



Faculté de médecine de
Toulouse-Rangueil



Faculté de médecine de
Paris 7

DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS

Mémoire de fin de DIU

DEVELOPPER L'EMPATHIE POUR SOI

**La Pratique Attentionnelle Active© une clé
pour la Promotion de la Santé du soignant.**

Paris le 18 novembre 2016

Présenté par :

Docteur Patricia Pâme

27 août 1963

Bangui (Rép. Centre-Africaine)

Directeurs d'enseignements :

- Professeur Eric GALAM
Paris Diderot

- Professeur Jean-Marc SOULAT
Toulouse-Rangueil

- Docteur Jean-Jacques ORMIER

Année universitaire 2015-2016

TABLE DES MATIÈRES

1 – Introduction	page 3
2 – Méthode	page 5
2 – 1 Prolégomènes	page 5
2 – 2 Outils conceptuels	page 8
3 – Résultats	page 20
3 – 1 Une Médecin généraliste	page 20
3 – 2 Un chirurgien	page 21
3 – 3 La consultation « souffrance des soignants »	page 21
4 – Discussion	page 24
5 – Conclusion	page 26
6 – Bibliographie	page 27

1 - INTRODUCTION

Prendre soin de ses confrères en souffrance dans le quotidien de leur relation d'aide : la démarche pertinente est-elle individuelle ou collective ?

La lecture de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, 1986) nous donne un élément de réponse. Cette charte définit en effet, des territoires d'action qui relèvent autant de l'individu que du collectif. Elle a pour but de « *donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer* ». ¹

Lorsque l'on évoque la mise en place d'une démarche d'aide aux soignants en particulier médecins, nous sommes bien dans le cadre d'une action de promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa. L'un des axes de cette Charte vise au développement des aptitudes individuelles, dénommées aujourd'hui compétences psychosociales. L'une de ces compétences est : avoir conscience de soi – développer l'empathie pour les autres.

L'empathie est d'acceptation commune, la « *faculté de partager indirectement un sentiment avec une autre personne (...) dans ce cas il y a une distinction nette entre soi et l'autre, par opposition à la contagion émotionnelle* » ². Dès lors, parler d'empathie pour soi apparaît comme non sens, comme un concept présomptueux, voire prétentieux.

Il s'agit plutôt d'une ambition comme celle de la promotion de la santé, où la santé « *est perçue comme une ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques.* » ³

Deux autres définitions de la santé sont utiles et opérantes pour comprendre les possibilités offertes par une démarche de promotion de la santé à destination des médecins en souffrance :

- C. Dejours, psychiatre, psychanalyste spécialiste du travail pour qui « *la santé pour chaque femme et chaque homme, c'est avoir les moyens de tracer un cheminement personnel et original vers le bien-être physique, psychologique et social* » ⁴.
- J. Monnier et J-P. Deschamps, Professeurs de Santé Publique, pour lesquels « *la santé est la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir des rôles qu'elle entend*

¹ Organisation Mondiale de la Santé (1986), Ottawa

² Ricard M., Singer T., (2015). Vers une société altruiste, Allary Éditions, Paris.

³ Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, OMS, 1986

⁴ Cité in Marchand-Buttin F., intervention lors de la journée DIRPJJ Promotrice de santé bien être, Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Ile-de-France/Outremer, Paris, 2014

assumer d'une manière acceptable pour elle et pour le groupe dont elle fait partie »⁵.

La question fondamentale est de savoir si un programme élaboré pour un enjeu collectif et qui relève d'une démarche projet, peut être performant à l'échelle de l'individu et surtout utile dans l'accompagnement de médecins en souffrance.

Une des idées force d'un programme de promotion de la santé est le développement des compétences psychosociales de l'individu. Le perfectionnement et la reviviscence des compétences psychosociales du médecin en souffrance m'apparaissent comme les clés pour qu'il vive un mieux-être au quotidien.

Grâce aux travaux de neuroscientifiques, je poserai les bases neurobiologiques actuelles de l'empathie et la distinction entre différents concepts contigus comme la contagion émotionnelle et ferai le lien entre le registre émotionnel et le registre corporel. En m'appuyant sur les travaux d'autres chercheurs en neurosciences, Je développerai les relations existant entre la conscience et l'attention et évaluerai l'intérêt de conceptualiser mais surtout d'expérimenter l'attention comme une pratique et non pas comme une capacité cognitive, exclusive.

Enfin, je présenterai la Pratique Attentionnelle Active©⁶, pratique dont je me sers dans mon exercice auprès des confrères en souffrance qui me sont adressés *via* le réseau Pasteur Mutualité depuis près de 4 ans, et je présenterai un retour d'expériences de deux confrères qui ont découvert la Pratique attentionnelle Active©, et cernerai les limites de la méthode, en particulier en ce qui concerne la mesure d'impact.

Mais avant tout, je partagerai mon ressenti sur la violence consubstantielle aux études médicales et à la souffrance ontologique de « l'être-médecin ». Sans ce détour réflexif, il me paraît peu aisé de comprendre en quoi agir pour « créer un environnement favorable » et « développer des aptitudes individuelles » qui sont les axes II et IV de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé fait sens et tient une place cardinale dans l'appui aux médecins en devenir et aux médecins en souffrance dans le quotidien de leur exercice.

⁵Monnier J., Deschamps J-P in santé Publique, santé de la communauté, Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Gouvernement du Québec, 1989

⁶ Méthode développée par la société atlans – José Lara Rosales

2 - MÉTHODE

2.1 - Prolégomènes

Devenir médecin : quelle idée !

Tout d'abord, définissons ce que nous entendons ici par souffrance : sensation désagréable perçue à un moment donné, indépendamment de son intensité. Cette définition est simple et opérationnelle. Elle permet de comprendre que la souffrance est ancrée dans le corps, parfaitement perceptible et dès lors, accessible à notre conscience.

Tout être humain éprouve la souffrance telle que définie ci-dessus. Le soignant médecin est tout autant concerné. En plus, d'études longues et physiquement éreintantes : les heures passées à acquérir des connaissances intellectuelles sans bouger ; la noria des journées de stages et de cours qui se succèdent sans repos compensateurs ; une confrontation sans préparation et sans ménagement à la réalité de corps meurtris. Toutes ces situations qui se répètent avec régularité produisent des contraintes émotionnelles, intellectuelles et physiques.

Sur un jeune homme, une jeune femme de moins de vingt ans, ces contraintes agissent comme des coups de bouloir sournois, et laissent une trace corporelle et émotionnelle immédiates. « *Le « devenir médecin » est certes une chance méritée, mais c'est aussi un parcours quasi initiatique et toujours plus ou moins violent* »⁷. C'est le « hidden curriculum », un enseignement caché relatif à « *ce que les étudiants retirent de leur expérience pratique, par observations de leurs pairs, seniors, ou du fonctionnement du système de soin dans lequel ils évoluent* » comme le précise E. Teurnier.⁸

Se destiner à soigner porte donc en soi les germes d'une souffrance qui reste co-présente dans chaque acte que nous posons, chaque décision que nous prenons tout au long de notre vie de médecin. En nous engageant dans ces études, nous avons une image idéale de la profession et une foi sans limites en nos capacités. Obtenir la victoire sur la maladie, repousser les frontières de la mort, autant d'objectifs idéaux et en soi pathétiques dans leur démesure naïve.

Comme l'écrit si bien C.-E. Notredame : « *Étudier la médecine, c'est, donc à travers des stages hospitaliers, faire l'expérience d'épreuves fondamentales et profondément déstabilisantes. C'est appréhender la violence essentielle et inévitable d'une relation brutale à la vie (...) La singularité du colloque étudiant-patient catalyse donc les doutes existentiels que fait naître la rencontre chez l'étudiant. Le malade (...) incarne enfin l'aveu d'impuissance d'une médecine que l'on pensait omnipotente, engage au deuil du médecin absolu que l'on rêvait de devenir. Consciemment ou non, le stagiaire investit*

⁷ « Comment soigner le burn out des internes ? Nos questions au Pr. E. Galam francais.medscape.com/voirarticle/3602014_print

⁸ Teurnier E., Médecine, 2015 ; 11(9) : 407-409.

*cette relation atypique en en faisant le support d'une interrogation identitaire et métaphysique qui le confronte à la condition de malade en même temps qu'à sa propre condition. Mais, précisément parce qu'elle n'est ni reconnue ni assumée comme telle, cette initiation se fait dans l'insécurité d'une étape trop peu préparée ou accompagnée. Là où elle devrait fonder l'étudiant en tant que soignant, elle laisse une trace confuse et confondante ».*⁹

Nous sommes utopistes, nous le sentons bien tout au fond de nous mêmes. Mais, nous apprenons par imitation, nous reproduisons les rôles que nous voyons nos maîtres jouer par peur de ne pas être à la hauteur des attentes, par peur de ne pas être reconnu comme un membre de cette communauté. La distance entre notre représentation du travail de médecin et la réalité de notre exercice est vertigineuse. Nous découvrons, peu à peu, la solitude du métier de médecin, mais faisons mine de l'ignorer, la compensant avec des palliatifs auxquels nous nous accrochons : attributs de la profession - blouse, stéthoscope ou comportement « surplombant » du médecin, ou avec des palliatifs de toute autre nature.

Être médecin : quel travail !

Exercer la médecine est un travail. Pour C. Dejours, le travail c'est « le travailler », à savoir un « *certain mode d'engagement de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes matérielles et sociales* »¹⁰. Le travail de médecin comme tout travail, est soumis à des occurrences non maîtrisables – situations d'urgence, pannes du matériel, actions de collègues, intervention des tutelles, intrusion d'internet dans la relation soignant-soigné, interruption de la tâche en cours par le téléphone ou autre, etc.

C. Dejours l'énonce : « *il n'existe pas de travail d'exécution (...) De fait existe toujours un décalage entre le prescrit et la réalité concrète de la situation. Travailler c'est combler l'écart entre le prescrit et le réel (...) Le chemin à parcourir entre le prescrit et le réel doit être à chaque fois inventé ou découvert par le sujet qui travaille (...) Ainsi, le travail se définit-il comme ce qu'il (le sujet) doit ajouter de soi même pour faire face à ce qui ne fonctionne pas lorsqu'il s'en tient scrupuleusement à l'exécution des prescriptions* ». ¹¹ Il est donc question ici du réel du travail dans sa dimension affective. Le soignant se confronte à l'échec, l'impuissance, le désarroi et découvre que toute la connaissance qu'il a acquise ne lui suffit pas pour vivre le quotidien de son travail.

En évoquant la vanité de notre entreprise, le propos n'est pas d'accabler mais de reconnaître le caractère ontologique de la souffrance du médecin.

⁹ C.-E. Notredame, *Éthique et santé*, 2013 (10), 144-148

¹⁰ Dejours C., *Subjectivité, travail et action*, exposé Mai 2001, Paris

¹¹ Id

L'état de tension physique et psychique dû à la nécessité d'être toujours ultra vigilant pour ne pas commettre une erreur, sont des déterminants¹² de la santé des soignants. Or, beaucoup d'entre nous s'efforcent de fuir le mal-être quotidien en se réfugiant dans une culture insulaire¹³, faussement auto protectrice car elle nous sépare de nous-mêmes et de nos pairs. « *Nié dans son individualité, il (l'étudiant) ne se sent pas fondé à témoigner de son vécu. Par conséquent, faute de le savoir partagé par ses pairs, l'étudiant sera susceptible de vivre la violence de l'impact de l'expérience soignante comme signe de sa marginalité* ». ¹⁴

Prendre conscience de ce mal-être est le premier pas vers le dépassement de la souffrance (conscientisation). C'est ce qu'énonce C.-E. Notredame lorsqu'il évoque le travail personnel « *de réflexion et de conscientisation* »¹⁵ qu'il a effectué et qui lui a permis d'accéder à sa dimension de soignant.

Parlant de conscientisation, je me réfère aux écrits de Paolo Freire, pédagogue brésilien, connu pour sa « pédagogie des opprimés », où l'éducation est conçue comme une révolution permettant de sortir du joug de l'oppression, où l'éducation est une « *pratique de la liberté (...) un acte de connaissance, une approche critique de la réalité (...) car, au fur et à mesure qu'une méthode active aide l'homme à prendre conscience de sa problématique, de sa condition de personne, donc de sujet, il acquerra les instruments qui lui permettront des choix* ». ¹⁶

C'est bien l'enjeu d'une approche de Promotion de la Santé à destination des soignants, dans un versant « Éducation à la santé » du soignant où la finalité est de passer d'une « éducation domination » vécue, subie voire assumée, à une « éducation libération » qui permet d'accéder à une « *conscience claire de sa situation objective* », d'accéder à une « *conscience libérée* ». ¹⁷

Dans le cas d'un soignant souffrant, le déni initial de la situation est un invariant, de même que le jugement, la critique de soi, sorte d'auto dégradation au sens militaire du terme. C'est à dire qu'il se destitue lui-même de son grade, de ses insignes, de sa dignité car il a failli à la discipline qui impose de taire ses émotions, de continuer à fonctionner envers et contre tout, d'être admirable puisqu'il a une profession admirable, de s'effacer dans la relation, en un mot d'être parfait.

¹² « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus et des populations ». Glossaire de la promotion de la santé, OMS (1999). Genève

¹³ E. Galam, Devenir médecin : le curriculum implicite, support de cours, DIU « soigner les soignants », déc. 2015, Paris

¹⁴ C. E. Notredame, op. cité

¹⁵ C. - E. Notredame, op. cité

¹⁶ P. Freire, L'Éducation : pratique de la liberté, cité in P. Freire, Pédagogie des opprimés, Petite Collection Maspero, Paris, 1980

¹⁷ id

Le modèle dominant est totalement intégré et le médecin souffrant devient son propre oppresseur, comme semble le justifier le serment d'Hippocrate : « *que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.* » Dès lors, les risques psychosociaux, sont les compagnons de route obligés de tout médecin en exercice ; le risque étant intrinsèque au métier de médecin dans ce que Perino nomme la « trilogie idéale » : faire un diagnostic, traiter et soigner.¹⁸ La souffrance du soignant médecin est une occurrence qui résulte de l'alchimie néfaste qui s'opère entre un environnement de travail sous tension, exigeant et un être humain avec les caractéristiques qui lui sont propres.

Comme le propose C. Dejours, « *La souffrance est aussi un point de départ (...) La souffrance en tant qu'elle est affectivité absolue, est l'origine de cette intelligence qui part à la recherche du monde pour s'éprouver soi même, pour se transformer, pour s'accroître elle même* »¹⁹. Reprenant Paolo Freire, l'éducation, étymologiquement « guider hors de », prépare l'Homme « à être artisan de sa culture, la sienne et celle de sa société, en un mot, à entrer dans l'histoire en acteur et non en spectateur ».

Le médecin souffrant, comme tout souffrant, subit plus qu'il n'agit. L'ambition du médecin soignant de médecin que je suis, est donc de proposer des paradigmes, méthodes et outils qui permettent au médecin souffrant de trouver en lui les éléments qui l'aident à concourir à la maîtrise de sa propre santé, et « *davantage de moyens de l'améliorer* ».²⁰

Pour étayer mon propos, il me faut aborder maintenant, le cadre de la promotion de la santé, les concepts de compétences psychosociales, la question de la conscience, conscience de soi, et de l'empathie.

2.2 - Outils conceptuels

Les outils que je vais présenter me servent au quotidien dans l'exercice de ma pratique tant avec les patients non soignants qu'avec les médecins qui me sont adressés par la responsable du pôle social du Groupe Pasteur Mutualité²¹ depuis la mise en place en 2012, d'un réseau de médecins consultants pour le repérage de situations à risque de burn out (ou de toute autre souffrance psycho-émotionnelle), à destination des confrères.

¹⁸ Perino L., À quoi sert vraiment un médecin ?, collection Dites-nous, Armand Colin, Paris, 2011

¹⁹ Dejours C., Subjectivité, travail et action, exposé Mai 2001

²⁰ Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, OMS, 1986

²¹ Madame Martine Pacault-Cochet

La Promotion de la Santé

Le premier de ces outils est la Promotion de la Santé. Plus qu'un concept, une ligne politique, dans le sens où elle réfère à la structure et au fonctionnement d'une société, d'une communauté, d'un groupe social. Son texte fondateur (Charte d'Ottawa) énonce cinq territoires d'actions :

- I. Elaboration de politiques pour la santé
- II. Création d'environnements favorables
- III. Renforcement de l'action communautaire
- IV. Acquisitions d'aptitudes individuelles
- V. Réorientation des services de santé

Les axes II et IV sont, à mon sens, des axes fondamentaux et de puissants leviers en ce qui concerne la souffrance et la santé du soignant médecin. En effet, l'axe II sous tend une approche socio-écologique de la santé. *«La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables»²²*. Cela rejoint donc de fait la notion de qualité de vie au travail voire d'Entreprise en Santé comme le propose le Bureau National du Québec, dans sa norme²³ qui a trait tant au maintien qu'à l'amélioration durable de la santé des personnes et demande à ce que soit *«intégrée la valeur de la santé des personnes dans les processus de gestion de l'entreprise»* et spécifie *«qu'il est maintenant reconnu que l'équilibre physique et psychologique du personnel influence considérablement sa productivité au travail (...) La norme sert de cadre de référence à un programme volontaire qui intègre les efforts des entreprises et de leur personnel pour rendre l'environnement de travail plus favorable à la santé»*.

Si la norme « Entreprise en santé » est compréhensible pour les médecins salariés, elle s'applique aussi pour le médecin libéral qui est une entreprise en soi, son propre personnel, et son propre outil de travail. Ce point a été démontré au travers des différents audits proposés tout au long du présent DIU « soigner les soignants ». Avoir en coprésence cette notion d'entreprise en santé est une clé, car il y a nécessité d'un engagement ferme et clair vis à vis de soi, non pas sur le versant moral de l'engagement, mais plutôt sur le versant « motricité » du terme, à savoir, agir avec son corps pour son propre bien être, pour sa santé durable.

Le comportement bénéfique à la santé du soignant comme tout comportement ne peut pas être compris hors du contexte dans lequel il advient, de l'environnement dans lequel il surgit. Or, son propre corps est celui qui produit, subit et enregistre les manifestations du stress. Le stress est selon l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail *« un état qui survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'a une personne des contraintes que lui imposent son environnement et la perception*

²² Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, OMS, 1986

²³ Bureau national du Québec, prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail, BNQ 9700-800/2008, BNQ, Québec, 2008

qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face »²⁴. Le stress, selon Lazarus, apparaît également « *quand une situation a été évaluée par une personne impliquée et que celle-ci excède, selon elle, ses ressources adaptatives* ». ²⁵

L'enjeu est donc de proposer au soignant un outil conceptuel et opérant lui permettant d'augmenter ses ressources adaptatives. C'est ici qu'il est utile de reprendre quelques éléments de psycho-dynamique du travail, approche interdisciplinaire théorisée par C. Dejours, dont l'objet est « *l'analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail (...) et qui s'intéresse à l'organisation du travail comme source de plaisir et de souffrance et comme lieu d'émergence de stratégies défensives permettant aux individus de transiger avec les exigences de leur situation de travail afin de demeurer en santé* »²⁶.

Le stress comme défini ci-dessus et la souffrance entendue comme sensation désagréable perçue à un moment donné « t », entrent dans ce champ théorique et pratique et sont indissociables de « l'être médecin », indissociables du soignant au travail, et totalement incarnés : « *travailler passe d'abord par l'expérience affective de la souffrance, du pathique. Pas de souffrance sans un corps pour l'éprouver* ». ²⁷

Mais le corps est aussi l'outil de notre bien être, medium par lequel se développe une intelligence et une habileté au travail, lorsque le travailleur arrive à développer une connaissance intime de « sa machine » pour éviter panne et accident. Or, quel est l'outil principal et le plus puissant de « l'être médecin », avec quoi agit-il ? Son corps tout entier, ses sens externes et internes mobilisés et engagés dans la relation au patient, au « soigné ».

Développer l'intelligence du corps pour l'être médecin, encore plus en situation de souffrance « manifeste », acquérir une sensibilité à soi, à sa corporéité, comme machine-outil de sa pratique du quotidien, c'est le pari associé aux compétences psychosociales, ces aptitudes individuelles que tout un chacun peut enrichir tout au long de sa vie. Il s'agit donc de se déployer pour développer une habileté vis à vis de soi, devenir l'artisan de son propre bien être.

²⁴ Accord Européen du 08/10/2004, cité in SRM Consulting© Livre Blanc du Stress au Travail – Comment l'appréhender ? Comment le mesurer ?

²⁵ id

²⁶ Alderson M., (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. Santé mentale au Québec, Vol.29, numéro 1, 243-260

²⁷ Dejours C., in op. cité

Rappelons que dans l'étude de Truchot sur la corrélation entre orientation de carrière des médecins libéraux français et les trois dimensions du MBI, les « artisans » semblent protégés du burn out.²⁸

Les compétences psychosociales

La Charte d'Ottawa, définit des territoires d'actions pour promouvoir la santé, à l'échelle du collectif. Néanmoins, dans un de ses axes, il est clairement question de l'échelon de la personne quand il s'agit d'acquérir des aptitudes individuelles, dites « aptitudes indispensables à la vie », qui ont évolué pour arriver à la notion de compétences psychosociales.

« Les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens le plus large ; en termes de bien-être physique, mental et social. Plus particulièrement quand les problèmes de santé sont liés à un comportement et quand le comportement est lié à l'incapacité à répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale pourrait être un élément important dans la promotion de la santé et du bien-être, puisque les comportements sont de plus en plus impliqués dans l'origine des problèmes de santé ». Ces compétences étaient initialement subdivisées en 5 paires :

- Savoir résoudre des problèmes – savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée créative – avoir une pensée critique
- Savoir communiquer efficacement - être habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi – avoir de l'empathie pour les autres
- Savoir réguler ses émotions- savoir gérer son stress

La classification s'est ensuite affinée et étoffée pour arriver à trois catégories :

- Les compétences sociales ou interpersonnelles ou de communication
- Les compétences cognitives
- Les compétences émotionnelles ou d'autorégulation

Pour mémoire, une compétence est la conjonction et la mobilisation, dans un contexte spécifique, dans une situation définie, de savoirs (connaissances), de savoir-faire (capacités à) et de savoir-être (attitudes). L'empathie fait partie des compétences sociales, la gestion du stress aux compétences émotionnelles.

²⁸ Soulard A. (2010-2011). Le burn out chez les médecins généralistes libéraux français. Mémoire pour le Master Professionnel d'Ergonomie non publié, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Les compétences psychosociales sont reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être. Agir pour les développer est donc un axe pertinent d'une action en faveur de l'être médecin en souffrance afin de renforcer le sentiment de bien-être, de mettre en place les éléments d'une sécurité émotionnelle.

Il est maintenant nécessaire d'explicitier au vu des données actuelles, les notions d'empathie, de conscience de soi et les notions qui y sont corrélées, comme l'attention.

Empathie – Conscience – Conscience de soi – Attention

Il est aujourd'hui admis qu'il existe un lien très étroit entre le corps, les émotions et la santé. De même, plus personne ne met en doute, la corrélation entre l'état émotionnel, le niveau de stress et l'état de la tonicité musculaire, les expressions populaires l'attestent. Le bien-être mental retentit sur la santé physique comme le démontre plusieurs ouvrages²⁹ et il apparaît nécessaire en tant que soignant de prendre soin de soi pour bien et mieux soigner les patients.

Empathie et états corollaires : de quoi parle-t-on ?

L'empathie n'est pas la contagion émotionnelle puisqu'il n'y pas de distinction entre « soi » et « l'autre », un peu comme si on ignorait que l'émotion que l'on perçoit chez quelqu'un et que l'on partage provient de cette personne et pas de soi. L'empathie est « la faculté de partager indirectement un sentiment avec une autre personne (...) Dans ce cas, il y a une distinction nette entre soi et autrui ». ³⁰ L'empathie c'est plus précisément un « trait de personnalité caractérisé par la capacité de ressentir une émotion appropriée en réponse à celle exprimée par autrui, d'effectuer une distinction entre soi et autrui (c'est-à-dire être conscient de la source de l'émotion et pouvoir décoder l'émotion d'autrui) et de réguler ses propres réponses émotionnelles ». ³¹

²⁹ Dont le très riche et passionnant ouvrage du Dr. Rapoport-Hubschman N (2012). *Apprivoiser l'esprit, guérir le corps*, Odile Jacob, Paris.

³⁰ Singer T., (2015),. *L'empathie et e cortex insulaire*. In *Vers une société altruiste* (coordonné par M Ricard et T. Singer) pp 43-64. Allary Éditions, Paris

³¹ www.leblogdesrapportshumains.fr (relations aux autres et à soi, coaching)

De la pertinence de développer l'empathie pour soi

C'est T. Singer³² qui apporte la réponse, en rapportant les résultats d'expériences sur l'empathie : « les gens qui ne comprennent pas leurs émotions et leurs propres états d'esprit (...) montrent un manque d'activation des régions cérébrales liées à l'empathie.³³ Afin de témoigner de l'empathie envers l'autre, il nous faut d'abord comprendre nos propres émotions et nos états corporels. Un entraînement au développement de l'empathie devrait commencer par l'apprentissage de la reconnaissance et de la compréhension des états émotionnels et corporels. »

Un de ses collègues, R. Davidson³⁴, dans sa contribution « Les bases neuronales de la compassion »³⁵ indique que « Selon les neurosciences modernes (...) on considère l'empathie et la compassion comme le produit de capacités que l'on peut développer par l'entraînement de l'esprit. Cet entraînement induit ce que nous appelons des *changements plastiques* aussi bien dans le cerveau que dans le corps ».

Pour D. Goleman³⁶, l'empathie est sous tendue par la conscience de soi et, plus la « sensibilité » à nos émotions est grande en termes de perception sensorielle, plus nous sommes en mesure de déchiffrer celles des autres et donc d'éprouver de l'empathie pour autrui. Cette « sensibilité » intéroceptive, c'est l'intelligence du corps au travail dont parle C. Dejours, qui permet qu'une intimité avec la « machine » se développe, que l'ouvrier, l'artisan devienne « habile » avec cette machine. « L'ouvrier habile ne se concentre pas seulement sur l'objet à usiner, il pense constamment à la machine, pour qu'elle ne casse pas. »³⁷ La machine-outil du médecin, c'est lui même, ce corps qu'il habite³⁸, ce « corps qui s'éprouve affectivement, le corps qui est engagé aussi dans la relation à l'autre ».

Trouver des outils qui permettent de développer cette habileté envers soi, c'est développer ses compétences psychosociales pour vivre un bien-être en toutes situations.

Conscience de Soi et Attention

Pour S. Dehaene³⁹, la conscience est un mot porteur de confusion car polysémique, dépendant du point de vue de celui qui l'énonce. Il préfère aborder les facettes de la conscience par le biais d'un concept pouvant faire l'objet d'expériences précises en psychologie cognitive, celui « d'accès à la

³² in op. cité

³³ Le cortex insulaire

³⁴ Professeur de psychologie et de psychiatrie, chercheur sur en neurosciences

³⁵ In Ricard M, Singer T. op. cité

³⁶ Un des « pères » de l'Intelligence Émotionnelle

³⁷ Dejours C., Subjectivité, travail et action, exposé Mai 2001, Paris

³⁸ Id

³⁹ Professeur au Collège de France, titulaire de la chaire de psychologie cognitive et expérimentale, spécialiste mondialement reconnu de l'étude de la conscience

conscience ». Qu'est ce qui fait que, alors que le cerveau est bombardé de stimulations sensorielles de façon perpétuelle, seules certaines d'entre elles, une fraction limitée, nous devient accessible ? Comment une sensation préconsciente devient une information consciente, « disponible à l'ensemble de nos facultés intellectuelles ».⁴⁰

Quel est le lien entre accès à la conscience et l'attention ? L'attention est « un processus ou un état mental qui va permettre de faire le tri (fonction de sélection) dans la multitude d'informations qui nous entourent, que ces informations soient externes ou internes (...) L'objectif de l'attention est d'augmenter l'efficacité de certains processus cognitifs. C'est une orientation mentale élective comportant un accroissement d'efficacité dans un certain mode d'activité, avec inhibition des activités concurrentes ».⁴¹

Du point de vue du neurobiologiste, l'attention « est un processus de sélection, d'activation et de facilitation de certains réseaux de neurones aux dépens des autres »⁴². Par cette fonction de filtre de certaines informations aux dépens d'autres, l'attention « contrôle la voie d'accès à la conscience »⁴³.

Qu'en est-il alors de la conscience de soi ? La conscience de soi, selon certains auteurs à l'origine de la théorie de l'Intelligence émotionnelle, serait une forme « d'attention « objective » à ses états intérieurs », alors que pour Dehaene, conscience de soi ou conscience d'un son, d'une couleur ne sont qu'une modalité d'accès à la conscience d'informations relatives à mon « moi ». Toutefois, le point fondamental est la question de ce « moi » qui serait en capacité de s'observer lui même, de réfléchir à ses propres états mentaux (métacognition), qui serait donc neutre et attentif, tout en maintenant une distanciation par rapport à l'expérience qu'il est en train de vivre.

Comment ces concepts sont ils à l'œuvre dans la Pratique Attentionnelle Active©, et avec quels effets ?

Qu'est-ce que la Pratique Attentionnelle Active© ?

La Pratique Attentionnelle Active©⁴⁴ est « une praxis, au sens où c'est une action (...) sous tendue par une idée – nous avons chacun la capacité d'agir pour notre propre bien-être, sans égocentrisme ni nombrilisme, mais dans une vision systémique, en interrelation avec les

⁴⁰ Dehaene S. (2014). Le code de la conscience, Odile Jacob, Paris.

⁴¹ Léger L., (2016). L'attention. Dunod, Paris.

⁴² Lachaux, J-Ph. (2015). Le cerveau funambule -comprendre et apprivoiser son attention grâce aux neurosciences . Odile Jacob, Paris

⁴³ Dehaene S., op.cité

⁴⁴ Par commodité, et pour ne pas alourdir le texte déjà dense, j'utiliserai dorénavant l'acronyme PAA pour désigner la Pratique Attentionnelle Active©

autres -, dans l'objectif d'un résultat concret – se sentir bien. »⁴⁵ **La PAA est une pratique avec soi, et non une pratique sur soi.**

C'est une méthode d'entraînement de l'attention qui utilise la fonction de sélection de l'attention (attention focalisée) pour développer une « attention perceptive » qui s'appuie non seulement sur les sens physiques – « sensoriels », mais aussi sur nos images mentales, nos discours intérieurs, nos émotions. Elle permet d'apprendre à reconnaître comment un événement soudain qui advient et provoque une distraction par rapport à ce que l'on est en train de faire - notre intention du moment, peut se prolonger en une succession de réactions motrices, émotionnelles et cognitives qui peuvent durer plusieurs secondes, voire plusieurs minutes dans un phénomène appelé la « captivation »⁴⁶. La distraction prend alors, littéralement le contrôle de notre corps puisque à chaque perception est associé une action⁴⁷ qui a une traduction corporelle immédiate par la modification des tensions musculaires due à la vibration des neurones pré-moteurs puis moteurs dans le cycle qui associe perception et action⁴⁸.

La PAA vise, *in fine*, à accéder à une attention globale, appelée autrement « présence attentive » ou « attention au présent » qui permet de percevoir ses pensées, sensations, émotions tout en restant parfaitement ancré dans le réel de ce que l'on est en train de faire, de vivre. Il s'agit d'un geste d'auto-observation qui développe une meilleure connaissance de la machine qu'est notre corps, une meilleure connaissance de soi en permettant d'apprendre à reconnaître à la fois, ce qui embarque notre attention comme l'influence de nos habitudes, de nos rituels, et aussi la compétition qui règne entre ces forces et ce que l'on a à faire au moment présent.

Pour celui qui s'y entraîne, la PAA donne l'accès conscient à une multitude d'informations sur sa propre dynamique interne - cognitive, émotionnelle et sensorielle. Cette information devenue consciente est disponible pour toutes les opérations mentales puisque stockée dans la mémoire et mobilisable à tous moments selon nos occupations et plan d'action du moment.

La PAA s'enracine dans le corps. Il ne s'agit pas d'une introspection, « d'un auto-centrage égoïste⁴⁹ » mais bien d'être connecté avec soi même. Elle s'appuie sur une détente physique car il ne s'agit pas de se concentrer sur ce que l'on ressent mais au contraire de « libérer » l'attention pour faciliter l'accès à la conscience des stimulations externes et internes.

⁴⁵ Pâme P. (2016) Préface « Agir sur la façon dont on vit ». In *La boîte à outils de la Pleine conscience au travail* (coordonné par Labouesse S et Van Laethem N), p4. Dunod, Paris.

⁴⁶ Néologisme crée par le chercheur en neurosciences Jean-Philippe Lachaux pour qualifier ce que d'autres auteurs associent aux pensées parasites. Il y inclut, non seulement des éléments cognitifs mais également moteurs et émotionnels.

⁴⁷ Lachaux J-P. (2015). *Le cerveau funambule comprendre et apprivoiser son attention grâce aux neurosciences*. Odile Jacob, Paris.

⁴⁸ Pour les neurosciences, une action peut être aussi bien physique que mentale

⁴⁹ in Lachaux J-P., op.cité

La première étape du soin au soignant c'est de lui permettre d'apprendre à se détendre physiquement puisque la réponse physiologique antagoniste au stress est la réponse relaxation. Dans une optique de promotion de la santé où il est question d'agir sur les déterminants de sa santé, une éducation à la relaxation et la pratique régulière de celle-ci, comme style de vie, sont des déterminants de la santé.

L'apprentissage d'exercices permettant d'expérimenter un relâchement musculaire intentionnel fait systématiquement partie de tout programme de PAA. Il s'agit de relax musculaire externe, interne, ou encore d'exercices dit de « tension/distension » et de « psychophysique » pendant lesquels l'attention va être orientée intentionnellement sur une partie du corps ou sur un objet externe visuel – une couleur, auditif – un son, une sensation de « toucher » - le vent sur le visage, etc. Il s'agit de mettre en œuvre ce que J. - Ph. Lachaux nomme le « trépied de l'attention » dans un programme attentionnel :

- l'attention perceptive : connecter son attention vers une perception sensorielle physique, dans un premier temps
- l'attention motrice : attention portée sur un geste, un mode d'action (les mouvements faits)
- l'intention : ce que je veux vivre, faire, dans le cas de la PAA, être bien, être présent à moi-même. Le fait d'avoir cette intention dont la visualisation est furtive, mobilise des structures cérébrales qui guident l'action.

La deuxième étape consiste en un recentrage. La distraction qui est une capture de l'attention, nous attire hors de notre centre d'action, de notre intention d'action. Elle est perceptible physiquement. La PAA affine la capacité à percevoir, ressentir, éprouver la sensation de la distraction. Elle permet d'abaisser le seuil de détection de la capture de l'attention pour agir avant le phénomène de « captivation ».

La distraction se traduit pas la mise en tension de certains muscles du fait de l'action de neurones qui convertissent les stimulations reçues par les organes des sens en commandes motrices qui sont transmises au cortex moteur ou aux muscles ; « ce puissant système assure un *couplage* constant entre notre corps et notre environnement immédiat »⁵⁰. L'objet est d'apprendre à reconnaître et ressentir ce couplage en s'appuyant notamment sur le regard car nos yeux sont en perpétuel mouvement, donc vont capter en permanence des signaux de l'environnement qu'ils soient externes ou internes.

Observez comment lorsque un bruit surgit, nous tournons le regard vers la source sonore supposée, lorsque nous sentons une piqûre sur la peau ou un souffle agréable, nous regardons immédiatement la zone touchée, quand nous ressentons une tension interne nous regardons la zone sensible ou douloureuse. Le regard est un toucher. L'attention capturée se

⁵⁰ Lachaux J-Ph., op. cité

traduit par un mouvement du regard qui concomitamment induit un mouvement de l'ensemble. La PAA permet d'observer et de sentir physiquement cette succession de mouvements, de relâcher les tensions musculaires associées et ainsi, de réorienter l'attention vers l'action présente et intentionnelle.

Plus cette perception physique du décentrage induit par la capture de l'attention s'affine, plus on perçoit les prémisses de l'action que l'on va poser. Cette séquence est extrêmement rapide, néanmoins, il existe un temps entre l'activation des neurones pré-moteurs et l'intervention des neurones moteurs. C'est à ce moment qu'il est possible de ne pas se laisser embarqué et de poser un acte simple : détendre les muscles en action, et seulement ceux-là.

Comment ? En ne refusant pas cette sensation parfois inconfortable, voire douloureuse quand la capture de l'attention est liée à une sensation douloureuse (muscle à la limite de la tétanie), une remarque perçue comme désagréable, agressive, ou est liée à une image mentale qui s'impose, comme dans le cas d'une erreur qui a ou aurait été commise, mais en reconnaissant, en ressentant la tension musculaire associée et en la relâchant immédiatement, voire en l'observant⁵¹.

La PAA et les émotions

Une des compétences psychosociales est la gestion du stress - la gestion des émotions. La PAA permet, selon la terminologie de S. Dehaene, l'accès à la conscience d'un certain nombre de données préconscientes dont l'état émotionnel dans lequel se trouve une personne.

Vous me direz qu'il n'est pas besoin de s'entraîner à développer une présence attentive, une attention au présent, pour ressentir ses émotions. En effet, mais ce dont il est question, c'est de voir ses émotions sans être « possédé » par elles ; c'est de se rendre compte que l'on n'Est pas l'Émotion.

La PAA permet par l'auto-observation, de ressentir en y portant son attention, le lien entre émotion ressentie et posture physique, à l'instant présent et de pouvoir choisir de la modifier, immédiatement. L'émotion agit comme un signal en provenance de l'environnement interne qui capture l'attention et entraîne l'apparition de la « captivation », cet enchaînement de réactions aussi bien cognitives, émotionnelles, motrices, physiques.

⁵¹ Selon J. – Ph. Lachaux, in op.cité, « à ma connaissance, il n'existe pas d'explication convaincante de cet effet puissant de l'observation. Le simple fait de porter son attention sur une ébauche d'automatisme (moteur ou cognitif, d'ailleurs) suffit souvent à le stopper... »

Rappelons nous, comme l'a écrit Epictète que ce qui troublent les hommes, ce ne sont pas les choses, ce sont les jugements qu'ils portent sur les choses⁵².

Pour certains confrères reçus dans le cadre du Réseau Pasteur Mutualité, la fusion cognitive – tendance d'une personne à considérer le contenu de ses pensées comme s'il était le reflet de la réalité, est doublée d'une « fusion émotionnelle » qui génère une grande souffrance, à laquelle ils sont attachés et qui devient une sorte d'attribut.

La proposition extrêmement simple que je fais est de s'appuyer sur un point corporel, sensation d'un pied, d'une main tout en continuant à échanger. Il s'agit d'utiliser la capacité d'attention perceptive tout en parlant de ce qui génère la souffrance, et d'en faire tout au long de l'entretien des rappels itératifs du type : « et où en êtes vous de la sensation de...? »

L'objectif est de permettre au confrère de se rendre compte, physiquement, qu'il peut exprimer sa souffrance, sa peine, tout en expérimentant une sensation au minimum neutre et souvent agréable de tranquillité, à un moment donné « t », en se recentrant sur quelque chose de tangible, autre que son inconfort. Il n'est pas, en permanence une émotion négative, il ne se réduit pas à cela.

Il s'agit de développer une sorte de toucher tourné vers l'intérieur de soi, en partant de là où est le confrère, cristallisé dans son histoire douloureuse comme dans une coque, et qui se rend compte qu'il y a quelque chose de fluide, dynamique et vivant, en interne, ne fut-ce que quelques instants. C'est une sorte de gymnastique entre une projection à l'extérieur de soi et une projection en dedans de soi. Mais un « en dedans » où il n'est pas question d'aller dans les zones grises émotionnelles, n'y d'aller vers un quelconque « voyeurisme émotionnel ⁵³».

La PAA n'est pas une thérapie qui viserait à ce que la personne qui souffre se débarrasse d'un symptôme, car cela reviendrait à chercher la cause - qui en la matière de souffrance des médecins que j'ai pu recevoir dans le cadre du Réseau Pasteur Mutualité, n'est pas physique initialement, et reviendrait à fouiller dans un passé que de toute façon, on ne peut pas modifier. Ce qui importe c'est l'enregistrement dans le présent, effectuer un retour au présent comme le propose F. Roustang : « inviter à faire un retour à la simplicité de l'individu vivant revient donc à le cantonner dans le présent et à faire disparaître la peine qui avait besoin de distance pour être éprouvée (...) Parce que je ne dispose plus du passé pour m'en plaindre et du futur pour en rêver »⁵⁴.

La PAA crée un ancrage dans le présent et facilite le développement d'une intelligence expérientielle, une intelligence du corps au travail déjà

⁵² Epictète. Le Manuel

⁵³ selon l'expression de G. Brosseau, psychothérapeute et hypno-praticien québécois.

⁵⁴ Roustand F. (2015). Jamais contre, d'abord. La présence d'un corps. Odile Jacob, Paris.

évoquée, une intelligence du corps dans la vie. On devient alors expérimentateur/observateur en se rendant compte que l'on ne se confond pas avec l'expérience, à savoir : ses pensées, ses émotions, ses sensations physiques. Il n'y a pas de valence affectée à ces éléments qui sont ce qu'ils sont : des productions mentales, des états intérieurs temporaires.

Ce qui apaise, allège et enlève la tension liée à vouloir fuir le symptôme que l'on ressent comme si c'était soi, et qui, littéralement, colle à la peau. La distance à prendre n'est pas avec un « extérieur » vécu comme le persécuteur du Triangle de Karman, ni avec soi vécu comme une victime. Espérer un sauveur hypothétique, est risqué. Autant apprendre à être son propre sauveur, puisque l'on est son propre bourreau et sa propre victime.

3 - RESULTATS

Pour illustrer mon propos autrement qu'avec mon expérience de 25 ans de PAA, je vais vous donner quelques verbatim de deux confrères qui ont suivi une formation à la PAA.

L'expérimentation d'exercices pratiques et les thèmes développés en session et en intersessions abordent :

- Le mécanisme de l'attention,
- Le système ASDMI©,
- La capture et la captivation de l'attention (identification),
- Le mécanisme de projection (système de préjugés et de croyances),
- Les types de réponses motrices, émotionnelles, cognitives,
- L'aspect structurel de la réponse comportementale (la chaîne de réaction dans les réponses),
- Des travaux d'image,
- Des exercices de détente musculaire et de relaxation.

3.1- Une médecin généraliste pratiquant l'auriculothérapie et l'acupuncture.

Elle suit depuis 2 ans, une formation sous forme de réunions hebdomadaires d'échanges et de pratique, auxquelles s'ajoutent un weekend tous les 3 mois et un séminaire annuel de 12 jours.

« Quelque chose d'intéressant à partager, accessible à tout être humain qui veut travailler avec lui même.

Je me rends compte de mon comportement. Je sais ce que je fais au moment où je le fais avec une sensation de continuum dans l'action et de sens à mon action.

L'effervescence a disparu, et j'acquiers une confiance. Recentrage physique : être chez moi, me sentir détendue ou percevoir mes tensions, et être capable de les détendre ; avoir un calme émotionnel.

Chacun expérimente, c'est moi qui écris le livre. Rien n'est pré écrit.

Techniques :

Regard à 180 ° : j'ai l'impression d'avoir découvert le ciel 360 °.

Application quotidienne : points d'attention physique, psychophysique.

Nouvel abord du corps :

Me rendre compte que quand je touchais les gens, je n'étais pas là.

Relation aux patients :

Je sortais laminée de mes gardes à la clinique, je ne le suis plus du tout. Je suis plus présente à ce que je fais, y compris les « débordements ».

Avant blouse = cadre pour me rassurer. Maintenant, je suis plus tranquille, je ne culpabilise plus d'être comme je suis.

Sortie de la « hiérarchie » entre le soignant et le soigné.

Je me sens plus pertinente dans ce qui arrive aux gens ; je suis moins dans le jugement. Je ne me vautre plus dans le pathos ; je tiens la route par rapport à tout ce que les gens viennent me livrer

Les relations professionnelles :

J'ai gagné en confiance et en simplicité »

3.2 - Un chirurgien.

Il a participé à un séminaire d'été de 12 jours (12 réunions de 1h30 couplées à une activité physique)

Qu'est-ce que ce séminaire t'a apporté ?

« Un déblocage et une ouverture

Une remise en forme physique en 10 jours de temps, un bénéfice physique. Le goût du sport et de l'effort physique est revenu : j'étais ancré dans la douleur, un blocage s'est levé.

Le jugement des autres et de leur comportement n'existe plus avec la même force. »

Qu'est-ce que tu as le plus apprécié ?

« L'absence de jugement.

Apprendre à faire les choses dans l'ordre, au jour le jour

Moins de pression « post-it »

L'acceptation de soi ; la bienveillance vis à vis de soi.

Cela a été un ressourcement, un recentrage sur le soi physique.

J'ai retrouvé le plaisir d'être avec des gens, la convivialité.

Je n'aurais jamais cru que cela puisse se produire »

3.3 – La consultation de repérage de la souffrance des soignants du Groupe Pasteur Mutualité.

Le Groupe Pasteur Mutualité a lancé en 2012, une consultation « Souffrance du soignant » pour que ses adhérents faisant face à une difficulté dans leur exercice, puissent bénéficier d'un avis spécialisé. Cette consultation s'adresse aussi bien à des hospitaliers, des libéraux, que des étudiants hospitaliers.

Cette initiative animée et coordonnée par Madame M. Pacault-Cochet, responsable de l'Entraide et de l'Action sociale du Groupe Pasteur Mutualité, vient s'ajouter aux actions de soutien financier, juridique et social proposées par l'Entraide de ce groupe.

À l'occasion d'une sollicitation du pôle d'Entraide pour quelque motif que ce soit, Mme Pacault-Cochet effectue un premier bilan global partant de l'analyse de la plainte réalisée en compagnie du confrère en souffrance et co-établit avec lui, une stratégie en fonction du degré d'urgence de la prise en charge médicale stricte. A l'issue de cette rencontre, est proposée une consultation avec un médecin référent du réseau.

Pour cela, quarante médecins référents ont été formés à proportions égales entre médecins généralistes, psychiatres et médecins du travail.

Le médecin référent reçoit dans le cadre d'une consultation gratuite dont la durée varie entre 1 heure et 1 heure trente minutes. Elle ne concerne pas l'urgence psycho-émotionnelle. Son objet est de proposer une écoute bienveillante du confrère en souffrance, d'évaluer le niveau de stress, l'existence ou non d'un syndrome d'épuisement professionnel, le risque suicidaire et de voir avec eux, quelle démarche de soins ils peuvent mettre en place, et quels sont les appuis dont ils ont besoin pour ce faire.

La consultation est suivie d'un compte-rendu à Mme Pacault-Cochet tant de la part du confrère en souffrance que du médecin référent du réseau de soutien. Ce compte-rendu respecte une confidentialité absolue sur le contenu des échanges pendant la consultation. Il aborde la manière dont l'échange s'est déroulé et le plan d'action envisagé en fonction du soutien demandé.

En qualité de médecin référent, j'ai eu l'occasion de rencontrer 16 consoeurs et confrères depuis décembre 2012. Parmi eux, j'ai rencontré un quart de jeunes internes ce qui pour moi, a été très surprenant. L'usure malheureusement, n'est pas que le fait de médecins en exercice depuis longtemps. Il est clair que les études et la condition d'interne, sont empreintes d'une violence subie qui ne semble pas diminuer avec les années ni l'évolution sociétale.

Ce qui fait écho et corrobore les définitions du stress telles que mentionnées auparavant. C'est à dire que la souffrance est l'expression d'une difficulté ou d'une incapacité d'adaptation à un changement professionnel ou personnel subit ou choisi – changement d'une technique d'examen vécue comme un véritable changement de métier, décision d'un sevrage tabagique au détours duquel « l'équilibre » de vie préexistant a totalement basculé. La souffrance advient également lorsque que le confrère peine à trouver en lui les ressources nécessaires à une transformation favorable de la situation perçue et vécue comme stressante.

D'autre part, et c'est une autre constante, la souffrance agit sur l'attitude physique des confrères lorsqu'ils se présentent à la consultation. Cela n'étonnera personne. Le corps porte les stigmates de la souffrance. Mais ce qui est prégnant lors des échanges, c'est l'entretien de cette souffrance, par la rumination, le ressassement récurrent d'une phrase telle un mantra, qui signe la geste du souffrant.

Plus les confrères évoquent leur mal-être dans un espace qui est celui d'un possible mieux-être, plus ils souffrent, littéralement « happés » par les images qui tournent en boucle dans leur tête. A tel point, qu'ils semblent raconter leur souffrance à une autre personne que moi, qui suis comme invisible à leurs yeux. Lever le regard, redresser C5-C6, comme le Professeur J.L. Terra l'a mentionné dans son cours lors de ce DIU, est impossible, physiquement pour eux. Ils sont recroquevillés sur leur souffrance comme dans une gangue qui étouffe et empêche tout échange, et donc toute possibilité d'évolution.

Au-delà de l'évaluation formelle mais non systématique du degré de burnout, ou d'un syndrome dépressif sous jacent, l'objet de mon intervention a été de proposer l'exercice de la PAA dans le cours des entretiens. L'objectif était que les confrères arrivent à faire évoluer leur posture physique soit en leur demandant de diriger leur attention vers une couleur existant dans mon cabinet de consultation, soit en percevant une partie de leur corps, tout en continuant à me raconter leur difficulté.

Les rappels de l'exercice proposé servaient d'ancrage au sens corporel et cognitif afin de faire accéder à la conscience ce qui est en train de se faire et comment la personne parvient à le faire. Systématiquement, je propose un exercice de tension/distension musculaire, de relaxation ou de respiration (attention perceptive à partir de la sensation de la respiration).

Chaque fois, les confrères se sont dépliés pendant le cours de la consultation, ont retrouvé une respiration plus posée et apaisée, se sont détendus. Concomitamment, les images d'une projection dans le futur devenaient plus fluides et étaient mises à profit dans des travaux d'image.

Comme je ne les rencontre qu'une seule fois, l'objectif est de leur faire expérimenter durant le temps de la consultation, une technique facilement reproductible dans la vie quotidienne, efficace car immédiatement associée à une sensation de bien-être, de détente physique. Ainsi, le confrère peut acquérir une nouvelle compétence ou réactiver une compétence oubliée ou laissée de côté.

4 - DISCUSSION

La PAA exige une application régulière car c'est une pratique corporelle tout comme l'apprentissage d'un sport, d'une activité artistique ou manuelle. Elle nécessite une curiosité, une envie d'apprendre et de découvrir dénuée de tout jugement moral et sans attendre de résultat.

En effet, l'attente d'un résultat, produit une « cécité d'inattention » puisqu'on ne voit que ce que l'on s'attend à voir.

La PAA est à l'interface de plusieurs approches psychothérapeutiques mais n'est pas une psychothérapie. Elle cousine avec la pleine conscience et l'hypnose dans son acception la plus récente de thérapie d'activation de conscience. C'est une méthode d'amélioration de sa performance, sachant qu'être performant c'est être présent à ce que l'on fait, là où l'on est, quel que soit ce que l'on ait à faire. Elle est difficilement appréhendable, sans pratiquer !

Les contenus auxquels on accède avec cette pratique sont de tous types, cognitif, moteur, émotionnel, corporels et on peut se poser la question de la valeur du « déclaratif » puisque pour l'heure, aucune étude de psychologie cognitive expérimentale n'a eu pour objet la PAA, permettant d'expérimenter, évaluer, modéliser !

Comme toutes les voies de déploiement de soi, pratiques éminemment individuelles, elle est porteuse d'un changement collectif en permettant à ceux qui ont cette pratique régulière et suivie de passer de l'évitement de la souffrance, d'une tentative contreproductive de suppression des situations à impact émotionnel fort, à l'acceptation et la reconnexion à cette souffrance qui augmente la capacité à compter sur soi même⁵⁵, tout en développant plus que l'empathie pour les autres.

Elle est en congruence avec l'esprit et les axes d'action de la Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé qui vise une action des états, des collectivités et collectifs et aussi des personnes, pour favoriser le développement des compétences psychosociales et *in fine*, l'empowerment, qui est « le processus par lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de leur environnement social et politique »⁵⁶.

La PAA cherche à faire émerger la sollicitude empathique, qui fait que confronté à la souffrance, on éprouve un sentiment orienté vers la personne qui souffre avec la motivation de soulager sa souffrance.

⁵⁵Comme une sorte de Locus de Contrôle interne

⁵⁶Fédérations des maisons médicales, SACOPAR, CLPSCT, (2013). Action communautaire en santé – un outil pour la pratique. Bruxelles

Mais peut-on déléguer le soulagement de sa souffrance à autrui, peut-on déléguer son bien-être à autrui ?

La PAA se pratique comme toute discipline. Elle requiert un apprentissage et une régularité. C'est une méthode d'entraînement de l'attention qui vise à faciliter l'accès à une présence attentive.

5 - CONCLUSION

La promotion de la santé est une approche pertinente pour l'accompagnement de médecins en souffrance. Elle permet aux individus d'avoir davantage de contrôle sur leur santé et sur les déterminants qui conditionnent celle-ci.

La promotion de la santé a pour but de doter les personnes des capacités qui leur permettent de faire des choix judicieux pour eux-mêmes. Quand un médecin est en souffrance, il ne peut pas répondre avec efficacité aux défis, aux sollicitations de la vie. Il est submergé, incapable de maintenir un équilibre émotionnel ni un quelconque bien-être. Il n'a plus grande valeur à ses propres yeux, est mis en échec, voit sa vie vaciller, est en faillite par rapport à ses obligations, à l'image qu'il a de lui-même et l'image qu'il veut donner aux autres. Il ne peut plus accomplir les rôles qui sont les siens.

Développer l'empathie pour soi, c'est se donner de l'aide à soi-même, avoir une bienveillance pour soi-même, c'est se préoccuper de soi et de son sort, non pas de façon nombriliste, recroquevillé sur son inconfort, sa douleur, sa souffrance, mais de façon altruiste. Développer l'empathie pour soi, c'est s'autoriser à éprouver un sentiment orienté vers soi, percevoir ses besoins et accorder de l'importance à son bien-être.

Cette attitude est une gageure dans un monde où celui qui vient en aide est censé s'abstraire de lui-même, reléguer ses besoins à la périphérie de son action, faire fi de ses émotions, de ses ressentis, en un mot être désincarné, neutre.

Il est impossible de ressentir ce qu'un autre ressent, simplement parce que l'on n'est pas dans le corps de l'autre et qu'on ne pourra jamais y être. On peut s'en approcher en dialoguant avec l'autre mais la perception des stimulations et des impulsions internes reste propre à chacun. Personne ne peut, en dehors de la personne qui souffre elle-même, éprouver ce qu'elle ressent. Le mal d'autrui n'est qu'un songe.

Développer l'attention, par la Pratique Attentionnelle Active© est une voie d'accès à la conscience, à la conscience de soi et permet, avec une pratique régulière, d'apprendre à se connaître, à connaître ses besoins, les éléments qui concourent à notre bien-être ou à son contraire.

« Ne demande pas que ce qui arrive, arrive comme tu désires ; mais désire que les choses arrivent comme elles arrivent, et tu seras *heureux*. A chaque occasion qui se présente, replie-toi sur toi-même et cherche quelle *faculté* tu as en toi-même pour te conduire (...) si tu prends cette habitude, tes *idées* ne t'emporteront pas. »⁵⁷

⁵⁷ Epictète – Le Manuel

6 – BIBLIOGRAPHIE

Dehaene S. (2014). Le code de la conscience, Odile Jacob, Paris.

Freire P. (1980). Pédagogie des opprimés, Petite Collection Maspero. Paris

Lachaux, J-Ph. (2015). Le cerveau funambule -comprendre et apprivoiser son attention grâce aux neurosciences. Odile Jacob, Paris

Léger L., (2016). L'attention. Dunod, Paris.

Monnier J., Deschamps J-P in santé Publique, santé de la communauté, Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec, Gouvernement du Québec, 1989

OMS (1986). Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé

Perino L. (2011) À quoi sert vraiment un médecin ?, collection Dites-nous. Armand Colin. Paris

Dr. Rapoport-Hubschman N. (2012) Apprivoiser l'esprit, guérir le corps. Odile Jacob. Paris.

Ricard M., Singer T. (2015). Vers une société altruiste. Allary Éditions, Paris

Soulard A. (2010-2011). Le burn out chez les médecins généralistes libéraux français. Mémoire pour le Master Professionnel d'Ergonomie non publié, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris.

Watzlawick P, Helmick Beavin J., Jackson D. D., Une logique de la communication, 1967, W. W. Norton et Compagny, inc. New york

Alderson M., (2004). La psychodynamique du travail : objet, considérations épistémologiques, concepts et prémisses théoriques. Santé mentale au Québec, Vol.29, numéro 1, 243-260

Bureau national du Québec, prévention, promotion et pratiques organisationnelles favorables à la santé en milieu de travail, BNQ 9700-800/2008, BNQ, Québec, 2008

Dejours C., Subjectivité, travail et action, exposé Mai 2001, Paris

Galam E. (2015). Devenir médecin : le curriculum implicite, support de cours, DIU « soigner les soignants ». Paris

Marchand-Buttin F., intervention lors de la journée DIRPJJ Promotrice de santé bien être, Direction Interrégionale de la Protection Judiciaire de la Jeunesse, Ile-de-France/Outremer, Paris, 2014

C.-E. Notredame. (2013). Éthique et santé, **10**,144-148

Teurnier E., Médecine (2015) 11, **9**, 407-409.

« Comment soigner le burn out des internes ? Nos questions au Pr. E. Galam francais.medscape.com/voirarticle/3602014_print

SRM Consulting© (2008). Livre Blanc du Stress au Travail – Comment l'appréhender ? Comment le mesurer ? Paris.

www.leblogdesrapportshumains.fr (relations aux autres et à soi, coaching)

Résumé

Un médecin en souffrance a besoin de retrouver sa capacité à agir sur les déterminants de sa santé, a besoin de retrouver le pouvoir d'agir et de faire des choix qui ne lui portent pas davantage préjudice.

La Pratique Attentionnelle Active© est une méthode d'entraînement de l'attention, simple, utilisable au quotidien, qui permet grâce à un exercice régulier, de développer une compétence psychosociale fondamentale dans la relation de soin : avoir conscience de soi. À la conscience de soi est associée l'empathie pour les autres, compétence cardinale de la relation de soin.

La Pratique Attentionnelle Active permet de s'appuyer sur son environnement tant physique que relationnel en le considérant comme une source potentielle de bien-être et non pas uniquement comme un facteur de stress et d'agression.

Dans une perspective de promotion de la santé, le soignant en souffrance au travail, et le médecin dans son exercice de tous les jours que ce soit en libéral ou en salarié, en devenir ou déjà ancré dans son métier, devient l'outil de son propre bien-être, devient son propre GPS émotionnel.

Mots-clés : souffrance ; soignant ; médecin ; attention ; empathie ; conscience ; compétences psychosociales ; émotions ; pratique ; entraînement.