

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par
Alice DRIPAUX
le 1er avril 2019

**Etat des lieux des connaissances et de l'intérêt des
internes de médecine générale et médecins généralistes non thésés
de l'ex-région Midi-Pyrénées
concernant la méditation de pleine conscience
en vue de son utilisation dans leur gestion du stress et des émotions**

Directrice de thèse : **Docteur Laëtitia Gimenez**
Co-directeur : **Docteur Damien Driot**

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve Rouge-Bugat

Madame le Docteur Yollande Esquirol

Monsieur le Docteur Bruno Chicoulaa

Madame le Docteur Laëtitia Gimenez

Monsieur le Docteur Damien Driot

Présidente

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALVAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Médecine Générale

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe

Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoka
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anna-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoka
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

Remerciements aux membres du jury

À Madame le Professeur Marie-Eve ROUGÉ-BUGAT,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de vous être intéressée à ce travail et de m'avoir encouragée dans sa réalisation. Je vous adresse mon profond respect et ma sincère gratitude.

À Madame le Docteur Yolande ESQUIROL,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre implication dans l'amélioration de la santé liée aux conditions de travail, il s'agit d'un enjeu essentiel. Soyez assurée de toute ma gratitude et de mon profond respect.

À Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA,

Vous me faites l'honneur de siéger au jury de ma thèse. Je vous remercie pour votre implication dans la formation des internes. Je vous remercie également de m'avoir accompagnée au cours de mon premier semestre, je garde un excellent souvenir des journées passées à la plateforme de la fragilité. Soyez assuré de ma gratitude et de mon sincère respect.

À Madame le Docteur Laëtizia GIMENEZ,

Merci d'avoir répondu avec tant d'enthousiasme à ce projet de thèse, dont le sujet te tenait à coeur. Tu m'as épaulée avec patience et disponibilité durant la réalisation de ce travail. C'était un réel plaisir que de t'avoir comme directrice de thèse. Je t'en suis sincèrement reconnaissante.

À Monsieur le Docteur Damien DRIOT,

Je te remercie d'avoir immédiatement apporté ton soutien énergique à ce projet, alors qu'il émergeait tout juste. La précision de tes conseils m'ont permis de concrétiser ce travail. Sois assuré de ma gratitude.

Remerciements personnels

À *mes parents*, pour le soutien inconditionnel que vous m'avez toujours apporté, en toutes circonstances. Votre confiance et votre amour me sont précieux. Merci !

Maman, mon émerveillement d'enfant pour ton métier de sage-femme ne sont pas pour rien dans mon choix de devenir médecin !

À *mon frère* : je suis profondément heureuse de ce lien que nous avons cultivé à force de curiosité et de compréhension. D'aucuns diront que... ce n'était pas gagné ! Tu m'as appris à apprécier pleinement la richesse qui émerge des différences. Les murs de chocapics sont loin maintenant... Merci et merci.

À *Emma et Sonia*, mes amies d'enfance si précieuses, globe trotteuses. Merci pour votre soutien dénué de tout jugement, je m'y suis souvent ressourcée !

À *11/2 et nos amis communs* : Houcine, Sam, Yasmine, Denis, Céline, Romain, J.B, Quentin, Mariane, Haikel, Solène, ... Ce détour plein de matrices et de champs électromagnétiques obscurs n'a pas été une perte de temps, puisque j'ai eu la chance de vous y rencontrer ! Je suis heureuse que nous parvenions à faire perdurer ce lien !

À *la dream team* : Clara, Alouche, Lauren, Julie, Sophie, Clém, Sibylle, M & M,... Merci pour tous ces moments disco, pour ce goût du rire et de l'absurde, les joies et les peines de l'externat partagées. Je garde un souvenir joyeux et fort de ces nombreux moments passés ensemble !

À *la colloc Cazeneuve* : c'est bon de vivre ensemble !!! J'aime chacune de vos personnalités, bien distinctes, mais toutes admirables. Carole la curieuse insatiable et passionnante, Jeanne la swinggeuse qui met du peps, Elise l'engagée tellement attentive, Lu' la douce pleine de ressources... Merci !

À *Mathilde B*, sans toi ce parcours n'aurait pas eu la même saveur... Merci pour tous ces moments partagés, de la sup à l'externat, des révisions intenses aux voyages exotiques !

À *Hélénax et Gaïax*, je garde un souvenir carrément idyllique de Francillon ! Ce camp aura été fondateur dans notre amitié. Vous êtes drôles, futées, bien vivantes, créatives, attentives : je vous adore !

À **Mathilde V**, malgré la distance notre lien reste toujours fort et m'est souvent indispensable ! Merci pour ton enthousiasme permanent.

À **Alice Bee**, merci d'avoir traversé champs et montagnes pour devenir ma presque voisine !
En chantant !

À **Marion**, Coué a tout appris de ton énergie positive et revigorante : merci Coach !!!

À **Cédric**, merci d'être si déterminé à cultiver le rire et la légèreté !

À **mes ami.e.s internes et médecins généralistes**, nos discussions et projets communs m'apportent de la joie et l'envie d'exercer pour mettre en pratique de belles valeurs !
Auriane, Léa, Shanti, Marine, Martin, Jo', Angélique, Elise, Pauline, Béné, et bien d'autres

À **la Case de santé**, vous défendez une conception de la médecine passionnante et contagieuse qui me marquera durablement !

Aux services du pôle santé-société de Montauban : J'ai terminé en beauté ce cursus grâce à vous. Je retiens votre accueil si chaleureux et nos échanges passionnants !

Pour vos conseils et relectures attentives : Marion, Léa, Béné, Auriane, Elise, Marine

*« Ma capacité à créer des relations qui facilitent la croissance de l'autre
comme personne indépendante est à la mesure du développement que j'ai
atteint moi-même. »*

Carl Rogers

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
I. <i>Santé mentale des jeunes médecins</i>	4
1. État des lieux	4
2. Stress chez les étudiants en médecine : causes et pistes d'amélioration	5
II. <i>La Méditation de pleine conscience</i>	6
1. Définition	6
2. Méditation et accueil des émotions	7
3. Principales applications cliniques	8
a. Mindfulness Based Stress Reduction	9
b. Mindfulness Based Cognitive Therapy	10
c. Autres applications	10
4. Risques et contre-indications	11
III. <i>Objectifs de l'étude</i>	11
MATÉRIEL et MÉTHODE	12
I. <i>Type et durée de l'étude</i>	12
II. <i>Population de l'étude</i>	12
1. Critères d'inclusion à l'étude	12
2. Critères d'exclusion de l'étude	12
3. Recrutement	12
III. <i>Élaboration du questionnaire et recueil des données</i>	13
IV. <i>Diffusion du questionnaire</i>	14
V. <i>Analyse statistique des résultats</i>	15
VI. <i>Anonymat et Ethique</i>	15
RÉSULTATS	16
I. <i>Echantillon</i>	16
II. <i>Caractéristiques des participants vis-à-vis du stress</i>	17
1. Stress et répercussion sur la vie quotidienne	17
2. Activités ou pratiques visant à réguler le stress	17
III. <i>Connaissance et pratique de la méditation de pleine conscience par les participants</i>	18
1. État des connaissances	18
2. Pratique de la méditation de pleine conscience	18
3. Désir de développer une pratique personnelle de MPC	20
a. Description des résultats	20
b. Détail de la population selon le souhait de méditer ou non	21
4. Modalités de formation souhaitées	22
5. Quand découvrir la MPC au cours des études médicales ?	24
DISCUSSION	25
I. <i>Résultats principaux</i>	25
II. <i>Forces et limites de l'étude</i>	25
1. Forces de l'étude	25

2.	Limites de l'étude	25
a.	Biais de sélection	25
b.	Biais de mesure	26
III.	<i>Confrontation des résultats à la littérature et interprétation</i>	26
1.	Caractéristiques des participants à l'étude vis-à-vis du stress	26
2.	Stratégies non médicamenteuses de prévention du stress utilisées par les IMG et MG non thésés	27
3.	Exemples de stratégies de prévention du stress à Toulouse	27
a.	Au niveau associatif	27
b.	Au niveau universitaire et hospitalier	28
4.	Exemples d'interventions basées sur la MPC destinées aux étudiants en médecine	29
a.	Propositions universitaires	29
b.	Propositions associatives	30
c.	Propositions extérieures à la faculté	30
5.	Quid du numérique ?	30
IV.	<i>Perspectives envisageables</i>	31
1.	Formation souhaitée par les participants à l'étude	31
2.	Proposition d'un séminaire de prévention du stress	32
	CONCLUSION	33
	BIBLIOGRAPHIE	34
	ANNEXES	39
1.	Annexe 1 : Les sept attitudes qui fondent la pleine conscience	39
2.	Annexe 2 : Auto- questionnaire de l'étude	41
3.	Annexe 3 : <i>Maslach burnout inventory</i>	44

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AIMG-MP :	Association des internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées
CHU :	Centre Hospitalo-Universitaire
CNOM :	Conseil National de l'Ordre des Médecins
DUMG :	Département Universitaire de Médecine Générale
FMC :	Formation Médicale Continue
Midi Pyrénées :	Ancien nom de la partie nord de la région Occitanie
MPC :	Méditation de pleine conscience
MBCT :	<i>Mindfulness Based Cognitive Therapy</i>
MBI :	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
MBSR :	<i>Mindfulness Based Stress Reduction</i>

INTRODUCTION

I. Santé mentale des jeunes médecins

1. État des lieux

Les professionnels de santé, en activité ou en formation, sont identifiés en France et à l'étranger comme une population à risque d'épuisement professionnel, étant donné « la pénibilité de leur travail, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc...) ou des causes extrinsèques (charge et organisation du travail, etc...) » (1).

Une revue systématique de la littérature parue en 2016 dans le Journal of American Medicine Association (JAMA) s'est intéressée à la prévalence de la dépression et des symptômes dépressifs chez les étudiants en médecine dans 43 pays : 27,2% des 116 628 personnes incluses présentaient des symptômes dépressifs ou une dépression et 11% des idées suicidaires (2).

La même année, une enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), en collaboration avec les principaux syndicats et associations étudiants, s'est intéressée à l'état de santé global des jeunes médecins en France. Parmi les participants, 25% estimaient leur état de santé moyen ou mauvais et 14% déclaraient avoir eu des idées suicidaires (contre moins de 4% dans la population générale) (3). Chez les participants s'estimant en état de santé moyen ou mauvais et chez ceux ayant eu des idées suicidaires, la consommation d'anxiolytiques était 3 à 4 fois plus élevée que pour l'ensemble de la population de l'étude, et la consommation d'antidépresseurs 5 fois plus élevée (4).

Afin de compléter ce travail, une grande enquête s'intéressant plus spécifiquement à la santé mentale des internes et jeunes médecins français a été menée en 2017. Parmi les 21768 participants, 66% présentaient des symptômes d'anxiété, 27,7% présentaient ou avaient présenté des symptômes dépressifs, contre 26,1% et 10,1% respectivement dans la population générale (5).

Dans ce contexte de prise de conscience de l'état de souffrance des étudiants en médecine, le docteur Marra Donata, psychiatre à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris), a présenté un rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé aux ministères de la santé et de l'éducation. Elle concluait à la nécessité de « développer une véritable politique facultaire favorisant le

bien-être des étudiants et leur réussite personnelle, sans oublier l'interface avec un système de soin qui est actuellement en souffrance ». La méditation de pleine conscience (MPC) y était citée comme une des interventions d'aide au développement personnel utile en prévention primaire des risques psychosociaux (6).

2. Stress chez les étudiants en médecine : causes et pistes d'amélioration

Le stress est une réaction physiologique de notre organisme visant à mobiliser nos ressources face à une tâche à accomplir ou un danger à affronter (7). Si le stress permet à l'individu jusqu'à un seuil optimal d'améliorer ses performances, son excès en terme de durée et d'intensité entraîne la détérioration de celles-ci, selon une courbe en « U » décrite par la loi de Yerkes et Dodson (8). De fait, le *burn-out* serait « le fruit d'un processus dynamique d'installation progressive survenant après une longue période d'exposition au stress, lorsque la personne a été poussée trop souvent en dehors de ses limites » (9).

Chez les étudiants en médecine, les causes de stress dites « extrinsèques » (1) peuvent et doivent continuer à être réduites par l'amélioration de l'organisation des études médicales (6). Il est notamment essentiel de favoriser un meilleur équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle (6).

Le stress « intrinsèque » semble quant-à-lui inhérent à l'apprentissage et à l'exercice des professions de santé (10). La prise de responsabilité dans la décision médicale est associée à une peur de l'erreur (11,12) donc génératrice de stress. Les expériences émotionnelles qui émergent de la relation soignant-soigné peuvent elles-mêmes être source de stress : patients en souffrance, confrontation aux familles, annonces de diagnostic, etc...(13). Marco Vanotti estime que « Les études de médecine ne préparent guère à aborder les émotions. Or, l'échec de cette tâche complexe semble être la principale source de frustrations et d'insatisfaction chez le médecin et chez le patient » (14).

Il faut préciser que l'interne est également un adulte en construction traversant une période complexe de sa vie : autonomisation, choix de vie, apprentissages sociaux, etc... (6). Or le stress lié à la vie personnelle est un facteur de risque additionnel d'épuisement professionnel (15).

Apprendre à gérer au mieux les émotions et le stress est par conséquent un enjeu essentiel pour les jeunes médecins.

Compte tenu de son impact positif sur le stress, la méditation de pleine conscience (MPC) suscite un intérêt grandissant dans ses applications aux soignants (16–20). Des programmes de prévention proposés aux étudiants en médecine permettent d'améliorer leur rapport au soin et au stress (21–26). Certaines universités de médecine comme celle de Rochester (New-York, États-Unis) ou Monash (Melbourne, Australie) ont très tôt perçu ce potentiel, allant jusqu'à l'intégrer au cursus pour cette dernière (27). Bien que la MPC soit arrivée plus tardivement en France, des facultés comme Strasbourg et Paris VI proposent depuis maintenant plusieurs années des programmes à destination des soignants et des étudiants en médecine, et l'on constate qu'un nombre croissant de diplômes universitaires et d'initiatives locales émergent.

II. La Méditation de pleine conscience

1. Définition

Le terme « méditation » recouvre une très large gamme de pratiques au sein de différentes traditions philosophiques et spirituelles, en particulier bouddhiste, dans lesquelles la MPC tire ses racines (28). Il s'agit d'une pratique laïque, développée en occident par Jon Kabat-Zin, docteur en biologie moléculaire au *Massachusetts Institute of Technology* (États-Unis) (29).

Davantage qu'une technique, la méditation de pleine conscience est avant tout une manière d'être que l'on peut expérimenter spontanément mais qui peut se cultiver par un entraînement. Ce n'est pas une méthode de relaxation, dans la mesure où l'objectif recherché n'est pas le bien être à court terme. Il ne s'agit pas non plus d'une longue et profonde réflexion comme peut l'évoquer le mot « méditation » dans la tradition occidentale.

Elle peut être conceptualisée « comme une famille complexe de méthodes d'entraînements de régulation attentionnelle et émotionnelle destinées à des fins variées, incluant la culture du bien-être et de l'équilibre émotionnel » (30).

Pour Jon Kabat-Zinn, « la pleine conscience signifie « faire attention » d'une manière particulière : délibérément, au moment présent et sans jugement de valeur. Cette sorte d'attention nourrit une prise de conscience plus fine, une plus grande clarté d'esprit et l'acceptation de la réalité du moment présent. Cela met en évidence le fait que nos vies sont

une succession de moments où nous avons intérêt à être présents. [...] Lorsque nous nous engageons à « prêter attention », avec un esprit ouvert, dénué de tout préjugé, en faisant abstraction de nos sympathies ou de nos antipathies, de nos projections et de nos espoirs, de nouvelles possibilités s'ouvrent à nous qui nous permettent de nous libérer de la camisole de force de l'inconscient. » (29).

Elle peut être décomposée en trois attitudes fondamentales :

- L'ouverture maximale du champ attentionnel, portant sur l'ensemble de l'expérience de l'instant. Il s'agit de tout ce qui se présente à l'esprit, minute après minute : perceptions du rythme respiratoire, des sensations corporelles, de ce que l'on voit et entend, de l'état émotionnel, des pensées qui vont et viennent, etc...
- Le désengagement des tendances à juger ou à contrôler l'expérience de l'instant présent.
- La conscience « non élaborative », dans laquelle on ne cherche pas à analyser intellectuellement ou à mettre en mots, mais plutôt à observer et à éprouver (31).

Il s'agit également de développer une attitude de confiance (en sa capacité à ressentir ses limites, en l'autre), de curiosité (on pose un regard neuf sur l'expérience), de patience (on accepte que les choses se déroulent à leur propre rythme) et de lâcher-prise. Cette dernière attitude découle des précédentes : les sentiments d'attraction ou de rejet sont identifiés puis accueillis... puisqu'ils sont déjà là (*Annexe 1*).

Cette attention particulière à l'instant présent permet de déconnecter les « pilotes automatiques » qui se mettent parfois en marche, qui font que nous sommes là physiquement sans être présents mentalement, occupés à ressasser nos pensées. Cet enclin à la rumination affecte particulièrement les personnes qui souffrent de tendances anxieuses et dépressives (32).

2. Méditation et accueil des émotions

Les émotions jouent un rôle prépondérant dans l'ajustement de l'individu à son environnement, et dans la relation soignant-soigné. Pourtant, elles peuvent aussi être dysfonctionnelles.

Face à une situation difficile, il est tentant de chercher à fuir l'émotion désagréable. Or il semble que la suppression de la pensée, par des conduites d'évitement, diminuerait la détresse dans l'immédiat mais conduirait à long terme à l'augmentation des images ou des pensées intrusives négatives et à un sentiment d'échec à contrôler le phénomène. Ceci amène l'individu à intensifier ses tentatives impuissantes de contrôle, dans un effort contre-productif. Ce fonctionnement est, là aussi, très présent dans la dépression et le trouble anxieux généralisé (33).

La MPC favorise la production d'émotions positives et entraîne à l'accueil des émotions, sans jugement, avec une moindre réactivité. Ceci améliore l'adaptation émotionnelle : puisque les tentatives de suppression ou d'évitement des émotions pénibles ne font que les renforcer, mieux vaut les laisser nous traverser (27,34). Il s'agit également pour le méditant d'établir un espace interne entre ses émotions, ses pensées et ses ressentis physiques afin de les envisager comme des événements mentaux auxquels il ne s'identifie pas (35). Cette forme de désengagement permet de déployer son attention vers la mise en place d'une réponse moins liée à la perception affective des événements.

D'un point de vue neurobiologique, les mécanismes sont encore en cours d'exploration. L'imagerie cérébrale a permis d'associer la pratique méditative à une diminution de l'activité de l'amygdale, zone de modulation et d'amplification des émotions et à une activation du cortex préfrontal et cingulaire antérieur, zones de régulation des émotions et d'activation de l'attention (36).

Une autre pratique méditative est le développement des qualités éthiques : l'amour altruiste et la compassion en particulier. Elle permettrait de cultiver une attitude de compassion envers soi-même et les autres et faciliterait l'ouverture à l'expérience du moment présent dans les moments de souffrance (37).

3. Principales applications cliniques

Le nombre de publications sur la MPC ne cesse d'augmenter, de même que leur qualité : elle améliore le stress (38,39), l'anxiété (39-47), la dépression (39,40,46-48), la qualité du sommeil (49,50), la gestion de la douleur (51), etc...

Une revue de la littérature incluant 47 articles randomisés contrôlés, publiée dans le JAMA en 2014, concluait à une réduction du stress dans des populations cliniques, grâce à des programmes de méditation (52). L'impact était faible à modéré, ce qui peut être considéré comme réellement utile dans la mesure où d'autres interventions montrent des tailles d'effet similaires (53).

Les principales interventions basées sur la MPC font partie des thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Elles ont rejoint la « troisième vague » des TCC, qui a émergé dans les années 2000, et qui donne une importance primordiale à la reconnaissance, à l'exploration et à l'acceptation des émotions. La Haute Autorité de santé Publique française propose la MPC depuis 2017 comme une des interventions psychocorporelles dans la prise en charge du burnout (1).

a. Mindfulness Based Stress Reduction

Jon Kabat-Zinn a créé en 1979 le programme *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), ou réduction du stress par la pleine conscience, basé sur l'expérimentation de la méditation (31). Au départ, ce programme visait à soulager les douleurs chroniques et à gérer le stress. Le travail de prise de conscience des états intérieurs (pensées, émotions, sensations corporelles), s'appuie sur des pratiques méditatives formelles et informelles :

- Les pratiques informelles consistent à être pleinement à ce que l'on fait dans la vie quotidienne, aussi bien dans les moments intenses que dans les moments les plus ordinaires : préparation d'un repas, marche pour se rendre au travail, temps passé en famille, etc... Elle permet d'entraîner son esprit à vivre le moment présent plutôt que de vagabonder mentalement entre le passé et l'avenir.
- Les pratiques méditatives formelles consistent à se consacrer pleinement à la méditation en se dégageant du temps de façon intentionnelle. Il s'agit d'exercices tels que le « scanner corporel » que l'on effectue allongé et qui consiste à ressentir le corps de la tête aux pieds, partie par partie, les méditations assises (centrées sur la respiration par exemple), le Yoga en pleine conscience et la méditation marchée (31).

Le programme se présente sous la forme d'un cycle de huit semaines. Une fois par semaine, une séance de 2h30 est proposée au groupe constitués de 20 à 30 personnes. Il est demandé aux participants de pratiquer chez eux tout au long du programme, entre 30 minutes et 1heure, six jours sur sept, des exercices qui évoluent au fil des semaines, fournis sur un

format audio. Au cours de la sixième semaine a lieu une retraite d'un jour complet, dans le silence (31).

b. Mindfulness Based Cognitive Therapy

La *Mindfulness Based Cognitive Therapy* (MBCT), ou thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, est une adaptation du programme MBSR visant à prévenir les rechutes dépressives (54).

C'est une combinaison entre la méditation pleine conscience et les thérapies cognitivo-comportementales : description des pensées et émotions ressenties lors de scénarios imaginaires, discussion à propos des pensées automatiques et des ruminations, liste des activités positives ou valorisantes à utiliser en cas de baisse de l'humeur, pistes pour éviter la rechute ainsi qu'un travail autour de scénarios permettant de prendre conscience des pensées irrationnelles et de mesurer l'impact de ces pensées. Ce programme se fait également en huit semaines avec des exercices à domiciles à pratiquer quotidiennement, sur un format très proche du MBSR (55,56).

L'efficacité de la MBCT est confirmée en prévention des rechutes dépressives chez les patients qui ont pour antécédents au moins 3 épisodes dépressifs (48), et sur la réduction de l'anxiété (47).

c. Autres applications

La thérapie comportementale et dialectique, Dialectical Behavior Therapy, est utilisée pour le traitement des personnalités de type borderline et la régulation affective en général. Les sujets sont encouragés à accepter leur situation, leur histoire telle qu'elle se présente, en travaillant intensément à changer leur comportement et leur environnement afin d'améliorer leur qualité de vie.

La thérapie d'acceptation et d'engagement, Acceptance and Commitment Therapy se base sur l'analyse des comportements et incorpore des processus de changements comportementaux, d'acceptation et de pleine conscience, amenant la personne à abandonner le fonctionnement d'évitement de l'expérience (57).

4. Risques et contre-indications

La MPC est une intervention non médicamenteuse, ce qui réduit de manière importante le risque d'effets indésirables, mais ne les exclut pas. Peu d'études ont cherché à déterminer quels sont les risques ou contre-indications des pratiques de MPC. Des cas d'exacerbation psychotique ont été décrites chez des personnes présentant au préalable des troubles mentaux, dans des conditions de pratique particulièrement longues et intenses (48). On retiendra comme principales contre-indications les dépressions en phase aiguë, les troubles bipolaires en phase aiguë, les troubles de l'attention sévères et les troubles psychotiques aigus (58).

III. Objectifs de l'étude

Il n'existe pas à ce jour d'enseignement spécifiquement destiné aux internes de médecine générale (IMG) et médecins généralistes (MG) non thésés toulousains. Avant de travailler à une éventuelle proposition concrète, et n'ayant pas trouvé d'étude sur le sujet, nous avons souhaité réaliser un état des lieux auprès des IMG et MG remplaçants non-thésés. Il s'agit de la population accessible aux éventuelles actions mises en place par le département universitaire de médecine générale (DUMG) de Toulouse.

L'objectif principal de cette étude est donc d'évaluer l'état des connaissances et l'intérêt des IMG et MG non thésés de l'ex-région Midi-Pyrénées concernant la MPC en vue de son utilisation potentielle dans leur gestion du stress et des émotions.

L'objectif secondaire est de définir quelles modalités de formation leur sembleraient les plus pertinentes, le cas échéant.

MATÉRIEL et MÉTHODE

I. Type et durée de l'étude

Pour répondre à ces objectifs, nous avons réalisé une enquête transversale déclarative par questionnaire auprès des IMG et des MG remplaçants non thésés de l'ex-région Midi-Pyrénées.

Notre travail de recherche s'est déroulé de février 2018 à mars 2019, avec un recueil des données par questionnaire réalisé entre le 7 juillet 2018 et le 25 octobre 2018.

II. Population de l'étude

Afin que l'étude soit la plus représentative possible nous n'avons pas réalisé d'échantillonnage mais réalisé une étude de population.

1. Critères d'inclusion à l'étude

- Les internes de médecine générale de la partie nord d'Occitanie (ex région Midi Pyrénées) inscrits à la faculté de Toulouse en 2017-2018.
- Les médecins remplaçants non thésés inscrits à la faculté de Toulouse pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale en 2017-2018.

2. Critères d'exclusion de l'étude

- Les étudiants en médecine jusqu'à la sixième année
- Les internes de spécialité autre que médecine générale
- Les médecins généralistes thésés

3. Recrutement

Il n'existait pas de base de données directement accessible correspondant aux critères d'inclusion de l'étude. Nous avons ciblé cette population en raison de son accessibilité à une formation par le DUMG.

- Concernant les IMG :

La faculté comprenait 463 inscrits. L'AIMG-MP (Association des Internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées) recensait quant à elle 440 adhérents en T1 (1^{ère} année), T2 (2^{ème}

année) et T3 (3^{ème} année) qui étaient tous destinataires des courriels de l'association, à l'exception de 21 personnes. Il s'agissait du moyen le plus efficace de contacter le plus grand nombre d'internes.

- Concernant les MG non thésés :

La faculté de Toulouse comprenait 196 inscrits en thèse seule en 2018. L'administration disposait d'une liste de diffusion mais n'était pas habilitée à transmettre notre questionnaire. Nous avons donc procédé à une demande auprès de MiP' AGJIR (Regroupement Autonome des Généralistes, Jeunes Installés et Remplaçants de Midi-Pyrénées) qui n'a pas pu donner suite. Il avait été prévu qu'en l'absence de réponse nous pourrions joindre cet échantillon de population grâce aux différents au réseau social Facebook®, via les groupes de discussion de promotions antérieures. Ces groupes comprenaient des médecins thésés, non thésés, installés ou remplaçants en proportions qu'il n'était pas possible de préciser.

III. Élaboration du questionnaire et recueil des données

Nous avons procédé au recueil des données par auto-questionnaire (*Annexe 2*). Celui-ci a été élaboré après des recherches bibliographiques sur la méthode (59,60) et le sujet. Il a été réalisé à l'aide de GOOGLE FORMS®. Le questionnaire était composé de 14 à 22 questions, il était possible d'y répondre en 3 à 5 minutes. Les questions étaient en majorité fermées, certaines questions étaient ouvertes.

Après un bref rappel du sujet et de la population d'étude, notre questionnaire se divisait en 4 parties :

- **1^{ère} partie** : Caractéristiques démographiques des participants (5 questions)
- **2^{ème} partie** : Connaissance et pratique de la MPC (6 questions)

Il interrogeait les participants sur leur connaissance de la MPC, et sur leur pratique, le cas échéant.

- **Un encart explicatif sur la MPC**, d'une quinzaine de lignes, permettait d'aborder la suite du questionnaire.
- **3^{ème} partie** : Caractéristiques des participants vis-à-vis du stress (5 questions)

Aucune définition du stress n'a été proposée aux participants. La suite des questions abordant cette notion était donc basée sur une auto-définition propre à chacun. Cela nous

semblait être la manière la plus pertinente d'évaluer son retentissement dans le contexte de cette étude.

Nous avons cherché en premier lieu à savoir si la personne pratiquait déjà une activité qui lui permettait selon elle de réguler son stress. Seules des interventions non médicamenteuses ont été proposées sous la forme d'une liste non exhaustive, raison pour laquelle une rubrique « autre » permettait de compléter librement.

Le questionnaire interrogeait ensuite les participants sur la fréquence à laquelle ils se sentaient stressés dans leur vie personnelle et/ou professionnelle et de quelle manière cela retentissait sur leur vie.

- **4^{ème} partie** : Désir de développer sa pratique de la MPC (6 questions)

Cette partie visait à recueillir l'envie éventuelle des participants de développer une pratique de MPC.

- A ceux qui avaient répondu par l'affirmative il était demandé de préciser le cadre de formation qui leur semblerait le plus adapté. Nous leur avons également demandé à quel moment de leur cursus ils auraient aimé, idéalement, se voir proposer cette formation. Le format MBSR (environ 26h) est reconnu dans la communauté scientifique, néanmoins une revue de la littérature (61) n'a pas fait ressortir de corrélation positive entre taille d'effet et nombre d'heures de méditation en groupe (entre 6 et 28h dans l'étude). Cette étude concluait qu'il pouvait être intéressant de proposer des formations allégées en terme d'heure aux populations chez qui la durée pouvait être un frein (61).
- A ceux qui ne souhaitaient pas développer leur pratique de la MPC, il était demandé d'expliquer quels étaient les freins qu'ils identifiaient.

- **Clôture du questionnaire** : Le message de remerciement comportait une bibliographie choisie et des liens vers des formations de MPC.

IV. Diffusion du questionnaire

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé auprès de 5 internes n'ayant pas de connaissances préalables sur le sujet. L'objectif était de vérifier la formulation des questions

et leur compréhension, ainsi que le temps de passation. Ce pré-test n'a pas entraîné de modifications significatives du questionnaire.

Les envois ont été planifiés et effectués comme détaillé ci-dessous :

- 1- Une première diffusion via l'AIMG-MP a eu lieu le 7 juillet 2018
- 2- Une demande de diffusion via MiP' AGJIR le 8 juillet, qui n'a pas pu donner suite.
- 3- Afin de cibler les remplaçants non thésés, une diffusion via Facebook® a été effectuée le 10 septembre 2018.
- 4- Une relance a été faite par l'AIMG-MP le 13 octobre 2018
- 5- Le recueil de données a été clôturé le 25 octobre 2018.

Nous avons estimé que les moyens de diffusion utilisés nous permettaient d'atteindre un nombre de personnes proche de la population cible, soit 659 personnes (463 internes et 196 remplaçants non thésés).

V. Analyse statistique des résultats

Le recueil des données a été réalisé avec GOOGLE FORMS®.

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel MICROSOFT EXCEL pour Mac 2016® et le site internet développé par l'INSERM, BiostaTGV®.

L'ensemble des variables d'intérêt étudiées ont été décrites en terme d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives, de moyenne et d'écart-type pour les variables quantitatives. Afin de comparer les variables qualitatives entre les groupes de l'étude (pratiquant ou non la MPC, souhaitant ou non développer une pratique) un test de Chi 2 a été réalisé, ou un test de Fisher lorsque ce dernier n'était pas applicable (effectifs théoriques inférieurs à 5). Pour la comparaison des variables quantitatives, un test bob paramétrique de Mann-Whitney a été utilisé.

Le seuil alpha de signification retenu pour ces test était de 0,05.

VI. Anonymat et Ethique

Nous avons anonymisé les résultats lors de l'exploitation des données, comme annoncé lors de la diffusion du questionnaire. Cette étude ne relevait pas de l'avis d'un comité d'éthique

RÉSULTATS

La diffusion a été faite de la manière suivante :

- 1- Première diffusion via l'AIMG-MP, le 7 juillet 2018 : 34 réponses.
- 2- Diffusion via Facebook® ciblant les remplaçants non thésés, le 10 septembre 2018 : 13 réponses.
- 3- Relance par l'AIMG-MP, le 13 octobre 2018 : 78 réponses.

Nous avons donc reçu un **total de 125 réponses**, sur 659 IMG et MG non thésés, soit un taux de réponse de **18,9%**.

I. Echantillon

Les caractéristiques démographiques des participants sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon

	Population incluse à l'étude	Population éligible à l'étude	
Nombre	125	659	
Age moyen en années	26,6 (+/- 1,3)		
Sexe			
Femmes	107 (86%)	438 (66%)	<i>(p < 0,0001)</i>
Hommes	18 (14%)	221 (34%)	
Année d'étude			
T1 (1 ^{ère} année)	23 (18%)	146 (22%)	
T2 (2 ^{ème} année)	36 (29%)	156 (24%)	<i>(p < 0,0001)</i>
T3 (3 ^{ème} année)	53 (42%)	161 (24%)	
Thèse seule	13 (10%)	196 (30%)	
Lieu de stage ou d'exercice			
Ambulatoire	82 (66%)		
Hospitalier	43 (34%)		
Faculté d'origine :			
Toulouse	54 (43%)		
Autre	71 (57%)		

Parmi les 125 participants à notre étude, l'âge moyen était de 26,6 ans. On retrouvait significativement plus de femmes ($p < 0,05$) et d'étudiants en 3^{ème} année d'internat ($p < 0,05$) par rapport à la population cible.

II. Caractéristiques des participants vis-à-vis du stress

1. Stress et répercussion sur la vie quotidienne

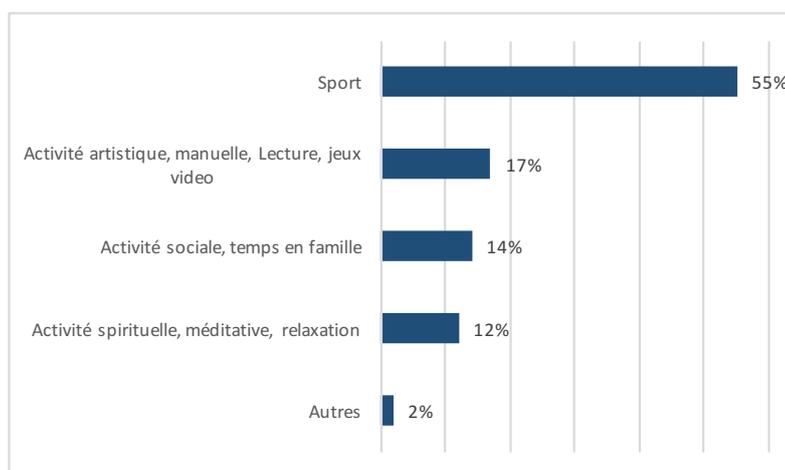
Nous avons demandé à l'ensemble des participants à quelle fréquence ils avaient le sentiment d'être stressés, anxieux ou submergés par leurs propres émotions dans leur vie personnelle et/ou professionnelle. Quarante-neuf participants (71%) déclaraient que c'était souvent ou tout le temps le cas et 36 (29%) déclaraient que cela n'arrivait que rarement ou jamais. Par ailleurs, 93 participants (74%) estimaient que cela avait une répercussion sur leur vie quotidienne.

2. Activités ou pratiques visant à réguler le stress

Une grande majorité des 125 participants (88%), déclaraient avoir mis en place une activité visant à réguler leur stress, une fois ou plus par semaine.

Cette activité était pour 55% d'entre eux le sport. Les autres activités et pratiques ont été regroupées en grandes catégories et sont présentées dans la figure ci-dessous. Parmi les propositions « Autres », 2 personnes rapportaient l'activité sexuelle et 1 personne rapportait le fait de consulter une psychologue comme aidant à réguler leur stress.

Figure 2 : Activités pratiquées par les participants à l'étude visant à réguler le stress



III. Connaissance et pratique de la méditation de pleine conscience par les participants

1. État des connaissances

Dans notre population d'étude (n=125), 73 participants (58%) déclaraient connaître la MPC avant passation du questionnaire.

Certains en avaient entendu parler en stage ambulatoire ou hospitalier (15%), mais l'essentiel en avait entendu parler par le réseau amical ou familial (41%), par les activités de loisir, par des lectures ou par les médias (44%).

2. Pratique de la méditation de pleine conscience

Près du tiers des 125 participants (29%) déclaraient pratiquer ou avoir déjà pratiqué la MPC. Parmi ceux qui connaissaient la MPC avant passation du questionnaire (n=73), 36 (49%) déclaraient pratiquer ou l'avoir déjà pratiqué.

Nous leur avons demandé de détailler cette pratique :

- 13 personnes (36%) pratiquaient une fois ou plus par semaine, et 23 personnes (64%) moins d'une fois par semaine.
- 20 personnes (62%) pratiquaient seules et 16 personnes (38%) pratiquaient en étant le plus souvent encadrées.

Nous avons cherché à savoir si certains facteurs influençaient le fait de pratiquer ou non la MPC. Les caractéristiques des internes et médecins non thésés qui connaissaient la MPC préalablement à l'étude ont été regroupées dans le tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques des personnes pratiquant ou non la MPC, parmi les participants qui connaissaient la MPC préalablement à l'étude

	Ne pratiquent pas la MPC	Pratiquent la MPC	p
Nombre	37 (51%)	36 (49%)	
Age moyen	26,97 +/- 1,34	26,63 +/- 1,45	
Sexe			0,07
Femme	27 (73%)	33 (92%)	
Homme	10 (27%)	3 (8%)	
Année d'étude			0,64
T1	8 (22%)	8 (22%)	
T2	8 (22%)	12 (33%)	
T3	17 (46%)	12 (33%)	
Remplaçant	4 (11%)	4 (11%)	
Faculté d'origine			0,12
Toulouse	20 (54%)	12 (33%)	
Autre	17 (46%)	24 (67%)	
Stress			0,6
Jamais ou rarement	11 (30%)	8 (22%)	
Souvent ou Tout le temps	26 (70%)	28 (78%)	
Répercussion du Stress			1
Oui	30 (81%)	29 (81%)	
Activité de gestion du stress en place			0,4
Oui	32 (86%)	34 (94%)	

On ne retrouve pas de différence significative en terme d'âge, de sexe, de nombre d'années d'études ni de faculté d'origine entre les deux populations.

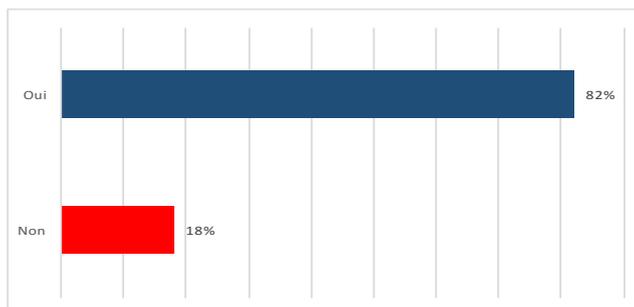
Le niveau de stress, la répercussion du stress sur la vie quotidienne, ou le fait d'avoir une activité de gestion du stress déjà en place n'étaient pas non plus associés de manière statistiquement significative au fait de pratiquer la MPC.

3. Désir de développer une pratique personnelle de MPC

a. Description des résultats

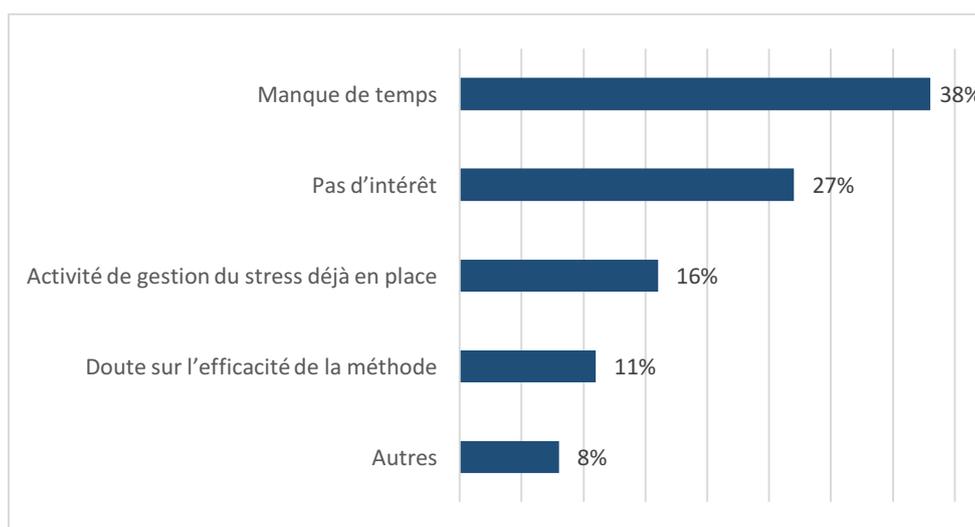
Parmi les 125 participants à l'étude, 103 (82%) déclaraient souhaiter développer leur pratique de la MPC dans l'objectif d'améliorer leur gestion du stress et des émotions.

Figure 3 : Désir de développer une pratique personnelle de MPC afin d'améliorer la gestion du stress et les émotions



Nous avons demandé aux 22 participants qui déclaraient ne pas vouloir développer leur pratique de la MPC de préciser quels étaient les obstacles qu'ils identifiaient. Le manque de temps est ce qui a été le plus mis en avant, l'ensemble des réponses a été regroupé dans la Figure 4.

Figure 4 : Obstacles à la participation à une formation de MPC



Parmi les réponses « Autres », une personne a exprimé des doutes vis-à-vis de la capacité du DUMG à mettre en place des enseignements alternatifs de qualité et une personne a exprimé son sentiment de ne pas réussir à pratiquer la MPC malgré plusieurs essais.

b. Détail de la population selon le souhait de méditer ou non

Nous avons regroupé dans le tableau 3 les caractéristiques des participants à l'étude selon leur souhait ou non de développer une pratique de MPC.

Tableau 3 : Caractéristiques des participants selon souhait de méditer ou non

	Ne désirent pas développer leur pratique de la MPC	Désirent développer leur pratique de la MPC	p
Nombre	22 (18%)	103 (82%)	
Age moyen	26,7 (+/- 1,0)	27 (+/- 1,4)	
Sexe			
Femme	14 (63%)	93 (90%)	0,003
Homme	8 (37%)	10 (10%)	
Année d'étude			
T1	4 (18%)	19 (18%)	0,9
T2	6 (27%)	30 (29%)	
T3	9 (41%)	44 (43%)	
Remplaçant	3 (14%)	10 (10%)	
Faculté d'origine			
Toulouse	7 (32%)	47 (46%)	0,3
Autre	15 (68%)	56 (54%)	
Stress			
Jamais ou rarement	12 (55%)	24 (23%)	0,007
Souvent ou Tout le temps	10 (45%)	79 (77%)	
Répercussion du Stress			
Oui	12 (55%)	81 (79%)	0,03
Activité de gestion du stress en place			
Oui	18 (81%)	92 (90%)	0,5
Connaissance de la MPC			
Oui	10 (45%)	63 (61%)	1,2
Pratique de la MPC			
Oui	3 (14%)	33 (32%)	0,1

On ne constate pas de différence statistiquement significative pour l'âge, l'année d'étude ni la faculté d'origine.

On retrouve un désir de se former significativement plus important chez :

- Les femmes ($p < 0,05$)
- Les personnes se disant souvent ou tout le temps stressées ($p < 0,05$)
- Les personnes qui ressentaient une répercussion de ce stress sur leur vie quotidienne ($p < 0,05$)

Le fait de connaître ou de pratiquer préalablement la MPC n'était pas associé de manière statistiquement significative au fait de vouloir ou non développer une pratique personnelle de MPC.

4. Modalités de formation souhaitées

Les personnes intéressées par la possibilité de développer leur pratique de la MPC ont précisé, à travers une question à réponses multiples, quel(s) moyen(s) avaient leur préférence.

Cinquante-six participants seraient favorables à la mise en place d'une formation par le DUMG (21% des réponses), 49 participants (18%) seraient intéressés par une formation type Formation Médicale Continue (FMC) de 4 demi-journées et 40 se tourneraient vers un programme indépendant de la faculté et non médical (15%).

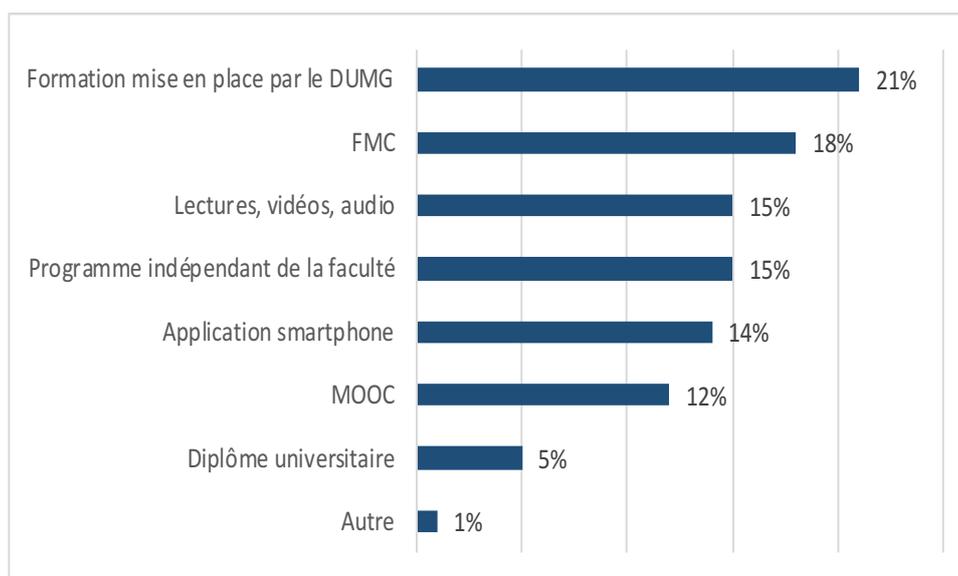
Il ressort que 110 participants (41% des réponses) souhaiteraient se former grâce aux supports suivants : lectures, supports audio, vidéo, application pour smartphone ou encore grâce à un « cours en ligne ouvert à tous » traduction de *Massive Online Open Courses* (MOOC).

Parmi les 2 réponses autres (1%) :

- Une personne a proposé que ce soit l'AIMG qui organise ce type de formation, l'estimant plus pertinente que le DUMG.
- Une personne a proposé que la formation soit proposée directement sur le lieu de stage.

Le détail des réponses est représenté dans la figure 5.

Figure 5 : Type de formation souhaité par les participants à l'étude

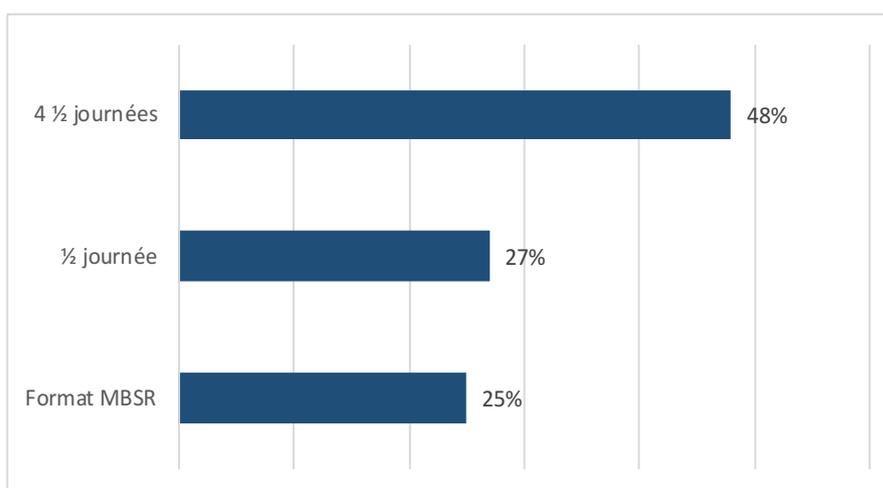


Les participants ont été interrogés sur le temps qu'ils seraient prêts à investir dans une formation, dans l'hypothèse où le DUMG en organiserait une :

- 28 personnes (27%) souhaiteraient y consacrer une demi-journée
- 49 personnes (48%) étaient favorables à la possibilité de suivre quatre demi-journées de formation
- 26 personnes (25%) seraient prêtes à s'investir dans un programme MBSR.

Les réponses ont été regroupées dans la figure 6.

Figure 6 : Type de format souhaité par les participants à l'étude



5. Quand découvrir la MPC au cours des études médicales ?

Quatre-vingt-sept personnes parmi les 125 participants (70%) auraient désiré que ce type de formation soit proposé plus tôt. Parmi eux, 55% estimaient que le premier ou deuxième cycle (avant l'internat) seraient adaptés.

DISCUSSION

I. Résultats principaux

Concernant l'objectif principal, notre étude montre qu'une large majorité (82%) des participants souhaiteraient développer une pratique de MPC afin d'améliorer leur gestion du stress et des émotions. Parmi les participants, plus de la moitié connaissaient la MPC et parmi eux, un tiers la pratiquaient avant passation du questionnaire.

Concernant les modalités d'enseignement, plus d'un tiers (41%) se dirigeraient vers des supports ne nécessitant pas d'intervenant physique. Concernant les formations en présentiel 21% souhaiteraient que cette formation émane du DUMG, 18% d'un organisme de FMC et enfin 15% d'un organisme indépendant et non médical.

Dans l'hypothèse où une formation serait proposée par le DUMG, le format de 4 demi-journées aurait la préférence des participants (48%), tandis que 27% préféreraient le format d'une demi-journée et 25% un programme MBSR complet.

II. Forces et limites de l'étude

1. Forces de l'étude

Il s'agit d'une étude originale, sur un sujet d'actualité, qui présente un intérêt pour la santé des étudiants dans la mesure où elle tend vers l'amélioration des conditions de formation des internes et des jeunes médecins. Les résultats obtenus pourront potentiellement servir à mettre en place une offre de formation à la MPC, donnant une application pratique à ce travail.

Le taux de participation était de 18,9%, ce qui est satisfaisant et correspond au taux de réponses habituellement retrouvé dans ce type de travail.

2. Limites de l'étude

a. Biais de sélection

Le sentiment d'être concerné ou non par la problématique du stress, annoncée dans le titre, a pu biaiser la sélection. En effet, il est possible que les personnes se sentant en difficulté dans la régulation de leur stress et de leurs émotions, ou connaissant quelqu'un dans cette

situation, aient plus facilement répondu à l'étude. Ceci peut potentiellement mener à une surreprésentation des personnes sujettes au stress. Mais il est également légitime de se demander si, à l'inverse, les personnes se sentant stressées ont pris le temps de répondre à l'étude. En effet, les périodes de stress peuvent être associées à un manque de temps.

De la même manière, l'intérêt porté au sujet de l'étude pouvait biaiser le fait de répondre ou non : entre curiosité vis-à-vis d'une approche peu connue et rejet lié aux préjugés concernant le terme « méditation ». Sa connotation peu scientifique, de prime abord, a pu contribuer à l'abstention de certains.

L'échantillon n'était pas représentatif sur les critères du sexe et de l'année d'étude. Bien qu'il soit satisfaisant, le taux de réponse (18,9%) aurait pu être amélioré par un accès des chercheurs aux courriels des MG remplaçants non thésés.

Une partie de la diffusion a été effectuée via les sites Facebook® de l'internat de médecine, le public ayant reçu le questionnaire était plus large que le public visé. Bien que le message d'explication ait été très clair, on peut imaginer des réponses produites par des personnes non concernées. Cependant, la probabilité semble très faible.

b. Biais de mesure

Il s'agissait ici d'une enquête d'opinion sur la mise en place d'un dispositif d'aide : un biais de désirabilité ne peut être exclu. Néanmoins, le questionnaire était anonyme, et les questions étaient formulés de manière neutre, ce qui permettait de contrôler au mieux ce biais.

III. Confrontation des résultats à la littérature et interprétation

1. Caractéristiques des participants à l'étude vis-à-vis du stress

La majorité des participants déclarent se sentir souvent ou tout le temps stressés, anxieux ou submergés par leurs émotions et estiment que cela a une répercussion sur leur vie quotidienne. Il s'agissait d'une question basée sur une auto-évaluation interrogeant le ressenti des participants, qui n'utilisait donc pas d'échelle validée. Néanmoins on constate que les données sont concordantes avec celles de la littérature scientifique. Feraudet (62) et Kerrien et al. (63) ont interrogé respectivement les internes de Bordeaux en 2008 et de Brest en 2012. Ils retrouvaient 74,2% de stress professionnel et 21,4% de syndrome d'épuisement professionnel pour l'un et 13% de dépression et 28,7% de trouble anxieux pour l'autre (62,63).

2. Stratégies non médicamenteuses de prévention du stress utilisées par les IMG et MG non thésés

Une large majorité des participants à l'étude a une activité ou une pratique qui les aiderait à réguler leur stress.

L'activité sportive, largement utilisée par les participants à l'étude, est en effet un moyen efficace pour lutter contre l'anxiété (64,65). Il s'agit d'une pratique valorisée dans notre société du fait de son rôle prépondérant dans le maintien d'une bonne santé, et son accès est très simple puisque toutes les formules existent : seul, en club, entre amis, payant ou non, etc... (11,66–68).

Les activités sociales permettent d'échanger de manière informelle autour de situations personnelles et/ou professionnelles et le soutien des pairs est reconnu comme facteur protecteur vis-à-vis de l'épuisement professionnel (5). Ce moyen était également fréquemment rapporté par les participants à l'étude, de même que le fait de pratiquer une activité spirituelle, méditative ou de relaxation, ou encore de pratiquer une activité manuelle, lire, jouer aux jeux vidéo, etc...

In fine, Bouteiller et Cordonnier soulignaient en 2013 la nécessité pour chaque interne d'avoir accès à un moyen, quel qu'il soit, de « décharge émotionnelle » (11). L'activité en question contribuera à prévenir l'épuisement professionnel si elle procure le sentiment de « prendre du temps pour soi » (13).

3. Exemples de stratégies de prévention du stress à Toulouse

a. Au niveau associatif

o Le Tutorat Associatif Toulousain (TAT) :

Géré par les étudiants de 2^{ème} et 3^{ème} années de santé qui accompagnent les étudiants dans la préparation au concours de 1^{ère} année. Ils organisent notamment une journée dédiée à des ateliers de bien-être et de gestion du stress, comprenant l'autohypnose et la sophrologie¹.

¹ Cette journée est financée par l'Agence Régionale de Santé et facilitée par la faculté qui prête les locaux et autorise les étudiants à ne pas assister aux cours durant cette journée.

○ **Le Tutorat d'Entraide des Carabins Toulousains (TECT) :**

A pour vocation d'aider les étudiants de la 2^{ème} à la 6^{ème} année à être acteurs de leur formation à travers des ateliers de raisonnement clinique organisés par et pour les étudiants. Des rencontres débats autour des relations soignant-soigné et soignant-soignant ont lieu avec des associations de patients, des patients experts, des professionnels. Ceci permet de mieux préparer les étudiants aux difficultés qui peuvent émerger de la rencontre avec le patient et ainsi réduire le stress qui pourrait en découler.

○ **L'Association des internes de Médecine Générale de Midi-Pyrénées :**

Accompagne et représente les internes. Des actions de sensibilisation à la notion d'épuisement professionnel ont pu être mises en place, en faisant par exemple circuler lors des choix de stage un questionnaire d'évaluation diagnostique du *burnout* ainsi que des informations relative à sa prise en charge. Il s'agissait du *Maslach Burnout Inventory* (Annexe 3), qui est actuellement la grille d'évaluation diagnostique du *burnout* la plus utilisée (13).

○ **L'association d'Organisation du Travail et Santé des Médecins « MOTS » :**

Propose aux médecins installés et en formation des consultations téléphoniques et physiques avec des médecins, dont la confidentialité est garantie et considérée comme essentielle. Les principaux motifs d'appel sont l'épuisement personnel et professionnel. Elle est présentée en cours aux IMG de 2^{ème} année.

b. Au niveau universitaire et hospitalier

○ **Dispositions légales :**

Le décret du 10 août 2011 modifie certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, permettant de mettre en conformité le statut des internes avec la législation européenne concernant le temps de travail. Désormais celui-ci est de 48 heures maximum par semaine, gardes comprises (69). L'application de ce décret se fait progressivement.

○ **Le DUMG :**

Le Département universitaire de Médecine Générale (DUMG) fait en sorte que chaque interne rencontre un tuteur au cours de son semestre. Par ailleurs des Groupes d'Échange de pratiques entre IMG sont organisés 4 fois par semestre. L'échange entre pairs diminue le sentiment d'isolement face aux difficultés, source de stress (66). Des terrains de stages ne

respectant pas les conditions légales d'accueil des internes ou n'offrant pas d'apport pédagogique suffisant peuvent être supprimés.

○ **Médecine du travail :**

Une visite médicale au service de médecine du travail est obligatoire en début d'internat (66). Peu d'internes ont un médecin traitant, et lorsque c'est le cas il s'agit bien souvent d'un collègue, ami, membre de la famille (4). Cette visite permet donc de repérer un espace neutre dans lequel aborder ses conditions de travail. Il n'est cependant pas prévu d'autre visite systématique pour la suite de l'internat.

4. Exemples d'interventions basées sur la MPC destinées aux étudiants en médecine

La MPC entre progressivement dans les facultés, d'abord aux États-Unis, en Australie puis en Europe (27). En France, des initiatives variées voient le jour, avec une accélération nette au cours des 5 dernières années. Nous en présentons ici un tour d'horizon, non exhaustif.

a. Propositions universitaires

Le CHU de Strasbourg propose depuis 2012, à l'initiative du Dr Jean-Gérard Bloch, le diplôme universitaire « Méditation et neurosciences », de niveau master professionnel. Un MBSR optionnel est également accessible aux étudiants en 3ème année de médecine depuis 2016.

Les facultés de Paris VI et Toulouse proposent également un diplôme universitaire depuis 2015 et 2018, respectivement.

Le Dr Cloé Brami propose à Paris, depuis fin 2018, un programme MBSR légèrement aménagé². Il est ouvert aux externes et aux internes, dans l'objectif de favoriser une entraide générationnelle. Celui-ci se déroule en dehors des murs de la faculté ou de l'hôpital (70).

Elle propose également aux étudiants de 4ème année de Paris Descartes (Paris V) un module optionnel de 20 heures, essentiellement théoriques (70). Un travail de mémoire en cours de

² Ce programme comporte 2H de cours par semaine et ½ journée de méditation en silence, au lieu de 2h30 et 1 journée complète. Aucune participation financière n'est demandée aux participants. Ce programme est en grande partie financé par une fondation privée.

publication met en évidence un fort désir de la part des étudiants en médecine de cette faculté de découvrir la MPC, de l'ordre de 80%, comparable aux données de notre étude (70).

b. Propositions associatives

Le Syndicat des Internes du Languedoc-Roussillon (SIRL) a déjà organisé 4 programmes MBSR depuis mars 2018 dans les locaux de la faculté³ Des études sur l'impact de ce programme sont en cours. Néanmoins les premiers retours sont très positifs et le taux d'abandon est faible. Le syndicat des internes de Bordeaux propose également, depuis peu, des programmes MBSR.

c. Propositions extérieures à la faculté

Il est possible de s'initier à la MPC en formation médicale continue avec par exemple les organismes FMC Action Toulouse ou encore FMC Dinan. Toutefois ces formations ne sont pas proposées de manière régulière et ne sont pas spécifiquement destinées aux internes, même s'il leur est possible d'y assister.

De manière plus générale, les programmes MBSR et MBCT sont ouverts à tous, l'ADM répertorie une grande partie des thérapeutes et les dates auxquelles sont proposées les formations. Leur coût est de l'ordre de 450 euros.

5. Quid du numérique ?

Un nombre conséquent des participants à notre étude se disait intéressé par des interventions basées sur la pleine conscience délivrées sans intervenant physique. Ce résultat est possiblement à mettre en lien avec la problématique de manque de temps, avancée par la majorité des participants qui ne souhaitent pas suivre une formation de MPC.

La faisabilité de ce type d'intervention a été prouvée par plusieurs études. L'une d'elles, menée auprès des étudiants sur le campus de l'université de London East mettait en évidence en 2014 une amélioration des affects positifs et une réduction des symptômes dépressifs chez

³ Ces programmes reçoivent un soutien financier non négligeable de la part du CHU et un appui logistique du doyen de la faculté qui prête des locaux. Une participation financière est demandée aux internes (80 euros), minime comparativement aux tarifs pratiqués dans les formations extérieures (de l'ordre de 450 euros).

ceux qui avaient suivi une intervention basée sur la pleine conscience grâce à une application sur smartphone, par rapport au contrôle (71).

L'étude française « *Noburnout* » a quant-à-elle permis de tester un programme MBSR en, auprès des étudiants en santé de Poitiers. Les auteurs décrivent une réduction des symptômes d'anxiété et l'absence d'aggravation du syndrome d'épuisement professionnel ou de la dépression. Ils remarquent cependant un fort taux d'abandon au cours de l'étude. Il est difficile de savoir si le manque de motivation de la part des participants était lié au mode de recrutement ou à l'outil utilisé (24).

Des outils comme l'application « Petit Bambou » sont disponibles au grand public. Cette application propose des exercices de méditation en langue française. Sa version gratuite se décline en 8 leçons visant à expliquer les fondements de la MPC (72).

L'efficacité de ces méthodes reste à étayer par des études de meilleure qualité, néanmoins il faut leur reconnaître un certain nombre d'avantages : faible coût, diversité des propositions, facilité d'utilisation. Une limite de ces outils numériques est donc de ne pas favoriser le lien social, qui est un facteur protecteur vis-à-vis du stress (11). En effet, les discussions qui émergent entre les participants lors des séances hebdomadaires d'un MBSR ou MBCT font partie de l'apport de ces programmes. Il n'est toutefois pas impossible d'utiliser ces outils numériques en groupe..

IV. Perspectives envisageables

1. Formation souhaitée par les participants à l'étude

Les résultats de notre étude nous permettent de conclure que proposer une intervention basée sur la pleine conscience aux IMG et MG remplaçant non thésés serait pertinent.

La majorité des participants souhaiterait que ce soit sur un format de quatre demi-journées. Ceci permettrait d'une part d'aborder un contenu théorique amenant à mieux reconnaître les situations professionnelles et personnelles susceptibles d'engendrer du stress, d'en comprendre les mécanismes physiopathologiques, d'identifier et analyser ses propres signes d'alerte et les ressources sur lesquelles s'appuyer. D'autre part, il serait tout à fait possible d'introduire des notions de pleine conscience théoriques et pratiques à travers des exercices (73).

Une demi-journée conviendrait mieux à 27% des participants, ce qui permettrait de faire découvrir cette approche et de l'expérimenter brièvement à travers un ou plusieurs exercices choisis (27), puis d'orienter celles et ceux qui le souhaitent vers des structures et outils de formations plus approfondies.

Un programme MBSR complet conviendrait mieux à 25% des participants. Cela représente 26 personnes, soit le nombre adéquat pour constituer un groupe de méditants.

Bien que certains étudiants puissent associer le DUMG au stress et aux contraintes universitaires (13), ou à des formations moins proches des besoins des étudiants, un nombre important d'IMG et MG souhaiterait qu'il facilite l'accès à une formation à la MPC.

2. Proposition d'un séminaire de prévention du stress

De ce travail de thèse pourrait découler la mise en place d'un séminaire de découverte d'approches visant à réguler le stress et les émotions. Il s'agirait de convier différents intervenants à s'exprimer autour de sujets tels que la MPC en proposant un contenu théorique et pratique. Les modalités de financement des intervenants restent à définir. Au vu des résultats de l'étude, une collaboration entre le DUMG et l'AIMG-MP pourrait être intéressante.

Nombreux sont ceux qui auraient trouvé judicieux de découvrir ce genre d'approche plus tôt dans leur parcours, c'est pourquoi une sensibilisation puis un rapprochement avec les associations étudiantes adaptées pourrait également être envisagé.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette enquête était de recueillir l'état des connaissances et l'intérêt des internes de médecine générale (IMG) et médecins généralistes (MG) non thésés de l'ex-région Midi-Pyrénées concernant la méditation de pleine conscience en vue de son utilisation dans leur gestion du stress et des émotions.

Parmi les 125 participants à l'étude, 58% connaissaient la méditation de pleine conscience (MPC) préalablement à la passation du questionnaire et 82% souhaitaient développer cette pratique dans l'objectif d'améliorer leur gestion du stress et des émotions.

Depuis la création du programme mindfulness stress reduction (MBSR) en 1979, la MPC a progressivement acquis la reconnaissance du monde scientifique et intégré le panorama des approches favorisant efficacement l'autorégulation du stress et des émotions. Elle permet de développer une qualité de présence et d'attention à soi-même et aux autres qui la rend très pertinente dans son application aux soignants.

Par ailleurs, des études récentes se sont intéressées à la problématique du stress chez les IMG et jeunes médecins, révélant en France un niveau de stress de l'ordre de 66% dans cette population. La mise en œuvre d'un programme d'aide à la réduction du stress par la MPC, plébiscitée par les participants à l'étude, semble pertinente dans ce contexte.

Une collaboration entre le département universitaire de médecine générale de Toulouse et l'association locale des internes pourrait être envisagée afin de mettre en place un séminaire de découverte de différentes approches favorisant la réduction du stress, telles que la MPC. Ceci permettrait ensuite à ceux qui le souhaitent d'approfondir leur pratique de la manière qui leur conviendrait le mieux.

Cependant, proposer des interventions visant à mieux gérer le stress et les émotions ne doit pas faire perdre de vue l'importance de continuer à s'interroger, et à agir, sur les causes de stress liées à l'organisation même des études médicales.

la z approuvé
Professeure Marie Eve ROUGE BUGAT
1, avenue Louis Blériot
31500 TOULOUSE
N° ADEP: 31 1 11793 1
N° INSEE: 10100079234
M08/19.

Toulouse, le 12 mars 2019
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Rangueil
EHE SERRANO

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. 2017 mars. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
2. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 6 déc 2016;316(21):2214-36.
3. François Beck, Romain Guignard et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Inpes [Internet]. 2010; Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/pdf/BS2010_suicide.pdf
4. Dr Mourgues et al. J-M. La santé des étudiants et jeunes médecins - Section santé publique et démographie médicale du CNOM. 2016;99.
5. ISNI (InterSyndicale Nationale des internes) en partenariat avec l'ISNCCA (Inter Syndicat National des Chefs de Clinique et Assistants), l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France), l'ISNAR (InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale). Enquête Santé mentale jeunes médecins [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.isni.fr/enquete-sante-mentale/>
6. Docteur Marra DONATA. Rapport sur la Qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. 2018 avr. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-du-dr-donata-marra-sur-la-qualite-de-vie-des-etudiants-en-sante>
7. Hans Selye. L'histoire du syndrome général d'adaptation [Internet]. Gallimard. 1954 [cité 7 févr 2019]. (L'avenir de la science). Disponible sur: <http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/L-Avenir-de-la-Science/L-histoire-du-syndrome-general-d-adaptation>
8. Yerkes RM, Dodson JD. The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. 1908. (*Journal of Comparative Neurology and Psychology*).
9. Dagrada H. Le burn-out du médecin généraliste : hypothèses étiologiques. *Rev Med Brux*. 2011;6.
10. Even G. Corps du médecin, corps du malade. *Champ Psychosom*. 2004;33(1):69-86.
11. Bouteiller M, Cordonnier D. Contraintes à l'origine de la souffrance des internes en médecine: analyse par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2013.
12. Antoine Le Tourneur, Valériane Komly. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Internet]. Grenoble; 2011. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00650693/document>
13. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. *Appl Prev Psychol*. 1 déc 1998;7(1):63-74.
14. Vannotti M. L'empathie dans la relation médecin – patient. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux*. 2002;no 29(2):213-37.
15. Dyrbye LN, Thomas MR, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. avr 2006;81(4):374-84.
16. Raab K. Mindfulness, Self-Compassion, and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature. *J Health Care Chaplain*. 1 juill

2014;20(3):95-108.

17. Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Int J Psychiatry Med.* 2012;43(2):119-28.
18. Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *J Workplace Behav Health.* avr 2013;28(2):107-33.
19. Asuero AM, Queraltó JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodriguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34(1):4-12.
20. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *Int J Stress Manag.* 2005;12(2):164-76.
21. 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 N Y N.* févr 2017;13(1):26-45.
22. Barbosa P, Raymond G, Zlotnick C, Wilk J, Toomey R, Mitchell J. Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Educ Health Abingdon Engl.* avr 2013;26(1):9-14.
23. Shapiro SL, Schwartz GE, Bonner G. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *J Behav Med.* 1 déc 1998;21(6):581-99.
24. Baillargeat M. Étude Noburnout: Évaluation de l'impact d'un programme en ligne et en autoformation de méditation pleine conscience de huit semaines sur le syndrome d'épuisement professionnel des étudiants en médecine de la quatrième à la sixième année, des internes de médecine et de chirurgie et des étudiants en maïeutique de l'Université de Poitiers : étude expérimentale, interventionnelle, randomisée, prospective, appariée, d'efficacité thérapeutique, sans insu, unicentrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2015.
25. Collard P, Avny N, Boniwell I. Teaching Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) to students: The effects of MBCT on the levels of Mindfulness and Subjective Well-Being. *Couns Psychol Q.* 1 déc 2008;21(4):323-36.
26. Erogul M, Singer G, McIntyre T, Stefanov DG. Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teach Learn Med.* 2014;26(4):350-6.
27. Corinne Isnard Bagnis. La pleine conscience au service de la relation de soin. De Boeck. 2017. (Carrefour des psychothérapies).
28. Antoine Lutz et al. Meditation and the neuroscience of consciousness. 2007;
29. Jon Kabat Zinn. Où tu vas, tu es. J'ai lu; 1994.
30. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci.* avr 2008;12(4):163-9.
31. Dr Jon Kabat-Zinn. Au coeur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet de MBSR, ou réduction du stress basée sur la mindfulness. De Boeck. 2009. (J'ai Lu).
32. Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal, Jon Kabat-Zinn. Méditer pour ne plus déprimer. La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux. Odile Jacob. 2007.
33. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol.* 2000;51:59-91.
34. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med.* août 2003;65(4):564-70.
35. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Pract.*

2004;11(3):230-41.

36. Lutz J, Herwig U, Opialla S, Hittmeyer A, Jäncke L, Rufer M, et al. Mindfulness and emotion regulation—an fMRI study. *Soc Cogn Affect Neurosci*. juin 2014;9(6):776-85.
37. Germer CK. L'autocompassion. Une méthode pour le libérer des pensées et des émotions qui nous font du mal. Ôdile Jacob. Paris; 2013.
38. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. mars 2014;174(3):357-68.
39. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. août 2013;33(6):763-71.
40. Chen KW, Berger CC, Manheimer E, Forde D, Magidson J, Dachman L, et al. Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety*. juill 2012;29(7):545-62.
41. Vøllestad J, Nielsen MB, Nielsen GH. Mindfulness- and acceptance-based interventions for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol*. sept 2012;51(3):239-60.
42. Hoge EA, Bui E, Marques L, Metcalf CA, Morris LK, Robinaugh DJ, et al. Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity. *J Clin Psychiatry*. 15 août 2013;74(08):786-92.
43. Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, et al. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Res*. 2018;262:328-32.
44. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J, Peterson LG, Fletcher KE, Pbert L, et al. Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. juill 1992;149(7):936-43.
45. Miller JJ, Fletcher K, Kabat-Zinn J. Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. mai 1995;17(3):192-200.
46. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 30 mai 2011;187(3):441-53.
47. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. avr 2010;78(2):169-83.
48. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*. 1 juin 2016;73(6):565-74.
49. Gong H, Ni C-X, Liu Y-Z, Zhang Y, Su W-J, Lian Y-J, et al. Mindfulness meditation for insomnia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*. 2016;89:1-6.
50. Larouche M, Côté G, Bélisle D, Lorrain D. Kind attention and non-judgment in mindfulness-based cognitive therapy applied to the treatment of insomnia: state of knowledge. *Pathol Biol (Paris)*. oct 2014;62(5):284-91.
51. Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med*. avr 2017;51(2):199-213.
52. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and

- meta-analysis. *JAMA Intern Med.* mars 2014;174(3):357-68.
53. Mendelson T, Eaton WW. Recent advances in the prevention of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 avr 2018;53(4):325-39.
54. Segal ZV, Williams J-M-G, Teasdale JD, Collectif, André C. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Une nouvelle approche pour prévenir la rechute. De Boeck. Bruxelles; 2006.
55. Segal ZV, Williams J-M-G, Teasdale JD, Collectif, André C. La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression : Prévenir la rechute. Bruxelles: De Boeck; 2016.
56. Bonhomme E. La méditation de pleine conscience: intérêts d'une pratique personnelle pour les professionnels de santé mentale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.
57. Berghmans C, Tarquinio C, Strub L. Méditation de pleine conscience et psychothérapie dans la prise en charge de la santé et de la maladie. *Santé Ment Au Qué.* 2010;35(1):49-83.
58. Ngô T-L. Revue des effets de la méditation de pleine conscience sur la santé mentale et physique et sur ses mécanismes d'action. ResearchGate [Internet]. [cité 27 févr 2019]; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/272759049_Revue_des_effets_de_la_meditation_de_pleine_conscience_sur_la_sante_mentale_et_physique_et_sur_ses_mecanismes_d'action
59. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Paul Frappé. Initiation à la recherche. 2011.
60. FOURNIE J.P. MAISONNEUVE H. Construire une enquête et un questionnaire. *Revue des étudiants en soin primaire et chercheurs à Toulouse.* e-repect. novembre 2012.
61. Carmody J, Baer RA. How long does a mindfulness-based stress reduction program need to be? A review of class contact hours and effect sizes for psychological distress. *J Clin Psychol.* juin 2009;65(6):627-38.
62. Feraudet L. Burn out des internes du CHU de Bordeaux ou la méréule psychologique des internes [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2009.
63. Kerrien M, Pougnet R, Garlantézec R, Pougnet L, Galudec ML, Loddé B, et al. Prévalences des troubles anxieux, de l'humeur et de la souffrance au travail des internes de médecine. /data/revues/07554982/v44i4sP1/S0755498214006435/ [Internet]. 23 avr 2015 [cité 30 janv 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/970625>
64. Haute Autorité de Santé publique (HAS). Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées. avr 2011; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_syntheses.pdf
65. Lehmann C. Les interventions non médicamenteuses dans la prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel en médecine générale: revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
66. Lieurade C, Phillips J. Connaissance des moyens de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel des internes en médecine générale: enquête chez les internes toulousains. [Toulouse, France]: Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2014.
67. Roger F, Escourrou E. Étude des suggestions des internes en médecine de Midi-Pyrénées afin de lutter contre la souffrance psychologique et l'apparition de symptômes d'épuisement professionnel. [France]; 2018.
68. Stonerock GL, Hoffman BM, Smith PJ, Blumenthal JA. Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Ann Behav Med Publ Soc Behav Med.* août 2015;49(4):542-56.
69. Code de la santé publique - Article R6153-2 [Internet]. Code de la santé publique.

Disponible sur:

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006918795>

70. Lavaud S. Méditation pour les étudiants en médecine : 3 questions au Dr Cloé Brami [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://francais.medscape.com/voirarticle/3604554>
71. Howells A, Ivtzan I, Eiroá-Orosa FJ. Putting the 'app' in Happiness: A Randomised Controlled Trial of a Smartphone-Based Mindfulness Intervention to Enhance Wellbeing. *J Happiness Stud.* 29 oct 2014;17:163-85.
72. Méditation en ligne Petit bambou. <https://www.petitbambou.com/>.
73. BUFFEL T. Gérer son stress? Initiation à la Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). Fascicule FMC-ActionN. Toulouse; 2015.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Les sept attitudes qui fondent la pleine conscience

Sept qualités sont à la base de la pratique de la pleine conscience et participent pleinement au fait de vivre sa vie « en conscience ». Il est suggéré de s'entraîner à développer ces attitudes en les gardant à l'esprit et en se concentrant sur chacune d'elle pendant une semaine, tout en s'efforçant de les mettre en pratique à chaque fois que l'occasion se présente, et elle se présente toujours !

En observant ainsi nos mécanismes, nous pouvons voir que ces attitudes sont interdépendantes et qu'en pratiquant une, nous les amplifions toutes car elles s'influencent mutuellement.

Ce type de pratiques informelles associées aux pratiques formelles permet de véritablement intégrer la pleine conscience dans notre quotidien et de canaliser nos énergies dans un processus de guérison et de croissance. En cultivant ces 7 attitudes ou qualités de la pleine conscience, nous cultivons notre jardin intérieur :

1. L'esprit du débutant :

Avoir toujours le regard neuf, sans a-priori, ni croyance ; voir les choses telles qu'elles sont avec curiosité, comme si c'était la 1^{ère} fois ; et même dans le cas d'expériences routinières, il est bon de se souvenir que chaque instant est neuf et unique. Redécouvrir à quel point l'ordinaire (auquel nous ne faisons plus attention) est extraordinaire. Cela signifie aussi, dans la pratique d'être libre des attentes basées sur nos expériences passées, de se libérer de ce que nous « savons déjà » et de notre « expertise ».

Vérifions si nous rencontrons les autres avec un regard neuf ou en fonction des projections de nos propres pensées sur ces personnes.

2. Le non-jugement :

C'est l'observation impartiale de nos expériences, c'est-à-dire la suspension de nos réactions immédiates, réflexes, qui s'effectuent sur la base de l'interprétation que nous avons de toute expérience (agréable, désagréable ou neutre).

Il s'agit aussi d'accueillir les pensées, sensations ou sentiments qui s'élèvent sans les qualifier de bons ou mauvais, exacts ou erronés, justes ou injustes, mais simplement d'en prendre note. Dans un premier temps, cela implique de voir notre propension à décrire, commenter ou juger chacune de nos expériences, que ce soit en pensées ou en paroles. Nous sommes donc invités à voir ce qui se passe si nous laissons l'expérience être ce qu'elle est, y compris nos propres jugements, sans qu'il soit nécessaire de les arrêter ou de « juger le jugement ». Tout cela fait partie de la pratique et demande de l'authenticité, de la bienveillance et de la persévérance.

3. Le non-effort :

Contrairement à la plupart de nos activités qui s'inscrivent dans un objectif, la méditation de la pleine conscience se déploie dans le « non-agir ». L'attention à ce qui est, sans saisie ni aversion aux changements, sans chercher non plus à changer quoi que ce soit ou à obtenir un résultat. Avec la patience et la pratique régulière, un mouvement naturel va prendre place

de lui-même, en direction de nos objectifs. Cela ne signifie pas de ne plus rien planifier, mais de rester ouvert et flexible et de sentir lorsque nous essayons de forcer les choses. En d'autres termes, le non-effort consiste à ne pas essayer de nous rendre ailleurs que là où nous sommes.

4. La confiance :

Confiance en son intuition, en sa propre autorité, en la capacité à pouvoir sentir ses limites. La confiance, soutenue par la méditation, permet de devenir encore plus soi-même et de prendre la responsabilité de ses propres ressentis sans en avoir peur. Plus nous allons cultiver la confiance en nous, plus il nous sera facile d'avoir confiance en l'autre, en la vie et en quelque chose de plus vaste que nous-même.

5. La patience :

C'est accepter que les choses se déroulent à leur propre rythme. Sortir de la résolution de problèmes. Accepter chaque instant dans sa plénitude. Nous sommes souvent comme l'enfant qui veut aider le papillon à sortir plus vite de la chrysalide... C'est aussi se traiter avec bienveillance, quelques que soient nos expériences, nos limites, nos jugements, nos résistances. Pourquoi chercher à se précipiter vers de « meilleurs moments », en passant à côté de l'instant présent, qui est celui où se trouve notre vie. La patience nous rappelle que nous n'avons pas à suivre les égarements de l'esprit, mais que nous pouvons être totalement ouverts à chaque moment, et que les choses se déploieront à leur propre rythme, tel le papillon.

La patience découle naturellement des qualités précédentes, le non-effort, l'acceptation et la confiance.

6. L'acceptation :

Accepter les choses telles qu'elles sont permet d'avoir une attitude appropriée à la situation et de poser un acte juste. Ça n'est pas une attitude passive de soumission et de résignation, mais au contraire une attitude dynamique, en lien avec nos valeurs. C'est l'étape préliminaire au processus de guérison, au développement de l'équanimité et à la compréhension profonde de la nature du changement. C'est aussi toute la différence entre agir et réagir.

7. Le lâcher prise :

Le lâcher prise ou le non-attachement consiste d'abord à repérer nos actions d'attraction et de rejet dans nos expériences intérieures. Observons nos tendances à saisir et à s'accrocher à certains aspects de notre vie, et les conséquences que cela entraîne. Il s'agit simplement de laisser être ce qui est présent. Le lâcher-prise ne nous est pas étranger, c'est ce que nous faisons chaque nuit en nous nous endormant et en laissant notre corps et notre esprit lâcher prise. Nous sommes donc déjà des experts en la matière, il suffit juste d'appliquer cette capacité à l'état de veille.

Cette attitude est souvent citée en dernier, car elle inclut toutes les autres.

Texte issu d'enseignements de Jon Kabat-Zinn (Au cœur de la tourmente

2. Annexe 2 : Auto- questionnaire de l'étude

Voici l'auto-questionnaire envoyé aux internes via Google Forms :

Intérêt des internes de médecine générale en Midi-Pyrénées pour la méditation de pleine conscience (ou mindfulness) dans la gestion du stress et des émotions, concernant une utilisation personnelle.

Partie I : Caractéristiques démographiques des répondeurs

1. **Etes-vous** * Un homme / Une femme
2. **Votre âge** * *Sélectionner*
3. **Année d'étude** * *Sélectionner*
4. **Exercez-vous actuellement** * *En ambulatoire / En milieu hospitalier*
5. **Faculté d'origine** * *Sélectionner*

Partie II : Connaissance et pratique de la MPC

1. **Connaissez-vous la méditation de pleine conscience (ou mindfulness) ?**
* *Oui / Non*
2. **Si oui, comment en avez-vous entendu parler ?** * *Réponse courte*
3. **Si oui, à quel moment de votre parcours en avez-vous entendu parler ?**
**Réponse courte*
4. **Pratiquez-vous ou avez-vous déjà pratiqué la mindfulness ?** * *Oui / Non*
5. **Si oui, à quelle fréquence**
6. **Si oui, dans quel cadre ?** * *Réponse courte*

Encart explicatif : La mindfulness

Réguler ses émotions et son stress s'apprend et se travaille... comme parler une langue étrangère ou jouer d'un instrument de musique ! On retrouve dans toutes les traditions religieuses ou spirituelles des formes de méditation. La méditation de pleine conscience (ou mindfulness) qui se développe aujourd'hui en Occident tire ses racines de la tradition bouddhiste. Jon Kabat-Zin, docteur en biologie moléculaire au MIT (Etats-Unis), a été l'un des acteurs essentiels à sa diffusion en créant dans les années 1970 un programme structuré de méditation totalement laïque, en 8 semaines, dédié à la gestion du stress. Depuis, des études de plus en plus nombreuses permettent de mettre en évidence les bienfaits de la pleine conscience dans des domaines variés (réduction du stress, de

l'anxiété, prévention des rechutes dépressives, amélioration de la qualité du sommeil, gestion de la douleur, etc...).

La méditation est comme une famille de méthodes d'entraînements de régulation attentionnelle et émotionnelle destinées à des fins variées, par exemple à la culture du bien-être et de l'équilibre émotionnel.

Dans la mindfulness, telle que conceptualisée par Jon Kabat Zin, le méditant porte attention de manière intentionnelle au moment présent, instant après instant, sans jugement (on ne décide pas si c'est bien ou mal, désirable ou non), sans filtre (on accepte ce qui vient), sans attente (on ne cherche pas quelque chose de précis), avec curiosité et ouverture d'esprit.

Partie III : Caractéristiques des répondeurs vis-à-vis du stress

- 1. Avez-vous une ou plusieurs activité(s) ou pratique(s) qui selon vous aiderai(ent) à réguler votre stress ? (art, sport, activité sociale, activité spirituelle, etc...) * *Oui / Non***
- 2. Si oui, laquelle ou lesquelles ? * *Réponse courte***
- 3. Si oui, à quelle fréquence ? * *Réponse courte***
- 4. Vous sentez-vous stressé, anxieux ou submergé par vos émotions dans votre vie (personnelle et/ou professionnelle) ? * *Sélectionner***
- 5. Estimez-vous que cela affecte votre vie quotidienne ? * *Oui / Non***

Partie IV : Désir de développer sa pratique de la MPC

- 1. Aimeriez-vous développer votre pratique de la mindfulness dans l'objectif d'améliorer votre gestion du stress et des émotions ? * *Oui / Non***
- 2. Si oui, selon quelles modalités aimeriez-vous développer cette pratique ? * *Sélectionner***
- 3. Si le DUMG proposait une formation, combien de temps seriez-vous prêt à y consacrer ? * *Sélectionner***
- 4. Si non, pourquoi ? * *Sélectionner***
- 5. Auriez-vous souhaité bénéficier de ce type de formation plus tôt dans votre cursus ? * *Oui / Non***
- 6. Si oui, à quel moment auriez-vous aimé en bénéficier ? * *Réponse courte***

Clôture du questionnaire et remerciements

- 1. Merci de vos réponses, si vous souhaitez être tenus au courant des résultats de l'enquête merci de renseigner votre adresse mail * *Réponse courte***

2. Pour aller plus loin, quelques exemples...

LIVRES :

- Christophe André, psychiatre français, explique les mécanismes de cette thérapie dans un ouvrage de vulgarisation et permet grâce à un CD d'en expérimenter la pratique : « Méditer jour après jour », édition L'Iconoclaste

- Jon Kabat Zinn : « Au cœur de la tourmente, la pleine conscience. Le manuel complet du MBSR, ou réduction du stress basé sur la mindfulness », édition J'ai lu.

- Corinne Isnard Bagnis, néphrologue à la Pitié salpêtrière, à l'origine d'un programme de méditation pour les patients et les soignants et d'un diplôme universitaire : « La pleine conscience au service de la relation de soin », édition DeBoeck

- Ouvrage de Mark Williams, John Teasdale, Zindel Segal, Jon Kabat-Zinn : « Méditer pour ne plus déprimer, La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux ». édition Odile Jacob

ASSOCIATION pour le développement de la Mindfulness, regroupant l'annuaire des thérapeutes et les dates auxquelles sont dispensés les programmes dans toute la France : <http://www.association-mindfulness.org>

MOOC proposé par l'université australienne Monash, en anglais : <https://www.futurelearn.com/courses/mindfulness-wellbeing-performance>

DIPLOME UNIVERSITAIRE proposé par l'université Paul Sabatier depuis la rentrée 2017 : « Méditation de Pleine Conscience et Relation de Soins Approche expérientielle, éthique et psychosociale », coordonné par le Pr Schmitt. Il en existe également à Paris VI, à Strasbourg, et d'autres encore...

Quelques articles :

- Shiralkar MT, Harris TB, Eddins-Folensbee FF, Coverdale JH.

A systematic review of stress-management programs for medical students. Acad Psychiatry J Am Assoc Dir Psychiatr Resid Train Assoc Acad Psychiatry. 1 mai 2013;37(3):158-64.

- 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 N Y N. févr 2017;13(1):26-45.

- Warnecke E, Quinn S, Ogden K, Towle N, Nelson MR.

A randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. Med Educ. avr 2011;45(4):381-8.

3. Annexe 3 : Maslach burnout inventory

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

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

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓						Chaque jour ↓	
	0	1	2	3	4	5	6	
01 - Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6	
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6	
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6	
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6	
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragailardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6	
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6	
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6	

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatiguant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.

Etat des lieux des connaissances et de l'intérêt des internes de médecine générale et médecins généralistes non thésés de Midi-Pyrénées concernant la méditation de pleine conscience en vue de son utilisation dans leur gestion du stress et des émotions.

Introduction : Les étudiants en médecine présentent des niveaux de stress, de dépression et d'épuisement professionnel élevés en comparaison à la population générale. La méditation de pleine conscience (MPC) a montré son intérêt dans la réduction du stress et la régulation émotionnelle. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'état des connaissances et l'intérêt des internes de médecine générale (IMG) et des médecins généralistes (MG) non thésés concernant la MPC, en vue de son utilisation dans leur gestion du stress et des émotions. L'objectif secondaire était de déterminer les modalités de formation éventuellement souhaitées par les étudiants interrogés, le cas échéant. **Méthode :** Six cent cinquante-neuf IMG et MG non thésés de Midi Pyrénées ont été invités à répondre à un auto-questionnaire en ligne, entre juillet et octobre 2018. **Résultats :** Cent vingt-cinq ont participé, soit un taux de réponse de 18,9%. Parmi eux, 58% connaissaient la MPC préalablement à l'étude et 82% souhaitaient découvrir ou approfondir cette pratique. Concernant les formations présentes, 21% souhaitaient que cette formation émane du département universitaire de médecine générale, 18% d'un organisme de formation médicale continue et 15% d'un organisme non médical. Les durées souhaitées étaient par ordre de préférence : 4 demi-journées, 1 demi-journée ou un programme MBSR complet (8 semaines). **Conclusion :** La mise en place d'une formation à la MPC est plébiscitée par les participants à l'étude. Ceux-ci seraient principalement attirés par une durée de 4 demi-journées. Les réponses ne permettent pas, en revanche, de dégager de préférence nette quant à la structure dont émanerait cette formation. Dans ce contexte, un séminaire de découverte et d'expérimentation de la MPC, co-organisé par le DUMG et l'association locale des internes, pourrait être envisagé.

General practice junior doctors' knowledge about mindfulness, and their potential interest for its applications in stress and emotions self regulation. A study in former Midi-Pyrénées region.

Introduction : Medical students have high levels of stress, depression and burnout compared to the general population. Mindfulness practice has shown its interest in stress reduction and emotional regulation. The main objective of this study was to evaluate the state of knowledge and interest of junior general practitioners' about mindfulness and their potential willingness to develop a practice to improve their stress and emotions self regulation abilities. The secondary objective was to determine the possible training modalities desired by the interviewees. **Methods :** Six hundred and fifty-nine junior general practitioners from the Midi-Pyrénées were invited to answer an online self- questionnaire between July and October 2018. **Results :** The answer rate was 18,9%. Among the participants, 58% already knew mindfulness, and 82% would like to discover or deepen a practice. Concerning face-to-face trainings, 21% would like this training to come from the university department of general medicine, 18% from a continuing medical training organisation and 15% from a non-medical organisation. The desired durations were in order of preference: 4 half-days, 1 half-day or a full MBSR program (8 weeks). **Conclusion :** The implementation of mindfulness training would be welcomed by study participants. They would be mainly attracted by a duration of 4 half-days. The answers do not allow us to identify a clear preference regarding the structure from which this training would emanate. In this context, a seminar to discover and experiment mindfulness, co-organized by the DUMG and the local association of interns, could be envisaged.

Directrice de thèse : Dr Laëtizia Gimenez, Co-directeur : Dr Damien Driot

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de médecine Rangueil – 133 Route de Narbonne – 31062 TOULOUSE cedex 04 - France