

Conscience corporelle, conscience émotionnelle et qualité de vie professionnelle: quel impact de la pratique du yoga chez les psychologues cliniciens?

Auteur : Gillet, Roxanne

Promoteur(s) : Blavier, Adelaïde

Faculté : Faculté de Psychologie, Logopédie et Sciences de l'Éducation

Diplôme : Master en sciences psychologiques, à finalité spécialisée

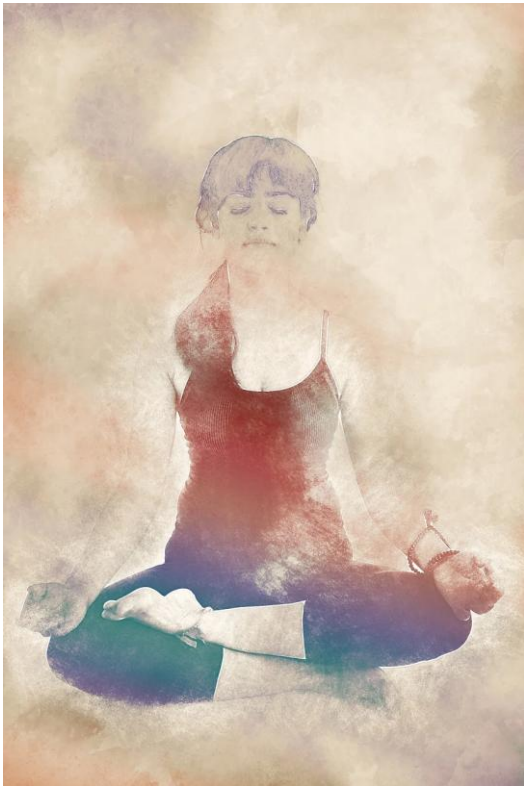
Année académique : 2024-2025

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/22524>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.



**CONSCIENCE CORPORELLE,
CONSCIENCE ÉMOTIONNELLE ET
QUALITÉ DE VIE
PROFESSIONNELLE : QUEL IMPACT
DE LA PRATIQUE DU YOGA CHEZ
LES PSYCHOLOGUES CLINIENS ?**

Mémoire présenté par
Roxanne GILLET

Promotrice :
Pr. Adélaïde BLAVIER

Superviseuse :
Mme Sara BEN MERHNIA

Lectrices :
Mme Clara DELLA LIBERA
Mme Fanny KREUSCH

En vue de l'obtention du diplôme de Master en
Sciences Psychologiques, à finalité spécialisée en
psychologie clinique.

Année académique 2024-2025

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude à ma promotrice, la Professeure Adélaïde Blavier, d'avoir accepté de soutenir mon travail sur ce sujet qui me tient particulièrement à cœur.

Je remercie chaleureusement Madame Sara Ben Merhnia pour son suivi attentif et structurant tout au long de la réalisation de ce travail, ainsi que Madame Laëtitia Di Piazza pour son accompagnement lors de mon pré-mémoire.

Un grand merci à Mesdames Clara Della Libera et Fanny Kreusch pour leur investissement et l'attention accordée à mon mémoire par leur rôle de lectrices.

Je suis également reconnaissante envers toutes les personnes qui ont manifesté leur intérêt pour mon travail et celles qui ont généreusement investi leur temps en y participant.

Enfin, je remercie de tout cœur ma maman, qui a toujours cru en moi et en mes projets. Ainsi que mes ami(e)s pour leur soutien précieux et leur bienveillance, qui m'ont porté tout au long de cette année.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Remerciements</i>	1
<i>Table des matières</i>	2
<i>Introduction</i>	3
<i>Revue de la littérature</i>	4
La détresse du psychologue clinicien	4
La conscience corporelle.....	10
La conscience émotionnelle.....	12
La pratique du yoga	15
<i>Question de recherche et hypothèses</i>	22
Première hypothèse	22
Deuxième hypothèse	22
Troisième hypothèse	23
<i>Méthode</i>	24
Participants.....	24
Questionnaires.....	24
<i>Analyses statistiques et résultats</i>	29
Analyses descriptives	29
Analyses liées à la question de recherche.....	31
Analyses exploratoires	34
<i>Discussion</i>	37
Interprétation des résultats.....	37
Limites	44
Implications cliniques et perspectives de recherche	45
<i>Conclusion</i>	48
<i>Bibliographie</i>	49
<i>Annexes</i>	58
Annexe 1 : Questionnaire socio-démographique.....	58
Annexe 2 : Données socio-démographiques complémentaires.....	61
Annexe 3 : Statistiques descriptives du test de l'hypothèse 1.	62
Annexe 4 : Statistiques descriptives du test de l'hypothèse 2.	63
Annexe 5 : Statistiques descriptives du test de l'hypothèse 3.	64
<i>Résumé</i>	65

INTRODUCTION

Les psychologues cliniciens, entre autres professionnels, sont sans cesse confrontés à la détresse des individus. Par les mécanismes d'empathie, ils sont amenés à se la représenter intérieurement, ce qui peut entraîner une souffrance psychologique temporaire ou durable. Alors que certains professionnels semblent traverser cette souffrance, d'autres développent de la détresse sous forme de traumatisme vicariant, de stress traumatique secondaire, de burnout ou encore de fatigue de compassion.

Les facteurs de risque et les facteurs protecteurs de ces différentes pathologies du travail sont bien documentés, notamment par le modèle de la résilience à la fatigue de compassion de Figley et Ludick (2017).

Par ailleurs, dans la littérature, l'utilisation du yoga semble de plus en plus recommandée à titre de complément des thérapies habituelles pour diverses pathologies mentales (Gallegos et al., 2017 ; Hilton et al., 2017). Deux facteurs semblent jouer un rôle clé dans le lien entre la pratique du yoga et la réduction des symptômes psychologiques : la conscience émotionnelle et la conscience corporelle. C'est à ceux-ci que nous nous intéresserons.

L'objectif de ce travail a été de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent la détresse psychologique dans le cadre du métier de psychologue. En outre, de mieux comprendre également les bénéfices et limites de la pratique du yoga. Ces deux objectifs ont été choisis afin de déterminer dans quelle mesure la pratique du yoga peut être utilisée comme outil de prévention de la détresse du psychologue clinicien et, plus précisément, comme outil de maintien de la qualité de vie professionnelle.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

La détresse du psychologue clinicien

Clarification des concepts

Lorsque l'on parle des conséquences sur le thérapeute de la prise en charge de personnes en souffrance, de nombreux termes sont utilisés de manière interchangeable dans la littérature. Il est donc essentiel de commencer par une clarification de ceux-ci.

Le burnout

Le burnout est défini par Maslach (2003) comme « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction d'accomplissement personnel ». Il peut émerger d'un lieu de travail stressant sans pour autant avoir été exposé à la détresse d'autrui (Pirelli et al., 2020).

Les symptômes rapportés par les personnes vivant un burnout sont les suivants : de la fatigue (peu d'énergie et perturbation du sommeil), des symptômes physiques (hypertension ou maux de tête), la perturbation du comportement et de l'humeur, l'affaiblissement des relations ainsi que les sentiments d'impuissance et de désespoir (Pirelli et al., 2020).

La fatigue de compassion

La fatigue de compassion (FC) est définie par Figley et Ludick (2017) comme un « épuisement résultant du stress de compassion, des exigences d'empathie et d'aide envers ceux qui souffrent La FC est une forme de trouble de stress post-traumatique (TSPT) » par transmission indirecte (Figley et Ludick, 2017). Elle se met en place de manière progressive et peut survenir en l'absence de stress traumatique secondaire si la population rencontrée n'est pas victime de traumatisme (Newell et MacNeil, 2010).

Les personnes atteintes de FC font avant tout l'expérience de fatigue émotionnelle et physique (Newell et McNeil, 2010). Les symptômes spécifiques sont : l'incapacité à gérer la détresse émotionnelle liée à la prise en charge thérapeutique, la prise de décisions thérapeutiques non adaptées ainsi que l'évitement ou l'incapacité à établir une relation thérapeutique. De plus, d'autres difficultés peuvent apparaître comme des symptômes de TSPT, des difficultés à séparer la vie privée de la vie professionnelle, une perte de satisfaction professionnelle et une diminution du fonctionnement général (Pirelli et al., 2020).

Le traumatisme vicariant

Le traumatisme vicariant (TV) est défini par Pearlman et Saakvitne (dans Figley et Ludick, 2017) comme « la transformation de l'expérience intérieure du thérapeute (...) résultant d'un engagement empathique avec le matériel traumatique des clients [et] de la vulnérabilité aux effets émotionnels et spirituels du TV. Ces effets sont cumulatifs et permanents, évidents dans la vie professionnelle et personnelle d'un thérapeute ».

Les symptômes sont axés sur les changements cognitifs comme des altérations du sens de soi, des changements dans la vision du monde (sécurité, confiance, contrôle) ou dans les croyances spirituelles (Newell et MacNeil, 2010). Les conséquences peuvent aussi être semblables à celles d'un traumatisme direct (Pirelli et al., 2020).

Le stress traumatique secondaire

Le stress traumatique secondaire est défini par Figley (cité dans Newell et MacNeil, 2010) comme « les comportements et émotions naturels et consécutifs à la connaissance d'un événement traumatique expérimenté par (...) [un client] et le stress qui résulte du fait d'aider ou de vouloir aider une personne traumatisée ou souffrante ».

Selon Figley et Ludick (2017), il s'agit plus d'une mesure que d'un résultat et les symptômes sont similaires à ceux du TSPT que nous pouvons résumer en quatre grandes catégories : les symptômes d'hypervigilance, d'évitement, d'intrusion ainsi que les cognitions et affects négatifs. L'accent est, ici, plutôt mis sur les symptômes comportementaux externes (Figley, cité dans Newell et MacNeil, 2010).

Prévalences

Molnar et ses collaborateurs (2017) notent la complexité de déterminer la prévalence des concepts de traumatisme vicariant, de stress traumatique secondaire et de fatigue de compassion en raison des différences de définitions et d'opérationnalisations des concepts mais également des variations dans les méthodologies de recherche, dans les traumatismes et dans la présentation des données. Chez les travailleurs sociaux, en santé mentale et dans les services d'aide aux victimes, ils soulèvent 15,2 % à 34 % de stress traumatique secondaire et des taux de 40 % à 60 % présentant au moins un critère principal du TSPT (Molnar et al., 2017).

Pirelli et ses collaborateurs (2020) expliquent que les professionnels de santé mentale ont des taux élevés de traumatisme vicariant et de fatigue de compassion en lien avec la nature de la relation thérapeutique. Pour David (2012), la résilience, comme habileté à s'adapter

positivement à l'adversité, serait plus fréquente chez les cliniciens que la fatigue de compassion et le burnout.

L'article le plus récent consulté évoquant la prévalence du burnout chez les soignants belges est celui d'Unger (2018). Il précise que près de 1 % de la population belge active était en burnout à cette époque, et qu'un taux de 6 % de burnout était présent chez les soignants belges en 2010 (Unger, 2018).

Facteurs de protection et facteurs de risque

Certains facteurs semblent agir de manière protectrice ou au contraire augmenter le risque de développement de détresse chez les personnes soumises à un stress. Il existe des facteurs internes, externes, organisationnels ou professionnels.

Les facteurs de risque personnels

Un premier facteur de risque (FR) concerne les antécédents d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique (Newell et MacNeil, 2010). Pour certains auteurs, un antécédent de traumatisation directe chez les praticiens augmente le risque de développer un traumatisme vicariant, d'autant plus si celui-ci est similaire à celui d'un client (Pirelli et al., 2020). Pour d'autres, il ne s'agit pas de savoir si la personne a été exposée ou non à un traumatisme mais plutôt si celui-ci a été résolu ou non ; les traumatismes passés non-résolus augmenteraient la vulnérabilité au stress traumatique secondaire (Hargrave et al., 2006). D'ailleurs, Creamer et Liddle (2005) mettent en évidence qu'il n'existerait pas de lien entre le stress traumatique secondaire et les antécédents de traumatisme. Les souvenirs ravivés pourraient provoquer une nouvelle détresse émotionnelle, une dépression ou une anxiété chez le travailleur (Figley et Ludick, 2017). Un historique de traumatismes personnels pourrait également contribuer à la fatigue de compassion via l'addiction au travail et le manque d'acceptation de supervision (Killian, 2008). Un faible niveau de conscience de soi émotionnelle et un historique de trauma seraient associés à plus de fatigue de compassion (Killian, 2008).

Un deuxième FR interne concerne le niveau d'empathie tel que défini par Figley et Ludick (2017) : il s'agit du degré de précision avec lequel le travailleur peut prédire l'émotion manifestée par le patient et lui en montrer de manière efficace. En effet, un niveau élevé d'empathie pourrait mener à un phénomène de détresse empathique envers le client (Kerig, 2018 ; MacRichie et Leibowitz, 2010). Plus le niveau d'empathie serait élevé, plus le professionnel serait à risque de développer un stress traumatique secondaire (MacRichie et

Leibowitz, 2010) et un traumatisme vicariant (Pirelli et al., 2020). C'est également ce que décrivaient Figley et Ludick (2017) dans leur modèle de résilience à la fatigue de compassion.

Un troisième FR interne concerne les stratégies d'adaptation dysfonctionnelles. Par exemple, des niveaux élevés d'autocritique et de jugement envers soi, mais aussi le fait d'évaluer notre valeur en fonction des succès et des échecs dans l'aide apportée, développeraient le risque de présenter un stress traumatique secondaire, une fatigue de compassion ou un burnout (Kerig, 2018 ; Pirelli et al., 2020).

Un quatrième FR interne concerne les données démographiques. La différence de sexe est généralement discutée : certaines études mettent en évidence le désavantage des femmes qui montreraient un taux plus élevé de stress traumatique secondaire (Kerig, 2018).

Un cinquième FR, externe, est constitué par les exigences difficiles de la vie (difficultés financières, changement de statut social, maladie, obligations supplémentaires) qui contribueraient au stress traumatique secondaire en capturant l'attention de la personne et en perturbant sa vie et son niveau de fonctionnement. En parallèle, la capacité à reconnaître et expérimenter la positivité serait empêchée par le stress (Figley et Ludick, 2017).

Un sixième FR, externe également, est l'absence de soutien social. Que ce soit au niveau privé ou professionnel, l'absence de soutien de la part de superviseurs, de collègues, de l'organisation, un isolement professionnel ou une faible qualité ou cohésion d'équipe contribueraient au développement de la fatigue de compassion (Figley et Ludick, 2017 ; Vu et Bodenmann, 2017) ou du burnout (Pirelli et al., 2020). Les effets négatifs s'intensifieraient chez les professionnels en l'absence de soutien social (Newsome et al., cités dans Figley et Ludick, 2017).

Les facteurs de risque professionnels

Un premier FR concerne un niveau inférieur d'expérience professionnelle dans le domaine du traumatisme qui augmenterait le niveau de stress traumatique secondaire (Kerig, 2018) et le risque de développer un traumatisme vicariant (Pirelli et al., 2020).

Un deuxième FR concerne l'exposition prolongée et répétée à la souffrance (Figley et Ludick, 2017 ; Vu et Bodenmann, 2017). Selon la théorie du stress, plus un thérapeute serait exposé à la souffrance d'un client, plus la réponse empathique augmenterait. Plus le score de stress traumatique secondaire augmenterait et plus la capacité de résilience à la fatigue de compassion diminuerait (Figley, cité dans Figley et Ludick, 2017). Un plus haut nombre d'heures passées

avec des victimes de traumatisme et de dossiers seraient prédictors d'une augmentation des scores de traumatisme (secondaire) (Bober et Regehr, 2006 ; Kerig, 2018), de fatigue de compassion, de burnout (Sprang et al., 2007) et d'une diminution des scores de satisfaction de compassion.

Un troisième FR concerne la variété et la quantité de tâches. En effet, le peu de variété dans les tâches de travail augmenterait également le risque de fatigue de compassion (Vu et Bodenmann, 2017), alors qu'une charge de travail importante mêlée à de faibles ressources favoriserait le burnout (Pirelli et al., 2020).

Un quatrième FR est l'atmosphère de travail. Le fait de ne pas pouvoir s'exprimer ou contribuer sur le lieu de travail, de ne pas avoir un espace de travail personnel, de ne pas pouvoir anticiper et contrôler le nombre d'heures de travail par jour augmenterait le risque de fatigue de compassion (Vu et Bodenmann, 2017). Des scores plus faibles dans la morale au travail (entendue comme le fait de se sentir reconnu dans son travail, d'être en accord avec le fonctionnement de l'organisation, etc.) seraient prédictors significatifs des symptômes de burnout (Kilian, 2008).

Les facteurs de protection personnels

Un premier facteur de protection (FP) est le détachement. Il consiste à laisser partir la douleur des clients via, par exemple, des rituels (de méditation, artistiques, d'autohypnose, d'affirmations positives, de compartimentalisation, de visualisation en pleine conscience) (Figley et Ludick, 2017). Le désengagement permettrait la pleine conscience, des liens clairs et réduirait le risque de fatigue de compassion (Figley et Ludick, 2017). Le fait de ne pas pouvoir se désengager chez les personnes souffrant d'un TSPT maintiendrait le trouble ainsi que les symptômes dépressifs et l'engourdissement émotionnel en les empêchant de s'occuper des aspects positifs et du quotidien (Figley et Ludick, 2017).

Un deuxième FP est un moindre niveau d'empathie, ce qui protégerait du burnout (Pirelli et al., 2020).

Un troisième FP est la prise de soin de soi, il s'agit de développer et nourrir des pratiques de soins et de compassion envers soi-même telles que l'équilibre vie privée-vie professionnelle, avoir une activité régulière, développer des ressources spirituelles et la méditation, chercher de l'aide en cas de besoin (Vu et Bodenmann, 2017). Cette attention permettrait de combattre la fatigue de compassion (Vu et Bodenmann, 2017). De plus, s'éduquer permettrait également d'accroître la conscience de soi concernant la fatigue de compassion afin de la diminuer et de

développer des outils personnels de résilience (Vu et Bodenmann, 2017). Par ailleurs, avoir des stratégies de gestion émotionnelle, des stratégies d'adaptation orientées sur le problème et imposer des limites professionnelles fermes permettrait également de combattre la fatigue de compassion (Pirelli et al., 2020). Le manque de ressource pour prendre soin de soi pourrait diminuer la satisfaction de compassion (Gregory, 2015).

Un quatrième FP est la satisfaction de compassion, il s'agit du plaisir qu'un praticien peut expérimenter lorsqu'il a été capable d'aider quelqu'un ou de faire une différence positive dans le monde (Stamm, 2012). Éprouver de la satisfaction de compassion aiderait directement à la réduction de stress traumatique secondaire et indirectement à la réduction la fatigue de compassion (Figley et Ludick, 2017 ; Kerig, 2018 ; Pirelli et al., 2020). Alors que la diminution continue de la satisfaction de compassion aurait une corrélation directe avec une augmentation du burnout (Gregory, 2015). David (2012) met en évidence que la fatigue de compassion, le burnout et la satisfaction de compassion seraient corrélés au niveau de résilience. En effet, la satisfaction de compassion serait un prédicteur significatif du niveau de résilience. En revanche, les cliniciens rapportant des niveaux plus faibles de satisfaction de compassion auraient tendance à expérimenter de plus hauts niveaux de burnout et de fatigue de compassion. Par ailleurs, ce qui augmenterait la satisfaction de compassion est le sentiment d'avoir quelque chose à dire ou à apporter, d'avoir son propre espace, d'être capable d'anticiper et de contrôler le nombre d'heures de travail par jour, un plus haut niveau de locus de contrôle interne, et le plus significatif serait un niveau de soutien plus élevé (Killian, 2008). L'application d'un programme de yoga et de pleine conscience chez les travailleurs sociaux mettrait un terme à la diminution du score de satisfaction de compassion (Gregory, 2015), alors qu'une autre étude suggère que la pratique du yoga permettrait d'augmenter le score de cette dernière (Taylor et al., 2020b).

Un cinquième FP est la pleine conscience (PC). « Une définition opérationnelle de la pleine conscience est la suivante : la conscience qui émerge en prêtant attention intentionnellement, au moment présent et sans jugement, au déroulement de l'expérience à chaque instant » (Kabat-Zinn, 2003). De plus, la PC dispositionnelle définie comme une aptitude naturelle (sans pratique formelle de la pleine conscience) à être attentif à son expérience interne et externe au moment présent (Minot et al., 2019), serait corrélée positivement à la résilience et à la paix intérieure (Ge et al., 2020). En outre, elle jouerait également un rôle protecteur contre la fatigue de compassion, dans la manière dont les cliniciens gèrent leur stress lié au travail (Turgoose et Maddox, 2017). Finalement, la conscience émotionnelle liée à la pratique de la PC, à l'opposé

de l'évitement expérientiel, diminuerait le risque de développer une fatigue de compassion et un burnout (Beaumont et al., cités dans Pirelli et al., 2020 ; Killian, 2008). Les consciences corporelle et émotionnelle font partie intégrante du processus émotionnel sain, c'est-à-dire la capacité à réguler ses émotions de manière adaptée, reposant sur quatre habiletés : ressentir les sensations physiques et les tendances à l'action, identifier et nommer les émotions avec le plus de précision possible, accepter nos émotions sans les minimiser ou les dénigrer, exprimer de manière saine et constructive ce que l'on ressent (Brillon, 2021 ; Lane et Schwartz, 1987). Ce processus émotionnel sain agirait comme facteur protecteur de la détresse du psychologue (Brillon, 2021).

Par ailleurs, au niveau des FP externes de la personne, bénéficier d'un réseau de soutien aiderait à combattre la fatigue de compassion (Vu et Bodenmann, 2017). Certains auteurs ont trouvé que le support social permettait un meilleur ajustement psychologique. En effet, il agirait comme un tampon contre les impacts négatifs des situations auxquelles serait exposé le personnel humanitaire international (Eriksson et al., cités dans Figley et Ludick, 2017). D'autres auteurs rapportent cette fonction tampon dans les relations stressantes et les exigences de la vie hautement négatives (c'est-à-dire imposant une pression importante sur la personne, voire dépassant ses capacités d'adaptation) (Dahlem et al., cités dans Figley et Ludick, 2017).

Les facteurs de protection professionnels

Un des FP est de bénéficier d'un support organisationnel (être formé et supervisé par des professionnels). Cet aspect a été mis en avant par Pirelli et ses collaborateurs (2020), il pourrait diminuer le risque de traumatisme vicariant. Pour Sprang et ses collaborateurs (2007), il pourrait augmenter la satisfaction de compassion, diminuer le risque de fatigue de compassion ainsi que de burnout, à condition que la formation des professionnels intègre la gestion du contact avec le traumatisme. Vu et Bodenmann (2017) conseillent aux organisations de former leurs travailleurs à être vigilants aux signes de fatigue de compassion.

La conscience corporelle

Définition

La conscience corporelle désigne la capacité à interpréter les signaux internes du corps, comme une carte sensorielle qui nous aide à percevoir notre état physiologique interne de manière globale, consciente ou non, en intégrant les stimuli internes dans une interprétation cognitive et émotionnelle (intéroception) ainsi que notre position dans l'espace et le mouvement (proprioception) (Da Costa Silva et al., 2022). La conscience corporelle peut être considérée

comme un trait stable, car la perception qu'une personne a de son corps ou de ses processus corporels peut influencer sa manière d'interagir et de se percevoir elle-même (Da Costa Silva et al., 2022 ; Rani et Rao, 1994).

À l'opposé, le concept de dissociation corporelle représente une forme d'évitement de l'expérience interne (Price et Thompson, 2007). Cette dissociation inclut des comportements quotidiens, comme la distraction par rapport aux sensations corporelles, mais peut aussi inclure une séparation du corps ou du soi corporel, ainsi qu'une déconnexion émotionnelle marquée par des difficultés à identifier, exprimer ou observer ses propres émotions (Price et Thompson, 2007). Elle serait une stratégie de protection communément présente dans le cadre de douleurs chroniques ou de traumatismes, par exemple (Price et Thompson, 2007). « Chez les individus qui souffrent des conséquences d'un traumatisme, la connexion esprit/corps est souvent rompue, conduisant à l'expérience subjective de se sentir partiellement ou totalement détaché de son corps, ou alternativement, comme si son corps ne lui appartenait pas » (Lanius, 2015).

Intérêt du concept en santé mentale

Dès la naissance, une conscience corporelle existerait et permettrait à l'enfant de développer le soi à travers différentes étapes de développement de la conscience du corps personnel et social (Riva, 2018). Nos réactions corporelles et motrices à notre environnement et aux perceptions corporelles constitueraient une importante part de notre personnalité et permettrait la construction de la perception de soi sur base de la conscience corporelle (Da Costa Silva et al., 2022). Le sentiment d'exister reposerait sur des informations sensorielles (Mucchielli, 2015). En effet, dans les expériences de privation sensorielle, lorsque le contexte spatial, physique et sensoriel manque, l'identité subirait des perturbations (Mucchielli, 2015).

Par ailleurs, notre personnalité serait également corrélée avec l'intéroception. En effet, les dimensions d'ouverture et de conscienciosité du modèle « Big Five » seraient positivement et significativement corrélées aux capacités d'intéroception (Da Costa Silva et al., 2022). La dimension d'ouverture serait elle-même corrélée positivement et significativement à la pratique de la pleine conscience (Da Costa Silva et al., 2022 ; Van Den Hurk et al., 2011). Il y aurait de faibles habiletés intéroceptives dans les personnalités avec un plus haut niveau de neuroticisme et dans l'alexithymie (Da Costa Silva et al., 2022).

D'un côté, la conscience corporelle et les sensations physiques internes ont été nommées comme composantes clés de la régulation des affects et du sens de soi (Da Costa Silva et al., 2022 ; Fujino, 2016 ; Price et Thompson, 2007). Elles permettraient le développement et le

bien-être de l'humain ainsi qu'un comportement adapté et consistant avec ses valeurs (Da Costa Silva et al., 2022 ; Fujino, 2016 ; Price et Thompson, 2007). De l'autre, l'effet préjudiciable de la dissociation corporelle a également été démontré (Price et Thompson, 2007). Il impacterait la santé et la guérison dans les cas de traumatisme psychologique, d'abus de substance ainsi que dans les troubles alimentaires (Price et Thompson, 2007).

Améliorer la conscience corporelle

De plus en plus d'études se concentrent sur l'impact du développement de la conscience corporelle sur la santé mentale au travers de pratiques centrées sur le corps (pleine conscience, méditation, yoga...).

Parmi celles-ci, l'entraînement à la pleine conscience permettrait une amélioration de l'intéroception subjective (auto-rapportée) et objective (perception précise de la fréquence cardiaque) (Da Costa Silva et al., 2022). La pleine conscience dispositionnelle serait liée à une amélioration des capacités d'intéroception et de proprioception (Da Costa Silva et al., 2022). Le yoga augmenterait également l'intéroception subjective rapportée en entrevue (Neukirch et al., 2018).

La thérapie basée sur la conscience corporelle offrirait des résultats non-systématiques. Elle vise à renforcer le lien avec son corps à travers des mouvements doux du quotidien, en portant son attention sur la respiration, la posture, l'équilibre et la coordination (Vancampfort et al., 2022). Certaines études démontrent son efficacité auprès de populations cliniques avec TSPT, troubles alimentaires, schizophrénie et dépression majeure (Blaauwendraat et al., 2017). D'autres, comme la méta-analyse de Vancampfort et ses collaborateurs (2022), émettent des réserves quant à l'efficacité de cette thérapie comparativement à un groupe inactif sur les résultats fonctionnels et la qualité de vie, l'anxiété, la dépression et diverses problématiques de santé mentale.

La conscience émotionnelle

Définition

La conscience émotionnelle est considérée comme une sous-composante de la conscience corporelle et est définie comme « la conscience du lien entre les sensations corporelles et les émotions » (Da Costa Silva et al., 2022). D'ailleurs, l'étude par imagerie cérébrale a pu démontrer que la capacité intéroceptive serait associée à une activité plus élevée et un volume plus important de l'insula, elle-même impliquée dans la conscience émotionnelle (Fujino, 2016).

Comme explicité dans la section consacrée aux facteurs protecteurs, les consciences corporelle et émotionnelle font partie intégrante du processus émotionnel sain (Brillon, 2021 ; Lane et Schwartz, 1987).

Smith et ses collaborateurs (2017) distinguent l'expérience émotionnelle état (expérience consciente des différents aspects de la réponse affective comme les cognitions, les sensations corporelles, la motivation à l'action et la reconnaissance consciente de l'émotion) de la pleine conscience émotionnelle trait (différence individuelle stable dans la manière dont les personnes expérimentent et comprennent leurs réponses affectives). La pleine conscience émotionnelle trait dispose de différentes sous-composantes: l'abstraction (le degré auquel la personne tend à percevoir ou comprendre ses réponses émotionnelles dans le concret –physique- ou l'abstrait -psychologique-, c'est-à-dire percevoir un mal d'estomac ou percevoir le stress), la granularité (le degré auquel la personne conceptualise ses réponses affectives, c'est-à-dire qu'elle se sent "bien" ou qu'elle établit une nuance entre la joie, l'excitation, etc.), la différenciation de soi (le degré auquel l'individu peut distinguer ses propres ressentis de ceux des autres) (Smith et al., 2017).

Intérêt du concept en santé mentale

Pouvoir identifier ses émotions serait primordial pour la santé mentale, physique, les relations sociales, les performances académiques et professionnelles (Mikolajczak et al., 2020). En effet, les émotions impacteraient notre représentation du monde en agissant sur la perception, l'attention, la mémoire, le mode de pensée, le jugement, la perception et la prise de risque, les choix, ainsi que l'interprétation des événements (Mikolajczak et al., 2020).

Ainsi, des difficultés dans la régulation émotionnelle seraient associées à des plus bas niveaux de bien-être subjectif et de qualité de vie (Mikolajczak et al., 2020 ; Saxena et al., 2011). En effet, lorsque le processus émotionnel est perturbé, il impacterait négativement et significativement la santé mentale (dépression, angoisses, phobies, burnout), physique (asthme, diabète, cancers, maladies gastro-intestinales et cardiovasculaires), les relations sociales, les affects négatifs et la satisfaction de vie (Mikolajczak et al., 2020 ; Saxena et al., 2011). Les composantes les plus impliquées dans cette relation seraient l'identification et la description des émotions, la clarté émotionnelle, l'accès limité aux stratégies de régulation, la difficulté à s'engager dans des comportements dirigés vers un but en présence d'émotions négatives et la non-acceptation des réponses émotionnelles (Saxena et al., 2011).

La perturbation de la conscience émotionnelle a également été mise en évidence dans des diagnostics de troubles physiques (comme les douleurs chroniques) et psychologiques (comme l'anxiété et les troubles alimentaires) qu'elle favoriserait (Da Costa Silva et al., 2022).

Plus spécifiquement, disposer d'un haut niveau de conscience émotionnelle trait serait associé à des traits adaptés (habileté empathique, habileté à reconnaître les émotions, ouverture à l'expérience, moindre impulsivité, sens du bien-être), alors qu'un moindre niveau serait associé aux troubles alimentaires, de TSPT, de la personnalité borderline, à la dépression et au style d'attachement désorganisé (Smith et al., 2017).

Améliorer la conscience émotionnelle

Selon le modèle de Lane et Schwartz (1987), l'habileté à reconnaître ses émotions et à les décrire est une habileté cognitive qui se développe et qui consiste à rendre conscient ce que nous ressentons. Divers éléments reconnus comme contribuant à l'amélioration de la conscience émotionnelle sont développés ci-dessous.

Selon Inwood et Ferrari (2018), la compassion envers soi-même, définie comme l'acceptation sans jugement de sa propre souffrance, constituerait une compétence transdiagnostique, c'est-à-dire qu'elle jouerait un rôle clé dans de nombreux troubles psychologiques, indépendamment de leur nature spécifique. Cette aptitude faciliterait une régulation émotionnelle adaptative, qui jouerait un rôle clé dans le maintien de la santé mentale (Inwood et Ferrari, 2018). Les troubles du stress post-traumatique et la dépression, caractérisés par un évitement expérientiel, seraient incompatibles avec la compassion envers soi (Inwood et Ferrari, 2018). La diminution de l'évitement expérientiel par la compassion envers soi permettrait alors la guérison des impacts traumatiques et autres symptômes de santé mentale (Inwood et Ferrari, 2018 ; Van Der Kolk et al., 2014).

Une autre étude réalisée par Bernstein et ses collaborateurs (2020) a mis en avant qu'un atelier unique axé sur l'augmentation de la conscience et la régulation émotionnelle (psychoéducation, discussion et pratique supervisée) permettrait la réduction des symptômes de dépression et de neuroticisme, de l'évitement et de la suppression émotionnelle tout en augmentant l'utilisation de la réévaluation cognitive.

Au-delà du fait de réduire les émotions négatives, il paraît intéressant d'entretenir les émotions positives (Mikolajczak et al., 2020). La méditation de pleine conscience fait partie des outils qui permettraient l'amélioration du bien-être, découlant sur une meilleure gestion du stress et de diverses maladies (Mikolajczak et al., 2020). Dans le même sens, Quoidbach et ses

collaborateurs (2010) ont mis en évidence que le fait de porter son attention sur le moment présent serait une des stratégies efficaces pour augmenter les affects positifs, alors que la distraction les diminuerait. Cependant, ce serait la diversité des stratégies de régulation qui serait bénéfique (Quoidbach et al., 2010).

La pratique du yoga

Définition

Le yoga est une pratique aux multiples origines teintée par les traditions et périodes historiques au cours desquelles elle s'est développée (Mallinson et Singleton, 2020). Les principales sources reprises dans ce livre sont brahmaniques, bouddhiques, tantriques ou issues du hatayoga (Mallinson et Singleton, 2020).

Les textes anciens considèrent le yoga comme un but à atteindre au moyen d'une pratique (Mallinson et Singleton, 2020). Ce but à atteindre est considéré différemment selon les doctrines : il peut s'agir d'acquérir divers pouvoirs surnaturels, d'atteindre la libération, l'état d'équanimité, d'union ou encore de séparation entre le principe spirituel et matériel (Mallinson et Singleton, 2020). Dans cette optique, le but peut être atteint grâce à diverses méthodes appelées « auxiliaires du yoga » (Mallinson et Singleton, 2020). Toujours selon ces mêmes auteurs, de nombreuses classifications des auxiliaires du yoga existent, mais les plus répandues contiennent six à huit auxiliaires dont les principales sont :

- La posture : « Dans le yoga ancien, le terme *āsana* désigne un siège ou bien une façon de s'asseoir [permettant la stabilité et la libération du souffle]. Il prend ensuite le sens de toute posture corporelle, voire de mouvements physiques dynamiques répétés » (Mallinson et Singleton, 2020).
- Le contrôle du souffle « est au centre de la pratique du yoga depuis les plus anciennes descriptions » (Mallinson et Singleton, 2020). Dans les textes anciens, il est pratiqué de manière préliminaire pour se purifier via des cycles inspiratoires et expiratoires alternés par la narine gauche et la narine droite. Une fois purifié, le yogi peut pratiquer la rétention du souffle ou le déplacement du souffle dans son corps lui permettant d'atteindre divers objectifs (la libération, l'éruption, devenir Śiva, etc.).
- Les sceaux yogiques : « un sceau yogique (*mudrā*) est une méthode de manipulation du souffle et des autres énergies vitales » (Mallinson et Singleton, 2020). Cette méthode a pour objectif de « faire entrer le souffle dans le canal central et à l'y faire monter, ainsi

qu'à contrôler la semence (*bindu*) dont la préservation est considérée comme la technique essentielle pour allonger la vie et empêcher la mort » (Mallinson et Singleton, 2020).

- Les mantras sont une « émission orale de formules » (Mallinson et Singleton, 2020) dont la plus connue est la syllabe « om ». Cette pratique permettrait d'atteindre des objectifs dans le monde (comme l'élimination des cheveux gris ou des rides) ou le salut (comme la libération des cycles de renaissance ou une renaissance favorable).
- Le retrait, la fixation et la méditation sont trois auxiliaires qui « peuvent être considérées comme formant une même pratique continue, menant le yogi à la libération (...) ou à l'acquisition de pouvoirs extraordinaires (...) ». Le retrait est généralement une phase initiale dans laquelle l'esprit se détourne de son engagement habituel dans le monde sensible et observe ses fonctions cognitives de façon isolée. Ensuite, en attachant l'esprit à un objet réel ou imaginé, la fixation affine la clarté de la perception. Il en résulte un flux de conscience focalisée ne requérant plus aucun effort, ou bien un contrôle complet de soi-même (...) : la méditation » (Mallinson et Singleton, 2020).
- *Samādhi* est considérée comme la plus aboutie des pratiques de méditation mais peut également être synonyme de l'état de yoga en lui-même (Mallinson et Singleton, 2020).

De nos jours, le yoga est le plus souvent considéré comme une pratique et non plus comme un but à atteindre (Mallinson et Singleton, 2020). Il en existe de nombreuses formes telles que le hatha yoga, le vinyasa yoga, le kundalini yoga... Quelle que soit la forme de yoga pratiquée, trois composantes principales sont présentes : la respiration, les postures et la méditation de pleine conscience (Van Der Kolk et al., 2014). Ce sont ces trois composantes que nous allons décrire sous l'angle occidental dans les paragraphes qui suivent.

Intérêt du yoga en santé mentale

La composante « méditation de pleine conscience »

La méditation de pleine conscience, telle que déjà définie dans la première section, exercerait une influence positive sur de nombreux troubles psychiatriques, psychosomatiques et symptômes liés au stress comme l'anxiété, la dépression, la douleur chronique, la fonction immunitaire, la pression sanguine et le niveau de cortisol (Van Der Kolk et al., 2014). Il y aurait également une moindre association entre pratique de la méditation de pleine conscience et la présence d'émotions négatives et d'inquiétude (Van den Hurk et al., 2011). Van den Hurk et ses collaborateurs (2011) mettent également en évidence qu'il existerait une association entre

la pratique de la méditation de pleine conscience avec des niveaux plus élevés de curiosité, d'affects positifs et de réceptivité aux nouvelles expériences.

Sur un continuum, à l'opposé de la pleine conscience se trouve l'évitement expérientiel. Hayes et ses collaborateurs (2004) ont découvert que de plus hauts niveaux d'évitement expérientiel seraient liés à de plus hauts niveaux de psychopathologie générale, de dépression, d'anxiété, de phobie, de traumatisme et à une qualité de vie plus basse.

Dans leur étude menée auprès de jeunes policiers, Williams et ses collaborateurs (2010) ont mis en avant deux variables qui constitueraient des clés pour le bien-être et la santé mentale : la capacité à identifier les sentiments et la pratique de la pleine conscience. La compétence de pleine conscience prédirait une réduction de l'évitement expérientiel, alors que les compétences d'identification des émotions prédiraient la santé mentale, caractérisée dans cette étude par des niveaux moindres de symptômes dépressifs.

Selon Van den Hurk et ses collaborateurs (2011), ces mêmes compétences d'identification (décrire, étiqueter et nommer) favoriseraient la pleine conscience et permettraient une meilleure régulation de soi. L'habileté d'acceptation sans jugement serait une compétence clé pour améliorer le bien-être en médiant la relation entre la pleine conscience et le neuroticisme, l'anxiété et la dépression (Kohls et al., 2009 ; Van den Hurk et al., 2011).

De leur côté, Hilton et ses collaborateurs (2017) ont décrit la méditation (comportant du yoga, de la méditation pleine conscience et des programmes de répétition de mantra) comme complémentaire aux soins standards dans la réduction globale des symptômes de TSPT et de dépression. Il y aurait des effets positifs, mais non statistiquement significatifs, sur la qualité de vie et les symptômes d'anxiété. Ils ne mettent pas en évidence d'approche à favoriser ni d'effet lié à l'intensité de l'intervention ou au type de trauma.

En revanche, Waelde et ses collaborateurs (2008) ont découvert des effets positifs de la méditation sur les symptômes d'anxiété et de TSPT (reviviscences, hypervigilance et anxiété) mais il n'y aurait aucun changement concernant la dépression. L'hypothèse des auteurs concernait le fait que les personnes continuaient à vivre dans un environnement sinistré agissant comme stressor. Dans cette étude, les résultats étaient corrélés au nombre de minutes de pratique par jour.

La composante « respiration »

Une seconde composante du yoga est la respiration. Selon Telles et ses collaborateurs (2014) il existerait deux types de respiration. D'une part, la respiration métabolique qui assurerait notre survie. D'autre part, la respiration comportementale qui serait influencée par différents facteurs internes et externes. La respiration est reconnue par ces mêmes auteurs comme un mécanisme de haut en bas (le cortex étant relié aux neurones de la respiration, l'activité corticale peut impacter la respiration métabolique) et de bas en haut (un manque d'air est relié à une activité accrue dans les systèmes (para)limbiques).

La respiration proposée dans le yoga est lente, profonde et diaphragmatique (Telles et al., 2014). La modulation de la respiration permettrait la synchronisation des éléments neuronaux du cœur, des poumons, du système limbique et du cortex, ce qui permettrait une diminution de l'activité métabolique telle que rencontrée dans l'activation parasympathique (Jerath et al., 2006). Elle régulerait donc le système nerveux autonome en augmentant l'activité parasympathique et en diminuant l'activité sympathique via son action sur le nerf vague (Telles et al., 2014 ; Van Der Kolk et al., 2014). La respiration profonde agirait ainsi également sur les sécrétions hormonales en réduisant le taux de cortisol, le stress oxydatif tout en augmentant le taux de mélatonine (Telles et al., 2014).

Plus largement, la respiration proposée dans le yoga peut également être nasale. Si des informations olfactives sont ainsi perçues, elles se dirigeraient vers les zones limbiques et influenceraient les émotions (Telles et al., 2014). La respiration proposée dans le yoga inclut également la conscience du mouvement de l'air dans les voies nasales, cela favoriserait l'intéroception telle que décrite dans la section précédente (Telles et al., 2014).

La composante « postures »

Les postures seraient moins étudiées mais pourraient aider les individus à observer et tolérer les sensations physiques (Van Der Kolk et al., 2014). Dans le contexte du traumatisme, cette tolérance corporelle favoriserait la dissociation entre les réactions physiques actuelles et les émotions associées à des agressions passées, réduisant ainsi l'impact des souvenirs traumatiques (Van Der Kolk et al., 2014).

Rosenbaum et ses collaborateurs (2015) ont réalisé une étude démontrant que les exercices physiques de type yoga, aérobique et musculation pourraient réduire les symptômes de TSPT pris dans leur ensemble et de dépression chez les personnes atteintes de TSPT.

En ce qui concerne l'activité physique hors du domaine du yoga, Bendau et ses collaborateurs (2023) n'ont établi aucun lien entre l'activité physique et la qualité de vie au travail. La majorité des psychologues atteignaient le niveau minimum d'activité physique recommandé par l'organisation mondiale de la santé. Leur satisfaction de compassion était élevée en moyenne. Les niveaux d'épuisement professionnel et de stress traumatique secondaire étaient faibles à modérés. De faibles corrélations négatives ont été trouvées. Chez les psychologues en formation, l'inactivité physique serait liée à une moindre satisfaction de compassion. Chez les psychologues cliniciens, plus d'activité physique serait associée à moins de symptômes d'épuisement professionnel.

Le yoga dans sa globalité

De nombreuses études et notamment des méta-analyses ont étudié le sujet du yoga. Elles tendent à mettre en évidence des effets faibles à modérés qui permettraient de recommander la pratique du yoga en complément des prises en soin habituelles dans des populations de patients atteints de TSPT (Gallegos et al., 2017 ; Hilton et al., 2017 ; Rosenbaum et al., 2015 ; Zhu et al., 2022). La pratique d'activités telles que le yoga et l'entraînement à la pleine conscience aurait, par ailleurs, démontré son efficacité dans la réduction de différentes pathologies mentales dont les symptômes de stress post-traumatique (Gallegos et al., 2017 ; Hilton et al., 2017).

Zhu et ses collaborateurs (2022) identifient les impacts positifs du yoga dans différents domaines. Sur le plan psychologique, il favoriserait l'exposition et la désensibilisation aux indices internes d'excitation, améliorerait la fonction cognitive, réduirait le stress et renforcerait la qualité de vie. Sur le plan neurophysiologique, le yoga agirait sur l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, stimulerait le nerf vague, favoriserait la neuroplasticité grâce aux aspects moteurs et réduirait les marqueurs inflammatoires. Ces mécanismes sont mis en évidence chez les patients atteints de TSPT, avec ou sans symptômes dépressifs ou anxieux à qui ils ont proposé des activités de type tai chi, qi gong, yoga ou méditation.

L'étude de Trent et ses collaborateurs (2018) met en évidence les effets du yoga chez les professionnels de première ligne (éducation, santé, services sociaux, services correctionnels). Un programme de yoga résidentiel de 5 jours a été proposé. Les effets bénéfiques ont été observés sur le stress, la résilience, les affects positifs et négatifs, la pleine conscience, l'autonomisation, la vitalité et la qualité du sommeil. Ces effets persistent 2 mois après l'expérience.

Sun et ses collaborateurs (2021), dans leur méta-analyse, soulignent que la thérapie cognitivo-comportementale et le stretching basé sur la pleine conscience et les exercices de respiration profonde ont montré les effets les plus significatifs, comparativement aux entraînements à la résilience, dans le traitement des professionnels de santé atteints de TSPT.

Dans un environnement extrême, d'une équipe d'hivernage en Antarctique, l'étude de Nirwan et ses collaborateurs (2020) démontre les effets d'une pratique quotidienne du yoga, comparativement à un groupe qui ne le pratique pas. Cette pratique permettrait une augmentation des scores de résilience, une diminution de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui diminue à son tour la production de cortisol et du marqueur de stress oxydatif. Par ailleurs, une augmentation de l'activité du lobe frontal et du tonus vagal qui permettrait une meilleure gestion de la sérotonine et du BDNF (permettant la plasticité cérébrale) a également été constatée.

De plus, dans une population de femmes souffrant de TSPT résistant aux traitements classiques, un programme de yoga de 10 semaines a permis une réduction significative des symptômes avec des tailles d'effet comparables à celles observées dans les recherches psychothérapeutiques et psychopharmacologiques. Le yoga améliorerait la tolérance aux sensations physiques et sensorielles associées à la peur et à l'impuissance, la tolérance aux affects et renforcerait la conscience émotionnelle (Van Der Kolk et al., 2014).

Des études qualitatives mettent également en avant des bénéfices comme de meilleures habiletés de régulation émotionnelle, une prise de conscience accrue des besoins personnels, une meilleure capacité à s'accepter et à prendre soin de soi, une amélioration des relations interpersonnelles, un sens renouvelé de contrôle et d'espoir sur leur propre vie, ainsi qu'un renforcement de la compassion et de la gratitude (West et al., 2017).

Dans la continuité, Cocchiara et ses collaborateurs (2019) documentent l'efficacité que pourrait avoir le yoga pour la prévention et la prise en charge des troubles musculosquelettiques et psychologiques, notamment la diminution des niveaux de stress et de burnout. Cette possibilité de réduction de l'expérience de burnout via la pratique du yoga chez les infirmières est également documentée par l'étude exploratoire d'Alexander et ses collaborateurs (2015). Cependant, le rapport d'évaluation des technologies de la santé de Schröter et al. (2024) relève que le yoga en tant que thérapie pourrait avoir des effets sur le burnout mais que les résultats actuels restent inconsistants.

Selon l'étude de Tihanyi et al. (2016) la conscience corporelle constituerait un médiateur entre le yoga et le bien-être psychologique. Neukirch et ses collaborateurs (2018) soulignent l'importance de la conscience intéroceptive, soit la capacité à percevoir les sensations internes du corps (battements cardiaques, faim, sensations du système nerveux autonome), comme mécanisme clé dans l'efficacité du yoga pour traiter les traumatismes. La neuroimagerie révèle une diminution de l'activation des aires cérébrales liées à la conscience intéroceptive chez les personnes traumatisées (Neukirch et al., 2018). L'amélioration de cette conscience grâce au yoga serait associée à une meilleure régulation émotionnelle, à une diminution des symptômes psychiatriques et à une qualité de vie accrue (Neukirch et al., 2018).

Les effets du yoga sembleraient dépendre de la fréquence et de la durée de la pratique. Une corrélation positive a été trouvée entre la régularité des séances et la réduction durable des symptômes de TSPT et de dépression (Neukirch et al., 2018). Taylor et ses collaborateurs (2020a) recommandent des interventions de 8 à 9 semaines avec un minimum d'une session d'une heure par semaine.

QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

L'objectif de cette recherche est d'observer dans quelle mesure la pratique du yoga par les psychologues cliniciens agit comme facteur protecteur de la détresse du psychologue et, plus précisément, du maintien de la qualité de vie professionnelle. La question de recherche qui en découle est : « La pratique du yoga contribue-t-elle au maintien de la qualité de vie professionnelle chez les psychologues cliniciens en améliorant la conscience corporelle et la conscience émotionnelle ? »

Première hypothèse

Comme nous avons pu le décrire lorsque nous avons abordé les facteurs protecteurs, disposer d'une conscience de soi émotionnelle diminuerait le risque de développer différentes pathologies liées au travail (Killian, 2008 ; Pirelli et al., 2020). Par ailleurs, Trent et ses collaborateurs (2018) ont mis en évidence les bénéfices qu'un programme de yoga pourrait avoir sur la pleine conscience évaluée grâce au « Five Facets Mindfulness Questionnaire » de Baer et ses collaborateurs (2008) qui comporte des items évaluant la pleine conscience émotionnelle. Cependant, seul le résultat global a été considéré dans les analyses. Nous n'avons trouvé aucun article précisant l'impact du yoga sur la pleine conscience émotionnelle.

Ces constats nous amènent à notre première hypothèse qui postule que les psychologues cliniciens qui pratiquent le yoga obtiendront un score de conscience émotionnelle plus élevé que ceux qui ne le pratiquent pas.

Deuxième hypothèse

Parallèlement à la première hypothèse, la conscience émotionnelle est décrite comme une sous-composante de la conscience corporelle par Da Costa Silva et ses collaborateurs (2022). De plus, la conscience corporelle est également décrite comme la première des quatre habiletés nécessaires à un processus émotionnel sain, facteur protecteur de la détresse du psychologue (Brillon, 2021 ; Lane et Schwartz, 1987). Par ailleurs, l'étude de Tihanyi et ses collaborateurs (2016) renseigne la conscience corporelle comme médiateur entre le yoga et le bien-être psychologique.

Ces constats nous amènent à notre seconde hypothèse qui postule que les psychologues cliniciens qui pratiquent le yoga obtiendront un score de conscience corporelle plus élevé que ceux qui ne le pratiquent pas.

Troisième hypothèse

La pleine conscience serait impliquée dans la manière dont les cliniciens gèrent le stress lié au travail, jouant un rôle protecteur contre la fatigue de compassion (Turgoose et Maddox, 2017). L'application d'un programme de yoga et de pleine conscience chez les travailleurs sociaux mettrait un terme à la diminution du score de satisfaction de compassion (Gregory, 2015), alors qu'une autre étude suggère que la pratique du yoga permettrait d'augmenter le score de cette dernière (Taylor et al., 2020b).

De plus, la diminution continue de la satisfaction de compassion serait en corrélation directe avec une augmentation du burnout (Gregory, 2015) et la pratique du yoga réduirait le burnout (Taylor et al., 2020b).

La pratique d'activités corps-esprits, dont le yoga et l'entraînement à la pleine conscience, pourrait par ailleurs être efficace dans la réduction de différentes pathologies dont les symptômes de stress post-traumatique (Gallegos et al., 2017 ; Hilton et al., 2017).

Ces constats nous amènent à notre troisième hypothèse qui postule que les psychologues cliniciens qui pratiquent le yoga présenteront une qualité de vie professionnelle plus élevée que ceux qui ne le pratiquent pas. Cette différence se manifestera par un score de satisfaction de compassion plus élevé, ainsi que par des scores de burnout et de stress traumatique secondaire plus faibles chez les pratiquants.

MÉTHODE

Participants

Les participants étaient soumis à un critère d'inclusion qui était d'être psychologue clinicien en fonction. Un autre critère - non-exclusif - était de pratiquer le yoga. Parmi ceux qui pratiquent le yoga, nous avons retenu ceux qui ont une pratique actuelle régulière (c'est-à-dire un minimum d'une heure de pratique par semaine depuis au moins 8 semaines) suivant les recommandations de la méta-analyse de Taylor et al. (2020a). Parmi ceux qui ne pratiquent pas le yoga, nous avons retenu ceux qui n'ont jamais pratiqué le yoga ou ceux qui le pratiquent de manière occasionnelle (1 fois ou moins par mois).

Afin de déterminer la taille de l'échantillon nécessaire, un calcul de puissance a été réalisé à l'aide du programme G*Power. Dans l'objectif d'une comparaison de 2 groupes indépendants un test t sera utilisé, les paramètres de base sont choisis pour les autres données, c'est-à-dire une taille d'effet de .5, $p = .05$ et une puissance de .95. La taille de l'échantillon nécessaire est de 176 participants afin de les répartir en deux groupes de 88.

Questionnaires

Pour récolter les réponses, un questionnaire en ligne a été créé. La diffusion de ce questionnaire a été réalisée via des affiches, par voie numérique et en version papier après validation par le comité éthique de la faculté de psychologie, logopédie et sciences de l'éducation.

D'une part, les affiches numériques ont été diffusées sur les réseaux sociaux et par courriel. Entre autres, aux unions professionnelles et de yoga, aux coordinateurs des psychologues de première ligne, aux centres PMS, aux centres de santé mentale et aux institutions de soins en Belgique et à leurs équivalents suisses, canadiens et français. D'autre part, les affiches en version papier ont été diffusées à des professeurs de yoga et à notre réseau privé.

Le questionnaire en ligne se composait de plusieurs parties décrites ci-dessous.

Questionnaire socio-démographique

Dans cette première partie, les questions portaient sur le pays de résidence, le sexe et l'âge. Ensuite, les questions visaient à nous assurer que la population recrutée correspondait bien à des psychologues cliniciens en activité et à définir leur activité (durée, type de pratique,

population rencontrée). Par la suite, les questions portaient sur la pratique du yoga (la durée, la fréquence, le type de pratique). Finalement, les dernières questions investiguaient la pratique d'autres activités ou loisirs car certains types d'activités permettent également de développer les habiletés de pleine conscience évaluées dans cette étude et ont un impact positif sur la santé mentale.

Échelle de la qualité de vie des professionnels ProQOL (Stamm, 2009)

Ce questionnaire auto-rapporté est composé de 30 items permettant de mesurer la qualité de vie des professionnels de l'aide (santé, santé mentale, travailleurs sociaux...). Il comprend une dimension générale de la qualité de vie professionnelle et 3 sous-dimensions : la satisfaction de compassion qui découle du fait d'être capable de réaliser son travail correctement (par exemple: « je ressens de la satisfaction à pouvoir aider les autres »), le stress traumatique secondaire qui reprend les problèmes rencontrés à la suite d'une exposition aux histoires traumatiques (par exemple: « je sursaute ou je suis surpris par des bruits inattendus ») et le burnout qui est associé au sentiment de désespoir et aux difficultés à réaliser son travail (par exemple: « je me sens pris au piège par mon travail d'aide »). Le participant répond à chaque item grâce à une échelle de Likert allant de 1 (jamais) à 5 (très souvent) (Geoffrion et al., 2019).

Concernant l'interprétation des scores, plus le score est élevé aux facteurs « burnout » (scores seuils < 23 et > 41) et « stress traumatique secondaire » (score seuil > 41), plus la personne est à risque de présenter des difficultés dans sa vie professionnelle. Plus le score est faible au facteur « satisfaction de compassion » (score seuil < 23), plus la personne est à risque de présenter des difficultés dans sa vie professionnelle (Stamm, 2009).

Concernant la fidélité, la consistance interne est très bonne pour les sous-dimensions ($\Omega = .84$ pour le burnout, $\Omega = .88$ pour le stress traumatique secondaire, $\Omega = .94$ pour la satisfaction de compassion) et pour le score global ($\Omega = .94$) (Geoffrion et al., 2019).

Concernant la validité convergente, la dimension générale ainsi que la sous-dimension « satisfaction de compassion » entretiennent des corrélations moyennes à fortes et positives avec les échelles de bien-être au travail ($r = .55$ à $r = .71$) ; des corrélations moyennes-faibles négatives avec la détresse au travail ($r = .35$ à $r = .68$) et avec la liste de contrôle du trouble de stress post-traumatique ($r = -.43$ à $r = -.14$) ; l'inverse est vérifié pour les sous-dimensions « burnout » et « stress traumatique secondaire » (Geoffrion et al., 2019). La validité discriminante est soutenue par l'absence de corrélation entre l'ensemble des (sous-)dimensions de la ProQOL et la liste de contrôle des événements de la vie ($r = -.09$ à $r = .16$) (Geoffrion et al., 2019).

Questionnaire de l'intelligence émotionnelle basé sur les traits version courte TEIQue-SF (Petrides, 2009)

Ce questionnaire auto-rapporté est composé de 30 items permettant de mesurer les compétences de gestion émotionnelle. Il est composé d'un score total et de 4 facteurs : le bien-être qui s'étend des réalisations passées aux attentes pour le futur (par exemple: « dans l'ensemble, je suis une personne hautement motivée »), le contrôle de soi qui fait référence à la régulation des pressions ou impulsions qu'elles soient externes ou psychologiques (par exemple: « globalement, je suis capable de gérer le stress »), la sociabilité qui prend en compte les relations et influences sociales en mettant l'accent sur l'aspect interpersonnel (par exemple: « je m'y prend efficacement avec les gens ») et l'émotionnalité qui recouvre la perception des émotions, leur expression, l'empathie et les relations en mettant l'accent sur l'aspect interpersonnel également (par exemple: « je trouve souvent difficile de montrer de l'affection à ceux qui me sont proches »). Le participant répond à chaque item grâce à une échelle de Likert allant de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (tout à fait d'accord) (Laborde et al., 2016).

Concernant l'interprétation, plus le score est élevé, plus haut est le niveau d'intelligence émotionnelle (Laborde et al., 2016).

La validation de la version courte n'a pas été réalisée en français cependant elle l'a été en anglais. Concernant la version longue, elle a été validée en français et les items de la version courte en sont issus. Néanmoins, de fortes corrélations entre les deux versions ont été démontrées par Laborde et ses collaborateurs (2016) concernant les facettes et le score total. Pour cette raison, nous développerons les propriétés psychométriques de la version longue.

Concernant la fidélité, 16 facteurs ont une bonne voire excellente consistance interne pour les hommes et les femmes respectivement (estime de soi $\alpha = .79$ et $\alpha = .71$, expression des émotions $\alpha = .86$ et $\alpha = .89$, motivation $\alpha = .66$ et $\alpha = .74$, régulation émotionnelle $\alpha = .77$ et $\alpha = .79$, bonheur $\alpha = .91$ et $\alpha = .91$, empathie $\alpha = .59$ et $\alpha = .73$, compétences sociales $\alpha = .75$ et $\alpha = .75$, perception des émotions $\alpha = .74$ et $\alpha = .80$, gestion du stress $\alpha = .77$ et $\alpha = .81$, gestion des émotions $\alpha = .72$ et $\alpha = .75$, optimisme $\alpha = .83$ et $\alpha = .81$, assurance $\alpha = .75$ et $\alpha = .74$, bien-être $\alpha = .91$ et $\alpha = .91$, contrôle de soi $\alpha = .85$ et $\alpha = .87$, émotionnalité $\alpha = .86$ et $\alpha = .90$, sociabilité $\alpha = .86$ et $\alpha = .87$), trois ont une consistance interne faible pour les hommes et les femmes respectivement (impulsivité $\alpha = .66$ et $\alpha = .64$, habiletés relationnelles $\alpha = .68$ et $\alpha = .59$, adaptabilité $\alpha = .69$ et $\alpha = .67$); le score total présente également une excellente validité interne ($\alpha = .94$ et $\alpha = .95$) (Mikolajczak et al., 2007).

Concernant la validité convergente, ce questionnaire est hautement corrélé à l'optimisme, cela serait surtout lié à la haute corrélation entre l'optimisme et le facteur bien-être du TEIQue ($r = .81$). L'alexithymie est négativement corrélée au TEIQue, le facteur du TEIQue le plus corrélé à l'alexithymie est le facteur émotionalié ($r = -.66$) (Mikolajczak et al., 2007). Concernant la validité divergente, aucun des facteurs de ce questionnaire n'est corrélé au raisonnement non-verbal ($r = .00$ à $r = .13$) (Mikolajczak et al., 2007).

Évaluation multidimensionnelle de la conscience intéroceptive MAIA-2 (Da Costa Silva et al., 2022)

Ce questionnaire auto-rapporté est validé en français. Il est composé de 37 items permettant de mesurer la conscience corporelle intéroceptive dans une population non-clinique. Elle est composée d'un score total et de 8 facteurs : prise de conscience des sensations corporelles (in)confortables et neutres (par exemple: « lorsque je suis tendu(e), je perçois où la tension se situe dans mon corps »), distraction qui est la « tendance à ne pas ignorer ou à ne pas se distraire par rapport aux sensations de douleur ou d'inconfort » (par exemple: « je ne perçois pas ou j'ignore les tensions physiques ou l'inconfort jusqu'à ce qu'ils deviennent importants »), inquiétude qui est la « tendance à ne pas s'inquiéter ou à ne pas éprouver de détresse émotionnelle par rapport à des sensations de douleur ou d'inconfort » (par exemple: « lorsque je ressens une douleur physique, cela m'inquiète »), régulation attentionnelle qui est la « capacité à maintenir et à contrôler l'attention portée aux sensations corporelles » (par exemple: « je peux prêter attention à ma respiration sans être distrait(e) par ce qu'il se passe autour de moi »), conscience émotionnelle qui est la « conscience du lien entre les sensations corporelles et les états émotionnels » (par exemple: « lorsque je suis en colère, je perçois des changements dans mon corps »), autorégulation qui est la « capacité à réguler la détresse par l'attention portée aux sensations corporelles » (par exemple: « lorsque je me sens bouleversé(e), je peux retrouver le calme en moi »), écoute du corps qui permet « une meilleure compréhension de l'état interne » (par exemple: « mes sensations corporelles me renseignent sur mon état émotionnel ») et, finalement, confiance « et sûreté dans les expériences corporelles » (par exemple: « je me sens à l'aise dans mon corps ») (Da Costa Silva et al., 2022).

Concernant l'interprétation, plus le score est élevé meilleure est la conscience intéroceptive (Da Costa Silva et al., 2022).

Concernant la fidélité, la consistance interne est bonne pour les facteurs (prise de conscience $\alpha = .77$, distraction $\alpha = .71$, inquiétude $\alpha = .84$, régulation attentionnelle $\alpha = .89$, conscience émotionnelle $\alpha = .85$, autorégulation $\alpha = .85$, écoute du corps $\alpha = .77$, confiance $\alpha = .84$) pour les

facteurs, et très bonne pour le score total ($\alpha = .90$). La fidélité test-retest est bonne avec des corrélations interclasses variant de $r = .63$ à $r = .82$ pour les facteurs et le score total (Da Costa Silva et al., 2022).

Concernant la validité, la validité convergente est démontrée par des corrélations positives entre tous les facteurs (variant de $r = .16$ à $r = .58$) et le score total de la MAIA-2 et le score total de la FMI ($r = .64$) (Da Costa Silva et al., 2022). La validité discriminante quant à elle a été démontrée par des corrélations négatives entre le score total de la MAIA-2 et le score total de la TAS-20 ($r = -.50$) et la dimension neuroticisme du BFI-FR ($r = -.28$) (Da Costa Silva et al., 2022).

ANALYSES STATISTIQUES ET RÉSULTATS

Cette partie est consacrée à l'analyse des données. Nous avons utilisé le logiciel JAMOVI (version 2.3.28) afin de réaliser les statistiques descriptives et inférentielles.

Analyses descriptives

Cette section décrit l'échantillon obtenu. Tout d'abord, la figure 1 reprend le taux d'attrition des participants.

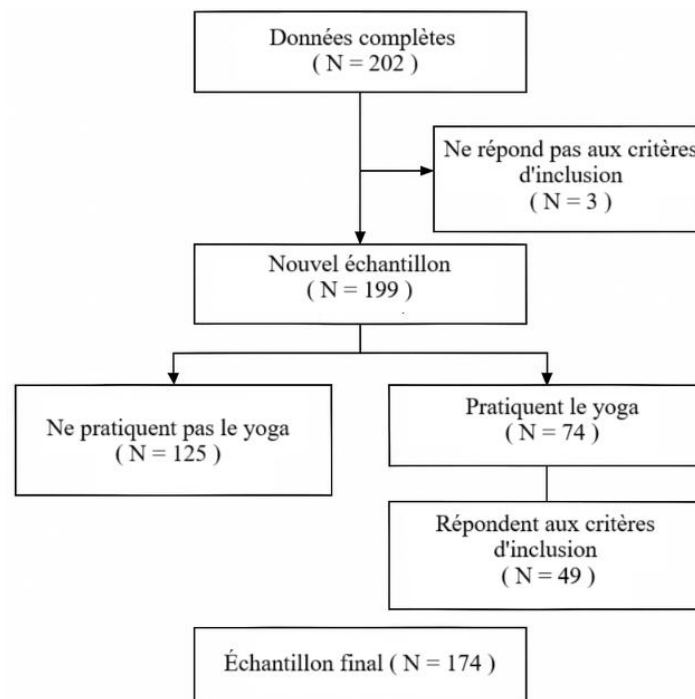


Fig. 1 : Taux d'attrition des participants.

Ensuite, le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des participants des deux groupes : les psychologues cliniciens ne pratiquant pas le yoga et ceux pratiquant le yoga. Le tableau 2 détaille quant à lui la pratique du yoga des participants concernés. Un tableau complémentaire est disponible en annexe 2. Il reprend les données sociodémographiques récoltées mais non-exploitées dans le cadre de ce travail.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants au sein des deux groupes d'échantillon.

	Non-pratiquants du yoga	Pratiquants du yoga
Répartition	N = 125	N = 49
Genre - Homme - Femme	N = 17 (13.7 %) N = 107 (86.3 %)	N = 5 (10.4 %) N = 43 (89.6 %)
Âge moyen (ET) - Minimum - Maximum	40.6 (±12.4) 23 74	42.3 (±11.3) 25 71
Nationalité - Belge - Français - Canadien - Luxembourgeois - Suisse - Autre (Néo-calédonien, Allemand)	N = 52 (41.6 %) N = 31 (24.8 %) N = 30 (24 %) N = 7 (5.6 %) N = 3 (2.4 %) N = 2 (1.6 %)	N = 9 (18.4 %) N = 8 (16.3 %) N = 28 (57.1 %) N = 2 (4.1 %) N = 2 (4.1%) N = 0
Années d'exercice professionnel moyen (ET) - Minimum - Maximum	13.8 (±11.8) 0 50	16.4 (±11.3) 1 44
Temps de travail - Temps plein - Temps partiel	N = 78 (62.4 %) N = 47 (37.6 %)	N = 31 (63.3 %) N = 18 (36.7 %)
Activités - Sport - Art - Sport et art - Aucune - Autres 1 activité (pleine conscience, culture, cuisine) 2 activités 3 ou + activités	N = 43 (34.4 %) N = 6 (4.8 %) N = 22 (17.6 %) N = 20 (16 %) N = 10 (8 %) N = 18 (14.4 %) N = 6 (4.8 %)	N = 9 (18.4 %) N = 6 (12.2 %) N = 13 (26.5 %) N = 4 (8.2 %) N = 2 (4.1 %) N = 7 (14.3 %) N = 8 (16.3 %)

Tableau 2 : Caractéristiques de la pratique du yoga chez les pratiquants.

	Pratiquants du yoga
Contexte	
- En groupe	N = 32 (65.3 %)
- Seul	N = 13 (26.5 %)
- Cours particulier	N = 2 (4.1 %)
- Autres	N = 2 (4.1 %)
Année de début moyenne (ET)	2018 (± 7.57)
- Minimum	1995
- Maximum	2025
Fréquence moyenne par semaine (ET)	2.71 (± 2.35)
- Minimum	1
- Maximum	12
Durée moyenne par séance (ET)	56.9 (± 22.6)
1. Minimum	15
2. Maximum	90

Analyses liées à la question de recherche

Dans cette section, les tests t de Student ont été utilisés lorsque les conditions de normalité et d'homogénéité des variances étaient respectées. Lorsque la condition de normalité était violée l'équivalent non-paramétrique a été utilisé, le test U de Mann-Whitney. Lorsque la condition d'homogénéité des variances n'était pas respectée, le test adapté de Welch a été utilisé. Ce dernier a également été utilisé lorsque les deux conditions étaient violées.

Chaque analyse a pris en compte l'unilatéralité des hypothèses. De plus, l'option d'exclusion automatique des données manquantes a été utilisée.

Étant donné que nous avons privilégié des comparaisons multiples plutôt qu'une MANOVA, des corrections de Bonferroni ont été appliquées. Celles-ci diminuant la puissance des tests réalisés, nous souhaitons quantifier la puissance réelle de nos analyses. Pour cela, nous avons réalisé un calcul de puissance post-hoc à l'aide du logiciel G*Power (version 3.1) sur base de notre taille d'échantillon, de l'alpha corrigé spécifique à chaque hypothèse et des différentes tailles d'effet.

Test de la première hypothèse

Pour rappel, la première hypothèse postule que les psychologues cliniciens qui pratiquent le yoga obtiendront un score de conscience émotionnelle plus élevé que ceux qui ne le pratiquent pas. Cette différence se manifestera par des scores plus élevés à chaque facteur et au score total de la TEIQue-SF.

Comme cinq comparaisons ont été effectuées, la correction de Bonferroni pour comparaisons multiples a été appliquée. Dans cette situation, la valeur p doit être inférieure ou égale à .01 pour que les résultats soient interprétés comme significatifs.

Tableau 3 : Tests t pour échantillons indépendants.

Variable	Test	Statistique	DI	p	Taille de l'effet
Bien-être	U de Mann-Whitney	3462		.001*	0.252
Autocontrôle	U de Mann-Whitney	3694		.009*	0.201
Émotionnalité	U de Mann-Whitney	4187		.132	0.095
Sociabilité	t de Welch	-0.447	178	.328	-0.064
Total	U de Mann-Whitney	3854		.025	0.167

Tableau 3 : tests t pour la comparaison de la conscience émotionnelle entre le groupe pratiquant le yoga et le groupe ne pratiquant pas le yoga. $H_0: \mu_{\text{non}} < \mu_{\text{oui}}$ (μ_{non} représentant le groupe ne pratiquant pas le yoga, μ_{oui} représentant le groupe pratiquant le yoga). * : $p \leq .01$. La puissance réelle de cette analyse à détecter des petits effets est très faible (.13), des effets moyens est moyenne (.73) et des grands effets est très élevée (.99).

Deux résultats ressortent statistiquement significatifs de cette analyse. Le premier est le facteur bien-être ($U = 3462$, $p = .001$, $r = .25$). Le second est le facteur autocontrôle ($U = 3694$, $p = .009$, $r = .20$). Tous deux présentent des petites tailles d'effet indiquées par la corrélation entre rangs bisériés. L'ensemble des tailles d'effet indiquées par les corrélations entre rangs bisériés et le d de Cohen sont faibles à très faibles. Ces résultats infirment partiellement la première hypothèse. Pour plus de précision, les statistiques descriptives liées à cette analyse ont été placées en annexe 3.

Test de la deuxième hypothèse

Pour rappel, la deuxième hypothèse postule que les psychologues cliniciens qui pratiquent le yoga obtiendront un score de conscience corporelle plus élevé que ceux qui ne le pratiquent pas. Cette différence se manifestera par des scores plus élevés pour chaque facteur et le score total de la MAIA-2.

Comme neuf comparaisons ont été effectuées, la correction de Bonferroni pour comparaisons multiples a été appliquée. Dans cette situation, la valeur p doit être inférieure ou égale à .0056 pour que les résultats soient interprétés comme significatifs.

Tableau 4 : Tests t pour échantillons indépendants.

Variable	Test	Statistique	DI	p	Taille de l'effet
Prise de conscience	t de Welch	-5.540	188	< .001 *	-0.781
Distraction	t de Student	-4.238	197	< .001 *	-0.622
Inquiétude	t de Welch	-0.710	178	0.239	-0.101
Régulation attentionnelle	t de Welch	-6.398	196	< .001 *	-0.870
Conscience émotionnelle	t de Welch	-4.991	184	< .001 *	-0.707
Autorégulation	t de Welch	-6.095	191	< .001 *	-0.855
Écoute du corps	t de Welch	-5.924	195	< .001 *	-0.803
Confiance	t de Welch	-4.997	183	< .001 *	-0.665
Total	t de Welch	-7.422	197	< .001 *	-1.023

Tableau 4 : tests t pour la comparaison de la conscience corporelle entre le groupe pratiquant le yoga et le groupe ne pratiquant pas le yoga. $H_0: \mu_{\text{non}} < \mu_{\text{oui}}$ (μ_{non} représentant le groupe ne pratiquant pas le yoga, μ_{oui} représentant le groupe pratiquant le yoga). * : $p \leq .0056$. La puissance réelle de cette analyse à détecter des petits effets est très faible (.09), des effets moyens est moyenne (.66) et des grands effets est très élevée (1).

Huit résultats ressortent statistiquement significatifs de cette analyse. Il s'agit des facteurs prise de conscience, distraction, régulation émotionnelle, conscience émotionnelle, autorégulation, écoute du corps, confiance et du score total. Pour ceux-ci, les tailles d'effets indiquées par le d de Cohen varient de moyennes à très grandes. Ces résultats soutiennent l'hypothèse 2, bien que le facteur « inquiétude » ne soit pas statistiquement significatif et présente une très petite taille d'effet selon le d de Cohen. Pour plus de précision, les statistiques descriptives liées à cette analyse ont été placées en annexe 4.

Test de la troisième hypothèse

Pour rappel, la troisième hypothèse postule que les psychologues cliniciens qui pratiquent le yoga présenteront une qualité de vie professionnelle plus élevée que ceux qui ne le pratiquent pas. Cette différence se manifestera par un score de satisfaction de compassion plus élevé, ainsi que par des scores de burnout et de stress traumatique secondaire plus faibles chez les pratiquants.

Comme trois comparaisons ont été effectuées, la correction de Bonferroni pour comparaisons multiples a été appliquée. Dans cette situation, la valeur p doit être inférieure ou égale à .0167 pour que les résultats soient interprétés comme significatifs.

Tableau 5 : Tests t pour échantillons indépendants.

Variable	Test	Statistique	p	Taille de l'effet
Satisfaction de compassion	U de Mann-Whitney	4301	.205	0.070
Burnout	U de Mann-Whitney	3654	.007 *	0.210
Stress traumatique secondaire	U de Mann-Whitney	4547	.579	0.017

Tableau 5 : tests t pour la comparaison de la qualité de vie professionnelle entre le groupe pratiquant le yoga et le groupe ne pratiquant pas le yoga. $H_0 \mu_{\text{non}} < \mu_{\text{oui}}$ pour la satisfaction de compassion et $H_0 \mu_{\text{oui}} < \mu_{\text{non}}$ pour le burnout et le stress traumatique secondaire (μ_{non} représentant le groupe ne pratiquant pas le yoga, μ_{oui} représentant le groupe pratiquant le yoga). * : $p \leq .0167$ La puissance réelle de cette analyse à détecter des petits effets est très faible (.17), des effets moyens est moyenne à élevée (.79) et des grands effets est très élevée (1).

Un résultat ressort statistiquement significatif de cette analyse. Il s'agit du facteur burnout ($U = 3654$, $p = .007$, $r = .21$), avec une petite taille d'effet indiquée par la corrélation entre rangs bisériés. Les autres facteurs, satisfaction de compassion et stress traumatique secondaire, présentent des très petites tailles d'effet selon la corrélation entre rangs bisériés. Ces résultats infirment partiellement l'hypothèse 3. Pour plus de précision, les statistiques descriptives liées à cette analyse ont été placées en annexe 5.

Analyses exploratoires

Afin d'approfondir les résultats, des corrélations exploratoires ont été réalisées au sein du groupe pratiquant le yoga. Les relations entre variables ont été analysées à l'aide des nuages de points. Ceux-ci démontraient des relations non-linéaires entre les différentes variables. C'est pourquoi l'équivalent non-paramétrique du test de Pearson a été appliqué, le test de Spearman. Le seuil de significativité $p < .05$ a été choisi. Le test d'hypothèse bilatéral a été choisi afin de permettre une exploration plus large.

Premièrement, nous nous sommes demandé si le temps de travail était lié au risque de burnout au sein de cette population (tableau 6).

Tableau 6 : matrice de corrélation de Spearman.

		Temps de travail
Burnout	Rho de Spearman	0.069
	Ddl	47
	Valeur p	0.639

Tableau 6 : test de Spearman pour explorer le lien entre les variables « temps de travail » et « burnout » au sein du groupe pratiquant le yoga.

Les résultats ne mettent en évidence aucune corrélation significative entre les deux variables.

Deuxièmement, nous nous sommes demandé si le nombre d'années de pratique professionnelle était lié au risque de burnout au sein de cette population (tableau 7).

Tableau 7 : matrice de corrélation de Spearman.

		Années d'exercice professionnel
Burnout	Rho de Spearman	0.005
	Ddl	45
	Valeur p	0.976

Tableau 7 : test de Spearman pour explorer le lien entre les variables « années d'exercice professionnel » et « burnout » au sein du groupe pratiquant le yoga.

Les résultats ne mettent en évidence aucune corrélation significative entre les deux variables.

Troisièmement, nous nous sommes demandé si le nombre d'années de pratique du yoga était lié au risque de burnout (tableau 8).

Tableau 8 : matrice de corrélation de Spearman.

		Années de pratique du yoga
Burnout	Rho de Spearman	-0.070
	Ddl	46
	Valeur p	0.637

Tableau 8 : test de Spearman pour explorer le lien entre les variables « années de pratique du yoga » et « burnout » au sein du groupe pratiquant le yoga.

Les résultats ne mettent en évidence aucune corrélation significative entre les deux variables.

Quatrièmement, nous nous sommes demandé si le nombre d'années de pratique du yoga était lié au score total de conscience corporelle (tableau 9).

Tableau 9 : matrice de corrélation de Spearman.

		Années de pratique du yoga
Score total de conscience corporelle	Rho de Spearman	0.332 *
	Ddl	46
	Valeur p	0.021

Tableau 9 : test de Spearman pour explorer le lien entre les variables « années de pratique du yoga » et « score total de conscience corporelle » au sein du groupe pratiquant le yoga. * : $p \leq .05$

Les résultats mettent en évidence une corrélation significative positive faible à modérée entre les deux variables ($\rho = .332$, $p = .021$).

Enfin, nous nous sommes demandé si le score total d'intelligence émotionnelle était lié au score total de conscience corporelle (tableau 10).

Tableau 10 : matrice de corrélation de Spearman.

		Score total d'intelligence émotionnelle
Score total de conscience corporelle	Rho de Spearman	0.522 *
	Ddl	47
	Valeur p	< .001

Tableau 10 : test de Spearman pour explorer le lien entre les variables « score total de conscience corporelle » et « score total d'intelligence émotionnelle » au sein du groupe pratiquant le yoga. * : $p \leq .05$

Les résultats mettent en évidence une corrélation significative positive modérée entre les deux variables ($\rho = .522, p < .001$).

DISCUSSION

Bien que de nombreuses études aient exploré les effets du yoga sur la santé mentale, des zones d'ombre persistent. Premièrement, la question de son potentiel préventif reste peu explorée (Nirwan et al., 2020 ; Cocchiara et al., 2019). Deuxièmement, si les professionnels de santé ont été ciblés, les psychologues cliniciens n'ont pas fait l'objet d'une attention spécifique (Alexander et al., 2015 ; Trent et al., 2018). Enfin, les mécanismes sous-jacents pouvant expliquer l'efficacité du yoga, notamment à travers la conscience corporelle et émotionnelle, n'ont été que peu explorés (Neukirch et al., 2018 ; Tihanyi et al., 2016).

Ce travail vise ainsi à apporter un éclairage sur ces différents manques : en portant une attention particulière à la population spécifique des psychologues cliniciens, en examinant la pratique du yoga comme outil potentiel de prévention de la détresse professionnelle et en explorant conjointement les processus de conscience corporelle et émotionnelle susceptibles de médiatiser cet effet. Cela, dans le but de mieux comprendre les mécanismes du changement impliqués dans les effets du yoga.

Pour ce faire, plusieurs hypothèses ont été élaborées et un questionnaire en ligne diffusé à l'intention des psychologues cliniciens. Celui-ci comportait quatre parties : le questionnaire socio-démographique élaboré pour cette étude (annexe 1), le questionnaire d'intelligence émotionnelle TEIQue-SF (Petrides, 2009), le questionnaire de conscience corporelle MAIA-2 (Da Costa Silva et al., 2022) et le questionnaire de la qualité de vie professionnelle ProQOL (Stamm, 2009).

Interprétation des résultats

Le yoga et la conscience émotionnelle

La première hypothèse postulait que les psychologues cliniciens pratiquant régulièrement le yoga obtiendraient un score de conscience émotionnelle plus élevé que ceux ne le pratiquant pas. Les résultats obtenus ne permettent pas de confirmer cette hypothèse. En effet, bien que les deux facteurs « bien-être » et « autocontrôle » du TEIQue-SF (Petrides, 2009) aient montré des différences significatives entre les deux groupes, les autres facteurs « émotionnalité », « sociabilité » et le score total n'ont pas révélé de différences significatives. Les tailles d'effet étaient faibles pour chaque facteur évalué.

Ces résultats peuvent s'interpréter sous différents angles. D'une part, il semble cohérent que le yoga, en tant que pratique centrée sur soi (Da Costa Silva et al., 2022 ; Neukirch et al., 2018 ; Van Der Kolk et al., 2014), soit davantage reliée aux deux premiers facteurs qui se réfèrent à l'expérience intrapersonnelle, contrairement aux deux autres qui se réfèrent plutôt à l'expérience interpersonnelle (Mikolajczak et al., 2007). Cela rejoint les résultats de la littérature qui soulignent majoritairement des effets intrapersonnels liés à la pratique du yoga (Nirwan et al., 2020 ; Trent, 2018 ; Van Der Kolk et al., 2014 ; Zhu et al., 2022), à l'exception de West et ses collaborateurs (2017) qui mentionnent une amélioration des relations interpersonnelles et de la compassion.

D'autre part, le choix de l'outil de mesure peut être discuté. En effet, le TEIQue-SF (Petrides, 2009) dans sa dimension « émotionnalité » n'évalue pas de manière isolée la conscience émotionnelle mais l'intègre à d'autres aspects tels que la capacité à percevoir les émotions, à les exprimer et à faire preuve d'empathie (Mikolajczak et al., 2007). Cet outil ne permet donc pas d'appréhender finement les liens potentiels entre la pratique du yoga et la conscience émotionnelle telle que définie pour notre hypothèse, à savoir la capacité à relier les sensations corporelles aux émotions (Da Costa Silva et al., 2020). Cela constitue un obstacle majeur à l'interprétation des résultats en lien avec l'hypothèse initiale.

De plus, ce questionnaire évalue l'intelligence émotionnelle trait, c'est-à-dire la propension d'un individu à adopter, de manière générale, stable et automatisée, certains comportements émotionnels (Mikolajczak et al., 2020). L'atteinte de ce niveau repose sur une multiplicité de facteurs comme le développement des diverses compétences émotionnelles (l'identification de ses propres émotions et de celles d'autrui, l'expression et la compréhension des émotions ainsi que la régulation émotionnelle) mais aussi la capacité à changer de manière durable (génétique, neuroplasticité, plan d'action global individualisé, intervention adaptée à la personne) (Mikolajczak et al., 2020). Si le yoga est renseigné dans la littérature qualitative comme permettant d'améliorer la conscience et la régulation émotionnelle, il ne semble pas entretenir de lien direct avec les compétences d'expression ou interpersonnelles (Rhodes, 2015 ; Neukirch et al., 2018 ; Van Der Kolk et al., 2014). Ainsi, nous pouvons nous demander si la pratique du yoga n'entretiendrait pas des liens plus directs avec les habiletés émotionnelles (niveau 2) plutôt qu'avec les traits (niveau 3) du modèle des compétences émotionnelles à trois niveaux (figure 2) (Mikolajczak et al., 2020).

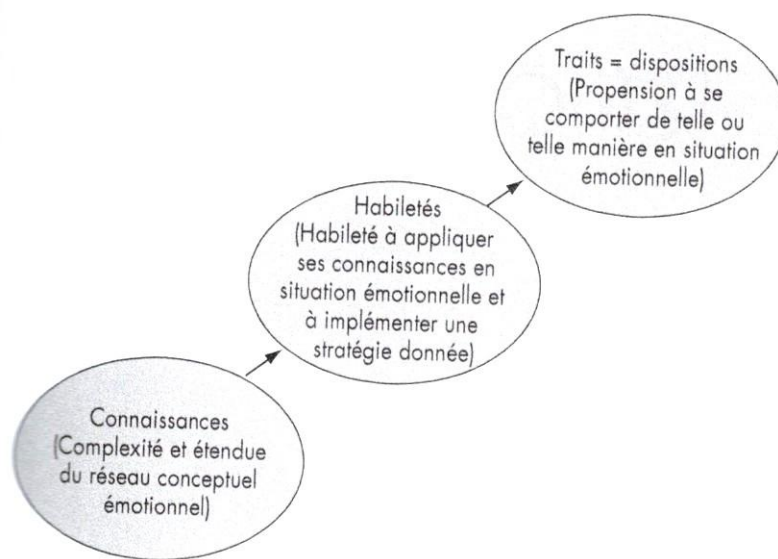


Fig. 2 : Modèle des compétences émotionnelles à trois niveaux (Mikolajczak et al., 2020)

Par ailleurs, les conditions statistiques de l'étude pourraient également avoir influencé les résultats. En effet, l'application de corrections de Bonferroni, en raison de comparaisons multiples, a diminué la puissance statistique des tests. Il est donc possible que des relations réelles de la pratique du yoga avec certaines dimensions aient été présentes mais non-détectées. Si l'on s'en tient à cette première observation, de futures recherches pourraient envisager l'usage d'analyses multivariées, permettant des analyses simultanées tout en conservant une puissance statistique suffisante. Toutefois, les tailles d'effet obtenues sont petites. Bien que cela soit en accord avec la littérature (Gallegos et al., 2017 ; Hilton et al., 2017 ; Rosenbaum et al., 2015 ; Zhu et al., 2022), il semble pertinent de s'interroger sur l'utilité d'obtenir des résultats significatifs avec de petites tailles d'effet dans une recherche à visée clinique. De notre point de vue, ce facteur n'est pas le premier à considérer.

Ainsi, bien que cette hypothèse ne soit pas confirmée, les résultats soulignent l'importance de mieux cibler les dimensions émotionnelles susceptibles d'entretenir des relations avec la pratique du yoga. Plus spécifiquement, la nécessité de distinguer les habiletés émotionnelles des traits émotionnels (Mikolajczak et al., 2020). De plus, les résultats suggèrent une tendance de différenciation des liens entretenus entre la pratique du yoga et les compétences intrapersonnelles et interpersonnelles. Un aspect qui, à notre connaissance, n'a pas été traité de manière directe dans la littérature.

Le yoga et la conscience corporelle

La deuxième hypothèse postulait que les psychologues cliniciens pratiquant régulièrement le yoga obtiendraient un score de conscience corporelle plus élevé que ceux ne le pratiquant pas. Les résultats soutiennent cette hypothèse. En effet, le groupe pratiquant le yoga obtient des scores significativement plus élevés à sept des huit facteurs de la MAIA-2 (Da Costa Silva et al., 2022), ainsi qu'au score total. Les tailles d'effet observées vont de moyennes à très grandes, ce qui indique un lien important entre la pratique du yoga et la conscience corporelle telle qu'évaluée dans ce travail.

Seul le facteur « inquiétude » ne présente pas de différence significative entre les deux groupes, avec une taille d'effet très faible. Une explication possible à cette différence est d'ordre psychométrique. En effet, les facteurs « distraction » et « inquiétude » seraient des facteurs partiellement indépendants de la conscience intéroceptive (Da Costa Silva et al., 2022). Cette information amène donc à interpréter avec prudence les résultats obtenus à ces deux sous-échelles.

D'un point de vue global, les résultats sont cohérents avec la littérature qui met en évidence des liens entre la pratique du yoga et la conscience intéroceptive (Neukirch et al., 2018 ; Tihanyi et al., 2016). Toutefois, plusieurs différences méthodologiques limitent les comparaisons directes.

Tout d'abord, l'étude de Tihanyi et al. (2016) utilise le questionnaire de conscience corporelle (BAQ) (Shields et al., cité dans Tihanyi et al., 2016), un outil unidimensionnel centré sur l'aspect physiologique non-émotionnel. Alors que le questionnaire MAIA-2 (Da Costa Silva et al., 2022) utilisé dans notre travail est multidimensionnel et inclut l'aspect émotionnel. De plus, Tihanyi et ses collaborateurs (2016) analysent la relation entre la fréquence de pratique et la conscience corporelle via des corrélations de Spearman faibles ($r = .24$) alors que ce travail compare les différences de moyennes entre deux groupes à l'aide de tests t sans prendre en considération la fréquence de pratique. Toute précaution gardée, ces éléments pourraient suggérer que la pratique du yoga entretiendrait des liens plus forts avec les dimensions émotionnelles plutôt qu'avec les aspects purement physiologiques de la conscience intéroceptive.

Ensuite, Neukirch et ses collaborateurs (2018) mettent en évidence, chez deux participants sur trois atteints, un effet de la pratique du yoga sur la conscience intéroceptive mesurée par le

questionnaire MAIA (Mehling et al. cité dans Neukirch et al., 2018). Cela, au sein d'une étude de cas expérimentale.

Le fait que le yoga soit davantage relié à la conscience intéroceptive émotionnelle pourrait notamment s'expliquer par les diverses interactions possibles lors de la pratique du yoga (prendre du temps pour soi, pratiquer une activité qui nous est agréable, apprentissage d'outils de régulation émotionnelle – pleine conscience, respiration -) (Mikolajczak et al., 2020).

Par ailleurs, si l'on se concentre sur le facteur « conscience émotionnelle » évalué par le questionnaire MAIA-2 (Da Costa Silva et al., 2022), celui-ci porte sur la conscience du lien entre les émotions et les sensations corporelles (niveau 2 du modèle de Mikolajczak et ses collaborateurs (2020)), tandis que le questionnaire TEIQue-SF (Petrides, 2009) mesure plutôt la conscience émotionnelle trait (niveau 3 du modèle de Mikolajczak et ses collaborateurs (2020)). Les tailles d'effet supérieures lorsque l'on mesure la conscience corporelle intéroceptive par rapport à l'intelligence émotionnelle pourraient alimenter l'idée que ces niveaux se succèdent, le niveau 2 agirait sur le niveau 3 par réaction en chaîne (Mikolajczak et al., 2020) avec des tailles d'effet de plus en plus faibles puisque les facteurs confondants seraient de plus en plus nombreux. Ce raisonnement pourrait renforcer l'hypothèse de la section précédente selon laquelle la pratique du yoga serait plus directement reliée au niveau des habiletés émotionnelles (niveau 2) plutôt qu'au niveau des traits (niveau 3) du modèle des compétences émotionnelles à trois niveaux (Mikolajczak et al., 2020).

Enfin, les analyses exploratoires, à interpréter avec prudence en raison du risque accru de faux-positifs, mettent en évidence une corrélation significative positive faible à modérée entre les années de pratique du yoga et le score total de conscience corporelle. Ce résultat s'inscrit dans la lignée de la littérature existante sur la fréquence, la durée de pratique et les effets du yoga (Neukirch et al., 2018 ; Taylor et al., 2020a ; Zhu et al., 2022), bien que la plupart des études se soient principalement concentrées sur des interventions de courte durée (quelques semaines). Taylor et al. (2020a) rapportent une taille d'effet modérée à forte pour des interventions de 8 à 9 semaines, tandis que les effets observés sur des périodes plus longues tendent à être modérés à faibles. Cela pourrait justifier nos résultats, dans la mesure où un minimum de 8 semaines de pratique était requis dans notre échantillon. Sur cette base, nous pourrions émettre l'hypothèse que les effets les plus marqués apparaîtraient aux environs des huit semaines de pratique et que la pratique à long terme pourrait davantage entretenir les bénéfices et permettre une amélioration plus lente de ceux-ci.

Ainsi, les résultats obtenus et la littérature existante mettent en lumière qu'un lien existerait entre la pratique du yoga et la conscience intéroceptive. De plus, ils renforcent l'idée que la durée de pratique entretiendrait un lien avec les effets potentiels du yoga. Enfin, ils attirent notre attention sur la multiplicité des méthodologies utilisées et l'importance de distinguer les concepts évalués.

Le yoga et la qualité de vie professionnelle

La troisième hypothèse postulait que les psychologues cliniciens pratiquant le yoga présenteraient une qualité de vie professionnelle plus élevée, c'est-à-dire un score de satisfaction de compassion plus élevé et des scores de burnout et de stress traumatique secondaire plus faibles, comparativement à ceux ne le pratiquant pas. Les résultats soutiennent partiellement cette hypothèse. En effet, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes en ce qui concerne la satisfaction de compassion ou le stress traumatique secondaire. Toutefois, une diminution statistiquement significative avec une petite taille d'effet a été constatée concernant le score de burnout chez les pratiquants de yoga.

Ces résultats sont en cohérence avec les données de la littérature concernant le stress traumatique secondaire, sur lequel la pratique du yoga n'a pas démontré d'effet significatif (Gregory, 2015 ; Mandal et al., 2021). En revanche, les résultats relatifs aux facteurs « satisfaction de compassion » et « burnout » sont plus discutés (Schröter et al., 2024). Si certains auteurs ne mettent en évidence aucun effet du yoga sur ces deux facteurs (Gregory, 2015 ; Mandal et al., 2021), d'autres obtiennent des résultats significatifs (Taylor et al., 2020b ; Cocchiara et al., 2019).

Concernant le burnout, Taylor et ses collaborateurs (2020b) rapportent une diminution des scores après un programme de yoga. Bien que cette étude ne communique pas de taille d'effet, la réduction observée dans notre échantillon (soit une différence de 2 points de médiane et 1,4 point en moyenne entre les groupes yoga et non-yoga) semble comparable à la diminution intra-groupe pré- et post-intervention rapportée par Taylor et ses collègues (2020b) sur 8 semaines. Cependant, ces comparaisons restent délicates à interpréter étant donné la différence de méthodologie et l'absence de mesures standardisées. L'inconsistance globale des résultats pourrait être expliquée, entre autres, par le faible nombre de participants à ces études expérimentales ($n < 20$) ou par la différence de population (clinique ou saine). Cependant, la revue systématique de Cocchiara et ses collaborateurs (2019) tend à mettre en évidence l'existence d'une diminution des scores de burnout après un programme de yoga.

Concernant la satisfaction de compassion, Taylor et ses collaborateurs (2020b) mettent en évidence une augmentation du score après avoir pratiqué le yoga, ce qui contraste avec nos résultats. En revanche, Gregory (2015) ne met en évidence aucune différence significative, ce qui rejoint nos observations. Une des explications possibles à ces divergences pourrait être méthodologique. En effet, les premiers évaluent un effet intra-groupe sur 8 semaines de pratique et les seconds sur 3 semaines de pratique. Si l'on se réfère à la méta-analyse de Taylor et ses collaborateurs (2020a), la durée de pratique peut expliquer la présence d'effets significatifs dans le premier cas mais pas dans le second. Si l'on suit la logique temporelle de Taylor et ses collaborateurs (2020a), nous aurions dû retrouver des effets de moindre taille, ce qui n'est pas le cas. Un autre facteur pourrait être le fait que nous évaluons une différence intergroupe, limitant la possibilité d'observer les effets directs du yoga et impliquant des facteurs confondants. Parmi ces facteurs confondants, nous retrouvons l'implication de la majorité de notre échantillon dans d'autres activités de soin de soi (Vu et Bodenmann, 2017) susceptibles de maintenir la satisfaction de compassion à un niveau équitable entre les deux groupes (Vu et Bodenmann, 2017).

Il est également important de souligner que les scores bruts moyens et médians obtenus pour chaque facteurs (burnout, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion) n'atteignent pas les seuils de risque de difficulté définis dans le questionnaire. Cela met en évidence que les psychologues interrogés ne présenteraient pas de signes de souffrance professionnelle, qu'ils pratiquent ou non le yoga. Le croisement entre nos résultats et la littérature nous amène à poser l'hypothèse que le yoga, dans ce contexte, pourrait agir comme renforçateur d'un équilibre déjà présent plutôt que comme thérapie d'un état pathologique, constitué ici par le burnout. Cette lecture s'inscrit dans une logique de prévention primaire, centrée sur le développement des ressources plutôt que sur la réduction des symptômes existants (Lafortune et Kiely, 1989).

Explorations complémentaires

Des analyses exploratoires ont été menées afin d'approfondir la compréhension de ces résultats.

Premièrement, au sein du groupe pratiquant le yoga, le temps de travail n'est pas corrélé au burnout, contrairement à ce que certaines études suggèrent. Toutefois, la littérature indique que ce ne serait pas tant le volume horaire global qui serait en cause, mais plutôt la charge perçue, le nombre de dossiers traumatiques gérés ou encore la pression administrative (Sprang et al.,

2007 ; McCormack et al., 2018). Notre évaluation basée uniquement sur le pourcentage d'activité (temps plein ou partiel) limite la portée de cette analyse.

Deuxièmement, aucune corrélation n'a été observée entre les années d'exercice professionnel et le burnout au sein du groupe yoga. Cela peut s'expliquer par le fait que l'échantillon présente un âge moyen relativement élevé (42,3 ans) et une expérience moyenne de 16 ans, ce qui, selon McCormack et al. (2018), pourrait favoriser une meilleure gestion émotionnelle et ainsi atténuer le risque de burnout comparativement aux personnes plus jeunes et présentant une plus courte expérience professionnelle.

Troisièmement, aucune corrélation n'a été trouvée entre les années de pratique du yoga et le score de burnout. La littérature souligne que l'intensité des effets bénéfiques du yoga pourrait diminuer avec le temps (Taylor et al., 2020a), ce qui pourrait expliquer cette absence d'association : dans notre échantillon, l'année moyenne de début de pratique est 2018, ce qui pourrait correspondre à une phase où les effets immédiats du yoga sont stabilisés.

Pris dans leur ensemble, les résultats obtenus et la littérature décrite dans cette section suggèrent que le yoga pourrait s'inscrire dans une logique de prévention primaire du burnout. Cependant, d'autres facteurs (comme la durée de pratique, d'autres activités de soin personnel, les ressources disponibles, les antécédents de troubles psychologiques, la charge perçue de travail ou au sein de la vie privée, l'atmosphère de travail, les relations sociales et professionnelles ...) pourraient interagir avec la qualité de vie professionnelle au-delà de la seule pratique du yoga, expliquant les résultats inconstants. Il serait important de contrôler davantage ces variables dans les futures études, notamment via des méthodologies expérimentales.

Limites

La première limite de cette étude concerne la méthodologie quasi-expérimentale. En l'absence de manipulation contrôlée de la variable indépendante, il n'est pas possible d'établir de lien de causalité entre la pratique du yoga et les effets observés. Bien que certaines différences statistiques aient été mises en évidence entre les groupes, aucune conclusion ne peut être formulée quant au fait que le yoga en est à l'origine. De plus, l'approche intergroupe est particulièrement vulnérable aux facteurs confondants : d'autres variables non contrôlées (par exemple : autres pratiques de soin de soi, différences interindividuelles en termes de personnalité ou de stratégie de régulation émotionnelle, caractéristique des pratiques du yoga) pourraient expliquer une partie des différences constatées.

Une deuxième limite concerne le déséquilibre de l'échantillon. En effet, le groupe des participants pratiquant le yoga ($n = 49$) est plus petit que celui des non-pratiquants ($n = 125$). Cela peut affecter la puissance statistique de certains tests et limiter la capacité à détecter certains effets.

Par ailleurs, toutes les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires auto-rapportés, ce qui constitue une troisième limite. Ces outils sont sensibles à plusieurs types de biais cognitifs et sociaux. D'une part, le biais de désirabilité sociale pourrait amener les participants à répondre de manière socialement valorisée plutôt qu'en toute objectivité, en particulier sur des thématiques comme le burnout ou la satisfaction de compassion (Butori & Parguel, 2010). D'autre part, le biais de confirmation peut être activé par le fait que le thème de l'étude était explicitement mentionné dans les supports de diffusion (affiches, formulaires) (Vorms, 2021). Cela pourrait avoir influencé la manière dont certains participants ont interprété et répondu aux questionnaires, en particulier ceux ayant une opinion préalable sur le yoga. Enfin, une limite supplémentaire réside dans la profession même des participants. Étant tous psychologues cliniciens, il est possible que certains aient été familiers avec les questionnaires utilisés (ProQOL, TEIQue-SF, MAIA-2). Cette familiarité pourrait avoir introduit une forme de contrôle sur les réponses, sachant ce qui était évalué précisément au sein des questionnaires.

Une quatrième limite réside dans le choix du questionnaire utilisé pour évaluer la conscience émotionnelle. Le TEIQue-SF mesure l'intelligence émotionnelle basée sur les traits mais ne permet pas d'évaluer spécifiquement la conscience émotionnelle telle que définie dans l'hypothèse. En l'absence de prise en compte de cette distinction, les interprétations pourraient être fortement biaisées.

Enfin, une dernière limite concerne la comparabilité avec la littérature existante, souvent hétérogène dans ses méthodes. En effet, les études mobilisées pour discuter les résultats adoptent des protocoles variés : interventions pré/post yoga, durées d'intervention variables, types de yoga distincts, échantillons cliniques ou non-cliniques... Cette diversité méthodologique complique l'intégration des résultats. Bien que certains liens et hypothèses aient pu émerger de ces comparaisons, des études futures seront nécessaires pour les explorer de manière rigoureuse.

Implications cliniques et perspectives de recherche

À la lumière des résultats obtenus et des croisements avec la littérature, plusieurs pistes de recherche et de réflexion clinique peuvent être envisagées. D'une part, les données suggèrent

que la pratique du yoga pourrait agir comme renforçateur des ressources déjà présentes, dans une logique de prévention primaire (Lafortune et Kiely, 1989). Cela serait rendu possible grâce à des processus transversaux, en particulier la conscience corporelle intéroceptive et, dans une moindre mesure, l'intelligence émotionnelle. Cette hypothèse s'inscrit dans la continuité des approches processuelles (Nef et al., 2012) qui privilégient l'identification de mécanismes de changement transdiagnostiques, au-delà des symptômes eux-mêmes.

Dans cette perspective, il semble pertinent de ne plus considérer le yoga uniquement comme une pratique de bien-être général, mais comme un levier potentiel d'activation de mécanismes spécifiques (conscience corporelle intéroceptive, conscience émotionnelle, intelligence émotionnelle intrapersonnelle), eux-mêmes impliqués dans la prévention ou la régulation de troubles professionnels tels que le burnout (Nef et al., 2012 ; Gay et Genoud, 2020)

Sur base des résultats obtenus et des réflexions issues de ce travail, un modèle intégré hypothétique peut être suggéré : la pratique du yoga favoriserait le développement de la conscience corporelle intéroceptive ainsi que de la conscience émotionnelle, entendue comme la capacité à relier les sensations corporelles aux états émotionnels (Da Costa Silva et al., 2022). Cette base sensorielle alimenterait un processus émotionnel sain (Brillon, 2021), contribuant au développement de l'intelligence émotionnelle dans sa dimension intrapersonnelle. L'intelligence émotionnelle agirait ensuite comme facteur protecteur contre le burnout, comme suggéré par les travaux de Gay et Genoud (2020). Ce modèle reste bien sûr hypothétique et demande à être testé empiriquement.

Cliniquement, ces résultats encouragent à intégrer la pratique du yoga dans une démarche de prévention de la détresse professionnelle chez les cliniciens. Cependant, il ne s'agirait pas de proposer le yoga comme une réponse universelle, mais plutôt comme un outil à intégrer dans une approche centrée sur les processus et les ressources individuelles. Il conviendrait d'identifier chez chaque individu les objectifs de changement, les freins, les leviers et d'adapter les modalités de l'intervention en conséquence.

Enfin, les résultats de cette étude soulignent la nécessité de poursuivre les recherches dans ce domaine. Une piste pertinente serait de recourir à des dispositifs expérimentaux sur des échantillons suffisamment importants (malgré les difficultés pratiques que cela peut représenter) afin de pouvoir obtenir des liens de causalité robustes. L'objectif ne serait pas de standardiser à l'excès, au risque de perdre la richesse des pratiques existantes, mais de favoriser des protocoles clairs et comparables. Dans cette optique, il serait également utile de mieux

contrôler certaines variables comme les modalités concrètes de pratique (durée, fréquence, type de yoga, contexte de pratique) ou encore de documenter les facteurs confondants (motivation, intégration dans le quotidien, charge perçue de travail ou privée, antécédents non-résolus de troubles psychologiques, atmosphère professionnelle, relations sociales et professionnelles, ressources disponibles). Ces éléments, peu présents dans la littérature, constituent des variables essentielles pour comprendre les conditions dans lesquelles la pratique du yoga peut devenir un levier pertinent et adapté à la réalité des pratiquants.

CONCLUSION

En conclusion, bien que le yoga suscite un intérêt croissant pour ses effets sur la santé mentale, nous n'en sommes encore qu'aux prémices de la compréhension de ses mécanismes d'action.

Ce travail s'est attaché à explorer la manière dont le yoga pourrait contribuer au maintien de la qualité de vie professionnelle des psychologues cliniciens, notamment à travers de mécanismes sous-jacents que sont la conscience émotionnelle et la conscience corporelle intéroceptive. Répondant ainsi à un manque identifié dans la littérature.

Les résultats obtenus, mis en perspective avec la littérature, suggèrent que le yoga pourrait intervenir dans une logique de prévention primaire du burnout, à des degrés divers, via des mécanismes transversaux que sont la conscience corporelle intéroceptive, la conscience émotionnelle et l'intelligence émotionnelle intrapersonnelle. C'est avec la conscience corporelle intéroceptive que le yoga entretiendrait le lien le plus important. Ils n'ont toutefois pas mis en évidence d'impact global sur la qualité de vie professionnelle.

Cependant, le yoga ne saurait être considéré comme un outil universel de prévention. Il apparaît plutôt comme un outil complémentaire, mobilisable parmi d'autres en fonction des mécanismes sous-jacents impliqués. D'autres approches pourraient tout autant activer ces processus, et le choix de l'outil devrait s'adapter au profil global de la personne : ses préférences, son contexte de vie, ses habitudes, et surtout les processus psychologiques impliqués.

Enfin, des recherches complémentaires sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes spécifiques activés par le yoga et pour identifier les contextes dans lesquels cette pratique peut être particulièrement pertinente. Un tel approfondissement permettrait d'affiner les indications du yoga et de l'intégrer, avec discernement, dans une approche fondée sur les processus. Il serait également souhaitable de tendre vers une plus grande homogénéité méthodologique et un meilleur contrôle des variables confondantes, afin d'améliorer la comparabilité des études.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, G. K., Rollins, K., Walker, D., Wong, L., & Pennings, J. (2015). Yoga for self-care and burnout prevention among nurses. *Workplace Health & Safety*, 63(10), pp. 462-470. <https://doi.org/10.1177/2165079915596102>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Five Facet Mindfulness Questionnaire [Base de données]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t05514-000>
- Bendau, A., Gerz, G. O., Ströhle, A., & Petzold, M. B. (2023). Aktiv und zufrieden ? Körperliche aktivität und berufsbezogene lebensqualität bei psycholog : innen. *Die Psychotherapie*, 68(3), pp. 201-208. <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00645-x>
- Bernstein, E. E., LeBlanc, N. J., Bentley, K. H., Barreira, P. J., & McNally, R. J. (2020). A single-session workshop to enhance emotional awareness and emotion regulation for graduate students: a pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(3), pp. 393-409. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.09.008>
- Blaauwendraat, C., Berg, A. L., & Gyllensten, A. L. (2017). One-year follow-up of basic body awareness therapy in patients with posttraumatic stress disorder. A small intervention study of effects on movement quality, PTSD symptoms, and movement experiences. *Physiotherapy Theory and Practice*, 33(7), pp. 515-526. <https://doi.org/10.1080/09593985.2017.1325957>
- Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for reducing secondary or vicarious trauma: do they work? *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), pp. 1-9. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj001>
- Brillon, P. (2021). *Entretenir ma vitalité d'aidant : Guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle*. Les Éditions de l'Homme.
- Butori, R., & Parguel, B. (2010). *Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur* [Conférence]. Congrès international de l'afm, Le Mans-Anger. <https://shs.hal.science/halshs-00636228v1>
- Cocchiara, R. A., Peruzzo, M., Mannocci, A., Ottolenghi, L., Villari, P., Polimeni, A., Guerra, F., & La Torre, G. (2019). The use of yoga to manage stress and burnout in healthcare workers: A

systematic review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), p. 284.
<https://doi.org/10.3390/jcm8030284>

Creamer, T.L & Liddle B.J. (2005). *Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks*, 18(1), pp. 89–96. <https://doi.org/10.1002/jts.20008>

Da Costa Silva, L., Belrose, C., Trousselard, M., Rea, B., Seery, E., Verdonk, C., Duffaud, A. M., & Verdonk, C. (2022). Self-reported body awareness: validation of the Postural Awareness Scale and the Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (version 2) in a non-clinical adult french-speaking sample. *Frontiers in Psychology*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.946271>

David, D. P. (2012). *Resilience as a protective factor against compassion fatigue in trauma therapists* [Thèse de doctorat]. Walden University ScholarWorks.
<https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2026&context=dissertations>

Figley, C. R., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. Dans S.N. Gold (dir.), *APA handbook of trauma psychology: foundations in knowledge* (pp. 573–593). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000019-029>

Fujino, H. (2016). Body awareness and mental health: a body psychotherapy case study. *Body Movement and Dance in Psychotherapy*, 11(4), pp. 249-262.
<https://doi.org/10.1080/17432979.2016.1150882>

Gallegos, A. M., Crean, H. F., Pigeon, W. R., & Heffner, K. L. (2017). Meditation and yoga for posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 58, pp. 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.004>

Gay, P., & Genoud, P. A. (2020). Quelles compétences émotionnelles protègent des différentes dimensions du burnout chez les enseignants du primaire ? *Recherches en éducation*, 41.
<https://doi.org/10.4000/ree.572>

Ge, J., Yang, J., Shen, J., Ge, J., & Zheng, Y. (2020). Dispositional mindfulness and past-negative time perspective: the differential mediation effects of resilience and inner peace in meditators and non-meditators. *Directory of Open Access Journals*, 13, pp. 397-405.
<https://doaj.org/article/679f537869c2454f8409d95bb66e0bf3>

- Geoffrion, S., Lamothe, J., Morizot, J., & Giguère, C. (2019). Construct validity of the Professional Quality of Life (ProQoL) scale in a sample of child protection workers. *Journal of Traumatic Stress, 32*(4), pp. 566-576. <https://doi.org/10.1002/jts.22410>
- Gregory, A. (2015). Yoga and mindfulness program: the effects on compassion fatigue and compassion satisfaction in social workers. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought, 34*(4), 372-393. <https://doi.org/10.1080/15426432.2015.1080604>
- Hargrave, P. A., Scott, K. M., & McDowall, J. (2006). To resolve or not to resolve: past trauma and secondary traumatic stress in volunteer crisis workers. *Journal of Trauma Practice, 5*(2), pp. 37-55. https://doi.org/10.1300/j189v05n02_03
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*(4), pp. 553-578. <https://doi.org/10.1007/bf03395492>
- Hilton, L., Maher, A. R., Colaiaco, B., Apaydin, E., Sorbero, M. E., Booth, M., Shanman, R. M., & Hempel, S. (2017). Meditation for posttraumatic stress : systematic review and meta-analysis. *Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy, 9*(4), pp. 453-460. <https://doi.org/10.1037/tra0000180>
- Inwood, E., & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health : a systematic review. *Applied Psychology Health and Well-Being, 10*(2), pp. 215-235. <https://doi.org/10.1111/aphw.12127>
- Jerath, R., Edry, J. W., Barnes, V. A., & Jerath, V. (2006). Physiology of long pranayamic breathing : neural respiratory elements may provide a mechanism that explains how slow deep breathing shifts the autonomic nervous system. *Medical Hypotheses, 67*(3), pp. 566-571. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2006.02.042>
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context : past, present, and future. *Clinical Psychology, 10*(2), pp. 144-156. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kerig, P. K. (2018). Enhancing resilience among providers of trauma-informed care : a curriculum for protection against secondary traumatic stress among non-mental health professionals. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 28*(5), pp. 613-630. <https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1468373>

- Killian, K. D. (2008). Helping till it hurts ? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), pp. 32-44. <https://doi.org/10.1177/1534765608319083>
- Kohls, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facets of mindfulness – Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 46(2), pp. 224-230. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.10.009>
- Laborde, S., Allen, M. S., & Guillén, F. (2016). Construct and concurrent validity of the short- and long-form versions of the trait emotional intelligence questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 101, pp. 232-235. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.009>
- Lafortune, D., & Kiely, M. C. (1989). « Prévention primaire des psychopathologies » : appellation contrôlée. *Santé Mentale Au Québec*, 14(1), pp. 54-68. <https://doi.org/10.7202/031488ar>
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness : a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology [published erratum appears in Am J Psychiatry 1987 Apr ; 144(4) : 542]. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), pp. 133-143. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.2.133>
- Lanius, R. A. (2015). Trauma-related dissociation and altered states of consciousness: a call for clinical, treatment, and neuroscience research. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27905>
- MacRitchie, V., & Leibowitz, S. (2010). Secondary traumatic stress, level of exposure, empathy and social support in trauma workers. *South African Journal of Psychology*, 40(2), pp. 149-158. <https://doi.org/10.1177/008124631004000204>
- Mallinson, J., & Singleton, M. (2020). *Les racines du yoga*. Almora.
- Mandal, S., Misra, P., Sharma, G., Sagar, R., Kant, S., Dwivedi, S., Lakshmy, R., & Goswami, K. (2021). Effect of structured yoga program on stress and professional quality of life among nursing staff in a tertiary care hospital of selhi—A small scale phase-II trial. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 26. <https://doi.org/10.1177/2515690x21991998>
- Maslach, C. (2003). *Burnout : The cost of caring*. ISHK.
- McCormack, H. M., MacIntyre, T. E., O'Shea, D., Herring, M. P., & Campbell, M. J. (2018). The prevalence and cause(s) of burnout among applied psychologists : a systematic review. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01897>

- Mikolajczak, M., Luminet, O., Leroy, C., & Roy, E. (2007). Psychometric properties of the trait emotional intelligence questionnaire: factor structure, reliability, construct, and incremental validity in a french-speaking population. *Journal of Personality Assessment*, 88(3), pp. 338-353. <https://doi.org/10.1080/00223890701333431>
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2020). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- Minot, J., Raynal, P., Chabrol, H., & Monié, B. (2019). Pleine conscience dispositionnelle et bien-être émotionnel chez des adolescents pratiquant la boxe. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 29(4), pp. 185-191. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2019.10.002>
- Molnar, B. E., Sprang, G., Killian, K. D., Gottfried, R., Emery, V., & Bride, B. E. (2017). Advancing science and practice for vicarious traumatization/secondary traumatic stress: a research agenda. *Traumatology*, 23(2), pp. 129-142. <https://doi.org/10.1037/trm0000122>
- Mucchielli, A. (2015). L'Identité individuelle et les contextualisations de soi. *Le Philosophoire*, 43(1), pp. 101-114. <https://doi.org/10.3917/phoir.043.0101>
- Nef, F., Philippot, P., & Verhofstadt, L. (2012). L'approche processuelle en évaluation et intervention cliniques : une approche psychologique intégrée. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 17(3). <http://hdl.handle.net/2078.1/129174>
- Neukirch, N., Reid, S., & Shires, A. (2018). Yoga for PTSD and the role of interoceptive awareness : a preliminary mixed-methods case series study. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(1), pp. 7-15. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2018.10.003>
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue : a review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*, 6(2), pp. 57–68. <https://doi.org/10.70256/607490pbruec>
- Nirwan, M., Halder, K., Saha, M., Pathak, A., Ramasamy, B., & Ganju, L. (2020). Improvement in resilience and stress-related blood markers following ten months yoga practice in Antarctica. *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, 18(1), pp. 201-207. <https://doi.org/10.1515/jcim-2019-0240>

- Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire. Dans Parker, J., Saklofske, D., Stough, C. (dir.) *Assessing emotional intelligence* (pp. 85-101). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-88370-0_5
- Pirelli, G., Formon, D. L., & Maloney, K. A. (2020). Preventing vicarious trauma (VT), compassion fatigue (CF), and burnout (BO) in forensic mental health : forensic psychology as exemplar. *Professional Psychology : Research and Practice*, 51(5), pp. 454-466. <https://doi.org/10.1037/pro0000293>
- Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13(9), pp. 945-953. <https://doi.org/10.1089/acm.2007.0537>
- Quoidbach, J., Berry, E. V., Hansenne, M., & Mikolajczak, M. (2010). Positive emotion regulation and well-being : comparing the impact of eight savoring and dampening strategies. *Personality and Individual Differences*, 49(5), pp. 368-373. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.048>
- Rani, N. J., & Rao, P. V. K. (1994). Body awareness and yoga training. *Perceptual and Motor Skills*, 79(3), pp. 1103-1106. <https://doi.org/10.2466/pms.1994.79.3.1103>
- Rhodes, A. M. (2015). Claiming peaceful embodiment through yoga in the aftermath of trauma. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 21(4), pp. 247-256. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2015.09.004>
- Riva, G. (2018). The neuroscience of body memory: from the self through the space to the others. *Cortex*, 104, pp. 241-260. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2017.07.013>
- Rosenbaum, S., Vancampfort, D., Steel, Z., Newby, J., Ward, P. B., & Stubbs, B. (2015). Physical activity in the treatment of post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 230(2), pp. 130-136. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.10.017>
- Smith, R., Killgore, W. D. S., & Lane, R. D. (2017). The structure of emotional experience and its relation to trait emotional awareness : a theoretical review. *Emotion*, 18(5), pp. 670-692. <https://doi.org/10.1037/emo0000376>
- Sprang, G., Clark, J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss & Trauma*, 12(3), pp. 259-280. <https://doi.org/10.1080/15325020701238093>

- Saxena, P., Dubey, A., & Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 18(2), pp. 147-155.
- Schröter, M., Cramer, H., Haller, H., Huster, S., Lampert, U., Schaefer, M., Janssen-Schauer, G., Meier, F., Neumann, A., Neusser, S., & Koch, A. K. (2024). Yoga as potential therapy for burnout: health technology assessment report on efficacy, safety, economic, social, ethical, legal and organizational aspects. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01516-1>
- Stamm B.H. (2009). *Professional Quality of Life: compassion satisfaction and fatigue Version 5 (ProQOL) manual*. ProQOL.org. <https://www.proqol.org>.
- Stamm, B.H. (2012). Helping the helpers: compassion satisfaction and compassion fatigue in self-care, management, and policy of suicide prevention hotlines. *Resources for Community Suicide Prevention*, pp. 1-4.
- Sun, Z., Yu, C., Zhou, Y., & Liu, Z. (2021). Psychological interventions for healthcare providers with PTSD in life-threatening pandemic : systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.697783>
- Taylor, J., McLean, L., Korner, A., Stratton, E., & Glozier, N. (2020a). Mindfulness and yoga for psychological trauma : systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), pp. 536-573. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1760167>
- Taylor, J., McLean, L., Richards, B., & Glozier, N. (2020b). Personalised yoga for burnout and traumatic stress in junior doctors. *Postgraduate Medical Journal*, 96(1136), pp. 349-357. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2019-137413>
- Telles, S., Singh, N., & Balkrishna, A. (2014). Role of respiration in mind-body practices : concepts from contemporary science and traditional yoga texts. *Frontiers in Psychiatry*, 5. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2014.00167>
- Tihany, B. T., Böör, P., Emanuelsen, L., & Köteles, F. (2016). Mediators between yoga practice and psychological well-being : mindfulness, body awareness, and satisfaction with body image. *European Journal of Mental Health*, 11(1-2), pp. 112-127. <https://doi.org/10.5708/ejmh.11.2016.1-2.7>

- Trent, N. L., Miraglia, M., Dusek, J. A., Pasalis, E., & Khalsa, S. B. S. (2018). Improvements in psychological health following a residential yoga-based program for frontline professionals. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(4), pp. 357-367. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001216>
- Turgoose, D., & Maddox, L. (2017). Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: a narrative review. *Traumatology*, 23(2), pp. 172-185. <https://doi.org/10.1037/trm0000116>
- Unger, J.-P. (2018). Le burnout des médecins (et celui des psychologues, infirmiers, magistrats, chercheurs et enseignants) pour un programme de contrôle de l'endémo-épidémie. *Cahiers de psychologie clinique*, 51(2), pp. 169-188. <https://doi.org/10.3917/cpc.051.0169>
- Vancampfort, D., Brunner, E., Van Damme, T., & Stubbs, B. (2022). Efficacy of basic body awareness therapy on functional outcomes : a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Physiotherapy Research International*, 28(1). <https://doi.org/10.1002/pri.1975>
- Van Den Hurk, P. A. M., Wingens, T., Gionmi, F., Barendregt, H. P., Speckens, A. E. M., & Van Schie, H. T. (2011). On the relationship between the practice of mindfulness meditation and personality—an exploratory analysis of the mediating role of mindfulness skills. *Mindfulness*, 2(3), pp. 194-200. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0060-7>
- Van Der Kolk, B. A., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(06), pp. 559-565. <https://doi.org/10.4088/jcp.13m08561>
- Vorms, M. (2021). Bayes et les biais. Le « biais de confirmation » en question. *Revue de métaphysique et de morale*, 112(4), pp. 567-590. <https://doi.org/10.3917/rmm.214.0567>
- Vu, F., & Bodenmann, P. (2017). Preventing, managing and treating compassion fatigue. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 168(08), pp. 224-231. <https://doi.org/10.4414/sanp.2017.00525>
- Waelde, L. C., Uddo, M., Marquett, R., Ropelato, M., Freightman, S., Pardo, A., & Salazar, J. (2008). A pilot study of meditation for mental health workers following Hurricane Katrina. *Journal of Traumatic Stress*, 21(5), pp. 497-500. <https://doi.org/10.1002/jts.20365>

- West, J., Liang, B., & Spinazzola, J. (2017). Trauma sensitive yoga as a complementary treatment for posttraumatic stress disorder: a qualitative descriptive analysis. *International Journal of Stress Management*, 24(2), pp. 173-195. <https://doi.org/10.1037/str0000040>
- Williams, V., Ciarrochi, J., & Deane, F. P. (2010). On being mindful, emotionally aware, and more resilient : longitudinal pilot study of police recruits. *Australian Psychologist*, 45(4), pp. 274-282. <https://doi.org/10.1080/00050060903573197>
- Zhu, L., Li, L., Li, X., & Wang, L. (2022). Mind–body exercises for PTSD symptoms, depression, and anxiety in patients with PTSD : a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.738211>

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire socio-démographique.

1. Votre genre est :
 1. Masculin
 2. Féminin
2. Quel est votre âge ? **champ libre**
3. Quel est votre pays de résidence ?
 1. Belgique
 2. France
 3. Suisse
 4. Canada
 5. Autre - précisez : **champ libre**
4. Quelle est votre situation familiale ?
 1. Célibataire
 2. Cohabitant
 3. Marié
 4. Divorcé
 5. Veuf
 6. Autre – précisez : **champ libre**
5. Avez-vous des enfants ?
 1. Oui
 - 1.1. Quel est son/leur âge ?
 2. Non

6. Depuis combien de temps exercez-vous (en années) ? **Roulette des années de pratique**
7. Êtes-vous en activité ?
 1. Oui
 - 1.1. Quel est votre temps de travail ?
 - 1.1.1. Temps plein
 - 1.1.2. Temps partiel, précisez (en %)
 2. Non
8. Dans quel contexte pratiquez-vous ? (plusieurs choix possibles)
 1. Indépendant
 2. Salarié
 3. Indépendant complémentaire
9. Dans quel type de structure pratiquez-vous ? (plusieurs choix possibles)
 1. Cabinet privé
 2. Cabinet partagé
 3. Centre spécialisé
 4. Hôpital
 5. Hôpital psychiatrique
 6. Crèche
 7. École
 8. Entreprise
 9. Autre – précisez : **champ libre**
10. Avec quel type de population travaillez-vous ? **Plusieurs choix possibles**
 1. Enfants/adolescents
 2. Adultes

3. Gériatrie
4. Délinquance
5. Oncologie
6. Maladies chroniques
7. Autre - précisez : **champ libre.**

11. Pratiquez-vous le yoga ?

1. Oui

1.1. La plupart du temps, vous pratiquez le yoga :

- 1.1.1. Seul (à l'aide de vidéos, de livres,...)
- 1.1.2. En cours particulier
- 1.1.3. En groupe
- 1.1.4. Autre – précisez : **champ libre**

1.2. Depuis quand ? (mois et année)

1.3. À quelle fréquence ? (nombre de fois par semaine) **roulette numérotée de 1 à 7**

1.4. Quelle est la durée d'une séance ? (en minutes) **roulette de 10 à 180 par dizaine.**

2. Non (répondez non si vous n'avez jamais pratiqué le yoga, si vous en avez pratiqué dans le passé mais ne le pratiquez plus actuellement, ou si vous pratiquez une fois ou moins par mois).

12. Avez-vous d'autres activités/activités relaxantes/loisirs ?

1. Oui

1.1. Lesquels ? **Champ libre**

2. Non

Annexe 2 : Données socio-démographiques complémentaires.

	Non-pratiquants du yoga	Pratiquants du yoga
État civil		
- Marié	N = 44 (35.2 %)	N = 14 (28.6 %)
- Cohabitant	N = 37 (29.6 %)	N = 18 (36.7 %)
- Célibataire	N = 35 (28 %)	N = 11 (22.4 %)
- Divorcé	N = 5 (4 %)	N = 2 (4.1 %)
- Pacsé	N = 3 (2.4 %)	N = 1 (2 %)
- Veuf	N = 1 (0.8 %)	N = 3 (6.1 %)
Enfants		
- Oui	N = 64 (51.2 %)	N = 28 (57.1 %)
Nombre moyen (ET)	2 (±0.79)	1.89 (±0.92)
Minimum	1	1
Maximum	4	4
- Non	N = 60 (48 %)	N = 21 (42.9 %)
Situation professionnelle		
- Employé	N = 79 (63.2 %)	N = 17 (34.7 %)
- Employé et indépendant complémentaire	N = 22 (17.6 %)	N = 6 (12.2 %)
- Indépendant	N = 18 (14.4 %)	N = 24 (49 %)
- Employé et indépendant	N = 6 (4.8 %)	N = 2 (4.1 %)
Lieu de travail		
- Hôpital psychiatrique	N = 26 (21 %)	N = 3 (6.1 %)
- Centre spécialisé	N = 24 (19.4 %)	N = 5 (10.2 %)
- Cabinet privé	N = 14 (11.3 %)	N = 14 (28.6 %)
- École/PMS	N = 12 (9.7 %)	N = 1 (2 %)
- Hôpital	N = 7 (5.6 %)	N = 4 (8.2 %)
- Cabinet partagé	N = 2 (1.6 %)	N = 7 (14.4 %)
- Autre (entreprise, crèche, à distance)	N = 5 (4 %)	N = 1 (2 %)
- Plus d'un lieu de travail	N = 34 (27.4 %)	N = 14 (28.5 %)
Âge de population rencontrée		
- Adultes	N = 42 (33.6 %)	N = 23 (47 %)
- Adolescents et adultes	N = 20 (16 %)	N = 9 (18.4 %)
- Enfants et adolescents	N = 20 (16 %)	N = 4 (8.2 %)
- Adolescents	N = 8 (6.4 %)	N = 0
- Adultes et gériatrie	N = 8 (6.4 %)	N = 1 (2 %)
- Enfants et adolescents et adultes	N = 19 (15.2 %)	N = 11 (22.4 %)
- Autres configurations	N = 8 (6.4 %)	N = 1 (2 %)
Type de population rencontrée		
- Non-spécifié	N = 91 (73.4 %)	N = 40 (81.6 %)
- Délinquance	N = 10 (8.1 %)	N = 1 (2 %)
- Maladie chronique	N = 8 (6.5 %)	N = 1 (2 %)
- Hospitalisation	N = 6 (4.8 %)	N = 2 (4.1 %)
- Traumatisme	N = 3 (2.4 %)	N = 1 (2 %)
- Autre (oncologie, unité de crise, famille/couple, handicap, plus d'un type)	N = 6 (4.8 %)	N = 4 (8.3 %)

Annexe 3 : Statistiques descriptives du test de l'hypothèse 1.

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Erreur standard
Bien-être	Pas de yoga	125	34.4	35	4.87	0.436
	Yoga	74	36.2	37	4.45	0.517
Auto-contrôle	Pas de yoga	125	29.5	30	5.19	0.464
	Yoga	74	30.9	31.5	5.08	0.591
Émotionnalité	Pas de yoga	125	46.7	47	5.30	0.474
	Yoga	74	47.3	48	6.13	0.713
Sociabilité	Pas de yoga	125	30.2	30	5.11	0.457
	Yoga	74	30.5	31	4.16	0.484
Total	Pas de yoga	125	162.6	164	18.91	1.691
	Yoga	74	167.4	169.5	18.97	2.206

Annexe 4 : Statistiques descriptives du test de l'hypothèse 2.

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Erreur standard
Prise de conscience	Pas de yoga	125	3.57	3.75	0.666	0.060
	Yoga	74	4.03	4	0.491	0.057
Distraction	Pas de yoga	125	2.19	2.17	0.608	0.054
	Yoga	74	2.57	2.67	0.616	0.072
Inquiétude	Pas de yoga	125	3.10	3.20	0.882	0.079
	Yoga	74	3.18	3.20	0.716	0.083
Régulation émotionnelle	Pas de yoga	125	3.13	3.29	0.893	0.080
	Yoga	74	3.76	3.86	0.481	0.056
Conscience émotionnelle	Pas de yoga	125	3.64	3.75	0.722	0.065
	Yoga	74	4.09	4	0.554	0.064
Autorégulation	Pas de yoga	125	3.15	3.25	0.797	0.071
	Yoga	74	3.75	3.75	0.565	0.066
Écoute du corps	Pas de yoga	125	2.97	3	1.046	0.094
	Yoga	74	3.64	3.67	0.551	0.064
Confiance	Pas de yoga	125	3.58	3.67	0.915	0.082
	Yoga	74	4.05	4	0.393	0.046
Total	Pas de yoga	125	25.34	25.39	4.404	0.394
	Yoga	74	29.07	29.53	2.682	0.312

Annexe 5 : Statistiques descriptives du test de l'hypothèse 3.

Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Erreur standard
Satisfaction de compassion	Pas de yoga	125	40.5	41	4.93	0.441
	Yoga	74	41	41	5.42	0.630
Burnout	Pas de yoga	125	21.3	21	4.38	0.391
	Yoga	74	19.9	19	3.75	0.436
Stress traumatique secondaire	Pas de yoga	125	21.1	21	4.75	0.425
	Yoga	74	21.4	21	4.45	0.517

RÉSUMÉ

Les psychologues cliniciens sont particulièrement exposés au risque de souffrance professionnelle. Le yoga, à la croisée des facteurs protecteurs que sont les routines de soin de soi et la pratique de la pleine conscience (Vu et Bodenmann, 2017 ; Turgoose et Maddox, 2017), est documenté comme prise en charge complémentaire dans diverses pathologies mentales (Gallegos et al., 2017 ; Hilton et al., 2017). Toutefois, peu d'études ont exploré son rôle dans la prévention de la souffrance professionnelle, notamment chez les psychologues cliniciens (Nirwan et al., 2020 ; Cocchiara et al., 2019).

Ce mémoire visait à explorer la contribution possible de la pratique du yoga dans le maintien de la qualité de vie professionnelle via la conscience corporelle et émotionnelle. Trois hypothèses ont été formulées : les psychologues cliniciens pratiquant le yoga présenteraient une conscience émotionnelle, une conscience corporelle et une qualité de vie professionnelle plus élevées que ceux ne le pratiquant pas. Pour les tester, un questionnaire en ligne intégrant des mesures socio-démographiques ainsi que des échelles évaluant la conscience émotionnelle (TEIQue-SF, Petride (2009)), la conscience corporelle (MAIA-2, Da Costa Silva et al. (2022)) et la qualité de vie professionnelle (ProQOL, Stamm (2009)) a été diffusé.

Les résultats révèlent des différences significatives entre les deux groupes sur certains facteurs : l'intelligence émotionnelle intrapersonnelle, la conscience corporelle et le burnout. Ces données confrontées à la littérature soulignent l'intérêt de mieux cibler les composantes émotionnelles et corporelles étudiées. Elles suggèrent également l'existence d'un lien entre la pratique du yoga et le développement partiel de compétences telles que la conscience corporelle, émotionnelle et l'intelligence émotionnelle. Cette dernière jouerait un rôle dans la prévention du burnout (Gay et Genoud, 2020).

Le yoga pourrait ainsi être envisagé comme un outil de prévention primaire du burnout en contribuant à renforcer les ressources psychologiques déjà présentes chez les professionnels, dans une approche centrée sur les processus (Nef et al., 2012). Cependant, la diversité méthodologique des études existantes limite la possibilité de comparaisons directes. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour confirmer ces pistes.

En conclusion, cette étude ouvre la voie à une compréhension intégrée des mécanismes par lesquels le yoga pourrait soutenir certains processus psychologiques clés dans la prévention de la souffrance professionnelle chez les psychologues cliniciens.