



HAL
open science

L'influence de la méditation dans la pratique des médecins généralistes méditants : étude qualitative

Delphine Perche

► **To cite this version:**

Delphine Perche. L'influence de la méditation dans la pratique des médecins généralistes méditants : étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02880616

HAL Id: dumas-02880616

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02880616>

Submitted on 12 Oct 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour l'obtention du titre de

DOCTEUR en MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Delphine PERCHE

Le 14 novembre 2019

**L'INFLUENCE DE LA MEDITATION DANS LA
PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES
MEDITANTS.**

Etude qualitative

Directeur de thèse : Dr Philippe MUNCK

JURY

Président : Pr Antoine AVIGNON

Assesseurs : Dr Agnès OUDE ENGBERINCK

Dr Sylvain PAVAGEAU

Dr Philippe MUNCK

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour l'obtention du titre de

DOCTEUR en MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement par

Delphine PERCHE

Le 14 novembre 2019

**L'INFLUENCE DE LA MEDITATION DANS LA
PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES
MEDITANTS.**

Etude qualitative

Directeur de thèse : Dr Philippe MUNCK

JURY

Président : Pr Antoine AVIGNON

Assesseurs : Dr Agnès OUDE ENGBERINCK

Dr Sylvain PAVAGEAU

Dr Philippe MUNCK

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

| | | |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| ALLIEU Yves | DUBOIS Jean Bernard | MION Charles |
| ALRIC Robert | DUMAS Robert | MION Henri |
| ARNAUD Bernard | DUMAZER Romain | MIRO Luis |
| ASTRUC Jacques | ECHENNE Bernard | NAVARRO Maurice |
| AUSSILLOUX Charles | FABRE Serge | NAVRATIL Henri |
| AVEROUS Michel | FREREBEAU Philippe | OTHONIEL Jacques |
| AYRAL Guy | GALIFER René Benoît | PAGES Michel |
| BAILLAT Xavier | GODLEWSKI Guilhem | PEGURET Claude |
| BALDET Pierre | GRASSET Daniel | PELLISSIER Jacques |
| BALDY-MOULINIER Michel | GROLLEAU-RAOUX Robert | POUGET Régis |
| BALMES Jean-Louis | GUILHOU Jean-Jacques | PUECH Paul |
| BALMES Pierre | HERTAULT Jean | PUJOL Henri |
| BANSARD Nicole | HUMEAU Claude | PUJOL Rémy |
| BAYLET René | JAFFIOL Claude | RABISCHONG Pierre |
| BILLIARD Michel | JANBON Charles | RAMUZ Michel |
| BLARD Jean-Marie | JANBON François | RIEU Daniel |
| BLAYAC Jean Pierre | JARRY Daniel | RIOUX Jean-Antoine |
| BLOTMAN Francis | JOYEUX Henri | ROCHEFORT Henri |
| BONNEL François | LAFFARGUE François | ROSSI Michel |
| BOUDET Charles | LALLEMANT Jean Gabriel | ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre |
| BOURGEOIS Jean-Marie | LAMARQUE Jean-Louis | SAINT AUBERT Bernard |
| BRUEL Jean Michel | LAPEYRIE Henri | SANCHO-GARNIER Hélène |
| BUREAU Jean-Paul | LESBROS Daniel | SANY Jacques |
| BRUNEL Michel | LOPEZ François Michel | SEGNARBIEUX François |
| CALLIS Albert | LORIOT Jean | SENAC Jean-Paul |
| CANAUD Bernard | LOUBATIERES Marie Madeleine | SERRE Arlette |
| CASTELNAU Didier | | SIMON Lucien |

CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard
DIMEGLIO Alain

MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre
MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri

SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques

MARES Pierre
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MAUDELONDE Thierry
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques
VOISIN Michel
ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie

DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénérologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie

MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie

SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Je remercie le Professeur Antoine Avignon d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, et de m'avoir accordé un stage dans le service de Maladies Métaboliques et Endocriniennes du Grau du Roi durant mon internat. J'ai pu y mener mes premières séances de méditation de pleine conscience avec des patients, et valider mon semestre de médecine adulte entourée d'une équipe médicale ouverte et soutenante.

Je remercie le Docteur Philippe Munck, mon directeur de thèse, pour sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements dans ce travail, ainsi que pour toutes nos discussions et l'inspiration qu'il m'a apportée professionnellement et humainement. Je n'aurais pas pu avoir un directeur de thèse qui me corresponde mieux que toi !

Je tiens à remercier également les Docteurs Sylvain Pavageau et Agnès Oude Engberinck pour leur confiance et leur exemple qui m'ont redonné goût à la médecine générale lors de mon stage avec eux et d'avoir accepté d'être assesseurs dans mon jury de thèse. Un merci particulier à Sylvain grâce auquel j'ai rencontré mon directeur de thèse et qui m'a initiée à l'analyse qualitative.

Je remercie pour leur contribution tous les médecins généralistes qui ont accepté de me répondre. Ainsi que toutes les personnes croisées un jour, qui ont d'une manière ou d'une autre influé sur mon chemin de vie et le médecin que je deviens. A ce titre, merci aux membres de mon groupe de méditation narbonnais pour leur présence régulière et leur confiance qui me nourrit à chaque rencontre.

Je remercie aussi tous les médecins aux qualités humaines extraordinaires que j'ai rencontré sur mon chemin et qui ont su m'épauler, m'inspirer et me donner confiance, à commencer par mon médecin de famille le Docteur Pierre Fourier qui le premier m'a montré la valeur irremplaçable de l'empathie dans le soin. Les médecins rencontrés dans mes stages d'internat notamment les urgentistes du centre hospitalier de Narbonne, le Docteur Sophie Schuldiner, les Docteur Hubert Hallé et Bernard Rubiella pour leurs enseignements et leur confiance. Les médecins rencontrés lors de mes formations et diplômes universitaires dont le Docteur Patrick Chavaux. Et surtout le Docteur Martine Plas pour sa transmission lors des formations de MBSR et FMC. Ainsi que les médecins généralistes de Sigean grâce auxquels j'ai enfin eu le sentiment d'être à ma place dans un cabinet de médecine générale.

Je remercie ma mère et mes frères pour leur soutien inébranlable tout au long de mes études, pour leur confiance, leur patience et leur ouverture d'esprit. Sans vous je ne serai pas la femme et le médecin que je suis aujourd'hui. Merci également aux amis indéfectibles (Camille, Justine, Muriel et Matthieu, Olivia, Romain) qui ont été là dans les bons moments comme dans les plus difficiles.

Et enfin, merci à Florian, mon fiancé, pour sa présence au quotidien à mes côtés. Merci pour les heures passées à taper les interviews et à relire cette thèse, pour le soutien psychique et organisationnel, et tout l'amour que tu me montres chaque jour. Tu illumines ma vie.

Je dédie ce travail à mon père, Marc Perche, qui est mort la veille de mon entrée en deuxième année de médecine. Ce chemin de deuil m'a amenée à découvrir la méditation, le yoga et à apprendre à prendre soin de moi pour prendre mieux soin des autres et de l'humain en chacun. Son départ précoce m'a finalement appris à accueillir chaque jour tel qu'il est, et montré à quel point vivre pleinement chaque instant est essentiel.

« Ajouter de la vie aux jours lorsqu'on ne peut plus ajouter de jours à la vie. »

Dr Jean Bernard.

Et aussi souvent qu'on le peut !

Delphine Perche

SOMMAIRE

| | |
|---|----------|
| REMERCIEMENTS | p 1 |
| SOMMAIRE | p 3 |
| INTRODUCTION | p 6 |
| I. La méditation et moi | p 6 |
| II. Méditation et santé | p 7 |
| A) Définitions | p 7 |
| B) Programmes d'intervention de soins basée sur la mindfulness | p 8 |
| C) Principaux résultats d'études sur des pathologies | p 9 |
| D) Recommandations des sociétés savantes | p 11 |
| E) Applications en médecine hospitalière et en médecine générale .. | p 11 |
| III. Contexte et société | p 13 |
| A) Enjeux de santé publique : maladies mentales et psychotropes .. | p 13 |
| B) Contexte sociétal : pathologies liées au stress, burn out des médecins | ... p 14 |
| IV. Problématisation | p 16 |
| | |
| MATERIEL ET METHODE | p 18 |
| RESULTATS | p 21 |
| I. Analyse de l'échantillon | p 21 |
| II. Influence sur la pratique professionnelle du MG | p 23 |
| A) Influence relationnelle | p 24 |
| 1) Relation à soi-même | p 24 |
| 2) « Optimiser la relation aux patients » | p 33 |
| 3) Relation aux collègues | p 40 |
| B) PEC du patient | p 45 |
| 1) Patientèle | p 45 |
| 2) Une prescription basée sur les preuves | p 46 |

| | |
|---|------|
| 3) Une approche personnalisée d'un patient « actif » | p 52 |
| 4) Prescription non médicamenteuse, « une règle hygiéno-d diététique » | p 54 |
| 5) « Un outil de base en médecine générale » | p 55 |
| 6) « Être le médecin que je voudrais être » | p 60 |
| C) Conditions de travail | p 62 |
| 1) « Travailler différemment » | p 62 |
| 2) « Atmosphère de sérénité » | p 64 |
| III. Influence plus globale sur la pratique du MG | p 65 |
| A) Point de départ | p 66 |
| B) Influence sur leur vie personnelle | p 68 |
| 1) Emotions et bien-être | p 68 |
| 2) Ecoute de soi | p 69 |
| 3) « Qualité de vécu » | p 71 |
| 4) Influence relationnelle dans leur vie personnelle | p 72 |
| IV. Limites à l'influence de la méditation dans la pratique du MG | p 73 |
| 1) Le temps | p 73 |
| 2) L'aspect financier | p 74 |
| 3) L'adhésion du patient | p 74 |
| 4) Les croyances négatives | p 75 |
| 5) Les contre-indications | p 79 |
| DISCUSSION | p 81 |
| I. Forces et faiblesse de l'études | p 81 |
| II. Discussion | p 84 |
| A) Relation à soi-même | p 84 |
| 1) Prendre soin de soi | p 85 |
| 2) Cohérence | p 94 |
| 3) Confiance en soi | p 96 |
| B) Aide à la relation | p 98 |
| 1) Les fondamentaux rogoriens | p 98 |

| | |
|--|-------|
| 2) Gestion des conflits | p 101 |
| 3) Autonomisation du patient | p 102 |
| C) Boite à outils | p 103 |
| D) Interventions non médicamenteuses | p 106 |
| E) Limites | p 109 |
| 1) Chronophage ? | p 109 |
| 2) Aspects financiers | p 110 |
| 3) Adhésion des patients | p 111 |
| 4) Illégitimité du MG | p 112 |
| 5) Croyances des pairs | p 113 |
| 6) Contre-indications | p 113 |
| F) Perspectives | p 115 |
| 1) Formation initiale | p 117 |
| 2) Formation continue | p 118 |
| 3) Enseignement à l'école | p 119 |
| | |
| CONCLUSION | p 120 |
| BIBLIOGRAPHIE | p 123 |
| ANNEXES | p 131 |
| - Verbatims | p 131 |
| - Abréviations | p 131 |
| - Serment d'Hippocrate | p 132 |
| - Permis d'imprimer | p 133 |
| | |
| RESUME | p 134 |

INTRODUCTION

I. La méditation et moi

« Mes deux pieds touchent le sol. Je respire. Mon dos jusqu'au sommet de mon crâne s'élève vers le ciel. Je suis présente du début de l'inspire à la fin de l'expire. Comment je me sens, ici et maintenant ? »

Cette introduction de méditation je me la répète presque tous les jours, en prenant quelques minutes de pause entre deux patients ou à midi. Je l'ai pratiqué dans les toilettes pendant mon stage aux urgences, je l'ai pratiqué dans le bureau des internes après une altercation avec un patient ou avant une annonce de mauvaise nouvelle. La méditation m'a accompagnée pendant mon internat et le début de mes remplacements depuis plusieurs années, dans ma vie personnelle comme professionnelle. Je l'ai découvert après avoir fait un burn out. Elle m'a aidée à poursuivre et finir mes études, à garder un meilleur équilibre intérieur quel que soit le contexte, à reconnaître et poser mes limites tout en améliorant mon empathie. Elle m'a permis de prévenir au mieux les effets indésirables du stress, trouver plus de sérénité dans mes journées et dans mes relations, augmenter mon attention à moi et à l'autre avec une distance plus juste. La méditation était d'un tel support pour moi que j'ai voulu la partager aux autres et notamment aux patients. J'ai eu l'occasion de guider des méditations pour des patients hospitalisés en nutrition ou en soins palliatifs, et actuellement j'ai la joie de mener un groupe de pleine conscience hebdomadaire. J'ai fait des formations et rencontré petit à petit d'autres médecins méditants, me sentant alors plus en lien et à ma place dans la communauté médicale. Cela a éveillé ma curiosité et je me suis demandée comment les autres médecins vivaient l'apport de la méditation. Quel est l'impact de la méditation dans leur vie ? Qu'en font-ils et quand pratiquent-ils ? Que leur apporte-t-elle en tant que médecins ? Comment la méditation influence-t-elle leur pratique et leur vie de médecins généralistes ?

II. Méditation et santé

A) Définitions

La méditation est, selon la définition du dictionnaire Larousse, une « attitude qui consiste à s'absorber dans une réflexion profonde » ou la « concentration du corps et de l'esprit sur un thème ou un symbole religieux » (1). Etymologiquement, ce terme est « emprunt[é] au latin *meditari*, fréquentatif de *medeor* « soigner », [et signifie] préparer, avoir en vue quelque chose, s'exercer »(2). Ainsi dans sa racine latine, on voit déjà apparaître l'idée de soigner et de s'exercer. De façon plus détaillée, je citerai Matthieu Ricard, moine bouddhiste français qui participe à de nombreuses études scientifiques sur l'état et les effets de la méditation ainsi qu'à sa vulgarisation : « La méditation est une pratique qui permet de cultiver et 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. Étymologiquement, les mots sanskrit et tibétain, traduits en français par méditation, sont respectivement *bhavana* qui signifie « cultiver » et *gom* qui signifie « se familiariser ». Il s'agit principalement de se familiariser avec une vision claire et juste des choses, et de cultiver des qualités que nous possédons tous en nous mais qui demeurent à l'état latent aussi longtemps que nous ne faisons pas l'effort de les développer » (3). La méditation est donc un exercice basé sur la concentration visant le développement de qualités humaines essentielles, qui dans son essence est déjà en lien avec le soin.

La pleine conscience, de l'anglais *Mindfulness*, signifie selon le Professeur de médecine américain Jon Kabat-Zinn, fondateur du *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society* de l'université médicale du Massachusetts qui a initié les interventions de soins basées sur la méditation, « diriger son attention d'une certaine manière, c'est-à-dire: délibérément, au moment voulu, sans jugement de valeur » (4). « Pour lui, ainsi que pour bon nombre de grands enseignants bouddhistes qu'il a rencontrés, il s'agit d'une qualité humaine fondamentale, une claire conscience de tous les instants, neutre, que l'on cultive en prêtant une attention particulière à l'instant présent, et ce de manière aussi peu réactive, aussi peu discriminante et aussi sincère que possible » (5). Pour le psychiatre français Christophe André qui a participé à l'introduction de la pleine conscience dans le milieu médical français, « la méditation de pleine conscience consiste à

se focaliser sur l'instant présent, sur ses sensations internes et perceptions ». « La pleine conscience est la qualité de conscience qui émerge lorsqu'on tourne intentionnellement son esprit vers le moment présent. C'est 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)» (6)

Le terme médecin généraliste désigne celui qui exerce la « spécialité médicale prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins de santé généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge, ou d'un sexe particulier. » (7) Ainsi dans sa définition courante le médecin généraliste est en charge du bien-être de ses patients, qui fait partie intégrante de la santé selon la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (8). Enfin il est intéressant de noter dans la définition du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales cette citation : « Une présence – voilà ce qu'est avant tout le médecin-généraliste, celui que nous appelions hier et devons appeler encore le médecin de famille (...). Avec les progrès de la médecine, le rôle du généraliste prend en effet une importance accrue ». (9)

Le médecin généraliste (MG) méditant de ma thèse est un médecin installé comme généraliste, qui est initié à la méditation de pleine conscience et la pratique avec une certaine régularité (cf tableau de population).

B) Programmes d'interventions de soins basées sur la pleine conscience

Le programme de Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), en français réduction du stress par la pleine conscience, a été développé par le Dr J. Kabat-Zinn dans sa clinique de réduction du stress de l'hôpital du Massachussetts. « Conçu initialement pour réduire le stress dû à la maladie, aux douleurs chroniques, aux traitements pénibles » (5) ce programme a fait l'objet de « nombre d'études descriptives longitudinales [qui] ont montré [son] efficacité dans la réduction de la douleur et des symptômes secondaires à la douleur. Elles ont aussi montré que le programme se révélait efficace sur les comportements de patients qui présentent un large spectre de maladies accompagnées de douleurs

chroniques. » ainsi que « sur la réduction de symptômes médicaux et psychologiques chez des patients [...] sans douleurs secondaires. » (5)

Devant l'efficacité de ce programme, d'autres programmes d'interventions de soins basées sur la pleine conscience ont été développés, et notamment la Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT), en français thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, mis au point par Z. Segal, J. Teasdale et M. Williams pour « la prévention des rechutes dépressives » (10).

C) Principaux résultats d'études scientifiques

De nombreuses études ont été menées sur les effets de ces programmes dans de multiples pathologies depuis les années 2000. Une revue de la littérature de ces études a été faite en 2014 dont je vais reprendre ici les principaux effets notés.

Commençons par les pathologies psychiatriques. Dans le syndrome dépressif les études montrent « une diminution de la symptomatologie dépressive en aigu ou en rémission » (11). Dans les troubles anxieux tout type confondu, on trouve un intérêt avec des effets « maintenus à 3 mois post intervention » mais « sans supériorité par rapport aux TCC » (11). Dans les troubles d'addiction à des substances, il y a de multiples effets positifs « supérieurs à un contrôle actif spécifique » (11). Dans les troubles du comportement alimentaire de type boulimique, les études montrent une efficacité pour « diminuer les envies compulsives de nourriture et la dysmorphophobie » et améliorer « les émotions liées à la nourriture » (11). Dans les troubles de la sexualité chez les femmes ayant subi des violences sexuelles, on voit « une amélioration du niveau de désir et de plaisir » ainsi qu'une « diminution de la souffrance liée à la sexualité » significatives. Les troubles psychotiques sont quant à eux souvent considérés comme une contre-indication à la méditation mais des études ont montré « une amélioration du fonctionnement global » ainsi qu'une diminution des hospitalisations et de « la sévérité des symptômes » (11), nécessitant d'autres études de confirmation. Dans les troubles du sommeil, « les études rapportent une amélioration de la qualité du sommeil et/ou du fonctionnement diurne au sein de population variée, avec ou sans comorbidités physiques et psychiques » (12) sans forcément de supériorité par rapport aux somnifères mais également sans les effets indésirables qu'on leur connaît.

Concernant les douleurs chroniques, de nombreuses études ont été réalisées. Globalement elles montrent « des effets significatifs bien que faibles pour diminuer l'intensité de la douleur » et améliorer la qualité de vie. A noter que les améliorations sont plus importantes en cas de douleurs d'arthrite ou de douleurs rachidiennes avec des bénéfices notables notamment sur la limitation fonctionnelle ou la consommation d'antalgiques (11).

Dans le cadre des pathologies somatiques, l'application en cancérologie a été très étudiée faisant ressortir la pleine conscience comme un outil d'amélioration de la santé mentale et de la qualité de vie, y compris en soins palliatifs (11). Plusieurs études montrent une « amélioration significative » dans le cadre de l'hypertension artérielle en comparaison à « des programmes contrôles d'éducation thérapeutique divers » (11), avec un effet d'autant plus important que la tension de base est élevée, ce qui en fait pour le moment la seule pathologie somatique où la méditation peut être proposée en curatif. L'une de ces études a été menée « chez des personnes âgées à faibles revenus » attestant « la faisabilité du programme quel que soit le niveau socio-culturel » (11). En rhumatologie et surtout dans la polyarthrite rhumatoïde, les intérêts retrouvés sont nombreux avec notamment une amélioration de la souffrance psychologique et de l'asthénie (11). Des études ont été menées sur des populations séropositives au VIH montrant une « amélioration des symptômes physiques et psychologiques » ainsi que sur les effets indésirables des traitements antirétroviraux (11). Des études ponctuelles ont montré des effets significatifs dans d'autres pathologies chroniques comme le psoriasis avec une diminution des lésions, dans la sclérose en plaques, dans l'insuffisance cardiaque et le syndrome coronarien, dans l'asthme avec une amélioration de la qualité de vie (11).

Concernant les plaintes somatiques et fonctionnelles, des études randomisées sur le syndrome post ménopausique et les troubles fonctionnels intestinaux ont retrouvé des effets significatifs tant sur la diminution des symptômes décrits que sur l'amélioration de la qualité de vie et de la souffrance psychologique associée (11).

Des études ont été menées sur des patients présentant diverses pathologies chroniques et ont montré des résultats significatifs sur l'amélioration de la santé mentale et

de la souffrance psychologique. Ses résultats sont d'ailleurs retrouvés dans des études portant sur la population générale (13).

D) Recommandations de sociétés savantes

Devant ces résultats concluants de plus en plus nombreux, les sociétés savantes commencent à inclure la méditation dans leurs recommandations.

En avril 2012, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en Angleterre met à jour ses recommandations pour la prise en charge de la dépression (14). Il recommande le MBCT pour prévenir les rechutes dépressives, ce qui amène de nombreuses assurances médicales privées à le rembourser.

En mai 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) en France recommande la méditation de pleine conscience dans la prise en charge du burn out.(15)

En juillet 2017, le Journal de la Société Américaine de Médecine (JAMA) « propose en 1ère ligne du traitement de l'anxiété la méditation de pleine conscience, au côté de l'exercice physique ». (16,17)

En septembre 2017, l'American Heart Association (AHA) recommande la méditation en complément des traitements médicamenteux traditionnels en prévention primaire et secondaire des maladies cardiovasculaires (18).

E) Applications en médecine hospitalière et en médecine générale

Des séances de méditation de pleine conscience et des programmes MBSR ou MBCT sont proposées dans des hôpitaux français de plus en plus nombreux ; dans des services de psychiatrie comme à l'hôpital Sainte Anne avec le Docteur Christophe André ou au centre hospitalier universitaire (CHU) de Marseille (19). Mais aussi dans d'autres services, comme celui de l'Hôpital des enfants du CHU de Toulouse (20), les services de neurologie, cardiologie et centre de la douleur au CHU de Bordeaux (21), le service de néphrologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris (22), le service de rhumatologie du CHU de Strasbourg avec le Dr Jean-Gérard Bloch. A noter également que de plus en plus de facultés de médecine proposent un diplôme universitaire sur la méditation en santé,

comme historiquement le diplôme universitaire (D.U) « Médecine, méditation et neurosciences » à Strasbourg ou depuis deux ans à Montpellier le D.U « Méditation et Santé ».

Au vu des nombreux résultats positifs d'études portant sur la méditation dans diverses pathologies tant psychiatriques que somatiques rencontrées en soins primaires, cette intervention thérapeutique non médicamenteuse a toute sa place en médecine générale. C'est d'autant plus vrai que cette pratique ambulatoire requiert l'autonomisation et la responsabilisation du patient. Cependant l'accès à un programme de MBSR ou MBCT est restreint puisque seuls 216 instructeurs sont répertoriés par l'association de formation française à la pleine conscience (23). Il existe néanmoins d'autres possibilités pour pratiquer la méditation soit avec un thérapeute en individuel, soit à l'aide d'un support comme les enregistrements audio sur CD ou DVD, les applications sur smartphone ou les livres, sur lesquels les études menées sont peu nombreuses mais prometteuses (24,25).

III. Contexte et société

Le 20 juin 2019 se tenait le premier colloque de Pleine Conscience du Ministère des Solidarités et de la Santé en France sous le titre « Interventions basées sur la pleine conscience, sciences santé et société : lever les doutes, ouvrir les perspectives » (26). Par ailleurs, deux rencontres parlementaires ont eu lieu en 2017 sur l'impact de la méditation, et deux programmes de MBSR ont eu lieu à l'assemblée nationale pour des députés en janvier 2018 et janvier 2019 (27). Cela montre la place qu'est en train de prendre petit à petit la méditation de pleine conscience dans la société française et l'intérêt qu'elle suscite chez nos dirigeants.

A) Enjeux de santé publique : maladies mentales et psychotropes

Le Haut Conseil de Santé Publique dans son rapport sur les objectifs de la santé publique d'avril 2010 parlent des troubles mentaux en France qui sont en nombres considérables. « Par leur retentissement sur la vie des patients, ils constituent un problème essentiel en termes de santé publique d'autant qu'ils sont à l'origine de handicaps, d'incapacités et de désinsertion sociale, pesant lourdement sur la qualité de vie des personnes et de leurs proches ». « L'OMS considère que les pathologies psychiatriques évoluent selon une tendance croissante, les troubles bipolaires et dépressifs se trouvant parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle au niveau mondial ». « De plus, bien que les troubles psychiques soient souvent sous-diagnostiqués, la consommation de psychotropes en France est la plus élevée d'Europe » (28).

La Haute Autorité de Santé fait écho en dénonçant qu'en « France, la consommation des médicaments psychotropes est excessive et tend à se banaliser, particulièrement chez les personnes âgées. Plus d'un tiers des personnes de plus de 65 ans consomme de façon prolongée des médicaments anxiolytiques ou hypnotiques (benzodiazépines pour l'essentiel) » dont on connaît les effets iatrogènes néfastes (29). Ainsi dans notre société, les pathologies psychiatriques se multiplient et posent un problème de santé publique qui tend à augmenter, auquel s'ajoute la surconsommation de psychotropes dans notre pays. Cela représente par ailleurs un coût considérable. « Sur les 133,6 millions d'euros de soins remboursés en 2015, l'Assurance maladie en a consacré 19,3 aux traitements

psychiatriques et aux psychotropes. C'est plus que pour le traitement des cancers (14,1 Mds€) ou celui du diabète (6,8 Mds€) » révèle l'étude de la Caisse nationale d'assurance maladie en 2017 (30). La méditation représente une bonne alternative aux psychotropes pour de nombreux patients atteints de ces troubles mentaux permettant d'éviter la iatrogénie qui y est associée et de diminuer les coûts sur le long terme.

B) Contexte social : pathologies liées au stress, burn out des médecins

En 2016, selon une étude du ministère du Travail, « au moins 64% des actifs occupés déclarent être soumis à un travail intense ou subir des pressions temporelles » qui sont parmi les facteurs de risques principaux des troubles psycho-sociaux (31). Ces troubles sont définis comme un risque pour la santé physique et mentale du travailleur en lien avec les conditions de travail et d'organisation de celui-ci ainsi que les relations professionnelles. « Plusieurs types de risques sont à distinguer : le stress provenant du sentiment de ne pas atteindre les exigences ou les attentes demandées ; les violences internes commises par des travailleurs : conflits majeurs, harcèlement moral ou sexuel ; les violences externes, exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés ; le syndrome d'épuisement professionnel. » (31)

L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles relève diverses symptômes physiques, émotionnels et intellectuels induits par un état de stress chronique. « Ces symptômes ont des répercussions sur les comportements : recours à des produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques, stupéfiants...), repli sur soi, difficultés à coopérer, diminution des activités sociales, agressivité ». Avec le temps si ce stress persiste, on constate une altération de la santé avec apparition de différentes pathologies comme le syndrome métabolique, des maladies cardio-vasculaires, des troubles musculo-squelettiques, des syndromes anxio-dépressifs, des troubles hormonaux ainsi qu'une augmentation du risque d'accident du travail (32). Ainsi les programmes de méditation pleine conscience ont des effets constatés sur la plupart des pathologies citées ci-dessus. Ils sont une proposition pertinente de prévention des répercussions sur la santé de ces troubles psycho-sociaux très présents actuellement, auxquels les médecins généralistes sont de plus en plus souvent confrontés.

Les médecins sont aussi concernés directement par ces troubles psycho-sociaux. Une méta-analyse parue début 2019 fait état d'une prévalence du burn out de 49% chez les médecins français en exercice, dont 5% en burn out sévère (33). Cela représente un nombre considérable de médecins en activité en épuisement professionnel. Or c'est une cause majeure d'arrêt de travail pouvant mettre en péril le système de santé, mais également une cause de dépression, d'addiction et de suicide chez les médecins. Une revue de littérature canadienne a également montré que le bien-être des médecins est une condition nécessaire à une haute qualité de soins (34). Le Ministère des affaires sociales et de la santé dans son plan de stratégie nationale « prendre soin de ceux qui nous soignent » de 2016 fait état de ce « sentiment de malaise des professionnels de santé [qui] s'exprime, associé au sentiment de travail mal fait, autrement nommé conflit de valeurs, et qui peut être à l'origine de risques psychosociaux ». « Pour répondre aux attentes exprimées par les professionnels et aux enjeux identifiés, il est indispensable de déployer une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail et d'en faire une priorité politique»(35). Dans ce contexte, des études ont été faites sur les bienfaits de la méditation auprès des médecins et montrent par exemple que « le groupe ayant participé aux séances de méditation en pleine conscience rapporte une claire réduction du sentiment de stress et de burn out. Une telle diminution n'est pas observée au sein du groupe ayant bénéficié d'une heure de pause hebdomadaire supplémentaire. Les auteurs concluent donc que la méditation en pleine conscience pourrait faire partie des outils du médecin dans sa pratique quotidienne afin de l'aider à la gestion du stress. »(36)

Dans ce contexte sociétal où les troubles psycho-sociaux sont devenus des enjeux de santé publique pour tous les travailleurs et de façon prépondérante pour les médecins, la méditation de pleine conscience offre une possibilité de prévention et de prise en charge des pathologies liées au stress. Elle permettrait notamment d'apporter une meilleure qualité de vie au travail et un ressenti de satisfaction plus important aux médecins.

IV. Problématisation

Mon interrogation de départ était : Qu'apporte la méditation de pleine conscience au médecin généraliste méditant ? En tant qu'étudiante de médecine générale et méditante, l'expérience de médecins expérimentés m'intéresse. Les nombreux intérêts montrés par les recherches ont amené actuellement à une mise en œuvre à l'hôpital et une promotion par les décideurs politiques. Cependant la méditation reste peu connue en pratique par les médecins, qui sont pour le moment encore peu nombreux à être formés. L'exploration de l'expérience des praticiens de ville initiés est donc un sujet pertinent, voire nécessaire, et n'a, à ma connaissance, jamais été menée à ce jour.

Le verbe apporter signifie selon le Larousse « fournir, procurer, donner quelque chose » ou encore « mettre telle qualité, telle aptitude au service de quelque chose » (37). Mon expérience ainsi que celle de mon directeur de thèse, médecin généraliste méditant, se recoupaient avec des études comme « no burn out » (38) montrant des bénéfices sur les ressentis des étudiants en médecine. Cela nous faisait dire que la pleine conscience est un apport positif pour la vie professionnelle, personnelle ainsi que pour la pratique médicale du médecin. Cependant il se peut qu'elle ne procure pas forcément une qualité ou une aptitude. Certains vécus pourraient être plus subtils ou négatifs. Le verbe influencer qui signifie « exercer une action continue sur quelque chose ou quelqu'un » (39) sans présager de la nature de cette action est alors plus approprié.

D'autre part, il s'avère que c'est dans la pratique que les médecins généralistes ne sont pas informés et formés. C'est donc l'influence pratique de ceux qui sont formés qui sera explorée dans cette recherche. Le mot pratique signifie « l'exercice d'un métier, surtout médical », mais aussi la « connaissance acquise par l'expérience, par l'action concrète » et « l'application, l'exécution, la mise en action des règles, des principes d'une science, d'une technique... par opposition à la théorie » (4). Toutes ces facettes de la pratique des médecins interrogés pourront donc être abordées.

La question de recherche est donc : Comment la méditation de pleine conscience influence la pratique des médecins généralistes méditants ?

L'objectif de ce travail est de comprendre l'influence de la méditation de pleine conscience dans les différents aspects de la pratique du médecin généraliste en explorant l'expérience vécue des médecins généralistes méditants.

MATERIEL ET METHODE

A) Choix de la méthode

Cette étude cherche à explorer les ressentis, les comportements et l'expérience personnelle de la méditation des médecins généralistes méditants. Etant donné que la recherche qualitative est issue des sciences humaines et sociales et a pour but d'étudier les comportements et les représentations des individus, une étude qualitative descriptive et analytique était donc la plus appropriée.

L'étude a été réalisée sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés. Ce mode de recueil de données paraissait le plus adéquat pour assurer l'intimité et laisser la liberté à chaque praticien de s'exprimer tout en les canalisant sur le thème choisi.

B) Guide d'entretien

Les entretiens ont été guidés par des questions pré-établies élaborées pour recueillir le maximum de la richesse du vécu de chaque praticien interrogé. J'ai été amenée à faire légèrement évoluer le questionnaire au fur et à mesure des interviews, notamment dans sa formulation. J'ai fait attention à essayer de rester neutre, à laisser le plus possible la parole aux médecins interrogés, à favoriser les développements tout en respectant leurs éventuels temps de silence et à reformuler pour m'assurer de ma bonne compréhension.

Une première partie permettait un recueil informatif sur l'interviewé, notamment concernant sa formation, son mode d'exercice et les particularités de sa patientèle. Les informations administratives comme l'âge, la durée d'installation et d'expérience de la méditation ainsi que la régularité pratique étaient recueillies brièvement en amont.

Une deuxième partie se concentrait sur le sujet de la thèse. Composée de cinq questions ouvertes, avec d'éventuelles questions de relance, elle a pour but d'amener l'interviewé à évoquer le plus largement possible son expérience personnelle de la méditation en tant que médecin généraliste tout en recentrant le discours.

Le guide d'entretien dans sa forme finale était le suivant :

1. Quel est votre parcours médical (formations, forme d'installation, patientèle...) ?
2. Parlez-moi de votre expérience de la méditation ? (Depuis combien de temps méditez-vous ? Comment êtes-vous arrivé à la méditation ?)
3. En quoi cette pratique a-t-elle modifié votre exercice ? (Organisation, ressentis...)
4. Comment la méditation a-t-elle modifié votre attitude de médecin ?
5. Comment intégrez-vous cette pratique dans votre prise en charge du patient ? (Pour quelles pathologies vous y référez-vous ?)
6. Que voudriez-vous ajouter concernant la méditation en médecine générale que nous n'aurions pas abordé ?

C) Recrutement

Une partie du recrutement s'est faite par l'intermédiaire de l'association FMC action qui m'a transmis une liste de médecins ayant participé à des formations pratiques sur la mindfulness. J'ai rencontré certains d'entre eux personnellement lors de l'une de ces formations. Ces médecins ont été contactés par un email leur proposant de participer à mon étude dont le sujet était précisé : « l'influence de la méditation en médecine générale ». La durée de l'entretien d'environ 20 minutes était spécifiée. J'ai fixé un rendez-vous par email avec ceux qui répondaient positivement.

Une autre partie du recrutement s'est faite par mon réseau personnel ou celui de mon directeur de thèse. Dans ce cas les médecins ont été contactés par téléphone ou de visu pour leur exposer le sujet de ma thèse et fixer un rendez-vous.

Le recrutement ne se voulait pas représentatif, cette étude étant qualitative et étant donné le nombre restreint de médecins méditants et volontaires pour cette recherche. Une diversité maximale a tout de même été recherchée.

D) Réalisation des entretiens et verbatims

Les entretiens se sont déroulés lors de rendez-vous individuel fixé par avance, de visu ou, le plus souvent, téléphonique entre le 28 février 2018 et le 14 mai 2019. Ils ont duré entre 8 et 31 minutes, soit une durée moyenne de 18 min 30. A noter que le temps des

entretiens s'est allongé après les trois premiers, mon expérience me permettant d'être plus à l'aise avec mes pairs et de mieux relancer leur réflexion.

L'échange était enregistré par dictaphone ou smartphone, après accord, puis retranscrit littéralement, en étant le plus fidèle possible au langage employé dans le sens large comprenant les mots, mais aussi les sons/silences des interviewés et les éléments contextuels (40). J'ai utilisé le logiciel de traitement de texte Microsoft Office Word®.

E) Arrêt de l'étude

L'étude s'est arrêtée à l'obtention de la saturation des données, c'est-à-dire l'absence de nouveaux éléments pertinents lors de l'analyse des verbatims. Elle a été obtenue après dix entretiens, deux entretiens supplémentaires ayant permis de confirmer la saturation des données.

F) Analyse

L'analyse choisie est phénoménologique(41), correspondant tout à fait à la pratique de la méditation de pleine conscience qui est elle-même une pratique d'observation des phénomènes vécus.

Les données recueillies ont été lues à plusieurs reprises, d'abord en lecture flottante intuitive pour m'imprégner de l'impression générale de chaque entretien puis en lecture focalisée avec prise de notes permettant finalement le découpage en unités de sens. La retranscription des premiers entretiens m'a permis de prendre du recul sur mon malaise lors de l'échange avec mes pairs et de mieux visualiser les questions de relance et le positionnement adapté pour la suite du recueil de données.

Les éléments signifiants ressortant des verbatims ont été reportés dans des tableaux pour permettre une analyse efficiente des résultats et une catégorisation par comparaison constante. L'organisation du sens s'est faite à partir d'un ordonnancement logique (40).

Les résultats suivants sont issus de cette analyse sémio-pragmatique, leur interprétation sera l'objet de la discussion.

RESULTATS

I. Analyse de l'échantillon

- Caractéristiques épidémiologiques

Sur les douze médecins interrogés, huit sont des femmes, quatre des hommes.

Le médecin le plus jeune a 31 ans, le plus âgé 61 ans, avec une moyenne d'âge de 47 ans.

- Caractéristiques d'exercice de la médecine générale

Quatre médecins sont installés depuis moins de 7 ans, quatre depuis 10 à 20 ans, quatre depuis plus de 20 ans.

Deux médecins exercent seuls, les autres exercent en cabinet de groupe.

Cinq médecins sont installés en ville, trois en milieu semi-rural et deux en milieu rural.

- Formations

Tous ont fait des diplômes universitaires (D.U) et formations complémentaires :

- six ont fait le D.U d'entretien motivationnel,
- six ont fait le D.U de Thérapie Cognitive-Comportementale (TCC) et/ou formation à la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) faisant partie de la troisième vague des TCC,
- quatre ont une formation en homéopathie,
- quatre ont une formation à la médecine d'urgences.

Parmi eux, cinq praticiens sont maîtres de stages universitaires.

- Pratique de la méditation

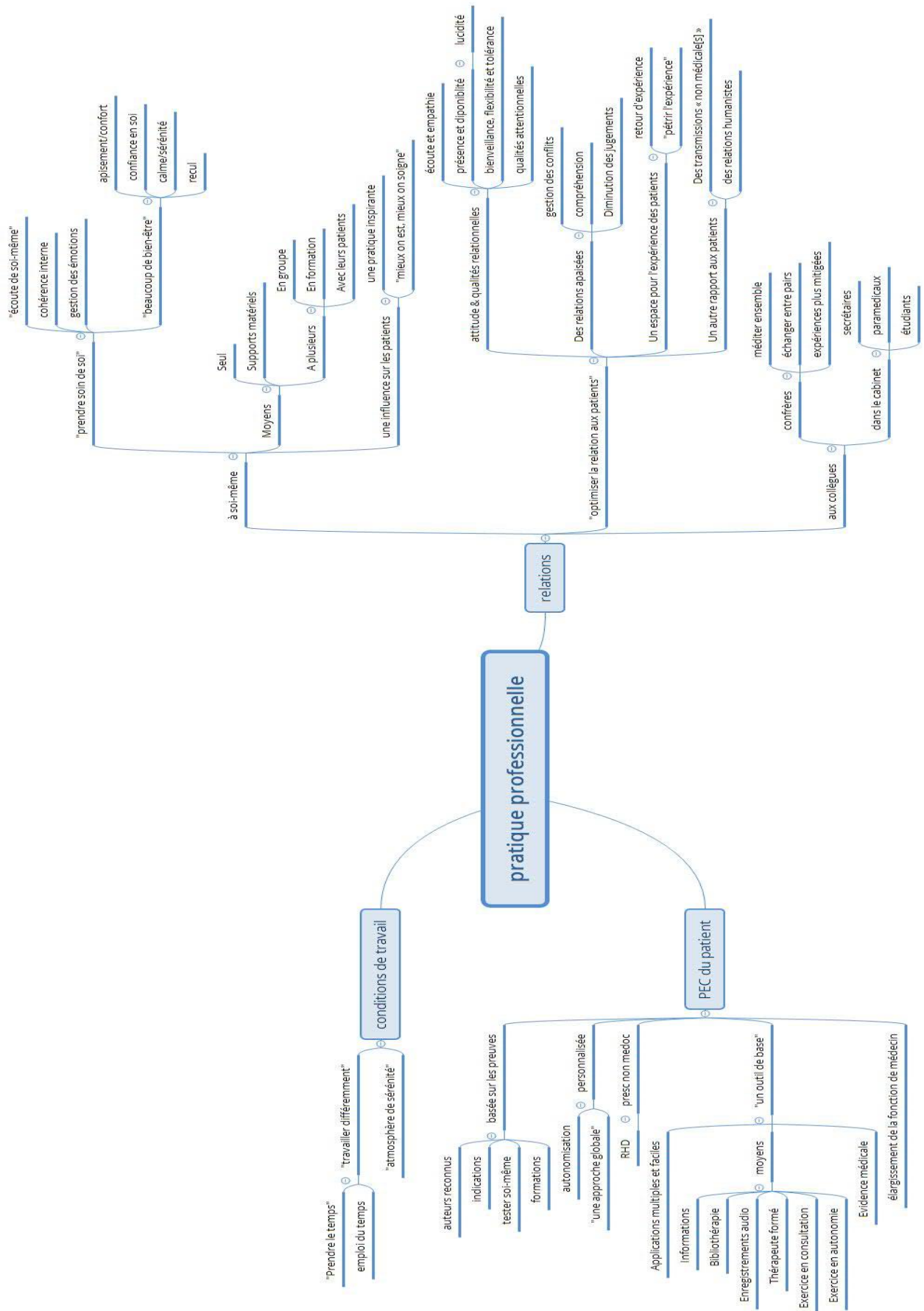
Trois médecins méditent depuis 1 an, sept médecins méditent depuis 2 à 5 ans, deux méditent depuis plus de 5 ans, pour une moyenne de 3.5 ans d'expérience de méditation.

Trois médecins pratiquent quotidiennement, sept médecins pratiquent une à trois fois par semaine, deux médecins de façon bimensuelle.

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

| | Age | Sexe | Durée d'installation | Mode d'exercice | Formation, DU | MSU | Pratique de la méditation |
|----|-----|------|----------------------|---------------------------|---|-----|--|
| 1 | 53 | F | 18 ans | -Groupe -Ville | Urgences, homéopathie | oui | 3 ans 3 fois /semaine |
| 2 | 53 | F | 23 ans | -Groupe -Semi rural | Homéopathie, acupuncture | | 4 ans hebdomadaire |
| 3 | 34 | F | 4 ans | -Groupe -Ville | Urgences, | | 1 an 2 fois /semaine |
| 4 | 52 | F | 20 ans | -Seule -Rural | Capacité d'urgences, DU entretien motivationnel, process com | oui | 1 an quotidienne |
| 5 | 51 | F | 19 ans | -Groupe -Ville | Homéopathie, hypnose | oui | 3 ans hebdomadaire |
| 6 | 36 | F | 4 ans | -Groupe -Semi rural | DU autisme, DU gynéco, DU TCC, DU tb du dvpmt de l'enfant | | 4 ans 2 fois /semaine |
| 7 | 42 | H | 6 ans | -Groupe -Ville | DU TCC, DU entretien motivationnel | oui | 5 ans Bi mensuel |
| 8 | 61 | H | 32 ans | -Groupe -Rural | DU pédiatrie, homéopathie, EHPAD, DU TCC, DU entretien motivationnel | | 6 ans hebdomadaire |
| 9 | 52 | F | 21 ans | -Seule -Semi rural | DU TCC, DU entretien motivationnel | oui | 1 an hebdomadaire |
| 10 | 59 | H | 33 ans | -Groupe -Semi rural | Pompier (urgences), judo, précarité, DU TCC, DU entretien motivationnel, ITEP | | 10 ans quotidienne |
| 11 | 31 | F | 2 ans | -Groupe -Semi rural | DU médecine tropicale et médecine humanitaire, DU addictologie pratique | | 2 ans, Initialement 3 fois/sem, maintenant bi mensuel |
| 12 | 41 | H | 10 ans | -Groupe -Ville | DU entretien motivationnel, ACT | | 2 ans Quotidienne, formelle ou informelle |

II. Influence sur la pratique professionnelle



A) Influence relationnelle

1) Relation à soi-même

L'influence sur la relation à soi-même est un grand thème abordé par les médecins interrogés.

1. « Prendre soin de soi »

Beaucoup de praticiens l'ont dit spontanément : « la méditation permet de prendre soin du médecin. ». Le MG8 en est convaincu : « donc ça fait aussi parti de ça. La méditation, du prendre soin de soi. Un soignant qui prend pas soin de lui à un moment donné, il va se casser la gueule ».

MG3 : « On a tous traversé des choses très très dures et ça, je pense que nous former à le faire pour nous-même déjà dès notre plus jeune âge d'étudiant, ce serait quelque chose, vu le métier qu'on fait, ce serait pas du luxe ! »

MG5 : « je vois ça comme un outil pour se protéger et pour essayer d'être bien dans sa peau ».

MG8 : « ça fait aussi parti de ça. La méditation, du prendre soin de soi. » « Moi j'en entends beaucoup parler mais c'est surtout beaucoup pour moi. »

MG9 : « mais c'est d'abord moi, personnel, pour être bien ».

MG12 : « Le soin, le soin de moi-même en fait. »

a. « Ecoute de soi-même »

Plusieurs médecins ont remarqué de façon claire que la méditation leur amène une plus grande écoute de « leurs ressentis », de leur état.

MG4 : « ce que j'apprécie aussi beaucoup dans la méditation c'est aussi justement d'être tournée, tournée vers ses ressentis. De parler plus de soi. » « D'être plus à l'écoute de soi-même. »

MG7 : « je suis assez à l'écoute de comment je vais, comment je suis pour pouvoir aussi du coup mieux me prendre en charge ».

MG10 : « je prends un petit temps pour m'accueillir moi ».

MG11 : « je suis plus dans l'écoute, je suis plus dans la sensation, je suis plus attentive à l'extérieur ou à ce qui se passe à l'intérieur ».

Cela leur permet de s'autodiagnostiquer et s'autoprescrire de la pratique méditative si besoin.

MG2 : « Quand j'aurai besoin de plus, bah je vais faire plus sûrement. » [parlant de sa pratique méditative]

MG7 : « repérer quand je suis pas bien et quand j'ai besoin de pratiquer ».

MG11 : « C'est comme une ressource quoi. Dans laquelle je pourrai aller puiser. Je sais que c'est là. »

MG12 : « Et quand je vais pas bien je me dis souvent « putain mais je vais pas bien quoi » ... enfin des fois je suis dans des périodes où je suis triste [...] je me dis « putain mais remets toi à méditer, refais du sp... » et du coup je fais ça et effectivement et ça va vraiment très mieux quoi. Voilà. Moi : D'accord. Tu t'appliques tes prescriptions non médicamenteuses. 12^e interviewé : Exactement ! (rires) »

Cela permet aussi au MG10 de mieux s'accepter : « Je trouve que ça a été très aidant pour moi pour augmenter ma flexibilité d'être humain et accepter qui je suis ».

b. « Cohérence » du médecin

Quelques médecins ont insisté sur l'importance « d'être en accord avec [eux]-mêmes » dans leur pratique médicale grâce à la méditation.

MG7 : « pour être en accord avec ce qui me semble être bien et faisable c'est important de pratiquer aussi au moins un minimum et puis plus quand il y a besoin ».

« en tous cas moi ça m'amène [respiration] un accord ou... en tous cas moi j'essaie de de respecter mes valeurs et d'être en en accord avec moi-même [...] voilà, une cohérence. »

MG10 : « accepter que par moment je puisse déroger à mes règles et valeurs sans pour autant ne plus être intègre », « je reste selon la définition de Christian G intègre, c'est-à-dire conforme à l'expression de mes valeurs ».

« L'important c'est d'être euh en accord avec moi-même, en vibrations [...], d'être honnête par rapport à moi ».

« J'essaie d'être très en pleine conscience et acte, de mettre en pratique ... en fait dans ma façon de pratiquer la médecine, j'ai toujours essayé – même si je n'ai pas toujours réussi – à incarner ce que je pensais profondément ».

MG12 : « c'est travailler en ayant conscience de tes valeurs, tu vois de pourquoi tu fais les choses [...] C'est vraiment quelque chose de central ».

« J'ai besoin d'agir selon mes valeurs. Incarner je sais pas.[...] voilà d'être cohérent. Et de le faire en conscience »

c. Gestion des émotions

Ils ont été nombreux à rapporter que la méditation leur permet de « gérer beaucoup mieux [leur] anxiété » (MG6) et leur « stress » (MG7)

MG3 : « quand j'ai un patient qui m'a pris la tête, quand... voilà toutes les situations où on sent que ça monte ça monte comme une cocotte-minute et qu'on va exploser. Là je peux faire une séance rapide de 3 minutes entre 2 patients et tout de suite pouf! Je reviens à mon émo de base. Et ça me permet donc d'être moins irritable ».

MG4 : « C'est une façon pour moi aussi de canaliser mon empathie sans me faire non plus, je veux dire happer et manger un petit peu par les gens qui m'entourent ».

MG6 : « ça m'a permis de gérer beaucoup mieux [rires] mon anxiété à moi aussi du coup ». « et des surcharges voilà. Quand je suis un peu en surtension, en surcharge de travail, en surcharge cognitive. Le fait de me poser, d'apprendre à être là dans l'instant et ne rien attendre d'autre particulièrement ».

MG7 : « Par rapport à MOI, ça l'a modifié parce que j'arrive à BIEN, j'arrive à beaucoup mieux gérer... gérer mes pensées, gérer mon stress, gérer mes angoisses ». « Nous on ne se pose pas la question de se brosser les dents tous les soirs, eux ils se ils se posent pas la question de prendre soin de leurs émotions et de comprendre comment fonctionnent leurs émotions. Ils méditent, ils méditent tous les jours comme nous on se brosse les dents tous les jours. »

MG9 : « déjà en étant plus zen pour moi-même. Pendant une consultation ça m'aide à ne pas penser à tous les trucs extérieurs qui pourraient être stressants, parasitants ».

MG10 : « je médite un peu pour me reposer de toutes mes pensées de façon d'éviter d'être dans une anticipation anxieuse de ma journée ». « Donc souvent quand je suis un peu en surchauffe personnelle. Genre entre deux patients je fais un petit break ».

MG12 : « la pleine conscience, parce que c'est pas de la méditation mais de la pleine conscience, c'est vrai que ça me permet peut-être de retomber sur mes pattes. Mais parce que je respire tu vois. Je respire. Je le fais certainement par réflexe aussi maintenant » en cas de stress.

d. « Beaucoup de bien-être »

Comme l'a dit le MG4 : « donc moi ça je trouve que c'est une bouffée d'oxygène », la plupart des généralistes ont parlé du « bien-être » (MG5) que la méditation leur apporte.

MG8 : « et puis parce que ça fait du bien ».

MG10 : « Et là je pars pour en fait une méditation centrée sur le souffle d'une demi-heure ce qui me fait énormément de bien » [en consultation].

- Apaisement et confort

Ils ont été plusieurs à rapporter un vécu plus confortable et apaisé.

MG1 : « en tous cas pour le médecin [rire] c'est déjà très très très confortable et très apaisant ».

MG2 : « Voilà. Qui m'apaise ».

MG5 : « En fait on a besoin de réconfort au quotidien. La méditation je pense que c'est un bon outil ».

MG6 : « ouais ça me permet une approche plus apaisée des choses on va dire. »

MG10 : « Et donc ça me fait beaucoup moins mal, donc c'est beaucoup plus confortable ».

- Confiance en soi

Trois médecins se sont dit rassurés ou « plus à l'aise » grâce à la méditation.

MG2 : « qui me rassure »

MG9 : « oui oui parce qu'avant j'étais pas à l'aise de laisser repartir un patient les mains vides. »

MG11 : « peut-être que je me sens un peu plus à l'aise parce que j'ai des choses à proposer aux gens. Tu vois, j'appréhende mieux les patients anxieux, les patients un peu perdus, parce que j'ai ça à leur proposer et au fond je sais que ça peut leur faire du bien » ?

« Ptet avoir un peu plus confiance en moi ».

- Calme et sérénité

MG5 : « D'être plus calme. D'avoir un calme intérieur. »

MG8 : « Pour me calmer un peu »

MG9 : « oui oui oui ouais plus sereine ».

- « Recul »

MG3 : « je peux beaucoup plus prendre du recul ».

MG5 : « voir les choses d'une autre façon, arriver à se... comment dire c'est difficile... Prendre conscience des choses simples mais qui peuvent apporter beaucoup et de pas toujours anticiper et se faire du soucis ».

MG7 : « c'est pas mal de prendre un peu de recul et de faire la méditation aussi ».

MG8 : « Ça apprend à prendre de la distance avec les choses et à faire la différence ».

MG9 : « plus de recul, euh plus oui oui oui »

MG10 : « Et puis le jour où de toute façon j'en aurais vraiment marre, je travaillerais un petit peu moins et je viendrais un petit peu moins au cabinet et j'aurais un petit peu moins de papiers et tout ça n'est pas très important ». « le jugement est devenu quelque chose de moins en moins important et au niveau de mon ego il y a beaucoup de choses qui sont de moins en moins importantes. »

MG11 : « pour aider à mettre une espèce de distance avec le travail aussi. »

Ainsi, comme l'a dit le MG10 : « je dis pas que ça marche à tous les coups mais il y a bien souvent où ça m'aide aussi énormément », faisant écho au MG12 : « En tout cas ce qui est certain c'est que quand je pratique, je suis dans une période bien. »

2. Moyens

Ils ont décrit différentes façons de le mettre en œuvre pour eux-mêmes.

a. Seul

Ils étaient nombreux à pratiquer seul.

MG12 : « puis finalement plus ça va et plus je préfère ne pas avoir de... ne pas être guidé. Le faire seul quoi ».

MG8 : « je fais ça tout seul ».

MG6 : « j'ai préféré continuer toute seule. »

MG3 : « j'ai essayé de m'y mettre pas mal toute seule. »

MG2 : « quand je suis seule à la maison ».

- Le matin

Certains ont décrit une pratique matinale « avant de commencer la journée ».

MG8 : « puis chez moi le matin, je me réveille souvent tôt. J'ai le temps le matin. Donc il m'arrive de me poser sur mon lit et de méditer tout seul, voilà. [...] je fais ça tout seul.[...] avant de commencer la journée. »

MG10 : « Le matin, en fait dès le matin je médite un peu ».

- Prendre une pause dans leur journée

Ils ont aussi rapporté faire un « break » « entre 2 patients ».

MG3 : « Là je peux faire une séance rapide de 3 minutes entre 2 patients ».

MG8 : « Moi : Comment tu l'intègres dans ta vie de médecin ? 8^e interviewé : et ben le break de temps en temps. »

MG10 : « Genre entre deux patients je fais un petit break et puis entre midi et deux quand je reste au cabinet je prends toujours un temps de méditation en fonction du temps que j'ai, de trois minutes jusqu'à une demie heure s'il faut, voilà. »

MG12 : « T'as 2 coups de fil en même temps, 3 machins, bah là t'es plus, t'es plus là, t'es en mode automatique, tes réflexes ils reviennent quoi, clair ! [respiration] Et peut-être que là, à ce moment-là, ben des fois peut-être que la médit, la pleine conscience [...] c'est vrai que ça me permet peut-être de retomber sur mes pattes. Mais parce que je respire tu vois. Je respire. Je le fais certainement par réflexe aussi maintenant. »

- « Une pratique régulière »

Deux médecins ont insisté sur la régularité de leur pratique méditative.

MG9 : « c'est que ça m'oblige un peu à plus à une régularité parce que je pense qu'il faut essayer d'en faire le plus souvent possible [...] sinon après on oublie. On retombe dans la routine et ça nous fout une petite piquûre de rappel. »

MG10 : « vraiment c'est devenu une pratique régulière et quotidienne. »

- De façon informelle

MG12 : « après j'ai eu des périodes où j'ai fait de la méditation en marchant ou en courant ». « j'associe les 2, c'est marrant parce que souvent je cours en méditant. »

« y'a tout le temps des moments... j'ai tout le temps d'avoir des moments... d'avoir de la pleine conscience dans ma journée. Heu n'importe quoi...Moi : De l'informel ? 12^e interviewé : Voilà ! avec des patients tu vois... n'importe quel moment. »

MG11 : « plus que de la méditation assise, c'était plutôt vraiment des moments de pleine conscience que j'essayais de faire [...] Alimentation, douche, ce genre de choses. Balades » « Sur des pratiques informelles ».

MG4 : « la méditation je dis toujours à mes amis, moi j'en fais quand je suis sur mon cheval parce que là je suis vraiment dans l'instant et je suis à l'écoute de ce que je lui communique et de ce qu'il me communique, de ce qu'il peut se passer entre nous et ça a aussi été, c'est un moyen, parce que je le pratique toujours quand je fais de la méditation ».

b. Supports matériels

Un certain nombre de généralistes utilisaient des enregistrements audios comme le MG8 : « Je réécoute [...] des séances », ou des supports écrits pour méditer.

- Application sur smartphone

MG3 : « petit bambou, [...] l'application m'a pas mal aidé au début. »

MG12 : « Petit bambou je l'ai fait pendant un petit moment, je me suis même abonné tu sais au truc. »

- CD

MG6 : « Ou avec des CD ».

MG8 : « avec le bouquin de Christophe André « méditer jour après jour » avec le CD qui va avec ». « On prenait un guide avec un CD quelconque » dans sa pratique de groupe.

- Lecture

MG3 : « moi j'ai acheté des bouquins. »

MG5 : « j'ai lu plein d'articles ».

MG8 : « avec le bouquin de Christophe André « méditer jour après jour » ».

c. A plusieurs

Sept médecins ont parlé de méditation partagée avec d'autres. A ce sujet le MG10 décrit « que le groupe peut véhiculer comme [une] force, parce que méditer à plusieurs on ressent bien que ce n'est pas tout à fait la même chose que méditer tout seul ».

- En groupe local

La moitié des interviewés a rejoint ou créé un groupe de méditation.

MG6 : « initialement j'ai fait partie d'un groupe ».

MG7 : « on a monté des groupes de supervision en TCC dans lesquels on a on a on faisait des exercices de méditation de temps en temps ». « On a fait au cabinet un groupe de méditation que moi j'encadrais. »

MG8 : « On avait fait un petit groupe l'année dernière avec trois amis médecins. Avec trois amis médecins pendant toute une année on s'est réuni à peu près une fois par mois et on faisait tous les quatre une méditation ensemble. »

MG9 : « là j'ai prévu d'aller faire une petite séance de méditation, parce que je fais du karaté et à mon cours de karaté je vais proposer au prof ».

MG10 : « on avait envie au départ, [A] et moi, de ne pas méditer tout le temps seul et d'avoir un endroit où on pouvait méditer en groupe donc on a monté ça à deux, et c'était ouvert, bénévole, gratuit ».

MG11 : « moi en solitaire j'ai beaucoup de mal. Et que c'est plutôt par des rencontres que j'ai, enfin par des rencontres et au sein d'un weekend en groupe que je trouvais que ça prenait forme. »

- En formation

D'autres profitaient de formations à la pleine conscience pour avoir une pratique de groupe.

MG5 : « Je veux faire le MBSR ». « La méditation aussi en faisant des formations sur 2 jours à plusieurs reprises. »

MG7 : « Et puis on s'est aussi organisé nous-même des formations à la méditation, pour les médecins. [...] Donc on a fait plusieurs fois des séminaires de 2 jours de méditation. [...] souvent c'était des séminaires où on dormait sur place pour pouvoir vraiment méditer le soir, méditer le matin au lever ».

MG10 : « faire moi-même des huit semaines de MBSR que j'ai fait à deux reprises à 2 ans d'intervalles ». « J'ai aussi été formé des médecins généralistes sur les techniques de pleine conscience ».

- Avec leurs patients

Enfin quelques médecins ont expliqué qu'ils méditent en faisant méditer leurs patients en consultation.

MG6 : « Et avec mes patients au cabinet »

MG7 : « Je peux faire avec les patients en consult, du coup ben ça leur sert à eux mais pendant qu'ils font leur séance je fais la mienne en même temps »

MG8 : « Et puis moi je le fais en consultation. Je dis « on s'arrête, on se pose » on fait ce que je disais une crise de calme ».

MG10 : « très souvent, il peut m'arriver à un moment donné d'expliquer ce qu'est la méditation pas par des mots mais en faisant un exercice [...] et au passage j'en profite pour méditer ».

3. Une influence sur les patients

Plusieurs médecins ont affirmé ce constat, résumé par le MG7 : « Ça a retenti sur moi-même et aussi sur les patients du coup ».

a. Une pratique inspirante

Ces généralistes ayant expérimenté eux-mêmes les apports de la méditation, le « propose comme un outil de plus » à leurs patients. Voire même les patients perçoivent une sérénité nouvelle chez leur médecin qui les inspirent.

MG5 : « je pense que je l'ai fait d'abord pour moi, pour avoir une expérience moi, me protéger moi, mon bien-être à moi mais une fois qu'on sait un peu, on peut en le proposer comme un outil de plus ».

MG7 : « ça a changé un peu mon état d'esprit et puis aussi ma façon de faire avec les patients. [...] c'est sur les patients de 2 façons : parce que moi j'ai changé et parce que j'ai des outils pour eux, à leur proposer, différents ».

MG9 : « Y a des patients aussi qui me disent qu'ils aimeraient être sereins comme moi. Bon après je ne suis pas sereine tout le temps non plus hein mais je donne en tout cas l'image de quelqu'un de plus serein. »

b. « mieux on est, mieux on soigne. »

Certains en sont convaincus « pour pouvoir aider les autres », il faut « être bien ».

MG5 : « je vois ça comme un outil pour se protéger et pour essayer d'être bien dans sa peau pour pouvoir aider les autres, parce que si on n'est pas bien nous-même, on ne peut pas aller aider les autres quoi... Donc voilà je vois ça comme ça. »

MG8 : « mieux on est, mieux on soigne. »

MG9 : « mais c'est d'abord moi, personnel, pour être bien pour pouvoir aider les autres ».

En effet, beaucoup des praticiens méditants ont rapporté une influence dans leur vie relationnelle professionnelle, comme le dit le MG4 : « d'un point de vue relationnel, parce que moi je vois bien que [dans] les relations aux patients, aux étudiants et autres, ça change beaucoup de choses ».

2) « Optimiser la relation aux patients »

Plusieurs médecins ont parlé d'une amélioration de leurs qualités relationnelles avec les patients.

MG4 : « tous ces outils en fait me permettent d'optimiser ma relation aux patients ».

MG6 : « ça a peut-être amélioré [...] mon lien avec les patients je dirai. »

MG9 : « y a plus une sensation à la personne déjà d'abord, c'est un premier point ».

Voyons comment cela se manifeste.

1. Attitudes et qualités relationnelles

A la question « pensez-vous que ça a modifié votre attitude de médecin ? », la plupart a répondu oui.

MG2 : « Hé ben être plus présent. Effectivement je crois ».

MG3 : « Ah oui. [rire] oui oui oui oui. »

MG4 : « Ça a complètement modifié mon attitude de médecin. Oui complètement. »

MG5 : « Euh oui. Je pense que je laisse plus d'espace à ce que les gens m'apportent eux comme expériences ».

MG6 : « oh ben pour moi oui ! Ouais ouais » « c'est complètement une autre approche. »

MG7 : « ça l'a modifié ». « ça modifie mon état d'esprit de médecin dans lequel je veux pratiquer la médecine. »

MG8 : « ça a modifié mon attitude, oui ».

MG9 : « ah ben oui oui oui ouais ».

MG10 : « je pense que ça a modifié mon attitude de médecin, oui. Oui oui ».

MG11 : « Oui quand même peut-être [rires]. J'ai du mal à répondre à cette question. »

Comme le MG11 qui a eu du mal à répondre, deux médecins ont répondu ne pas savoir :

MG1 : « Hmm je dis que pour connaître si ça modifie par rapport au patient il faut interroger le patient. Je ne sais pas ».

MG12 : « je sais pas si c'est la méditation qui a modifié mon attitude de médecin ».

Voyons comment l'attitude des médecins interviewés a été modifiée par la pratique de la pleine conscience.

a. Ecoute et empathie

Plusieurs praticiens ont rapporté une amélioration de leur capacité d'écoute et d'empathie au patient.

MG4 : « Ce que ça m'a aidé à faire la méditation c'est d'être plus attentif, plus à l'écoute ».

MG6 : « ça a peut-être amélioré mon écoute ».

MG9 : « D'être plus à l'écoute »

MG10 : « il y a une autre valeur qui est celle d'être à l'écoute »

MG12 : « J'essaie d'être plus dans l'empathie. » « j'ai changé complètement ma façon de parler aux gens quoi. D'ailleurs je leur parle moins [rires]. Je les écoute plus que ce que je leur parle [rires]. » « Mais en tous cas c'est certain que ça va dans une vague où voilà... Je veux être un médecin... quand j'essaie d'être dans la méditation, d'être conscient de ce que

je suis en train de faire quand je travaille, ben là je me dis « Prends du temps. Sois empathique, sois à l'écoute ». »

b. Présence et disponibilité

Certains ont aussi parlé d'une « présence » différente à la consultation, allant jusqu'à « la mise entre parenthèse » du monde phénoménologique dans la consultation et amenant plus de disponibilité mentale qui leur permet davantage de lucidité.

MG2 : « Être plus dans le présent heu voilà. Mais même pendant les consultations quoi. »
« en fait au quotidien [...] par moment vraiment plus dans le présent et dans la conscience de ce que je suis en train de faire [respiration] quand je consulte ».

« Echanger et être là dans l'échange quoi » donc la mise entre parenthèse du monde dans l'échange.

MG4 : « quand je fais de la méditation après j'arrive à être, à avoir plus de clarté ».

MG8 : « Plus disponible tout à fait. Oui c'est le mot ».

MG9 : : « Moi : ça a modifié du coup ta présence au patient tu veux dire ? 9^e interviewé : oui. Tout à fait. Ça c'est numéro un ». « D'être plus recentré sur la relation binaire, le patient et le soignant. [...] d'oublier les extérieurs qui nous polluent tout le temps. »

MG10 : « ça me permet d'être totalement ici, maintenant, présent dans ma consultation ».
« j'essaye finalement de, par exemple dans ma consultation, d'être plus dans la temporalité de la consultation, d'être plus phénoménologique dans le sens où je suis dans l'époque, je suis dans la mise entre parenthèses du temps et des choses et je suis totalement dans la consultation avec l'autre ».

« et donc je suis tout à fait capable et lucide ».

MG11 : « Ça m'aidait à être plus là. »

c. « Bienveillance », « flexibilité » et tolérance

Pour certains médecins, la méditation leur a permis d'acquérir plus de souplesse, de tolérance et de bienveillance avec les patients.

MG12 : « je suis moins dans le jugement vis-à-vis des gens. Clairement, tu vois. J'accepte [...] je suis très tolérant par rapport à des comportements qui ne sont pas ce que je fais moi, tu vois. »

« D'accepter que les gens, ils fonctionnent comme ils fonctionnent. Ils ont des milliards de raisons de fonctionner comme ça que, voilà, auxquelles j'ai pas accès ».

« c'est ça, ça ouvre l'esprit ».

MG10 : « une forme de bienveillance qui est en fait une mise entre parenthèses du temps. Je ne m'intéresse pas au préjugé ».

MG8 : « j'accepte mieux notamment les personnes insupportables. »

MG3 : « humainement d'être beaucoup beaucoup plus souple. Et beaucoup plus compréhensive aussi, beaucoup plus dans la bienveillance vis-à-vis des patients ».

d. Qualités attentionnelles

Deux médecins ont également parlé du développement de leur attention.

MG4 : « Être plus attentif. Moi ce que j'avais aussi envie de découvrir dans la méditation c'est d'améliorer justement l'attention, la concentration. » « j'arrive mieux à fixer justement mon attention sur ce que je fais et à moins me laisser happer par les autres préoccupations ».

MG10 : « je suis tout à fait capable et lucide d'observer ».

2. Des relations apaisées

Comme l'a dit le MG4, cela leur permet « d'avoir des relations qui sont vraiment très sereines » avec leurs patients.

a. Gestion des conflits

Trois médecins ont rapporté une aide lors des situations conflictuelles permettant de pacifier les relations médecin-patient.

MG4 : « Ça permet de désamorcer les conflits »

MG5 : « être moins réactif à l'agression des autres »

MG8 : « en ne m'énervant plus avec, ça marche, ça fonctionne quand même beaucoup mieux. C'est à dire qu'il y a beaucoup de choses qui viennent de nous quand même. Par le fait de supporter des patients qui sont désagréables. C'est à dire que quand on est agréable avec eux, mine de rien ils deviennent agréables ».

b. Compréhension

Deux médecins ont parlé de leur volonté de mieux comprendre leurs patients.

MG6 : « d'analyser avec eux ce qui est compliqué, pourquoi est-ce qu'ils ont besoin de se poser », « du coup on prend le temps d'analyser, d'écouter le pourquoi du comment, comment ça se passe. »

MG12 : « avant je lui aurais dit « mais c'est pas bien ! » tout ça. Maintenant je j'essaye de comprendre son point de vue tu vois [...] De comprendre vraiment ce que les gens... Pourquoi ils ont des réactions comme ça... Voilà. Donc ça, ça a beaucoup changé. »

c. Diminution des jugements

Des médecins ont expliqué que la méditation leur avait permis de diminuer leurs jugements et a priori sur leurs patients.

MG8 : « j'accepte mieux notamment les personnes insupportables. On en a tous dans nos clientèles et maintenant je prends cette insupportabilité comme un signe clinique ».

MG10 : « J'arrive simplement à me détacher de ce jugement qui vient m'enchaîner et puis je fais autre chose de ces papiers-là, j'arrive à voir l'importance que ces papiers peuvent revêtir pour les gens qui me les ont demandés ».

« en essayant de ne plus être dans le préjugé de l'autre, c'est pas « ah merde ! C'est madame Untelle ou zut c'est monsieur Duchemol », c'est cette consultation-là, aujourd'hui elle est ce qu'elle est ».

MG12 : « j'ai changé [...] je suis moins dans le jugement vis-à-vis des gens. Clairement, tu vois. J'accepte des, enfin j'accepte. J'ai pas à accepter ou pas, mais je suis très tolérant par rapport à des comportements qui ne sont pas ce que je fais moi ». « Et de pas être dans le jugement. D'accepter que les gens, ils fonctionnent comme ils fonctionnent. Ils ont des milliards de raisons de fonctionner comme ça que, voilà, auxquelles j'ai pas accès. »

3. Un espace pour l'expérience du patient

De nombreux médecins ont noté qu'ils accordaient d'avantage « d'espace » et d'importance à l'expérience des patients dans leur prise en charge. Cela concernait autant le retour d'expérience des patients que le fait de partager des expériences avec le patient.

a. Retour d'expérience

MG3 : « du coup ils reviennent derrière « regardez j'ai fait cette séance et cette séance ». Donc eux ils sont, j'ai plutôt des bons retours. »

MG5 : « Je pense que je laisse plus d'espace à ce que les gens m'apportent eux comme expériences ».

MG10 : « je lui ai demandé si elle parlait plus, c'était peut-être plus la peine qu'elle vienne. Et là elle m'a dit « Mais si ça me fait trop du bien les consultations ».

MG11 : « Ce sera vraiment plus le patient qui va me driver sur ces besoins ressentis. »

b. « Pétrir l'expérience » ensemble

Plusieurs généralistes accordaient de l'importance à faire l'expérience avec les patients pour comprendre ensemble ce qu'ils vivent.

MG6 : « On prend le temps. On se pose et on fait le vide et on l'écoute », « on prend le temps d'analyser, d'écouter le pourquoi du comment, comment ça se passe ».

MG7 : « en faisant de l'expérience, en pétrissant cette expérience et en comprenant que potentiellement partir c'est normal etc [...] ça c'est intéressant ».

MG9 : « Je les mets quand même un peu en situation [...] voilà déjà une première approche, c'est déjà la respiration [...] et ça me permet après d'expliquer où je veux en venir avec la méditation. »

MG10 : « Ben on va faire là si vous voulez trois minutes de méditation et je vais vous expliquer le plus simplement possible ce qu'on va vivre. Et vous me direz comme ça si c'est ok pour vous ou si c'est pas ok pour vous. » [...] en fait, très souvent, il peut m'arriver à un moment donné d'expliquer ce qu'est la méditation pas par des mots mais en faisant un exercice ».

MG12 : « je leur fais découvrir ce que c'est la respiration consciente. Je leur fais visualiser leurs émotions. Euh... Je leur fais respirer autour, enfin je leur fais des exercices de respiration en lien avec leurs émotions. Je leur fais prendre conscience de leurs pensées et qu'est-ce que c'est que les pensées quoi. », « Une patiente qui était hyper angoissée, voilà je l'ai faite allongée, je l'ai faite euh je l'ai faite s'allonger je lui ai dit ben écoutez, respirez, voilà voyez votre émotion ? où est-ce qu'elle est... comment est-ce que ça fait dans votre corps etc ».

4. Un autre rapport au patient

Certains des interviewés ont relaté avoir d'autres rapports avec les patients, que ce soit en ayant avec eux une transmission « non médicale », ou en adoptant un regard humaniste sur la relation.

a. Des transmissions « non médicale[s] »

MG1 : 1 : « ça me permet de les inviter à découvrir ça »

MG2 : « Aussi leur apprendre à être. Pas à se prendre, pas à se remémorer le passé et pas à se projeter sur l'avenir et se concentrer sur vivre là maintenant tout de suite. Moi : - vous leur transmettez ça vous pensez du coup ? 2e interviewé : - oui je pense. »

MG4 : « Donc c'est la relation effectivement aux patients, ce qu'on peut apporter aux patients de non médical ».

MG8 : « Après on peut en parler à bâtons rompus pour d'autre chose, quand on parle d'autre chose avec les patients et de philosophie de choses comme ça, il arrive que qu'on s'entende et donc on parle de méditation. C'est assez à la mode donc on peut en parler comme ça quoi, à bâtons rompus [...] dans les échanges, voilà quoi. Connaitre mieux les gens. S'ils en parlent, j'en parle. Ou même moi je peux en parler. »

MG10 : « je pense que si on autorise les gens à avoir accès à cette façon d'être, dans ce monde très impulsif dans lequel on est... j'ai vraiment l'impression que c'est une mise entre parenthèses – ce que je disais tout à l'heure – et que c'est vraiment un cadeau »

Ils échangent donc sur des sujets non médicaux, pour mieux connaître leurs patients et leur transmettre des compréhensions de vie importantes pour eux.

b. Des relations humanistes

Ces médecins considéraient leurs patients en tant que personne cherchant à ce qu'ils soient heureux, s'expriment et se fassent confiance, allant s'asseoir à leurs côtés et les remerciant.

MG4 : « aider les patients à découvrir les outils qu'ils ont en eux, les potentiels qu'ils ont en eux, à se découvrir, à s'exprimer, à se faire confiance. Voilà. »

MG7 : « Pour moi ça fait partie de mon boulot que les gens finalement soient heureux puisque je sais que grâce à ça ils vont vivre mieux et plus longtemps. Voilà [...] y'a un des

outils pour qu'ils vivent mieux et plus longtemps, c'est la méditation. On a intérêt à leur présenter et à leur à leur en parler. »

MG9 : « je remarque que quasiment tous mes patients sortent de mon cabinet avec le sourire [...] pour moi c'est plus agréable ! [...] ah oui oui c'est, moi, quelqu'un qui sourit ça fait sourire hein c'est oui oui oui. [...] ça m'a ouvert les yeux dessus ».

MG10 : « dans ces cas-là, dans l'exercice de la médecine générale, je quitte ma position de médecin derrière le bureau et je vais m'asseoir à côté du patient, vraiment à côté de façon à être avec lui dans cet exercice ».

« à chaque fois je les remercie. Je termine toujours en remerciant mes patients en disant « grâce à vous j'ai pu là aussi faire une pause dans ma journée ». Et en fait ils sont ouais, ils sont toujours, ça les étonne toujours et pourtant ils s'aperçoivent que c'est sincère et que c'est vrai. »

3) Relations aux collègues

Une partie des médecins interrogés a parlé de la méditation dans les relations entre confrères, voire avec leurs employés ou des paramédicaux.

1. Relations aux confrères

Ils étaient plusieurs à avoir relaté spontanément différentes expériences.

a. Méditer ensemble

Cinq d'entre eux ont déclaré méditer avec des confrères. Certains ont découvert la méditation de cette façon. C'était aussi l'occasion de « partager » autour d'expériences méditatives.

MG6 : « j'ai fait partie d'un groupe avec [Dr M]. »

MG7 : « on a monté des groupes de supervision en TCC dans lesquels on faisait des exercices de méditation de temps en temps ou on débriefait nos expériences aux uns aux autres de méditation. »

MG8 : « c'est partager. Les autres le faisait aussi » « c'est parce que ceux qui en faisaient ils disent que c'était bien alors plutôt pour expérimenter avec eux, pour voir, par plaisir, quoi. »

« Avec trois amis médecins pendant toute une année on s'est réuni à peu près une fois par mois et on faisait tous les quatre une méditation ensemble. On prenait un guide avec un CD quelconque ou sur internet. Voilà et puis ça s'est dispatché, ça s'est dispersé, ça s'est perdu quoi. On parle d'y revenir. »

MG10 : « j'ai des confrères qui viennent » [à son groupe de méditation]

MG11 : « Ça a vraiment été l'occasion de cette amie-là [interne] [...] qui m'en a fait des retours tellement bien ! Et qui a vraiment été, tu vois qui m'a amené à avoir envie de redécouvrir ça parce que je ne l'avais plus trop pratiqué quoi. Et à me l'approprier un peu. »

b. Echanger entre pairs

Quelques-uns ont co-construit des outils, co-dirigé des groupes ou profité de ces rencontres pour se ressourcer et s'inspirer des échanges avec leurs confrères méditants.

MG4 : « j'ai beaucoup de plaisir à rencontrer les médecins qui pratiquent ou l'entretien motivationnel ou qui s'intéressent à la méditation et à des choses comme ça. Parce que on voit qu'on a quand même d'autres façons de de communiquer qui sont plus chaleureuses, beaucoup plus dans la bienveillance. Et oui ça fait vraiment du bien. »

MG6 : « c'est un échange avec [Dr M]. Alors il y a des supports audios où c'est ou [Dr M] qui parle ou moi ou [Dr P]. »

MG10 : « ce sont des groupes que j'anime et avec [A] et parfois avec une consœur [Dr B] ». « On a avec [Dr P] pris en charge l'année dernière des internes à qui on a fait un mini MBSR ».

MG11 : « Du coup-là on a vraiment énormément échangé durant tout le weekend. » « Mais tu vois moi... enfin c'est parce qu'on en avait parlé au weekend où on s'est rencontré. Et qu'on est rentré dans ces exercices-là. Mais sinon avant, ça m'avait jamais trop traversé l'esprit d'en parler aux patients. »

MG12 : « Quand je suis allé au D.U d'entretien motivationnel, je connaissais déjà la méditation. Je m'y étais déjà mis. Mais tu vois, enfin finalement tu rencontres des gens et tout ça qui... enfin je pensais pas qu'autant de gens méditaient quoi ! Dans le D.U d'entretien motivationnel en fait ils méditaient tous ! »

c. Des expériences plus mitigées

Plusieurs interviewés ont cependant rapporté des difficultés avec certains confrères et associés.

MG5 : : « C'est des sujets euh... Dans ce cabinet je suis un peu l'extra-terrestre. » « Mais moi ici quand je parle de méditation euh on me regarde euh voilà » [mimant une attitude de désapprobation en évoquant ses associés]

MG8 : « Je ne sais pas comment faire. Parce que dans mon cabinet je suis seul. Enfin pas tout à fait seul parce qu'avec ça j'ai une collègue qui fait beaucoup de yoga [...] Mais du coup elle est un peu à part et elle n'arrive pas à faire comprendre aux autres collègues qui sont la tête dans le guidon que c'est intéressant quoi. Ça fait encore comme une image d'ésotérisme New Age ou une image négative autour de ça, un peu mode aussi. »

Un médecin a aussi dit ne pas se sentir entourée en tant que méditant.

MG11 : « à part ce petit groupe que j'ai rencontré au weekend où on s'est rencontré, je connais pas autour de moi de gens qui la pratique en médecine générale. » et qui méditent.

Un médecin a cependant précisé que sa pratique méditative lui permettait de sortir du jugement vis-à-vis de ses associés médecins qui ont une vision des choses différentes.

MG10 : « par rapport à mes associés, j'ai une façon de voir un petit peu différemment... je trouve que je suis de moins en moins jugeant ».

2. Relations dans le cabinet

Quelques médecins ont parlé d'un changement dans leur relation avec leurs secrétaires, des paramédicaux du cabinet ou encore avec leurs étudiants.

a. Les secrétaires

Deux médecins ont décrit une aide dans la relation avec leur secrétaire, soit en leur permettant de discuter en cas de soucis pour maintenir de bonnes relations, soit en leur partageant la pleine conscience pour améliorer le vécu des secrétaires au cabinet.

MG4: « La secrétaire est souriante. On discute, on essaye si y a quelques choses qui ne vont pas de les exprimer ».

MG10 : « J'ai appris à mes secrétaires un certain nombre de choses de méditation de façon à ce qu'elles puissent aussi ne pas se faire trop manger par certaines pensées ».

b. Les paramédicaux

Un seul des médecins a évoqué sa collaboration avec une des psychologues de son cabinet, avec laquelle ils aimeraient créer un groupe de méditation pour les professionnels du cabinet.

MG7 : « on essaie depuis un moment de créer un groupe de de méditation au cabinet avec une autre psychologue. Bon pour l'instant on n'a pas réussi mais c'est quelque chose qu'on aimerait bien faire régulièrement. Comme on fait des staff toutes les semaines, on aimerait bien méditer ensemble toutes les semaines »

Cependant un autre médecin a parlé de l'apport que semblaient y trouver les cadres infirmiers qu'ils forment.

MG10 : « j'étais en formation aujourd'hui je formais des cadres infirmiers et j'ai commencé hier par une méditation. En fait ils m'ont demandé l'après-midi de recommencer par une méditation, et aujourd'hui ils m'ont redemandé de commencer par une méditation, et cet après-midi à nouveau ! »

c. Les étudiants

Deux médecins ont parlé d'un changement de leurs relations avec les étudiants accueillis. Ils ont décrit un nouvel apport pour les étudiants, ainsi que pour un des médecins une relation sans « hiérarchie », « plus personnalisée » et « enrichissante ».

MG4 : « je reçois des externes et des internes donc pour moi ça a également énormément changé mon rapport aux étudiants, à la façon de travailler avec eux. Je pense qu'aujourd'hui comme j'ai je leur dis il n'y a pas de rapport de hiérarchie entre nous. Je leur apporte quelque chose, ils m'apportent quelque chose. » « Moi je vais leur permettre de découvrir une autre facette de la médecine qu'ils ne connaissent pas. »

« Et puis du coup d'avoir une approche par rapport à eux qui soit beaucoup plus personnalisée et individualisée donc de partir un petit peu de qu'est-ce qu'ils attendent de la médecine, comment ils voient la médecine etc. Donc d'avoir sur l'autre quelque chose qui est un peu à la carte et qui ne se ressemble jamais. Donc ça pour moi c'est quelque chose de beaucoup plus enrichissant »

MG9 : « Et c'est vrai que mes internes, au début ils sont toujours très très surpris quand on commence à aborder des choses de ce genre-là parce que ça leur vient pas, ils ne sont pas formés du tout.[...] et en fin de stage, enfin ils sont plus à l'aise aussi avec ça. Pas tous tous. Et ils voient qu'il y a une autre approche de certaines pathologies. »

B) PEC du patient

Tous les médecins interrogés ont rapporté une influence sur leur prise en charge des patients. Voyons de quelles façons.

1) Patientèle

Le type de patientèle ne semblait pas être influencé par la pratique méditative du médecin, comme le montre la description que font les MG de leur propre patientèle. Il y a des patientèles plus actives ou plus âgées, des patientèles pauvres ou huppées, des patientèles rurales ou citadines, des patientèles plus féminines ou plus masculine. Mais aucun profil de patientèle ne semble se dégager plus qu'un autre.

MG12 : « Agée. Quand même. J'ai pas mal de patients âgés, j'ai pas trop d'enfants. [...] Plutôt masculine. » « y'a quand même une part de population pauvre. Je suis dans un quartier pauvre. » « Et y'a de l'addictologie. Pas mal d'addicto. »

MG11 : « c'est du semi rural. Du coup y'a pas mal de personnes âgées, pas mal d'agriculteurs, de viticulteurs [...] pas mal de gens qui sont un peu hors du soin quand même, j'ai l'impression plus qu'en ville. » « on fait aussi de la pédiatrie, de la gynéco. »

MG10 : « J'ai une patientèle qui vieillit un petit peu avec moi [...] j'ai une orientation un petit peu plus psycho qui est connue »

MG9 : « je suis plus avec une patientèle beaucoup plus jeune, active. » « c'est surtout les travailleurs et les ados, voilà »

MG8 : « Pas mal de gériatrie du rural [...] Des villages viticulteurs. »

MG7 : « j'ai quelques patients que je suis un petit peu en psychothérapie et puis, un cabinet de groupe comme je suis avec une psychiatre et deux psychologues, c'est vrai qu'on a des patients qui ont des troubles psy » « ma patientèle elle est plutôt âgée »

MG6 : « J'ai pas mal d'enfants, pas mal de femmes puisque je fais de la gynéco [...] j'ai pas mal d'enfants avec des handicaps »

MG5 : « pas mal de femmes qui sont branchées homéo, phyto, compléments alimentaires, sophrologie, qi gong [...] médecine chinoise » « alors il y a des enfants, des ados, beaucoup d'ados et puis femmes. C'est surtout ça. Tu vois le créneau jusqu'à 50 ans c'est le plus. Après j'ai moins de personnes âgées. »

MG4 : « j'ai une patientèle très variée puisque j'ai des enfants, des jeunes adultes. J'ai des patients âgés »

MG3 : « dans ma patientèle heu bon j'ai pas mal d'enfants mais en fait j'ai les enfants, j'ai leurs parents, j'ai de la gériatrie donc c'est vraiment généraliste. » « on a vraiment de tout parce qu'en plus on a le quartier algérien à côté de nous »

MG2 : « des gens du village et puis des gens qui viennent pour l'acupuncture et puis des gens qui viennent pour l'homéopathie. J'ai un peu de tout. »

MG1 : « la patientèle est très variée parce que c'est un quartier où y'a des HLM avec des populations immigrées mais y'a aussi une partie qui est très très huppées »

2) Une prescription basée sur les preuves

La moitié des médecins interrogés ont parlé spontanément de l'importance pour eux que les effets de la méditation soient étudiés et « scientifiquement démontrés », comme résumé dans l'introduction.

MG3 : « Puis ce qui est bien c'est vu qu'il y a des études qui commencent à sortir, je peux leur dire « Vous voyez c'est prouvé » etc etc ».

MG5 : « j'ai lu plein d'articles, j'ai lu plein de trucs qui sont maintenant validés avec des études, avec des IRM, avec des choses voilà qui sont prouvées. Tout ça on peut le proposer aux gens avec des choses qui sont validées », « qu'on sache que ça existe mais qu'on sache que c'est validé, qu'il y a des études ».

MG8 : « en leur citant les études de Kabat Zinn qui montrent que c'est utile ».

MG10 : « avec des techniques comme ça non médicamenteuses et néanmoins scientifiquement démontrées » .

De ce fait, les bénéfices de la méditation sont explicables et transmissibles dans un cadre médical.

MG4 : « je suis très contente qu'aujourd'hui on puisse faire des formations, qu'on puisse lire des textes sur la méditation, sur l'hypnose, sur des choses qui sont médicales ».

MG7 : « Y'avait eu une émission aussi sur France 2 qui expliquait comment ça marchait, l'intérêt de ça. Donc je leur demande de regarder tout ça ».

a. Auteurs reconnus

La plupart des généralistes citaient d'eux-mêmes des auteurs connus comme support à la méditation que ce soit pour eux ou pour les patients, comme le montre le tableau suivant. C'est principalement le psychiatre français Christophe André qui est cité par huit d'entre eux. Trois se réfèrent au Professeur Jon Kabat-Zinn. Deux ont aussi cité le philosophe Fabrice Midal. Et deux s'appuyaient sur E. Snel, auteur d'un livre de méditation pour les enfants.

| MG | Auteurs | Citation |
|----|---|--|
| 1 | C.André | « Christophe André hmm et d'autres » |
| 2 | / | / |
| 3 | C.André, Rick Handson et Richard Mendius | « notamment le bouquin de Christophe André là, méditer chaque jour je sais plus comment il s'appelle. [Respiration] qu'est-ce que j'ai lu d'autre? J'ai lu le cerveau de Bouddha » |
| 4 | M.Ricard, F.Midal, E.Tolle | « Ça a commencé avec Mathieu Ricard » « plus récemment avec Fabrice Midal » « j'ai aussi euh découvert un autre auteur qui s'appelle Eckhart Tolle » |
| 5 | C.André, J. Kabat Zinn | « Christophe ANDRÉ par exemple je trouve qu'il fait des bouquins qui sont à la portée de tout le monde » « Kabat Zinn ! Voilà. Voilà des livres aussi que tu peux lire là mais voilà c'est pas d'emblée si tu veux » |
| 6 | / | |
| 7 | C.André | « Je leur prescris beaucoup les bouquins de Christophe André » |
| 8 | C.André, J. Kabat Zinn | « le bouquin de Christophe André « méditer jour après jour » avec le CD » « en leur citant les études de Kabat Zinn » |
| 9 | C.André, E.Snel | « Calme et attentif comme une grenouille ! Voilà et puis bien sur Christophe André » |
| 10 | C. André, J Kabat Zinn, F. Midal, Faure, E.Snel | « les enseignements de Christophe André et ses leçons sur la méditation » « Je leur donne aussi les références de Kabat-Zinn » « j'ai aussi Fabrice Midal que j'aime beaucoup » « y a des méditations pour les enfants également qui sont très très bien faites, « calme et attentif comme une grenouille » » « Puis y a aussi Faure qui en a fait de très très belles » |
| 11 | / | |
| 12 | C.André | « j'ai lu Christophe André » |

Tableau des auteurs reconnus cités

b. Indications

Les praticiens introduisaient la pleine conscience pour des indications spécifiques et reconnues. Tous l'utilisaient dans des troubles d'ordre psychiatrique tels que les syndromes anxieux et dépressifs, les troubles du sommeil mais aussi les troubles phobiques, les troubles paniques et les TOC.

MG1 : « je dirai l'anxiété ».

MG2 : « l'angoisse »

MG3 : « l'anxiété, la dépression »

MG4 : « les troubles du sommeil qu'on a abordé. Pour tout ce qui peut être aussi anxiété, pour tous les syndromes anxieux. Les attaques de paniques. »

MG5 : « pour tout ce qui est anxiété, les attaques de panique, la dépression », « les troubles du sommeil, les crises d'anxiété enfin je te l'ai dit, les phobies ».

MG6 : « spécialement pour de l'anxiété ou qui ont des troubles du sommeil » « je prends en charge pour des TOC [...] ils rentrent bien dedans »

MG7 : « un problème d'insomnie ou de dépression, problème d'anxiété, de phobie »

MG8 : « problème d'ordre psychologique, d'ordre anxieux » « dans la dépression » « dans tout ce qui est prise en charge du trouble anxieux, ouais, des troubles de panique, des choses comme ça »

MG9 : « des anxiétés, des insomnies, et c'est moi qui leur parle de méditation »

MG10 : « par exemple dans la prise en charge d'un trouble du sommeil », « sur l'anxiété etc, sur les dépressions », « avec des problématiques à mon avis un petit peu hystériques ».

MG11 : « personnes [...] anxieuses », « Insomnie aussi, je pense que j'en parle », « avec un syndrome dépressif mineur. »

MG12 : « essentiellement psychiatriques, les problèmes de dépressions »

Plusieurs ont également évoqué la prise en charge des troubles psycho-sociaux.

MG2 : « le stress, les gens pressés. Les gens dépassés »

MG3 : « le surmenage »

MG5 : « le stress au travail »

MG7 : « ça peut être problème au travail, ils se sentent harceler »

MG9 : « les gens donc plus stressés aussi qui ont aussi plus besoin de méditation. » « des burn out »

MG11 : « personnes qui vont se sentir stressées, débordées »

Certains parlaient de « problématique » plus globale, de cas de « mal-être » moins défini :

MG5 : « les problèmes relationnels ».

MG6 : « Ils viennent avec une demande à la base, une problématique, un mal être à la base ».

MG7 : « dès qu'ils ont un problème avec la gestion de leurs pensées et de leurs émotions ».

MG11 : « Des personnes que je sens émotionnellement fragiles ».

MG12 : « en général des mal-être, des gens qui sont au bout au bout ».

Deux médecins ont évoqué la prise en charge addictologique :

MG10 : « pour une prise en charge pour du tabac ».

MG12 : « qui ont des problèmes d'addiction ».

Par ailleurs certains généralistes l'utilisaient dans des indications somatiques, notamment de douleurs chroniques ou de troubles musculo-squelettiques. Mais aussi dans des pathologies cardio-vasculaires telles que l'hypertension et la tachycardie ; en oncologie et soins palliatifs ; ainsi que dans des troubles gastro-entérologiques comme les troubles gastriques ou la colopathie fonctionnelle ; ou encore dans la dysfonction érectile.

MG1 : « Je dirai l'hypertension. Heu... après [silence] pourquoi pas la souffrance chronique ou les migraineux ».

MG3 : « la douleur chronique ».

MG4 : « des patients qui sont traités pour des cancers », « ça a une place euh intéressante en soins palliatifs ».

MG7 : « on m'a trouvé un cancer », « un patient qui aurait une dysfonction érectile ».

MG9 : « des somatisations », « les lombalgies, les tachycardies, toutes les douleurs un peu quand on sait pas d'où ça vient », « voilà, les TMS », « aussi les problèmes gastriques » « qui a toujours mal au ventre. Moi : D'accord. La colopathie fonctionnelle ».

Plusieurs médecins ont rapporté l'utiliser particulièrement en pédiatrie, notamment pour les troubles du déficit de l'attention et hyperactivité.

MG4 : « si l'enfant a des troubles de l'attention ».

MG6 : « chez les enfants hyperactivité », « troubles du spectre autistique oui mais du coup je le fais qu'avec ma fille ».

MG9 : « voilà et surtout les enfants en fait ».

MG10 : « sur des jeunes pour des problèmes de stress, pour des problèmes de préparation aux examens »

Pour finir, il me semblait intéressant de noter que pour certains médecins, s'il y a bien des indications définies, il y a aussi un intérêt plus large, que ce soit en tant que médecin prescripteur ou en tant qu'instructeur de méditation.

MG7 : « ça peut être sur n'importe quelle pathologie, n'importe quelle demande ».

MG9 : « Déjà je vais leur faire faire un petit cours de méditation donc c'est aussi pour le non médical ! [...]de la découverte parce que je pense qu'il y a pas que un attrait médical à la méditation ».

MG10 : « Y a pas que des gens qui ont une problématique particulière et qui seraient venus consulter en patientèle ; j'ai au moins, dans notre groupe il y a au moins sur, je ne sais pas, sur une 20/25 personnes, y en a au moins la moitié qui sont plutôt des gens, des méditants lambda ».

c. Tester soi-même

La moitié des médecins ont insisté sur l'importance pour eux de recommander des pratiques méditatives qu'ils ont eux-mêmes éprouvées.

MG2 : 2 : « mais après j'ai jamais vu. Moi je sais pas parce que j'y ai pas été à ces sites, voir ce qu'il y avait dedans. Enfin c'est des collègues qui m'ont conseillé ces sites mais moi j'ai pas été voir. Donc je le conseille pas trop du coup. »

MG5 : 5 : « une fois qu'on a l'expérience de quelque chose, on peut le proposer aux autres. Si on n'a pas l'expérience de ... on ne peut pas en parler. Donc voilà»

« tu leur donnes comme références ? - 5^e interviewé : Oui. Que je connais moi »

« je n'ai pas encore ramené parce que je voulais les regarder moi avant »

« tu conseilles du coup aux patients ? - 5^e interviewé : oui parce que moi je l'avais testée ».

MG7 : « ça le modifie dans le sens où je trouverais pas logique de prescrire ou de conseiller ou d'informer les gens par rapport à une pratique et de pas le faire du tout moi », « je pense que quand on n'est pas formé, bah on fait pas pratiqué au patient ».

MG8 : 8 : « pour voir ce que ça apporte, ce que ça donne, pour expérimenter », « J'en fais aussi en consultation tout ça mais c'est moi que ça aide d'abord ».

MG9 : 9 : « c'est parce que j'ai vu du bien sur moi que je peux, enfin que j'approfondis et que je l'utilise pour les autres ». « Quand je l'aurais téléchargée moi-même, je la proposerai aux autres. » « On parle mieux de ce que on a expérimenté soi-même ».

MG10 : 10 : « j'aimais bien l'idée que ce que moi-même je ne supportais pas l'idée de prendre des médicaments, c'était pas si mal que ça si mes patients pouvaient essayer de réfléchir avec des techniques comme ça, non médicamenteuses »

d. Des médecins qui se forment

Bien que n'étant pas directement lié à l'influence de la méditation sur les généralistes, il m'a paru intéressant de souligner que tous les médecins interrogés sont des médecins qui se forment beaucoup, quels que soient les domaines (cf analyse de l'échantillon p.21)

MG1 : « médecin urgentiste. », « j'ai fait un an d'homéopathie. », « une formation professionnelle grâce à la formation médicale continue ».

MG2 : « J'ai fait, je fais de l'homéopathie et de l'acupuncture », « je me suis inscrit en FMC », « quand je fais des stages, quand on est à une formation ».

MG3 : « j'ai fait une formation médicale continue ». (jeune médecin)

MG4 : « j'ai passé ma capacité de médecine d'urgence. », « J'ai fait une formation sur l'entretien motivationnel », « récemment, septembre 2017, un séminaire de découverte de l'hypnose. Et là je m'apprête l'année prochaine à faire une formation », « j'avais une formation process com ».

MG5 : « J'ai fait une formation d'homéopathie », « je me suis initiée à la méditation aussi en faisant des formations sur 2 jours à plusieurs reprises. » « J'ai fait aussi de l'hypnose sur 2 séminaires », « j'essaye aussi de me former avec certains laboratoires comme Pileje ou Nutergia qui sont branchés phytothérapie, compléments alimentaires, probiotiques, tout ça », « j'essaye de me former moi-même parce que c'est pas si facile que ça. Que ça soit l'homéo, l'hypnose, la phyto, voilà... là j'étais encore sur le laboratoire Pileje il y a des webconférences avec des choses des e-learning, des choses comme ça. Enfin, il faut prendre le temps de le faire. »

MG6 : « j'ai fait un DU de gynéco, j'ai fait donc le DU autisme, j'ai fait un DU de TCC la première et deuxième année et actuellement je fais le DU trouble du développement et trouble de l'apprentissage chez l'enfant. »

MG7 : « j'ai mon diplôme de psychothérapie cognitive et comportementale », « on s'est aussi organisé nous-même des formations à la méditation, pour les médecins. » « plusieurs séminaires où j'ai pu être animateur, ou où j'ai pu être participant. »

MG8 : « J'ai fait homéopathie par curiosité trois ou quatre ans après sur Toulouse. Assez rapidement je suis allé vers la formation continue », « je me suis engagé dans le DU TCC ».

MG9 : « une première formation sur le sommeil qu'il avait faite et qui avait révolutionné ma vie personnelle [...] et après j'ai fait plus d'autres formations sur les TCC, l'éducation thérapeutique, j'ai un DU d'entretien motivationnel aussi »

MG10 : « j'ai commencé à être formateur pour des médecins généralistes [...] je me suis formé ensuite aux thérapies comportementales et cognitives ».

MG11 : « on s'est refait un weekend FMC ensemble. » « Et puis là j'ai refait un stage ». (jeune médecin)

MG12 : « finalement j'ai pas fait beaucoup de formations jusqu'à il y a à peu près 2 ans où je me suis mis à me former là par contre. Bah ça correspond au moment où je me suis mis à la méditation. Et j'ai fait le DU entretien motivationnel. Ça m'a vachement apporté. Et puis j'ai fait des formations par FMC action essentiellement. Voilà. Tu vois j'ai fait la formation sur la méditation, initiation à la mindfulness. Puis j'ai fait plein de choses, des tas de choses. J'ai fait quasiment toutes les formations FMC action sur Nîmes. ». « en autodidacte, j'essaie de faire de l'ACT. » « où je lis quand même beaucoup de livres sur ça. Donc ça c'est quand même de la formation aussi. »

3) Une approche personnalisée d'un patient « actif »

La plupart des praticiens a décrit la méditation comme une prise en charge personnalisée du patient.

MG2 : « De voir un peu comment ils sont, comment ils réagissent, comment ils... Et s'ils adhèrent, si ils adhèrent pas, si ça leur fait du bien. »

MG4 : « je parle de la méditation à certaines personnes. »

MG5 : « Après chaque patient, il s'approprie ce qui lui correspond », « La méditation c'est certains patients », « Je m'adapte au patient. »

MG6 : « ça dépend de la personne, ça dépend de ses capacités aussi à se poser », « c'est des choses simples que j'adapte en fonction des personnes ». « Je parle pas à tous mes patients de la méditation »

MG7 : « alors y'a des patients à qui ça parlent beaucoup et ça marche. Ils attaquent et ça marche direct. Y'en a c'est un peu plus difficile et du coup on doit on doit commencer ensemble ». « ça dépend comment les patients le gèrent et comment ils en ont besoin ».

MG9 : « selon la demande des patient[s]... elles sont un peu différentes et je les personnalise »

MG10 : « Et vous me direz comme ça si c'est ok pour vous ou si c'est pas ok pour vous »

MG11 : « Après ils prennent, ils prennent pas », « c'est un moyen simple de leur tendre des perches pour qu'après ils aillent chercher s'il aiment ou pas quoi. » « c'est plutôt un outil que je propose à certains patients, à qui je pense que ça peut être utile ». « Enfin ça, mais alors ça y'a pas de règles. C'est vraiment fonction des gens ».

Le MG4 a d'ailleurs élargi cet aspect aux étudiants, ce qui lui permet « d'avoir une approche par rapport à eux qui soit beaucoup plus personnalisée et individualisée ».

Plusieurs médecins parlent de la méditation comme un moyen d'autonomisation pour rendre le patient « acteur de sa santé ».

MG1 : « La méditation de pleine conscience peut le rendre plus autonome, ça lui permet de se dire qu'est-ce que je peux faire pour ma santé ».

MG3 : « Là ils sont assez contents d'être les propres acteurs de leur amélioration ».

MG4 : « ce que je souhaite surtout c'est que les patients soient responsables et acteurs de leur santé »

MG5 : « il faut que les gens ils soient actifs ! On peut pas leur faire à leur place hein ! »

MG6 : « le but c'est qu'après ils le fassent tout seul », « le but c'est qu'ils soient vraiment autonomes pour le faire... pour le faire eux-mêmes ».

MG11 : « d'autant plus qu'ils sont acteurs du truc quoi [...] c'est j'agis pour moi »

Enfin, deux interviewés ont apporté la notion « d'approche globale » de la santé du patient au travers de la pleine conscience.

MG1 : « ça permet lui permet d'avoir une approche globale du système [de sa santé] » en parlant du patient.

MG6 : « c'est complètement une autre approche. Une approche plus globale du patient je dirais. »

4) Prescription non médicamenteuse, « une règle hygiéno-diététique »

La quasi-totalité des médecins interrogés a rapporté l'importance pour eux de limiter l'emploi de médicaments.

MG1 : « Je suis quand même un petit peu étiqueté pour avoir des prescriptions, je dirai heu qui sont pas... pas lourdes ». « j'ai une prescription a priori, ce qui ressort dans les ROSP aussi, qui est... qui est plus faible en antibio et autres trucs comme ça quoi ».

MG3 : « Donc je suis j'étais déjà quand même branchée thérapeutiques non médicamenteuses pour traiter au long cours ».

MG4 : « Donc aussi faire des thérapeutiques non médicamenteuses parce qu'effectivement je ne pense pas être un médecin gros prescripteur. Je me pose beaucoup de questions avant de prescrire, oui oui oui tout à fait. » « Donc oui, je privilégie déjà ce qui est non médicamenteux, en priorité. »

MG5 : « J'ai fait aussi de l'hypnose sur 2 séminaires de 4- jours et j'ai essayé de pratiquer ça aussi avec des patients avec des bons résultats. Et je me suis intéressée aussi à la phyto où j'essaye aussi avec certains laboratoires comme Pileje ou Nutergia qui sont branchés phytothérapie, compléments alimentaires, probiotiques, tout ça... pour puiser dans d'autres sources que l'allopathie. »

MG6 : « c'est une alternative que je leur propose donc, plutôt que de mettre des benzodiazépines, on essaie de gérer l'anxiété différemment. »

MG7 : « C'est-à-dire que, c'est sûr que tous les patients qui ont des problèmes de sommeil, de tabac, d'alcool, de travail, comme je pense dans tous les cabinets, je suis assez à l'aise pour aller chercher et prendre en charge le côté psy. Qui est souvent le problème. [...] Plutôt que de donner que des médicaments ». « Ça me faisait chier de mettre des médicaments... et que ça marchait pas bien ». « ce que ça a changé aussi moi sur ma pratique [silence] c'est vraiment ma façon de prendre en charge les patients. Puisque y'a beaucoup de leurs problèmes ou de leurs attentes que je vais régler avec les interventions non médicamenteuses. Donc l'activité physique et puis les TCC ou le mindfulness »

MG8 : « Parce que j'aime pas les médocs. J'aime pas les médicaments donc quand je peux essayer de faire autrement ».

MG9 : « oui voilà. C'est ça. Ah oui oui alors et moi en plus c'est vrai que mon objectif caché c'est de traiter mes patients sans médicaments ». « Quelqu'un qui vient me voir pour un trouble du sommeil, qui veut son somnifère, et ben non, chez moi il n'y aura pas de somnifère ».

MG10 : « j'aimais bien l'idée que, ce que moi-même je ne supportais pas l'idée de prendre des médicaments, c'était pas si mal que ça si mes patients pouvaient essayer de réfléchir avec des techniques comme ça, non médicamenteuses ».

MG11 : « que c'est, ouais, une alternative assez chouette à proposer, d'autant plus qu'ils sont acteurs du truc quoi, que c'est pas juste j'avale une pastille, c'est pas médicamenteux »

Il semble que comme le dit le MG9, avec la méditation « c'est plus facile de pas prescrire de médicaments ». Et pour certains cela va encore au-delà, devenant une « règle hygiéno-diététique » qui entre dans la « case santé ».

MG6 : « Donc c'est pour moi, c'est vraiment un outil de... enfin presque une règle hygiéno-diététique de plus du coup qu'on pourrait transmettre aux patients ».

MG11 : « - Moi : Tu dirais que pour les pathologies anxieuses, les petits syndromes dépressifs mineurs, tu en parles en règle générale... - 11^e interviewé : en premier.[...] Oui parce qu'on parlera d'abord du mode de vie. On parlera d'abord de comment on peut réorganiser la vie pour ça, et du coup ce sera sommeil, sport et donc ça ». « Donc ça fait comme partie des règles hygiéno-diététiques que tu leur proposes ? 11^e interviewé : Un peu ouais. Ouais ouais, finalement c'est un peu ça. [...] Je le réalise en t'en parlant mais oui, c'est un peu comme ça. »

MG12 : « Moi : D'accord. Tu t'appliques tes prescriptions non médicamenteuses. 12^e interviewé : Exactement (rires). Moi : C'est du coup le sport la méditation c'est des comme des règles de vie pour toi ? ou des règles hygiénodiététiques ? 12^e interviewé : euh ouais, c'est alors c'est quelque... c'est, ça fait, ça doit... enfin je sais pas si c'est des valeurs mais je pense, le sport c'est dans la case santé tu vois. [...] Moi : la case santé. La méditation et le sport c'est dans la case santé. 12^e interviewé : Ouais c'est dans la valeur santé je pense. »

5) « Un outil de base » en médecine générale

Tous les praticiens utilisaient cet outil dans leur pratique quotidienne.

a. Mise en œuvre facile d'applications multiples

Ils l'utilisaient d'autant plus que cet outil leur semblait simple et applicable dans de nombreux domaines.

MG3 : « oh je pense que ça peut être utile dans plein de choses ».

MG6 : 6 : « Voilà c'est des choses simples »

MG8 : 8 : « les TCC et la méditation ça peut parfaitement faire partie de nos outils de médecins généralistes. C'est plein de bon sens et c'est assez simple »

MG10 : 10 : « on va faire là si vous voulez trois minutes de méditation et je vais vous expliquer le plus simplement possible ce qu'on va vivre. » « La méditation me sert à plein plein de choses ».

MG11 : 11 : « C'était assez gratifiant aussi parce que c'était FACILE » « Alors que sur les moments de vie en pleine conscience, c'était facile, c'était agréable, j'en voyais un bénéfice direct » « je trouve que c'est un moyen simple ».

b. Moyens

Chacun le mettait en œuvre par différents moyens :

- Information sur la « méthode »

MG2 : « Ça m'arrive de leur conseiller. [...] déjà de se renseigner ». « je leur demande s'ils en ont déjà entendu parlé [...] Je leur dis bah y'a des METHODES. »

MG4 : « je parle de la méditation à certaines personnes. »

MG5 : « je leur parle un petit peu des mécanismes, de comment ça fonctionne, que c'est quelque chose qui est prouvé ».

MG7 : « Y'avait eu une émission aussi sur France 2 qui expliquait comment ça marchait, l'intérêt de ça. Donc je leur demande de regarder tout ça ».

MG8 : « En en parlant, en leur citant les études » « j'en parle, je dis aux gens que ça existe »

MG9 : « J'essaye d'en parler à mes patients »

MG11 : « J'en parle beaucoup aux patients, quand même. Même si je leur guide pas ça, je euh c'est une proposition [...] j'explique un petit peu moi, mon approche, ce que j'en connais et ce que ça pourrait à mon avis leur apporter »

- Bibliothérapie

MG1 : « conseiller à des patients des références en lecture ».

MG2 : « d'acheter des livres »

MG3 : « je leur conseille les bouquins. »

MG4 : « j'ai proposé euh des petites références de lectures ».

MG5 : « y a des bouquins différents ».

MG7 : « Je leur prescris beaucoup les bouquins de Christophe André ».

MG9 : « des noms de livres éventuellement qui peuvent les intéresser ».

MG10 : « ils peuvent aussi acheter des livres »

- Supports d'enregistrement audio

Internet :

MG1 : « en pratique enregistrée sur youtube qui peuvent les améliorer ».

MG2 : « d'essayer sur internet ».

MG5 : « ou sur youtube. »

MG6 : « je leur donne des liens sur youtube »

MG7 : « soit d'aller voir sur youtube »

MG9 : « de sites internet qui peuvent les intéresser, de vidéos youtube ».

MG10 : « sinon ils ont des supports sur internet qui sont assez faciles à trouver. C'est à dire que les enseignements de Christophe André [...] Je leur donne aussi les références de Kabah-Zinn [...] Fabrice Midal que j'aime beaucoup et dont on trouve en fait euh toutes les méditations sur internet gratuites ».

MG11 : « je leur propose de chercher des trucs de youtube pour les guider un peu. »

Application smartphone :

MG3 : « Je leur conseille l'application ». « je leur montre l'application petit bambou en consultation que j'ai téléchargé ».

MG5 : « des applications »

MG7 : « soit l'application smartphone ».

MG11 : « d'essayer petit bambou parce que c'est pratique »

CD :

MG5 : « j'oriente beaucoup sur déjà des CD ou des choses comme ça »

Enregistrements mp3 :

MG6 : parfois des supports audios s'ils ont une clef USB. »

MG10 : « j'ai 4/5 exercices où je me suis enregistré »

- Adressage à un thérapeute formé

En individuel :

MG3 : « Je leur donne des contacts de gens qui font ça sur Sète ». « J'en ai quelques-uns qui ont carrément commencé un suivi avec, je sais pas comment on peut appeler ça, un coach en méditation ».

MG6 : « je les adresse à quelqu'un, à un psychologue avec qui je travaille et qui est vraiment spécialisé voilà là-dedans »

MG7 : « c'est facile pour moi de de prescrire des consults chez une psychologue qui sont avec moi, ou de prescrire aux patients des séances de mindfulness. »

En groupe :

MG7 : « on a fait au cabinet un groupe de méditation que moi j'encadrais. Avec des patients qui venaient toutes les semaines et on avait devant nous une heure et demie pour pouvoir... voir comment ça allait, faire une séance de méditation au cabinet ou en ville. On a eu fait un peu de méditation en marchant ou en ville. »

MG8 : « en les branchant sur un secteur psychiatrique avec le [Dr P.] qui était instructeur MBCT et qui donc fait de temps en temps des cycles ».

MG10 : « Au départ j'ai très peu inclus de mes patients [dans mon groupe] mais mes collègues m'ont envoyé des gens (rires) donc il y a des patients du cabinet qui y sont et personnellement je crois que j'ai un patient à moi que j'ai incorporé ».

MG11 : « il faudrait que je leur propose aussi des méditations de groupe ».

- Exercice en consultation dédiée ou non

MG6 : « on fait ensemble des exercices de méditation ».

Consultation dédiée :

MG7 : « on se met se met d'accord avec la personne que la fois d'après on fera une séance de méditation. [...] Donc quand ils arrivent, on parle 2 minutes et puis je mets, je vais sur youtube et je prends une méditation qui dure en général c'est celle qui dure 11 minutes. Y'en a. J'en utilise souvent 2, une sur les pensées et une sur les émotions qui durent dans ces eaux-là. [...] On la fait et puis après on débriefe. » « On en fait une ou deux avec le

patient pour qu'il voit un peu ce que c'est. On débriefe » « des consults que pour faire une séance de méditation avec les patients. »

MG8 : « Je les reconvoque ouais. Je leur dis « ça c'est important. On va prendre un temps pour ne parler que de ça. » », « en consultation un temps bref. C'est juste pour montrer la différence pour illustrer le propos sur une analyse fonctionnelle, la différence entre les pensées et pour recentrer les gens sur leur sur leur corps, leur faire prendre conscience. »

MG10 : « Et j'ai des consultations complètement dédiées ». « on allait faire une demi-heure de méditation. Et donc j'ai fait une demi-heure j'ai fait le temps que dure sa prise en charge ».

MG12 : « Moi : Dans une consultation dédiée ? 12^e interviewé : oui ». « Bah je leur propose des exercices. Je leur fais découvrir ce que c'est la respiration consciente. Je leur fais visualiser leurs émotions. Je leur fais respirer autour, enfin je leur fais des exercices de respiration en lien avec leurs émotions. Je leur fais prendre conscience de leurs pensées et qu'est-ce que c'est que les pensées quoi. »

Consultation non dédiée :

MG8 : « je le donne beaucoup aux patients aussi. Je leur montre, je le fais en consultation avec eux », « moi je le fais en consultation. Je dis « on s'arrête, on se pose » on fait ce que je disais une crise de calme ou quelque chose comme ça »

MG9 : « Je les mets quand même un peu en situation, je les allonge sur mon divan, et je leur mets je leur dis de mettre la main sur le ventre et voilà déjà de une première approche c'est déjà la respiration, détendre les muscles, ça prend 3/4 min et ça me permet après d'expliquer le le où je veux en venir avec la méditation. »

MG10 : « Donc tu l'intègres de façon impromptue dans certaines euh consultations qui ne sont pas dédiées ? 10^e interviewé : Tout à fait. » « Très souvent, il peut m'arriver à un moment donné d'expliquer ce qu'est la méditation pas par des mots mais en faisant un exercice ».

MG12 : « ça peut m'arriver de faire alors que c'était pas prévu pour ça, parce que ça se... ça se prête au truc ».

- Consigne d'exercice en autonomie : formel et informel

MG4 : « même des petits exercices à faire », « quand on se promène on peut se promener en essayant de se fixer sur ses pas. »

MG6 : « Parfois des supports écrits ». « je propose des petits exercices euh assez simples euh avec le scanner corporel des choses comme ça adapté après plus ou moins. Si c'est des enfants j'utilise euh plein de formes différentes après que j'invente plus ou moins. J'adapte. On fait le paysage intérieur, on fait la météo intérieure. » « c'est des exercices de méditation que je lui propose mais je lui vends comme de la relaxation ».

MG9 : « j'explique la fiche. » « Je décris les exercices [sur la fiche] » « petit à petit ça a évolué et euh je me rends compte que maintenant j'ai quand même pas mal de fiches qui sont plus euh voilà tout ce qui est insomnie euh stress, relaxation ».

MG11 : « si c'est des gens qui ont des troubles du sommeil, je vais essayer de leur proposer de faire ça, d'être euh en mode relaxation euh le soir. Si c'est des gens qui pour X ou Y raisons ont perdu leur job et se retrouvent du coup avec un temps libre, donc là ce sera associé par exemple avec le sport »

c. « C'est évident que c'est de la médecine »

Certains généralistes ont qualifié la méditation d'un « outil de base » « très utiles » dans leur pratique de médecine générale.

MG5 : « c'est un outil qui peut être beaucoup plus développé dans la médecine générale et que c'est des choses qui j'espère vont s'intégrer dans la pratique quotidienne »

MG6 : « c'est vraiment pour moi un outil, un outil de base »

MG8 : « les TCC et la méditation ça peut parfaitement faire partie de nos outils de médecins généralistes ». « La vulgariser, la démystifier, la rendre un vrai outil utile »

MG9 : « si ça peut rentrer dans leur cursus ou pas, mais moi je pense que c'est un truc qui serait super utile »

Ce que résume le MG10 en disant : « Comme pour moi c'est évident que c'est de la médecine. [...] c'est vraiment une pratique validée et beaucoup moins toxique que des tonnes de choses ».

6) « Être le médecin que je voudrais être »

Certains médecins ont évoqué que cela leur apporte une vision plus vaste de leur fonction de généraliste, sortant d'un cadre médical traditionnel.

MG4 : « ce qu'on peut apporter aux patients de non médical ».

MG7 : « Pour moi ça fait partie de mon boulot que les gens finalement soient heureux puisque je sais que grâce à ça ils vont vivre mieux et plus longtemps. Voilà ».

MG8 : « Après on peut en parler à bâtons rompus pour d'autre chose. Quand on parle d'autre chose avec les patients et de philosophie de chose comme ça il arrive que qu'on s'entende et donc on parle de méditation. »

MG9 : « je vais proposer au prof donc on va essayer, déjà je vais leur faire faire un petit cours de méditation donc c'est aussi pour le non médical ! »

MG10 : « j'arrive à voir l'importance que ces papiers peuvent revêtir pour les gens qui me les ont demandés [...] finalement me dire que je suis quand même dans ma fonction de médecin même si on me demande de plus en plus de faire des dossiers MDPH. Pour les gens c'est tellement important, que finalement je ne vais pas gagner d'argent sur cette histoire-là et c'est pas très très grave ».

Deux médecins ont même répondu que la méditation les aidait à se rapprocher de leur idéal de médecin généraliste.

MG7 : « ça modifie mon état d'esprit de médecin dans lequel je veux pratiquer la médecine. [...] ça le modifie parce que... parce qu'il faut que j'arrive à prendre un certain temps, une certaine bienveillance avec les patients. »

MG12 : « ça a changé que j'essaye de... d'être le médecin que je voudrais être ! [...] Le médecin que je voudrais être, c'est-à-dire le médecin plutôt consciencieux, plutôt [silence] compétent, et empathique tu vois. »

C) Conditions de travail

D'après les médecins interrogés, la pratique de la méditation avait une influence sur leurs conditions de travail.

1) « Travailler différemment »

Comme l'on dit deux des généralistes interviewés, méditer a « changé [leur] façon de consulter ».

MG4 : « Ma pratique en fait a pris un petit peu un virage je dirai il y a deux ans » suite à un burn out, au moment où elle a commencé à méditer. « Donc une autre façon de travailler je dirais a priori »

MG12 : « C'est vrai que ça m'a beaucoup changé ma façon de consulter, clairement. [...] et la façon de je gère les gens et c'est clair ». « enfin la méditation ça va avec euh... Oui. Là où il y a un lien, où je le perçois, c'est qu'en fait méditer c'est être dans l'instant présent. [...] Et finalement, travailler comme un couillon, t'es pas dans l'instant présent. » « Donc euh effectivement la méditation c'est, par une prise de conscience [...] qu'il faut vivre différemment, et qu'il faut travailler différemment ».

La notion de changement dans leur « façon de travailler » a été abordée par de nombreux praticiens.

a. « Prendre le temps »

La moitié des médecins rapportait avoir développé la capacité à « ralentir ». Voire même pour l'un d'eux, une nouvelle tolérance à un certain retard si nécessaire.

MG4 : « Il n'y a pas de précipitation. On court pas »

MG6 : « On prend le temps. On se pose ». « du coup on prend le temps ». « Le fait de me poser, d'apprendre à être là dans l'instant ».

MG8 : « Et puis moi je le fais en consultation. Je dis « on s'arrête, on se pose » »

MG9 : « Déjà en étant pas dans pas dans l'urgence [...] Et donc d'apprendre à expliquer au patient qu'il faut du temps [...] Donc voilà m'autoriser aussi à prendre plus le temps. Ça c'est numéro un ».

MG10 : « on prend vraiment le temps ». « Je sais que je peux différer un apprentissage ». « Je suis extrêmement maniaque de l'heure [...] Et néanmoins il existe des journées un peu plus exceptionnelles, ou des gens qui demandent à un moment donné un peu plus de temps,

et moi qui n'ai pas toujours tout anticipé donc j'accepte que, exceptionnellement, je puisse avoir [du retard] ... et maintenant j'arrive à supporter une heure de retard en fin de journée sans être dans un état abominable. Il y a quelques années je n'étais plus capable d'être à ma consultation, je ne pensais que à rattraper mon retard. »

« j'essaye finalement de, par exemple dans ma consultation d'être plus dans la temporalité de la consultation ».

MG12 : « Donc je me suis dit « ralentis » ». « D'abord j'ai commencé par ralentir ».

b. Organisation de l'emploi du temps

Quelques médecins ont abordé la notion d'organisation différente de leur planning, que ce soit par l'aménagement de plages de consultations dédiées plus longues ou par une organisation nouvelle de leur temps de travail.

MG6 : « c'est des consultations plus longues. Je fais des consultations d'une demi-heure en général si jamais je décide de proposer un temps de méditation. »

MG7 : « maintenant je peux avoir des consults que pour faire une séance de méditation avec les patients ».

MG8 : « J'essaye de caser ça dans des moments creux. Soit c'est la dernière consultation de la journée donc je pars du principe qu'elle va durer vingt minutes et elle en dure quarante mais voilà ».

MG10 : « Et donc la dernière fois je lui ai proposé que, puisqu'elle ne parlait pas, on allait faire une demi-heure de méditation. Et donc j'ai fait une demi-heure, j'ai fait le temps que dure sa prise en charge. »

MG12 : « J'ai changé mes horaires. [...] Donc tu vois j'ai une façon de consulter très particulière, je consulte pas beaucoup, je fais... Je suis pas un vieux médecin et je fais, je finis mes consults en général vers 15h30-16h l'après-midi. Je travaille pas tous les jours, je travaille pas le mardi, pas le mercredi. Voilà. » « D'abord j'ai commencé par ralentir, tu vois j'ai mis moins de consultations. Après j'ai baissé le nombre de consultations. Après j'ai d'abord enlevé un jour parce que je me suis dit j'ai envie de faire d'autres choses aussi. [...] C'est vrai que ça m'a beaucoup changé ma façon de consulter, clairement.»

2) « Atmosphère de sérénité » au cabinet

Trois des médecins ont rapporté, chacun à leur façon, un changement « agréable » de leur ambiance de travail.

MG4 : « je pense qu'au cabinet médical il y a une atmosphère de sérénité. »

MG5 : « La méditation je pense que c'est un bon outil et vu le travail qu'on fait, [...] le stress qu'on a en permanence, je vois ça comme un outil pour se protéger », « pouvoir travailler dans de bonnes conditions et diminuer le stress dans le travail ».

MG9 : « je remarque que quasiment tous mes patients sortent de mon cabinet avec le sourire [...] pour moi c'est plus agréable ! » « ah oui oui c'est moi, quelqu'un qui sourit ça fait sourire hein c'est oui oui oui ».

III. Influence plus globale sur la pratique du MG

Deux tiers des médecins interrogés ont parlé d'une influence plus étendue et non uniquement sur leur pratique professionnelle pure, à l'image de la réaction du MG2 à la question de son expérience avec la méditation : « Oh! C'est sur tout ! » et du MG12 en fin d'interview disant que « ça a certainement une influence sur tout ».

Ils ont parlé d'une transformation de leur vision de la vie qui influe sur leur expérience de vie en générale.

MG4 : « Je dirais même de façon plus globale dans ma façon aujourd'hui, [ma façon] de voir ma vie et ma relation aux autres et de voir aussi dans mon activité professionnelle »
« Donc il y a vraiment eu une démarche globale ».

MG5 : « voir les choses d'une autre façon ».

MG6 : « donc c'est vraiment une alternative pour euh prendre les choses différemment ».

MG9 : « Je suis sur une transformation générale de moi ! Une amélioration ».

MG10 : « la méditation me sert à plein plein de choses ».

MG11 : « Le bénéfice direct c'était en termes de qualité d'être, de qualité de vécu quoi. [silence] ».

MG12 : « C'est vraiment pour moi une façon, tu vois, de vivre différemment ça c'est certain. ». « Et cette prise de conscience, là y'a un lien avec la méditation je pense. C'est qu'en fait c'est pas ça la vie quoi ! [ton incisif] Euh donc euh quand t'es dans l'instant présent, que tu réalises que, ben qu'on n'est pas là longtemps, que ben il faut arrêter de faire ça quoi, de peiner dans le vide. Donc pour ça, oui y'a un lien, pour ça il y a un lien avec la méditation. Donc euh effectivement la méditation c'est, par une prise de conscience, tu vois qu'on est peu... on n'est pas là sur Terre longtemps et qu'il faut vivre différemment, et qu'il faut travailler différemment ». « La méditation ça va avec un tas de changements en fait ».
Pour le MG12 c'est même « un état de d'esprit qui fait partie de tout un cortège ».

Le MG7 parlait de l'influence de la méditation sur lui-même qui amène un retentissement sur ses patients :

« Ça a retenti sur moi-même et aussi sur les patients du coup ».

Dans la même idée, le MG9 a mis en lien son changement d'attitude avec une image inspirante pour ses patients :

« Y a des patients aussi qui me disent qu'ils aimeraient être sereins comme moi. Bon après je ne suis pas sereine tout le temps non plus hein mais je donne en tout cas l'image de quelqu'un de plus serein ».

On voit ici que la pratique des médecins généralistes méditants interrogés est influencée par leur vie personnelle et l'impact de la méditation dans celle-ci. Car comme le dit le MG8 « mieux on est, mieux on soigne. »

A) Point de départ

L'influence de la méditation sur le médecin avait un point de départ qui dans 9 cas sur 12 s'est avéré être une indication personnelle, sans que celle-ci soit spécifiquement recherchée. La porte d'entrée du médecin dans la pleine conscience l'amène à se l'approprier et va conditionner l'influence qu'elle aura sur lui.

MG3 : « j'y suis venue parce que je suis je suis assez anxieuse de base »

MG4 : « un virage je dirais, il y a deux ans pour des raisons à la fois personnelle et médicale pour avoir frôlé le euh le burn out »

MG5 : « parce que j'ai moi-même une polyarthrite rhumatoïde »

MG6 : « ça l'a modifié parce que j'arrive à BIEN, j'arrive à beaucoup mieux gérer...gérer mes pensées, gérer mon stress, gérer mes angoisses ». « Et puis de l'autre côté moi en en surmenage etc puisque j'ai eu 2 burn out, et ne pas le faire moi-même ». « Donc après quand j'ai à un moment quand j'ai vraiment trop trop bossé, quand c'était vraiment trop trop compliqué, bah c'est pas mal de prendre un peu de recul et de faire la méditation aussi »

MG8 : « j'ai découvert la psychiatrie enfin sur un accident psychologique d'ailleurs voilà qui m'a entraîné mon suivi mon truc et tout ça voilà »

MG9 : « « Moi je suis une très grosse angoissée... enfin grosse, je suis angoissée, stressée de base »

MG10 : « c'était par rapport à des troubles anxieux personnels suite à une situation familiale complexe qui s'appelle le divorce »

MG11 : « l'anxiété, le stress au quotidien. Principalement au travail, mais pas mal aussi d'insomnie »

MG12 : « voilà ce qui s'est passé il y a 2 ans c'est un peu... un mini burn out quoi, on va dire. »

Au total, huit médecins ont présenté ou présente des troubles psychologiques. Pour cinq de ces médecins on retrouvait des troubles anxieux, quatre ont déclaré avoir vécu ou vivre des situations de stress intense au travail voire de burn out, un avait des troubles du sommeil. Enfin un médecin a parlé d'une maladie organique rhumatologique de type polyarthrite rhumatoïde.

Neuf médecins sont entrés dans la pleine conscience en faisant des formations, dont cinq en se formant aux TCC.

MG1 : « une formation professionnelle grâce à la formation médicale continue »

MG2 : « Ensuite j'ai vu qu'il y en avait hmmm en FMC. Donc voilà je me suis inscrit en FMC »

MG4 : « C'est là que j'ai découvert ce qui était aussi la communication non violente. Ce donc euh du coup. Après je me suis intéressée à l'entretien motivationnel [...] Je me suis intéressée, après je suis arrivée à découvrir la méditation. »

MG6 : « puisque je faisais le DU TCC [...] et c'est un peu la troisième vague avec la pleine conscience »

MG7 : « j'y suis venu par les TCC » [a fait le DU de TCC]

MG8 : « J'ai fait le DU TCC dans les années 2010-11 »

MG9 : « après j'ai fait plus d'autres formations sur les TCC, l'éducation thérapeutique, euh, j'ai un DU d'entretien motivationnel aussi et voilà donc tout ça c'est des ouvertures sur euh. Bref petit à petit ça m'a amené à tout ce qui est TCC, méditation »

MG10 : « J'ai rencontré la méditation alors au cours de mon cursus euh de TCC quand j'ai fait le DU de TCC apparaissait la 3eme vague »

MG11 : « J'ai redécouvert ça par une amie interne qui avait fait ça lors d'une FMC. Euh voilà ça l'avait vraiment beaucoup intéressée, du coup elle m'a proposé et on s'est refait un weekend FMC ensemble. »

Quatre médecins ont connu la méditation par un proche.

MG1 : « l'expérience d'abord heu personnelle au travers d'une amie »

MG3 : « c'est un ami psychiatre qui m'a parlé de la méditation de pleine conscience »

MG11 : « j'ai connu la méditation par ma maman, qui en fait beaucoup », « J'ai redécouvert ça par une amie interne »

MG12 : « c'est ma sœur qui m'en a parlé d'abord. »

Trois ont abordé la méditation avec des livres.

MG4 : « Ça a commencé avec Mathieu Ricard »

MG8 : « le bouquin de Christophe André « méditer jour après jour » avec le CD qui va avec »

MG12 : « « j'ai lu Christophe André. Un bouquin »

Il est intéressant de noter que cinq médecins avaient en amont une pratique personnelle de bien-être d'un autre type, soit une pratique corps-esprit d'origine orientale, soit la sophrologie.

MG2 : « Mes premières méditations... par le... par le qi gong en fait, d'abord »

MG3 : « Je fais du yoga aussi depuis de plusieurs années »

MG5 : « la sophrologie, le qi gong. Déjà j'en faisais avant ».

MG9 : « j'en faisais depuis l'adolescence parce que je faisais du yoga au collège »

MG10 : « j'avais fait de la sophrologie en temps que patient une quinzaine d'années avant »

B) Influence sur leur vie personnelle

Tous les médecins interrogés ont spontanément abordé l'influence de la méditation sur leur vie intérieure et personnelle.

1) Emotions et bien-être

La plupart d'entre eux ont évoqué l'influence positive de la pleine conscience sur leur vie émotionnelle.

a. Bien-être

Beaucoup ont parlé de leur ressenti d'apaisement, de calme, de plaisir, de réconfort et de bien-être dans leur pratique de la méditation.

MG2 : « Qui m'apaise, qui me rassure ».

MG5 : « Beaucoup de bien être ». « En fait on a besoin de réconfort au quotidien. La méditation je pense que c'est un bon outil ». « un outil pour se protéger et pour essayer d'être bien dans sa peau ». « D'être plus calme. D'avoir un calme intérieur. ».

MG6 : « ça me permet une approche plus apaisée des choses ».

MG8 : « par plaisir, quoi ». « maintenant je le fais pour me calmer ».

MG9 : « c'est d'abord moi, personnel, pour être bien » « en étant plus zen pour moi-même ».

MG10 : « pour me reposer de toutes mes pensées ».

MG11 : « des sensations super positives ». « Alors que sur les moments de vie en pleine conscience, c'était facile, c'était agréable, j'en voyais un bénéfice direct ». « De plus prendre plaisir quand on mange, de plus prendre de plaisir quand on se douche, de plus prendre de plaisir quand on marche et qu'on sent le vent ». « Ça m'aidait à m'apaiser. Ça m'aidait à être plus là. Ça m'aidait à être plus sereine. Ptet avoir un peu plus confiance en moi ».

b. Gestion émotionnelle et défusion des pensées

Certains ont abordé une fonction de gestion du stress et de l'anxiété, notamment par la défusion des pensées.

MG3 : « tout de suite pouf! Je reviens à mon émo de base. Et ça me permet donc de d'être moins irritable ».

MG6 : « ça m'a permis de gérer beaucoup mieux mon anxiété à moi aussi ».

MG7 : « gérer mes pensées, gérer mon stress, gérer mes angoisses, repérer quand je suis pas bien ».

MG10 : « éviter d'être dans une anticipation anxieuse de ma journée [...] Et donc toutes ces petites pensées là je les laisse aller ».

MG12 : « à un moment où je suis pas hyper bien dans une journée, où je suis un peu triste, j'essaie de me dire « bon allez, reste dans l'instant présent, rumine pas tes pensées ».

2) Ecoute de soi

Beaucoup des généralistes interviewés ont rapporté une amélioration dans leur relation à eux-mêmes sur le plan personnel.

a. Prendre soin de soi et s'accepter

La plupart d'entre eux ont évoqué la capacité à s'écouter eux-mêmes, à s'accepter et à prendre soin d'eux grâce à la méditation.

MG5 : « ce que j'apprécie aussi beaucoup euh dans la méditation c'est aussi justement d'être tourné vers ses ressentis » « D'être plus à l'écoute de euh de soi-même » .

MG7 : « repérer quand je suis pas bien et quand j'ai besoin de pratiquer... » « je suis assez à l'écoute de comment je vais, comment je suis pour pouvoir aussi du coup mieux me prendre en charge ».

MG8 : « La méditation, du prendre soin de soi ».

MG10 : « accepter qui je suis ».

MG11 : « C'est gratifiant de se sentir actif, quand bien même il n'y a pas forcément de résultats concrets. J'avais l'impression d'essayer de faire changer les choses quoi. » [Lorsqu'elle était anxieuse]. « Je sais que je pourrais y avoir recours. C'est comme une ressource quoi. Dans laquelle je pourrai aller puiser. Je sais que c'est là. ».

MG12 : « Le soin, le soin de moi-même en fait ». « Moi j'en entends beaucoup parler mais c'est surtout beaucoup pour moi ».

b. Vivre selon ses valeurs

Un des médecins a expliqué l'influence sur la mise en œuvre de ses valeurs dans son quotidien personnel.

MG12 : « Donc euh vivre différemment c'est ça aussi, c'est être conscient que ce que tu fais, tu le fais pour une raison quoi. C'est pareil c'est en lien avec mes valeurs. Souvent j'essaie de mettre ça dans mon quotidien quoi ». « Chaque jour, j'essaie de réfléchir à ce que je fais... et de le faire par rapport à ça. ». « J'ai besoin d'agir selon mes valeurs ».

c. « Espace temporel et mental »

Un des médecins a parlé de l'apport dans sa vie intérieure d'un espace temporel et mental.

MG1 : « Alors sur le plan personnel parce qu'elle permet effectivement de trouver un espace heu je dirais heu [respiration] un espace autant temporel que mental ».

3) « Qualité de vécu »

Les médecins interrogés ont rapporté une différence de la qualité de leur expérience de vie.

a. « Être dans l'instant présent »

Ils rapportent la découverte du moment présent, sans attente ni anticipation.

MG2 : « Être plus dans le présent ».

MG4 : « faire de la méditation ça pouvait être ça, être plus dans l'instant ».

MG5 : « « Prendre conscience des choses simples mais qui peuvent apporter beaucoup et de pas toujours anticiper et se faire du soucis ».

MG6 : « Le fait de me poser, d'apprendre à être là dans l'instant et ne rien attendre d'autre particulièrement ».

MG11 : « Ça m'aidait à être plus là ». « Être plus présent ou présent d'une meilleure manière. ».

MG12 : « c'est qu'en fait méditer c'est être dans l'instant présent ».

b. « Qualité d'être, qualité de vécu »

Cette capacité à être présent leur permettait de prendre conscience de leurs vécus et ressentis à différents moments.

MG2 : « la conscience de ce que je suis en train de faire ».

MG8 : « pour ressentir les choses, voilà ».

MG11 : « y'a le côté qualitatif quoi. Ouais. [silence] C'est je suis plus dans l'écoute, je suis plus dans la sensation, je suis plus attentive à l'extérieur ou à ce qui se passe à l'intérieur ». « Le bénéfice direct c'était en termes de qualité d'être, de qualité de vécu quoi. [silence] ».

MG12 : « : Donc la méditation ça a modifié aussi le fait... ta présence ? 12^e interviewé : [silence] quand euh... oui, certainement ». « Je fais plein de trucs ! Et je le fais en conscience. Donc ça finalement c'est de la méditation quelque part aussi ! ». « Donc euh je je m'occupe de ma fille, tu vois. Je lui lis une histoire [...] Donc là j'essaie de faire de la pleine conscience, j'y arrive pas tout le temps hein ! Parce que des fois j'en ai marre quoi, mais euh quand j'y pense, hé ben l'histoire elle a rien à voir quoi. ».

c. Intensité

Deux médecins ont décrit un rapport plus intense ou plus profitable à leur expérience de vie.

MG11 : « c'est je suis plus dans l'écoute, je suis plus dans la sensation, je suis plus attentive à l'extérieur ou à ce qui se passe à l'intérieur, et du coup c'est... y'a ouais je sais pas, y'a plus d'intensité quoi. ».

MG12 : « à la fois je profite et à la fois, je suis là quoi. Tu vois, donc là je fais de la... pour moi c'est un peu ça aussi la méditation. C'est beaucoup ça ouais. ».

4) Influence relationnelle dans leur vie personnelle

Certains ont aussi parlé d'une influence dans leur vie relationnelle personnelle.

a. Famille

Un des médecins a parlé de l'apport lors de moments en famille importants pour lui.

MG12 : « Donc je m'occupe de ma fille, tu vois. Je lui lis une histoire [...] je le fais en me disant « là je passe un moment avec ma fille et ça c'est important pour moi ». Donc là j'essaie de faire de la pleine conscience ». « Effectivement je suis plus présent. Pour ma fille, pour ma femme ».

b. Loisirs

Deux médecins ont rapporté l'influence de la pleine conscience sur leurs temps de loisirs. L'un souhaitant partager la méditation dans son cours de karaté pour faire découvrir aux autres. L'autre veillant à entretenir un rapport régulier en pleine conscience avec la nature.

MG9 : « là j'ai prévu d'aller faire un une euh une petite séance de méditation parce que je fais du karaté et à mon cours de karaté je vais proposer au prof donc on va essayer. Déjà je vais leur faire faire un petit cours de méditation donc c'est aussi pour le non médical ! [...]de la découverte parce que je pense qu'il y a pas que un attrait médical à la méditation ».

MG12 : « « Chaque jour, j'essaie de réfléchir à ce que je fais... et de le faire par rapport à ça. Donc euh je fais beaucoup de trucs en rapport avec la nature [...] je plante des arbres [rires]. Je fais des marres. Tu vois. Je fais plein de trucs ! Et je le fais en conscience. Donc ça finalement c'est de la méditation quelque part aussi ! ».

IV. Limites à l'influence de la méditation dans la pratique du MG

Tous les médecins ont spontanément abordé des limites dans l'utilisation de la méditation dans leur pratique. Bien que ce ne soit pas directement relié à la question de recherche, cela renseigne sur comment et pourquoi l'influence de la méditation est limitée dans la pratique du médecin généraliste.

1) Le temps

Plus de la moitié des médecins interrogés ont parlé de la notion du temps qui limite l'utilisation de la pleine conscience. Il est intéressant de remarquer que la problématique n'est pas la même pour tous, voire qu'ils ont une vision différente sur ces sujets.

a. Chronophage pour le MG

Plusieurs médecins ont mis en lumière la notion d'une pratique chronophage pour le médecin dans son organisation.

MG3 : « mais là bon ça demande quand même une implication de temps-là » concernant sa participation personnelle à un programme de MBSR.

MG6 : « J'en prends plus parce que finalement ça me prend trop de temps ». « Alors pour le coup c'est des consultations plus longues ».

MG7 : « Les consults qui sont un peu plus longues ». « Bah quand tu finis avec 3 ou 4 patients, une heure et demie euh c'est moins [intéressant] ».

MG8 : « J'essaye de caser ça dans des moments creux. Soit c'est la dernière consultation de la journée donc je pars du principe qu'elle va durer vingt minutes et elle en dure quarante mais voilà ».

b. Chronophage pour le patient

Certains médecins ont rapporté une image chronophage pour le patient.

MG7 : « après beaucoup de patients vont me dire moi j'ai pas le temps d'en faire à la maison ».

MG8 : « accepter les horaires, enfin y a des contraintes ».

c. Discipline et régularité

D'autres médecins ont parlé de la discipline que peut nécessiter cette pratique, à titre personnel.

MG5 : « J'aimerais pouvoir l'appliquer plus au quotidien mais j'y arrive pas. », « que j'arrive à trouver un groupe où je peux y aller, que je me cale, je m'oblige à le faire. Et que je n'ai pas réussi à faire avec la méditation parce que toute seule j'y arrive pas ».

MG10 : « vraiment c'est devenu une pratique régulière et quotidienne. »

MG12 : « Je trouve que c'est un peu trop répétitif les trucs »

2) L'aspect financier

Dans les limites matérielles, certains médecins ont abordé la limite financière, du point de vue du patient ou de la rentabilité du médecin.

MG3 : « le côté financier c'est un frein pour beaucoup de choses maintenant »

MG7 : « Ce qu'on a le droit de coter c'est, on peut compter une consult qu'elle dure 10 secondes ou qu'elle dure 1h c'est le même tarif. Donc si tu veux ce qui est bien c'est de voir les patients en début ou en fin de séance de groupe pour dire je les ai vu 1 minute en tête à tête donc tu peux faire une consult, et après le groupe il est gratuit. Parce que tu n'as pas le droit de le coter ».

3) L'adhésion du patient

De nombreux praticiens ont parlé de la problématique de l'adhésion du patient à la proposition de traitement.

MG2 : « comment ils réagissent, comment ils... Et ... si ils adhèrent, si ils adhèrent pas ».

MG5 : « il y en a qui sont pas capables de faire de la méditation qui sont pas là dedans » .

MG7 : « alors y'a des patients à qui ça parlent beaucoup et ça marche. Ils attaquent et ça marche direct. Y'en a c'est un peu plus difficile et du coup on doit on doit commencer ensemble ».

MG10 : « Et vous me direz comme ça si c'est ok pour vous ou si c'est pas ok pour vous ».

MG11 : « Enfin ça va être vraiment de l'ordre de la proposition parce que j'ai pas envie que ça les braque quoi ».

MG12 : « peut-être qu'ils s'en foutaient complètement et que ça marcherait pas mais bon ».

Le MG8 rapportait la notion de contrainte pouvant limiter l'adhésion du patient : « C'est pas si simple, il faut intégrer un groupe, y être intégré, accepter les horaires, enfin y a des contraintes ».

D'autres relevaient une limite concernant l'implication demandée aux patients dans cette prise en charge :

MG3 : « une démarche qui demande beaucoup plus d'implication ».

MG5 : « puis ça va venir tout seul. Non c'est un travail quoi »

MG7 : « après beaucoup de patients vont me dire : moi j'ai pas le temps d'en faire à la maison, j'ai pas trop envie, [...] j'y arrive pas ».

A nouveau, il est intéressant de noter que cela va à l'encontre de déclarations d'autres médecins qui eux considéraient justement que l'implication demandée aux patients est une force.

MG4 : « ce que je souhaite surtout c'est que les patients soient responsables et acteurs de leur santé [...] des gens qui sont je dirai très coopérants et puis j'estime qu'ils se prennent en charge. » « aider les patients à découvrir les outils qu'ils ont en eux, les potentiels qu'ils ont en eux, à se découvrir, à s'exprimer, à se faire confiance. »

MG11 : « une alternative assez chouette à proposer, d'autant plus qu'ils sont acteurs du truc quoi, que c'est pas juste j'avale une pastille, c'est pas médicamenteux, c'est j'agis pour moi quoi ».

4) Les croyances négatives

Comme on vient de le voir, les médecins n'étaient pas tous d'accords entre eux sur ce qui peut être une limite à l'influence de la méditation. Certains considéraient cette pratique chronophage ou coûteuse alors que d'autres n'avaient pas cette vision ; certains considéraient que l'implication du patient dans la prise en charge était un frein quand d'autres considéraient que c'était une chose positive. On peut donc constater l'importance des croyances dans les limites perçues par le médecin. Ces croyances pouvaient être celles du médecin lui-même, mais aussi celles du patient (ou les croyances que le médecin projettent sur le patient) et celles de ses pairs.

a. Les croyances concernant le MG

- L'illégitimité et le manque de confiance en soi

Comme dit le MG3 : « moi je me sens pas légitime ». Plusieurs médecins ont clairement dit leur sentiment de manque de légitimité dans la transmission de la pleine conscience en consultation.

Certains ont évoqué une impression de manque de formation.

MG5 : « faut déjà que nous on se forme et qu'on soit capable de transmettre quoi. Et ça c'est mon grand regret ».

MG7 : « Bon je pense que quand on n'est pas formé bah on fait pas pratiquer au patient, on a plus de mal à en parler et être convaincu par l'intérêt ».

MG11 : « et aussi des formations euh pour euh transm... enfin comment on transmet ça quoi ! [...] Pour me sentir plus légitime »

Un sentiment de maîtrise insuffisante dans leur pratique a aussi été mis en avant.

MG4 : « Aujourd'hui je pense que je n'ai pas assez avancé dans la méditation pour pouvoir encadrer euh quelqu'un » « Pour l'instant je ne pense pas avoir la légitimité suffisante ».

MG5 : « pour moi je ne le maîtrise pas encore ».

MG11 : « Si vraiment c'était quelque chose que je voulais transmettre en consultation, il faudrait que moi j'ai une pratique avec ou bien enfin guidée un petit peu, je pense, dans un premier temps dans un groupe par quelqu'un. »

MG12 : « pour l'instant je suis pas assez compétent ! ».

Un médecin a également évoqué sa timidité et son manque d'habitude.

MG12 : « C'est surtout que moi je suis quelqu'un d'assez timide donc tu vois, le proposer... Je me prépare moi-même à le proposer mais peut être qu'avec le temps tu vois, à force de le faire ça va devenir plus facile je pense. »

- Les difficultés de mise en œuvre

Chaque médecin qui en a parlé, a évoqué différentes difficultés pratiques :

- le problème de suivi en psychothérapie par un autre professionnel,

- la difficulté à mettre en place la formation à la pleine conscience en formation initiale
- le besoin d'être à l'aise avec le patient pour l'inclure dans un groupe hors consultation
- le côté « pratico-pratique » pour transmettre la méditation aux patients
- la croyance concrète du médecin qu'on ne peut pas être « toujours » présent à soi

MG6 : « c'est parfois compliqué euh disons que je les suis pas en thérapie disons ».

MG7 : « voilà, c'est compliqué. Compliqué c'est compliqué. Même en médecine générale, où quand même on est assez ouvert à ça et où tout le monde connaît ça, même entre nous c'est difficile de faire des formations ».

MG10 : « Au départ j'ai très peu inclus de mes patients mais mes collègues m'ont envoyé des gens (rires) donc il y a des patients du cabinet qui y sont et personnellement je crois que j'ai un patient euh à moi que j'ai incorporé [...] donc on méditait déjà beaucoup dans mon cabinet et donc comme c'est quelqu'un avec qui voilà je me sentais suffisamment à l'aise il a incorporé notre groupe ».

MG11 : « et le côté pratico-pratique. Et après quelque chose qui pourrait aussi, enfin, être donné aux patients, être transmis aux patients ».

MG12 : « tu prends conscience de tes émotions un petit peu, mais après t'y retournes parce que tu peux pas être tout le temps comme ça. »

b. Les croyances concernant les patients

Une partie des médecins interrogés rapportaient des croyances négatives autour de la méditation concernant les patients.

- Réactions négatives des patients

Certains généralistes ont rapporté leur expérience de réactions de patients ayant des croyances négatives au sujet de la méditation.

MG5 : « y a des croyances. Les gens ils ont des croyances où ils croient que la méditation des fois c'est bon voilà hein hein hein hein » [sous-entendu négatif]

MG11 : « surtout il y a quand même plein de patients à qui on parle de ça et qui lèvent les yeux au ciel d'un air de dire « oulala c'est quoi encore que ce plan » »

- L'incapacité

Deux médecins pensaient que certains patients ne étaient pas capables de méditer.

MG5 : « il y en a qui sont pas capables de faire de la méditation qui sont pas là dedans » .

MG6 : « c'est pas possible quoi... ils n'y ont pas accès ».

Deux médecins ont aussi rapporté cette croyance d'incapacité de la part des patients.

MG5 : « y en a qui me disent « Ah ! Je sais pas comment, ou je sais pas voilà je sais pas » »

MG7 : « après beaucoup de patients vont me dire [...] moi je suis nul, [...] j'y arrive pas ».

Devant cette croyance il dit que « du coup on doit on doit commencer ensemble ».

- L'inutilité

Un des praticiens a évoqué la croyance des patients de l'inutilité de la méditation.

MG7 : « après beaucoup de patients vont me dire [...] ça sert à rien ».

Un autre médecin a parlé de ses propres doutes quant à la part qui relève de l'influence de la méditation dans sa vie.

MG12 : « Mais c'est toujours pareil, est-ce que c'est la méditation qui me fait ça ou bien c'est que je suis dans une bonne période et que du coup je médite, je sais pas. C'est difficile de faire la part des choses. »

- Le décalage d'attentes

Un des médecins a parlé de la difficulté du décalage entre l'attente du patient, ou ce que le médecin croit être son attente, et la proposition du médecin.

MG1 : « c'est plus délicat parce qu'ils viennent pas forcément pour entendre quelque chose comme ça quoi »

c. Les croyances des pairs

Plusieurs médecins ont fait part de leur expérience plus ou moins délicate au contact de confrères.

- « Une image négative »

Deux médecins ont raconté leur vécu de désapprobation évidente de la part de leurs associés ayant une image négative de la méditation.

MG5 : : « C'est des sujets euh... Dans ce cabinet je suis un peu l'extra-terrestre. » « Mais moi ici quand je parle de méditation euh on me regarde euh voilà » [mimant une attitude de désapprobation en évoquant ses associés]

MG8 : « Je ne sais pas comment faire. Parce que dans mon cabinet je suis seul. Enfin pas tout à fait seul parce qu'avec ça j'ai une collègue qui fait beaucoup de yoga [...] Mais du coup elle est un peu à part et elle n'arrive pas à faire comprendre aux autres collègues qui sont la tête dans le guidon que c'est intéressant quoi. Ça fait encore comme une image d'ésotérisme new age ou une image négative autour de ça, un peu mode aussi. »

- Un sentiment de surprise

Deux autres généralistes ont rapporté un sentiment de surprise face à une pratique de méditation dans un cadre médical, soit de la part des internes accueillis en stage, soit de la part du médecin lui-même découvrant des confrères méditants.

MG9 : « Et c'est vrai que mes internes, au début ils sont toujours très très surpris quand on commence à aborder des choses de ce genre là parce que ça leur vient... ils ne sont pas formés du tout ».

MG12 : « Je m'y étais déjà mis. [...] enfin finalement tu rencontres des gens et tout ça qui... enfin je pensais pas qu'autant de gens méditaient quoi ! Dans le D.U d'entretien motivationnel en fait ils méditaient tous ».

- Rigidité mentale

Selon un des médecins interrogés, la difficulté d'approche de la pleine conscience pour les médecins venait de leurs personnalités plus souvent psychorigides, amenant une vision des choses différentes avec les médecins méditants.

MG10 : « une forme de rigidité mentale voilà qui est assez souvent présente en médecine avec des personnalités un peu plus psychorigides parce que enfermées un peu dans des protocoles ». « Ben oui par rapport à mes associés, j'ai une façon de voir un petit peu différemment ».

5) Les contre-indications

Deux médecins ont évoqué la dépression comme contre-indication à la pratique de la méditation de pleine conscience.

MG1 : « il y a aussi des contre-indications à la méditation donc effectivement ne pas faire n'importe quoi avec » « Dans la dépression c'est pas forcément indiquer alors il faut se méfier »

MG11 : « Ptet pas la personne qui va être en syndrome dépressif parce que ça va être compliqué »

DISCUSSION

I) Forces et faiblesses de l'étude

1. Forces de l'études

- Etude qualitative

Le choix de la méthode qualitative prospective en entretien semi-dirigé permet une grande liberté d'expression dans le discours amenant une richesse dans les informations recueillies. L'objectif de l'étude est de comprendre l'influence de la méditation de pleine conscience dans tous les aspects de la pratique du médecin généraliste. Il explore l'expérience vécue des médecins généralistes méditants. La méditation de pleine conscience s'apparentant au courant philosophique de la phénoménologie, la méthode d'analyse phénoménologique est adaptée et a permis de faire ressortir l'ensemble de leurs expériences, vécus et ressentis.

- Validité interne

L'analyse des données en cours de travail tendait vers la saturation au 8^e entretien, cependant les deux entretiens suivants ont apporté de nouveaux éléments dans certains thèmes. C'est pourquoi deux entretiens supplémentaires ont été réalisés après le 10^e entretien, confirmant la saturation des données.

L'absence d'hypothèses préalables a limité la transcription des représentations du chercheur, les thèmes ayant été ressortis après analyse des entretiens.

- Validité externe

Les résultats de cette étude sont cohérents avec les données de la littérature concernant les effets de la pleine conscience dans le soin tant pour les patients (11–13,17,18,24,25,42) que pour les soignants (33,43–47). Ces études quantitatives ont permis de recouper nos résultats qualitatifs avec des résultats statistiques. D'autres travaux de thèse portant sur l'intérêt de la pleine conscience pour d'autres spécialités ou pour les étudiants en médecine

montrent de nombreux points similaires (38,48). Il est à noter qu'aucune étude qualitative n'a été retrouvée à ce jour concernant l'influence de la pleine conscience chez des soignants, raison pour laquelle il n'est question ici que de données quantitatives.

- Hétérogénéité de l'échantillon

L'expérience en méditation des praticiens est variée, tant dans la durée que dans la régularité, apportant une vision élargie.

La fourchette d'âge des médecins interrogés est large, permettant de recueillir l'expérience pratique des jeunes généralistes comme de ceux installés de longue date.

Les deux sexes sont représentés, même si la parité n'est pas respectée.

- Originalité du sujet

Lors du sondage bibliographique, aucune étude qualitative n'est apparue sur le vécu de soignants méditants ni sur la méditation en pratique de médecine générale. Le seul travail de thèse traitant de la pleine conscience en médecine générale est une revue de la littérature concernant les applications cliniques (11).

2. Faiblesses de l'étude

- Biais d'expérience de l'informateur

Ce travail d'étude qualitative est le premier que je réalise. Les premiers entretiens notamment ont souffert de ce manque d'expérience et de ma difficulté à poser des questions ouvertes. De plus je me suis sentie en position d'étudiant amenant un ressenti d'illégitimité et de malaise quant à explorer le ressenti et le vécu plus intime de mes pairs, plus expérimentés.

- Biais d'investigation

Le type de relance a pu constituer un biais influençant l'interviewé par mes opinions personnelles. De plus les médecins ont tendance à donner des réponses qu'ils considèrent

comme attendues, « effet d'attente » liée à la désirabilité sociale entre pairs et notamment pour ceux ayant connaissance de mon expertise dans le domaine de la méditation.

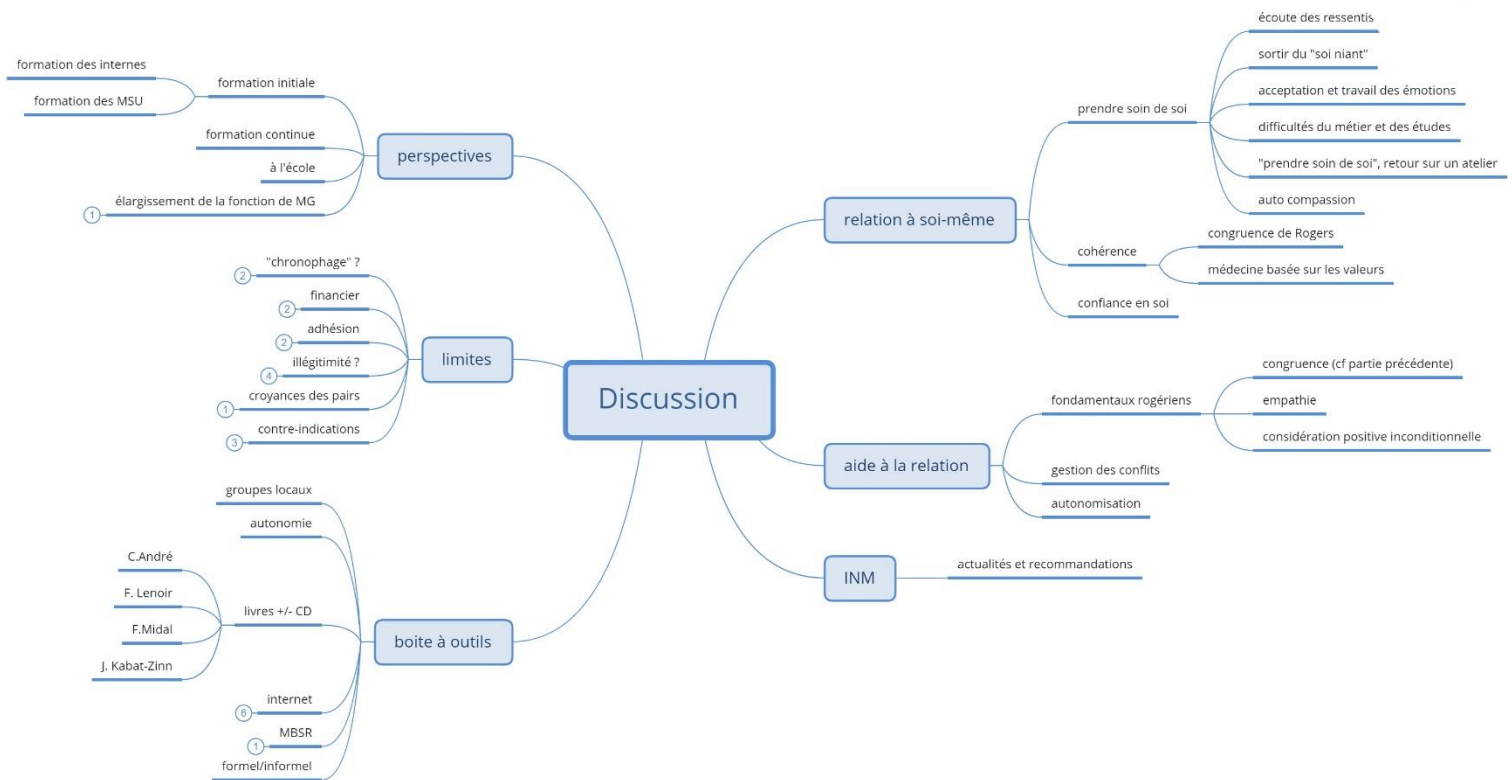
- Biais d'interprétation

Les entretiens ont été analysés par un seul chercheur, créant un biais d'interprétation qui aurait pu être limité par une triangulation.

- Biais de recrutement

Ce biais est souvent évoqué, cependant il ne se justifie pas dans un travail qualitatif, l'échantillon étant constitué à mesure et ayant permis la saturation des données.

II) Discussion



Ce travail montre que la méditation influence de multiples façons les pratiques des médecins généralistes méditants. Cela se ressent dans leur pratique professionnelle quotidienne tant au niveau relationnel que dans leur prise en charge médicale et leurs conditions de travail. L'influence est également ressentie de façon vaste dans leur vie personnelle. Des limites à cette influence au niveau professionnel ont cependant été mises en lumière par certains. Enfin ils ont presque tous parlé des perspectives de la pleine conscience dans la formation des médecins.

A) **Relation à soi-même**

Dans cette étude comme dans la société actuelle, les médecins ont commencé à s'apercevoir qu'ils ne sont pas tout le temps médecin mais qu'ils sont aussi et avant tout des êtres humains à part entière. Ils réalisent que leur vie personnelle a des répercussions sur leur pratique professionnelle et qu'ils ont eux aussi des besoins à prendre en compte. Cela les amène à considérer l'importance de leur qualité de vie et à rechercher un équilibre

entre leur vie personnelle et professionnelle. Ils s'accordent le droit à une vie familiale agréable et à la pratique de loisirs. Ils recherchent davantage un épanouissement personnel, ce qui peut induire dans leur pratique une volonté d'autonomisation en tant que médecin qui se traduit par des propos comme « travailler différemment » (MG4, 12). Enfin, en tant qu'être humain au même titre que leurs patients, ils découvrent l'intérêt de pratiquer eux-mêmes les outils de bien-être et de prévention qu'ils proposent aux autres pour prendre soin d'eux.

1) Prendre soin de soi

Lors du congrès sur les INM à Montpellier du 28 au 30 mars 2019, une intervention abordait le thème de la relation du médecin à lui-même sous le titre « le médecin doit se trouver lui-même. 1^e étape de la guérison » par le Pr Bacon (49), faisant écho aux propos des généralistes de cette étude qui parlaient de congruence, de respect de leurs valeurs et de trouver une meilleure qualité de vécu dans le cadre professionnel et personnel grâce à leur pratique méditative.

a. Ecoute de soi et stress

Les MG interviewés dans cette étude constatent une meilleure écoute de leurs ressentis. Cela leur permet de prendre conscience de leurs facteurs de stress et de repérer les moments de danger pour eux-mêmes. Ces « stressseurs » se recoupent pour la plupart des médecins et sont d'ordre administratif, temporel, relationnel ainsi qu'au niveau de leur vie intérieure personnelle. Par la mise entre parenthèse que permet la méditation, ils ont alors la possibilité d'éviter de se retrouver dans un vécu autodestructeur et de mettre en place des solutions qui leur correspondent, tant dans leur organisation et leur atmosphère de travail, que dans leur vie relationnelle professionnelle et personnelle.

Cela fait parfaitement écho aux découvertes du Dr Jon Kabat-Zinn. En se basant également sur les travaux de Seyle et de Seligman, il a ainsi expliqué que les stressseurs internes et externes engendrent une « réponse non spécifique de l'organisme ». Cependant « ce n'est pas le stressseur potentiel lui-même mais la façon dont nous le percevons, puis la façon dont nous le gérons, qui déterminera s'il mènera ou pas au stress ». La pleine conscience intervient à ce niveau, permettant de mettre en place des « stratégies

d'adaptation fonctionnelles saines ». Par un entraînement régulier, un certain calme intérieur et la conscience de l'instant présent se développent, aidant « à répondre au stress d'une façon équilibrée et créative » (50).

b. Sortir du « soi niant »

Jacques Salomé parle d'être soignant sans être « soi-niant », sans être niant ni de soi ni de l'autre. Il propose d'arrêter de « soi-nier » et de transformer le patient en « soi-niais » (51), c'est-à-dire de commencer à se considérer soi-même et à considérer le patient comme une personne à part entière, responsable et autonome, ce qui m'amène à évoquer la notion de patient-expert. Dans ce cas patient expert de lui-même, de ce qu'il vit et de la façon dont il ressent ses propres expériences de vie.

Au travers de leur pratique de pleine conscience, les médecins développent leur capacité à se rendre compte de tous les domaines où ils se niaient eux-mêmes. Ils rapportent la prise de conscience de leur besoin de se « protéger » (MG5), de « prendre soin de soi » (MG8, 9, 12). Et constatent la capacité à « mieux [se] prendre en charge » (MG7) en mettant en œuvre les « ressources » (MG11) adaptées, telle que la méditation ou encore un « suivi psychologique » (MG8), quand ils en ont besoin.

Jacques Salomé pense que nous intégrons « trop de messages négatifs, trop de violences verbales, physiques ou morales » et que nous « [oublions] de nous respecter ». Cette étude montre que par la méditation les médecins sortent davantage de ses comportements destructeurs et apprennent à « devenir un bon compagnon pour soi-même » selon la formule chère à cet auteur (52), à se donner « l'amitié que chacun se doit » comme le dit Montaigne dans ses Essais.

c. Acceptation et travail des émotions

Le travail sur les émotions au travers de la méditation a été abordé par plusieurs médecins dans leur interview, notamment les MG 6 et 7 avec le verbe « gérer » le stress et l'anxiété. Ce concept très à la mode de « gestion des émotions » peut être ré envisagé sous le prisme de la pleine conscience.

Pour John Kabat-Zinn dans son livre Au cœur de la tourmente, la pleine conscience (50), « les émotions doivent être reconnues [...] Il y a à aller à leur rencontre et à les ressentir de toute leur force. Il n'y a pas d'autre façon de traverser ce passage ». Dans un premier temps donc la pleine conscience invite à aller au contact de nos souffrances émotionnelles pour ne pas les refouler, sans les amplifier. Car pour son fondateur « le fait de connaître délibérément [ses] sentiments dans les moments de souffrance émotionnelle contient en lui-même les germes de la guérison. » Cela permet de prendre « la responsabilité de sentir ce que [nous sommes] en train de sentir à cet instant » au lieu de le vivre « comme des forces extérieures » qui nous submergent, « d'en être la victime ». « Diriger l'attention vers l'émotion permet de voir les sentiments avec un certain degré de sagesse ». Et si « la douleur peut rester aussi forte, au moins la souffrance est adoucie quand nous observons notre esprit s'agiter dans tous les sens ». La pleine conscience « nous aide parfois à éviter la confusion des sentiments [...] causés peut-être par de fausses perceptions ou par des exagérations » (50). Cela nous permet donc petit à petit d'apprendre à nous connaître, à prendre du recul pour reconnaître nos schémas de réactions et à repérer nos distorsions cognitives pour ne plus y être soumis.

Pour citer un auteur sans lien avec la pleine conscience, Carl R. Rogers parle lui aussi des vertus de la connexion aux émotions et de l'acceptation dans le développement de la personne : « au fur et à mesure qu'il [le sujet de la thérapie] apprend à s'écouter lui-même, il en vient à mieux s'accepter. [...] Il en vient lentement à s'accepter tel qu'il est et se trouve donc prêt à avancer dans le processus du devenir [...] En devenant plus conscient de soi, en s'acceptant d'avantage, en adoptant une attitude moins défensive et plus ouverte, il se trouve enfin libre de changer et de se développer dans les directions naturelles à l'organisme humain ».(53) Ce discours fait écho aux attitudes développées par la pleine conscience à travers une attention « sans filtre (on accepte ce qui vient) » se rapportant à l'acceptation, « sans jugement (on ne décide pas si c'est bien ou mal, désirable ou non) » se rapportant à la bienveillance, et « sans attente (on ne cherche pas quelque chose de précis) » se rapportant à la curiosité et l'ouverture d'esprit. (6)

L'acceptation des émotions en soi permet aussi d'identifier qu'une part de notre douleur « vient de la non-acceptation, du rejet de ce qui est ». En s'entraînant par la pratique de la méditation à développer cette « présence vigilante » à ce qui est présent, nous apprenons

à observer simplement ce qui se manifeste sans rejeter, condamner ou souhaiter que ce soit différent, et ce dans tous les moments de notre vie ; à « rester maître de notre esprit » devant ce qui est déjà là. Cela « ouvre des brèches réconfortantes dans ce qui semblait impénétrable, dans des murs de peur, de désespoir ou de manque de confiance. De telles voies de sortie de la souffrance apparaissent dans les moments où naît en vous l'idée que « eh bien oui », la vie que vous vivez maintenant est votre vie, la seule que vous avez. Dès l'instant où vous êtes décidés à voir de cette façon, vous pouvez accepter pleinement votre vie » (50) et tout ce que vous ressentez. Alors seulement, nous pouvons être en capacité de développer des stratégies parallèles centrées sur le problème et centrées sur l'émotion afin de trouver des solutions créatives d'actions adaptées prenant en compte la réalité, les autres et nous-mêmes.

Jon Kabat-Zinn parle de « travailler avec la douleur émotionnelle ». La pleine conscience invite en effet à se rendre compte que « nous ne sommes pas notre souffrance... mais nous pouvons faire beaucoup pour la guérir ». Il n'est donc pas question ici de gestion des émotions, mais plutôt d'un « recadrage ». La pleine conscience nous entraîne à élargir et clarifier notre vision des événements. Cela amène à identifier nos émotions sans les supprimer mais en les remettant dans le plus vaste de champ de tout ce qui constitue notre vie d'être humain parmi les autres humains (50). Tout en observant les pensées qui peuvent y être associées. C'est de là que peut découler aussi la capacité d'auto-diagnostic évoquée par les MG7 et 12, permettant d'associer d'autres outils à la pratique de la méditation pour retrouver un état de calme intérieur, travailler la relaxation, voire d'aller solliciter une aide spécialisée comme un psychologue (MG8) ou un sophrologue (MG5 et 10) lorsque le besoin se présente.

d. Difficultés du métier et des études

Dans cette étude, huit médecins sur douze rapportent des troubles psychologiques, de l'ordre des troubles anxieux et /ou d'épisode d'épuisement professionnel pour quatre d'entre eux. Ces résultats se rapprochent des chiffres annoncés en introduction avec des situations de burn out chez près de la moitié des médecins français (33). Les difficultés de notre métier sont donc indéniables, comme le souligne le MG3 : « On a tous traversé des choses très

très dures et ça, je pense que nous former à le faire pour nous-même déjà dès notre plus jeune âge d'étudiant, ce serait quelque chose vu le métier qu'on fait, ce serait pas du luxe ! ». Prendre soin de soi en tant que médecin, trouver des outils aidant et des stratégies préventives face à la souffrance et au stress auxquels nous sommes confrontés est donc nécessaire. Les médecins de cette étude ont trouvé un recours au travers de la pratique de la pleine conscience. Comme le disait le Dr Fasel de Lausanne, auteur de l'article au nom incitateur « Stressé et surmené ? Méditez ! » : « La méditation en pleine conscience est une pratique bénéfique bien démontrée et de plus en plus enseignée aux patients souffrant de pathologies chroniques, alors pourquoi pas aussi pour les médecins ? Une intervention flexible, portable et non invasive à intégrer à notre quotidien ! »(36).

e. « Prendre de soin de soi », retour sur un atelier à l'université de médecine »

Pour nourrir cette discussion, j'ai assisté à l'atelier « prendre soin de soi » proposé par la faculté de médecine Montpellier-Nîmes lors de sa journée de rentrée le 19 septembre 2019. Dix-sept médecins généralistes et internes de médecine générale y participaient. Les besoins rapportés par les sept internes présents étaient d'apprendre à « gérer leur charge émotionnelle », de « prendre de bonnes habitudes dans la prise en charge de leur stress », d'être « capable de s'autodiagnostiquer et de diagnostiquer des pathologies liées au stress chez leurs collègues » et d'avoir des outils à proposer aux patients. Les MG installés étaient en recherche d'aides pour « gérer leur charge mentale » et « faire face à l'augmentation constante des pressions » qu'ils subissent. Ils souhaitaient apprendre à « repérer leurs limites » et trouver des solutions pour « faire face à l'épuisement psychique ». Les difficultés évoquées relevaient de l'incapacité à dire non et à fixer ses limites avec les patients comme avec l'entourage professionnel, l'impact de l'agressivité des patients, la gestion du temps au cabinet et la problématique du temps pour soi, des limites entre vie personnelle et vie professionnelle.

En réponse, les médecins généralistes d'une association nîmoise d'aide aux médecins responsables de l'atelier ont mis en lumière le contexte culturel et sociétal, historique et actuel : le formatage à repousser nos limites, le contexte socio-démographique défavorable, les problématiques de médecine préventive chez les médecins quasi inexistante et de

protection sociale défaillante, l'auto pression et le sentiment d'être irremplaçable des praticiens ainsi que la difficulté pour le médecin à accepter de se retrouver du côté patient.

J'ai été très surprise de les entendre dire que le score du Maslach Burn out Inventory (MBI) n'était pas à prendre en compte en tant que médecin mais que ces items étaient là pour nous inviter à la réflexion. Selon eux, tout médecin a un score élevé au remplissage de cette grille. Or cette échelle « fiable » « appréhende les 3 dimensions de l'épuisement professionnel des soignants » (54) et « est validée dans la population médicale » (55). A noter que « le MBI test est l'échelle la plus utilisée pour apprécier l'épuisement professionnel des soignants » (54). Il me semblerait donc intéressant d'amener le médecin à se considérer en tant qu'être humain comme les autres, à qui s'applique les résultats des études qui le concernent et chez qui l'épuisement professionnel sévère n'est pas davantage tolérable que chez nos patients. Ils nous ont invité à trouver nos propres solutions en ayant des activités de loisir, à prendre l'habitude d'un suivi préventif en consultation chez un médecin traitant extérieur à notre cercle proche et à prendre soin de notre environnement social et privé.

Puis le Docteur Philippe Wuthrich, psychiatre à Nîmes, a présenté la « mindfulness » en évoquant son apport dans le travail sur nos « cognitions négatives ». Il a expliqué l'entraînement amenant à améliorer le « lâcher des projections négatives » par l'identification des émotions et des pensées puis le retour de l'attention dans le corps. Sa recommandation était de méditer le matin pour diminuer l'anxiété anticipatoire de la journée (évoquée par le MG10) et après les consultations où « le médecin se sent affecté émotionnellement ». Après un exercice d'initiation comprenant les 3 minutes de respiration et le sablier, il a également proposé un exercice de relaxation-récupération à utiliser en fin de journée et en cas de stress. Il a par ailleurs abordé le besoin d'apprendre, si possible dès l'enfance, la gestion du temps, l'affirmation de soi et « la communication », évoquant les ateliers dédiés qu'il propose sur ces thèmes.

Il y a donc une volonté évidente de la part de la faculté de répondre aux problématiques de mal-être des médecins généralistes. Cependant un seul créneau était proposé pour cet atelier qui était pourtant complet, et le temps imparti d'1h30 était déploré par les animateurs comme étant trop limité pour aborder correctement ce thème. Le psychiatre a déclaré ne

pas avoir suffisamment de temps pour proposer un exercice plus approfondi de pleine conscience comme il l'aurait souhaité. Et toutes les interrogations émises par les participants en début de séance n'ont pas pu être traitées. De multiples pistes d'évolution pour ce type d'atelier sont donc à envisager, comme abordées dans ce travail, mais la mise en avant d'un tel sujet lors de cette journée est à saluer.

f. Autocompassion

Dans les fonctions de la pleine conscience pour eux-mêmes, les généralistes ont parlé d'apaisement et de réconfort, tout en évoquant la bienveillance que cela leur amenait vis-à-vis des patients. La bienveillance est une des valeurs promues par la pleine conscience. Et elle est à appliquer avant tout envers soi-même, permettant alors un certain apaisement. Cela m'amène donc à parler d'autocompassion. Dans sa préface du livre L'autocompassion de C.K.Germer (54), Christophe André donne les trois dimensions qui la caractérisent :

- « l'acceptation de la souffrance » qui n'est ni le déni ni la démission,
- « la douceur et le respect envers soi », à l'opposé de l'auto agressivité
- « une connexion aux autres dans la souffrance », évitant l'auto apitoiement qui isole.

« L'aptitude à se montrer bienveillant envers soi-même est évidemment bénéfique au bon fonctionnement psychologique global. Elle permet de mieux affronter l'adversité au quotidien [...], diminue le sentiment de solitude face à l'adversité, [...] et] représente une dimension décisive » de l'estime de soi.

Cette aptitude à l'autocompassion est en lien avec la théorie de l'attachement de Bowlby (55). Les adultes référents dans la petite enfance influencent par leurs attitudes face aux émotions de l'enfant sa propre capacité à se connecter et à réguler ses émotions, ainsi que ses comportements sociaux à venir. Pour aider des personnes en détresse émotionnelle, des protocoles adaptés ont été mis au point pour intégrer l'autocompassion en psychothérapie. Car « l'autocompassion, en nous libérant du piège des pensées et des émotions qui nous font du mal, permet de renforcer de l'intérieur l'estime de soi, de réduire la dépression et l'anxiété [...] Et les bienfaits ne s'arrêtent pas à vous. Car l'autocompassion est le fondement de la compassion pour autrui. » (54). Et comme l'a dit Jon Kabat-Zinn lui-même en commentaire de ce livre sur l'autocompassion, il y a une « grande synergie entre la pleine conscience et la compassion ».

Lors de la fin de rédaction de cette thèse, il m'apparait que les comportements des pairs qui nous ont encadrés et formés influent sur notre propre vision et nos comportements en tant que médecins, tant avec les patients qu'avec nous-mêmes. L'accueil des émotions, les nôtres et celles des patients, la manifestation d'empathie, la prise en compte du bien-être du médecin, relèvent il me semble de la théorie de « l'apprentissage vicariant » de Bandura (56) dont le « mimétisme comportemental » décrit par René Girard fait partie (57). C'est un apprentissage « socio-constructif par observation » qui explique qu'on apprend de nouveaux comportements en imitant les comportements d'autres personnes (formateurs ou leaders de groupe) qui font l'objet de récompense ou de validation (56,58). Les dernières générations de médecins ayant développé davantage de syndromes d'épuisement professionnel dans un contexte sociétal de plus en plus facteur de stress, il apparait que d'anciens modèles de comportement ne sont plus en adéquation avec les réalités vécues actuelles. Il pourrait être intéressant de proposer des ateliers d'entraînement à l'autocompassion aux futurs praticiens et à leurs maitres de stage pour faire évoluer ces comportements, tant dans l'intérêt de ces praticiens que dans celui des patients et des futures générations de médecins.

Certains apprentissages se font par l'expérience, c'est pourquoi je vais vous parler un peu de la mienne. L'autocompassion, proposée comme réponse par mon directeur de thèse face à mon stress dans la réalisation de ce travail, m'a apporté beaucoup de réconfort, d'apaisement et m'aide à renforcer ma confiance en moi, aujourd'hui encore. A la lecture du tonglen ou méditation du « donner-recevoir » à la fin du livre de C.K.Germer (54), me revient un souvenir. Lorsque mon père était malade quand j'avais 19 ans, il avait des épisodes de douleurs extrêmes qui le terrassait durant parfois dix minutes de suite, revenant de façon rapprochée, et que rien ne soulageait. C'était très dur à voir. Cela me donnait envie de m'enfuir pour ne pas ressentir la souffrance de le voir si mal, et en même temps j'avais profondément envie d'être là pour lui, de ne pas le laisser seul dans ces moments si difficiles. C'est naturellement que j'ai pratiqué une sorte de tonglen. Je m'asseyais à côté de lui, lui tenant la main pendant qu'il se tordait de douleurs. Et je respirais. Je visualisais qu'à l'inspiration, j'inspirais sa douleur. Je me disais qu'elle rejoignait quelque chose de plus grand que moi en moi, qui avait la capacité de l'absorber sans en être affecté et de la transformer en une sorte d'énergie bienveillante et bénéfique. En échange à l'expiration, cette force d'amour s'écoulait par ma main dans la sienne. Ainsi j'étais capable de rester à

ses côtés car je ne me sentais plus si impuissante et inutile. Cela me donnait la force de l'accompagner dans ses terribles moments de souffrance. Et d'une certaine manière, ça me faisait du bien de pouvoir être à ses côtés dans ses moments-là, sans pour autant souffrir par sympathie. Je sais que cela l'aidait beaucoup, d'autant plus quand il ne me voyait plus souffrir avec lui. Rétrospectivement j'ai compris que cette forme d'exercice que j'appliquais dans ces instants-là me permettait de me désidentifier de sa souffrance tout en restant connectée à lui et profondément présente. A la fin, même si parfois mes larmes coulaient quand même, j'étais heureuse d'avoir pu lui apporter un peu de réconfort par ma présence. Après son décès, ces moments partagés avec lui dans la souffrance qu'il traversait n'ont jamais été un problème pour moi, contrairement à d'autres moments difficiles de sa maladie. Ils étaient même plutôt une source de fierté et de réassurance me permettant de me dire « j'ai fait tout ce que j'ai pu, je lui ai apporté le meilleur de moi-même. J'ai été avec lui, je n'ai pas à regretter ». Au souvenir de sa souffrance se mêle l'intensité de notre lien dans ces moments, et cela me rappelle notre force et notre courage. Ma force et mon courage, non par le combat mais par l'accueil et la présence. A travers mon expérience et mes lectures (54,59,60), je crois que l'autocompassion et la compassion sont des qualités naturelles de l'humain. Dans notre monde mécanisé et mercantile, nous avons tendance à perdre ces capacités naturelles de connexion à nous-mêmes et à l'autre, qui sont pourtant essentielles notamment dans la relation de soin. Je découvre depuis peu la pratique de l'autocompassion. Et cela me permet de rester près de moi-même dans les moments difficiles tout en étant présente aux autres davantage comme je souhaite l'être.

Je pense aujourd'hui que si j'avais pu pratiquer cela lors de mon premier stage d'interne en pneumologie où je prenais en charge des patients atteints de cancer et leur famille quotidiennement, assistant à des décès de façon pluri hebdomadaire, j'aurais eu plus de ressources pour éviter le burn out et la dépression qui en ont découlé. Comme lors de mon stage aux urgences, après avoir découvert la méditation et la pensée bouddhiste. Quand la souffrance de certaines personnes sur des brancards dans les couloirs m'affectaient trop, je m'autorisais à prendre quelques instants pour leur tenir la main en les regardant dans les yeux. J'accueillais un peu de mes émotions qui nous relie dans notre humanité, et je laissais s'écouler ma bienveillance par mes mains. Je leur offrais ma présence. Je voulais qu'ils sentent qu'ils n'étaient pas seul, et ainsi je me sentais moins seule également. Cela durait à peine une minute, mais je me sentais mieux, un peu moins démunie, un peu plus congruente, capable de continuer. Durant ce stage, au retour de mon

semestre de disponibilité qui suivait celui de mon burn out, j'allais méditer aux toilettes, 3 à 5 minutes quand j'en ressentais le besoin. J'avais fini par le dire aux médecins, curieux, qui m'encadraient. Cela m'a aidé à traverser ce stage jusqu'au bout, me redonnant confiance en moi pour poursuivre mon internat. Juste en accueillant mes ressentis quelques minutes par jour, en me connectant à ma respiration et en étant plus authentique avec ceux qui m'entouraient.

2) Cohérence

Plusieurs des généralistes interviewés ont décrit que la pleine conscience les aide à agir selon leurs valeurs (MG7, 10, 12), à trouver une cohérence et rester intègre (MG7, 10), voire à devenir « le médecin qu'il voudrait être » (MG12).

a. Congruence

Selon Carl R. Rogers, la congruence correspond au « degré d'authenticité du thérapeute dans la concordance entre ses paroles et ses sentiments ». Pour cela, encore faut-il qu'il soit conscient de ses ressentis, ce qu'apporte la pleine conscience. Mais il va plus loin : « quand tel est le cas, je deviens intégré et unifié, et c'est alors que je puis être ce que je suis au plus profond de moi-même. » (53) Il me semble que c'est ce dont parlent les généralistes précités : cette authenticité, cette concordance dans leur métier avec les valeurs qu'ils portent, ce qu'ils sont profondément et ce qu'ils mettent en œuvre.

Toujours selon Rogers, afin de créer une relation aidante avec le patient, il faut être « digne de confiance », c'est-à-dire « qu'on puisse compter sur moi comme un être réel ». Pour lui « la leçon la plus fondamentale que doit retenir celui qui désire établir une relation d'aide quelle qu'elle soit, est qu'il est « en fin de compte toujours plus sûr de se montrer tel qu'on est ». Si dans une relation donnée mon attitude est assez congruente, si aucun sentiment qui se rapporte à cette relation n'est caché soit à moi-même, soit à l'autre, alors je peux être presque sûr que cette relation sera « aidante ». » Il ajoute que « si je peux former une relation d'aide avec moi-même – si je peux être effectivement conscient de mes propres sentiments et les accepter -, alors il y a beaucoup de chances pour que je puisse

former une relation d'aide envers quelqu'un d'autre » (53). On voit ici ressortir la présence attentive à soi, l'acceptation et la bienveillance envers soi prônées par la pleine conscience. Selon cet auteur, ce sont des composantes fondamentales de la relation d'aide, elle-même essentielle dans la pratique de la médecine générale. Et cela passe avant tout par une relation d'aide envers soi, c'est-à-dire prendre soin de soi, s'accepter dans son propre vécu en tant que médecin et être congruent.

b. Médecine fondée sur les valeurs

Connaitre et comprendre ses valeurs propres permet de « découvrir au nom de quoi nous voulons vivre intensément et ce que nous devons absolument bannir de notre vie pour éviter d'être malheureux » (61). Il me semble que c'est ce dont parlent ces généralistes quand ils relatent avoir besoin d'agir en respectant leurs valeurs (MG7, 10, 12) y compris dans leur pratique de la médecine. Les valeurs individuelles peuvent être définies comme « une vision fondamentale à la base de nos comportements et de nos agissements ». « C'est l'actualisation de nos valeurs propres qui nous donne le sentiment d'être heureux. C'est le fait d'en être conscient et d'agir en conformité avec elles qui donne une direction à notre vie ». A l'heure où de nombreux médecins expérimentent le syndrome d'épuisement professionnel dont une des composantes est liée au conflit de valeurs, prendre conscience de ses valeurs individuelles pour agir en fonction paraît une piste à développer. Trouver du sens à sa vie et à sa pratique en tant que médecin est sans doute un point primordial pour exercer ce métier dans la durée.

Depuis quelques années se développe la médecine basée sur les valeurs, en complément du courant principalement à l'œuvre actuellement de la médecine basée sur les preuves. L'un des traducteurs du livre la clinique fondée sur les valeurs (62), le Dr B. Pachoud, en parle ainsi : « La médecine et plus largement les pratiques de soin « fondées sur des valeurs » nous rappellent le principe que toute décision médicale ou exercice des soins repose essentiellement sur deux fondements : des connaissances, requises pour optimiser la pertinence et l'efficacité des soins, mais aussi des valeurs qui orientent les choix thérapeutiques. Toutefois, l'exigence croissante de scientificité dans la pratique médicale a déporté toute l'attention sur l'importance des connaissances, conduisant à négliger le rôle

des valeurs, qui restent d'ailleurs le plus souvent implicites, présupposées » (63). Ainsi identifier et prendre en compte les valeurs, du médecin et du patient, dans les choix thérapeutiques est parfaitement possible et souhaitable. En effet, en connaissant ses valeurs, on se sent moins en danger et on est alors capable d'entrer en contact avec les valeurs de l'autre plus sereinement et de façon constructive (62). « En multipliant les ressources et par conséquent les choix thérapeutiques, les progrès de la médecine, loin d'invalider ou de relativiser la pertinence des valeurs dans la décision médicale, en renforcent au contraire la nécessité. La médecine fondée sur les valeurs ne doit donc pas être conçue comme une alternative opposée à la médecine fondée sur les données de preuves (Evidence Based Medicine), mais comme une approche complémentaire. »(63)

3) Confiance en soi

Face au manque de confiance en soi et de légitimité évoqué par quelques médecins, la pleine conscience peut apporter des réponses. Le philosophe méditant Fabrice Midal propose nombre de méditations sur la confiance en soi, notamment dans un coffret audio dédié à ce sujet. Il écrit « la richesse de la méditation est dans l'invitation à accepter sa part de fragilité et à retrouver ainsi son humanité » pour apprendre « à faire jaillir la confiance, à entrer en relation avec votre peur plutôt que la fuir, à trancher les doutes. » afin que « la confiance ne soit pas quelque chose qui va et qui vient en fonction des événements extérieurs ». A travers l'entraînement de la pleine conscience, il propose de nous guider pour regagner la « confiance en la vie, en l'amour, en l'autre : les bases essentielles pour oser être enfin vous-même, retrouver le sens de votre existence et la joie du vivre ensemble. » (64) Toutes ses qualités sont précieuses pour tout être humain, et d'autant plus pour les médecins qui travaillent au plus près de la relation humaine et de la souffrance.

J'aime particulièrement celle intitulée « Trouver sa place », si simple et en cela si puissante :

« Avant toute technique ce qui importe est d'être exactement où vous êtes maintenant, au millimètre près. Là où vous êtes maintenant il n'y a rien à changer, rien ne manque. [...] On cherche souvent ce centre ailleurs, dans le passé dans le futur. Si seulement. La pratique nous invite à découvrir qu'il est exactement là où nous sommes, ne cherchez plus à être ailleurs [...] Ouvrez-vous à présent à ce que vous ressentez ; accueillez tout ce qui vous entrave. Si vous sentez de la tristesse, de l'inquiétude ou de l'angoisse, touchez-la et

laissez-la prendre place dans son contexte. L'espace est plus vaste ; vous êtes posé et ouvert. Rien n'est rejeté, tout est intégré. Là, dans cette situation, ce qui est est ce qui est. Et c'est là que réside la confiance, confiance d'être, confiance dans la vie. Autrement dit la confiance est juste cette expérience où vous êtes posé au centre de votre vie, et ouvert au monde et à toutes les circonstances de votre existence. [...] le sens le plus simple et le plus profond de la méditation est juste être pleinement là où vous êtes, tel que vous êtes. En le faisant vous retrouvez la conscience d'être. »

B) Aide à la relation médecin-patient

De nombreuses études, notamment de Ron Epstein, montrent « comment la qualité de l'échange, de l'écoute et de la communication entre le soignant et le patient favorise la mobilisation des ressources internes du patient pour réagir face à la maladie, l'aide à se prendre en charge et à s'engager dans le traitement, et conforte la confiance envers le système de soin et les soignants. Est-il surprenant de constater que Ron Epstein est aussi le fondateur de l'une des premières écoles de formation de soignants à la méditation de la pleine conscience déployée dans l'art du soin ? » écrit le Docteur Corinne Isnard Bagnis, méditante, professeur de néphrologie à l'Université de la Sorbonne et praticienne à la Pitié-Salpêtrière, dans son livre sur La pleine conscience au service de la relation de soin (65). En dehors des penseurs et acteurs de la pleine conscience, d'autres auteurs se sont intéressés aux caractéristiques de la relation d'aide, comme c'est le cas du reconnu Carl R. Rogers.

1) Les fondamentaux rogériens

Ce psychothérapeute influent décrit « les conditions nécessaires et suffisantes » d'une relation thérapeutique aidante. Il en fait ressortir trois : la « compréhension empathique » manifestée par le soignant, la « considération positive inconditionnelle » du soignant envers le patient, et la « congruence du thérapeute dans la concordance entre ses paroles et ses sentiments » (53).

Concernant la congruence du médecin, elle a déjà été traitée dans la partie précédente (Relation à soi-même, cohérence).

a. Empathie

« L'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions [...] ; la sympathie consiste inversement à éprouver les émotions de l'autre sans se mettre nécessairement à sa place, c'est une contagion des émotions » selon Berthoz et Jorlan dans leur livre sur L'Empathie (60). Rogers décrit qu' « être empathique, c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et avec les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne, mais sans jamais perdre de vue la condition du « comme si » (66). « L'empathie

peut être déclenchée par une perception affective du ressenti de l'autre ou par l'imagination cognitive de son vécu. Dans les deux cas, la personne fait clairement la distinction entre son ressenti et celui d'autrui » nous dit Matthieu Ricard d'après les recherches faites sur l'empathie (59). Cette distinction est importante « car elle distingue clairement, du point de vue du thérapeute, le processus d'empathie de celui d'identification. Cette compréhension est une façon de sentir le monde intérieur du client et sa signification intime comme s'il était le nôtre, sans jamais oublier que ce n'est pas le nôtre » (60). Le Dr C. Isnard Bagnis (65) écrit « nous sentons, nous voyons, nous entendons sa souffrance. Nous pouvons reconnaître sa souffrance [...]. Mais nous ne partageons pas la même émotion, et c'est bien là que nous pouvons être avec cette personne et l'aider dans notre rôle de soignant ».

Dans les études, l'empathie est associée « à la satisfaction des patients », « à plus d'adhérence au traitement » et même parfois « à une meilleure évolution clinique du patient » (65). Elle y ressort comme faisant partie des qualités essentielles attendues par les patients. Car cette attitude « soutient et accompagne le patient [...] elle comprend l'émotion et l'accueille sans forcément la partager ». « Pourtant celle-ci n'est pas enseignée dans la formation initiale ! ». Plusieurs études, résumées dans le livre de ce médecin (65), montrent que « la pratique de la méditation de pleine conscience favorise le développement de l'empathie ». Car le « contrôle des émotions » auquel entraîne la pratique méditative est « un élément majeur du mécanisme de la mise en jeu de l'empathie ». Matthieu Ricard (59) parle de l'absence « d'entraînement » à l'empathie et à la compassion pendant les études médicales, alors que les épreuves auxquelles sont soumis les étudiants en médecine (« horaires draconiens », exigences de compétences et de connaissances élevées, compétition entre eux...) « ne laissent guère de place à la compassion ». La compassion correspond pour lui au « souhait que tous les êtres soient libérés de la souffrance et de ses causes » suivi de « la mise en œuvre de tous les moyens possibles » pour y parvenir. Elle est donc tout à fait appropriée et souhaitable dans le milieu du soin. « Pour de nombreux internes en formation, l'épuisement engendre l'irritabilité, le ressentiment et l'amertume plutôt que la bonté, la compassion et l'empathie. [...] Sans offrir à ces jeunes médecins un entraînement approprié à la bienveillance, comment peut-on s'attendre à ce qu'ils manifestent une disponibilité et une compassion qui, dans les circonstances auxquelles ils doivent faire face, constituerait un défi même pour ceux qui ont cultivé ces qualités pendant des années ? ». Il suggère « pour réduire le burn out qui affecte les professionnels de santé, et ne pas déshumaniser une profession dont l'essence même est l'humanité, [...] d'offrir à

ceux qui s'y engagent des moyens de développer les qualités intérieures dont ils ont besoin pour mieux secourir les autres [...]. Les patients se sentiraient mieux entourés et les médecins [...] en retireraient davantage de satisfaction et un meilleur équilibre émotionnel. » (59)

On voit donc bien que l'empathie a une place primordiale dans la relation de soin, tant dans l'alliance thérapeutique avec le patient et son accompagnement humain, que pour préserver le médecin en lui donnant la possibilité de conserver la distinction salvatrice entre son vécu et celui du patient. Cela lui permet de poursuivre dans de bonnes conditions la relation et de rester apte à prendre les décisions adéquates à chaque situation. La méditation est un outil majeur à mon sens car elle permet un entraînement à une position d'observation des phénomènes tout en les vivants pleinement. Dans cette optique, selon plusieurs auteurs comme Christophe André ou Matthieu Ricard et dans quelques études sur le sujet (67–69), des formes spécifiques de méditation, comme celle de la bienveillance (metta), peuvent constituer une approche intéressante.

b. « Considération positive inconditionnelle » (53)

Cela correspond à une absence de condition nécessaire pour que le soignant manifeste une attention bienveillante et un respect envers le patient. Selon les médecins de cette thèse, la méditation de la pleine conscience leur permet de diminuer leurs jugements et d'augmenter leurs capacités d'écoute, d'accueil, de bienveillance et de tolérance. Amenant donc à une attitude proche de celle décrite par Carl Rogers.

En effet la pratique méditative entraîne à « accueillir l'expérience de l'instant sans jugements » (65). Un des fondements de cette pratique est de porter volontairement une attention non jugeante au présent. Pour cela l'invitation est de prendre conscience de nos jugements et de la façon dont notre mental produit sans cesse des critiques, des commentaires et des avis sur toutes nos expériences. « Ce travail essentiel permet de commencer à introduire cette distance entre les productions de notre mental et nous-même. » Grâce à cela, se développe une posture de métacognition permettant de conscientiser les « jugements perpétuels portés par notre mental » (65) pour les mettre à

distance et diminuer ainsi leur impact sur soi. Cela participe à développer une attitude de bienveillance envers soi et les autres.

Deux autres fondements de la pleine conscience sont la non-attente et l'acceptation. La non attente amène la patience mais participe également au non jugement et au détachement du sentiment de déception. L'acceptation s'entend dans le sens de « ne chercher ni à repousser, ni à s'accrocher à quoi que ce soit mais seulement à accueillir » (65), travaillant la capacité d'accueil de ce qui est présent dans l'instant.

On comprend donc que cela amène les qualités relationnelles rapportées dans cette étude et puisse participer à une attitude d'attention positive inconditionnelle favorisant la relation d'aide comme décrit par Carl Rogers.

2) Gestion des conflits

Les médecins de l'étude ont parlé de relations plus sereines, de diminution de leur réactivité et de meilleure gestion des conflits avec les patients.

En effet la méditation entraîne à l'observation des phénomènes et de nos envies d'y réagir en nous invitant à ne pas réagir pour autant. Cela peut expliquer une moindre réactivité face à des situations de communication difficile avec les patients. En aidant à développer un calme intérieur, les pratiquants peuvent petit à petit réussir à garder ce calme et leur équanimité dans ces moments. L'équanimité correspond à la capacité de garder un état de neutralité sereine et une « égalité d'humeur » face à toutes les circonstances (70). Prônée et développée par la méditation de pleine conscience et le bouddhisme, on la retrouve dans d'autres courants philosophiques comme le stoïcisme (71). De plus avec la diminution des jugements évoquée précédemment, il y a une diminution des résistances internes du pratiquant dans la relation, ce qui occasionne sans doute moins de situations conflictuelles et permet de les désamorcer plus rapidement. Enfin, par l'observation de ses pensées et de ses émotions, le praticien est plus à même de choisir de discuter voire de

rentrer dans le conflit d'opinions sans pour autant réagir émotionnellement et entrer dans la discorde.

« Différents modèles psychologiques ou neurocognitifs ont été avancés pour comprendre cet effet [la régulation des émotions] faisant intervenir l'augmentation par la pratique méditative des phénomènes de régulation du soi par l'observation des sensations, émotions et pensées ; la non-réactivité aux expériences ; l'acceptation et le non-attachement ; il est aussi établi que la pratique de la méditation induit des modifications anatomique et fonctionnelle dans des zones cérébrales comme l'amygdale et l'insula qui sont des zones clés de la réactivité émotionnelle. » (65)

3) Autonomisation du patient

Un des intérêts de la méditation pour les patients rapporté par les généralistes de cette étude est leur autonomisation. En effet, que ce soit dès l'initiation ou après un entraînement court avec un professionnel, le patient peut s'approprier la pratique et s'en servir selon ses besoins. Il développe aussi sa conscience de lui-même, et donc de ses besoins, de ses ressentis, de ses difficultés. Il devient un patient actif et responsable de sa santé, co-expert dans la relation de soin. En effet, apprenant à mieux se connaître et s'écouter, il devient expert de son expérience. Il apprend à prendre du recul sur lui-même et peut être capable de détecter les moments où il a besoin d'aide. Cela va dans le sens des orientations actuelles de la médecine. On retrouve l'idée de la prise en charge personnalisée du patient avec partage des connaissances et des responsabilités ; l'éducation thérapeutique où les objectifs de soin et les moyens sont définis d'un commun accord entre le médecin et le patient ; et donc d'une relation de co-expertise entre le médecin et le patient.

C) Interventions non médicamenteuses

Les interventions non médicamenteuses (INM), dont la pleine conscience fait partie, sont en plein développement. En effet toute substance active a potentiellement des effets indésirables, qui peuvent être importants selon les classes médicamenteuses, et particulièrement chez les sujets âgés. Ainsi « la iatrogénie médicamenteuse est responsable de 130 000 hospitalisations et de 10 000 décès par an », et notamment de 10 à 20% des hospitalisations chez les personnes de plus de 65 ans (72). La devise de tout médecin devrait toujours rester « primum non nocere ». De ce fait, la réflexion sur des alternatives, telles que les INM, ne présentant pas ces effets iatrogéniques, est donc légitime et nécessaire. La présence d'effets indésirables nombreux et parfois graves de classes comme les psychotropes et les antalgiques, avec par ailleurs le développement d'une dépendance, peut expliquer que les médecins de cette étude utilisent la méditation plus facilement dans ses indications psychiques et de prise en charge de douleurs chroniques.

Dans un rapport de la HAS d'avril 2011 intitulé Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées, les INM sont définies comme « la prescription de thérapeutiques nécessitant une participation active du patient en interaction ou non avec un professionnel spécialisé » (73). Elles comprennent les règles hygiéno-diététiques, les traitements psychologiques et les traitements physiques (comme la kinésithérapie). Elles sont notamment mises en avant dans la prise en charge des pathologies chroniques, entre autres dans le diabète de type 2 et les pathologies cancéreuses. Le rapport insiste sur leur recommandation en première intention dans la prise en charge des risques cardio-vasculaires et de l'insomnie, pour lesquels les INM sont d'après ce rapport « le traitement de fond » et de première intention. Il relève un grand écart entre les recommandations et les pratiques courantes, où les prescriptions non médicamenteuses sont insuffisantes, ce qui constitue un enjeu de santé publique. Dans le contexte économique actuel, cela représente également un coût de prescription évitable non négligeable.

Dans ce contexte, une analyse des « freins » à la prescription d'INM ainsi que des pistes d'amélioration est proposée. Les freins relevés sont « d'une part, les freins structurels

liés : au rôle socioculturel de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient, à l'organisation des soins et aux modalités de financement du système de santé. D'autre part, les freins plus spécifiques liés : aux limites d'information et d'adhésion des médecins et du grand public sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées, aux défauts de l'offre de soins en termes de disponibilité et d'accessibilité des professionnels de santé et des professionnels spécialisés chargés d'accompagner les patients dans le suivi de ces thérapeutiques. »(73). On voit ici ressortir la plupart des limites de mise en œuvre qu'ont fait ressortir les praticiens que j'ai interrogés, à savoir l'aspect financier en lien avec l'aspect chronophage pour le médecin, les problèmes d'adhésion du patient ainsi que les croyances négatives relevant souvent du manque d'informations et enfin le sentiment d'illégitimité de ces généralistes réclamant plus de formation. Dans les voies d'amélioration, le rapport propose une évolution du mode de rémunération des médecins pour encourager « financièrement les médecins à consacrer le temps nécessaire à la prescription » des INM, avec la mise en place d'expérimentation de rémunération mixte. « Il est également nécessaire de faire évoluer le contenu de la formation initiale et des dispositifs de développement professionnel continu afin d'améliorer les connaissances des médecins » (73) tant sur ces thérapeutiques que sur leurs recommandations ainsi que sur les professionnels spécialisés et enfin « sur les techniques de communication permettant d'améliorer l'efficacité des prescriptions ». Il préconise de prescrire sur ordonnance ces INM et de développer des brochures et des logiciels d'aide à la prescription de ces thérapeutiques. (73) L'introduction des connaissances scientifiques actuelles sur la pleine conscience, et d'autres thérapeutiques non médicamenteuses, ainsi qu'une expérimentation pratique se justifierait donc parfaitement en formation initiale des médecins généralistes.

La faculté de médecine de Montpellier-Nîmes s'est déjà engagée dans cette réflexion sur les INM. En effet les 28-30 mars 2019 un congrès intitulé « les INM au cœur des médecins intégratives, préventives, complémentaires et personnalisées » a eu lieu à la faculté de médecine de Montpellier. La pleine conscience a été abordée lors de l'intervention du Dr Fabrice Berna et du Professeur C. Isnard-Bagnis sur les programmes de mindfulness pour les soignants et la relation de soin (49).

Dans cette optique, lors de la 2e journée de rentrée du 19 septembre 2019 de la faculté de médecine Montpellier-Nîmes destinées aux médecins généralistes et aux internes, la prescription d'INM était à l'honneur. En effet, une intervention du Dr David Costa en séance plénière a eu lieu sur les recommandations au sujet de l'activité physique dans les maladies chroniques. Deux ateliers sur ce même sujet étaient proposés l'après-midi. La kinésithérapie a été mise en avant de façon appuyée dans l'atelier traitant de la prise en charge de l'épaule non traumatique, avec la présence d'une kinésithérapeute spécialisée. Par ailleurs, dans l'atelier « prendre soin de soi », une initiation pratique à la méditation était proposée reprenant les 3 minutes de respiration et le sablier, exercices de bases de la pleine conscience. L'invitation était de l'expérimenter afin de pouvoir la mettre en œuvre quotidiennement pour soi-même, et de la proposer aux patients.

D) Boîte à outils

Les médecins ont parlé de différents moyens de mise en œuvre pour eux et à proposer aux patients.

a. Groupe de méditation

Les concernant, ils ont entre autres parlé de se retrouver avec d'autres médecins pour méditer, régulièrement ou lors de formations. Cela rappelle les groupes de pairs où les médecins peuvent échanger sur leur pratique médicale. Également les groupes Balint permettant de partager autour « de cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème » (74). Cela montre l'importance pour les médecins de se retrouver entre pairs pour des temps de partage, qui semble également vrai au sujet de la méditation. Pour ma part, j'ai moi aussi expérimenté l'intérêt de la pratique en groupe. J'ai participé à un MBSR où la plupart des participants étaient des acteurs de la santé (médecins, psychologues, sage-femme, assistantes sociales...). J'ai pu faire l'expérience des bénéfices d'une pratique de groupe hebdomadaire et en confiance. J'ai alors créé un groupe de méditation régulier à Narbonne, dans lequel quelques médecins et psychologues viennent méditer, bien que le groupe soit ouvert à tous les méditants. Mon directeur thèse anime lui aussi un groupe de méditation, ouvert à tous, auxquels plusieurs médecins se joignent.

Concernant la méditation de groupe, plusieurs médecins ont évoqué le programme MBSR. Soit pour eux-mêmes, qu'ils en aient déjà fait un ou qu'ils envisagent de le faire, soit pour leurs patients. Ces groupes d'initiation intensive à la pleine conscience suivent le protocole élaboré par le Dr Jon Kabat-Zinn pendant 8 semaines et sont guidés par des instructeurs certifiés par l'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM). Cela garantit le cadre laïque, la formation du référent qui doit par ailleurs être un professionnel de la santé, et la qualité de l'enseignement délivré en lien avec les connaissances actuelles. (5) Bien que ce ne soit pas le cas dans mon échantillon, certains médecins peuvent choisir de se former pour devenir instructeur MBSR, comme c'est le cas de celle qui a encadré le programme dont j'ai bénéficié.

b. Méditation guidée individuelle

Il existe aujourd'hui de nombreux supports à la pleine conscience pour pratiquer par soi-même. Les médecins ont décrit « une boîte à outils » constituée de supports qu'ils ont eux-mêmes expérimentés. Plusieurs d'entre eux ont insisté sur ce dernier point, soulignant l'importance de connaître ce que l'on recommande aux patients.

Au niveau de la bibliothérapie, Christophe André psychiatre à l'hôpital Sainte Anne de Paris a été beaucoup cité. Membre de l'Association Française de Thérapie Cognitive et Comportementale (AFTCC) et de l'Association pour le Développement de la Mindfulness (ADM), il a permis la vulgarisation de la pleine conscience en France tout en assurant la rigueur de la pratique. Il a publié de nombreux livres sur la pleine conscience, dont le plus connu Méditer jour après jour (75) est accompagné d'un CD de méditation guidée. Un autre auteur français célèbre a été retenu par quelques praticiens, Fabrice Midal. Philosophe, proche du bouddhisme, il propose des livres et CD de méditation guidée tant pour les débutants que pour une pratique plus avancée (76). Frédéric Lenoir, un autre philosophe français, s'est également engagé pour la diffusion de la pleine conscience en France notamment dans l'éducation. Il propose lui aussi des livres avec CD pour pratiquer (77,78). On trouve de nombreux livres de l'américain Jon Kabat-Zinn, dont les célèbres Au cœur de la tourmente, la pleine conscience (50) et Où tu vas, tu es (79), ainsi que des coffrets CD de méditation guidée avec la voix de Bernard Giraudeau (80). Les initiateurs du MBCT ont également publié des livres-CD, tels que Méditer pour ne plus déprimer (81) et Méditer pour ne plus stresser (82). Enfin pour les enfants, des MG ont cité le livre-CD Calme et attentif comme une grenouille de E.Snel. Très récemment, le Professeur de pédiatrie Tu-Anh Tran au CHU de Nîmes a publié le livre Méditasons (83) accompagné de méditations enregistrées pour aider les enfants, et ceux qui les accompagnent, à soulager leurs douleurs, vivre avec leurs émotions et avoir confiance en eux, y compris dans des situations de maladies.

Des applications sur smartphone se sont développées et se révèlent être un outil qui séduit de nombreux néophytes. La plus connue est sans doute Petit Bambou, que plusieurs médecins ont cité. L'abonnement semestriel ou annuel à la partie payante de cette application française est remboursé depuis l'automne 2018 par une mutuelle (la mutuelle Alan). A noter que l'entreprise qui développe cette application rembourse le programme

MBSR à ses salariés. (84) Il existe de nombreuses autres applications, françaises comme Zenfie et Namatata, ou américaine comme Pause que j'utilise personnellement. Ces applications proposent une partie de contenu gratuite pour s'initier puis des abonnements peu onéreux sur des durées plus ou moins longues. Une application entièrement gratuite, Mindful Attitude, destinée aux entrepreneurs a été mise au point par la Fondation d'entreprise MMA des entrepreneurs du futur, avec pour but de s'adapter d'avantage au rythme de vie des actifs. (85) Enfin Christophe André a lui aussi mis à disposition une application d'initiation à la méditation pour une participation financière dérisoire, utilisée par le MG7.

Plusieurs médecins ont également parlé de méditation en ligne sur le web. Ce média permet d'accéder à des méditations guidées gratuitement, un moyen d'éviter les freins financiers de certains patients. On trouve sur youtube des méditations de qualité guidées par Christophe André, Fabrice Midal, Jon Kabat-Zinn lu par Bernard Giraudeau pour ne citer qu'eux. Récemment, durant l'été 2019 Christophe André a posté des podcasts hebdomadaires intitulés Le temps de méditer. Le site Euthymia créé par Stéphane Faure, conférencier et instructeur spécialiste de la pleine conscience, met à disposition de nombreux enregistrements (86). D'autres sites tels que celui de l'ADM (87) ou celui du Mind and Life Institute (88) proposent de nombreuses vidéos de conférences et informations sur la pratique et les bénéfices de la mindfulness. Dans l'Aude, le site de l'Association Audoise Laïque de Méditation (89) regroupe de nombreuses informations ainsi que des liens vers des organismes sérieux et une bibliographie variée pour tous les domaines concernés par la pleine conscience, aussi bien médical, éducatif qu'entrepreneurial et individuel.

c. Méditation en autonomie

Toute personne initiée à la pleine conscience, que ce soit en groupe, par un thérapeute en individuel, ou par un média pré cité, peut méditer seule. Il s'agit alors de s'asseoir ou de s'allonger, et de porter volontairement son attention sur un objet présent : sensations, émotions ou pensées. La pleine conscience comporte également une partie dite informelle. Cela signifie avoir une attitude de présence attentive dans sa vie quotidienne, ce dont on parlait certains médecins. A savoir par exemple marcher en prenant conscience de ses sensations corporelles, manger en étant attentif à ses cinq sens, communiquer en prêtant attention à ses ressentis corporels, émotionnels et ses pensées...

E) Limites

1) Chronophage ?

Quatre médecins sur les douze ont parlé du côté chronophage de la méditation, notamment en consultation. Remarquons à ce sujet que certaines remarques de médecins se contredisent. Ainsi le MG6 dit que ce sont des « consultations longues » mais relate dans la phrase suivante que « ça peut prendre 10 minutes un quart d'heure », ce qui correspond au temps moyen (de 17 minutes) passant par un médecin généraliste pour une consultation selon l'analyse d'activité de 2480 médecins généralistes en 2017 (90).

Pour sa part, le MG10 considère qu'il « prend un petit temps ». Il cite en exemple « les trois minutes, le petit sablier de méditation » qu'il « intègre très rapidement. » et dit qu'il a « des consultations complètement dédiées qui sont plus dans ces cas des consultations de psychothérapies mais pas forcément de très longue durée. » Ainsi tous n'ont pas la même vision et le même ressenti du temps que prend l'introduction de la pleine conscience en consultation.

Je n'ai pas trouvé d'études sur le temps passé à transmettre la méditation en consultation par les médecins ou même les psychothérapeutes. Ce pourrait être intéressant d'étudier si l'initiation et/ou le suivi de cette pratique en consultation est réellement plus long que le temps de consultation moyen auprès des médecins généralistes concernés. Dans ce travail, les praticiens qui ont cité un temps de consultation avec méditation ont parlé de 20 à 40 minutes, incluant l'échange sur la pratique partagée.

On peut aussi discuter autour de ce temps dédié par le médecin. Certains d'entre eux ont rapporté prévoir des consultations plus longues consacrées à la pleine conscience. Ils ont donc développé la capacité à prévoir des temps de consultation adaptés si cela leur semble nécessaire en amont. Cela relève du choix du médecin de consacrer davantage de temps à certaines prises en charge ou dans certaines situations. Si on est centré sur sa consultation, pleinement présent et conscient de ce qui est en train de se passer et du contexte, on peut décider d'arrêter la consultation pour la reprendre plus tard si cela paraît le plus approprié. On peut aussi choisir de consacrer plus de temps à cette consultation parce que cela paraît important et que c'est le bon moment pour le faire. Grâce à la pratique méditative, on devient capable d'avoir le recul nécessaire pour choisir ce qui paraît le plus

adapté en temps réel, pour soi comme pour le patient. On développe sa « flexibilité mentale » (MG10) et son adaptabilité, tout en améliorant sa cohérence interne.

2) Aspects financiers

Selon certains des généralistes interrogés, le côté coûteux de la méditation est un frein pour certains patients. En effet le tarif d'un programme MBSR est autour de 400€ pour les 8 semaines. Comme dit dans l'introduction, certains hôpitaux publics commencent à le proposer ou à proposer des programmes qui s'en inspirent. L'initiation peut aussi se faire en individuel. Si les patients n'ont pas les moyens d'acheter livres et CD, on trouve des méditations guidées et de nombreuses ressources sérieuses sur internet gratuitement (cf boîte à outils p.103). Enfin chaque application smartphone comporte une partie gratuite suffisante pour débiter. Une mutuelle, la mutuelle Alain, rembourse partiellement l'inscription à un programme semestriel ou annuel de l'application Petit Bambou. Si le patient nécessite un encadrement pour débiter sa pratique, la pratique en consultation de médecine générale est une option remboursée. Notons que certains psychologues utilisent la pleine conscience en thérapie, dont les séances peuvent être en partie prises en charge par certaines mutuelles comme la MGEN. A l'avenir on pourrait envisager que des programmes de pleine conscience soit également pris en charge par la sécurité sociale ou par toutes les mutuelles comme c'est le cas au Royaume-Uni, pour les pathologies où l'intérêt est démontré. C'est l'avis du MG3 « j'espère que notre assurance maladie va bien se pencher là-dessus. HAS, assurance maladie pour organiser des choses un petit peu plus encadrées financièrement quoi ». Dans le contexte sanitaire actuel, cela serait également intéressant d'un point de vue bénéfices-coûts (91).

D'autres médecins ont parlé du manque de rentabilité dans leur exercice d'initier la pleine conscience en consultation. Cela est dû selon eux au temps nécessaire à la mise en place de ce type d'approche et à l'absence de cotation dédiée (MG7). On peut espérer, devant le manque grandissant de psychiatres libéraux, une adaptation de la nomenclature favorisant la prise en charge psychiatrique/psychologique par les généralistes.

En attendant, soulignons qu'aujourd'hui il existe des actes mieux cotés dans la grille conventionnelle pouvant compenser ces consultations moins rentables financièrement. Il y a notamment la réalisation de l'ECG en consultation G+DEQP003 à 39.26€ ; les sutures et

actes de petites chirurgies allant de 38.29€ pour l'incision d'un panaris superficiel jusque 109.83€ pour une suture superficielle de la face supérieure à 10cm ; les infiltrations comme celle d'une articulation du membre inférieur (MI) NZLB001 à 30.82€ ou l'évacuation d'une collection articulaire du MI NZJB001 à 47.08€ ; les actes de gynécologie courants comme le frottis G+JKHD001 à 37.46€ ; des actes de traumatologie courante tel que la confection d'une attelle de posture ou de mobilisation poignet et/ou main MGMP001 à 44.89€ ; ou encore le dépistage de la surdité du nourrisson (avec matériel) ALQP003 à 48.51€.

3) Adhésion des patients

Le problème de l'adhésion aux prescriptions non médicamenteuses telles que la méditation a été soulevée. Une étude portant sur les réactions des patients et leur adhésion à ces thérapeutiques pourrait être menée pour y répondre.

D'autre part la même question se pose pour toutes nos prescriptions, quand on sait qu'environ « 50% des médicaments prescrits ne sont pas consommés par les patients concernés » (92). Les facteurs influant sur l'adhésion au traitement sont multiples. Parmi les principaux on trouve la « méconnaissance du patient de sa maladie, l'intolérance des effets secondaires, les relations dégradées entre le médecin et le malade ou le coût élevé » (93). Ainsi une bonne relation médecin-patient et un temps d'éducation thérapeutique sont des éléments primordiaux pour arriver à une bonne observance. Pour le médecin cela relève de sa compétence à renforcer l'alliance thérapeutique. En effet selon Bordin, l'alliance thérapeutique a 3 dimensions (94) :

- Le lien qui correspond à la « qualité affective de l'alliance et inclut des aspects de la relation [...] comme la confiance, la sollicitude et l'engagement »,
- Les objectifs qui correspondent à la prise en compte des problèmes du patient pour lesquels le patient demande une aide ou pour lesquels le médecin est habilité à intervenir,
- Les tâches dans lesquelles le patient et le médecin s'engagent pour la prise en charge du patient.

« Les trois dimensions de l'alliance thérapeutique sont interdépendantes. Par conséquent, la qualité du lien influe sur la capacité du [patient] et [du médecin] à négocier un accord sur

les tâches et les objectifs » de la prise en charge. « L'habileté du [patient et du médecin] – donc du système thérapeutique - à négocier un tel accord module aussi la qualité du lien entre eux ». Au cours du soin, la qualité et l'intensité de l'alliance va varier voire se briser. Pour rétablir ou renforcer l'alliance, le médecin doit développer différentes qualités et comportements tels que :

- « porter attention aux comportements de rupture », comportements de communication négatifs ou de désengagement ;
- « être conscient de ses propres sentiments » ;
- « accepter ses responsabilités » en cas de conflit, de rupture d'alliance ;
- « manifester de l'empathie pour l'expérience du [patient] » ;
- « maintenir la condition d'observateur participant » permettant de favoriser « une communication sur leur communication » et ses problèmes. (95)

Ainsi on voit que le médecin méditant qui développe des qualités d'attention à l'autre, de conscience de soi, de recul sur soi et d'acceptation, d'empathie et d'observation des phénomènes par la pleine conscience peut être mieux à même de renforcer l'alliance thérapeutique avec son patient. Et donc potentiellement d'arriver à une meilleure adhésion du patient à la prise en charge.

4) Illégitimité du MG ?

Cinq médecins sur douze (MG3, 4, 5, 11, 12) ont exprimé un sentiment de manque de légitimité à prescrire ou à initier leurs patients à la pleine conscience. Mon directeur de thèse a été interpellé par ces résultats qui font écho à d'autres retours et d'autres résultats de thèses qu'il a précédemment encadré. Ce manque de légitimité ressenti par les médecins généralistes, quel que soit le domaine, nous semble répandu. Il pourrait être intéressant de faire une étude sur ce sujet.

Cela renvoie également au besoin de formation à la pleine conscience dont la quasi-totalité des MG ont parlé et qui sera abordé plus loin. La formation initiale puis continue, et les diplômes universitaires permettent de se donner une légitimité au-delà de son

expérience personnelle. Les DU sur la pleine conscience en médecine et les TCC, dont la 3^e ligne repose sur cette pratique, sont en augmentation et peuvent répondre à ce besoin, ainsi que d'autres formations encadrées notamment par l'ADM.

Enfin, on peut se demander à quel moment dans notre parcours médical un travail sur la confiance en lui du médecin est proposé. Des ateliers sur l'affirmation de soi, la confiance en soi et la légitimité pourraient être mis en place en formation initiale puis dans le cadre de la formation médicale continue. Des discussions entre pairs autour de ces sujets pourraient également être proposés.

5) Croyances des pairs

Être affecté par les jugements sur nous-mêmes de ceux qui nous entourent est commun. Plusieurs médecins ont rapporté leurs difficultés avec l'expression de jugements négatifs par des confrères à l'égard de la pratique méditative. D'une part, cela met en évidence la méconnaissance de nombreux médecins concernant la pleine conscience et ses bénéfices reconnus en santé. D'autre part, cela nous invite à avancer encore d'avantage vers le détachement des jugements, qu'ils viennent de nous ou d'autrui, et à ne pas nous soumettre aux projections extérieures. Comme le dit Jacques Salomé, il est important « de ne pas se laisser enfermer dans les jugements, de résister aux rumeurs, de ne pas se laisser polluer par les messages toxiques qui peuvent venir de ceux qui prétendent nous aimer ou mieux savoir que nous » (96).

6) Contre-indications

Elles sont peu nombreuses et encore sujettes à débat. Communément, les contre-indications admises pour la méditation sont (97) :

- Le syndrome dépressif aigu +/- idées suicidaires
- Le trouble bipolaire instable
- Les troubles psychotiques

Cependant ces contre-indications reposent principalement sur l'absence d'études et la peur des réactions des patients atteints de ces affections. En effet le syndrome dépressif aigu a longtemps été considéré comme une contre-indication a priori formelle à la pratique de la pleine conscience sans qu'il y ait de preuve concrète dans un sens ou dans l'autre. Il y a, depuis quelques années, des études randomisées qui contredisent cette idée (11,42,98) et montrent des bénéfices notables. De même, quelques études montrent une certaine amélioration des patients psychotiques avec la pleine conscience (11).

En tout état de cause, il paraît clair que pour des patients aux pathologies lourdes et actives, l'initiation à la méditation doit être encadrée par un thérapeute compétent et accompagnée d'un suivi médical et psychologique rapproché.

F) Perspectives

Onze des douze médecins interrogés souhaitent le développement de la formation à la pleine conscience pour les médecins généralistes.

MG5 : « faut déjà que nous on se forme et qu'on soit capable de transmettre quoi »

MG11 : « Oui, il faut plus de formation en amont ! [...] Et aussi des formations pour transm... enfin comment on transmet ça quoi ! »

Huit d'entre eux ont parlé de l'introduire dans la formation initiale.

MG3 : « je pense aussi que ça devrait entrer dans la formation des étudiants en médecine »

MG5 : « Je pense qu'à la fac on devrait vous en parler plus pour qu'on ait déjà notion dans les études de quelque chose qu'on peut déjà utiliser »

MG6 : « On devrait systématiquement y être formé un minimum pendant notre parcours parce que c'est vraiment pour moi un outil, un outil de base »

MG7 : « ça va peut-être devenir une formation optionnelle pour les internes. Ce qui serait déjà pas mal au moins »

MG9 : « alors ce qui serait super bien c'est que dans le cursus il y ait au moins euh je sais pas moi, au moins un jour de formation à la méditation pour les étudiants. Ça ce serait un truc super bien.[...] alors en tout cas pour ceux qui veulent être généraliste. Pour les autres euh je sais pas si ça peut rentrer dans leur cursus ou pas mais moi je pense que c'est un truc qui serait super utile »

MG10 : « oui je pense que ce serait d'autant plus intéressant de l'introduire en fac de plus en plus tôt »

MG11 : « Et peut-être plus enseigné aussi, [pas] que juste certains DU ou... Tu vois c'est pas quelque chose qui est abordé pendant nos études »

MG12 : « je trouve qu'on devrait tous être initiés à ça parce que c'est ça, ça ouvre l'esprit ».

Certains se réjouissent que cela se développe en formation médicale continue, et espèrent que ça se répande.

MG1 : « je suis ravie que la formation médicale continue l'ait intégrée pour que d'autres médecins puissent en bénéficier »

MG3 : « moi j'aimerais bien que ce soit un DU proposé systématiquement dans toutes les facs. Je crois que c'est en train de se mettre en place dans certaines facs mais je pense que ce serait bien »

MG4 : « je suis très contente qu'aujourd'hui on puisse faire des formations, qu'on puisse lire des textes sur la méditation , sur l'hypnose, sur des choses qui sont médicales mais sans passer par la prescription ».

Quelques médecins projettent un changement de la médecine générale au quotidien dans lequel s'inclura la méditation.

MG5 : « voilà c'est des choses qui j'espère vont s'intégrer dans la pratique quotidienne ». « C'est un outil qui peut être beaucoup plus développé dans la médecine générale »

MG7 : « je pense que la méditation va quand même, avec toutes les autres interventions non médicamenteuses, devrait changer la médecine dans les années à venir quand même »

MG8 : « la vulgariser, la démystifier, la rendre un vrai outil utile et pas qu'elle garde cette image d'ésotérisme et de new age qu'elle peut avoir un petit peu de temps en temps ».

« ça doit passer par les médecins qui doivent s'approprier l'outil et donc le vulgariser. Et donc le vulgariser et à la fois, pas le sécuriser, je sais pas comment on le dit, le stabiliser ?[...] le banaliser tout en le rendant utile ».

L'un d'entre eux parle de former les infirmiers.

MG10 : « j'étais en formation aujourd'hui je formais des cadres infirmiers et j'ai commencé hier par une méditation. En fait ils m'ont demandé l'après-midi de recommencer »

D'autres vont plus loin et espèrent que ce soit enseigné dès l'école.

MG6 : « un outil de base qu'on devrait même enseigner à l'école »

MG7 : « si j'avais une baguette magique, c'est sûr qu'on commencerait ça à l'école ! »

MG12 : « je trouve que c'est plus important que des tas de choses qu'on apprend à l'école quoi ! C'est dommage de ne pas l'enseigner ! »

« il y a deux choses qui devraient être apprises à l'école en dehors des mathématiques et du français tout ça, c'est la communication non violente et la méditation »

Enfin certains parlent de diffuser la pleine conscience à tous.

MG7 : « au moins pour planter des graines, pour que tout le monde apprenne à le faire et connaisse ça ». « J'espère que le grand public va réussir à découvrir le besoin de gérer le physique mais aussi de gérer les émotions »

MG8 : « j'aimerais que ça devienne plus... Moi je pense que ça peut aider des tas de gens et je trouve ça un peu dommage quoi »

MG10 : « je pense que si on autorise les gens à avoir accès à cette façon d'être dans ce monde très impulsif, j'ai vraiment l'impression que c'est une mise entre parenthèses – ce que je disais tout à l'heure – et que c'est vraiment un cadeau ».

1) Formation initiale

Afin de l'inclure dans la formation initiale des médecins généralistes, différentes pistes peuvent être envisagées.

Il faudrait d'une part développer les connaissances théoriques concernant la pleine conscience, ses apports et les résultats d'études lors des cours sur les pathologies psychiques et organiques concernées afin qu'elle soit intégrée comme une partie évidente de la prise en charge des patients concernés.

D'autre part, des ateliers pourraient être mis en place pour l'initiation à la pleine conscience dans le parcours des internes. Une initiative locale à l'hôpital de Carcassonne a permis de proposer des ateliers d'initiations aux internes intéressés pendant leur stage. Certains d'entre eux ont par la suite participé à un MBSR. Depuis 2 ans, un programme MBSR financé par le syndicat des internes du Languedoc-Roussillon a été proposé aux internes de la faculté de Montpellier, toutes spécialités confondues. Ces propositions

pourraient être généralisées et promues par la faculté et le département de médecine générale. Des ateliers d'initiation faisant partie de la maquette et d'autres localisations pour des MBSR pour internes pourraient être envisagés.

Cinq des généralistes de cette étude sont maîtres de stage universitaire (MSU), ce qui amène une autre piste de réflexion. Une formation à des outils méditatifs simples tels que les trois minutes, le sablier, et à d'autres outils de gestion des émotions cités par certains comme la crise de calme et la cohérence cardiaque pourraient être inclus dans la formation des MSU. Ils seraient incités à le mettre en pratique durant l'encadrement des stagiaires. Ainsi les internes auraient l'occasion de voir ces outils intégrés en pratique de médecine générale lors de leur stage.

Par le biais de la formation directe des internes et de la formation des MSU, les internes pourraient juger des bénéfices de la pleine conscience, et d'autres interventions non médicamenteuses, sur eux-mêmes et en pratique de ville. Ainsi ils s'approprieraient une boîte à outils personnalisée dès le début de leur vie de généralistes.

2) Formation continue

Comme dit dans l'introduction, de nouveaux diplômes universitaires traitant de la pleine conscience dans le soin ont ouvert ces dernières années. Par ailleurs des organismes de formation médicales continues (FMC) proposent quelques formations sur le sujet. Le plus souvent ces formations contiennent de la pratique méditative et de la théorie. On peut cependant noter que ces FMC sont, pour une partie d'entre elles, non indemnisées par l'ANDPC et donc moins attractives que les autres.(99,100)

Enfin de nombreuses formations privées, donc non rémunérantes, sont proposées pour les praticiens en santé. Ainsi tout médecin généraliste méditant peut choisir de s'investir dans des formations plus ou moins longues, dans des domaines plus ou moins ciblés, pour proposer des programmes de pleine conscience reconnus et/ou l'utiliser dans sa pratique de médecine générale quotidienne.(101,102)

3) Initiation dès l'école

Dans d'autres pays tels que le Canada, la Finlande, le Royaume-Uni, la pleine conscience a sa place dans les classes depuis plusieurs années. Des programmes spécifiques à l'enseignement ont été mis au point. Ainsi à Vancouver, la méditation est pratiquée dans toutes les classes.

En France, des associations comme Savoir Etre et Vivre Ensemble (SEVE) de Frédéric Lenoir ou Association pour la Méditation dans l'Enseignement (AME) proposent des programmes de méditation destinés aux enfants et des formations pour les enseignants. L'académie de Montpellier a intégré à son plan académique de formation depuis 2018, une formation sur la pleine conscience. (103)

On constate en effet de nombreux bienfaits à la pleine conscience à l'école. Elle « améliore la concentration » et les relations sociales, permet une « meilleure gestion des émotions » et un « bien-être à l'école », diminue le stress et l'anxiété ainsi que les « comportements agressifs », développe « la bienveillance entre les élèves », amenant également une hausse des résultats scolaires. (104,105).

On trouve également des livres en français et CD de méditation pour les plus jeunes, notamment Calme et attentif comme une grenouille d'Eline Snel cité par certains interviewés de l'étude (MG9 et 10), et La pleine conscience à l'école de Patricia Jennings.

Ainsi, comme l'ont évoqué quelques médecins, la pleine conscience devraient être amenée à se développer de plus en plus dans le milieu scolaire français dans les années à venir.

CONCLUSION

Notre étude visait à explorer l'influence de la pleine conscience dans la pratique des médecins généralistes méditants en interrogeant leur vécu. Il apparaît que cette influence concerne différents aspects de leurs pratiques dans le cadre professionnel mais également dans leur vie privée.

Dans leurs pratiques professionnelles, l'influence est d'une part relationnelle, apportant des bénéfices à la fois dans la relation médecin-patient et dans la relation du médecin à lui-même. Ces médecins apprennent à prendre soin d'eux-mêmes et à être congruents. Cette nouvelle façon d'être à eux-mêmes se répercute sur leurs patients. Les attitudes et qualités relationnelles qu'ils développent permettent des relations plus apaisées ainsi qu'une plus grande ouverture à l'expérience du patient qui devient alors co-expert dans la relation de soin. Avec leurs collègues, les médecins voient des bénéfices notamment dans les relations avec les étudiants qu'ils accueillent. Cependant les jugements négatifs sur la pleine conscience qu'ont certains confrères peuvent compliquer les relations. Ces croyances limitantes autour de la pleine conscience pourraient être étudiées dans une future thèse.

On trouve d'autre part une modification de la prise en charge des patients ayants des pathologies notamment psychiques, mais également somatiques pour certains médecins, en relation avec les résultats d'études menées sur la pleine conscience citées en introduction. Une approche personnalisée du patient et son autonomisation sont mises en avant. La méditation apparaît pour ces généralistes comme une nouvelle règle hygiéno-diététique et un outil de base dans leur pratique quotidienne.

Enfin, leurs conditions de travail sont aussi impactées par leur pratique méditative. Ils s'autorisent à travailler d'une façon qui leur correspond davantage, en adaptant leur emploi du temps, en s'accordant le droit de prendre leur temps, et en veillant à une atmosphère sereine dans leur cabinet.

Il est apparu au cours de l'analyse que la majorité des praticiens interrogés présentait une indication personnelle à la méditation. Cela fait ressortir toute la difficulté et les pressions que peuvent rencontrer les médecins dans leur parcours, en lien avec les études récentes sur le burn out des médecins. L'influence de la pleine conscience dans la vie

personnelle des médecins leur permet de se rendre compte de l'importance de leur qualité de vie dans leur équilibre global. On peut alors se demander quels pourraient être les bénéfices d'une campagne de prévention du burn out des médecins par l'utilisation de la pleine conscience ?

Cependant certaines limites à la mise en pratique de la pleine conscience ont été soulevées. La vision chronophage de la pratique de la méditation a été mise en avant par certains. Elle n'est pas partagée par tous, ce qui nécessiterait d'être étudié.

L'aspect financier a aussi été évoqué comme limitant. Une adaptation de la prise en charge par notre système de soin pourrait être envisagée. Du point de vue de la rentabilité pour le médecin, celui-ci peut compenser par des actes mieux côtés. L'évolution vers une rémunération plus adaptée devant l'état actuel de notre paradigme de soins notamment dans le domaine psychiatrique est à espérer.

La question de l'adhésion du patient se pose comme pour toute prescription. Des pistes de travail visant le renforcement de l'alliance thérapeutique pourrait être proposées aux médecins. Une étude sur l'adhésion des patients aux prescriptions non médicamenteuses, et notamment à la pleine conscience, serait intéressante.

L'illégitimité ressentie par certains renvoie à leur besoin de formation sur la transmission de la méditation. Il pourrait être également bénéfique de travailler l'affirmation de soi et la confiance en soi des médecins dans leur parcours. Les croyances négatives des pairs qui impactent quelques-uns des praticiens demandent, de la même façon, un travail sur soi allant vers le détachement, qui peut être fait au travers de la pleine conscience. D'autre part une meilleure information et formation des médecins à ces nouvelles thérapeutiques non médicamenteuses permettraient de faire évoluer ces jugements.

La plupart des médecins ont conclu en appelant de leurs vœux la mise en place de davantage de formation à la pleine conscience. Dans la formation initiale, une information théorique pourrait être délivrée conjointement à une initiation pratique des internes. En formant également leur MSU, cela permettrait aux jeunes médecins d'expérimenter la pleine conscience sur le terrain, ainsi que de diffuser cette intervention non médicamenteuse à de nombreux médecins déjà en exercice. D'autre part, comme le souhaitaient certains médecins, la pleine conscience apparait doucement dans les écoles françaises, prenant

exemple sur d'autres pays plus en avance qui constatent de nombreux bénéfices pour le développement des enfants.

Pour conclure, il est indéniable que la pleine conscience a une influence positive pour ces médecins généralistes, tant sur le plan personnel que professionnel. Cependant a été interrogé ici un petit échantillon de praticiens volontaires pour partager leur vécu autour d'une pratique méditative choisie. On peut se demander si les résultats obtenus seraient équivalents dans une population plus large de médecins initiés durant une formation imposée. Suite à la mise en place d'une telle formation, il serait intéressant d'étudier le vécu des étudiants la recevant, ainsi que son influence dans leur pratique quotidienne. Cela permettrait de généraliser davantage les résultats obtenus et d'influer sur une éventuelle décision de faire entrer la pleine conscience dans le programme de la formation initiale des généralistes.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Définitions : méditation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/m%C3%A9ditation/50158>
2. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Etymologie de MÉDITER [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/etymologie/m%C3%A9diter>
3. Ricard M. L'art de la méditation. Nil éditions. 2008. 150 p.
4. Kabat-Zinn J. Définition de la Mindfulness [Internet]. Association pour le Développement de la Mindfulness. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/mbsr.php>
5. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) [Internet]. Association pour le Développement de la Mindfulness. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/mbsr.php>
6. André C. Meditation. Cerveau Psycho [Internet]. oct 2010 [cité 13 mai 2019];(41). Disponible sur: http://christopheandre.com/meditation_CerveauPsycho_2010.pdf
7. Médecine générale. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=M%C3%A9decine_g%C3%A9n%C3%A9rale&oldid=158988900
8. Constitution [Internet]. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/about/who-we-are/constitution>
9. Définition de GÉNÉRALISTE [Internet]. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. [cité 21 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/g%C3%A9n%C3%A9raliste>
10. Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) [Internet]. Association pour le Développement de la Mindfulness. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/mbct.php>
11. Vargas de Francqueville A. La méditation de pleine conscience, applications cliniques en médecine générale. Revue de la littérature. Université de médecine de Toulouse 3; 2014.
12. Adam P. Pleine conscience et insomnie : état des connaissances. Médecine Sommeil. 1 juin 2016;13(2):56-64.
13. Le Barbenchon E, Dantzer C. Méditation de pleine conscience dans la prise en charge de la maladie chronique : état des connaissances, processus et perspectives. In 2016.
14. Depression in adults: recognition and management | Guidance | NICE [Internet]. National Institute for health and Care Excellence. 2009 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Key-priorities-for-implementation>

15. Haute Autorité de Santé - Burn-out [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2017 [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769291/fr/burn-out-au-dela-des-debats-faire-le-bon-diagnostic-et-proposer-une-prise-en-charge-personnalisee
16. Baptista G. La méditation de pleine conscience recommandée en 1ère ligne dans le traitement de l'anxiété dans le journal de la Société Américaine de Médecine. [Internet]. Méditation et Médecine. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <http://meditation-medecine.fr/mbsr-anxiete-societe-americaine-de-medecine/>
17. Stein MB, Craske MG. Treating Anxiety in 2017: Optimizing Care to Improve Outcomes. JAMA. 18 juill 2017;318(3):235-6.
18. Levine Glenn N., Lange Richard A., Bairey-Merz C. Noel, Davidson Richard J., Jamerson Kenneth, Mehta Puja K., et al. Meditation and Cardiovascular Risk Reduction. J Am Heart Assoc. 28 sept 2017;6(10):e002218.
19. « Méditation de pleine conscience » : séances d'initiation ouvertes à tous | AP-HM [Internet]. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <http://fr.ap-hm.fr/actu/meditation-de-pleine-conscience-seances-d-initiation-ouvertes-a-tous>
20. La méditation de pleine conscience - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-toulouse.fr/la-meditation-de-pleine-conscience-7927>
21. La méditation de pleine conscience entre au CHU de Bordeaux [Internet]. La méditation de pleine conscience entre au CHU de Bordeaux. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.chu-bordeaux.fr/>
22. La méditation à l'hôpital [Internet]. Drupal. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.sorbonne-universite.fr/newsroom/actualites/la-meditation-lhopital>
23. Association pour le Développement de la Mindfulness - Membres Instructeurs [Internet]. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/les-membres-instructeurs.php?nom=&methode=&pays=&departement=&rechercher=Filterer>
24. Champion L, Economides M, Chandler C. The efficacy of a brief app-based mindfulness intervention on psychosocial outcomes in healthy adults: A pilot randomised controlled trial. PLoS ONE [Internet]. 31 déc 2018 [cité 18 juill 2019];13(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6312207/>
25. Mak WW, Tong AC, Yip SY, Lui WW, Chio FH, Chan AT, et al. Efficacy and Moderation of Mobile App-Based Programs for Mindfulness-Based Training, Self-Compassion Training, and Cognitive Behavioral Psychoeducation on Mental Health: Randomized Controlled Noninferiority Trial. JMIR Ment Health. 11 oct 2018;5(4):e60.
26. DICOM_Jocelyne.M. Interventions basées sur la pleine conscience, sciences, santé et société : lever les doutes, ouvrir des perspectives [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/evenements/article/interventions-basees-sur-la-pleine-conscience-sciences-sante-et-societe-lever>

27. Initiative Mindfulness France. Nos activités [Internet]. [cité 22 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.initiativemindfulnessfrance.com/nos-activiteacutes.html>
28. Salamon R, Momas I, Tran B, Haury B. Objectifs de santé publique. Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004. Propositions. [Internet]. Haut conseil de santé publique; 2010 avr p. 284 pages. (Avis et rapport). Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Haut_conseil_de_la_sante_publique_-_Objectifs_de_sante_publique.pdf
29. Programme 2007-2010. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. Rappel de la démarche et objectifs. [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2010 nov p. 4 pages. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-10/qr_psychotropes2008_rappel_has_dgs_131008.pdf
30. Rosenweg D. Les psychotropes et les affections mentales coûtent de plus en plus cher [Internet]. leparisien.fr. 2017 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/economie/les-psychotropes-et-les-affections-mentales-coutent-de-plus-en-plus-cher-01-06-2017-7004145.php>
31. Risques psychosociaux [Internet]. Ministère du Travail. 2019 [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/les-rps-c-est-quoi>
32. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Stress au travail. Effets sur la santé - Risques [Internet]. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. [cité 26 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.inrs.fr/risques/stress/effets-sante.html>
33. Kansoun Z, Boyer L, Hodgkinson M, Villes V, Lançon C, Fond G. Burnout in French physicians: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 1 mars 2019;246:132-47.
34. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet Lond Engl*. 14 nov 2009;374(9702):1714-21.
35. Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail. Prendre soin de ceux qui nous soignent. [Internet]. déc 5, 2016. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf
36. Fasel E. Stressé et surmené ? Méditez ! *Rev Médicale Suisse*. 2017;13(560):925.
37. Larousse É. Définitions : apporter - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/apporter/4729>
38. Baillargeat M. Etude Noburnout : Évaluation de l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers. Université de médecine de Poitiers; 2015.

39. Larousse É. Définitions : influence - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/influence/42976>
40. Oude-Engeberinck A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;24(105):4-11.
41. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition. Armand Colin; 2016. 432 p. (Collection U).
42. McCarney RW, Schulz J, Grey AR. Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis. *Eur J Psychother Couns*. 1 sept 2012;14(3):279-99.
43. Montero-Marin J, Tops M, Manzanera R, Piva Demarzo MM, Álvarez de Mon M, García-Campayo J. Mindfulness, Resilience, and Burnout Subtypes in Primary Care Physicians: The Possible Mediating Role of Positive and Negative Affect. *Front Psychol* [Internet]. 17 déc 2015 [cité 18 juill 2019];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681844/>
44. Schroeder DA, Stephens E, Colgan D, Hunsinger M, Rubin D, Christopher MS. A Brief Mindfulness-Based Intervention for Primary Care Physicians: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Am J Lifestyle Med*. 1 janv 2018;12(1):83-91.
45. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated Mindfulness Intervention for Job Satisfaction, Quality of Life, and Compassion in Primary Care Clinicians: A Pilot Study. *Ann Fam Med*. sept 2013;11(5):412-20.
46. van Wietmarschen H, Tjaden B, van Vliet M, Battjes-Fries M, Jong M. Effects of mindfulness training on perceived stress, self-compassion, and self-reflection of primary care physicians: a mixed-methods study. *BJGP Open* [Internet]. 28 nov 2018 [cité 18 juill 2019];2(4). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6348323/>
47. McConville J, McAleer R, Hahne A. Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *EXPLORE*. 1 janv 2017;13(1):26-45.
48. Bonhomme E. La méditation de pleine conscience: intérêts d'une pratique personnelle pour les professionnels de santé mentale. [U.F.R. des Sciences de Santé de Dijon]: Université de médecine de Bourgogne; 2016.
49. PROGRAMME SCIENTIFIQUE – Congrès ICEPS 2019 [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.iceps2019.fr/programme-scientifique/>
50. Kabat-Zinn J. Au coeur de la tourmente, la pleine conscience. J'ai lu. 2012. 798 pages. (Bien-être).
51. Salomé J. Se soigner et guérir [Internet]. *psycho textes*. 2003 [cité 11 août 2019]. Disponible sur: <https://www.psycho-ressources.com/bibli/soigner-guerir.html>

52. Salomé J, Galland S. Si je m'écoutais, je m'entendrais par Jacques Salomé et Sylvie Galland. J'ai lu. 2012. 384 p. (Bien-être).
53. Carl R. R. Le développement de la Personne. Paris: Dunod; 1998. 274 pages.
54. Christopher K. G. L'autocompassion. Odile Jacobs. Mayenne; 2013.
55. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. Devenir. 1 juin 2007;Vol. 19(2):151-88.
56. Théorie de l'apprentissage social — Wikipédia [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:
https://fr.wikipedia.org/wiki/Th%C3%A9orie_de_l%27apprentissage_social
57. Mimétisme comportemental. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 14 sept 2019]. Disponible sur:
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Mim%C3%A9tisme_comportemental&oldid=158487715
58. L'apprentissage vicariant [Internet]. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur:
<http://desette.free.fr/pmevtxt/LApprentissageVicariant.htm>
59. Ricard M. Plaidoyer pour l'altruisme, la force de la bienveillance. Pocket. Barcelone; 2014. 1022 pages.
60. Berthoz A, Jorland G. L'Empathie. Odile Jacob. 2004.
61. Nazare-Aga I. Je suis comme je suis. Les éditions de l'Homme. 2008. 252 pages.
62. Peile E, K.W.M. F, Carroll H. La clinique fondée sur les valeurs. Doin éditions. Montrouge; 2017. 320 pages. (la personne en médecine).
63. Pachoud B. La clinique fondée sur les valeurs. Santé Ment. janv 2018;(224):8.
64. Midal F. Méditer pour avoir confiance, 12 méditations guidées pour surmonter peur, angoisse et découragement [Internet]. Audiolib; 2015 [cité 17 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.fabricemidal.com/meditation-livres/mediter-pour-avoir-confiance-12-meditations-guidees-pour-surmonter-peur-angoisse-et-decouragement/>
65. Isnard Bagnis C. La pleine conscience au service de la relation de soin. De Boeck Supérieur. 2017. 224 pages. (carrefour des psychothérapies).
66. Rogers CR. A way of being. Houghton Mifflin compagny. Boston; 1980.
67. Bibeau M. L'impact de la pratique de méditation de compassion sur l'empathie des psychothérapeutes : trois études de cas [Internet] [étude phénoménologique]. Université de Sherbrooke; 2016 [cité 18 sept 2019]. Disponible sur:
<https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/9547>
68. Mascaro JS, Rilling JK, Tenzin Negi L, Raison CL. Compassion meditation enhances empathic accuracy and related neural activity. Soc Cogn Affect Neurosci. 1 janv 2013;8(1):48-55.

69. Kristeller JL, Johnson T. Cultivating Loving Kindness: A Two-Stage Model of the Effects of Meditation on Empathy, Compassion, and Altruism. *Zygon*®. 2005;40(2):391-408.
70. Définition de équanimité -. In: Encyclopædia Universalis [Internet]. [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.universalis.fr/dictionnaire/equanimite/>
71. Équanimité. In: Wikipédia [Internet]. 2019 [cité 25 sept 2019]. Disponible sur: <https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89quanimite%C3%A9&oldid=157495774>
72. Blain H, Rambourg P. Guide du bon usage des médicaments chez le sujet âgé. CHU Montpellier; 2016.
73. Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées [Internet]. Haute Autorité de Santé; 2011 avr p. 94 pages. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
74. Fonctionnement des groupes Balint [Internet]. Société médicale Balint. [cité 14 août 2019]. Disponible sur: www.balint-smb-france.org
75. André C. Méditer jour après jour. L'iconoclaste. 2011. 304 p. (psychologie).
76. Les publications de Fabrice Midal [Internet]. Fabrice Midal. [cité 24 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.fabricemidal.com/meditation-livres-2/>
77. Lenoir F. Méditer à coeur ouvert. Editions NIL. 2018. 176 p.
78. Lenoir F. Philosopher et méditer avec les enfants. Albin Michel. 2016. 272 p.
79. Kabat-Zinn J, Du Luart Y. Où tu vas, tu es. J'ai lu; 2013. 280 p.
80. Kabat-Zinn J, Giraudeau B, Colette O. Méditer : 108 leçons de pleine conscience. Paris: Marabout; 2011. 160 p.
81. Williams M, Teasdale J, Segal Z. Méditer pour ne plus déprimer: La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux. Odile Jacob. Paris: Odile Jacob; 2009. 328 p.
82. Williams M, Penman D. Méditer pour ne plus stresser: Trouver la sérénité, une méthode pour se sentir bien. Odile Jacob; 2013. 300 p.
83. Tran T-A. Méditasoins. 2019. 160 p.
84. Méditation: qui se cache derrière l'appli Petit BamBou? [Internet]. L'Express.fr. 2018 [cité 15 août 2019]. Disponible sur: https://www.lexpress.fr/styles/psycho/qui-se-cache-derriere-l-appli-petit-bambou_2038994.html
85. Présentation de l'application Mindful Attitude [Internet]. [cité 15 août 2019]. Disponible sur: <https://fondation-entrepreneurs.mma/entrepreneurs-forme/application-mindful-attitude.htm>

86. Méditations Guidées [Internet]. Euthymia. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.euthymia.fr/mediatheque/>
87. Vidéos en liens avec la mindfulness [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/videos.php>
88. Mind & Life Institute [Internet]. Mind & Life Institute. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.mindandlife.org/>
89. Association Audoise Laïque de Méditation [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <http://meditation-aude.fr/>
90. Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes [Internet]. le quotidien du médecin. 2017 [cité 17 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>
91. Baptista G. Coût et efficacité des programmes MBSR et MBCT par rapport aux psychothérapies individuelles – Méditation & Médecine [Internet]. [cité 17 août 2019]. Disponible sur: <http://meditation-medecine.fr/cout-et-efficacite-des-programmes-mbsr-et-mbct-par-rapport-aux-psychotherapies-individuelles/>
92. Fompeyrine D. L'observance des traitements: un défi aux politiques de santé [Internet]. Fondation Concorde. 2014. 39 pages. (Nouvelles Visions). Disponible sur: <https://www.apmnews.com/Documents/interieur032014.pdf>
93. Dujardin F, Roussignol X. L'adhésion du patient à son traitement, une difficulté thérapeutique méconnue. Rev Chir Orthopédique Traumatol. 1 déc 2010;96(8):1018-22.
94. Bordin ES. the generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. Psychother Theory Res Pract. janv 1979;976(16):252-60.
95. Baillargeon P, Puskas D. L'alliance thérapeutique: conception, pratique. Défi Jeun. juin 2013;19(3):4-9.
96. Salomé J. N'oublie pas l'éternité. Albin Michel. 2005. 238 pages.
97. Contre Indications de la Méditation – Association Audoise Laïque de Méditation [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <http://meditation-aude.fr/index.php/contre-indications-de-la-meditation/>
98. Bertschy G. La thérapie de pleine conscience dans la dépression : pour qui et à quel stade ? Eur Psychiatry. 1 nov 2014;29(8):661.
99. fmc-Action, Association nationale de formation médicale continue, formation conventionnelle pour les médecins généralistes et libéraux, MonDPC, FMC, DPC, FAF, FPC [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: https://www.fmccaction.org/formation.php?tri=theme&menu_ref=2#orgapro
100. Mes formations | GEMA [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.gema-fm.fr/formations/theme/meditation/31/metier/medecin/3/region/none/0>

101. Où se Former – Association Audoise Laïque de Méditation [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <http://meditation-aude.fr/index.php/ou-se-former/>
102. Devenir instructeur MBSR [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://www.association-mindfulness.org/enseigner-mbsr.php>
103. Méditation dans l'Enseignement – Association Audoise Laïque de Méditation [Internet]. [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <http://meditation-aude.fr/index.php/meditation-dans-lenseignement-v2/>
104. 5 études qui prouvent que la méditation devrait être obligatoire à l'école [Internet]. Méditation pour Petits et Grands. 2017 [cité 25 août 2019]. Disponible sur: <https://meditation-pour-petits-et-grands.com/meditation-ecole/>
105. La méditation comme outil pédagogique. Le Monde.fr [Internet]. 16 mars 2015 [cité 25 août 2019]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2015/03/16/la-meditation-comme-outil-pedagogique_4592039_4497916.html

ANNEXES

Verbatims : cf clé USB

Abréviations :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

FMC : formation médicale continue

HAS : Haute Autorité de Santé

MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction

MBCT : Mindfulness Based Cognitive Therapy

MG : médecin généraliste

VIH : virus d'immunodéficience humaine

SERMENT D'HIPPOCRATE

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La pleine conscience présente des bénéfices démontrés dans de nombreuses pathologies, notamment dans la prévention des pathologies liées au stress.

Méthode : L'objectif de cette étude qualitative est de comprendre l'influence de la pleine conscience dans la pratique du médecin généraliste en explorant l'expérience vécue de douze médecins généralistes méditants.

Résultats : Dans leur pratique professionnelle, les médecins constatent une influence dans leurs relations, leurs prises en charges et leurs conditions de travail. Ils prennent davantage soin d'eux-mêmes et se sentent plus cohérents. Leurs relations aux patients sont plus apaisées et optimisées. Ils privilégient une prise en charge personnalisée et l'autonomisation de la personne. La méditation est pour eux un outil de base en médecine générale et constitue une nouvelle règle hygiéno-diététique. Leur atmosphère de travail est plus sereine et certains ont modifié leur planning. Leur vie personnelle est également influencée avec davantage de bien-être et une meilleure qualité de vécu. Des limites à la mise en pratique sont apparues tel que l'implication temporelle, l'aspect financier, l'adhésion du patient, les croyances négatives et les contre-indications à la pleine conscience.

Conclusion : La pleine conscience a une influence positive dans la pratique de ces généralistes, tant sur le plan personnel que professionnel. Une initiation à la pleine conscience en formation initiale pourrait être proposée aux futurs praticiens.

MOTS-CLES

Pleine conscience

Méditation

Intervention non médicamenteuse

Médecin généraliste

Relation à soi

Relation médecin-patient

Bien-être

Pratique