pleine conscience et médecine générale: enquête auprès des praticiens de Gironde et perspectives de formation. *Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2021, 78 p.*
69. Galam E. L'erreur médicale, le burn-out et le soignant. Paris : Springer. 2012; 327 p.
70. Kansoun Z. Le burnout des médecins en France : Méta-analyse (2000-2017). Thèse de médecine. Université de Marseille ; 2017 ; 88 p.
71. InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) Dossier de presse, Enquête 2021: Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : La santé mentale des futurs médecins en danger ! [En ligne]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/DP-Sante-mentale2021-int.pdf>. Consulté le 2 avr 2023.
72. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet.* 14 nov 2009 ; 374 (9702) : 1714-1721.
73. Scheepers RA, Emke H, Epstein RM, Lombarts KMJMH. The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review. *Med Educ.* Févr 2020; 54 (2) : 138-149.
74. Tran C. Mizzi C. Votre meilleur ami, c'est vous : Une méthode simple pour être bienveillant avec vous-même. Paris : J'ai lu ; 2019. 288 p.

75. Midal F. Foutez vous la paix et commencez à vivre. Paris : Pocket ; 2018, 160 p.
76. Midal F. Devenez narcissique et sauvez votre peau ! Paris : Pocket ; 2019, 144 p.
77. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A al. Initiation à la recherche qualitative en santé Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire; Paris : Global Média Santé ; 192 p.
78. Frankl V E. Découvrir un sens à sa vie grâce à la logothérapie. Paris : Pocket ; 2012, 178 p.
79. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. J Clin Med. Mars 2017 ; 6 (3): : 33.
80. Jiménez-Picón N, Romero-Martín M, Ponce-Blandón JA, Ramirez-Baena L, Palomo-Lara JC, Gómez-Salgado J. The Relationship between Mindfulness and Emotional Intelligence as a Protective Factor for Healthcare Professionals: Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. Mai 2021; 18 (10) : 5491.
81. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. Curr Biol CB. 22 sept 2014 ; 24 (18) : R875-878.
82. Espinoza E. Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise. Université d'Amiens ; 2018, 69 p.
83. Prasad K, Poplau S, Brown R, Yale S, Grossman E, Varkey AB, et al. Time Pressure During Primary Care Office Visits: a Prospective Evaluation of Data from the Healthy Work Place Study. J Gen Intern Med. Févr 2020 ; 35 (2) : 465.
84. AlAteeq MA, AlJoudi AS, AlKhadli YM. Subspecialization in Family Medicine: Opinions, Preferences, and Practices of Family Physicians in Saudi Arabia. J Prim Care Community Health. 2020; 11:2150132720981307.

85. Cottraux J. Les thérapies comportementales et cognitives. Rev Prat. Janv 1995 ; 44 : 2670-2673
86. Skinner BF. L'analyse expérimentale du comportement. Paris : Mardaga Edition. 1995
87. Cottraux J, Blackburn, IM. Thérapie cognitive. In : Manuel des troubles de la personnalité: théorie, recherche et traitement. Édition WJ Livesley. La Presse de Guilford. 2001 ; p 377-399.
88. Cottraux J. Thérapie cognitive et émotions. Paris : Elsevier Masson Health Sciences. 2014 ; 226 p.
89. Christophe V. Les théories néo-darwiennes. In : Les émotions : Tour d'horizon des principales théories. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion. 2019 ; p 61-73.
90. LeDoux J. Neurobiologie de la personnalité. Odile Jacob. 2003 ; 483 p.