La troisième dimension de la médecine
La dimension spirituelle

Florence Depeursinge
Cardiologue FMH, Institut Lémanique de Théologie Pratique

Résumé : En 1940, Paul Tournier pressent que la médecine s'adresse à l'humain dans sa totalité : physique, psychosociale et spirituelle, alors que la science n'en voit que les morceaux. La qualité de la rencontre médecin-malade est en jeu : elle dépend du regard posé sur l'autre considéré « du point de vue de Dieu ». A partir de cette rencontre, le malade peut prendre ses responsabilités dans la manière de répondre à l'épreuve de la maladie et peut-être lui donner un sens.

Mots-clés : médecine, personne, dimension spirituelle, maladie, sens, Paul Tournier.

Introduction

Pendant plusieurs siècles, l'art médical consistait à s'entretenir avec le malade puis à l'examiner minutieusement, n'ayant pas d'autres moyens diagnostiques à disposition. De plus le personnel soignant était constitué de religieuses qui ne quittaient pas la chambre le soir sans dire une prière. Le spirituel était au cœur de l'hôpital. Dès le début du XX^{e} siècle, la médecine s'est dotée d'une instrumentation technique, et dans la deuxième partie du XX^{e} siècle, le personnel soignant est devenu exclusivement laïque. Les malades et les médecins n'ont eux-mêmes souvent plus d'ancrage ni de références religieuses explicites. De plus, les progrès extraordinaires de la médecine conduisent parfois à des situations inédites posant de graves problèmes éthiques et surtout humains. Depuis une dizaine d'années, l'homme malade qui n'était plus vu que comme un ensemble d'organes, a été reconnu comme un être biologique, psychosocial et spirituel. Récemment, la spiritualité refait son apparition dans les soins et il existe différentes formes de prise en compte de la dimension spirituelle en médecine qui ne demandent qu'à être mises en pratique.

1 Médecine de la Personne

1.1 Contexte historique

En pleine deuxième guerre mondiale, Paul Tournier s'inquiète de la direction que prend la médecine, de plus en plus scientifique, de plus en plus technique ! C'est un médecin visionnaire, au vu de notre médecine actuelle et un chrétien engagé et inspiré. Il publie son premier livre : « La Médecine de la Personne » (1984). Il dit avoir été « fécondé » par Frank Buchman (1878-1961), pasteur luthérien américain qui va fonder un Mouvement œcuménique : le Groupe d'Oxford, ouvert à toutes les religions. Frank Buchman (1947) prône une révolution chrétienne pour changer le monde qu'il nomme le « réarmement moral et spirituel ». Il sera un des pionniers des méthodes d'entraide, et ce sont deux de ses collaborateurs qui seront à l'origine de l'association des Alcooliques Anonymes.

1.2 Paul Tournier

Médecin genevois (1898-1986), il écrira une vingtaine de livres, traduits en plusieurs langues et donnera des conférences dans le monde entier. Ses parents décèdent alors qu'il est encore en bas âge et il s'enferme dans une solitude morale avec l'impression de n'exister pour personne. A l'âge de 16 ans, il est invité par son professeur de grec qui s'adresse à lui comme à une personne non comme à un élève, pour lui c'est une révélation, il se sent enfin exister. En 1947, il fonde le Groupe International de la Médecine de la Personne qui est toujours bien vivant, la 71^{e} rencontre a eu lieu en 2019 en Tchéquie.

1.3 Vivre à l'écoute

Tout commence par le silence, écoute de Dieu, pour se nourrir de ce regard d'amour et le porter sur les humains. Puis vient l'écoute de soi, de ses vulnérabilités, de ses résistances à être vrai. Le médecin peut ensuite se mettre avec son cœur à l'écoute du malade, de son histoire de vie et de son vécu dans la maladie. Il peut accueillir sa révolte née de la souffrance et accompagner le malade vers une possible acceptation qui pourra contribuer à donner un sens à sa maladie. « Se sentir compris, c'est ça qui aide à vivre » (Tournier, 1984). Le malade ne va s'ouvrir au médecin que s'il le sent pleinement disponible et cette disponibilité dépend du recueillement du médecin qui va porter ses relations humaines devant Dieu.

1.4 La rencontre

C'est une rencontre de personne à personne, dans la conscience de la présence invisible de Dieu, dans le respect, l'humilité, la réciprocité. « La vraie rencontre est celle où chacun laisse quelque chose de soi et expérimente le besoin de l'autre » (Châtel, 2013). L'être humain est un mystère, il est unique. La relation médecin-malade est unique et touche à ce qu'il y a de plus intime, l'accès au corps du malade, à son psychisme et jusqu'au bout de lui-même, à sa confrontation à la souffrance et à la mort. Mais c'est surtout une rencontre de la part sacrée de chacun (Grün, 2014), la rencontre authentique qui peut aboutir à une véritable communion, qui sera vécue comme une expérience spirituelle, inoubliable. Il peut s'en dégager une joie intérieure partagée,

même dans des situations de grande souffrance. Pour que cela se produise, le médecin devra sortir de sa prison scientifique, descendre de son piédestal, et se libérer de sa prétention à savoir mieux que le malade.

1.5 Sens de la maladie

Avant que d'être guéris, les malades ont besoin d'apprendre à vivre ce qu'ils ont à vivre. Il s'agit alors de les accompagner sur le chemin de la maladie, pour qu'ils découvrent leurs ressources et se réapproprient le sens de leur vie. Ils pourront prendre leurs propres responsabilités quant à la réponse qu'ils vont donner à l'épreuve de la maladie pour lui conférer un sens. Le sens ne se révèle souvent qu'après coup, c'est un acte de foi, avoir confiance qu'il en existe un. La médecine de la personne s'adresse autant au médecin qu'au malade, le principe étant de s'aider mutuellement à prendre conscience de ses problèmes pour, ensemble, devenir soi-même, authentique. Trouver le sens c'est retrouver le lien à soi, à l'autre, à Dieu. Les questions qui viennent à l'esprit de tout malade sont d'abord « pourquoi moi ? » et « qu'ai-je fait pour mériter ça ? » avec un fort sentiment de culpabilité. Même chez les non-croyants, la maladie est souvent interprétée comme une punition. La lecture contemporaine des Ecritures répond clairement « non » à cette interrogation (Jean 9, 1-3).

2 Evidence-based Medicine (EBM)

Dès 1992, l'Evidence-based Medicine change radicalement la pratique médicale (Guyatt *et al.*, 1992). Cette médecine basée sur les preuves issues de la recherche clinique s'appuie sur des résultats statistiques démontrant le meilleur rapport coût/bénéfice et l'absence de dangerosité d'un traitement et a conduit à l'élaboration de recommandations internationales pour le choix du traitement, qui sont régulièrement mises à jour. Idéalement, le choix se trouve à l'intersection de trois cercles : preuves scientifiques du bien-fondé du traitement, avis du médecin avec ses compétences, malade dans sa singularité et avec ses valeurs. Mais si l'EBM est très riche d'enseignement, ce sont des résultats valables pour une moyenne statistique qui ne correspond à personne, qui ne tient compte ni de l'âge, ni du sexe, ni des maladies associées. Toutefois si le médecin connaît bien son malade et pas seulement sa maladie, l'EBM a du sens.

3 Autres types de communication en médecine prenant en compte la dimension spirituelle

3.1 La médecine centrée sur la personne

Dans la mouvance de Paul Tournier, a été fondé en 2007, le Collège International de Médecine Centrée sur la Personne (ICPMC, s.d.), à l'initiative de l'OMS, d'associations de médecins, infirmières et patients du monde entier. Ceci en réaction à la prise de conscience de la déshumanisation de la médecine, d'une focalisation sur les organes au détriment de la personne dans sa globalité, de l'appauvrissement de la communication entre professionnels, patients et ses proches, sans oublier la main mise par l'industrie et finalement l'incidence alarmante du *burn-out* chez les soignants. L'approche s'intéresse autant aux facteurs qui contribuent au maintien de la santé qu'aux maladies. Elle s'appuie sur un engagement éthique, dans une perspective holistique ;

elle prend en compte les spécificités culturelles, et met l'accent sur la qualité relationnelle, notamment sur l'empathie, de manière individualisée ; elle vise une information et une participation aux décisions thérapeutiques incluant le patient et ses proches, un système de santé centré sur la population avec une éducation en matière de santé et un effort de recherche médicale. Ce Collège n'a pas d'appartenance religieuse, mais défend une médecine humaniste, incluant les facteurs biologiques, psychologiques, socio-culturels, financiers, politiques et spirituels pour la compréhension, la restauration et la promotion de la santé. Le Collège se réunit annuellement à Genève.

3.2 La logothérapie [1]

Viktor Frankl (1905-1997) est un neurologue et psychiatre autrichien rescapé d'Auschwitz alors que toute sa famille a été exterminée dans les camps. Il a découvert autant pour lui-même que pour les autres, que le fait d'avoir un but et un sens à sa vie l'aidait à survivre aux conditions inhumaines de détention. Il en a fait une technique psychothérapeutique : la logothérapie. Elle s'intéresse à la signification que le patient peut donner à son avenir plutôt qu'à son passé, elle se penche sur la raison de vivre de la personne, ou recherche de sens à sa vie, qui n'appartient qu'à elle-même. L'humain a besoin de se sentir appelé à accomplir quelque chose. La perte des instincts fondamentaux, ajouté à la perte des traditions menace l'homme de souffrir d'un vide existentiel qui peut conduire à la dépression et au suicide, à l'agressivité et à la toxicomanie. Le logothérapeute essaie de faire voir à son patient quelles sont ses responsabilités en élargissant son champ de vision. On peut découvrir le sens de sa vie de trois façons différentes : 1) par l'accomplissement, la réalisation de sa mission ou la création d'une œuvre, 2) par l'amour, qui mène à l'établissement de liens significatifs et 3) par l'adoption d'une attitude positive face à la mort et aux souffrances inévitables. Même dans des conditions extrêmes, il reste à l'homme la dernière des libertés humaines : choisir l'attitude qu'il adopte dans les situations qu'il est obligé de vivre. Quand une personne a trouvé un sens à sa vie, elle est aussi capable de faire face à la souffrance.

3.3 Salutogenèse

Aaron Antonovsky (1923-1994), sociologue israélien, a étudié les facteurs favorisant la survie et l'adaptation chez des survivants de camps de concentration. Il a inventé le concept de salutogenèse, qui met l'accent sur ce qui contribue à promouvoir la santé plutôt que de se focaliser sur la pathogenèse. Il s'appuie sur trois types de confiance : la confiance en notre pouvoir de comprendre ce qui nous arrive, la confiance de disposer des ressources nécessaires pour affronter les exigences de la vie et la confiance que ce qui arrive a du sens. Chacune de ces trois composantes constitue ce qu'il a appelé le sens de la « cohérence », qui serait le fondement de la salutogenèse (Mittelmark *et al.*, 2017).

3.4 La médecine narrative

La médecine narrative est une approche de soins centrés sur la personne (Goupy et Le Jeunne, 2016). Elle se définit comme une compétence qui permet de reconnaître le

1. D'après Frankl (2013)

besoin du malade de se raconter pour donner un sens à ce qui lui arrive, d'accueillir son histoire, d'en imaginer différentes interprétations, et enfin d'en être ému. Il s'agit surtout d'établir une relation médecin-malade de qualité, marquée par l'empathie et basée sur l'écoute attentive du malade, ce qui renforce l'alliance thérapeutique. Pour répondre à la perte de sens et à la souffrance au travail exprimée par les jeunes médecins face à une médecine déshumanisée, cette méthode demande aussi au médecin de pratiquer une écriture « réflexive », soit de mettre par écrit son ressenti à l'écoute du récit du malade, de façon à prendre conscience de ce qu'il vit.

3.5 La Présence thérapeutique

La présence thérapeutique est une qualité d'être, un état de réceptivité qui implique une ouverture totale au monde intérieur du malade, notamment par son expression verbale et corporelle. Mais c'est aussi une ouverture du thérapeute à sa propre expérience corporelle dans l'instant, afin de pouvoir accéder à la connaissance, à la compétence et à la sagesse qui se manifestent à travers ce vécu corporel (Geller et Greenberg, 2005). Cela demande d'être en contact avec l'entièreté de soi. La présence thérapeutique aide le malade à entrer dans le processus thérapeutique qui mène à la prise de conscience et à l'abandon de ses défenses, ainsi qu'à la découverte et à l'actualisation de ses ressources. Le non-jugement, la bienveillance et la confiance réciproque qui s'instaure dans la présence, permet une communication plus efficace entre le soignant et le soigné, une meilleure adhésion aux traitements proposés et de meilleurs résultats thérapeutiques. En outre, la présence à soi favorise l'intuition, l'empathie et la résonance empathique.

4 Ethique du *care*

L'éthique du *care*, c'est-à-dire du prendre soin d'autrui avec attention et sollicitude, représente une manière de faire un « pas de côté » alors que la bioéthique est devenue trop institutionnalisée (Zielinski, 2010). Elle est à la fois disposition et activité. Sagesse pratique qui allie vertu morale et action, elle requiert intelligence des situations particulières et réponse adéquate, adaptée au contexte. Elle implique également de chercher à savoir si le soin a répondu au besoin et a apporté un résultat, ce qui demande une réciprocité dans la relation de soin : celui ou celle qui donne le soin a besoin de la réponse de l'autre qui doit avoir la « capacité de répondre ». La condition humaine est vulnérabilité mais aussi interdépendance. Le *care* permet de redonner une place à la vulnérabilité dans le lien social ; la visée éthique du *care* est de prendre soin de l'autre sur un chemin de libération et d'individuation.

5 Conclusion

Aujourd'hui, nous disposons de nombreux outils pour reconstruire une relation médecin-malade de qualité, basée sur le respect, l'humilité, et l'amour. Il s'agit maintenant de se donner les moyens de les mettre en œuvre, au lieu que chaque partenaire reste frustré : les médecins, menacés de *burn-out*, les malades, abandonnés à leur solitude sur le plan humain même s'ils se sentent pris en charge sur le plan de la maladie. Le médecin peut changer de regard, « quitter sa blouse blanche » pour redevenir une

personne humaine, être conscient du caractère sacré de la relation avec son malade, tenir compte de sa singularité, de son histoire de vie, de ses ressources. Le médecin y trouvera une motivation supplémentaire, une meilleure gestion de son impuissance, un développement personnel, moins d'épuisement et pourra bénéficier du cadeau de la rencontre authentique, en un mot, entrer dans une nouvelle dimension. Le malade y retrouvera sa dignité, son identité de personne. Il se sentira revalorisé et pourra davantage participer aux choix thérapeutiques, devenir partenaire du médecin dans la traversée de sa maladie. Cette reprise en main de sa vie pourra contribuer à sa « guérison spirituelle » pour se réconcilier avec les autres, avec lui-même, avec Dieu en retrouvant une liberté intérieure.

« C'est pourquoi nous ne perdons pas courage et même si, en nous, l'homme extérieur va vers sa ruine, l'homme intérieur se renouvelle de jour en jour » (2 Co 4,16).

Bibliographie

Buchman, Frank, Remaking the World, Blandford Press, London, 1947.

Châtel, Tanguy, Vivants jusqu'à la mort, Albin Michel, France, 2013.

Frankl, Viktor, Découvrir un sens à sa vie : avec la logothérapie, Les éditions de l'Homme, Canada, 2013.

Geller, Shari ; Greenberg, Leslie M. (2005), « La présence thérapeutique : l'expérience de la présence vécue par des thérapeutes dans la rencontre psychothérapeutique », Approche centrée sur la personne : Pratique et recherche, France, Vol. 1, No 1, p. 45-66.

Goupy, François ; Le Jeunne, Claire (dir) (2016), Médecine narrative : une révolution pédagogique ?, Med-Line Ed., France, 2016.

Grün, Anselm, Accomplis ce pour quoi tu es fait, Salvator, France, 2014.

Guyatt, Gordon ; Cairns, John ; Churchill, David *et al.* (1992) « Evidence-based medicine : a new approach to teaching the practice of medicine », Jama, Vol. 268, No. 17, p. 2420-2425.

ICPMC (s.d.), The International College of Person-Centered Medicine : https://personcenteredmedicine.org/mission.html (consulté le 20/03/2020).

Mittelmark, Maurice ; Sagy, Shifra ; Eriksson, Monika ; Bauer, Georg ; Pelikan, Jürgen ; Lindström, Bengt ; Espnes, Geir Arild (dir.) (2017), The Handbook of Salutogenesis, Springer, Switzerland.

Tournier, Paul, Vivre à l'écoute, Editions de Caux, Suisse, 1984.

Zielinski, Agata (2010) « L'éthique du *care* : une nouvelle façon de prendre soin », Etudes, France, Vol. 413, No. 12, p. 631-641.