

U.F.R DES SCIENCES DE SANTÉ UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE
CIRCONSCRIPTION MÉDECINE

ANNÉE 2016

N°

**LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE :
INTÉRÊTS D'UNE PRATIQUE PERSONNELLE POUR
LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE**

THÈSE

Présentée à l'U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine
et soutenue publiquement

le mercredi 23 novembre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Melle Élodie BONHOMME

née le 24 février 1984

à Saint Rémy

Doyen :
1^{er} Assesseur :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Yves ARTUR
Mme Laurence DUVILLARD
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président du jury : Professeur Bernard BONIN

Membres du jury : Professeur Jean-Francis MAILLEFERT
Professeur Yannick BEJOT

Directeur de thèse : Docteur Marie-Claude VINCENT

REMERCIEMENTS

Aux membres de notre jury :

Monsieur le Professeur Bonin,

Vous nous faites l'honneur d'être le président de cette thèse.

Nous avons eu la chance de profiter de votre enseignement et de vos connaissances tout au long de nos études de médecine. Nous vous remercions de l'attention et des conseils précieux que vous nous avez apportés au cours de notre semestre dans votre service.

Veillez trouver ici l'expression de notre admiration et de notre respect.

Monsieur le Professeur Maillefert,

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger notre travail.

Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement à la faculté, ainsi que dans votre service.

Nous vous en sommes très reconnaissants.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Bejot,

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger notre travail.

Nous vous remercions de votre ouverture d'esprit et de l'intérêt que vous portez à notre discipline.

Nous avons apprécié votre disponibilité et votre bienveillance en réponse à nos demandes d'avis spécialisés.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Madame le Docteur Vincent,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse.

Nous vous remercions de votre grande bienveillance, de votre disponibilité à toute heure et de votre approche très ouverte de la psychiatrie. Ce fût un réel plaisir d'accomplir ce travail avec vous. Nous avons conscience du chemin que vous nous avez aidé à parcourir.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

Au Docteur Christophe André,

Nous vous remercions de nous avoir partagé vos références bibliographiques.

Nous sommes admiratifs de votre travail lequel nous inspire chaque jour.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

À toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail et tout particulièrement à Stéphane, Lucie et Justin pour leur relecture, à Steve pour ses conseils, à Sophie pour son travail de mise en page, à Olivier et Ophélie pour la soirée bibliographie-loto : votre dévouement m'est allé droit au cœur. Merci.

À tous les médecins et à toutes les équipes que j'ai rencontrées durant mon internat et qui ont contribué à ma croissance à la fois personnelle et professionnelle.

À mes parents,

Vous avez toujours pris grand soin de moi de façon inconditionnelle. Je vous en suis profondément reconnaissante.

À mes grands frères, Sylvain et Fabrice, à mes belles-sœurs, Nathalie et Sandra, et à mes neveux et nièces, Antonin, Nicolas, Juliette et Lucie, et à tout le reste de ma famille, c'est toujours une joie de vous retrouver.

À tous mes amis, ma deuxième famille. Merci pour tout.

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 seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES FIGURES	12
ABRÉVIATIONS	13
INTRODUCTION	14
1 MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE : ORIGINE ET CONCEPT	16
1.1 HISTORIQUE.....	16
1.1.1 <i>Perspective historique</i>	16
1.1.2 <i>Perspective médicale contemporaine</i>	19
1.2 ÉTYMOLOGIE	20
1.2.1 <i>Étymologie du mot méditation</i>	20
1.2.2 <i>Origine du terme « mindfulness »</i>	22
1.2.3 <i>Origine du terme « pleine conscience »</i>	22
1.3 DÉFINITIONS	23
1.3.1 <i>Méditation</i>	23
1.3.2 <i>Pleine conscience</i>	24
1.3.3 <i>Distinction mindfulness-trait d'esprit / mindfulness-état d'esprit</i>	27
1.3.4 <i>Définition d'un sujet mindful</i>	28
1.4 LES PRATIQUES DE BASE DE LA PLEINE CONSCIENCE	28
1.4.1 <i>L'attention focalisée</i>	29
1.4.2 <i>L'attention ouverte</i>	30
1.4.3 <i>Le développement des qualités éthiques</i>	31
2 THÉORIES, MÉCANISMES ET INDICATIONS DE LA PLEINE CONSCIENCE	32
2.1 MODÈLES THÉORIQUES DE LA PLEINE CONSCIENCE	32
2.1.1 <i>Modèle de BROWN, RYAN and al.</i>	32
2.1.2 <i>Modèle de BISHOP et al. : une capacité métacognitive</i>	34
2.1.2.1 <i>Autorégulation de l'attention</i>	34
2.1.2.2 <i>Orientation vers l'expérience</i>	35
2.1.3 <i>Le modèle de SHAPIRO et al.</i>	37
2.1.3.1 <i>Trois axiomes : intention, attention, attitude</i>	37
2.1.3.2 <i>La re-perception</i>	38
2.1.4 <i>Le modèle S-ART de VAGO et SILBERSWEIG</i>	41
2.1.5 <i>Le modèle de Malinowski / The Liverpool Mindfulness Model</i>	43
2.2 LES FONDEMENTS NEUROBIOLOGIQUES	45
2.2.1 <i>Réseaux cérébraux impliqués dans le processus de méditation de pleine conscience</i> ...45	
2.2.1.1 <i>Réseaux cérébraux impliqués dans les processus attentionnels</i>	45
2.2.1.2 <i>Réseaux cérébraux impliqués dans la conscience corporelle</i>	49
2.2.1.3 <i>Réseaux cérébraux impliqués dans la régulation émotionnelle</i>	49
2.2.1.4 <i>Réseaux cérébraux impliqués dans le concept de soi flexible</i>	50
2.2.2 <i>Modifications structurelles cérébrales chez les méditants expérimentés</i>	50
2.2.3 <i>Modifications de l'activité cérébrale</i>	52
2.2.3.1 <i>Effets sur le psychisme de la pratique de la pleine conscience</i>	52
2.2.3.2 <i>Effets cognitifs de la pratique de la pleine conscience</i>	54
2.2.4 <i>Effets de la pleine conscience sur la douleur</i>	58
2.2.5 <i>Effets physiologiques</i>	59
2.2.6 <i>Effets sur la télomérase</i>	59
2.3 APPLICATIONS CLINIQUES DE LA PLEINE CONSCIENCE	60

2.3.1	<i>Principales interventions basées sur la pleine conscience</i>	61
2.3.1.1	Le programme MBSR.....	61
2.3.1.2	Le programme MBCT.....	62
2.3.1.3	L'Acceptance and Commitment therapy (ACT)	63
2.3.1.4	La Dialectical Based Therapy (DBT)	63
2.3.1.5	La thérapie centrée sur les schémas	64
2.3.2	<i>Domaines actuels d'application de la pleine conscience et son efficacité</i>	65
2.3.2.1	Corrélations entre le mindfulness-trait d'esprit et la santé psychologique	65
2.3.2.2	Application de la pleine conscience dans la population non clinique	66
2.3.2.3	Application de la pleine conscience en psychiatrie	67
2.3.2.4	Applications de la pleine conscience en médecine somatique	69
2.3.2.5	Effets de la pleine conscience sur la santé mentale en comparaison à d'autres techniques.....	70
2.3.2.6	Contre-indications de l'entraînement à la pleine conscience	70
2.3.2.7	Effets secondaires de l'entraînement à la pleine conscience.....	71
3	UN OUTIL DE PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX	72
3.1	STRESS, ÉPUISEMENT COMPASSIONNEL ET BURN-OUT	73
3.1.1	<i>Origine et concept du stress</i>	73
3.1.2	<i>L'épuisement compassionnel</i>	74
3.1.3	<i>Le burn-out</i>	75
3.1.3.1	Origine et concept	75
3.1.3.2	Les stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle	76
3.1.3.3	Les symptômes du burn-out.....	77
3.1.3.4	Un outil de mesure du burn-out : le MBI	77
3.1.3.5	Le cas particulier de la relation d'aide.....	78
3.2	ÉLÉMENTS D'ÉPIDÉMIOLOGIE SUR LES RPS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	79
3.2.1	<i>Stress et burn-out</i>	79
3.2.1.1	Ensemble des professionnels de santé	79
3.2.1.2	Professionnels de santé mentale	79
3.2.2	<i>Suicide des professionnels de santé</i>	81
3.3	INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR RÉDUIRE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS	82
3.3.1	<i>Études sur les effets de la pleine conscience chez les professionnels de la santé</i>	82
3.3.2	<i>Bénéfices de la régulation émotionnelle</i>	84
3.3.3	<i>Bénéfices de la compassion pour soi</i>	84
3.3.4	<i>Mode « être », mode « faire »</i>	85
4	DÉVELOPPEMENT DES QUALITÉS THÉRAPEUTIQUES DES SOIGNANTS	87
4.1	INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES INSTRUCTEURS DE LA PRATIQUE.....	87
4.2	INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE DANS LA RELATION DE SOIN	90
4.2.1	<i>L'attention</i>	91
4.2.1.1	Définition.....	91
4.2.1.2	Le développement de l'attention par la pleine conscience	92
4.2.1.3	Intérêt de l'attention dans la relation d'aide	92
4.2.2	<i>L'écoute thérapeutique</i>	93
4.2.2.1	Définition.....	93
4.2.2.2	Faire le silence à l'intérieur de soi	94
4.2.3	<i>Être pleinement présent</i>	95
4.2.4	<i>Réguler ses émotions</i>	97
4.2.4.1	Définition de la régulation émotionnelle	97
4.2.4.2	Le développement de la régulation émotionnelle par la pleine conscience	97
4.2.4.3	Comment la pleine conscience améliore la régulation émotionnelle	98
4.2.4.4	Intérêts de la régulation émotionnelle dans la relation de soin	99

4.2.5	<i>L'empathie</i>	101
4.2.5.1	Origine du terme et concept	101
4.2.5.2	Neurobiologie.....	104
4.2.5.3	Le développement de l'empathie par la pleine conscience	105
4.2.5.4	Intérêts du développement de l'empathie	106
4.2.5.5	Différences entre empathie et sympathie	107
4.2.6	<i>La compassion</i>	108
4.2.6.1	Définition.....	108
4.2.6.2	Effets de la pratique méditative de développement des qualités éthiques.....	110
4.2.6.3	Intérêts de la compassion dans la relation d'aide.....	111
4.2.7	<i>L'insight</i>	112
4.2.7.1	Définition et origine du terme.....	112
4.2.7.2	Les mécanismes du développement de l'insight par la pleine conscience	113
4.2.7.3	Intérêts du développement de l'insight dans la relation d'aide.....	114
4.2.8	<i>L'acceptation</i>	115
4.2.8.1	Définition.....	115
4.2.8.2	Intérêts de l'acceptation dans la relation d'aide.....	115
4.2.9	<i>Le non-jugement</i>	117
4.3	INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES SOIGNANTS DANS LE MILIEU INSTITUTIONNEL PSYCHIATRIQUE.....	118
	CONCLUSIONS	121
	BIBLIOGRAPHIE	123

TABLE DES FIGURES

Figure 1	Le modèle théorique de la pleine conscience de Malinowski (36).....	44
Figure 2	Processus de régulation attentionnelle pendant la méditation (36)	48

ABRÉVIATIONS

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
CFM	Center for Mindfulness
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
DBT	Dialectical Behavioral Therapy
EMDR	<i>Eye movement desensitization and reprocessing</i> (litt. Désensibilisation et reprogrammation par mouvements oculaires)
FFMQ	<i>Five facets mindfulness questionnaire</i>
IRMf	Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle
MBCT	<i>Mindfulness-based Cognitive Therapy</i> (Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience)
MB-EAT	<i>Mindfulness-based Eating Awareness Training</i> (Programme d'alimentation en conscience basé sur la pleine conscience)
MBI	<i>Mindfulness-based Interventions</i> (Interventions basées sur la pleine conscience)
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBSR	<i>Mindfulness-based Stress Reduction</i> (Réduction du stress basé sur la pleine conscience)
RPS	Risques psychosociaux
SFT	<i>Schema-Focused Therapy</i>
Umass	Université du Massachussetts

INTRODUCTION

La méditation de pleine conscience, issue en grande partie des pratiques bouddhiques ancestrales, connaît un essor considérable ces dernières années tant dans le domaine médical que dans celui du bien-être. Cette pratique est intégrée dans différentes formes de psychothérapies qui constituent la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, apparue au début des années deux-mille. En médecine et particulièrement en psychiatrie, des programmes de méditation pleine conscience sont proposés pour diminuer les symptômes anxieux et dépressifs de patients souffrant de troubles variés. Des programmes d'entraînement à la pleine conscience sont également proposés aux individus en bonne santé désireux d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie.

En particulier, les professionnels de santé mentale sont fortement exposés aux risques d'épuisement émotionnel, de stress et de burn-out en raison de l'intensité de la charge émotionnelle de la relation soignant-soigné et de l'exposition à la souffrance psychique. Or, les effets des pratiques de pleine conscience sont désormais reconnus par la communauté scientifique pour réduire les conséquences du stress.

La relation d'aide thérapeutique en santé mentale nécessite un fort engagement personnel qui n'est pas neutre pour le soignant. Elle repose sur une connaissance fondamentale du comportement et du psychisme humain qui s'acquiert à travers un enseignement théorique et au cours des stages. Elle nécessite également un authentique travail sur soi, seul à même de permettre une véritable compréhension de soi. Le patient suscite en nous des émotions, un contre-transfert, positif ou négatif, qu'il convient d'élaborer avec rigueur sous peine de difficultés.

Dans la première partie, nous aborderons l'origine et le concept de méditation de pleine conscience à travers l'historique, l'étymologie des différents termes, un ensemble de définitions et les pratiques de bases de cette technique.

La deuxième partie est consacrée aux théories, mécanismes et indications de la méditation de pleine conscience à partir des modèles théoriques cognitifs et des hypothèses neurobiologiques.

La troisième partie explore l'intérêt de la pratique de la méditation de pleine conscience dans la prévention de certains risques psychosociaux comme le syndrome d'épuisement professionnel.

Dans la quatrième et dernière partie, nous commencerons par aborder l'importance de l'entraînement à la méditation de pleine conscience pour les professionnels désireux de transmettre cette technique, puis nous détaillerons les intérêts de cette pratique pour les soignants en psychiatrie, dans la relation soignant-soigné, à travers les différentes qualités thérapeutiques qu'elle développe ; nous finirons par une réflexion sur l'intérêt de la pleine conscience au niveau institutionnel.

1 MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE : ORIGINE ET CONCEPT

1.1 HISTORIQUE

Il existe actuellement deux modèles pédagogiques pour étudier et pratiquer la *mindfulness* ou pleine conscience : un modèle historique prenant racine dans des traditions religieuses et philosophiques ; et un autre beaucoup plus récent, né des travaux de Jon KABAT-ZINN avec la création en 1979 du programme MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) (161). Nous verrons que ces deux modèles, historique et contemporain, ont des objectifs similaires comme la réduction de la souffrance, l'augmentation des émotions positives et l'amélioration de la qualité de vie. Selon Jon KABAT-ZINN (80), ce n'est pas par accident que la pleine conscience vient du bouddhisme dont le souci permanent est le soulagement de la souffrance et la dissipation des illusions.

1.1.1 Perspective historique

Contrairement à la croyance la plus fréquente, la pleine conscience n'est pas uniquement dérivée de la pensée bouddhiste. La méditation est pratiquée depuis plusieurs millénaires (bien avant la naissance du Bouddha), comme en attestent des fresques vieilles de 4000 ans, représentant des personnages en posture de méditation, découvertes sur des murs de cavernes indiennes (162).

Bien que la tradition bouddhiste ait su préserver et transmettre de manière vivante son concept basé sur une attention nue, ou pleine conscience, et des pratiques s'appuyant sur la méditation, nous retrouvons le concept de pleine conscience dans l'hindouisme, l'islam, la chrétienté, tout autant que dans les philosophies grecques anciennes ou européennes modernes. Les *Upanishads* (tradition védique hindouiste, -1500 av. J.-C) décrivent l'importance de développer l'attention ou la contemplation avec l'intention de réduire et d'apaiser le flot des

pensées ou des activités automatiques en fixant son attention sur la respiration. Dans le *Taoïsme* (VI^e siècle avant J.-C), c'est à travers des techniques de focalisation de l'attention sur la respiration, par des pratiques immobiles (*zuowan*, à traduire littéralement par « s'asseoir et oublier ») ou en action (*tai qi quan*), que le travail sur la conscience des phénomènes est abordé. Dans les grands courants monothéistes, le développement de l'attention ou de la conscience est utilisé dans certains rituels comme la prière attentive dans la Kabbale pour la religion juive, la prière du chœur dans la religion chrétienne orthodoxe et chez les derviches tourneurs pour l'Islam avec comme but la réduction de l'éparpillement de l'attention (160).

Dès la Renaissance, différents philosophes occidentaux se sont penchés sur le phénomène de la pleine conscience. MONTAIGNE (XVI^e siècle) en est certainement le plus ancien avec son idée clé du « vivre à propos » : « Quand je danse, je danse ; quand je dors, je dors ; et quand je me promène solitairement en un beau verger, si mes pensées se sont entretenues des occurrences étrangères quelque partie du temps, quelque autre partie je les ramène à la promenade, au verger, à la douceur de cette solitude et à moi » (119). SPINOZA (XVII^e siècle) vantera la reconnaissance des émotions destructrices et leur acceptation comme remède à une meilleure régulation. Enfin, au XX^e siècle, Husserl et Heidegger expliqueront par la phénoménologie, la science du vécu, comment l'expérience de l'instant peut mener à une certaine libération (160).

La pleine conscience constitue la pratique de base des différentes méditations du bouddhisme (81). Il s'agit d'une pratique très ancienne initiée par le Bouddha, il y a environ 2500 ans. Le bouddhisme est communément assimilé à une religion ou à une philosophie. Il en diffère pourtant si l'on considère certains éléments. C'est une tradition non théiste, c'est-à-dire qu'elle ne reconnaît aucun Dieu transcendant ou créateur et n'a pas de fonction sotériologique, ne promettant pas le salut à qui la pratique. La philosophie et le bouddhisme partagent le désir d'entrer en relation avec le réel mais le bouddhisme ne fait pas intervenir la pensée ni la raison. Il s'agit d'observer le réel de manière directe par la pratique de la méditation. Selon Matthieu RICARD, docteur en biologie cellulaire, moine bouddhiste et interprète officiel du DALAÏ-LAMA en France, la doctrine bouddhiste consiste en une « voie de connaissance », dont la finalité est de conduire à la « libération de la souffrance ». Elle est « *une sagesse fondée sur une compréhension juste de la réalité et un affranchissement des émotions perturbatrices et des voiles engendrés par l'ignorance* ». La pratique du bouddhisme « *n'exige pas de renoncer à ce que l'existence a de bon, mais d'abandonner les causes de la souffrance auxquelles nous sommes souvent attachés comme à une drogue* » (133).

Le point de départ de la doctrine bouddhique concerne donc la notion de douleur dont il faut s'affranchir. Lorsque Bouddha atteignit le niveau d'éveil sous l'arbre de la Bodhi (l'arbre de la connaissance) où il méditait, il comprit l'origine de la souffrance et le moyen de s'en affranchir. Il énonça sa découverte, lors du sermon de Bénarès, par la description des « Quatre Noble Vérités ». La première noble vérité établit que *dukkha*, terme sanscrit à traduire par « souffrance », ou « insatisfaction », est une expérience inhérente à la nature de la vie du fait de l'*impermanence* de toute chose. La deuxième noble vérité explique que *dukkha* prendrait racine dans les *klesha*, terme sanscrit traduit par « émotions perturbatrices » ou « attitudes mentales négatives ». Ces *klesha* sont décrites au nombre de trois et sont également dénommées les « trois poisons de l'esprit » : l'avidité égoцентриque (l'attachement à sa propre importance ou à l'environnement, le désir), la répulsion (le rejet, la haine de soi ou de l'environnement) et l'ignorance (l'illusion). Comme nous sommes conduits à rechercher et retenir le plaisir, à éviter la souffrance, nous sommes vulnérables aux émotions destructrices. L'ignorance correspond au fait de ne pas percevoir comment nos vies sont régies par ces émotions destructrices. La troisième noble vérité enseigne qu'il existe un remède à la souffrance ; c'est le détachement, par l'observation de l'esprit. La quatrième noble vérité décrit le chemin permettant à l'homme de comprendre et d'observer son esprit et ainsi, de se libérer de la souffrance. Cette voie de transformation de l'esprit est composée de trois piliers : la conduite éthique, la sagesse et la méditation. Les compétences clés de pleine conscience et de compassion font partie de cette voie (56).

La tradition bouddhiste utilise deux principales approches de méditation pour apprendre à accepter le présent tel qu'il est : les méditations de *Samatha* (attention vigilante) et *Vipassana* (vision pénétrante) qui ont pour objet de réduire les perturbations mentales et de permettre une connaissance plus juste des phénomènes (160).

La pleine conscience serait la base nécessaire à la pratique des deux autres piliers du bouddhisme que sont la « conduite éthique » qui consiste à s'abstenir des actes, paroles, pensées négatives et à cultiver les actes, paroles, pensées bénéfiques pour soi-même et autrui ; et la « sagesse » qui consiste à discerner ce qui fait souffrir de ce qui apaise et à percevoir la réalité telle qu'elle est, objectivement (64).

Dans la tradition du bouddhisme tibétain, la pleine conscience est comparée à la chaîne d'entraînement avec laquelle on attache un éléphant sauvage à un gros poteau. Dans cette

analogie, l'éléphant sauvage symbolise l'esprit qui doit être maîtrisé, la chaîne matérialise la pleine conscience, et le poteau représente la vertu et la sagesse. La pleine conscience permet d'être conscient des moments où l'esprit s'égare et de le ramener dans la direction voulue (154).

La culture systématique de la pleine conscience a été appelée le « cœur » de la méditation bouddhiste. Elle a fleuri au cours des deux mille cinq cents dernières années, dans la vie monastique et dans la vie séculaire de nombreux pays asiatiques. Au cours des dernières décennies, cette pratique s'est répandue partout dans le monde. Cette expansion est due en partie à l'invasion chinoise du Tibet et à la guerre dans le Sud-Est asiatique, qui ont toutes deux provoqué l'exil de nombreux moines et instructeurs bouddhistes vers l'Occident, mais aussi au phénomène de mondialisation avec la venue d'Occidentaux en Asie, dans des monastères, pour apprendre la méditation et l'enseigner à leur tour aux occidentaux à leur retour (80).

1.1.2 Perspective médicale contemporaine

Ce n'est que depuis une trentaine d'années que le concept de pleine conscience est utilisé dans une perspective laïque d'intervention psychologique en pratique clinique.

En Occident, le pionnier de l'utilisation de la pleine conscience à des fins thérapeutiques a été Jon KABAT-ZINN, dans le domaine de la gestion du stress, des douleurs et des pathologies somatiques chroniques (80). Suite à une conférence d'un missionnaire zen, Jon Kabat-Zinn débute une formation en méditation. Constatant les bienfaits associés à la pratique méditative régulière dans sa vie personnelle et considérant que les hôpitaux sont des « aimants de souffrance », il élabore un traitement à partir des principes et des techniques bouddhiques pour réduire la souffrance, en renforçant la connexion entre le corps et l'esprit. Persuadé que les patients ne s'inscriront pas à une retraite de méditation, il prévoit de leur apprendre la pratique dans un contexte ordinaire de soin, en proposant des ateliers d'entraînement à la réduction du stress par la méditation ou MBSR(122). À partir de 1979, il a mis en place à la clinique de réduction du stress du Centre Médical du Massachusetts (UMass) un programme de « réduction du stress basé sur la pleine conscience nommé MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), dont l'objectif est d'apprendre aux participants à se décentrer de leurs émotions en développant leur capacité d'attention sur leurs états internes (pensées, sensations physiques, émotions). La clinique de réduction du stress fait partie du Center for Mindfulness in Medicine,

Health Care, and Society (CFM) à Umass depuis 1995. Outre le travail effectué avec les patients, le CFM propose des programmes de réduction du stress aux écoles et aux entreprises ainsi que des formations pour les professionnels de santé intéressés. Le CFM abrite également un programme de recherche sur la pleine conscience (80).

Plus tard, à partir de 1995, la pleine conscience a été associée à la thérapie cognitive dans le domaine de la dépression par Zindel SEGAL, Mark WILLIAMS et John TEASDALE. Leur programme nommé « *Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience* » (de *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* ou MBCT) associe des éléments du programme MBSR de Jon KABAT-ZINN à la thérapie cognitive de la dépression de Beck. Il est utilisé dans la prévention des rechutes dépressives (141).

Progressivement s'est produit un élargissement des applications cliniques de la pleine conscience. C'est dans ce contexte qu'est né le terme « interventions basées sur la pleine conscience » ou MBI (Mindfulness-Based Interventions).

L'arrivée de la pleine conscience a été plus tardive en France. Il faudra attendre 2006 pour que le livre de SEGAL, WILLIAMS et TEASDALE, « *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression* », soit traduit et publié en France (2002 aux USA), et 2009 pour le livre de Jon KABAT-ZINN, « *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience* », soit 19 ans après sa première parution aux États-Unis.

1.2 ÉTYMOLOGIE

1.2.1 Étymologie du mot méditation

Sur un plan étymologique, le terme « méditation » provient du verbe latin *meditor* qui signifie « méditer, préparer, avoir en vue quelque chose, s'exercer » d'où la notion de « réfléchir ». *Meditor* est le fréquentatif du verbe latin *medeor* qui signifie « soigner, donner des soins, remédier » et que nous retrouvons dans le mot « médecin ». Or, dans la méditation

telle que l'entend la tradition bouddhique, il s'agit précisément de prendre soin par un souci d'attention.

Medeor est composé de la racine indo-européenne *med- qui signifie « mesure » et qui est également à l'origine du terme latin *modus* « manière, mode » et du terme grec *μηδος* (*medos*) « conseil ».

La définition du mot « méditation » a évolué au fil des siècles. Le terme est apparu dans la langue française au XII^{ème} siècle, dans le milieu religieux, et signifiait « contemplation ». À partir de la fin du XIV^{ème} siècle, il a pris le sens d'« action de réfléchir profondément ». Puis, au XVII^{ème} siècle, le terme méditation est également employé pour désigner des écrits sur des sujets religieux ou philosophiques ; les « *Méditations métaphysiques* » de René Descartes, qui présentent le célèbre « *Cogito ergo sum* » (Je pense donc je suis), en sont un bon un exemple.

Aujourd'hui la méditation est définie de deux façons dans la langue française : son sens commun est l'« action de méditer, de penser avec une grande concentration d'esprit pour approfondir sa réflexion » et par métonymie, le terme désigne aussi « une pensée réfléchie et concentrée sur un sujet particulier » ; le mot comporte également un sens religieux « exercice spirituel préparant à la contemplation » (176). De fait, le mot « méditation » est trompeur à plusieurs titres. Premièrement, il est perçu par beaucoup comme une activité intellectuelle alors que les pratiques méditatives passent surtout par le corps. Ensuite, parce que ce mot ne désigne pas une démarche unique, mais une multitude de pratiques : certaines consistent à focaliser son attention, d'autres au contraire à l'ouvrir largement ; parfois méditer requiert l'immobilité, parfois le mouvement. Enfin, on associe volontiers la méditation à un ensemble de convictions religieuses, alors qu'elle peut parfaitement se pratiquer dans un cadre laïque, philosophique ou thérapeutique (70).

Le mot « méditation » a été utilisé pour la traduction du sanscrit *bhavana* qui veut dire « cultiver » et par extension « cultiver l'esprit ». Comme le signifie Matthieu Ricard, le terme *bhavana* souligne le fait que la pratique méditative est considérée dans le bouddhisme comme une méthode « d'entraînement » de l'esprit, permettant « de cultiver et de développer certaines qualités humaines fondamentales, de la même façon que d'autres formes d'entraînement nous apprennent à lire, à jouer d'un instrument de musique ou à acquérir toute autre aptitude » (134).

1.2.2 Origine du terme « mindfulness »

Mindfulness est un terme anglais composé du nom *mind-* « esprit », et des suffixes *-ful* « plein de » et *-ness* « état, qualité », soit la qualité d'être pleinement dans son esprit. Il est utilisé dès le XIX^e siècle comme traduction anglaise du mot sanscrit *smṛti* (*sati* en pali), qui signifie à la fois « mémoire », « conscience » et « attention ». Le terme « mémoire » ne fait pas ici référence à la mémoire des événements passés, mais évoque plutôt le rappel constant de pratiquer la pleine conscience, « Souviens-toi d'être attentif ». La *mindfulness* dans son acception ancienne est l'observation affûtée du fonctionnement de l'esprit et de la nature fondamentale du monde matériel (106).

1.2.3 Origine du terme « pleine conscience »

Le terme de *mindfulness* a été traduit de différentes façons dans la langue française. Les traductions transforment l'expressif et bref vocable anglo-saxon en mots composés d'utilisation « lourde », reflétant mal sa signification dans sa complexité et sa subtilité. L'ambiguïté du terme *mindfulness* est due à deux significations non exclusives. La première renvoie à un « état d'esprit », propriété émergente involontaire d'un cerveau entraîné à une certaine façon de percevoir, la deuxième à la « technique », la méditation, pour atteindre cette manière de percevoir. Le terme *mindfulness* traduit à la fois l'action et l'objectif de l'action. La traduction française hésite entre ces deux pôles. Certains utilisent le terme « méditation pleine conscience », d'autres le terme « pleine conscience ». Par souci d'exactitude, certains auteurs français préfèrent employer le terme « mindfulness » comme un véritable néologisme (160).

1.3 DÉFINITIONS

1.3.1 Méditation

Le concept occidental de méditation suggère une longue et profonde réflexion, un mode de pensée exigeant et attentif. Selon Christophe ANDRÉ (4), cette démarche, que l'on pourrait dire analytique, réflexive, existe aussi dans la tradition bouddhiste. Mais il y en a aussi une seconde, plus contemplative : observer simplement ce qui est. La première est une action, même s'il s'agit d'une action mentale (réfléchir sans déformer). La seconde est une simple présence, mais éveillée et affûtée (ressentir sans intervenir). C'est elle dont les vertus soignantes intéressent le monde de la psychothérapie et des neurosciences.

Ainsi pour Fabrice MIDAL, fondateur de l'École Occidentale de Méditation, la méditation dont il est ici question n'est pas du tout une réflexion sur un thème donné, mais « *un exercice délibéré d'attention à ce qui se passe moment après moment, dans le présent vivant – sans aucune attente ou conception. Il s'agit simplement de s'ouvrir à ce qui est, en le laissant être tel qu'il est* » (114).

Il serait pourtant incorrect de voir dans la méditation un processus passif. Comme l'explique Jon KABAT-ZINN, focaliser son attention et rester véritablement calme et non réactif demande une bonne dose d'énergie et d'efforts (80).

Selon Fabrice MIDAL (114), le mouvement de la méditation repose sur le constat que, au moment où je porte attention à une expérience ou à un phénomène, il est pris en garde, recueilli. Si je suis attentif à ce que quelqu'un me dit, j'abrite dans mon écoute ce qui est dit, j'en prends soin (ce qui renvoie à sa racine étymologique). Au contraire, si je ne suis pas attentif, les propos prononcés sont vite oubliés.

Le terme « méditation », comme nous l'avons vu, est difficile à définir, puisqu'il recouvre une très large gamme de pratiques au sein de différentes traditions philosophiques et spirituelles. Cette difficulté à définir de façon consensuelle la méditation contribuerait d'ailleurs à limiter la portée des travaux neuroscientifiques et empiriques qui cherchent à caractériser l'impact de cette pratique sur le cerveau et la santé mentale. Cependant, d'un point de vue opérationnel, si l'on considère la méditation comme une méthode d'entraînement de l'esprit pour développer certaines qualités ou vertus spécifiques, tout exercice visant à développer et à

cultiver la pleine conscience est une pratique méditative (103). Ainsi, LUTZ et al. (106) proposent finalement de définir la méditation de la façon suivante : « *La méditation peut être conceptualisée comme une famille complexe de méthodes d'entraînements de régulation attentionnelle et émotionnelle destinées à des fins variées, incluant la culture du bien-être et de l'équilibre émotionnel* ».

1.3.2 Pleine conscience

Dans la littérature de la pleine conscience, on retrouve de nombreuses définitions de ce concept, lesquelles présentent des variations, d'un auteur à l'autre, tant sur le plan théorique que sur le plan opérationnel. La signification donnée par les cliniciens et les chercheurs est influencée par les approches cliniques l'utilisant (34). Par ailleurs, comme nous l'avons souligné précédemment, la pleine conscience fait référence à la fois à un état d'esprit et à la pratique qui développe cet état d'esprit. Nous nous intéresserons ici aux définitions concernant l'état de conscience.

Pour Jon KABAT-ZINN, la pleine conscience est un « *état qui résulte du fait de porter son attention, de manière intentionnelle, au moment présent, sans jugement, sur l'expérience qui se déploie, instant après instant* » (80). Christophe André propose une définition de la pleine conscience qui précise celle de Jon KABAT-ZINN ; elle est « *la qualité de conscience qui émerge lorsqu'on tourne intentionnellement son esprit vers le moment présent ; comme l'attention portée à l'expérience vécue et éprouvée, sans filtre (on accepte ce qui vient), sans jugement (on ne décide pas si c'est bien ou mal, désirable ou non), sans attente (on ne cherche pas quelque chose de précis)* » (4).

GROSSMAN et al. (63) précisent le concept de non-jugement en évoquant une conscience impartiale et non évaluative. Ils amènent la notion d'attention soutenue d'instant en instant et définissent l'expérience vécue comme « *l'ensemble des états et processus mentaux perceptibles* » soit la conscience immédiate et continue des sensations physiques, des perceptions, des états affectifs et des pensées. Se rapproche de cette description celle de Matthieu RICARD (135) qui stipule que dans la méditation de pleine conscience, « *le méditant prend mentalement note de tout ce qu'il voit ou entend, de ses sensations corporelles internes*

et de son discours intérieur. Il reste conscient de ce qui se passe sans se préoccuper d'aucune perception ou pensée isolée, en revenant à cette concentration détachée chaque fois que son esprit vagabonde ».

Le questionnaire « Cinq facettes de la pleine conscience » (*Five Facet Mindfulness Questionnaire* de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer et Toney) (10) ajoutent aux caractéristiques précédentes, celle de « non-réactivité » face à l'expérience interne, permettant aux pensées et aux émotions d'évoluer dans le champ de la conscience sans générer d'évitement ou de rétention. Marsha LINEHAN, inventrice de la thérapie comportementale dialectique, parle d'« acceptation » plutôt que de « non-réactivité » (101).

BISHOP et coll. (16) résument la pleine conscience par deux aspects :

- *L'autorégulation de l'attention* qui est maintenue sur l'expérience immédiate, permettant une reconnaissance des événements mentaux spécifiques au moment présent.
- *L'orientation particulière* vers sa propre expérience, caractérisée par la curiosité, l'ouverture et l'acceptation, peu importe sa valence ou sa désirabilité.

Selon GERMER (122)(55), les moments de pleine conscience sont caractérisés par le fait qu'ils sont :

- *Non conceptuels*. La pleine conscience est la conscience incarnée (« *embodied* »), intuitive, distincte des processus cognitifs.
- *Non verbaux*. L'expérience de la pleine conscience ne peut être capturée par les mots car la conscience survient avant que les mots ne surgissent dans l'esprit.
- *Centrés sur le moment présent*. La pleine conscience est toujours au moment présent. L'absorption dans les pensées nous retire temporairement du présent moment.
- *Hors jugement*. La conscience ne peut survenir si nous ne sommes pas prêts à accueillir l'expérience telle qu'elle est.
- *Participatifs*. La pleine conscience n'est pas l'observation détachée, c'est l'expérience de l'esprit et du corps de façon intime.
- *Libérateurs*. Tous les moments de pleine conscience permettent de se libérer de la souffrance conditionnée, de créer un espace autour de l'inconfort.

La pleine conscience est associée au bien-être physique et psychologique. L'attention portée au moment présent et l'acceptation de l'expérience sans la juger sont des antidotes contre la détresse psychologique, les ruminations sur le passé, les inquiétudes concernant le futur, la colère générée par les attentes déçues. À l'inverse, ces états d'esprit sont exacerbés par les tendances inadaptées à éviter, supprimer ou entretenir les pensées pénibles ou les humeurs dysphoriques (122). En effet, la suppression de la pensée, par des conduites d'évitement, diminuerait la détresse dans l'immédiat mais conduirait à long terme à l'augmentation des images ou des pensées intrusives négatives et à un sentiment d'échec parce qu'on n'arrive pas à contrôler le phénomène, ce qui amène l'individu à intensifier ses tentatives impuissantes de contrôle. Ce fonctionnement est très présent dans la dépression, l'état de stress post-traumatique et le trouble anxieux généralisé (163).

En apprenant à observer sans juger l'expérience et à prendre le temps de répondre de façon réfléchie aux situations anxiogènes plutôt que d'y réagir de façon automatique, il est possible d'apprécier le contexte tel qu'il est, et d'y répondre de manière plus efficace. En pratiquant la méditation de pleine conscience, la personne apprend à ne plus juger une situation, à ne plus comparer son état actuel à sa situation prémorbide ou à l'état jugé idéal. Il est alors possible d'appivoiser son état émotionnel en cultivant l'acceptation des moments de tension inhérents à la vie, d'adopter une attitude d'ouverture et de compassion, et d'apprécier les moments de soulagement en se centrant sur le présent sans anticiper leur fin. L'adjonction des concepts d'impermanence et d'équanimité (ou impartialité) permettrait de composer plus facilement avec la souffrance (122). À mesure que la conscience des événements environnants augmente, les sources d'irritation quotidiennes (un collègue en colère, un enfant agité) deviennent moins perturbatrices et une sensation de bien-être se développe (135).

De ces quelques définitions à visée pédagogique et pratique, il ressort que la pleine conscience est un état de conscience transitoire, appris et induit délibérément, et qui peut être décomposé en trois attitudes fondamentales :

1 : *Une ouverture maximale du champ attentionnel* portant sur l'ensemble de l'expérience personnelle de l'instant et s'appliquant aux différents domaines de l'expérience du sujet : les perceptions sensorielles (vue, audition, odorat, toucher, goût), les sensations physiques (proprioception, kinesthésie, rythme respiratoire), les émotions et les pensées (4). En d'autres termes, l'expérience présente –constituée de tous les éléments présents à la conscience du sujet

de minute en minute- devient le stimulus essentiel sur lequel l'attention est portée intentionnellement (68).

2 : *Une attitude d'acceptation et de non-jugement de l'expérience présente* quelle qu'en soit la valence émotionnelle (agréable ou désagréable) (4). Ce désengagement des tendances à juger et à contrôler permet d'entraîner l'attention à ne pas être capturée par les a priori associés à une expérience donnée (68).

3 : *Une conscience non élaborative* dans laquelle on ne cherche pas à analyser ou à mettre en mots, mais plutôt à observer et à éprouver (4). En ce sens, la pleine conscience serait plus une expérience pratique et une action plutôt qu'un concept ou un raisonnement (68).

1.3.3 Distinction mindfulness-trait d'esprit / mindfulness-état d'esprit

P. GROSSMAN décrit la pleine conscience comme pouvant être également un état d'esprit ou un trait d'esprit, en plus d'être un type particulier de processus mental ou encore la méthode pour cultiver un de ces différents aspects (63).

Le mindfulness-trait d'esprit est la propension à faire attention et à porter sa conscience, c'est-à-dire, la prédisposition à être pleinement présent. Le mindfulness-état d'esprit concerne des fluctuations systématiques autour du niveau moyen de mindfulness d'une personne dans le temps. Les individus diffèrent dans leur propension ou disposition à maintenir de façon continue leur attention à ce qui se produit dans l'expérience présente, sans jugement ni réactivité, c'est-à-dire dans leur capacité à se mettre en mode « pleine conscience ». Il existe donc des variabilités interindividuelles pour le mindfulness-trait d'esprit et une variabilité intra-individuelle, fluctuante dans le temps autour d'un niveau moyen, pour le mindfulness-état d'esprit (24).

1.3.4 Définition d'un sujet mindful

Par convention, un sujet *mindful* est considéré comme ayant une forte intensité d'éveil en conscience (meilleure capacité à observer, accepter et suspendre son jugement sur l'expérience en cours) (160).

Être *mindful* implique d'entreprendre un examen précis et minutieux de tout ce qui se passe, en se délestant de tout préjugé ; ceci implique un engagement actif et non une résignation passive (34).

1.4 LES PRATIQUES DE BASE DE LA PLEINE CONSCIENCE

Les trois pratiques centrales de la pleine conscience sont l'attention focalisée, l'attention ouverte et le développement de qualités éthiques.

À l'instar de plusieurs traditions contemplatives orientales, et en particulier celle du bouddhisme zen, vipashyana et tibétain, plusieurs auteurs contemporains s'accordent à dire qu'il existe trois pratiques méditatives principales pour cultiver la pleine conscience (109)(161)(103)(106)(72) : les méditations d'*attention focalisée*, d'*attention ouverte* et de *développement des qualités éthiques* (amour altruiste et compassion). Si les deux premières ont été particulièrement mises en avant par les interventions basées sur la pleine conscience, la troisième – l'amour altruiste et la compassion – moins connue, permettrait de cultiver une attitude de compassion envers soi-même et les autres, et faciliterait l'ouverture à l'expérience du moment présent dans les moments difficiles, en particulier au cœur d'un ressenti de souffrance (55).

1.4.1 L'attention focalisée

L'attention focalisée correspond dans le bouddhisme à la pratique de *shamatha*, mot sanscrit qu'on peut traduire littéralement par « calme mental ». L'attention focalisée correspond à l'apaisement de l'esprit et sa clarification par la concentration sur un seul objet, comme par exemple, les sensations générées par la respiration. Dans une perspective de maturation de l'esprit, l'objectif de l'attention focalisée est de « *préparer le terrain en faisant de l'esprit un outil maniable, efficace et précis* » (134).

L'attention focalisée comporte les caractéristiques suivantes (106) :

- Une *attention sélective* soutenue moment après moment, dirigée sur un objet choisi (par exemple la respiration),
- La *détection du vagabondage* de l'esprit et ses distracteurs (par exemple les pensées),
- Le *désengagement attentionnel* de ces distracteurs et le déplacement continu de l'attention vers l'objet sélectionné initialement choisi,
- La *réévaluation cognitive du distracteur* (par exemple : « c'est juste une pensée », « ce n'est pas grave si j'ai été distrait »).

Cette pratique développe trois compétences de régulation attentionnelle (109)(106) :

- La *faculté de vigilance* à l'égard des distractions sans que l'attention soutenue sur l'objet choisi soit déstabilisée,
- La *capacité de désengagement attentionnel* de l'objet distracteur,
- L'*habileté à rediriger immédiatement le focus attentionnel* sur l'objet choisi.

Les progrès sont mesurés par le degré d'effort fourni pour soutenir son attention sur l'objet déterminé et par le niveau de stabilité des trois compétences de régulation attentionnelle. Ainsi, le débutant se verra assailli par les distractions, impliquant donc une nécessité de réactualisation fréquente des trois compétences de régulation attentionnelle. Chez le pratiquant de niveau moyen, la prise de conscience des distractions est plus fine et plus précoce, et

demandera moins d'effort. Et chez le pratiquant expert, les trois compétences de régulation attentionnelle seront de moins en moins souvent actualisées puisque leur maintien est de plus en plus stable dans le temps, sans effort particulier. À ce stade, l'état d'attention focalisée se transforme en trait (106).

1.4.2 L'attention ouverte

L'attention ouverte ou présence ouverte correspond dans le bouddhisme à la pratique de *vipashyana*, terme sanscrit signifiant « vision pénétrante ». C'est la vision pénétrante de la nature de l'esprit et des phénomènes. Dans la tradition orientale, elle permet de démasquer les illusions qui nous empêchent de percevoir la réalité telle qu'elle est, de libérer l'esprit du joug des émotions perturbatrices, et de reconnaître la manière dont nos fabrications mentales renforcent notre égocentrisme (134).

Les caractéristiques de l'attention ouverte sont les suivantes (106) :

- Une absence de focalisation de l'attention sur un objet particulier.
- Une attention métacognitive non-réactive (conscience d'être en conscience, sans interpréter)
- Une conscience non-réactive des interprétations automatiques cognitives et émotionnelles des stimuli sensoriels, perceptuels et endogènes

D'un point de vue pratique, le méditant passe d'abord par une attention focalisée afin d'apaiser l'esprit avant de passer à une surveillance ouverte (122). Et, au fur et à mesure que l'attention se stabilise, elle peut progressivement être maintenue réceptive et ouverte à l'expérience du moment présent, dans un état de prise de conscience curieuse et non-discriminante de toutes les sensations et événements mentaux qui surviennent, sans s'accrocher à aucun objet en particulier. À l'inverse de l'attention focalisée, l'attention ouverte ne mobilise pas l'attention sélective puisqu'elle n'implique aucune hiérarchisation des objets perçus. Cette pratique aurait pour effet d'augmenter la clarté de la conscience (par exemple, de comprendre le conditionnement personnel et le fonctionnement de l'esprit) et permettrait de sortir des habitudes cognitives et émotionnelles. Elle favorise l'émergence d'une position de témoin face

aux expériences et le développement d'une conscience intéroceptive des sensations corporelles (106)(161)(122).

1.4.3 Le développement des qualités éthiques

La méditation de développement des qualités éthiques est basée sur la culture de sentiments positifs comme l'amour altruiste et la compassion, et sur l'évaluation du bénéfice à entretenir tel ou tel état d'esprit (134). Selon la tradition bouddhiste, la motivation de cette pratique repose sur les prises de conscience suivantes :

- Soi-même et tous les êtres redoutent la souffrance et aspirent au bonheur ;
- L'altruisme, qui repose sur le fait d'aspirer au bien de tous les êtres et de souhaiter le soulagement de leur souffrance, est l'attitude la plus à même de répondre à cette aspiration. Non seulement elle permet d'être bénéfique à autrui, mais elle représente pour nous-même la manière d'être la plus satisfaisante qui soit ;
- Comme les pensées altruistes que nous avons peuvent être vite remplacées par d'autres pensées moins nobles (colère, jalousie, etc.), il importe de consacrer du temps à développer des qualités vertueuses (134).

Dans le bouddhisme, il est conseillé de cultiver par la méditation quatre pensées (154)(134) qui sont l'amour altruiste (aspirer à ce que tous les êtres vivants trouvent le bonheur), la compassion (aspirer à la libération de tous les êtres vivants de toute forme de souffrance), la joie (se réjouir de son bonheur et de celui des autres) et l'équanimité (i.e. faire preuve d'impartialité envers les êtres, les situations, les sensations, ne pas faire de différences).

Ces méditations ont pour objectifs le renforcement d'émotions positives, l'augmentation de la décentration de soi, du niveau d'empathie, et la diminution des états émotionnels négatifs. Elles sont considérées dans la tradition bouddhiste comme des « antidotes » de l'hostilité et de la colère (72).

2 THÉORIES, MÉCANISMES ET INDICATIONS DE LA PLEINE CONSCIENCE

2.1 MODÈLES THÉORIQUES DE LA PLEINE CONSCIENCE

Plusieurs modèles théoriques de la pleine conscience et des processus psychologiques et neurocognitifs mobilisés ont été proposés afin d'élucider les mécanismes qui expliqueraient comment la pratique de la pleine conscience amène des changements positifs (34). Cette théorisation permet également de faciliter une lecture processuelle des troubles psychiatriques, améliorant ainsi la compréhension de la psychopathologie (109). Nous allons dans cette partie présenter les lignes essentielles de chacun des principaux modèles afin de donner une vue d'ensemble de cette hétérogénéité théorique.

2.1.1 Modèle de BROWN, RYAN and al.

Tout d'abord, ces auteurs (23) distinguent deux modalités de fonctionnement de la conscience.

La première, la *conscience réflexive*, est une modalité conceptuelle de traitement de l'information qui permet de reconnaître, de nommer et de catégoriser les événements perçus par le biais de schéma cognitifs qui permettent certains avantages adaptatifs, mais aussi, en contrepartie, une perception plus ou moins conditionnée, voire distordue, de la réalité.

La deuxième, celle qui nous intéresse, la *pleine conscience*, est une modalité non conceptuelle de traitement de l'information, qui fait intervenir un état d'esprit réceptif dans lequel l'attention est mobilisée pour enregistrer les faits observés de la manière la plus « pure » possible, sans jugement, ni qualification morale d'aucune sorte. Ce mode permettrait une présence à la réalité telle qu'elle est, sans réaction selon les processus automatiques du mode

conceptuel, donnant accès à une lucidité propice à l'élaboration de réponses cognitives et comportementales plus flexibles.

Alors que la conscience réflexive est basée sur une attention de contrôle orientée sur l'entretien ou le changement, la pleine conscience est basée sur une attention d'observation.

Brown, Ryan et al. (23) proposent un modèle conceptuel phénoménologique de la pleine conscience. La pleine conscience désignerait un état de conscience sous-tendu par une qualité d'attention comportant six caractéristiques essentielles : la *clarté*, la *nature non-conceptuelle*, la *flexibilité*, *l'orientation sur le présent*, *l'appréhension empirique de la réalité* et la *stabilité* (dans le sens de continuité).

- La *clarté de conscience* désigne un état qui permet d'appréhender de façon directe la réalité interne et externe, sans filtre cognitif (i.e. sans jugement).
- La *nature non-conceptuelle* correspond à l'absence d'interférence avec les expériences passées. L'esprit prend simplement note de ce qui est perçu.
- La *flexibilité attentionnelle* désigne l'habileté à déplacer le focus attentionnel sur les différents éléments de la réalité intérieure ou extérieure.
- La *conscience orientée sur le présent* met en exergue le fait qu'au niveau expérientiel, seul le moment présent est tangible, alors que la pensée se projette continuellement dans le passé ou dans le futur.
- *L'appréhension empirique de la réalité* correspond à un état d'esprit caractérisé par la recherche d'une connaissance objective de l'expérience vécue tout en étant pleinement immergé en elle.
- Enfin, la *stabilité attentionnelle* désigne l'habileté à reconnaître rapidement les moments où l'attention est captivée par un objet distracteur et à s'en désengager en l'incluant dans un champ d'attention élargi.

En résumé, ces auteurs conçoivent la pleine conscience comme une **capacité d'autorégulation de l'attention** et une **compétence psychologique** à part entière, inhérente de l'organisme humain. Il s'agit d'une capacité innée présente chez tous les individus à des degrés divers (122).

2.1.2 Modèle de BISHOP et al. : une capacité métacognitive

Le modèle proposé par Bishop et al. (16) a deux composantes. La première composante implique l'**autorégulation de l'attention** de manière à ce que celle-ci soit maintenue sur l'expérience présente, permettant ainsi une reconnaissance accrue des événements mentaux dans le moment présent. La deuxième composante est une **attitude particulière envers l'expérience du moment présent**, caractérisée par la curiosité, l'ouverture d'esprit et l'acceptation.

2.1.2.1 Autorégulation de l'attention

Les compétences d'attention soutenue et de déplacement de l'attention (traduction de « *switching* ») sont requises pour maintenir la conscience sur l'expérience en cours. L'attention soutenue se réfère à la capacité de maintenir un état de vigilance sur des périodes de temps prolongées. L'attention soutenue sur la respiration permet de maintenir l'attention ancrée dans le présent et de détecter précocement les pensées, émotions, sensations quand elles se présentent dans le champ de la conscience. Les compétences de déplacement de l'attention sont basées sur la flexibilité attentionnelle qui permet le déplacement du centre d'attention d'un objet à un autre, par exemple, et le retour de l'attention sur la respiration lorsqu'une pensée, émotion ou sensation a été détectée. Ce modèle suppose que l'entraînement à la pleine conscience améliore les compétences d'attention soutenue et de déplacement de l'attention, ce qui peut être objectivé respectivement par des tests de vigilance standardisés et par des tâches de déplacement de l'esprit (16).

L'autorégulation de l'attention favorise la conscience non-élaborative, c'est-à-dire qu'elle favorise une *expérience directe* de l'évènement plutôt que l'entrée dans des processus de ruminations et d'élaborations mentales (156). Dans cette perspective, l'entraînement à la pleine conscience améliorerait l'inhibition cognitive, en particulier au niveau de la sélection du stimulus, ce qui peut être objectivé par des tests impliquant l'inhibition des processus sémantiques (16).

De plus, lorsque l'attention est libérée de la pensée élaborative, plus de ressources sont rendues disponibles pour traiter les informations de l'expérience en cours. Cela augmente l'accès à l'information qui autrement resterait en-dehors de la conscience, par un élargissement de perspective autour de l'expérience. Plutôt que d'observer l'expérience à travers un filtre de croyances, d'attentes, de suppositions ou de désirs, la pleine conscience implique une **observation directe**, « comme si c'était la première fois », qualité qui est associée à l'« esprit de débutant » (16). Cette compétence est mesurable par des tests de détection de stimuli dans un contexte inconnu (ou configuration inconnue/non connue, unexpected settings). Ainsi, l'entraînement à la pleine conscience pourrait faciliter l'identification d'objet dans des situations non connues, puisqu'il n'y a pas d'idées préconçues sur ce qui doit être présent ou pas.

Dans cette modélisation, la pleine conscience est définie comme une autorégulation de l'attention, laquelle implique l'attention soutenue, le déplacement de l'attention et l'inhibition des processus d'élaboration. Dans ce contexte, **la pleine conscience peut être considérée comme une compétence métacognitive** (cognition de sa propre cognition), la métacognition étant constituée par les processus de surveillance et de contrôle de la cognition.

La notion de processus métacognitif dans la pleine conscience est implicite dans cette modélisation puisque la pleine conscience implique à la fois des processus cognitifs de contrôle et la surveillance du flux de la conscience (16).

2.1.2.2 Orientation vers l'expérience

Celle-ci est caractérisée par une attitude d'ouverture d'esprit, de curiosité et d'acceptation envers l'expérience qui se présente. Ainsi, toute pensée, émotion ou sensation qui surgit dans le champ de la conscience est perçue comme pertinente et sujette à observation. Ceci implique la décision d'abandonner le cheminement cognitif classique d'évitement expérientiel ou de lutte pour aller vers un processus actif d'acceptation des pensées, émotions, sensations qui se présentent à chaque instant. Cette attitude favorise une réceptivité curieuse des différents aspects qui se déploient, sans volonté de les éviter ou de les modifier.

Du fait de cette orientation, la pleine conscience peut être conceptualisée comme un processus d'investigation de la conscience. Cette investigation se fait par le biais d'un effort pour repérer tous les objets qui arrivent dans le champ de la conscience, puis par une distinction des différentes composantes de l'expérience (émotion, sensation ou pensée) et enfin en observant comment l'une donne lieu à l'autre (par exemple, une émotion suscitant un jugement qui ensuite intensifie le caractère déplaisant de l'émotion).

2.1.3 Le modèle de SHAPIRO et al.

SHAPIRO et al. (148) proposent un modèle de pleine conscience à trois axiomes qui sont *l'intention, l'attention et l'attitude*.

2.1.3.1 Trois axiomes : intention, attention, attitude

2.1.3.1.1 L'intention

Selon ces auteurs, quand la psychologie occidentale a importé la pratique de la pleine conscience de ses racines orientales, celle-ci a perdu la composante de l'intention qui, dans le Bouddhisme, est l'illumination et la compassion de tous les êtres. Il leur a alors semblé utile de réincorporer cet aspect à leur modèle. L'intention serait un prérequis à la pratique de la pleine conscience en terme de motivation. Elle est décrite comme dynamique et évolutive au cours de l'approfondissement de la pratique de la pleine conscience. En effet, les auteurs ont constaté un déplacement de l'intention des pratiquants dans un continuum allant de l'autorégulation à l'auto-exploration pour tendre enfin vers l'auto-libération (en dépassant la croyance d'un moi différencié c'est-à-dire en se libérant d'un fonctionnement égotique). Ils donnent l'exemple d'un homme d'affaire qui aurait pour motivation première à la pleine conscience, de faire baisser sa tension artérielle puis dans l'évolution de sa pratique, cherchera à développer plus de gentillesse pour son épouse.

2.1.3.1.2 L'attention

SHAPIRO et al. définissent l'attention en tant qu'axiome de la pleine conscience, comme BISHOP et al., par trois composantes qui sont la capacité d'attention soutenue, la capacité à déplacer son attention et la capacité à inhiber les processus d'élaboration secondaire. L'autorégulation attentionnelle développée par la pleine conscience aboutirait à l'amélioration de ces trois compétences.

2.1.3.1.3 L'attitude

L'attitude ici correspond à *comment* nous prêtons attention dans l'expérience de pleine conscience. Les auteurs affirment que l'attitude apportée à l'attention est essentielle, rappelant l'importance d'une attitude empreinte de compassion, de patience et de curiosité pour l'expérience.

Cette attitude développe la capacité à ne pas rechercher constamment les expériences agréables et à ne pas repousser celles qui sont désagréables. Prêter attention sans apporter les qualités du cœur à la pratique aboutirait à une pratique qui condamnerait ou jugerait l'expérience intérieure. Une telle approche impliquerait des conséquences contraires à celles recherchées, avec le développement de modèles de jugement et de lutte au lieu de modèles d'équanimité et d'acceptation.

BISHOP et al. proposent également la composante d'attitude en terme d'orientation vers l'expérience qui implique curiosité, ouverture d'esprit et acceptation.

2.1.3.2 La re-perception

2.1.3.2.1 Un méta-mécanisme d'action

Ces trois comportements internes amèneraient le sujet qui pratique la pleine conscience à un changement de perspective significatif que les auteurs ont nommé « re-perception » (*re-perception*). Ils considèrent cette re-perception comme un **méta-mécanisme d'action**, lequel englobe des mécanismes additionnels qui mènent au changement et aux résultats positifs. Ils soulignent quatre de ces mécanismes additionnels : l'autorégulation, la clarification des valeurs propres, la flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale, et l'exposition. Ces variables sont interdépendantes et peuvent être perçues à la fois comme les mécanismes à l'origine d'autres résultats, comme la réduction des symptômes psychologiques, et comme des résultats en eux-mêmes.

À travers le processus de pleine conscience, nous devenons capables de nous désidentifier des contenus de notre conscience, de nos pensées et de voir notre expérience d'instant en instant

avec une plus grande clarté et une plus grande objectivité. Comme ce processus implique un déplacement de perspective, les auteurs l'ont nommé re-perception. Le sujet, plutôt que d'être immergé dans le drame de son récit personnel ou de son histoire de vie, peut prendre de la distance et en être simplement le témoin. SHAPIRO et al. font référence à GOLEMAN qui suggère que la première découverte dans la méditation est que les phénomènes contemplés sont distincts de l'esprit qui les contemple.

La re-perception peut être décrite comme une rotation de la conscience dans laquelle ce qui était précédemment « sujet » (moi) devient « objet ». Ce déplacement de perspective a été souligné par la psychologie développementale comme la clé du développement et de la croissance personnelle. Si la re-perception est un métamécanisme sous-jacent à la pleine conscience, alors la pratique de la pleine conscience est seulement un prolongement du processus de développement de l'être humain naturellement présent par lequel la capacité d'objectivité concernant sa propre expérience interne est augmentée. Ce processus naturel de développement peut être illustré par l'exemple classique de l'anniversaire d'une mère qui reçoit de son enfant de 8 ans des fleurs, et de son enfant de 3 ans son jouet préféré. À 3 ans, la vision de l'enfant est encore limitée par une perspective auto-centrée. Pour lui, le monde est encore largement « subjectif », une extension de lui-même. Il ne peut donc clairement différencier ses désirs de ceux des autres. Au cours du développement, un déplacement de perspective se met en place avec la capacité de se mettre dans la perspective de l'autre, précisément parce que ce qui était précédemment sujet est devenu objet dont il est maintenant séparé. Ceci est la base de l'empathie, la conscience de sa mère comme d'une personne séparée avec ses désirs et besoins propres. Cet exemple démontre que quand les individus sont capables de déplacer leur perspective à distance des limites étroites de leur propre point de vue personnel, le développement a lieu.

2.1.3.2.2 Mécanismes additionnels de la re-perception

Auto-régulation et auto-management

Par la re-perception, nous ne sommes plus contrôlés par nos états émotionnels tels que l'anxiété et la peur mais nous devenons capables de les utiliser comme des informations.

Clarification des valeurs

La re-perception permettrait également d'aider la personne à reconnaître ce qui compte vraiment et ce qui a une vraie valeur pour elle. La plupart du temps, les valeurs ont été conditionnées par la famille, la culture et la société, ce qui fait que nous ne pouvons pas nous rendre compte quelles valeurs dictent nos choix de vie. Nous devenons la valeur au lieu d'être celui qui observe la valeur. Lorsque nous devenons capables d'observer ces valeurs et de réfléchir sur elles avec une plus grande objectivité, nous obtenons l'opportunité de redécouvrir et de choisir des valeurs qui seraient plus justes pour nous.

Flexibilité cognitive, émotionnelle et comportementale

La re-perception peut également faciliter des réponses plus flexibles et plus adaptatives à l'environnement en contraste avec les modèles réflexifs, plus rigides, de réactivité qui résultent d'une identification excessive à l'expérience présente. Si nous sommes capables de voir une situation et nos réactions internes avec une plus grande clarté, nous serons capables de répondre avec une plus grande liberté de choix (i.e. de façon moins conditionnée, moins automatique).

Exposition

La re-perception rend la personne capable d'expérimenter des émotions, même très fortes, avec plus d'objectivité et moins de réactivité. Cette capacité sert de contrepoids à une tendance habituelle à éviter ou nier les états émotionnels difficiles, qui perpétue la confrontation à de tels états. Par l'attention pleinement consciente des états émotionnels négatifs, on apprend expérimentalement et phénoménologiquement que de telles émotions ne doivent pas être appréhendées ou évitées mais qu'elles finissent par disparaître (141). Cette expérience conduit finalement à l'extinction des réactions de peur et des comportements d'évitement provoqués auparavant par ces stimuli (9). GOLEMAN suggère que la méditation procure une « désensibilisation globale » car la conscience méditative peut être appliquée à tous les aspects de l'expérience personnelle.

2.1.4 Le modèle S-ART de VAGO et SILBERSWEIG

VAGO et SILBERSWEIG (161) proposent un cadre théorique élargi de la mindfulness, intégrant les modèles contemporains de la pleine conscience, basés sur les mécanismes neurocognitifs, et les conceptions traditionnelles bouddhistes de la pleine conscience. Pour ce faire, ces deux auteurs font un rapprochement entre le modèle cognitif du traitement de l'information décrit par BECK et la psychologie bouddhiste.

Le postulat de BECK est l'existence de biais générés par les schémas cognitifs du soi sur lesquels se fondent les interprétations erronées de la réalité. Ces biais entraînent une perception altérée et figée, de soi, du monde et de l'avenir, à l'origine de la souffrance psychique. Ces perceptions génèrent un récit dysfonctionnel du soi qui mène au fil du temps, à une perception affectivement biaisée de soi et du monde, renforçant la détresse ressentie, par un cercle vicieux.

VAGO et SILBERSWEIG considèrent comme des biais cognitifs, les causes de la souffrance décrites dans le bouddhisme : l'attachement (aux objets mentaux ou sensoriels que nous aimons), l'aversion (pour les objets mentaux ou sensoriels que nous n'aimons pas) et l'ignorance de la nature impermanente de toute chose (y compris le concept d'ego).

La pleine conscience réduirait les biais cognitifs par un entraînement mental développant le système S-ART :

- La méta-conscience de soi (S-A pour self-awareness),
- La capacité à moduler ses réactions (S-R pour self-regulation),
- Les relations sociales positives par le dépassement des besoins égocentriques et par l'accroissement des traits pro-sociaux (S-T pour self-transcendance).

Elle permettrait donc de diminuer les cognitions et émotions inadaptées, l'attachement aux pensées et aux émotions, augmenterait les attitudes et émotions pro-sociales (compassion, empathie et pardon), et diminuerait les biais cognitifs.

Par la constitution et le renforcement d'un réseau de contrôle intégratif fronto-pariétal sous-jacent au développement du système S-ART (self-awareness, self-regulation and self-transcendance), VAGO et SILBERSWEIG émettent l'hypothèse que la mindfulness permettrait de moduler les réseaux neuronaux sous-tendant les principales facettes du soi : le soi expérientiel éactif (traitement inconscient, sensori-affectivo-moteur, de l'expérience), le soi

expérientiel phénoménologique (soi comme sujet agissant en conscience du moment présent) et le soi narratif (soi comme objet, reflétant le récit autobiographique reconstruit du passé ou projeté dans le futur).

En plus de S-ART, ces auteurs proposent six mécanismes neurocognitifs responsables d'une modulation des réseaux de traitement du soi et d'une réduction des biais cognitifs. Ces mécanismes, hautement imbriqués et renforcés entre eux au travers des stratégies mentales intentionnelles sous-tendues par la pratique de la pleine conscience, sont les suivants :

- 1) l'intention et la motivation,
- 2) la régulation attentionnelle,
- 3) la régulation émotionnelle,
- 4) l'extinction de l'association souvenir-distorsion cognitive, et la reconsolidation dans la mémoire à long terme du souvenir ainsi dénué de la croyance dysfonctionnelle,
- 5) la pro-socialité,
- 6) le non-attachement et la décentration.

Le développement des compétences de décentration est en particulier utile dans la prévention des récives dépressives (141), puisque la fusion du sujet avec ses pensées constituerait en elle-même une vulnérabilité cognitive à la dépression et à d'autres troubles mentaux (161).

2.1.5 Le modèle de Malinowski / The Liverpool Mindfulness Model

Comme d'autres conceptualisations de la pratique méditative de pleine conscience, ce modèle (109) donne un rôle central au développement des compétences attentionnelles dans le processus. Malinowski propose un modèle à cinq niveaux d'évolution chronologique (cf. figure 1) :

- 1- Les *facteurs motivationnels* qui déterminent pourquoi et comment un individu s'engage dans une pratique d'entraînement de l'esprit.
- 2- L'*entraînement de l'esprit* qui développe et perfectionne les processus mentaux de base.
- 3- Les *processus mentaux de base* avec un perfectionnement des fonctions attentionnelles qui interagissent et facilitent les processus de régulation cognitifs et émotionnels. L'amélioration de ces processus favorise l'émergence d'une disposition mentale plus équilibrée.
- 4- Une *disposition mentale* plus équilibrée avec une conscience non jugeante de ses pensées, de ses émotions et de ses expériences en général.
- 5- Des *conséquences positives* en terme de bien-être physique et mental, et de qualité du comportement.

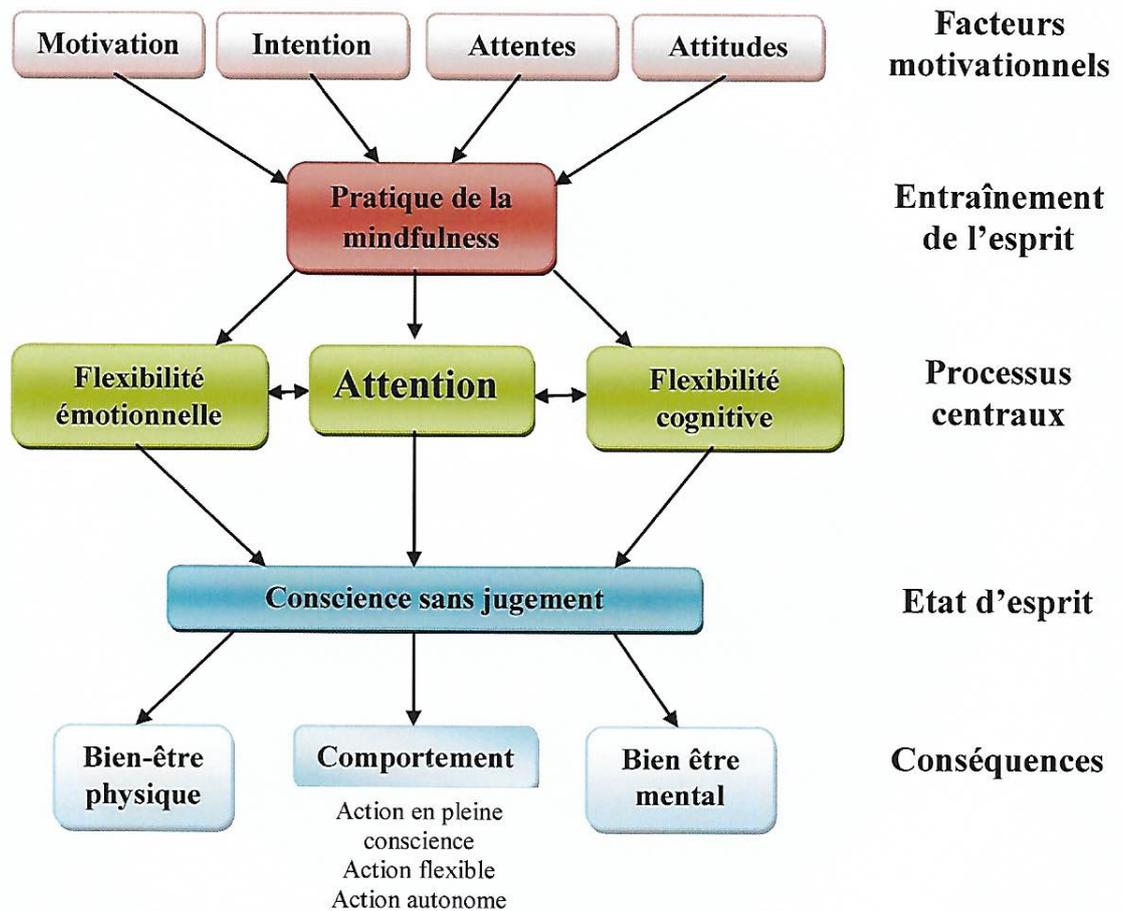


Figure 1 Le modèle théorique de la pleine conscience de Malinowski (174)

Pour Malinowski, les processus attentionnels constituent « la colonne vertébrale » de la pratique de pleine conscience. Ces processus attentionnels sont constitués de cinq éléments en interrelation (figure 2) :

- 1) la modulation d'éveil, de vigilance et d'engagement attentionnel,
- 2) la fonction de sélection du stimulus,
- 3) la fonction de contrôle attentionnel,
- 4) la fonction de surveillance des distractions,
- 5) le vagabondage de l'esprit

qui sous-tendent respectivement les réseaux d'alerte, d'orientation, de contrôle exécutif, de sillance (« salience » ou hiérarchisation) et du mode par défaut.

2.2 LES FONDEMENTS NEUROBIOLOGIQUES

2.2.1 Réseaux cérébraux impliqués dans le processus de méditation de pleine conscience

Les réseaux neuronaux impliqués dans la méditation ont été découverts par l'examen de sujets méditants experts et novices, placés dans un appareil d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle ou IRMf.

2.2.1.1 Réseaux cérébraux impliqués dans les processus attentionnels

Les études neuroscientifiques suggèrent que les fonctions attentionnelles spécifiques de la méditation par focalisation seraient sous-tendues par plusieurs réseaux cérébraux interagissant entre eux. MALINOWSKI (109) a identifié un cycle de cinq phases au cours de cette méditation : une phase d'attention focalisée, un épisode de vagabondage de l'esprit, une prise de conscience de la distraction, une phase de désengagement, une réorientation de l'attention et une nouvelle phase d'attention focalisée (cf. figure 2). Dans chacune des cinq phases, des circuits cérébraux particuliers s'activent.

2.2.1.1.1 Le réseau d'alerte

Il est mobilisé par l'effort **d'attention soutenue**. Il a pour fonction l'éveil, la vigilance et l'engagement attentionnel. Il a pour substratum anatomique le thalamus, le cortex frontal droit et le cortex pariétal droit.

2.2.1.1.2 Le réseau de sélection

Il a pour fonction l'**orientation** de l'attention par la sélection du stimulus. Il permet le déplacement et le réengagement du focus attentionnel d'un objet à un autre. Il est constitué de connexions entre le cortex pariétal supérieur, la jonction temporo-pariétale, le cortex frontal et le colliculus supérieur.

2.2.1.1.3 Le réseau exécutif

Il a pour fonction le contrôle de l'attention et permet le **désengagement** du focus attentionnel. Il serait matérialisé par le cortex cingulaire antérieur, le cortex ventrolatéral et les ganglions de la base.

2.2.1.1.4 Le réseau de la saillance (« salience »)

Ce réseau est impliqué dans la fonction du **contrôle attentionnel**. Il permet la détection subjective d'évènements nouveaux arrivant dans le champ de la conscience (perçus au travers des modalités émotionnelles, cognitives ou homéostatiques). Puis il envoie des signaux au réseau exécutif, permettant à ce dernier d'agir en conformité avec l'objectif fixé du moment. Il joue un rôle clé dans le transfert d'activité entre de vastes ensembles de neurones durant la méditation. Il régule les sensations qui pourraient distraire le sujet au cours de la réalisation d'une tâche. Il est constitué de la zone dorsale du cortex cingulaire antérieur, du cortex préfrontal ventro-latéral et de l'insula antérieure avoisinante.

2.2.1.1.5 Le réseau du « mode par défaut »

Il est responsable du déplacement automatique et involontaire de l'attention vers les distractions mentales et non plus sur l'objet attentionnel délibérément choisi, c'est-à-dire au **vagabondage de l'esprit**, au fait de penser à autre chose que ce qui avait été décidé au départ. Il s'active donc lorsque l'esprit vagabonde tout en étant impliqué dans la construction et la mise à jour de modèles internes du monde, fondés sur des souvenirs à long terme relatifs à soi ou aux autres.

Sur un plan anatomique, il implique des zones du cortex cingulaire postérieur, du cortex préfrontal médian, du cortex temporal latéral, du cortex pariétal inféro-postérieur, du précuneus

et du gyrus parahippocampique. L'incapacité à inhiber ce réseau du fait d'une connectivité anormale est associée à des troubles psychiatriques tels que l'anxiété, la dépression, le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et les états de stress post-traumatiques ; mais également à l'augmentation des pensées inductrices de mal-être et une diminution des capacités d'apprentissage (21).

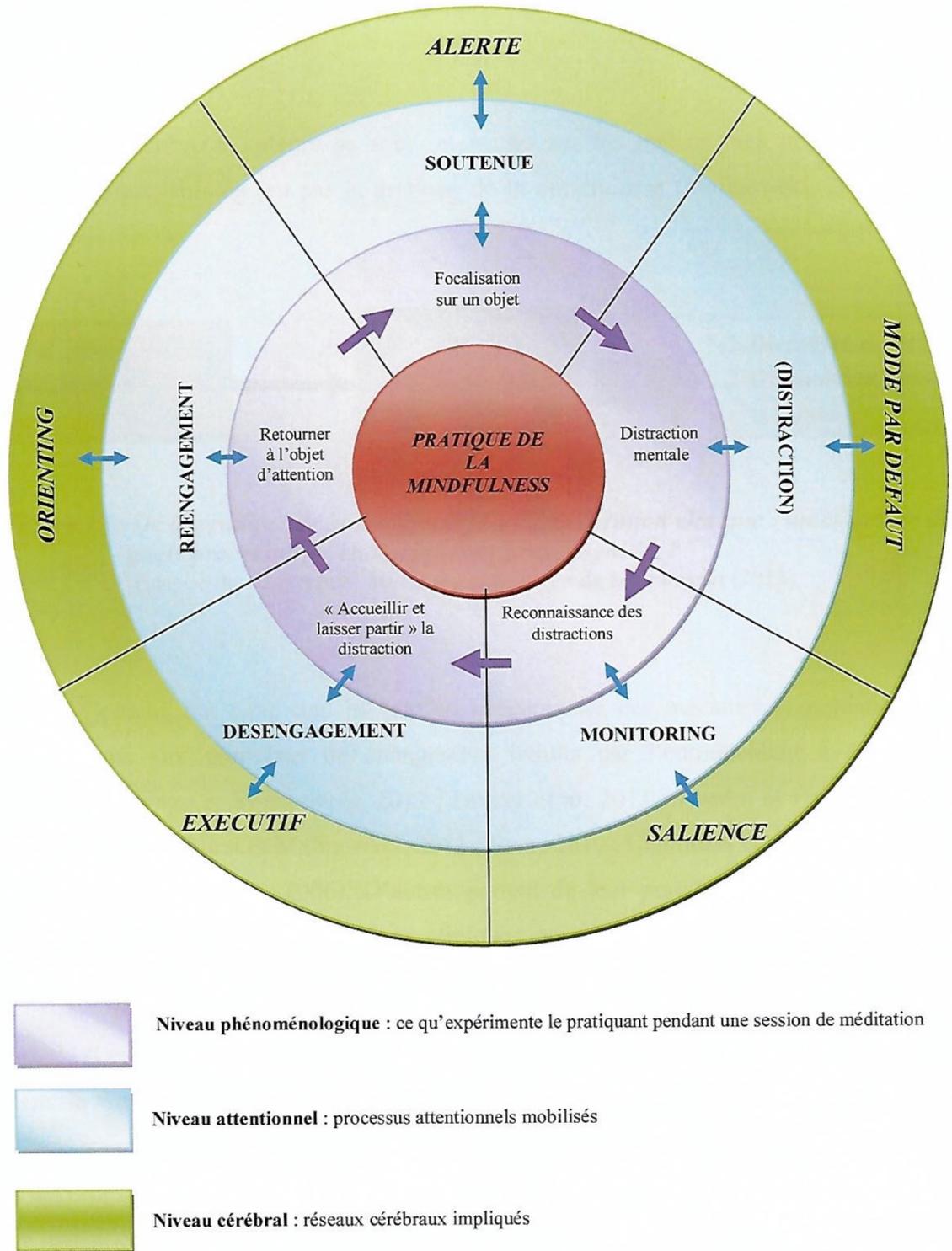


Figure 2 Processus de régulation attentionnelle pendant la méditation (174)

2.2.1.2 Réseaux cérébraux impliqués dans la conscience corporelle

La conscience corporelle – soit la focalisation de l’attention sur les expériences sensorielles telles la respiration, les émotions et les autres sensations corporelles – fait intervenir l’insula antérieure et la jonction temporo-pariétale (76)(96). L’insula antérieure est associée à la perception des sensations viscérales (comme la faim et la soif), l’équilibre et la détection des rythmes cardiaques et respiratoires. Elle joue un rôle clé dans la réponse affective à la douleur. La jonction temporo-pariétale joue un rôle central dans l’empathie et la compassion, la perception des états corporels à la première personne (i.e faisant partie de soi). Les déficits au niveau de la jonction temporo-pariétale sont associés aux expériences extracorporelles (« *out of body experiences* »).

2.2.1.3 Réseaux cérébraux impliqués dans la régulation émotionnelle

La régulation des émotions – soit le fait que la réactivité émotionnelle diminue lorsque l’individu ne laisse pas les réactions émotionnelles interférer avec sa performance dans les tâches cognitives– implique une modulation de l’activité de l’amygdale par les régions préfrontales. L’amygdale joue un rôle central dans l’excitation émotionnelle et la médiation des réponses physiologiques à la menace.

Deux stratégies de régulation des émotions semblent impliquées dans la pleine conscience (76)(123)(96), l’évaluation positive et l’extinction :

L’évaluation positive correspond soit à une réinterprétation plus bénigne qui nécessite une activation du cortex préfrontal dorso-médian, soit à un non-jugement (l’individu évite d’assigner une signification aux événements) qui implique une diminution de l’activité dans les régions préfrontales.

Le processus d’exposition / extinction / reconsolidation se déroule ainsi : l’exposition aux stimuli internes et externes, couplée à l’absence de réaction et à l’acceptation des réponses corporelles et affectives, permet de libérer le souvenir de la distorsion cognitive et de

reconsolider ce souvenir avec de nouvelles associations contextuelles plus favorables dans la mémoire à long terme. Ce processus implique l'activation du cortex préfrontal ventro-médian et de l'hippocampe qui inhibent de façon synergique l'activité de l'amygdale. Cette conséquence cognitive de la méditation de pleine conscience se rapproche de certains effets observés par des thérapies comme l'EMDR ou l'hypnose.

2.2.1.4 Réseaux cérébraux impliqués dans le concept de soi flexible

Le concept de soi flexible correspond à la désidentification de l'individu par rapport à ses émotions (qui génère une amélioration de l'adaptabilité comme nous l'avons vu précédemment). Ce processus crée une baisse d'activité du cortex préfrontal médian et une augmentation de l'activité de l'insula droite, du cortex préfrontal latéral droit, du cortex somatosensoriel secondaire et du lobe pariétal inférieur. Les analyses de connectivité fonctionnelle chez des méditants expérimentés en train de méditer, montrent un découplage de l'insula droite et du cortex préfrontal médian et une augmentation de la connectivité entre l'insula droite et le cortex préfrontal dorso-latéral. Ces résultats sont en faveur d'une analyse objective des événements sensoriels intéroceptifs (insula) et extéroceptifs (cortex somatosensoriel) plutôt que par une analyse affective ou subjective avec le référentiel du soi (cortex préfrontal médian) (76).

2.2.2 Modifications structurelles cérébrales chez les méditants expérimentés

D'un point de vue structurel, il a été constaté des différences dans la morphologie du cerveau de personnes ayant une grande expérience de la méditation avec des témoins n'ayant jamais pratiqué. Pour ce faire, des techniques d'IRM de diffusion et de mapping de l'épaisseur corticale ont été utilisées pour évaluer l'incidence à long terme de la pleine conscience sur l'épaisseur corticale.

Les investigations de Sara LAZAR, publiées en 2005 (110)(123), ont montré un épaississement de la matière grise dans :

- le cortex préfrontal, région activée dans l'attention,
- le cortex insulaire antérieur droit impliqué dans l'intéroception et l'interprétation des données sensorielles,
- le cortex cingulaire postérieur, région jouant un rôle central dans la création et la - compréhension du contexte d'où émerge un stimulus pour soi,
- la jonction temporo-pariétale, région impliquée dans l'empathie et la compassion, la perception des états corporels à la première personne (i.e faisant partie de soi).

À l'inverse, ces investigations ont constaté une diminution de la densité de la matière grise dans l'amygdale. Selon Hölzel et al. (74)(123), il y a une corrélation inverse entre la diminution du niveau de stress à la suite de la participation à un programme de réduction du stress par la pleine conscience et la densité de l'amygdale (i. e. plus le niveau de stress diminue, plus la densité de l'amygdale diminue elle aussi).

Une étude de 2009 (68) a montré que la pratique de la méditation était associée à une augmentation de volume de matière grise au sein du cortex orbitofrontal impliqué dans la prise de décision.

Une étude de 2010 (76) rapporte une augmentation de densité de la matière grise dans le cortex cingulaire antérieur, région impliquée dans l'attention soutenue, chez les méditants expérimentés comparés à des sujets contrôles.

En 2011, Hölzel et al. (76) rapportent une augmentation de densité de matière grise dans le cortex cingulaire postérieur, la jonction temporo-pariétale et l'hippocampe, à la suite d'un programme de réduction du stress par la pleine conscience. Étant donné la correspondance entre ces structures cérébrales et l'expérience du soi, il est envisageable que ces changements sous-tendent le concept de soi flexible. Ces structures forment avec le cortex préfrontal médian un réseau cérébral qui est impliqué dans la projection du soi dans les souvenirs, dans les perspectives futures et dans la conception du point de vue des autres, également nommée théorie de l'esprit.

Une étude de 2013 a permis de comparer le cerveau de 46 méditants expérimentés à celui de 46 témoins (82). Il a été retrouvé chez les méditants expérimentés, un **épaississement cortical plus important dans les régions antérieures du cerveau**, au niveau du cortex préfrontal médian, du cortex frontal supérieur, du pôle temporal et du lobe temporal interne. Parallèlement à ces épaissements, se produit un **amincissement cortical significatif dans les régions postérieures du cerveau**, incluant les cortex postcentral, pariétal inférieur, occipital moyen et cingulaire postérieur. De plus, dans la région adjacente au cortex préfrontal médian, il a été constaté à la fois, un épaissement cortical et **une myélinisation plus importante** (constatée par des valeurs de fractions d'anisotropie plus élevées).

2.2.3 Modifications de l'activité cérébrale

2.2.3.1 Effets sur le psychisme de la pratique de la pleine conscience

2.2.3.1.1 Amélioration de la régulation émotionnelle

La pleine conscience améliorerait la régulation émotionnelle adaptative. Celle-ci serait **liée à l'activation des structures corticales frontales qui inhiberaient l'activation automatique de l'amygdale** (75). En effet, après un entraînement à la pleine conscience, l'activité de l'amygdale serait diminuée en réponse à des stimuli négatifs, et l'activité du cortex préfrontal serait augmentée. De manière similaire, Modinos et al. (118) ont montré que la disposition à la pleine conscience prédisait l'activation préfrontale et que celle-ci était inversement corrélée à l'activation de l'amygdale, donnée qui suggérerait le rôle du cortex préfrontal dans la régulation des émotions.

Une autre étude, parue en 2011 (155), a exploré les effets de la pleine conscience sur les réponses neuronales à des stimuli émotionnels, en comparant des méditants expérimentés à des méditants débutants, avec et sans état de pleine conscience. Les résultats de chaque groupe

évoquent une diminution de la réponse émotionnelle perçue à la vue des images en état de pleine conscience, tandis que l'imagerie cérébrale retrouve des mécanismes neurologiques distincts en fonction du groupe. Il a été constaté chez les méditants expérimentés une désactivation des aires du réseau du mode par défaut (cortex préfrontal médial et cortex cingulaire postérieur) quelle que soit la valence émotionnelle du stimuli et l'absence d'activation des régions cérébrales impliquées dans la réactivité émotionnelle. Chez les méditants débutants, l'état de pleine conscience induit une régulation négative de l'amygdale gauche durant le processus émotionnel. Ces résultats suggèrent qu'une grande expérience de pleine conscience favorise une stabilité émotionnelle en développant l'acceptation des états émotionnels et une conscience augmentée du moment présent.

2.2.3.1.2 Traitement de l'expérience émotionnelle par le ressenti corporel plutôt que par la cognition

Après un certain entraînement à la pleine conscience, il a été retrouvé chez les sujets auxquels on induit des émotions de tristesse, une **augmentation de l'activation des zones cérébrales associées à la sensibilité intéroceptive** (insula et jonction temporo-pariétale) et une **diminution de l'activation des zones cérébrales langagières** (aire de Wernicke et de Broca) associée à une **réduction des scores de dépression** (47). Ces résultats pourraient refléter une modalité de traitement de l'émotion désagréable davantage axée sur le ressenti corporel que sur son évaluation cognitive, cette dernière majorant les ruminations mentales inopérantes. Cette nouvelle modalité de traitement de l'expérience émotionnelle désagréable pourrait faciliter son habituation/extinction par une meilleure exposition expérientielle, et donc augmenter la tolérance du sujet aux affects négatifs. C'est ainsi que Farb et al. (47) émettent l'hypothèse que la restauration de l'équilibre émotionnel entre les réseaux cérébraux affectifs et somesthésiques (qui sous-tendent les représentations corporelles et conceptuelles de l'émotion) pourrait constituer un mode d'action de la pleine conscience sur la diminution de la réactivité émotionnelle automatique, elle-même constituante de la vulnérabilité cognitive à la dysphorie.

2.2.3.1.3 Augmentation des émotions positives

La pleine conscience serait favorable à la régulation émotionnelle adaptative en **encourageant la production d'émotions positives**. C'est ce que suggère les études de Davidson et al. (35) et de Lutz et al. (104) qui ont retrouvé chez les sujets méditants des modifications favorables de l'électroencéphalogramme, comme l'augmentation des rythmes gamma au niveau du cortex préfrontal gauche, qui est une zone associée aux affects positifs. Davidson et al. ont trouvé que cette activation électrique du cortex préfrontal gauche était corrélée à un meilleur fonctionnement immunitaire (augmentation de la production d'anticorps après vaccination antigrippale, suite à un programme d'entraînement à la mindfulness de 8 semaines) et à une baisse de l'anxiété.

2.2.3.2 Effets cognitifs de la pratique de la pleine conscience

La pratique de la pleine conscience améliore les performances sur différents aspects cognitifs.

2.2.3.2.1 Augmentation des capacités d'attention

Le cortex cingulaire antérieur qui, comme nous l'avons vu, sous-tend la capacité à diriger l'attention, est moins actif chez les moines bouddhistes pendant la méditation que chez les débutants, mais plus actif chez des gens qui méditent que chez des gens qui ne méditent pas. Cela s'explique par le fait que les méditants de niveau intermédiaire sollicitent plus la capacité à diriger l'attention que ceux qui ont atteint un degré d'expertise (96).

Au laboratoire de l'université du Wisconsin, les chercheurs (135) ont constaté que l'activité cérébrale dans les aires liées à l'attention dépendait du niveau d'expérience des méditants. Par rapport aux novices, les pratiquants ayant médité plus de 10 000 heures présentaient une activité plus intense. Paradoxalement pour les plus chevronnés de ces experts, le phénomène s'inversait : leur activité cérébrale était moins intense que celle de leurs confrères

un peu moins expérimentés. Ainsi, les meilleurs méditants semblent avoir besoin de moins d'efforts pour atteindre une grande concentration, un peu comme les musiciens et les athlètes virtuoses s'immergent naturellement dans leur pratique, sans consacrer trop de peine à tout contrôler.

2.2.3.2.2 Diminution du vagabondage de l'esprit

La pratique de la méditation de pleine conscience entraînerait une diminution des distractions mentales par inhibition du réseau du mode par défaut.

En effet, Brewer et al. (21) ont constaté en imagerie fonctionnelle, une inhibition des aires cérébrales principales du réseau du mode par défaut pendant la méditation. L'activité du réseau du mode par défaut étant corrélée à l'anxiété et à la dépression, sa désactivation par la pleine conscience est un argument en faveur de son action sur ces troubles.

Par ailleurs, ils ont retrouvé un meilleur couplage fonctionnel du réseau du mode par défaut avec le cortex cingulaire antérieur (région impliquée dans la détection des erreurs et la gestion des conflits) et le cortex préfrontal dorsolatéral (contrôle exécutif, mémoire de travail, orientation de comportements vers un but). Ces résultats suggèrent que l'entraînement à la pleine conscience entraînerait des modifications dans la connectivité fonctionnelle entre les différentes parties du réseau du mode par défaut, qui pourraient refléter le niveau de renforcement des capacités de conscience du moment présent (21).

2.2.3.2.3 Diminution du clignement attentionnel

Dans leur laboratoire de l'université du Wisconsin, Slagter et al. (152) ont montré que la méditation de pleine conscience permettait de minimiser le clignement attentionnel, phénomène qui correspond à la difficulté à détecter deux stimuli brefs et rapprochés. Lorsqu'une partie trop

importante de l'attention est consacrée au premier stimulus, le second n'est pas toujours détecté. L'entraînement à la méditation pleine conscience réduit la propension à « rester collé » au premier stimulus, développant une forme de conscience sensorielle non réactive. Cette amélioration se traduit à l'électroencéphalographie par une diminution de l'intensité de l'onde P3b qui reflète l'allocation des ressources attentionnelles au premier stimulus (135).

2.2.3.2.4 Amélioration de la conscience perceptive

Les chercheurs ont constaté, après 8 semaines de méditation de pleine conscience, une augmentation de la plasticité fonctionnelle dans les parties médiale et antérieure de l'insula, régions associées à la conscience perceptive. De plus, ils ont constaté une diminution d'activité du cortex préfrontal médian qui expliquerait une meilleure capacité à distinguer la pleine conscience du vagabondage de l'esprit, et la pleine conscience de l'effort mental (110). Il existe des améliorations en terme de sensibilité perceptive et de vigilance (108).

2.2.3.2.5 Mémoire autobiographique

La pleine conscience, qui encourage les sujets à noter sans jugement les éléments de leur expérience, permettrait non seulement un encodage plus spécifique des événements, mais aussi la récupération de souvenirs autobiographiques davantage spécifiques et concrets, en réduisant la tendance à interrompre le processus de récupération mnésique. Cette donnée est pertinente cliniquement, parce que les individus présentant des perturbations émotionnelles (en particulier dans la dépression) présentent des difficultés de récupération des souvenirs autobiographiques spécifiques et concrets et tendent au contraire à se rappeler des souvenirs généraux et abstraits (par exemple, ils évoquent une catégorie d'événements récurrents plutôt qu'un événement particulier à un temps et lieu précis). Cette tendance à se remémorer des souvenirs

autobiographiques « surgénéralisés » favorise les ruminations dépressives. Ce déficit de rappels mnésiques autobiographiques spécifiques peut retarder le rétablissement des désordres émotionnels et constitue un marqueur cognitif de la dépression (167)(65)(78)(69)(93). Il serait donc important de poursuivre l'investigation des processus sous-tendant le type de récupération mnésique général et abstrait, qui pourrait constituer une cible thérapeutique des troubles émotionnels. De plus, le déficit de spécificité du rappel en mémoire autobiographique est associé à des conséquences cliniques non négligeables, telles que des difficultés dans la résolution de problèmes interpersonnels ou de difficultés à concevoir des scénarios futurs spécifiques (85).

2.2.3.2.6 Modification des régions impliquées dans l'empathie et la théorie de l'esprit

Davidson et A. Lutz ont publié une étude réalisée auprès de méditants expérimentés, qui constate une modification de l'activation de circuits neuronaux impliqués dans l'empathie et la théorie de l'esprit, en réponse à des stimuli sensoriels (106).

2.2.3.2.7 Meilleure capacité à faire abstraction des stimuli indésirables

La capacité des méditants à ne pas prêter attention aux stimuli extérieurs gênants et à rester concentrés est augmentée (95) (19).

L'entraînement à la pleine conscience améliore également le traitement de l'information visuo-spatiale, la mémoire de travail et les fonctions exécutives, et ceci même après seulement un entraînement bref de quatre jours (172).

2.2.3.2.8 Flexibilité cognitive

La flexibilité cognitive est la capacité d'adapter des stratégies de traitement de l'information pour faire face aux situations nouvelles et inattendues, alors que les ressources habituelles ne sont plus suffisantes. Cette flexibilité est intimement liée aux processus attentionnels et exécutifs. Comme la pleine conscience est sous-tendue par une modulation attentionnelle centrée sur l'expérience présente sans cesse mouvante, Moore et Malinowski ont émis l'hypothèse que cette pratique pourrait conduire à augmenter la flexibilité cognitive et donc la capacité des sujets à s'adapter à l'environnement de manière routinière. Ils ont en effet retrouvé un lien positif entre la pratique de la méditation de pleine conscience et la flexibilité cognitive : les méditants ayant un haut niveau de pleine conscience avaient de meilleures performances attentionnelles et une plus grande flexibilité cognitive (mesurée par le test Stroop et le d2-test) que les non méditants. Une amélioration de la flexibilité cognitive a également été constatée après le suivi d'un programme MBCT (93).

2.2.4 Effets de la pleine conscience sur la douleur

Les études suggèrent que la méditation de pleine conscience agit sur la douleur par une meilleure régulation cognitive du processus nociceptif. L'intensité perçue de la douleur ne change pas, c'est la manière dont l'individu anticipe et vit la douleur qui se modifie (135)(105)(173).

En imagerie fonctionnelle, ce changement de rapport à la douleur est associé à une modification d'activité dans le cortex cingulaire antérieur, dans le cortex préfrontal dorsolatéral et dans l'insula (15)(173). Lors de l'anticipation du stimulus douloureux, l'activation de l'amygdale et de l'insula est moins importante chez les méditants experts (10.000 heures de méditation) comparativement au groupe contrôle (105).

2.2.5 Effets physiologiques

La méditation de pleine conscience influence de façon positive plusieurs aspects de la santé physique. Elle semble contribuer à (68)(123) :

- L'amélioration des fonctions immunitaires,
- La diminution de l'inflammation,
- La diminution de la réactivité du système nerveux autonome avec une plus grande diminution des niveaux de cortisol et de façon plus importante qu'avec un entraînement à la relaxation,
- La diminution de la tension artérielle,
- L'augmentation du taux de mélatonine urinaire et plasmatique
- L'augmentation du taux plasmatique de la sérotonine.

2.2.6 Effets sur la télomérase

L'entraînement à la pleine conscience'augmentation stimulerait l'activité de la télomérase (122).

La télomérase est une enzyme qui a la capacité d'inverser le processus de dégradation des télomères. Les télomères sont des zones d'ADN situés aux extrémités des chromosomes et leur raccourcissement est associé à la sénescence cellulaire. La télomérase, en permettant de préserver la longueur des télomères, ralentit le vieillissement cellulaire. Les chercheurs ont mis en évidence le rôle du stress chronique, par excès de cortisol, dans cette sénescence des télomères. En 2011, paraît une étude qui établit un lien entre la méditation et l'activité des télomérases ; l'activité des télomérases est significativement plus importante chez les méditants que dans le groupe contrôle (77). Une étude parue en 2014 menée auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein retrouve les mêmes résultats : l'activité de la télomérase est plus importante chez les femmes ayant participé à un programme MBSR que chez les femmes du groupe témoin (99).

2.3 APPLICATIONS CLINIQUES DE LA PLEINE CONSCIENCE

La pleine conscience est intégrée dans différentes formes de psychothérapies qui constituent la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, apparue au début des années deux-mille. Pour rappel, la première vague, apparue dans les années cinquante, est la thérapie comportementale, basée sur l'observation, la prédiction et la modification du comportement. La deuxième vague, apparue dans les années soixante-dix et basée sur les travaux de Beck, est la thérapie cognitive qui a comme objectif l'identification des distorsions cognitives afin de les remplacer par des pensées alternatives plus nuancées. La thérapie comportementale et la thérapie cognitive ont fusionné dans les années quatre-vingt pour former la thérapie cognitivo-comportementale actuelle. Les thérapies de la troisième vague ont en commun les thèmes suivants : la pleine conscience, l'acceptation, la défusion cognitive, la dialectique, les valeurs du patient et la relation thérapeutique. Elles visent l'élargissement des répertoires comportementaux, un accroissement de la flexibilité et de l'efficacité plutôt que de se contenter d'éliminer, comme cherchent à le faire la première et la deuxième vague, des problèmes comportementaux limités (66). De plus, elles donnent une importance primordiale à la reconnaissance, l'exploration active et à l'acceptation des émotions et reposent sur l'expérience vécue ici et maintenant : la pleine conscience (66)(122).

Les thérapies de la troisième vague sont également nommées « interventions basées sur la pleine conscience », traduction de l'anglais « *Mindfulness-based Interventions* » ou MBI.

2.3.1 Principales interventions basées sur la pleine conscience

2.3.1.1 Le programme MBSR

Le programme MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), en français Réduction du Stress basée sur la pleine conscience, a été mis au point par le Dr Jon Kabat-Zinn en 1979 à l'Université du Massachussetts (80). Au départ, ce programme vise à soulager les douleurs chroniques et à diminuer les conséquences néfastes du stress. Il s'appuie sur l'utilisation de techniques de prise de conscience des états intérieurs (pensées, émotions, sensations corporelles), de direction de l'attention et de régulation émotionnelle empruntées à la méditation bouddhiste, également au hatha yoga, en dehors de toute référence spirituelle.

L'enseignement est organisé en une séquence de cours hebdomadaires de 2,5 à 3 heures, sur 8 semaines, avec une journée de méditation intensive en fin de programme, associés à des pratiques méditatives quotidiennes à domicile de 45 minutes qui varient chaque semaine, au fil de la progression. Le protocole MBSR intègre des pratiques méditatives formelles et informelles.

- Les pratiques méditatives formelles :

Il s'agit de pratiques méditatives guidées enseignées pendant la formation. Ce sont :

- *Le Body scan* ou balayage corporelle, où l'attention est centrée sur le corps point par point, augmente la prise de conscience des sensations corporelles.
- La *méditation assise* centrée successivement sur la respiration, le corps, les sons, les pensées.
- Le *yoga assis/couché* consistant en des exercices de posture et de respiration issus du hatha-yoga.
- La marche en pleine conscience qui conduit à une prise de conscience des sensations qui accompagnent le mouvement.

- Les pratiques méditatives informelles :

Il s'agit de pratiquer les activités de la vie quotidienne en pleine conscience (marcher, manger, se laver, faire la vaisselle en pleine conscience par exemple). Les pratiques méditatives informelles permettent au patient d'entraîner leur esprit à la pleine conscience dans la journée.

Parallèlement à l'enseignement de ces pratiques sont dispensées des informations sur les effets physiologiques du stress, sur la différence entre les modes « être » et « faire » (que nous développerons plus loin), sur l'importance de vivre au moment présent plutôt que dans le passé et le futur et, sur la façon de répondre habilement aux événements plutôt qu'automatiquement.

2.3.1.2 Le programme MBCT

La Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) ou thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est une adaptation du programme de réduction du stress pour en faire un programme de prévention de la rechute dépressive (141). Elle est l'œuvre de Zindel V. Segal, docteur en psychologie et professeur de psychiatrie à l'Université de Toronto, Mark G. Williams, son homologue à l'Université d'Oxford et John D. Teasdale, docteur en psychologie à Cambridge. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) intègre à la thérapie cognitive de dépression de Beck des composants du programme MBSR de Kabat-Zinn. L'objectif est d'atténuer la réactivité cognitive et son impact sur la dépression. Les patients apprennent à identifier la dégradation de leur humeur et à mieux appréhender les ruminations à travers des exercices de méditation. Ils vont alors se confronter à l'émotion négative plutôt que d'encourager le cercle vicieux de la rechute dépressive en tentant de lutter contre ces états internes. Il leur est enseigné de reconnaître leurs pensées et leurs émotions comme des événements passagers plutôt que de s'identifier à celles-ci. Ce programme est plus indiqué pour les patients en rémission d'un trouble dépressif, les ruminations négatives et les difficultés de concentration au cours du trouble étant un frein pour la pratique des exercices (34). L'objectif

premier de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience est l'acquisition, par les participants au programme, d'une compétence fondamentale : la capacité pour ces personnes, de reconnaître puis de sortir des états d'esprit qui se caractérisent par des schémas autoentretenus de ruminations négatives (141).

Le programme s'effectue également en séances de groupe hebdomadaires sur huit semaines avec des exercices à domicile à pratiquer quotidiennement.

2.3.1.3 L'Acceptance and Commitment therapy (ACT)

Cette technique a été élaborée par HAYES et al. et se base sur l'analyse des comportements. Elle peut être appliquée dans une large gamme de problématiques psychologiques. Elle incorpore des processus de changements comportementaux, d'acceptation et de pleine conscience. L'ACT enseigne aux sujets l'abandon des attentes de contrôle des pensées et des sensations, en les observant sans jugement, en les acceptant telles qu'elles sont et pour ce qu'elles sont, en changeant leur comportement dans un but constructif afin d'améliorer leur vie. L'ACT amène la personne à abandonner le fonctionnement d'évitement de l'expérience (13).

2.3.1.4 La Dialectical Based Therapy (DBT)

La Dialectical Based Therapy (DBT) initiée par Linehan est utilisée pour le traitement des personnalités de type borderline et la régulation affective en général. Elle est basée sur un processus dialectique qui postule que la réalité est liée à la force et l'interaction des opposés. Ici, l'aspect dialectique désigne la relation entre l'acceptation et le changement. Les sujets sont

encouragés à accepter leur situation, leur histoire telle qu'elle se présente, en travaillant intensément à changer leur comportement et leur environnement afin d'améliorer leur qualité de vie. Elle inclut des traitements cognitifs et comportementaux. La compétence de pleine conscience est pensée dans cette thérapie dans un contexte de synthèse de l'acceptation et du changement. Les éléments de non-jugement, d'observation des pensées et des émotions sont également présents. Cette méthode s'apprend sur une année de travail individuel (13).

2.3.1.5 La thérapie centrée sur les schémas

La thérapie centrée sur les schémas (en anglais, Schema-Focused Therapy ou SFT) repose sur un modèle cognitif des troubles de la personnalité. Elle a été fondée dans les années mille-neuf-cent-quatre-vingt-dix par Jeffrey E. YOUNG, Fondateur des centres de thérapie cognitive de New York et du Connecticut, ainsi que du Schema Therapy Institute de New York. Young proposa initialement cette méthode aux patients souffrant de troubles de la personnalité et de pathologies chroniques de l'axe I. La thérapie des schémas est une méthode intégrative et unificatrice qui considère les schémas cognitifs comme le noyau des troubles de la personnalité et des troubles chroniques de l'axe I. Elle associe des techniques de thérapie cognitivo-comportementale et cognitive à des techniques issues de différentes écoles de psychothérapie (psychanalyse, Gestalt-thérapie, constructivisme, la psychothérapie du lien) et à de la méditation de pleine conscience. La pleine conscience permet la prise de conscience des schémas de pensée pathologiques dans le moment présent par la décentration cognitive, préalable à l'adoption d'un comportement plus fonctionnel (33)(170).

2.3.2 Domaines actuels d'application de la pleine conscience et son efficacité

Les programmes de pleine conscience ont été étudiés sur des populations cliniques et des populations non-cliniques i.e. en bonne santé. Nous commencerons ce chapitre par les liens constatés entre le niveau de mindfulness-trait d'esprit et la santé psychologique.

2.3.2.1 Corrélations entre le mindfulness-trait d'esprit et la santé psychologique

Brown et Ryan (24) ont montré des différences considérables dans la disposition à la pleine conscience chez des individus issus de la population générale, exempts de toute expérience de méditation. Ces variations naturelles sont associées à des niveaux d'autorégulation et de bien-être psychologique significativement différents.

L'attention portée au moment présent est associée à un fort niveau d'optimisme et d'estime de soi (24). La pleine conscience est associée à des indicateurs de santé psychologique comme un niveau plus élevé d'affect positif, de satisfaction de vie, de vitalité, de régulation émotionnelle adaptée et des niveaux inférieurs d'affects négatifs et de symptômes psychopathologiques (122).

D'autres études ont mis en évidence des corrélations négatives entre le niveau de pleine conscience et des troubles psychopathologiques tels que l'alexithymie, l'anxiété généralisée (10), des symptômes dépressifs et des attitudes non-adaptatives (24). De même, il a été montré que la pleine conscience était négativement corrélée au névrosisme et positivement à l'extraversion (24). Un niveau de névrosisme faible associé à un niveau d'extraversion élevé est corrélé à un haut niveau de bien-être affectif.

De surcroît, la disposition à la pleine conscience, ainsi que les interventions qui ont pour objectif son augmentation, ont été associés à moins de ruminations, d'impulsivité et de passivité de la pensée. La pleine conscience a été corrélée positivement aux stratégies de régulation émotionnelle adaptatives, tels que l'acceptation et l'abandon de pensées négatives,

une capacité de compréhension accrue et un développement des aptitudes permettant de repérer et de corriger les ressentis déplaisants (10)(24).

2.3.2.2 Application de la pleine conscience dans la population non clinique

La pleine conscience, et plus particulièrement la mindfulness-trait d'esprit, a démontré une utilité conceptuelle et empirique dans des études portant sur le bien-être psychologique, la santé physique, le travail et le sport, et dans le domaine des relations interpersonnelles (24)(34).

L'entraînement à la méditation augmente la capacité à contrôler et à modérer les réponses physiologiques à un stress social : lorsque le sujet doit parler en public ou procéder à un calcul mental devant un jury sévère, par exemple, il développe moins d'inflammation et sécrète moins de cortisol (135).

La pleine conscience a montré un rôle protecteur contre les effets néfastes des événements de vie difficiles. Elle est associée à une plus faible tendance à ressentir et percevoir les événements comme stressants, à une réduction des stratégies d'évitement et de l'anxiété par une régulation plus efficace des effets du stress (34).

La pleine conscience exerce un effet salutaire sur le contenu émotionnel, en réduisant la réactivité émotionnelle négative aux stimulus perturbateurs (34). La pleine conscience favorise un rétablissement émotionnel plus rapide après un événement perturbateur. Les données de recherche montrent qu'il est plus adaptatif d'éprouver et d'exprimer une émotion plutôt que de changer sa trajectoire en l'inhibant.

Enfin, la pleine conscience permet une meilleure régulation du comportement en rendant les réponses plus flexibles, adaptées à la situation et atténue les réactions et comportement impulsifs et automatiques (34).

2.3.2.3 Application de la pleine conscience en psychiatrie

2.3.2.3.1 Dépression

Le programme MBCT s'est montré efficace dans la prévention des rechutes dépressives dans la dépression récurrente (88), dans certaines dépressions résistantes ou chroniques en association au traitement médicamenteux (141). Il s'est montré plus efficace sur les symptômes dépressifs que la psychoéducation, la psychothérapie de soutien, la relaxation ou l'art-thérapie (83).

2.3.2.3.2 Troubles anxieux

L'entraînement à la pleine conscience améliore significativement les symptômes d'anxiété généralisée (7)(73)(75).

2.3.2.3.3 Trouble bipolaire

Le protocole MBCT a été aménagé (MBCT-bipolaire) pour les patients souffrant de bipolarité en phase de stabilité ou symptomatiques, voire en phase dépressive aiguë. À ce jour, la grande majorité des études chez les patients souffrant de bipolarité a été réalisée avec un protocole MBCT classique. Elles ont mis en évidence un impact positif sur la symptomatologie anxieuse et les fonctions cognitives (79).

2.3.2.3.4 Personnalité de type borderline

Quelques études montrent que la pratique de la pleine conscience réduit les symptômes du trouble de personnalité état-limite et augmente les capacités de décentration (42)(153).

2.3.2.3.5 Addictions à des substances

Dans une revue de littérature de 2011, cinq études sur six concluent à une réduction significative des consommations de produits dont quatre concluent à une efficacité plus importante que le traitement de référence (151). Le risque de rechute est diminué et parmi ceux

qui rechutent, les prises sont moindres en quantité (18). L'entraînement à la pleine conscience facilite l'arrêt tabagique et réduit significativement l'envie de consommer des substances (169)(123).

Des variantes de la MBSR ont été développées pour traiter spécifiquement les problématiques addictives, comme le programme de prévention de la rechute basée sur la mindfulness (MBRP) qui a montré sa faisabilité et son efficacité (18).

2.3.2.3.6 Trouble déficit de l'attention

L'entraînement à la pleine conscience semble améliorer l'attention soutenue, l'autorégulation et l'humeur de patients souffrant du trouble déficit de l'attention (26)(32)(140). Il s'est montré efficace dans l'amélioration des symptômes résiduels des patients souffrant de ce trouble sous traitement médicamenteux (117).

2.3.2.3.7 Psychose

Une méta-analyse sur les interventions de pleine conscience dans la psychose, conduite en 2013 sur 13 études incluant 468 patients, indique que la pleine conscience est modérément efficace pour traiter les symptômes négatifs et représente un complément utile à la pharmacothérapie (83).

2.3.2.3.8 Troubles du comportement alimentaire

La pratique de la pleine conscience s'est montrée efficace dans l'hyperphagie associée au stress (87). Il existe un programme spécifique le Mindfulness-based Eating Awareness Training (MB-EAT).

2.3.2.3.9 Etat de stress post-traumatique

Les études réalisées ont montré une amélioration significative des symptômes de l'état de stress post-traumatique et des symptômes dépressifs par la méditation de pleine conscience (71).

2.3.2.3.10 Insomnie

Les thérapies basées sur la pleine conscience constituent une piste intéressante dans la prise en charge de l'insomnie. Les études rapportent une amélioration de la qualité du sommeil (1)(44)

2.3.2.4 Applications de la pleine conscience en médecine somatique

2.3.2.4.1 Pathologies somatiques chroniques

Les études sur la pleine conscience sont en faveur d'une amélioration de la santé mentale chez les patients souffrant de pathologies somatiques chroniques ou de pathologies cancéreuses (126)(49)(171)(41)(144).

2.3.2.4.2 Douleurs chroniques

Les études sont en faveur d'une diminution de l'intensité perçue des douleurs chroniques et d'une amélioration de la santé mentale des patients douloureux chroniques (131)(29)(53)(31).

2.3.2.4.3 Syndrome de fatigue chronique

La méditation pleine conscience est efficace dans l'asthénie chronique. En effet, les patients ayant participé à un programme MBCT, rapportent des niveaux de fatigue plus faibles. Ces changements se retrouvent en fin de programme, ils sont maintenus deux et six mois plus tard (53).

2.3.2.5 Effets de la pleine conscience sur la santé mentale en comparaison à d'autres techniques

Une méta-analyse portant sur 209 études (83) rapporte que les thérapies basées sur la pleine conscience sont plus efficaces que la psychoéducation, la thérapie de soutien, la relaxation, l'imagerie et l'art thérapie mais ne sont pas plus efficaces que la thérapie cognitivo-comportementale. Elle montre également que les interventions basées sur la pleine conscience sont plus efficaces pour diminuer l'anxiété et la dépression que pour traiter les conditions physiques. Le taux d'abandon est plus faible que pour les thérapies cognitivo-comportementales (16,25 vs 22,5%) et les gains se maintiennent au suivi. Les résultats sont corrélés positivement à l'expérience du thérapeute en méditation de pleine conscience et non pas à sa formation clinique générale (122).

Notons que les conclusions de ces méta-analyses comportent des limites par le fait que, à ce jour, peu d'études comparent les approches basées sur la pleine conscience à des psychothérapies basées sur des données probantes et par l'absence de mesure comportementale de la pleine conscience (122).

2.3.2.6 Contre-indications de l'entraînement à la pleine conscience

Les contre-indications à l'entraînement à la pleine conscience sont les suivantes (68)(123) :

- Dépression en phase aiguë (relative)
- Trouble bipolaire en phase aiguë (relative en phase dépressive)
- Troubles de l'attention sévères
- Séquelles psychologiques d'abus physiques, émotionnels ou sexuels
- Dissociations
- Attaques de panique récurrentes
- Troubles psychotiques aigus

2.3.2.7 Effets secondaires de l'entraînement à la pleine conscience

Peu d'études recensent les effets secondaires de la méditation d'après la revue de littérature effectuée par le *Melbourne Academic Mindfulness Interest Group*. La plupart sont des études sur la méditation transcendantale (technique de méditation qui se pratique en récitant un mantra afin d'atteindre un état de « conscience transcendantale »), donc hors cadre clinique. Quelques études de cas rapportent des décompensations psychotiques suite à des stages intensifs de méditation (jusqu'à 18 heures par jour avec des périodes prolongées de jeûne et de silence, soit des conditions très éloignées de ce qui se fait dans les programmes cliniques de méditation de pleine conscience) (122).

3 UN OUTIL DE PRÉVENTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Un risque psychosocial (RPS) correspond au danger qu'un contexte de travail fait peser sur la santé psychologique d'un salarié (97). Les RPS qualifient de nombreuses situations (98) : stress, souffrance, harcèlement moral, violence, burn-out, dépression, suicide, addictions, troubles musculo-squelettiques, etc. Ces thèmes peuvent se combiner ou évoluer l'un vers l'autre, ce qui est source de confusion. Nous ne pourrions pas explorer l'ensemble des risques psychosociaux puisque ce n'est pas le sujet de cette thèse et nous nous limiterons à ceux que la pratique de la pleine conscience semble prévenir.

Six facteurs de risques psychosociaux sont décrits dans le Rapport du Collège d'Expertise sur le suivi des RPS au travail (30) : 1) les exigences du travail, 2) les exigences émotionnelles, 3) le manque d'autonomie et de marge de manœuvre, 4) les mauvais rapports sociaux et relations de travail, 5) les conflits de valeur et la qualité empêchée, 6) l'insécurité de la situation de travail.

En raison de l'intensité de la charge émotionnelle de la relation soignant-soigné, de l'exposition à la souffrance psychique et de l'augmentation des tâches administratives, les professionnels de santé mentale sont sujets au stress, à l'épuisement émotionnel et au burn-out. De plus, les restrictions budgétaires actuelles des hôpitaux impliquant une réduction du personnel avec une durée et une intensité de travail augmentées, ainsi qu'une insécurité liée à la crainte de perdre son emploi ou de devoir changer de service, contribuent fortement à impacter la santé psychologique des soignants. Le système de soins tend à devenir un système quantitatif qui vise productivité et rentabilité au détriment de la qualité.

Dans un premier temps nous définirons les processus de stress, d'usure compassionnelle et de burn-out. Puis nous exposerons quelques chiffres évocateurs de la souffrance au travail des soignants. Ensuite nous traiterons de l'apport de la méditation de la pleine conscience dans la prévention de l'épuisement professionnel.

3.1 STRESS, ÉPUISEMENT COMPASSIONNEL ET BURN-OUT

3.1.1 Origine et concept du stress

Le terme *stress* a été emprunté au domaine de la physique où il signifie une contrainte exercée sur un matériau. Le matériau est capable de résister à un certain degré de contrainte mais, passé un certain seuil, il peut se déformer voire se rompre (143).

En 1946, Hans Selye, médecin chercheur en endocrinologie, définit le stress comme une réponse constituée par l'ensemble des réactions physiologiques de l'organisme destinée à rétablir l'équilibre face à un agent agresseur et face aux stimuli de la vie au sens large (143). C'est donc un phénomène normal et nécessaire d'adaptation de l'être vivant.

Selye décrit dans sa théorie du stress qu'il nomme également « syndrome général d'adaptation », trois phases successives :

- La réaction d'alarme lorsque l'organisme est mis en présence de l'agent stressant,
- Une phase de résistance avec tentative d'adaptation et de rééquilibrage face à l'agression, si bien entendu celle-ci n'a pas été trop violente en phase 1 pour causer la mort,
- La phase d'épuisement lorsque l'adaptation échoue et que le stress persiste, débordant les capacités d'ajustement de l'organisme touché, qui meurt à terme.

Appliquant ces notions à l'homme, Selye précise que le stress est le résultat non spécifique de toute atteinte imposée au corps, que l'effet en soit mental ou somatique. Il relie à ce syndrome une série d'affections courantes telles que l'hypertension artérielle, les pathologies cardiaques, les ulcères, précisant qu'à son sens, le stress est impliqué dans toutes les maladies, même s'il n'en est pas la cause unique. Le stress a longtemps été considéré dans une perspective behavioriste comme la réponse directe à un stimulus, l'agent stressant ou stressueur.

Puis, dans les années 70, avec l'émergence de la psychologie cognitive, les chercheurs s'intéressent aux différences de réactions entre individus qui, confrontés à un même stressueur, ne s'estiment pas forcément stressés et ne réagissent pas de la même façon. Lazarus propose

alors un modèle plus complexe, prenant en compte l'interaction entre l'individu et son environnement, et l'élaboration de stratégies cognitives d'ajustement, propres à chaque individu. Ce sont les stratégies de *coping* (165).

La prédisposition d'une personne à s'inquiéter et à imaginer le pire la conduira à évaluer de nombreuses situations comme stressantes de ce point de vue, par rapport à quelqu'un plutôt enclin à se rassurer en prenant davantage le temps d'analyser la réalité de la situation (165).

Selon ÉPICTÈTE : « *Ce qui trouble les hommes ce ne sont pas les choses mais les jugements qu'ils portent sur elles* ».

Le stress est considéré comme le risque psychosocial le plus fréquent. On estime à près d'un quart le nombre de salariés souffrant de stress au travail (98).

3.1.2 L'épuisement compassionnel

L'épuisement compassionnel a été décrit par JOINSON en 1992 puis par FIGLEY en 1995 sous le terme anglo-saxon de *compassion fatigue*. Le tableau clinique comporte un effondrement des capacités d'empathie et de compassion associés à des symptômes appartenant au registre du syndrome de stress post-traumatique. Il apparaît chez les soignants écoutant les récits de victimes de traumatismes (30) d'où son terme synonyme de « syndrome de stress traumatique secondaire ». Il constitue un état extrême de tension émotionnelle et une impossibilité à élaborer psychologiquement un traumatisme, du fait d'une résonance affective avec la détresse du patient. Il s'agit d'une souffrance personnelle en miroir de celle des personnes aidées. La sidération affective émotionnelle qui en résulte conduit à une perte de la capacité à se montrer empathique, à des aigreurs et à une démotivation qui vont à l'encontre de l'objectif du soin (67).

Les soignants amenés à prendre en charge des victimes de traumatisme ayant une histoire personnelle traumatique seraient plus à même de développer un processus d'épuisement compassionnel (30).

3.1.3 Le burn-out

3.1.3.1 Origine et concept

Le concept de burn-out a été initialement reconnu comme une atteinte auprès des professionnels de l'aide avant d'être progressivement étendu à l'ensemble des professions.

C'est en juin 1959 que le psychiatre français Claude VEIL a introduit le concept d'épuisement professionnel dans l'histoire médicale (27).

En 1974, le psychiatre américain Herbert J. FREUDENBERGER, sous le constat d'un état d'épuisement particulier, accompagné de douleurs diverses, développé chez des professionnelles de santé mentale au contact des patients, décrit le processus d'épuisement professionnel sous le nom de « syndrome du burn-out » (de l'anglais « *burnout syndrome* »). Il écrit : « *Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* » (51). Cet auteur met l'accent sur l'engagement excessif des individus, une charge importante de travail, un besoin de reconnaissance et de gratitude ainsi qu'une incapacité à atteindre les buts espérés (30).

En 1976, Christina MASLACH, chercheur en Psychologie Sociale, décrit l'épuisement professionnel des relations d'aide comme : « une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail » (112).

Le concept de burn-out s'est étendu à l'ensemble des professions. Dans sa conception actuelle, le burn-out est la traduction de l'accumulation et de la sommation d'événements face auxquels l'individu n'arrive plus à faire face. Il faut penser le burn-out comme un processus long et évolutif (28).

3.1.3.2 Les stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle

Christina MASLACH a mené des recherches sur les stratégies utilisées pour faire face aux états d'activation émotionnelle et a défini deux concepts :

- L'inquiétude distante (« *detached concern* ») : pour un médecin, il s'agit de l'attitude idéale combinant compassion et détachement émotionnel. Le médecin est soucieux du bien-être du patient, mais également attentif à maintenir la distance suffisante pour éviter une implication trop forte.
- L'objectivation comme autodéfense (« *dehumanisation in self-defence* ») : il s'agit de se protéger du débordement émotionnel en considérant les personnes comme « des cas, des symptômes, des maladies, ... ». Ce concept est à l'origine d'une des 3 dimensions du burn-out que nous allons explorer plus loin : la Dépersonnalisation.

Armée de ces concepts théoriques, MASLACH va alors démarrer un programme de recherche auprès des professionnels de santé et plus particulièrement en santé mentale (112).

Les résultats de ses analyses sont les suivants :

- Les expériences émotionnelles sont le plus souvent une source de stress (patients difficiles, en souffrance, confrontation aux familles, annonces de diagnostics, conflits avec les collègues etc.)

- Les professionnels en santé mentale sont souvent incapables d'atteindre un « détachement » suffisant.

- Ils peuvent adopter des attitudes négatives envers les patients.

- Ils peuvent interpréter des expériences émotionnelles comme des échecs, douter quant à leur capacité à travailler en tant que soignant, déprécier leurs compétences.

3.1.3.3 Les symptômes du burn-out

L'état de burn-out se manifeste par de nombreux symptômes que l'on peut regrouper en trois catégories :

- les symptômes physiologiques (troubles du sommeil, fatigue chronique, insomnie, douleurs diffuses chroniques),
- les symptômes cognitifs et affectifs (dysphorie, hypersensibilité, pessimisme, cynisme, indécision, détachement émotionnel excessif, image négative de soi, tendance à tenir les autres et le système responsables des problèmes personnels),
- les symptômes comportementaux (baisse marquée de la productivité, augmentation de l'abus de substances toxiques, irritabilité, agressivité, impulsivité, repli sur soi).

3.1.3.4 Un outil de mesure du burn-out : le MBI

Christine Maslach et Suzanne Jackson ont élaboré un instrument utilisé dans la recherche : le **MBI** (*Maslach Burn-out Inventory*) (113). Il s'agit d'un auto-questionnaire de 22 items, qui mesure **trois dimensions** du syndrome d'épuisement professionnel :

- L'**épuisement émotionnel** (EE) ;
- L'**accomplissement personnel** (AP) ;
- La **dépersonnalisation** à traduire par déshumanisation de la relation avec autrui (DP).

Un score élevé sur l'échelle EE ou sur l'échelle DP ou un score bas sur l'échelle AP suffit pour parler de burn-out. En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de sévérité différents :

- Burn-out faible : 1 des 3 dimensions est atteinte
- Burn-out modéré : 2 des 3 dimensions sont atteintes
- Burn-out sévère : les 3 dimensions sont pathologiques

L'épuisement émotionnel caractérise le sentiment éprouvé par une personne vidée de son énergie, stressée, devenue incapable de faire face à une demande nouvelle sans exploser ou s'effondrer.

La perte de l'accomplissement de soi s'exprime dans le sentiment d'échec professionnel, d'inutilité, de baisse de motivation au travail avec son corollaire : désirer changer de travail.

La dépersonnalisation est marquée par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Il s'agit d'une mise à distance de l'autre.

3.1.3.5 Le cas particulier de la relation d'aide

Selon Pierre CANOUI, pédopsychiatre à l'hôpital Necker à Paris et docteur en éthique médicale, « quand la relation d'aide tombe malade, la symptomatologie est celle du burn-out » (28).

La relation d'aide implique une interaction complexe caractérisée par la capacité d'ajustement à l'autre, en fonction de sa personnalité et de la situation. Trouver la bonne distance est ce qui permet d'être efficace dans la relation thérapeutique et d'éprouver une satisfaction profonde dans son travail. L'art de soigner réside ainsi dans l'adaptation à l'autre, dans la réalisation d'un lien intersubjectif. Ce sont le respect d'autrui et de sa dignité ainsi que la réussite de l'alliance thérapeutique qui permettent le soin (27).

Chez le soignant, la déshumanisation de la relation avec autrui se traduit par une sécheresse relationnelle, un cynisme, un détachement excessif envers la souffrance et parfois des attitudes impersonnelles négatives. Le malade est plus considéré comme un objet que comme une personne. Il devient un cas, un numéro de chambre, un nom de maladie, voire un organe. L'individu est en quelque sorte réifié. Et cette distanciation par rapport à l'autre est en fait un mode de protection de soi et de son intégrité psychique, seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. En revanche, le soignant en est conscient et la dépersonnalisation est ressentie souvent douloureusement, vécue comme une forme d'échec personnel. Le soignant en état de burn-out se voit dans l'incapacité de toute relation empathique de qualité envers autrui. Il est asséché dans sa capacité compassionnelle. L'ajustement relationnel n'est plus

possible. Cet état s'installe progressivement, lentement, de manière insidieuse à l'insu du soignant, dans une tentative de protection du stress chronique (27).

3.2 ÉLÉMENTS D'ÉPIDÉMIOLOGIE SUR LES RPS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

3.2.1 Stress et burn-out

Il semble que ce soit dans les métiers où il est nécessaire de montrer ou de réprimer ses émotions ou encore dans les métiers où il faut faire preuve d'empathie que l'on constate les taux les plus élevés de burn-out (177).

3.2.1.1 Ensemble des professionnels de santé

Les résultats de l'enquête nationale de l'ANFH (Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier) réalisée en 2013 (178) démontrent que **les salariés du secteur hospitalier sont exposés aux risques psychosociaux puisque 29,6 % des répondants expriment un niveau de tension ayant un impact sur leur travail et une réelle inquiétude par rapport à l'avenir**. Des études équivalentes dans le secteur privé (industrie, services...) présentent des taux de l'ordre de 20%. Pour autant, l'étude révèle que seuls 6% des répondants nécessiteraient une vigilance toute particulière.

3.2.1.2 Professionnels de santé mentale

Une étude italienne de 2009 (94) a montré que **près des deux tiers** du personnel psychiatrique présentent un **état de stress professionnel élevé** et qu'**un cinquième** des

membres du personnel **souffrent d'épuisement professionnel**. Les psychiatres et les travailleurs sociaux présentent les niveaux d'épuisement professionnel les plus élevés. Les éducateurs et les psychologues présentent les taux les plus bas.

3.2.1.2.1 Psychiatres

- L'enquête SESMAT (Santé et Satisfaction des Médecins au Travail)

En 2007, l'enquête européenne SESMAT (45) analyse l'influence de la qualité du travail sur la satisfaction et la santé des médecins et intègre une étude de la **prévalence du burn-out**. La cohorte est constituée de 4799 médecins hospitaliers européens, toutes spécialités confondues, dont 3 196 ont répondu, soit un taux de réponse de 66 %.

D'après cette étude, les médecins qui ont un niveau de burn-out le plus élevé sont les urgentistes et les psychiatres. En effet, les taux respectifs de **burn-out élevé** sont de 33% pour les urgentistes, de **30,9% pour les psychiatres**, alors que le taux moyen de burnout élevé toutes spécialités confondues n'est que de 23,1%. Ce sont également les psychiatres qui présentent parmi l'ensemble de la population médicale les **taux d'épuisement émotionnel parmi les plus élevés**.

Les facteurs de risque retrouvés sont :

- Le retentissement de la vie professionnelle sur la vie privée,
- L'altération de la qualité du travail d'équipe,
- L'absence de pauses de repas,
- Des relations interprofessionnelles altérées.

- Thèse d'exercice de Ruth WIERTZ

WIERTZ a réalisé une enquête sur l'épuisement professionnel des psychiatres hospitaliers du Nord Pas de Calais en 2011 (175).

Le taux de **burnout tous niveaux confondus** est de **41%**.

Le taux d'AP bas est de 29,5%

Le taux DP élevé est de 9,8%

Le taux d'EE est de 13,3%.

3.2.1.2.2 Population paramédicale en santé mentale

Selon l'enquête PRESS-NEXT (46), vaste étude réalisée en 2003 sur onze pays européens dont la France, 27,6% des soignants français travaillant en psychiatrie se déclarent souvent ou toujours épuisés émotionnellement et 10,8% se sont vu poser un diagnostic de trouble de la santé mentale. De plus, 68,4% se déclarent confrontés fréquemment à des patients agressifs. Enfin, 34,9% des soignants en psychiatrie déclarent des relations « hostiles et tendues » avec leurs cadres supérieurs et l'Administration, 14% avec les cadres de proximité, 13,5% avec les médecins et 2,3% avec leurs collègues.

3.2.2 Suicide des professionnels de santé

En France, le Docteur Yves LEOPOLD a mené une vaste étude en 2003 sur le suicide des médecins. Sur 5 ans, il a répertorié 69 suicides sur 492 décès de médecins soit un taux d'incidence de 14% (vs 5% dans la population générale) et un **risque relatif** par rapport à la population générale de **2,37**. LEOPOLD constate que les médecins les plus à risque par rapport au suicide sont les médecins femmes, psychiatres, généralistes, anesthésistes et ophtalmologistes (100).

En 2008, l'estimation du risque relatif de suicide des médecins d'après l'étude CARMF/CNOM est de 1,8 par rapport à la population générale (179).

Nous n'avons pas retrouvé de chiffres sur le suicide des autres professionnels de la santé en France. Cependant le suicide des cinq infirmiers qui ont eu lieu entre juin et août 2016 sont évocateurs d'une souffrance au travail dans cette population.

3.3 INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR RÉDUIRE LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS

Nous venons de voir que les professionnels de santé mentale sont fréquemment exposés au burn-out. La gravité de ce trouble réside dans le fait qu'il engendre non seulement des conséquences personnelles graves, mais aussi sur un plan professionnel, une atteinte de la relation à l'autre à l'origine d'une perte de sens du travail et d'une perte d'empathie avec ce que cela implique dans la prise en charge des patients.

3.3.1 Études sur les effets de la pleine conscience chez les professionnels de la santé

De nombreuses études ont évalué les effets de la pleine conscience au niveau du stress et du burn-out chez les professionnels de la santé.

Shapiro et al. (147) ont conduit en 2005 une étude randomisée et contrôlée avec des professionnels de la santé (n=38, médecins, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux et kinésithérapeutes). Les résultats indiquent des niveaux de stress perçus significativement plus bas et un niveau d'auto-compassion significativement plus élevé.

En 2006, une étude pilote portant sur 30 infirmiers et aides-soignants, a montré une réduction significative des symptômes de burn-out et une amélioration significative de la qualité de vie perçue (107).

Une étude de 2007 réalisée sur 58 psychothérapeutes a mis en évidence une corrélation positive entre le niveau de mindfulness-trait d'esprit et l'appréciation subjective de la satisfaction au travail et du stress perçu (125).

En 2009, une étude avant-après menée auprès de 70 médecins généralistes américains a montré une amélioration significative des symptômes du burn-out mesuré par le MBI après un programme MBSR (86).

En 2012, une étude a été menée auprès de 93 professionnels de santé américains comprenant des médecins généralistes et spécialistes, des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux dans le but de mesurer l'impact d'un programme de 8 semaines de MBSR sur les niveaux de burn-out (mesuré par le MBI) et de bien-être (mesuré par SF-12v2). Les résultats de cette étude ont montré une amélioration significative des scores non seulement du burn-out mais aussi du sentiment de bien-être (58).

Parue en 2013, une étude menée auprès de 87 professionnels de santé a montré que les sujets présentaient une amélioration des trois composantes du MBI après avoir suivi un programme MBSR de 8 semaines (8).

Un essai contrôlé randomisé de 2014 portant sur 74 médecins, a montré qu'un programme incluant des exercices de pleine conscience réduisait significativement le score d'épuisement émotionnel et le score de dépersonnalisation. Cette dernière différence se maintenait à 12 mois (164).

La revue de la littérature de LAMOTHE et al. met en évidence une efficacité du programme MBSR pour aider les professionnels de la santé au niveau de l'épuisement professionnel, du stress, de l'anxiété, des symptômes dépressifs et de l'empathie (92).

L'étude de LLOYD sur le recours à la thérapie d'acceptation et de l'engagement semble montrer un certain intérêt dans la prévention du burn-out en favorisant la flexibilité psychologique (102).

En résumé, la méditation de pleine conscience peut représenter une pratique très utile pour exercer son métier de soignant dans les meilleures conditions émotionnelles possibles. En effet, de nombreuses études ont été consacrées au bénéfice de la pratique méditative régulière chez les soignants : diminution des niveaux de stress, accroissement des capacités d'empathie, prévention du risque de burn-out. Elle est également associée à une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, des ruminations et des affects négatifs (36). Globalement, il semble que la pratique régulière de la pleine conscience soit associée à une élévation du bien-être subjectif (2).

La pratique de la méditation de pleine conscience représente donc un outil de prévention secondaire des RPS. Son effet réside dans le soulagement des symptômes associés au stress et au burn-out mais aussi dans l'amélioration des stratégies d'adaptation au stress. Nous tenons à

préciser qu'il ne suffit pas d'améliorer les capacités d'adaptation des personnes ; il faut tout autant soigner l'environnement de travail !

3.3.2 Bénéfices de la régulation émotionnelle

La pleine conscience, par son effet positif sur la régulation émotionnelle, semble réduire l'épuisement compassionnel (116).

Si les émotions jouent un rôle fondamental pour l'ajustement de l'individu à l'environnement, elles peuvent aussi être dysfonctionnelles, notamment lorsqu'elles nuisent au bien-être de l'individu et à ses performances (115). Très concrètement, la régulation émotionnelle peut consister à atténuer ou à augmenter les émotions à valence négative ou positive, en matière d'intensité, de durée ou de fréquence, pour permettre l'adaptation du comportement de l'individu à une situation. De plus, des difficultés de régulation émotionnelle pourraient jouer un rôle central dans la psychopathologie de nombreux troubles mentaux. À l'inverse, des capacités de régulation émotionnelle adaptatives seraient associées à une diminution de la psychopathologie et à une augmentation du bien être (60).

3.3.3 Bénéfices de la compassion pour soi

La recherche a permis de faire le lien entre l'exercice de la compassion pour soi et un meilleur bien-être psychologique : des niveaux élevés de compassion pour soi amènent à une plus grande satisfaction existentielle globale, à plus d'intelligence émotionnelle, à un développement des liens sociaux, à une meilleure atteinte des objectifs personnels, ainsi qu'à un risque moindre de dépression, d'anxiété, de ruminations, de perfectionnisme et de troubles du comportement alimentaire. La compassion pour soi entraîne une relation de l'image de soi moins dépendante de l'environnement. En d'autres termes, le sujet se réfère moins à la comparaison sociale et aux soucis de l'apparence (85).

Une revue de la littérature (129) conclut que les interventions de pleine conscience améliorent l'auto-compassion, en particulier chez les soignants, en leur offrant une meilleure

résistance au stress perçu au travail et améliore l'efficacité de leurs soins. Plusieurs études ont montré que le développement de l'auto-compassion via la pleine conscience diminuait les effets néfastes de l'autocritique (145)(120)(132). Mais finalement, le meilleur moyen d'accroître son auto-compassion serait d'en donner (20) (129).

La compassion pour soi ne rime pas avec complaisance ou déresponsabilisation. Les recherches montrent au contraire que la compassion pour soi entraînerait un plus grand sentiment de responsabilité personnelle (à ne pas confondre avec la culpabilité). Selon Kristin Neff (121), la compassion pour soi comporte trois composantes : la bienveillance envers soi-même, la reconnaissance de son humanité et la capacité à observer ses expériences intérieures sans les juger, i.e. la pleine conscience.

L'auto-compassion, en désactivant le système de menace, serait un sous-facteur de la résilience émotionnelle : l'amélioration de l'auto-compassion réduit le niveau de sécrétion du cortisol et augmente la variabilité cardiaque. L'auto-compassion serait une manière de penser les situations pour les améliorer, à l'instar d'une restructuration cognitive positive voire d'un mécanisme de *coping*, car elle permet de s'y confronter, sans en éviter les aspects négatifs et d'en retrouver l'initiative. Elle est un processus de pensée, à l'opposé d'un contenu de pensée, apportant assez de flexibilité mentale pour aider à prendre conscience des pensées et des événements et les accepter sans jugement, sans réactivité (132).

3.3.4 Mode « être », mode « faire »

L'une des fonctions essentielles de notre cerveau est de produire des pensées. Nous n'arrêtons jamais de nous parler à nous-mêmes. Ce discours intérieur se produit instantanément en nous, sans que nous exercions sur lui le moindre contrôle. Ce sont des phrases positives ou négatives comme : « je suis content d'être en week-end » ou « je n'arriverai jamais à finir ma thèse à temps ». Ce sont des pensées automatiques nommées cognitions par les psychologues. Un des objectifs de l'enseignement de la pleine conscience est d'aider les personnes à opérer un changement radical de leur relation à leurs pensées.

Pour SEGAL, WILLIAMS et TEASDALE (142), l'entraînement à la pleine conscience développe la capacité à être plus conscient de notre mode mental qui peut être de deux sortes : un mode « faire » et un mode « être ».

Alors que le mode « faire » implique de penser à propos du présent, du futur et du passé, à travers un voile de concepts, le mode « être » est caractérisé par l'expérience directe, immédiate, intime du présent.

Le mode « faire » est déclenché quand l'esprit voit que les choses ne sont pas comme nous voudrions qu'elles soient ou qu'elles ne sont pas comme elles devraient être. La pensée conceptuelle est un véhicule central par lequel l'esprit cherche à atteindre les buts auxquels le mode « faire » se consacre. Le mode « faire » est très utile pour nous permettre de réaliser nombre d'objectifs. Mais si l'action à entreprendre pour atteindre le but ne paraît pas évidente ou ne peut être accomplie, alors le mode faire nous fait ressasser l'écart et les différentes manières inaccessibles de le réduire. Ce mode de pensée génère alors des pensées négatives génératrices d'insatisfactions, de frustrations voire d'anxiété ou de tristesse. Il est impliqué dans la genèse des ruminations mentales.

Par contraste, le mode « être » implique un glissement dans la relation aux pensées et aux sentiments à type de prise de perspective, comme un spectateur devant une pièce de théâtre. Les pensées et les sentiments sont perçus comme des événements qui apparaissent dans l'esprit, deviennent des objets de conscience et disparaissent. Nous retrouvons la notion de décentration (ou re-perception) explorée dans le chapitre des modèles théoriques de la pleine conscience. Donc le mode « être » permet une déconnexion des pensées et des sentiments de l'action reliée au but. Ainsi, le mode « être » ne déclenche pas de réponse automatique à type de pensée négative, de frustration, d'anxiété ou de tristesse si le but désiré n'est pas atteignable.

Par exemple, la personne qui va penser : « je n'arriverai jamais à finir ma thèse à temps », en entrant dans un mode « être », constatera qu'elle est en train de penser qu'elle n'arrivera jamais à finir sa thèse à temps et réalisera que ce n'est qu'une pensée et qu'il n'y a pas lieu de vouloir absolument que les choses soient autrement. Ainsi, en s'épargnant un flot de pensées négatives à l'effet contre-productif, elle restera positive et gardera l'esprit disponible pour l'élaboration de son travail.

Finalement, le mode « être » nous empêche de partir dans notre imaginaire concernant le futur ou nos regrets concernant le passé. Il se caractérise par un sens de liberté, de légèreté et un déploiement inédit de l'expérience.

4 DÉVELOPPEMENT DES QUALITÉS THÉRAPEUTIQUES DES SOIGNANTS

4.1 INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES INSTRUCTEURS DE LA PRATIQUE

La pratique méditative régulière est absolument nécessaire à titre personnel chez tout soignant qui propose l'enseignement de la pleine conscience à ses patients. C'est une question d'honnêteté et d'authenticité : en matière de psychologie, on ne peut transmettre une démarche qu'on ne s'applique pas à soi-même (6).

Dans les sessions de groupes de pleine conscience organisées par le Docteur Christophe ANDRÉ à l'hôpital Saint-Anne (2), la règle est que tous les soignants s'engagent dans les exercices et s'expriment personnellement sur les questions de stress ou de différents états d'âme, pour montrer aux patients que leurs difficultés sont partagées par tout le monde. Ces démarches de « révélation de soi », si elles sont contrôlées et réfléchies, représentent un ingrédient reconnu et validé des démarches de psychothérapie humaniste (6).

Les modèles dits de la « troisième vague » des thérapies cognitives et comportementales considèrent en outre qu'il est nécessaire que le thérapeute applique son modèle à lui-même dans sa pratique clinique et même dans sa vie quotidienne, à titre personnel (85).

La pratique personnelle amène une **horizontalisation de la relation thérapeutique**. Ce n'est plus seulement en vertu de son savoir théorique que le professionnel intervient mais aussi de sa propre expérience, puisqu'il aura été lui-même initié à cette pratique et aura modifié sa posture en conséquence (54).

Pour SEGAL, WILLIAMS et TEASDALE (141)(142), la pratique personnelle de la méditation est, pour le programme, « une ressource absolument essentielle, profonde, multidimensionnelle et structurée ». Elle n'est donc pas simplement recommandée. En effet, il n'existe tout simplement pas d'autres façons de transmettre ces pratiques à d'autres personnes et de discuter avec elles de leurs expériences avec authenticité et profondeur, que d'avoir soi-même fait longuement l'expérience de ces pratiques. Dans le cas contraire, comme le disent les

auteurs eux-mêmes, l'intervention thérapeutique ne peut pas être dite basée sur la pleine conscience ; et si elle ne l'est pas, elle ne peut pas être appelée MBCT.

Le principe premier de la pleine conscience est que l'apprentissage découle d'une pratique personnelle. Ainsi, l'expérience de la pleine conscience est primordiale pour l'instructeur.

Le but fondamental du programme MBCT est d'aider les patients à changer radicalement leur relation aux pensées, aux émotions et aussi aux sensations corporelles qui contribuent à la rechute dépressive. La compréhension et l'orientation propres à l'instructeur seront reconnues comme les facteurs d'influence les plus puissants de ce processus. La façon dont est présentée chaque pratique, dont est traitée chaque interaction, porte l'empreinte de l'instructeur. L'effet de cette empreinte est que, quel que soit le message explicite des mots de l'instructeur, l'influence la plus puissante, en bien comme en mal, sera la nature des croyances implicites de l'instructeur. Ainsi, il est très important que les instructeurs soient conscients de certaines croyances fondamentales et implicites, et qu'ils affinent et modulent leur relation à ces croyances au travers de leur propre pratique. Une des caractéristiques de la MBCT est de considérer les participants comme des invités plutôt que comme des patients et de les accueillir avec hospitalité et respect pour le courage démontré, ne fût-ce que celui d'avoir cherché à entreprendre le programme.

SEGAL, WILLIAMS et TEASDALE n'étaient pas du tout convaincus de l'importance de la pratique de la méditation pour l'instructeur. Pourtant, ils furent confrontés à certaines difficultés au cours des premiers groupes de leur programme MBCT. En effet, ils ne savaient pas comment aider les patients qui restaient aux prises avec leurs sentiments négatifs après échec de la technique de décentration. Ils essayèrent initialement de traiter le problème à l'aide de la thérapie cognitive. Mais les instructeurs n'avaient jamais assez de temps pour s'attarder sur les problèmes de chacun. Ils sont alors retournés à l'UMass pour observer les instructeurs MBSR. Ils constatèrent que ces instructeurs n'essayaient pas de trouver de solution aux problèmes soulevés par les patients mais amenaient ces derniers à accueillir de façon bienveillante leurs pensées négatives. L'instructeur pouvait partager sa propre expérience de devoir se débrouiller avec ce type de pensées, amenant une impression de « continuité » entre l'expérience du patient et la sienne. Ils ont vu la capacité des instructeurs MBSR à se mettre en phase avec les sentiments et les émotions les plus intenses des patients. Ils conclurent que la capacité de ces instructeurs à avoir un rapport différent avec les affects négatifs provenait de leur pratique personnelle de la pleine conscience. Ils pouvaient donc enseigner la pleine

conscience à partir de leur propre expérience. Une part essentielle de ce que les instructeurs MBSR transmettaient était leur propre ressenti de la pleine conscience dans les interactions avec la classe. Les participants apprennent de deux manières : pendant leur propre pratique, et quand l'instructeur intègre son expérience dans la manière d'aborder les questions des participants. Segal, Williams et Teasdale confient avoir réalisé la difficulté de ce qu'ils demandaient de « simple » à leurs patients. Lorsqu'ils commencèrent la pratique pour eux-mêmes : trouver le temps dans un emploi du temps chargé, ou se lever trois-quarts d'heure plus tôt généraient l'imagination de nombreuses excuses pour interrompre la pratique. L'expérience des difficultés inhérentes à la pratique de la pleine conscience permet d'augmenter grandement la bienveillance envers les participants.

En plus d'influencer profondément la nature de la relation que les participants entretiennent avec l'expérience de pleine conscience, les qualités incarnées par l'instructeur ont une incidence thérapeutique majeure sur la nature de la relation que les participants entretiennent avec eux-mêmes. Lors des moments de feed-back, au fur et à mesure que le participant décrit ce qu'il considère comme un échec, une faiblesse ou une erreur, ceci déclenche en général autocritiques et jugements sévères à leur propre égard. Dans de tels moments, les qualités de respect, de douceur, de gentillesse et de compassion de l'instructeur envers le participant contribuent fortement à ce que ce dernier parvienne à incarner ces qualités envers lui-même. Ces qualités sont en rapport direct avec la profondeur de la pratique personnelle de la pleine conscience (142)(141).

4.2 INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE DANS LA RELATION DE SOIN

La pratique de la méditation de pleine conscience, par les mécanismes psychologiques et cognitifs qui la sous-tendent, permet de développer un certain nombre de compétences reconnues comme essentielles dans la relation de soin en psychiatrie.

Au-delà des compétences théoriques requises et de l'expérience clinique irremplaçable, les particularités du soignant sont multiples. Même si les diverses facettes qui constituent son être ne sont pas utilisées, c'est avec tout ce qui le compose, toutes ses expériences, tout ce qu'il a vécu, tout ce qu'il a appris et intégré qu'il s'engage dans la relation thérapeutique (124).

Le climat suscité par le thérapeute est sous-tendu par sa qualité de présence. Cette présence, définie simple et sans attente, ouvre un espace de liberté laissant la place à l'émergence de ce qui se vit dans l'instant immédiat, en toute sécurité. Il n'y a presque rien à faire et c'est là toute la difficulté : être totalement présent, dans une disponibilité offerte, un abandon de soi à la présence de l'autre dans une communication interpersonnelle et réciproque, dans une confrontation de deux entités (124).

La méditation de pleine conscience est associée à des bienfaits chez les thérapeutes (36), dont une augmentation de l'empathie auto rapportée pour les patients, de la compassion pour soi, de l'attention portée au processus thérapeutique, de la capacité à tolérer le silence, de la capacité d'être à l'écoute de soi et du patient, du bien-être global, de l'insight sur le plan de l'identité professionnelle, de la conscience des signes corporels, de la qualité de vie et de la patience (123).

Les études suggèrent une équivalence d'efficacité des différentes approches thérapeutiques (91). Parmi les facteurs communs aux différentes thérapies, la relation thérapeutique compterait pour 30% du résultat, comparés à 15% dus à la technique, 40% aux facteurs extra-thérapeutiques et 15% à l'effet placebo (90). Également, les thérapeutes les plus efficaces seraient plus compréhensifs, acceptants, empathiques, chaleureux et soutenant. Les compétences relationnelles peuvent être améliorées par l'enseignement, la pratique et la

supervision. Mais les attitudes mentales telles que la cordialité, le regard positif inconditionnel, l'acceptation et l'authenticité sont plus difficiles à transmettre. La recherche s'est intéressée à l'intérêt d'un entraînement à la pleine conscience pour développer des qualités favorisant une bonne relation thérapeutique (22).

La pratique régulière, par le soignant, de la méditation de pleine conscience, semble de nature à améliorer la qualité de l'alliance thérapeutique (2).

GREPMAIR et al. (62) ont testé les effets de la pratique méditative de thérapeutes sur leurs patients (124 patients traités pendant 9 semaines par 18 psychothérapeutes répartis en deux groupes, méditants et témoins). Les patients traités par les psychothérapeutes ont montré une amélioration significative dans une variété de symptômes (sur l'échelle *Checklist Symptoms SCL-90-R*) comparés au groupe témoin. Ces résultats sont associés à une meilleure satisfaction du résultat et à une meilleure évaluation des séances thérapeutiques par les patients.

Nous allons à présent explorer différentes qualités essentielles aux soignants dans l'accompagnement de patients en psychiatrie et développées par la méditation de pleine conscience.

4.2.1 L'attention

4.2.1.1 Définition

Les neuropsychologues considèrent l'attention comme un système de sous-processus cognitifs interdépendants. Ils considèrent quatre capacités mentales primaires sous-tendant le processus attentionnel : l'attention sélective, l'attention divisée, l'attention soutenue et le déplacement de l'attention (61).

4.2.1.2 Le développement de l'attention par la pleine conscience

Comme nous l'avons vu dans le chapitre neurobiologie, la pratique de la pleine conscience améliore les capacités attentionnelles.

Une étude parue en 2012 a montré que des médecins ayant reçu une formation à la méditation de pleine conscience présentaient une amélioration de leur capacité à être attentifs, à écouter leurs patients et à répondre à leurs demandes de manière efficace (11).

D'après une étude de SHAPIRO et CARLSON réalisée en 2009 (149), la capacité du thérapeute à être pleinement présent, attentif et à l'écoute semble être un élément clé pour l'évolution et le rétablissement du patient.

4.2.1.3 Intérêt de l'attention dans la relation d'aide

L'importance de la qualité de présence du thérapeute a été reconnue au moins depuis les préconisations de Sigmund FREUD sur l'importance d'une attention flottante durant les entrevues avec les patients. L'attention flottante consiste à s'abandonner à sa propre activité mentale inconsciente en évitant de réfléchir, à ne pas s'attarder sur le contenu des propos du patient pour pouvoir capter les éléments de l'inconscient du patient qui pourraient surgir (22). En effet, lorsque l'attention est libérée de la pensée élaborative, plus de ressources sont rendues disponibles pour traiter les informations de l'expérience en cours. Cela augmente l'accès à l'information qui autrement resterait en dehors de la conscience, par un élargissement de perspective autour de l'expérience (16). Avec un niveau de vigilance accru, l'individu peut se situer par rapport au réel dans une large étendue d'échanges et d'interrelations avec son entourage (124).

Tout ce qui se passe à l'intérieur de nous durant la séance constitue aussi des informations. Il paraît important de s'intéresser à ces réactions, de prendre le temps pour les accueillir, et en particulier explorer le sens de ces réactions en termes de relation entre le thérapeute et son patient. D'autant plus que si nous cherchons à chasser nos pensées et sentiments troublants, nous serons moins disponibles pour le patient (168).

En augmentant notre capacité à nous ouvrir sur ce qui se passe dans le moment présent, nous pouvons affiner nos compétences cliniques. Notre interaction avec les patients devient comme une danse que nous menons avec souplesse avec la possibilité de marquer des temps d'arrêt. Nous devons déterminer quand il est opportun d'intervenir et quand nous accomplirons un meilleur travail en restant assis et silencieux dans l'écoute. Parfois, nous devons accélérer les choses, d'autres fois, le ralentissement est réclamé par la situation. En tout cas, étudier et pratiquer l'attention au moment présent s'avère une ressource clinique précieuse (168).

La pleine conscience permet de vivre un moment de la façon la plus exacte en se centrant sur les perceptions et non sur les idées préconçues (23)(34).

Fritz PERLS, le créateur de la Gestalt-thérapie considère l'attention du thérapeute curative en elle-même (22).

4.2.2 L'écoute thérapeutique

4.2.2.1 Définition

« Une écoute attentive dénuée de jugement constitue une force thérapeutique puissante, même sans avoir l'intention d'amener une aide quelconque. Elle confère au sujet un sens de la personne, une sensation d'identité » C. ROGERS (138).

Pour ROGERS, l'écoute thérapeutique est sans intention, c'est-à-dire sans attente particulière. Il s'agit d'une écoute attentive de ce que le patient a envie de dire au moment présent ; une écoute de tout ce qui a de l'intérêt pour lui et qui donne du sens à son expérience immédiate, mais aussi, et surtout, une écoute en deçà des mots, une écoute de la personne dans sa globalité, une écoute subtile qui rend le soignant attentif aux frémissements internes de son client et lui permet d'en capter les intonations profondes. Il s'établit entre le soignant et le patient un dialogue corporel et sensible qui est plus riche d'information que tout discours. Selon G. ODIER, psychothérapeute rogérianne : « être écouté par quelqu'un qui n'attend rien de vous

est un cadeau magnifique, cela donne la sensation d'exister ». Pour offrir une écoute vigilante, le soignant doit être dans une disponibilité totale, il offre sa présence attentive et un accueil sans jugement (124).

Selon Christophe ANDRÉ (3), « l'écoute est une démarche d'humilité, où l'on fait passer autrui avant soi-même ». Dans les moments où nous sommes habités par trop de préoccupations, centrés sur nous-mêmes, nous ne sommes pas capables d'une écoute de qualité. Nous pouvons parfois faire semblant d'écouter. Dans l'écoute, on trouve trois mécanismes fondamentaux : le respect de la parole d'autrui, le lâcher-prise et la capacité à se laisser toucher.

Respecter la parole, c'est d'abord ne pas juger ce que nous dit l'autre pendant que nous l'écoutons. Automatiquement, nous avons tendance à porter un jugement. Mais chaque fois qu'on le remarque, on peut le noter et s'en détacher, pour revenir de son mieux à une véritable écoute.

Dans la véritable écoute on ne doit pas préparer sa réponse, mais seulement écouter en lâchant prise. Les études montrent qu'en moyenne les médecins interrompent leur patient au bout de 20 ou 30 secondes : ils ont tendance à chercher les symptômes, à vite trouver les réponses à leurs questions. Soigner, ce n'est pas seulement faire un diagnostic, puis prescrire et conseiller, soigner c'est aussi écouter.

La capacité à se laisser toucher a des vertus thérapeutiques. Comme le signifie Serge TISSERON, les patients qui ont été confrontés, enfants, à la distance et à la froideur d'un parent risquent de voir dans une attitude de retrait émotionnel, la confirmation du peu d'intérêt qu'un interlocuteur prête à ce qu'ils disent, au risque que cela nourrisse la vision négative qu'ils ont d'eux-mêmes (157).

4.2.2.2 Faire le silence à l'intérieur de soi

Nous nous permettons de rapporter une expérience personnelle. Lors d'un stage centré sur la méditation de pleine conscience, il nous a été demandé de faire l'expérience d'une écoute de l'autre sans commentaire, sans réaction. Au cours des premiers partages en relation duelle, il m'était difficile de ne pas réagir aux propos de mon interlocuteur, au minimum par un hochement de la tête. J'avais besoin de montrer ma considération pour que l'autre se sente entendu et accueilli. J'ai pu vivre cette situation avec une personne qui restait impassible et me

rendre compte que ça ne me posait pas de problème. À l'inverse, les nombreuses réactions d'un autre participant m'ont dérangée. Lors de l'échange suivant, je me suis contentée d'écouter. J'ai pu m'apercevoir d'une plus grande disponibilité à l'autre. En effet, en me libérant de mon besoin de rassurer l'autre, il m'était possible d'accueillir pleinement ses mots, ses attitudes. Toutefois, cette impassibilité a paru insécurisante pour certains participants. Ainsi, une écoute de qualité se situerait dans un juste milieu de ces situations, à savoir l'expression naturelle de l'entendement du discours sans attachement aux ressentis présumés de l'autre en écho. D'après Eckhart TOLLE (158), « la plupart des gens ne savent pas écouter parce que la plus grande partie de leur attention est monopolisée par la pensée et non sur ce que l'autre personne est en train d'énoncer ». Pour Maurice BELLET (12), « la bonne écoute est en son silence, parole : elle dit qu'il y a écoute » et à certains moments, « c'est par des mots que l'écoute se rend présente ».

Un certain nombre de comportements (conseiller, expliquer, consoler) peuvent nous empêcher d'offrir à l'autre une qualité de présence suffisante pour établir avec lui la relation recherchée. Selon le philosophe chinois TCHOUANG-TSEU (139), l'écoute véritable exige que l'on écoute de tout son être : « *L'écoute exclusivement auditive est une chose. L'écoute intellectuelle en est une autre. Mais l'écoute de l'esprit ne se limite pas à une seule faculté - l'audition ou la compréhension intellectuelle. Elle requiert un état de vacuité de toutes les facultés. Lorsque cet état est atteint, l'être tout entier est à l'écoute. On parvient alors à saisir directement ce qui est là, devant soi, ce qui ne peut jamais être entendu par l'oreille ou compris par l'esprit* ».

4.2.3 Être pleinement présent

D'après Eckhart TOLLE, dès l'instant où nous prenons conscience que nous ne sommes plus présents, nous le sommes. Chaque fois que nous pouvons observer notre mental, nous ne sommes plus pris à son piège. Pour être en contact avec l'ici et maintenant, il importe d'être l'observateur de notre mental, c'est-à-dire de nos pensées, de nos émotions et de nos réactions dans les diverses situations. Cela nécessite d'accorder au moins autant d'attention à nos réactions qu'à la situation ou à la personne qui nous fait réagir et de remarquer aussi la

répétitivité avec laquelle notre attention se fixe sur le passé ou l'avenir. Cette observation doit se faire sans jugement et sans analyse. Il est alors possible de sentir « la présence calme qui observe de derrière le contenu du mental, le témoin silencieux » (158).

Plus le patient parle vite, moins il reste en contact avec l'instant présent et avec les émotions qui apparaissent en lui. Notre manque d'acceptation des émotions en tant que thérapeutes peut se refléter dans l'accélération du rythme de la séance. Ralentir le rythme de la thérapie est le meilleur moyen d'encourager le contact avec l'instant présent et l'acceptation en tant que thérapeute, et amène finalement le patient à en faire autant (85).

Pour Carl ROGERS, l'instant présent était un élément clé de la relation d'aide. C'est avec une vigilance constante et chaque fois « rafraîchie » que le thérapeute doit accueillir le patient dans son originalité et l'accompagne en respectant son rythme, sa temporalité. Chaque personne est unique et chaque élan, chaque impulsion qu'elle vit aussi. Le soignant se doit de tenir compte de ce caractère de nouveauté à chaque rencontre (124). Sans cette condition, le risque est « d'enfermer » le patient dans ce qu'il a pu présenter jusqu'à maintenant, d'entrer en entretien avec bon nombre d'a priori qui biaisent l'observation et conditionnent une attitude limitante envers le patient.

La focalisation sur l'instant présent offre une disponibilité accrue en mettant à l'écart nos préoccupations et favorise l'attention et l'écoute.

D'après une étude de SHAPIRO et CARLSON réalisée en 2009, la capacité du thérapeute à être pleinement présent, attentif et à l'écoute semble être un élément clé pour l'évolution et le rétablissement du patient (22).

4.2.4 Réguler ses émotions

4.2.4.1 Définition de la régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle recouvre l'ensemble des processus par lesquels l'individu va transformer son émotion, qu'elle soit positive ou négative, pour la rendre plus adaptée à la situation à laquelle il est confronté. Elle peut modifier le type d'émotion, son intensité, sa durée, une ou plusieurs composantes de l'émotion (40).

4.2.4.2 Le développement de la régulation émotionnelle par la pleine conscience

Des études longitudinales portant sur la pleine conscience (état et trait), ainsi que les études portant sur les interventions thérapeutiques basées sur la pleine conscience (état et trait), montrent l'influence positive de cet attribut sur la régulation émotionnelle.

Ainsi, la pleine conscience est associée à plus d'affects positifs et à des niveaux plus faibles d'affects négatifs et de dysfonctionnements émotionnels, tels que des symptômes dépressifs, l'anxiété et le stress ; elle est aussi corrélée positivement à des indicateurs de santé mentale incluant la satisfaction de vie et le bien-être (24)(34).

SHAPIRO et al. 2005 (147) ont montré une amélioration de la régulation émotionnelle chez les professionnels de la santé qui avait suivi un cycle MBSR.

En 2009, une étude a montré que des médecins ayant suivi un programme de MBSR de 8 semaines présentaient une amélioration de leur labilité émotionnelle de manière significative (86).

4.2.4.3 Comment la pleine conscience améliore la régulation émotionnelle

Notre façon de réguler nos émotions est influencée par des facteurs environnementaux (par exemple un enfant ayant développé un attachement sécurisé éprouve moins d'émotions négatives et les ressent moins intensément qu'un enfant avec un attachement insécurisé) et génétiques (par exemple le gène du récepteur du transporteur de la sérotonine)(40).

Selon PHILIPPOT (128), l'évitement émotionnel (ou expérientiel) jouerait un rôle clef dans la dysrégulation des émotions, et serait associé à la plupart des troubles psychologiques, ainsi qu'à une humeur dysphorique, par l'amplification de l'émotion refusée et par la non-résolution de la problématique qui la sous-tend. Deux formes principales d'évitements émotionnels sont décrites : les évitements comportementaux (recours aux produits psychoactifs, hyperactivité) et les évitements cognitifs (la répression, la suppression et l'intellectualisation des émotions).

La pleine conscience, en développant l'acceptation des émotions, cible les évitements cognitifs, parce qu'elle incite à une plus grande immersion dans le vécu et l'expérience du sujet, et favorise un traitement de l'expérience émotionnelle spécifique, contextualisé, concret et imagé (128). Dans la même ligne, BAER (9) considère que la pleine conscience constitue « un processus d'exposition émotionnelle » : le fait de focaliser son attention sans jugement sur le vécu émotionnel négatif permettrait de prévenir les réponses d'évitement (comportementales et cognitives), et faciliterait le phénomène d'habituation/extinction de l'émotion.

Pour SHAPIRO et al. (148), c'est par le déplacement de perspective qu'implique la pleine conscience, la re-perception, que l'émotion peut être expérimentée de manière objective permettant le phénomène d'exposition/désensibilisation.

De plus, la pleine conscience améliore l'identification et la dénomination sans jugement des émotions, par l'accroissement de la conscience des sensations corporelles qui constituent une dimension essentielle du ressenti émotionnel. Cette identification émotionnelle précoce s'oppose aux processus de répression et de suppression des émotions. Savoir observer et nommer sans jugement ses émotions implique une attitude plus empathique à l'égard du ressenti affectif et plus décentrée à l'égard des pensées induites par l'émotion. Cette compétence serait

associée à une meilleure capacité à décrire et à comprendre ses sentiments (115), et serait propice à une meilleure régulation émotionnelle.

Enfin, la pleine conscience permet d'augmenter le contrôle comportemental lors de l'expérience émotionnelle négative. Le contrôle comportemental (par exemple l'inhibition des comportements impulsifs et la mise en œuvre d'un comportement orienté vers un but) est considéré par certains comme une composante à part entière de la régulation émotionnelle adaptative, au même titre que la réduction des émotions négatives en elles-mêmes (60). En effet, l'autorégulation comportementale rend les actions plus adaptatives et efficaces et permet la mise en œuvre de réponses plus flexibles (34).

Au lieu de fuir les émotions gênantes, celui qui pratique l'attention ouverte acquiert la capacité de contenir n'importe quelle réaction ; il lui fait de la place, mais sans s'identifier complètement à elle, à cause de la présence concomitante d'une prise de conscience sans jugement (43).

4.2.4.4 Intérêts de la régulation émotionnelle dans la relation de soin

Le partage des difficultés humaines est l'un des stress subis par les professionnels de la santé mentale, qui s'ajoute aux difficultés inhérentes aux contraintes du travail en lui-même. La place centrale des émotions illustre l'importance de les réguler pour enclencher les comportements et les proposer les plus adaptés à la situation.

Une régulation des émotions de qualité aura un impact sur : les relations sociales, la performance professionnelle, le bien-être et la santé mentale, la santé physique.

Dans une certaine mesure, probablement tous les patients, mais certainement nos patients les plus difficiles, nous font rencontrer des difficultés. Ils peuvent réactiver toute sorte de peurs et de doutes en nous. Ils se présentent à nous avec des situations impossibles ou bien avec des problèmes dont la solution est évidente pour tous les deux, mais elle ne se met pas en place. Nous avons l'impression d'être efficaces en travaillant sur un problème et le patient passe directement à un autre. Le patient annule ou oublie ses rendez-vous ou ne respecte pas le cadre. Tous ces événements peuvent devenir des problèmes à résoudre pour nous. Notre focalisation

sur les problèmes provoque parfois une perte de la vision globale, une perte de contact avec tout ce qui reste disponible à ces moments-là. Nous fusionnons avec le problème, nous fusionnons avec nos réactions au problème et nous fusionnons avec nos solutions. Ou si nous ne trouvons aucune solution, nous fusionnons avec nos appréciations concernant cet échec et tentons de résoudre le problème de la non-solution. Par ailleurs, les difficultés peuvent générer des stratégies d'évitement : refuge derrière le savoir et les diplômes, intellectualisation des problèmes, rejet du patient, renvoi vers un autre professionnel, évitement des sujets difficiles, consolation du patient qui se rapporte plus à nos propres émotions qu'aux siennes (168).

Lorsque nous sommes en contact avec les malades, nous réagissons à ce que nous voyons de leur état, à leurs paroles, mais aussi à leurs douleurs, à leurs plaintes, à leur tristesse, à leurs revendications et parfois même à leur agressivité. Ces états nous bouleversent, suscitent notre compassion, nous choquent ou nous laissent indifférents. Ces émotions positives ou négatives n'échappent pas toujours au regard de ceux qui nous entourent et c'est pourquoi il faut apprendre à les comprendre et à les réguler. Par exemple, si nous sommes submergés par l'émotion nous sommes de peu d'aide. Si nous ressentons des émotions négatives, il faut savoir que ces ressentis s'expriment dans notre comportement non verbal : ton de voix neutre, sans compassion ou agacé, regard fuyant ou insouciant, paroles banales ou inappropriées ou encore gestes sans délicatesse (127).

Les soignants sont souvent exposés à des niveaux élevés d'émotions négatives au sein d'environnements stressants. Ils peuvent en conséquence développer une fatigue et un épuisement émotionnel croissant, ce qui peut entraver la prestation de soins médicaux de qualité et augmenter le risque d'erreurs médicales. Trop d'empathie, au sens de partage émotionnel sans régulation exécutive, peut donc être coûteux pour le praticien. Cependant, les études suggèrent qu'un niveau de partage émotionnel minimal semble nécessaire à la qualité professionnelle des soignants. Ainsi, il peut être difficile pour les professionnels de santé de trouver un équilibre délicat entre suridentification avec leurs patients et détachement émotionnel. Par conséquent, les compétences en régulation émotionnelle sont essentielles pour les soignants pour garder leurs émotions sous contrôle et maintenir une stabilité personnelle saine. Des études en neurosciences et en psychologie soulignent que les médecins qui peuvent réguler leurs propres réactions affectives et maintiennent un niveau optimal d'excitation émotionnelle ont plus de facilités à ressentir et exprimer de l'empathie pour les autres (37).

4.2.5 L'empathie

4.2.5.1 Origine du terme et concept

4.2.5.1.1 Origine

Le mot empathie a pour origine le mot allemand « *Einfühlung* » qui renvoie à la capacité de ressentir l'autre de l'intérieur. « *Einfühlung* » fut utilisé pour la première fois par le psychologue allemand Robert VISCHER en 1873 pour désigner la projection mentale de soi-même dans un objet extérieur- une maison, un vieil arbre noueux, une colline balayée par le vent- auquel on s'associe subjectivement (25). À sa suite, le philosophe Theodor LIPPS étendit cette notion pour décrire le sentiment d'un artiste qui se projette par son imagination non seulement dans un objet inanimé, mais aussi dans l'expérience vécue d'une autre personne (175)(14)(17). En philosophie phénoménologique, HUSSERL en fait grand usage pour sa théorisation de l'intersubjectivité. L'empathie husserlienne est principalement une médiation cognitive (17). Enfin, Sigmund FREUD, lecteur de LIPPS, utilise à plusieurs reprises le terme de *Einfühlung* pour désigner la communauté de représentations qui se crée entre le patient et son psychanalyste (107). Le terme « *Einfühlung* » fut traduit en anglais par « *empathy* » (du grec *em-* dedans et *-pathos* émotion) par le psychologue TITCHENER au début du XX^e siècle, mais reste peu utilisé et réservé au domaine clinique (25). C'est à partir des années soixante, grâce à Carl ROGERS et à son approche centrée sur la personne, que le concept sera largement diffusé (17)(25)(14). Le terme français « empathie » apparaît seulement dans les années soixante par une simple francisation de « *empathy* ». Jusque-là, les traducteurs employaient des périphrases (25).

4.2.5.1.2 Concept

Les significations attribuées par les différents auteurs et chercheurs au mot « empathie », ainsi qu'à d'autres concepts proches tels que la sympathie et la compassion, sont multiples et peuvent, de ce fait, aisément prêter à confusion.

❖ Dans le domaine de la psychologie sociale

Selon Carl ROGERS, l'empathie consiste à percevoir le cadre de référence interne d'une personne avec précision, avec ses composantes et significations émotionnelles, de façon à les ressentir comme si l'on était cette personne, mais cependant sans jamais oublier le « comme si ». Cette dernière distinction est primordiale car elle différencie le processus d'empathie de l'identification (17). L'empathie est un processus d'entrée dans le monde perceptif d'autrui qui permet de devenir sensible à tous les mouvements affectifs qui se produisent en lui (14). Cette capacité à s'immerger dans le monde subjectif de l'autre nécessite l'observation des éléments de la communication verbale et non verbale.

Selon le psychologue Paul EKMAN, nous commençons par reconnaître ce que l'autre ressent, puis nous entrons en résonance avec ses sentiments. Il décrit deux types de résonance affective : la résonance convergente et la résonance divergente. Dans la résonance convergente, nous adoptons la même émotion que l'autre : c'est la contagion émotionnelle. Dans la résonance divergente, au lieu de nous mettre dans le même état émotionnel, nous prenons du recul tout en manifestant notre sollicitude, c'est l'empathie comme définie par Carl ROGERS. Et si la résonance est absente, dans une analyse purement cognitive, la sollicitude sera inexistante (136).

❖ Dans le domaine des neurosciences

Pour Jean DECETY, neurobiologiste, professeur au Center for Mind and Learning à l'université de Washington et directeur du laboratoire Social Cognitive Neuroscience à Seattle, l'empathie se caractérise par : 1) une réponse affective qui peut impliquer un partage de l'état émotionnel, et 2) une capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne (14). Les recherches de SHAMAY-TSOURY et al. (146) et de GONZALES-LIENCRES (59), deux équipes de neurobiologistes, corroborent ce concept.

DECETY conceptualise l'empathie comme le reflet de l'expérience subjective entre le soignant et le patient, dans lequel le soignant utilise tous les signaux sensoriels possibles que lui offre la communication non verbale (langage du corps, prosodie, expressions faciales) en vue de mieux identifier l'expérience transitoire de l'état affectif du patient (37). Elle est une

compétence innée de percevoir et d'être sensible aux états émotionnels des autres, couplée à la motivation de se préoccuper de leur bien-être (37).

DECETY, s'appuyant sur les découvertes récentes en psychologie cognitive et en biologie de l'évolution, décompose l'empathie en trois composantes (37) : affective, motivationnelle et cognitive. Ces composantes ont été façonnées par l'évolution dans le but de faciliter les relations interpersonnelles au sein des groupes sociaux, indispensables à leur survie. Ce sont :

- Le **partage affectif** reflète la capacité de partager l'état émotionnel d'autrui en terme de valence et d'intensité. Il correspond à la **contagion émotionnelle** et est souvent considéré comme une forme rudimentaire d'empathie sur le plan évolutif. Il ne conduit pas nécessairement, ni automatiquement au souci de l'autre, pouvant en effet, déclencher un comportement de retrait plutôt que d'aide envers autrui. C'est par cette composante que les nourrissons et les tout-petits se mettent à pleurer en réaction aux pleurs d'un de leurs congénères.

- Le **souci de l'autre** correspond à la motivation à se préoccuper du bien-être d'autrui. Ce composant de l'empathie est aussi très ancien sur le plan évolutif. Il apparaît dans le contexte des soins parentaux qui sont une nécessité biologique pour la survie et le développement de nombreuses espèces animales.

- Enfin, l'**empathie cognitive**, propre à l'espèce humaine, permet de se mettre consciemment dans l'esprit de l'autre pour comprendre ce qu'il pense ou ressent. Cette capacité de **prise de perspective** est une compétence liée au raisonnement social et repose sur les mêmes mécanismes cognitifs que ceux de la théorie de l'esprit (en particulier les fonctions exécutives). De nombreuses études empiriques montre que cette prise de perspective permet de susciter le souci de l'autre au-delà de ses proches ou des membres de son groupe social.

L'homme possède ces trois composantes qui interagissent entre elles mais sont relativement indépendantes. Ainsi, il peut se soucier de l'autre sans partager son état affectif (37).

D'après ces différents concepts, nous pouvons dire que la définition de l'empathie des neurobiologistes s'éloigne de celle utilisée dans la relation d'aide en ce qu'elle inclut la possibilité d'un partage affectif. L'empathie, telle que considérée en psychologie sociale, procède d'un mouvement identificatoire partiel et temporaire suivi d'une prise de recul tant d'un point de vue affectif que cognitif. Elle permet au clinicien de se faire une représentation interne du patient sans toutefois éprouver les mêmes émotions.

4.2.5.2 Neurobiologie

De nombreuses études en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) (59)(146)(37)(38) mettent en évidence le rôle du tronc cérébral, de l'amygdale, de l'insula et du cortex orbitofrontal dans la perception des états émotionnels des autres. L'empathie met en œuvre un réseau complexe de régions sous-corticales et corticales distribuées et connectées de manière récursive, qui comprend le tronc cérébral, l'amygdale, l'hypothalamus, le striatum, l'insula, le cortex cingulaire antérieur et le cortex orbitofrontal. Elle implique aussi le système nerveux autonome (branche parasympathique et sympathique qui régulent et coordonnent des états internes) et le système neuroendocrinien (en particulier l'ocytocine) impliqués dans les comportements sociaux et les états émotionnels. Ainsi, l'expérience de l'empathie et la motivation du souci de l'autre émerge de l'interaction de plusieurs régions cérébrales en conjonction avec le système nerveux autonome et le système neuroendocrinien.

Tania SINGER a constaté que la signature neuronale de l'empathie de sujets soumis à l'observation de la souffrance d'autrui était similaire à la signature neuronale du ressenti d'émotions négatives, telles que la tristesse et la douleur (activation de régions de l'insula antérieure et du cortex cingulaire antérieur) (150)(136). Il n'en est pas de même pour les médecins chez lesquels les chercheurs n'ont pas constaté d'activation de l'insula antérieure et du cortex cingulaire antérieure lorsqu'ils leur montraient des vidéos de situations douloureuses. En revanche, les régions du cortex préfrontal impliquées dans la régulation émotionnelle sont sélectivement recrutées et sont inversement corrélées avec l'activité dans l'insula et l'amygdale (38)(39).

4.2.5.3 Le développement de l'empathie par la pleine conscience

Le chercheur neuroscientifique A. LUTZ a réalisé avec son équipe plusieurs études sur les activités cérébrales lors de la méditation à l'aide de l'IRMf (135). Les résultats montrent entre autres que certaines zones cérébrales, associées à l'empathie, sont activées lors d'exercices de méditation et que ces zones sont d'autant plus activées que le méditant est expérimenté. Ces résultats corroborent ceux de KLIMECKI et al. (84).

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

- ◆ Étude parue en 2009 menée auprès de 70 médecins qui ont suivi 8 semaines de programme MBSR adapté aux médecins : amélioration significative de l'empathie après l'intervention (86).
- ◆ Étude parue en 2013 menée auprès de 28 étudiants en santé de 3^e cycle ayant suivi un programme MBSR de 8 semaines : amélioration significative de l'empathie après l'intervention (92).
- ◆ Étude parue en 2014 menée auprès de 68 professionnels de santé ayant suivi un programme MBSR de 8 semaines : amélioration significative de l'empathie après l'intervention (8).
- ◆ Étude parue 2013 menée auprès de 41 infirmiers ayant suivi un programme MBSR de 8 semaines : amélioration significative de l'empathie après l'intervention (92).

En nous basant sur les différents modèles théoriques de la pleine conscience que nous avons vu dans la première partie, nous pensons que le développement de l'empathie par la pleine conscience passe par le développement des capacités d'attention, de décentration (ou re-perception) et de régulation émotionnelle. Ces capacités représentent également une protection contre la détresse empathique.

4.2.5.4 Intérêts du développement de l'empathie

En psychiatrie et en psychologie clinique, l'empathie est à la fois un outil de connaissance de l'autre et une attitude qui favorise l'alliance thérapeutique. Dans la démarche psychanalytique, on doit surtout à KOHUT d'avoir théorisé sur le rôle central de l'empathie dans la relation thérapeutique. Pour KOHUT, il s'agit d'un processus « d'introspection vicariante » (i.e. à la place de l'autre, le vicaire remplaçait le curé), nécessaire du point de vue du clinicien, afin d'arriver à une compréhension la plus précise possible de ce que le patient ressent et pense. Cette compréhension empathique au sein d'une situation thérapeutique est bien entendue au service du patient (37). L'harmonisation émotionnelle entre le médecin et son patient permet de mieux comprendre l'état émotionnel de celui-ci et complémente de façon critique les informations recueillies au cours de l'anamnèse. Toutefois, ce processus peut être déformé par nos propres émotions et préjugés qui agissent comme des filtres. Dans ce cas, nos propres émotions et projections mentales se mêlent à la représentation des sentiments d'autrui, parfois sans que l'on puisse les distinguer les uns des autres (136). De fait, les capacités de décentration ont un rôle essentiel pour éviter cette confusion.

Du point de vue du patient, l'empathie est considérée comme la capacité du soignant à comprendre ce qu'il ressent et pense. Elle est aussi l'attitude et le discours exprimant le sentiment d'une préoccupation sincère pour son bien-être. Or, les attentes spécifiques du patient envers son soignant, lorsqu'elles sont respectées et prises en compte, réduisent l'incertitude et jouent un rôle bénéfique dans les processus de guérison. C'est en quelque sorte l'équivalent de l'effet placebo dont les avantages découlent des attentes positives des patients (37). Ainsi, la communication empathique est associée à une meilleure satisfaction des patients, une augmentation de l'observance du traitement, moins de plaintes pour faute professionnelle, et surtout, elle est un facteur de guérison (37).

Par ailleurs, les patients ont besoin d'un aidant empathique pour renouer avec ce qu'ils ont vécu, vivre pleinement leurs émotions, et pour savoir quelle signification leur accorder. Selon Serge TISSERON (157), psychiatre psychanalyste, s'appuyant sur les découvertes récentes en psychologie cognitive, « les émotions sont le support essentiel de la pensée ». Selon cet auteur, formuler explicitement l'engagement du patient et du thérapeute dans un travail partagé, et dire les émotions agréables que ce travail provoque chez l'analyste, sont deux façons douces d'inviter le patient à retrouver le chemin de ses propres émotions, sans le brutaliser.

Dans un premier temps, il éprouve celles que son analyste lui rend en quelque sorte légitimes en lui montrant qu'il les éprouve lui-même ; puis, dans un second temps, et fort de cet apprentissage, il se risque à montrer, et donc à éprouver pleinement, celles qui lui sont intimement personnelles.

Un soignant attentionné offre un énorme avantage pour la santé de ses patients. Il est dans l'intérêt des patients d'avoir un soignant qui passe plus de temps avec eux et les écoute attentivement. Cela expliquerait le succès des médecines alternatives, si populaires et qui ont un effet thérapeutique. En psychothérapie, les patients avec des attitudes positives qui interagissent avec un thérapeute chaleureux et authentique (un facteur connu comme l'alliance thérapeutique) ont une meilleure chance de connaître une amélioration clinique, quelles que soient les méthodes du thérapeute (37).

GLEICHGERRCHT et DECETY ont mis en évidence dans leur étude de 2013 que la communication empathique avait aussi un effet positif sur la santé des soignants, leur bien-être et leur satisfaction professionnelle (57).

L'empathie peut conduire à une motivation altruiste, elle peut aussi, quand nous nous retrouvons confrontés aux souffrances d'autrui, engendrer un sentiment de détresse et d'évitement, la détresse empathique, qui incite à se replier sur soi-même ou à se détourner des souffrances dont nous sommes témoins (136).

4.2.5.5 Différences entre empathie et sympathie

Si nous comparons l'empathie et la sympathie, la sympathie renvoie plutôt à la capacité d'un individu de partager l'émotion ressentie par l'autre, de se sentir interpellé sur le plan émotionnel par l'autre. La sympathie correspond au partage affectif entre le soignant et le patient. Par exemple, le soignant est dit sympathique à la tristesse, au désespoir ou à l'inquiétude du patient lorsqu'il est attristé de la tristesse de l'autre, désespéré du désespoir de l'autre, ou inquiet de l'inquiétude de l'autre. Dans ces cas, le soignant ressent et partage (jusqu'à un certain point) une émotion analogue à celle du patient.

Bien qu'il existe une relation entre les concepts d'empathie et de sympathie, il est clair que la sympathie n'est pas appropriée dans le contexte des soins parce qu'elle risque d'obscurcir

le jugement clinique en plus de menacer l'intervenant d'épuisement professionnel. En effet, une des raisons invoquées pour ne pas s'impliquer dans les soins d'un membre de sa famille est précisément que notre engagement émotif vis-à-vis des membres de notre famille peut interférer avec notre capacité de porter un diagnostic ou de proposer un traitement approprié. Autrement dit, la sympathie peut nuire aux soins.

Enfin, notons que la pratique de l'empathie ne constitue pas forcément un acte clinique inné. Le risque pour le soignant débutant est de glisser dans la sympathie. Nous croyons qu'il est impératif d'inclure dans le cursus des études des professions de santé, l'apprentissage de l'empathie telle que définie ici car il s'agit d'un véhicule communicationnel puissant permettant au clinicien d'exprimer de façon explicite sa compréhension de la souffrance de l'autre tout en protégeant sa propre intégrité psychologique.

Nous pensons que l'entraînement à la pleine conscience, par le développement des capacités d'attention, de décentration et de régulation émotionnelle, pourrait faire partie des méthodes d'apprentissage de l'empathie.

4.2.6 La compassion

« On ne voit bien qu'avec le cœur. L'essentiel est invisible pour les yeux » SAINT-EXUPÉRY

4.2.6.1 Définition

Il n'existe pas de définition universellement acceptée de la compassion. La plupart du temps, la compassion est associée aux mots comme la sympathie, l'empathie et la bonté.

Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), le terme compassion est emprunté du latin chrétien *compassio* « je souffre avec » et désigne un sentiment qui incline à partager les maux et les souffrances d'autrui.

« Avoir de la compassion pour quelqu'un » est assimilé aux notions d'humanité et de sensibilité dans le dictionnaire Le petit Robert.

Dans le dictionnaire Larousse, la compassion est définie comme un sentiment de pitié qui nous rend sensible aux malheurs d'autrui. Mais pour Matthieu Ricard, « la pitié est un sentiment de commisération égocentrée, souvent condescendant, qui n'indique nullement une motivation altruiste » et la compare à la *détresse empathique*. Dans son Livre *Plaidoyer pour l'altruisme*, il cite le romancier Stefan ZWEIG pour qui la pitié n'est en réalité que « l'impatience du cœur de se débarrasser au plus vite de la pénible émotion qui vous étreint devant la souffrance d'autrui, qui n'est pas du tout la compassion, mais un mouvement instinctif de défense de l'âme contre la souffrance étrangère » (136).

Tania SINGER et al. définissent la compassion comme la motivation altruiste d'intervenir en faveur de celui qui souffre ou est dans le besoin. C'est donc une prise de conscience profonde de la souffrance de l'autre, couplée avec le désir de la soulager et de faire quelque chose pour son bien. La compassion est donc un sentiment chaleureux et sincère de sollicitude mais n'exige pas que l'on ressente la souffrance de l'autre, comme c'est le cas dans la *détresse empathique* (136).

L'empathie est un élément clé de la compassion. Lorsque l'amour altruiste passe au travers du prisme de l'empathie, il devient compassion. Dans cette perspective, l'amour bienveillant constitue la tonalité émotionnelle dont nous avons besoin pour nous atteler au fait de cultiver la compassion, en nous concentrant moins sur la douleur et davantage sur le souhait d'en finir avec la souffrance et la joie que nous pourrions éprouver si nous pouvions parvenir à cela (136). L'amour bienveillant est la texture émotionnelle qui aide à apaiser la souffrance. Compatir, c'est se laisser toucher, sans se laisser abattre. Compatir, c'est garder l'œil sec mais le cœur tendre (132). Dans la même tonalité, Eckhart TOLLE perçoit dans la compassion une fusion de la joie avec la tristesse, ce qui génère une profonde paix (158).

La pensée bouddhiste traditionnelle définit la compassion comme « la sensibilité à la souffrance en soi-même et chez les autres, accompagnée d'une motivation et d'un engagement profond pour la soulager et la prévenir » (89).

La compassion est une réponse multidimensionnelle à la douleur, à la tristesse et à l'angoisse. Elle inclut la bonté, la générosité et l'acceptation. Les fibres du courage, de la

tolérance, de l'équanimité sont tissées dans le tissu de la compassion. Par-dessus tout, la compassion est la capacité à être ouvert à la réalité de la souffrance et à aspirer à sa guérison. La compassion serait une tendance de l'esprit à reconnaître la douleur et son universalité, ainsi que la capacité à aller à sa rencontre avec bienveillance, équanimité et patience (56).

4.2.6.2 Effets de la pratique méditative de développement des qualités éthiques

En 2007, Tania SINGER (136) et ses collègues ont découvert à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique, que les réseaux cérébraux activés par un état de compassion chez un méditant expert, Matthieu Ricard, étaient différents de ceux activés par un état d'empathie. En particulier, le réseau associé aux émotions négatives et à la détresse n'est pas activé tandis que les aires cérébrales traditionnellement associées aux émotions positives, à l'amour maternel, par exemple, l'étaient. Des résultats similaires ont été observés sur des méditants novices. De plus l'entraînement à la méditation sur la compassion et l'amour altruiste développerait des états mentaux plus positifs face à des images de personnes en souffrance : les méditants de l'expérience développaient en effet des états mentaux constructifs tels que le courage, l'amour maternel, la détermination à trouver un moyen d'aider. Alors que les méditations sur l'empathie isolée développeraient des états mentaux négatifs face à la souffrance d'autrui, tels que l'aversion, la colère, le découragement et l'évitement. LUTZ et DAVIDSON (135) dans leur laboratoire du Wisconsin ont constaté chez les méditants experts une activation des aires cérébrales impliquées dans l'amour maternel et le sentiment d'appartenance- comme l'insula médiane- à l'écoute de voix exprimant la détresse, ce qui n'est pas le cas chez les méditants novices. Ainsi, les méditants expérimentés seraient plus sensibles et plus concernés par la souffrance d'autrui. L'étude de GALANTE et al. 2016, a observé également que l'entraînement à la méditation de compassion permet de développer l'altruisme (52).

LUTZ et DAVIDSON (135) ont constaté chez les sujets en méditation sur l'amour altruiste et la compassion, à l'aide de l'électroencéphalographie, une augmentation remarquable de la synchronisation des oscillations des ondes cérébrales dans les fréquences dites gamma - généralement associées à la connectivité entre différentes aires du cerveau- avec une intensité des fréquences gamma proportionnelle aux nombres d'heures de méditation sur l'amour altruiste. D'autres recherches (72) ont confirmé que les méditations sur l'amour altruiste et sur

la compassion, non seulement augmentent les humeurs positives mais aussi diminuent les humeurs négatives. Elles se traduisent par une activation d'aires cérébrales liées à la gestion des émotions et à l'empathie, et offrent des perspectives prometteuses pour remédier au stress, à l'anxiété et au burn-out.

4.2.6.3 Intérêts de la compassion dans la relation d'aide

L'importance de la compassion est mise en évidence par les psychologues qui parlent de sollicitude empathique et par les neuroscientifiques. La compassion dont l'essence est une motivation altruiste, est nécessaire et suffisante pour que nous désirions le bien d'autrui et engendrions la volonté de l'accomplir par l'action. Contrairement à la détresse empathique, elle n'est pas parasitée par une confusion entre les émotions ressenties par l'autre et les nôtres, et elle n'éveille pas d'émotions négatives.

À la lumière des découvertes scientifiques, il semblerait logique de former à l'amour altruiste et à la compassion ceux dont le métier consiste à s'occuper quotidiennement de personnes qui souffrent. L'amour altruiste crée un espace positif qui sert d'antidote à la détresse empathique et empêche que la résonance affective ne s'amplifie au point de devenir paralysante ou d'engendrer l'épuisement émotionnel caractéristique du burn-out. Sans l'apport de l'amour et de la compassion, l'empathie livrée à elle-même est comme une pompe électrique dans laquelle l'eau ne circule plus : elle va rapidement s'échauffer et brûler.

Comme le dit Christophe ANDRÉ (5) : « Nous avons besoin de la douceur et de la force de la compassion. Plus on est lucide sur ce monde, plus on accepte de le voir tel qu'il est et plus on se rend à cette évidence : nous ne pouvons rencontrer toutes les souffrances que l'on rencontre dans une vie d'humain, sans cette force et sans cette douceur. »

Pour C. FELDMAN et W. KUYKEN (56), deux grands penseurs dans le domaine de la compassion, la compassion dans un contexte de thérapie est « un moyen de développer la bienveillance, le soutien et l'encouragement à promouvoir le courage dont nous (les thérapeutes) avons besoin », en d'autres termes de décider des actions qu'il y a à entreprendre de façon à favoriser l'épanouissement et le bien-être des autres et de nous-mêmes.

4.2.7 L'insight

4.2.7.1 Définition et origine du terme

Le mot insight est une traduction anglaise de l'allemand « *Einsicht* » qui veut dire ordinairement : inspection, compréhension, regard dirigé vers (50)(166). Sigmund FREUD utilisa le terme *Einsicht* pour signifier le regard que le clinicien est en mesure de diriger vers une situation particulière. En effet, pour Sigmund FREUD, c'est l'insight du clinicien qui importe. Le développement de l'insight du patient, au cours de la cure, est l'effet de l'insight du clinicien : c'est en clarifiant ou en interprétant le discours manifeste du patient que l'on aide celui-ci à voir en lui le conflit, le désir ou le mécanisme de défense à l'œuvre. C'est donc l'insight du thérapeute qui fait naître celle du patient. Dans la théorie psychanalytique, le manque d'insight serait un mécanisme de défense, protecteur du Moi (166).

Le concept a évolué et est devenu limité au seul sens d'un regard sur soi-même, voisin du concept d'introspection (166).

Pierre FEDIDA, dans le dictionnaire de la psychanalyse en 1974, définit l'insight comme « l'aptitude de l'individu à une connaissance familière de son propre inconscient » (48).

BOURGEOIS (le regard de l'expert : insight et conscience du trouble 2005) définit l'insight comme un terme recouvrant plusieurs composantes telles que : la conscience de soi et « une certaine subtilité intuitive de ses propres mécanismes » (124).

L'insight implique donc une conscience de soi qui est la compréhension qu'a l'individu des objets externes et de son environnement en relation avec lui-même. C'est avoir un regard objectif sur la réalité de son expérience immédiate. On est simultanément l'observateur et l'observé.

4.2.7.2 Les mécanismes du développement de l'insight par la pleine conscience

Si l'on considère le modèle de BISHOP et al. (16), la pleine conscience est un **processus d'investigation de la conscience**. Cette investigation se fait par le biais d'un effort pour repérer tous les objets qui arrivent dans le champ de la conscience, puis par une distinction des différentes composantes de l'expérience (émotion, sensation ou pensée) et enfin en observant comment l'une donne lieu à l'autre (par exemple, une émotion suscitant un jugement qui ensuite intensifie le caractère déplaisant de l'émotion). Elle est favorisée par une attitude d'ouverture d'esprit, de curiosité et d'acceptation.

Le modèle de SHAPIRO (148) amène la notion de **re-perception** qui correspond à la **désidentification du sujet des contenus de sa conscience**, de ses pensées. Ce déplacement de perspective lui permet de voir son expérience d'instant en instant avec une plus grande clarté et une plus grande objectivité. Les auteurs suggèrent que la pratique de la pleine conscience poursuit et accélère le déplacement de point de vue. Le processus d'attention focalisée, intentionnellement, de façon non-jugeante, sur les contenus de la conscience, augmente ce que Deikman appelait « l'observation de l'ego ». Dans la mesure où nous sommes capables d'observer les contenus de notre conscience, nous ne sommes plus complètement incorporés ou fusionnés avec de tels contenus. La re-perception nous permet de nous désidentifier de nos pensées, émotions et sensations corporelles et d'être simplement avec elles et non identifiés à elle. Par la re-perception, nous nous rendons compte que « nous ne sommes pas la douleur », « nous ne sommes pas l'anxiété », « nous ne sommes pas nos pensées », après avoir été en mesure de les observer depuis une **méta-perspective** (Eckhart TOLLE développe largement ce concept dans son livre *Le pouvoir du moment présent*). Le sujet, plutôt que d'être immergé dans le drame de son récit personnel ou de son histoire de vie, peut prendre de la distance avec et en être simplement le témoin. GOLEMAN suggère que la première découverte dans la méditation est que les phénomènes contemplés sont distincts de l'esprit qui les contemple. La re-perception est semblable aux concepts psychologiques occidentaux de **décentration** (sortir de son expérience immédiate, modifiant ainsi la nature même de cette expérience selon SAFRAN et SEGAL et leur formule « les pensées ne sont pas des faits »), de **désautomatisation** (l'abandon des processus automatiques qui contrôlent la perception et la cognition selon DEIKMAN) et de **détachement** (processus interdépendants de prise de distance, d'adoption d'attitude phénoménologique et d'expansion de l'espace attentionnel selon BOHART) (148). La notion

de re-perception se rapproche du concept de défusion cognitive de HAYES, STROSAHL et WILSON, dans lequel l'accent est porté sur la modification de la relation à sa pensée plutôt que la modification du contenu de cette pensée. L'ego est alors perçu comme une construction psychologique, un système de concepts, de croyances en perpétuel changement. Ces ensembles qui étaient autrefois considérés comme inclus dans un soi stable, sont finalement perçus comme impermanents et éphémères (148).

La conscience de notre propre intériorité dans l'instant présent ne doit cependant pas être confondue avec une tentative de contrôle de la prise de conscience (fusion avec notre réactivité) (168).

Le résultat de cette méta-perspective est une clarté, une perspective et une objectivité accrues, et en fin de compte, l'équanimité.

4.2.7.3 Intérêts du développement de l'insight dans la relation d'aide

La re-perception permet une expérience en profondeur de chaque événement qui apparaît dans l'esprit ou le corps, sans identification, ou agrippement à cet événement, permettant « *une profonde vision pénétrante non-conceptuelle dans la nature de l'esprit et du monde* » d'après Kabat-Zinn (81). Il est ainsi possible de se connecter plus intimement avec l'expérience d'instant en instant, permettant d'aller et venir naturellement avec un sens de non-attachement. L'idée n'est pas de se détacher de son expérience jusqu'à l'indifférence mais plutôt de permettre une expérience plus riche et plus profonde, dans un « détachement intime » (148).

Il appartient au soignant d'être suffisamment clair sur ses propres ressentis émotionnels d'une part pour ne pas établir de conclusions subjectives hâtives, d'autre part pour éviter les conséquences négatives d'un processus contre-transférentiel. La clarté du soignant participe à la diminution progressive des émotions qui resurgissent dans les situations transférentielles.

4.2.8 L'acceptation

4.2.8.1 Définition

Dans le dictionnaire, accepter signifie « agréer, consentir à, prendre ce qui est offert ou ce qui se présente ». Etymologiquement, ce mot provient du latin *accipere* qui veut dire « recevoir ».

Selon S. C. HAYES, fondateur de l'ACT, accepter signifie « embrasser l'expérience, quelle qu'elle soit, ici et maintenant, ce qui implique de s'exposer à ses penser, émotions, sensations physiques... sans tenter d'y échapper ou d'y résister » (85).

4.2.8.2 Intérêts de l'acceptation dans la relation d'aide

L'acceptation est un outil important face à la tempête émotionnelle de la relation thérapeutique. La capacité du soignant à accepter les événements psychologiques qui apparaissent en lui au cours de la relation thérapeutique est déterminante à plus d'un titre : elle permet d'accueillir le patient dans sa complexité et de développer de la compassion à son égard.

❖ Accueillir le patient dans sa complexité

L'acceptation aide le patient à constater chez l'autre l'absence de risque à vivre ses émotions. Si le soignant recherche trop rapidement à faire diminuer ou disparaître les émotions négatives, il véhicule l'idée d'un risque important à vivre pleinement ses émotions. Un soignant acceptant montre à son patient que ce qu'il vit peut être appréhendé tranquillement et simplement, tel quel, indépendamment de ce qu'il en pense. Autrement dit, il transmet le message que les émotions ne sont pas nos ennemies bien qu'elles soient pénibles, et qu'il est possible de les percevoir et de les observer sans chercher à les modifier. De plus, un patient qui se voit proposer trop rapidement des pistes de changement peut ne pas se sentir accueilli dans sa souffrance. À l'inverse, accueillir le patient tel qu'il est, constitue un puissant levier de construction de la relation thérapeutique. Le patient se sent davantage compris. Surtout, cela

permet de ne pas le laisser s'invalider dans les recherches de solutions qu'il a mises en place jusqu'alors, et qui se sont révélées infructueuses.

❖ Favoriser la compassion

L'acceptation peut aussi aider le soignant à améliorer sa compassion pour le soigné et pour lui-même. La compassion est mise en péril dans diverses situations : lorsque le patient semble nous juger, nous met en échec, ou lorsqu'on ne parvient pas à l'aider. Dans ces conditions, le patient éveille en nous des émotions synonymes de danger. Il est alors difficile de rester compatissant pour la personne qui déclenche de telles émotions. Les jugements que chacun se forge sur ses compétences et sa légitimité en tant que soignant, peuvent bénéficier aussi d'un positionnement acceptant, afin qu'ils parasitent le moins possible la relation thérapeutique. Accepter ces jugements sur soi afin d'agir vers ce qui compte réellement pour soi en tant que soignant fait aussi partie de la tâche qui nous incombe. Parvenir à accroître son acceptation de tout ce qui est évoqué dans une relation thérapeutique qui piétine ou qui met mal à l'aise, c'est arriver à dégager son attention de soi pour la porter sur l'autre, à dépasser les émotions qu'il déclenche en nous pour percevoir son point de vue, parce que ces émotions-là ne sont pas plus dangereuses que d'autres. De plus, en entraînant son acceptation et en constatant ses hésitations, ses craintes et les réactions automatiques qui apparaissent en lui, le soignant construit une forme de prévention des moments d'agacement qui pourraient surgir lorsque le patient ne progresse pas assez rapidement.

❖ Sortir de l'égoïsme

Si nous nous laissons piéger par l'évitement expérientiel destiné à protéger notre estime de soi, nos efforts changent de cible. Nous cherchons alors à nous soulager plutôt qu'à aider notre patient. Face à cette pression qui apparaît invariablement, un travail constant sur l'acceptation du regard que nous portons sur nous en tant que soignant permet d'avoir conscience de ces jugements et des émotions qui les accompagnent. Notre propre acceptation permet de faire une place en nous pour ces pensées à propos de nous-mêmes et pour les émotions qu'elles déclenchent, afin de centrer de nouveau notre attention sur ce qui se passe pour le patient. Être acceptant, c'est aussi parvenir à accepter son manque d'acceptation. Si un soignant constate qu'il n'est pas acceptant, il peut simplement repérer qu'il s'est fait piéger,

essayer de se rapprocher de ce qu'il a cherché à éviter, et se remettre en marche... jusqu'à la prochaine fois. La supervision constitue une bonne façon de travailler son acceptation, à distance de la relation thérapeutique, encadré par le soutien de ses pairs.

❖ Ce que l'acceptation n'est pas

L'acceptation ne peut devenir un prétexte au renoncement. Elle n'empêche pas le soignant de chercher à accroître ses compétences. Il faut savoir faire preuve de discernement, en conservant ce qui est utile, et en conservant le plus souvent possible une bonne flexibilité psychologique (85).

En résumé, l'acceptation constitue un outil que le thérapeute peut appliquer également pour lui-même en situation thérapeutique. Elle l'aide à accueillir ses patients dans toute leur singularité, à comprendre leurs difficultés et à leur proposer le cadre de travail le plus adéquat pour qu'ils dépassent leurs problèmes et s'orientent vers une vie riche.

4.2.9 Le non-jugement

La notion de non-jugement du patient ouvre une dimension éthique. Une pleine liberté lui est reconnue dans la manière de trouver des solutions à ses difficultés, ce que Barry GRANT nomme le droit à l'auto-détermination. Pour cet auteur : « Le droit de diriger sa propre vie est un concept éthique, pas un concept psychologique ou empirique ». Il ajoute : « Les individus ont droit à l'intimité et à la liberté, le droit de croire et de vivre comme bon leur semble à condition qu'ils ne portent pas atteinte aux droits des autres à en faire autant » (124).

La notion de non-jugement s'intègre au « regard positif inconditionnel », une attitude essentielle dans la relation thérapeutique selon Carl ROGERS. Le regard positif inconditionnel implique sécurité, acceptation, confiance et liberté d'expression. Lorsque le soignant offre ce regard, il accueille le patient sans attente et sans jugement. Il lui laisse l'espace et la sécurité indispensables où il pourra trouver suffisamment d'assurance et de courage pour explorer sa connaissance de lui-même (124).

4.3 INTÉRÊTS DE LA PLEINE CONSCIENCE POUR LES SOIGNANTS DANS LE MILIEU INSTITUTIONNEL PSYCHIATRIQUE

« *Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences.* »
Françoise DOLTO.

Pour Paul RACAMIER, l'institution tout entière doit être constamment « étudiée, analysée, orientée voire même soignée, car il est vrai que les institutions peuvent tomber malades ».

Ce même auteur, dans son œuvre « *Le psychanalyste sans divan* », expose les nombreux obstacles au maintien de l'équilibre institutionnel : « *ne pas pouvoir élaborer de décisions collectives, et ensuite les exécuter, et, si le besoin s'en fait sentir, en changer ; que les informations concernant les malades, et qui constituent dans une collectivité soignante le principal objet d'échange libidinal, ne circulent pas librement, ou bien que seules soient transmises des informations strictement limitées dans leur nature, leurs canaux, leurs objets ou leur ton ; ne pas supporter les à-coups, les aléas, les déceptions et difficultés qui surviennent inévitablement dans les tâches psychiatriques ; ou bien au contraire faire une loi de la soumission à des efforts excessifs et des tensions trop pénibles ; ne pouvoir supporter que des conflits internes d'opinions surviennent, ne pouvoir pas les poser et moins encore les résoudre ; redouter la nouveauté comme le changement, refuser les nouveaux participants, les techniques nouvelles et les nouveaux malades, mais ne pas supporter non plus l'émancipation des anciens – voilà une liste, d'ailleurs non limitative, de symptômes collectifs* » (130).

Dans notre exercice, nous avons pu remarquer que le manque de communication dans l'équipe de soins pouvait générer beaucoup de frustrations et de mécontentements chez les différents membres. Nous nous souvenons avoir entendu des membres du personnel infirmiers regretter le manque d'informations et d'explications données par le psychiatre, concernant un patient, ses troubles et la conduite à tenir avec lui. Le soignant en psychiatrie, confiné à un rôle

d'exécutant, met difficilement du sens à son travail, et encore moins s'il juge la prescription de façon négative. Or, le sentiment d'accomplissement personnel, une des trois dimensions du burn-out, est ressenti par le soignant à travers le sens donné à son investissement dans le travail. Le manque de sens mis dans la prise en charge impactera aussi l'alliance thérapeutique du patient par le manque de conviction du soignant dans la réussite des soins. Enfin, le clivage créé dans une équipe peut aggraver la symptomatologie dissociée d'un patient souffrant de psychose.

Nous avons pu repérer les répartitions subjectives de points de vue, parfois très contrastés, des différents professionnels s'occupant d'un patient. Ces mêmes professionnels en viennent alors à se soupçonner mutuellement d'incompétence et même des pires défauts.

François TOSQUELLES évoque « *la violence mimétique et les rejets dont la vie des groupes témoigne, tissés par des sympathies qui relient les personnes* », et déclenche autrement dit le « *pathos* », « *la manifestation de la souffrance* » qui surgit de chacun de nous. Il précise que les sentiments de sympathie, d'antipathie, d'indifférence, surgissent comme un a priori dans tous les contacts entre les personnes rassemblées dans les groupes. Ceci est valable dans la constitution et la vie concrète de toutes les équipes de soins. Pour François TOSQUELLES, « *ce n'est ni le contrat social, ni la volonté des membres des groupes qui créent les aléas et les flous des sympathies et des rejets qui surgissent comme des modulations de la tonalité pulsionnelle des différentes personnes rassemblées* » (159). Nous méconnaissons tous le plus souvent ce qu'il en est de nos filtres de perception, de nos croyances et de nos propres processus de défense. Il est pourtant indispensable de prendre le temps de les décoder en soi et chez l'autre.

C'est ce que décrit André MARRO quand il dit que « *la différence de perception, la non-reconnaissance de la légitimité du point de vue de l'autre peuvent générer des conflits* » (111). En effet, chacun a son propre point de vue, sa propre représentation du monde, même si inconsciemment nous pensons que seul notre point de vue est le bon. Il ajoute qu'afin d'harmoniser les imaginaires et les perceptions, il faut augmenter les informations. Ceci passe en particulier par un changement de point de vue. Ce déplacement de perspective, à distance des limites étroites de notre propre point de vue personnel, permet de découvrir l'univers de l'autre, sa représentation du monde, de mieux la comprendre et ainsi de la respecter. Les capacités de re-perception développées par la pleine conscience présentent un réel bénéfice ici car elles permettent à l'individu d'observer et de prendre conscience du caractère subjectif, construit de son point de vue, pour alors s'en détacher. Les qualités d'empathie aident à se

mettre à la place de nos collègues pour mieux comprendre leur avis. Les principes de non-jugement et de compassion, deux bases essentielles de la pleine conscience, favorisent la bienveillance et le respect entre professionnels. Enfin, l'acceptation permet l'accueil de la parole de l'autre et incite au « lâcher-prise" dans notre volonté d'imposer notre avis.

CONCLUSIONS

La pleine conscience, issue en grande partie des pratiques bouddhiques ancestrales, connaît un essor considérable ces dernières années tant dans le domaine médical que dans celui du bien-être. Cette pratique est intégrée dans différentes formes de psychothérapies qui constituent la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales, apparue au début des années deux-mille.

La pleine conscience repose sur une approche expérientielle du vécu du sujet. Par le développement d'une attention sans jugement, centrée sur le moment présent, la pleine conscience modifie la relation de la personne à l'égard de ses contenus mentaux, de son expérience émotionnelle et de ses sensations. La pleine conscience implique un traitement de l'information non-élaboratif, axé sur l'observation, et diffère ainsi du traitement conceptuel impliquant la réflexion et l'analyse intellectuelle. Son objectif n'est pas de supprimer les pensées ou les émotions mais de modifier le rapport que le sujet entretient avec elles.

Les professionnels de santé mentale sont fortement exposés aux risques d'épuisement émotionnel, de stress et de burn-out en raison de l'intensité de la charge émotionnelle de la relation soignant-soigné, de l'exposition à la souffrance psychique et de la confrontation au suicide. La gravité du burn-out réside dans le fait qu'il provoque non seulement des conséquences personnelles graves, mais aussi sur un plan professionnel, une atteinte de la relation à l'autre à l'origine d'une perte de sens du travail et d'une perte d'empathie avec ce que cela implique dans la prise en charge des patients.

La pleine conscience améliore les capacités d'autorégulation, tant au niveau attentionnel qu'au niveau émotionnel. D'une part la régulation attentionnelle se traduit par une meilleure flexibilité du focus attentionnel, c'est-à-dire le désengagement de la capture automatique de l'attention par les pensées abstraites et le réengagement dans l'expérience concrète. D'autre part, les attitudes spécifiques développées par la pleine conscience comme l'ouverture à l'expérience, l'acceptation, l'auto-compassion et la décentration cognitive constituent des composantes essentielles de la régulation émotionnelle.

Cette pratique représente ainsi une aide très utile pour exercer le métier de soignant dans les meilleures dispositions possibles. Les études des effets de la pleine conscience sur les soignants l'attestent en mettant en évidence une amélioration du bien-être global et de la qualité de vie, ainsi qu'une diminution des symptômes anxieux et dépressifs, des ruminations et des

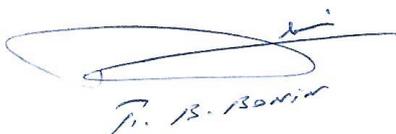
affects négatifs. De plus, la pleine conscience est associée au renforcement des qualités thérapeutiques chez les soignants, dont une meilleure capacité à instaurer une relation thérapeutique, à tolérer le silence, à être à l'écoute de soi et du patient, ainsi qu'une augmentation de l'empathie, de la compassion pour soi et pour les autres, de l'insight.

La pleine conscience, en favorisant la régulation émotionnelle et la compassion pour soi et pour les autres, offre aux soignants de la santé mentale une possibilité de développer plus d'émotions positives, de faire face au stress de manière plus habile et les protège du burn-out. La compassion n'implique pas forcément de ressentir les émotions de l'autre et préserve de la détresse par les états mentaux positifs qu'elle suscite, tels le courage et l'amour maternel.

Mais, au-delà de la prévention du burn-out, la pratique méditative favorise une relation à la maladie, à l'autre et à son rôle de soignant, empreinte de patience, de bienveillance et de non-jugement. La capacité du soignant à être pleinement présent, attentif et à l'écoute est un élément clé pour l'évolution et le rétablissement du patient, tant par sa faculté à percevoir de façon plus fine et objective les informations, que par le sentiment « d'être important » développé chez le patient. Un insight accru et la stabilité émotionnelle permettent au soignant de rester objectif et bienveillant, même dans les situations difficiles. L'empathie, en plus de permettre une compréhension aiguisée du vécu du patient et ce d'autant plus que le processus de décentration dissipe les préjugés, favorise la guérison. La compassion, qui donne au soignant le courage et la détermination à trouver un moyen d'aider, est développée directement par la pleine conscience mais aussi de façon indirecte par les qualités d'acceptation et de non-jugement. Ces mêmes qualités prédisposent à de meilleures relations d'équipe, améliorant ainsi le fonctionnement institutionnel.

Enfin, une pratique méditative personnelle régulière est absolument nécessaire chez tout soignant qui la propose à ses patients. Il n'existe tout simplement pas d'autres façons de transmettre ces pratiques à d'autres personnes et de discuter avec elles de leurs expériences avec authenticité et profondeur, sans avoir soi-même fait longuement l'expérience de ces pratiques.

Le président du jury,



P. B. BONIER

Vu et permis d'imprimer

Dijon le, 26 Octobre 2016

Le Doyen



Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Adam P. Pleine conscience et insomnie : état des connaissances. *Médecine Sommeil*. 2016 Jun;13(2):56–64.
2. André C, Dulong F. La méditation de pleine conscience : un outil d'amélioration des soins? 2011;1–6.
3. André C, Jollien A, Ricard M. *Trois amis en quête de sagesse*. Paris: L'Iconoclaste / Allary éditions; 2016.
4. André C. La méditation de pleine conscience. *Cerveau et Psycho*. 2010 Oct;(41):18–24.
5. André C. *Les États d'âme : Un apprentissage de la sérénité*. Paris: Odile Jacob; 2011.
6. André C. *Secrets de psys: Ce qu'il faut savoir pour aller bien*. Paris: Odile Jacob; 2013.
7. Asmaee Majid S, Seghatoleslam T, Homan H, Akhvast A, Habil H. Effect of Mindfulness Based Stress Management on Reduction of Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Public Health*. 2012 Oct 1;41(10):24–8.
8. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Health Care Professionals: A Pragmatic Controlled Trial. *J Contin Educ Health Prof*. 2014 Jan 1;34(1):4–12.
9. Baer RA. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003 Jun 1;10(2):125–43.
10. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*. 2006 Mar 1;13(1):27–45.
11. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, et al. The Impact of a Program in Mindful Communication on Primary Care Physicians: *Acad Med*. 2012 Jun;87(6):815–9.
12. Bellet M. *L'écoute*. Paris: Desclée de Brouwer; 1989.
13. Berghmans C, Tarquinio C, Strub L. Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie. *Santé Ment Au Qué*. 2010;35(1):49.
14. Berthoz A, Jorland G, Collectif. *L'empathie*. Paris: Editions Odile Jacob; 2004.
15. Bilevicius E, Kolesar TA, Kornelsen J. Altered Neural Activity Associated with Mindfulness during Nociception: A Systematic Review of Functional MRI. *Brain Sci*. 2016 Apr 19;6(2).
16. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004 Sep 1;11(3):230–41.

17. Boulanger C, Lançon C. L'empathie : réflexions sur un concept. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2006 Aug;164(6):497–505.
18. 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. *JAMA Psychiatry.* 2014 May;71(5):547–56.
19. Brefczynski-Lewis JA, Lutz A, Schaefer HS, Levinson DB, Davidson RJ. Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proc Natl Acad Sci.* 2007 Jul 3;104(27):11483–8.
20. Breines JG, Chen S. Activating the inner caregiver: The role of support-giving schemas in increasing state self-compassion. *J Exp Soc Psychol.* 2013 Jan;49(1):58–64.
21. Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, Tang Y-Y, Weber J, Kober H. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2011 Dec 13;108(50):20254–9.
22. Brito G. Rethinking Mindfulness in the Therapeutic Relationship. *Mindfulness.* 2013 Jan 11;5(4):351–9.
23. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects. *Psychol Inq.* 2007 Oct 19;18(4):211–37.
24. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822–48.
25. Brunel M-L, Cosnier J. *L'empathie : Un sixième sens.* Lyon: PUL; 2012.
26. Bueno VF, Kozasa EH, da Silva MA, Alves TM, Louzã MR, Pompéia S. Mindfulness Meditation Improves Mood, Quality of Life, and Attention in Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *BioMed Res Int.* 2015;2015:962857.
27. Canouï P, Fafet C. La fatigue de soigner. *Santé Ment.* 2014 Sep;(n°190):p. 42–6.
28. Canouï P, Mauranges A, Florentin A. *Le burn-out à l'hôpital: Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.* 4th ed. Elsevier Masson; 2011.
29. Cathcart S, Galatis N, Immink M, Proeve M, Petkov J. Brief Mindfulness-Based Therapy for Chronic Tension-Type Headache: A Randomized Controlled Pilot Study. *Behav Cogn Psychother.* 2014 Jan;42(1):1–15.
30. Chapelle FG. Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. *J Thérapie Comport Cogn.* 2016;26(3): 111-122.
31. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care on Back Pain and Functional Limitations in Adults With Chronic Low Back Pain: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2016 Mar 22;315(12):1240.

32. Cole P, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Dayer A, Aubry J-M, et al. CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub*. 2016 Sep;28(Suppl-1):103–7.
33. Cottraux J, Blackburn IM. *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*. 2e édition revue et augmentée. Paris: Elsevier Masson; 2006.
34. Csillik A, Tafticht N. Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Prat Psychol*. 2012 Jun;18(2):147–59.
35. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation: *Psychosom Med*. 2003 Jul;65(4):564–70.
36. Davis DM, Hayes JA. What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy-related research. *Psychotherapy*. 2011;48(2):198–208.
37. Decety J. Composants, mécanismes, développement et fonctions de l'empathie. [Article 37-090-A-20]. Elsevier Masson. 2016 Jan;13(1):1–8.
38. Decety J. Mécanismes neurophysiologiques impliqués dans l'empathie et la sympathie. *Rev Neuropsychol*. 2012 Nov 15;me 2(2):133–44.
39. Decety J, Yang C-Y, Cheng Y. Physicians down-regulate their pain empathy response: An event-related brain potential study. *NeuroImage*. 2010 May 1;50(4):1676–82.
40. Desseilles M, Mikolajczak M. La régulation des émotions. *Santé Ment*. 2013;(177):38–43.
41. Duncan LG, Moskowitz JT, Neilands TB, Dilworth SE, Hecht FM, Johnson MO. Mindfulness-Based Stress Reduction for HIV Treatment Side Effects: A Randomized, Wait-List Controlled Trial. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Feb;43(2):161–71.
42. Elices M, Pascual JC, Portella MJ, Feliu-Soler A, Martín-Blanco A, Carmona C, et al. Impact of Mindfulness Training on Borderline Personality Disorder: A Randomized Trial. *Mindfulness*. 2016 Feb 18;7(3):584–95.
43. Epstein M, Dalai-Lama, Goubert P. *Pensées sans penseur : La psychologie bouddhique de l'esprit*. Paris: Editions Albin Michel; 2015.
44. Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, Douglas NJ, Hames P, et al. A Randomized, Placebo-Controlled Trial of Online Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia Disorder Delivered via an Automated Media-Rich Web Application. *Sleep*. 2012 Jun 1;35(6):769–81.
45. Estry-Behar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Inf Psychiatr*. 2012 Nov 15;me 87(2):95–117.

46. Estryng-Behar M, Duville N, Menini M-L, Le Foll S, Le Nézet O, Bocher R. Mots à maux... Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans trois autres pays européens. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2006 Nov;164(9):732–48.
47. Farb NA, Anderson AK, Mayberg H, Bean J, McKeon D, Segal ZV. Minding one's emotions: Mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*. 2010;10(1):25–33.
48. Fedida P. Dictionnaire de la psychanalyse. Paris: Larousse; 1974.
49. Fish J a., Ettridge K, Sharplin G r., Hancock B, Knott V e. Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2014 May 1;23(3):413–21.
50. Freud S. Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot; 1921.
51. Freudenberger HJ. L'épuisement professionnel: la brûlure interne. Chicoutimi: Gaëtan Morin; 1987.
52. Galante J, Bekkers M-J, Mitchell C, Gallacher J. Loving-Kindness Meditation Effects on Well-Being and Altruism: A Mixed-Methods Online RCT. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2016 Jun 23;
53. Garland EL, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces pain attentional bias in chronic pain patients. *Psychother Psychosom*. 2013;82(5):311–8.
54. Garnoussi N. Pleine conscience : de la religion à la santé mentale. *Santé Ment*. 2016 Mai;(208):42–6.
55. Germer CK. L'autocompassion : Une méthode pour se libérer des pensées et des émotions qui nous font du mal. Paris: Odile Jacob; 2013.
56. Gilbert P, Choden, Delamillieure P, Gheysen F. Pleine conscience et compassion: Approches théoriques et applications thérapeutiques. Elsevier-Masson; 2015.
57. Gleichgerrcht E, Decety J. Empathy in Clinical Practice: How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PLOS ONE*. 2013 avr;8(4):e61526.
58. Goodman MJ, Schorling JB. A Mindfulness Course Decreases Burnout and Improves Well-Being among Healthcare Providers. *Int J Psychiatry Med*. 2012 Feb 1;43(2):119–28.
59. Gonzalez-Lienres C, Shamay-Tsoory SG, Brüne M. Towards a neuroscience of empathy : Ontogeny, phylogeny, brain mechanisms, context and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013 Sep;37(8):1537–48.
60. Gratz, K. L., Tull, M. T. (in press). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance : Illuminating the processes of change*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

61. Greason PB, Cashwell CS. Mindfulness and counseling self-efficacy: the mediating role of attention and empathy. *Couns Educ Superv.* 2009 Sep 1;49(1):2–20.
62. Grepmaier L, Mitterlehner F, Loew T, Bachler E, Rother W, Nickel M. Promoting mindfulness in psychotherapists in training influences the treatment results of their patients: a randomized, double-blind, controlled study. *Psychother Psychosom.* 2007;76(6):332–8.
63. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2004 Jul;57(1):35–43.
64. Hanson R, Mendius R, Midal F, André C, Colette O. *Le Cerveau de Bouddha.* Paris: Pocket; 2013.
65. Hargus E, Crane C, Barnhofer T, Mark J. Effects of mindfulness on meta-awareness and specificity of describing prodromal symptoms in suicidal depression. *Emotion.* 2010;10(1):34–42.
66. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther.* 2004;35(4):639–65.
67. Hazif-Thomas C, Thomas P. Fatigue d'empathie et prise en soin psychiatrique du sujet âgé. *Soins Gériatrie.* 2015 Sep;20(115):33–6.
68. Heeren A, Philippot P. Les interventions basées sur la pleine conscience: une revue conceptuelle et empirique. *ResearchGate.* 2010 Jan 1;31(3):37–61.
69. Heeren A, Van Broeck N, Philippot P. The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. *Behav Res Ther.* 2009 May;47(5):403–9.
70. Hertzog C. Un esprit sain dans un corps sain. *CerveauetPsycho.* 2009 Oct;(35).
71. Hilton L, Maher AR, Colaiaco B, Apaydin E, Sorbero ME, Booth M, et al. Meditation for Posttraumatic Stress: Systematic Review and Meta-analysis. *Psychol Trauma Theory Res Pract Policy.* 2016 Aug 18;
72. Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-Kindness and Compassion Meditation: Potential for Psychological Interventions. *Clin Psychol Rev.* 2011 Nov;31(7):1126–32.
73. Hoge EA, Bui E, Marques L, Metcalf CA, Morris LK, Robinaugh DJ, et al. Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *J Clin Psychiatry.* 2013 Aug;74(8):786–92.
74. Hölzel BK, Carmody J, Evans KC, Hoge EA, Dusek JA, Morgan L, et al. Stress reduction correlates with structural changes in the amygdala. *Soc Cogn Affect Neurosci.* 2010 Mar;5(1):11–7.
75. Hölzel BK, Hoge EA, Greve DN, Gard T, Creswell JD, Brown KW, et al. Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage Clin.* 2013 Mar 25;2:448–58.

76. Hölzel BK, Lazar SW, Gard T, Schuman-Olivier Z, Vago DR, Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. 2011 Nov;6(6):537–59.
77. Jacobs TL, Epel ES, Lin J, Blackburn EH, Wolkowitz OM, Bridwell DA, et al. Intensive meditation training, immune cell telomerase activity, and psychological mediators. *Psychoneuroendocrinology*. 2011 Jun;36(5):664–81.
78. Jermann F, Linden MV der, Gex-Fabry M, Guarin A, Kosel M, Bertschy G, et al. Cognitive Functioning in Patients Remitted from Recurrent Depression: Comparison with Acutely Depressed Patients and Controls and Follow-up of a Mindfulness-Based Cognitive Therapy Trial. *Cogn Ther Res*. 2013 May 9;37(5):1004–14.
79. Jermann F, Weber B, Bondolfi G, Aubry JM. Pleine conscience et troubles bipolaires. *Santé ment*. 2016 Mai;(208):58–63.
80. Kabat-Zinn J, André C, Maskens C. Au coeur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur le mindfulness : programme complet en 8 semaines. Paris: J'ai lu; 2012.
81. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based Interventions in context : Past, present and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10:144–56.
82. Kang D-H, Jo HJ, Jung WH, Kim SH, Jung Y-H, Choi C-H, et al. The effect of meditation on brain structure: cortical thickness mapping and diffusion tensor imaging. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2013 Jan 1;8(1):27–33.
83. Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophr Res*. 2013 Oct;150(1):176–84.
84. Klimecki OM, Leiberg S, Ricard M, Singer T. Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014 Jun;9(6):873–9.
85. Kotsou I, Heeren A. Pleine conscience et acceptation - Les thérapies de la troisième vague. Bruxelles: De Boeck; 2011.
86. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*. 2009 Sep 23;302(12):1284–93.
87. Kristeller JL. Mindfulness, Eating Disorders, and Food Intake Regulation. In: Ostafin BD, Robinson MD, Meier BP, editors. *Handbook of Mindfulness and Self-Regulation* New York: Springer; 2015. p. 199–215.
88. 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*. 2016 Jun 1;73(6):565–74.

89. Lama D, Ricard M. *Le pouvoir de la bonté*. Paris: Marabout; 2015.
90. Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychother Theory Res Pract Train*. 2001;38(4):357–61.
91. Lambert MJ, Simon W. The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome. *Mindfulness and the therapeutic relationship*, 19-33. 2008;19–33.
92. Lamothe M, Rondeau É, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complement Ther Med*. 2016 Feb;24:19–28.
93. Lao S-A, Kissane D, Meadows G. Cognitive effects of MBSR/MBCT: A systematic review of neuropsychological outcomes. *Conscious Cogn*. 2016 Oct;45:109–23.
94. Lasalvia A, Bonetto C, Bertani M, Bissoli S, Cristofalo D, Marrella G, et al. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *Br J Psychiatry*. 2009 Dec 1;195(6):537–44.
95. Lavallee CF, Koren SA, Persinger MA. A Quantitative Electroencephalographic Study of Meditation and Binaural Beat Entrainment. *J Altern Complement Med*. 2011 Apr 1;17(4):351–5.
96. Lazar SW. The neurobiology of mindfulness. In Germer CK, Siegel RD et Fulton PR (dir) *Mindfulness and psychotherapy* (p.282-295) New York: Guilford Press; 2013.
97. Lefebvre B, Poirot M. *Stress et risques psychosociaux au travail: Comprendre - Prévenir - Intervenir*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2011.
98. Légeron P. *Le Stress au travail : Un enjeu de santé*. Paris: Odile Jacob; 2015.
99. Lengacher CA, Reich RR, Kip KE, Barta M, Ramesar S, Paterson CL, et al. Influence of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Telomerase Activity in Women With Breast Cancer (BC). *Biol Res Nurs*. 2014 Oct 1;16(4):438–47.
100. Leopold Y. *Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins*. 2003.
101. Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press; 1993.
102. Lloyd J, Bond FW, Flaxman PE. The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work Stress*. 2013 Apr 1;27(2):181–99.
103. Lutz A, Dunne JD, Davidson RJ. Meditation and the neuroscience of consciousness. In: *In*. University Press; 2007.

104. Lutz A, Greischar LL, Rawlings NB, Ricard M, Davidson RJ. Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004 Nov 16;101(46):16369–73.
105. Lutz A, McFarlin DR, Perlman DM, Salomons TV, Davidson RJ. Altered anterior insula activation during anticipation and experience of painful stimuli in expert meditators. *NeuroImage*. 2013 Jan 1;64:538–46.
106. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci*. 2008 Apr;12(4):163–9.
107. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res*. 2006 May;19(2):105–9.
108. MacLean KA, Ferrer E, Aichele SR, Bridwell DA, Zanesco AP, Jacobs TL, et al. Intensive Meditation Training Improves Perceptual Discrimination and Sustained Attention. *Psychol Sci*. 2010 Jun 1;21(6):829–39.
109. Malinowski P. Neural mechanisms of attentional control in mindfulness meditation. *Front Neurosci*. 2013 Feb 4;7.
110. Manuello J, Vercelli U, Nani A, Costa T, Cauda F. Mindfulness meditation and consciousness: An integrative neuroscientific perspective. *Conscious Cogn*. 2016 Feb;40:67–78.
111. Marro A. Nouvelles pratiques de la bienveillance avec soi et avec l'autre : Application aux domaines sanitaire et médico-social. Bordeaux: Les Etudes Hospitalières édition; 2012.
112. Maslach C. Burned out. *Human Behavior*; 1976; 5:16-22.
113. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981 Apr 1;2(2):99–113.
114. Midal F. La méditation. (Que sais-je?); Tome 3997. Paris: Presses Universitaires de France; 2014.
115. Mikolajczak M, Deseilles M, Gross J, André C. *Traité de régulation des émotions*. Première Édition. Bruxelles: De Boeck; 2012.
116. Miller B, Sprang G. A Components-Based Practice and Supervision Model for Reducing Compassion Fatigue by Affecting Clinician Experience. *Traumatology*. 2016;No Pagination Specified.
117. Modesto-Lowe V, Farahmand P, Chaplin M, Sarro L. Does mindfulness meditation improve attention in attention deficit hyperactivity disorder? *World J Psychiatry*. 2015 Dec 22;5(4):397–403.
118. Modinos G, Ormel J, Aleman A. Individual differences in dispositional mindfulness and brain activity involved in reappraisal of emotion. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2010 Dec; 5(4): 369–377.

119. Montaigne M de. Chapitre 6 “De l’expérience”. Les Essais Tome 3. Paris: Gallimard; 2009.
120. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol*. 2013 Jan;69(1):28–44.
121. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity*. 2003 Jul 1;2(3):223–50.
122. Ngô T-L. La méditation de pleine conscience en psychiatrie. *Santé Ment*. 2016 Mai;(208):26–35.
123. Ngô T-L. Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d’action. *Santé Ment Au Qué*. 2013;38(2):19.
124. Odier G. Carl Rogers - Être vraiment soi-même-L’approche centrée sur la personne. Eyrolles; 2012.
125. O’Donovan A, May S. The advantages of the mindful therapist. *Psychother Aust*. 2007 Aug;13(4):46.
126. Parswani MJ, Sharma MP, Iyengar S. Mindfulness-based stress reduction program in coronary heart disease: A randomized control trial. *Int J Yoga*. 2013;6(2):111–7.
127. Phaneuf M. L’intelligence émotionnelle, un outil du soin. *Santé Ment*. 2013;(177):54–9.
128. Philippot P. Émotion et psychothérapie: Deuxième édition entièrement revue et augmentée. Primento; 2013.
129. Raab K. Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *J Health Care Chaplain*. 2014 Jul 1;20(3):95–108.
130. Racamier P-C. Le Psychanalyste sans divan. 3e éd. rev. et augm. Paris: Payot; 1993.
131. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do Mindfulness-Based Interventions Reduce Pain Intensity? A Critical Review of the Literature. *Pain Med*. 2013 Feb 1;14(2):230–42.
132. Rengade C-E, Hautekeete M. L’auto-compassion, trait de personnalité ou processus de pensée ? *J Thérapie Comport Cogn*. 2014 Dec;24(4):133–7.
133. Ricard M. Chemins spirituels. Paris: Nil; 2010.
134. Ricard M. L’Art de la méditation. Paris: Robert Laffont; 2011.
135. Ricard M, Lutz A, Davidson RJ. La méditation : Comment elle modifie le cerveau. Pour la science. 2015 Fév;(448):23–9.
136. Ricard M. Plaidoyer pour l’altruisme. Paris: Nil; 2013.

137. Rimes KA, Wingrove J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People with Chronic Fatigue Syndrome Still Experiencing Excessive Fatigue after Cognitive Behaviour Therapy: A Pilot Randomized Study. *Clin Psychol Psychother.* 2013 Mar 1;20(2):107–17.
138. Rogers C. *A Way of Being*. New edition. Boston: Mariner Books; 1995.
139. Rosenberg MB, Cesotti A. *Les mots sont des fenêtres*. 2e édition. Paris: La Découverte; 2004.
140. Schmiedeler S. [Mindfulness-based intervention in attention-deficit-/hyperactivity disorder (ADHD)]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2015 Mar;43(2):123–31.
141. Segal ZV, Williams J-M-G, Teasdale JD, Collectif, André C. *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Une nouvelle approche pour prévenir la rechute*. Bruxelles: De Boeck; 2006.
142. Segal ZV, Williams J-M-G, Teasdale JD, Collectif, André C.. *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Prévenir la rechute*. Bruxelles: De Boeck; 2016.
143. Selye H, Verdun P. Hans Selye. *Le Stress de la vie : Le problème de l'adaptation the Stress of life*. Traduit de l'anglais par Pauline Verdun. Collection Les Essais (n° 192) Lagny-sur-Marne: Gallimard , impr. E. Grevin et fils; 1962.
144. Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Care Res.* 2007 Feb 15;57(1):77–85.
145. Shahar B, Szsepsenwol O, Zilcha-Mano S, Haim N, Zamir O, Levi-Yeshuvi S, et al. A Wait-List Randomized Controlled Trial of Loving-Kindness Meditation Programme for Self-Criticism. *Clin Psychol Psychother.* 2015 Jul 1;22(4):346–56.
146. Shamay-Tsoory SG, Aharon-Peretz J, Perry D. Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain.* 2009 Mar 1;132(3):617–27.
147. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *Int J Stress Manag.* 2005;12(2):164–76.
148. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol.* 2006 Mar 1;62(3):373–86.
149. Shapiro SL. The integration of mindfulness and psychology. *J Clin Psychol.* 2009 Jun;65(6):555–60.
150. Singer T, Klimecki OM. Empathy and compassion. *Curr Biol.* 2014 Sep 22;24(18):R875–8.
151. Skanavi S, Laqueille X, Aubin H-J. Interventions basées sur la pleine conscience en addictologie. *L'Encéphale.* 2011 Oct;37(5):379–87.

152. Slagter HA, Lutz A, Greischar LL, Francis AD, Nieuwenhuis S, Davis JM, et al. Mental Training Affects Distribution of Limited Brain Resources. *PLOS Biol.* 2007 mai;5(6):e138.
153. Soler J, Elices M, Pascual JC, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Carmona C, et al. Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2016;3:1.
154. Sopa L, Patt D. Les étapes de la voie vers l'éveil, un commentaire de Lamrim Tchènmo de Tsongkhapa. Éditions Vajra Yogini. Vol. 1. 2011.
155. Taylor VA, Grant J, Daneault V, Scavone G, Breton E, Roffe-Vidal S, et al. Impact of mindfulness on the neural responses to emotional pictures in experienced and beginner meditators. *NeuroImage.* 2011 Aug 15;57(4):1524–33.
156. Teasdale JD, Segal Z, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther.* 1995 Jan;33(1):25–39.
157. Tisseron S. Toucher, être touché : pour une analyse empathique. *Santé Ment.* 2013 Avril;(177):44–9.
158. Tolle E. Le pouvoir du moment présent - Guide d'éveil spirituel. Paris: Editions 84; 2010.
159. Tosquelles F. De la personne au groupe: A propos des équipes de soin. Eres; 2011.
160. Trousselard M, Steiler D, Claverie D, Canini F. L'histoire de la Mindfulness à l'épreuve des données actuelles de la littérature : questions en suspens. *L'Encéphale.* 2014 Dec;40(6):474–80.
161. Vago DR, Silbersweig DA. Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): a framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Front Hum Neurosci.* 2012 Oct 25;6.
162. Walsh R, Shapiro SL. The meeting of meditative disciplines and Western psychology: a mutually enriching dialogue. *Am Psychol.* 2006 Apr;61(3):227–39.
163. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:59–91.
164. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med.* 2014 Apr;174(4):527–33.
165. Wiart Y. Stress ? Peut-on et doit-on chercher à y échapper à tout prix ? *Perspect Psy.* 44(5):411–6.
166. Widlöcher D. Conscience de soi, conscience des troubles et insight. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2002 Oct;160(8):575–9.

167. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol 109(1), Feb 2000, 150-155.
168. Wilson K, Dufrene T, Altenloh E, Battistoni F, Vandenbosch D. *La Pleine Conscience en Thérapie une Approche de la Mindfulness Basee Sur l'Act*, p159-160. Bruxelles: De Boeck; 2015.
169. Witkiewitz K, Bowen S. Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(3):362–74.
170. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME, Cottraux J, Pascal B. *La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles: De Boeck; 2005.
171. Zainal NZ, Booth S, Huppert FA. The efficacy of mindfulness-based stress reduction on mental health of breast cancer patients: a meta-analysis. *Psychooncology*. 2013 Jul 1;22(7):1457–65.
172. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn*. 2010 Jun;19(2):597–605.
173. Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, Gordon NS, McHaffie JG, Coghill RC. Brain Mechanisms Supporting the Modulation of Pain by Mindfulness Meditation. *J Neurosci*. 2011 Apr 6;31(14):5540–8.

Thèses

174. Scarna L. *Mindfulness ou pleine conscience : bases théoriques et applications cliniques en psychiatrie*. Thèse de médecine. Lyon 1; 2013.
175. Wiertz R. *Psychiatres et burnout : Etude de la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel auprès des psychiatres hospitaliers du Nord Pas de Calais*. Thèse de médecine. Lille; 2012.

Sites internet

176. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [cited 2014 Sep 13]. [Internet]. <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/>
177. Couturier D. *Le burn-out | Académie nationale de médecine*. [cited 2016 Sep 30]. [Internet]. <http://www.academie-medecine.fr/publication100100489/>
178. *Risques psychosociaux dans les établissements hospitaliers : 20 000 hospitaliers ont répondu à une enquête menée par l'ANFH*. Wellcom- NewsroomANFH. [cited 2016 Sep 30]. [Internet]. <http://wellcom.fr/presse/anfh/2014/06/risques-psychosociaux-etablissements-hospitaliers-20-000-reopndants-a-une-enquete-de-lanfh/>

179. Suicide des médecins : l'Union Généraliste dénonce l'indifférence [cited 2016 Sep 30]. [Internet]. Journal international de médecine. http://www.jim.fr/en_direct/pro_societe/e-docs/suicide_des_medecins_lunion_generaliste_denonce_lindifference__111129/document_actu_pro.phtml?reagir=1

**Titre : LA MÉDITATION DE PLEINE CONSCIENCE : INTÉRÊTS
D'UNE PRATIQUE PERSONNELLE POUR LES
PROFESSIONNELS DE SANTÉ MENTALE**

Auteur : Élodie BONHOMME

Résumé :

Les professionnels de santé mentale sont confrontés quotidiennement à la détresse psychologique des patients.

La relation thérapeutique soignant-soigné est un des facteurs essentiels dans la réussite des soins et nécessite un fort engagement personnel, qui n'est pas neutre pour le soignant et peut l'exposer au stress, à l'épuisement émotionnel et au burn-out. Des qualités d'écoute, d'attention, d'empathie et de bienveillance sont essentielles chez le soignant.

Les effets des pratiques de pleine conscience ou mindfulness sont désormais reconnus par la communauté scientifique pour réduire les conséquences du stress et développer des qualités d'ouverture et de flexibilité attentionnelle, de régulation émotionnelle, d'insight et de compassion pour soi et pour les autres. Ainsi, pour les professionnels de santé mentale, pratiquer la pleine conscience à titre personnel constitue un outil de prévention des risques psycho-sociaux et d'amélioration des compétences dans la relation à soi, aux patients et aux pairs. Et dans le cas des soignants qui transmettent cette technique, la pratique de la pleine conscience est tout simplement nécessaire.

MOTS-CLÉS :

Pleine conscience - Professionnels de santé mentale - Relation thérapeutique -
Auto-régulation - Prévention - Risques psycho-sociaux - Psychothérapie institutionnelle