

Chapitre 8

Relation médecin-patient et médecines non conventionnelles

Estelle Zuily

La spiritualité est un sujet important. Elle a été en apparence oubliée, ou éloignée des pratiques de soin, pourtant elle reste très probablement en toile de fond de toute démarche ayant trait à l'humain.

En médecine, la relation médecin-patient relève autant du mystère du colloque singulier que des techniques modernes de communication. Sous tous ses aspects elle est unanimement reconnue comme la pierre angulaire de l'acte de soin. Or un des aspects de la spiritualité réside dans la relation que nous entretenons avec les autres.

Cet exposé tentera d'explorer les liens entre la relation médecin-patient et la prise en compte de la dimension spirituelle dans le soin, à partir des résultats de ma thèse de médecine dont l'objectif était de décrire ce que recherchent les patients dans la relation avec leur médecin.

Définir la spiritualité

Avant tout, pour tenter de dessiner les contours de cette notion vaste et éviter les malentendus, il peut être utile de rappeler certains éléments clés associés à la démarche spirituelle :

- Une dimension intérieure qui amène à une quête de sens, d'unité, et de paix
- La recherche d'une transcendance
- Les valeurs universelles qui nourrissent la conscience pour devenir opérantes
- Des méthodes et des outils différents d'une culture à l'autre

Les textes suivants soulignent ces idées:

« La spiritualité est une démarche cognitive de l'homme se caractérisant par la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles. Elle fait partie du développement de l'homme. Le sens, les valeurs et la transcendance permettent au patient de se définir spirituellement ». (Rivier 2009)

« Le spirituel est ce qui fait appel à l'intériorité de l'homme, lui fait refuser l'inhumain, l'invite à s'accomplir dans une recherche de transcendance et à donner du sens à son action, le met à écouter les autres et le porte à donner, échanger, recevoir ». (Charte de démocratie et spiritualité)

« Si la politique est la gestion de la cité des hommes, la spiritualité est celle de notre cité intérieure. Elle aide l'individu à aller dans le sens du bien, de l'unité, de la fraternité. Elle n'est pas donc vouée à exclure le politique mais au contraire, à lui donner du sens, à l'humaniser (...). Cet enseignement permet de retrouver en nous la connaissance qui structure et nourrit la conscience. Cela nous conduit à expérimenter un état d'être en harmonie avec la réalité qui nous entoure ». (Bentoune, 2004)

Ainsi la spiritualité se distingue de la religiosité, de l'ésotérisme ou du développement personnel.

Que recherchent les patients dans la relation avec leur médecin ?

Intéressons-nous à présent à la relation médecin-patient. L'objectif du travail que je présente ici était de dégager les caractéristiques de la relation médecin-patient que recherchent les patients en médecine non conventionnelle (Zuily, 2014). Les médecines non conventionnelles (homéopathie, médecine traditionnelle chinoise par exemple) ont été choisies car elles font aujourd'hui l'objet d'un engouement important. L'OMS estime que plus de 100 millions d'européens y recourent. Or c'est souvent pour une relation médecin-patient de qualité que les patients se tournent vers ces consultations en marge du recours classique (OMS, 2013). L'étude de la relation médecin-patient dans ce contexte revêt donc un intérêt particulier.

J'ai procédé à des entretiens semi dirigés, pendant 8 mois. Le recrutement des personnes interviewées a été effectué de façon à obtenir un échantillon diversifié. Les entretiens ont été poursuivis jusqu'à ce que plus aucun élément nouveau ne soit amené dans les réponses. Onze entretiens ont ainsi été réalisés, enregistrés et retranscrits. Les réponses ont été analysées selon les méthodes de la recherche qualitative, par moi-même et un enseignant chercheur en médecine. Une bibliographie préalable a servi de base pour élaborer le guide d'entretien, et de référence afin de valider les résultats.

Ce travail a permis de dégager cinq grands thèmes¹ :

« *L'écoute plus plus plus* »

L'écoute est l'élément incontestablement prioritaire dans les réponses, tout comme dans la bibliographie. C'est un facteur majeur de réussite de la relation (Schraub, 2009, Ernst, 2005, IFOP, 2007).

Dans cette étude l'écoute du médecin est caractérisée par une ouverture au dialogue qui débouche sur la possibilité de « *tout dire* », en confiance.

Une bonne écoute est nourrie d'attitudes clés que le médecin adopte et que le patient remarque : la bienveillance, le non jugement, l'humilité, la sincérité, la neutralité, l'optimisme, l'investissement, le fait d'être positif, les qualités humaines. Le non verbal joue aussi un rôle important (le regard, la voix). Il est apprécié que le médecin écoute le « *pourquoi on est là* », c'est-à-dire la réalité de l'intention du patient.

L'écoute recherchée est définie comme « active » : il s'agit d'écouter mais aussi et surtout d'entendre ce qui est dit, de prendre acte pour poser des actions justes et efficaces.

Finalement il se dégage des verbatim la description d'une relation qui va au-delà d'une simple écoute empathique. C'est véritablement un mode de communication apaisé, efficace et bienveillant, marqué par une profonde qualité de présence qui mène à un échange véritable et à un lien.

Ces résultats sont cités dans un ouvrage récent, intitulé « Docteur écoutez ! », qui réaffirme la place fondamentale de l'écoute dans l'exercice médical. Les auteurs de cet ouvrage soulignent que l'amélioration de l'écoute permettrait de ré-humaniser la médecine de demain et aussi de soigner le système de soin (Revah-Levy, 2016).

¹ Dans les paragraphes suivants les verbatim sont en italiques.

La durée des consultations : « D'abord il faut prendre le temps »

Passer du temps avec son médecin est également très important pour pouvoir justement « *tout dire* », « *faire le tour de tout* ». Ceci est vécu comme un élément rare et précieux. L'importance de ne pas se sentir pressé est souvent mentionné.

Il s'agit également de « *prendre le temps qu'il faut* » c'est-à-dire un temps adapté au contexte. Ce temps peut ne pas être long, si une communication efficace a permis de cibler les points clés de la consultation et d'y donner satisfaction.

Une synthèse britannique basée sur 14 études rapporte qu'avec un temps plus long de consultation les médecins prescrivent moins, conseillent plus sur le style de vie et la promotion de la santé, reconnaissent mieux les problèmes psychosociaux, permettent une meilleure observance du patient et augmentent sa satisfaction (Freeman, 2002).

Etre responsable actif et autonome

Les patients et particulièrement ceux consultant en médecines non conventionnelles, souhaitent être reconnus comme responsables vis-à-vis de leur santé. Chercher à savoir, à comprendre, à être maître de ses choix vis-à-vis des traitements sont des éléments importants pour des patients qui considèrent de plus en plus leur médecin comme un « *partenaire* » pour une « *co-prise en charge* » de leur santé.

Ainsi, il n'est pas rare de voir des patients acquérir des connaissances dans le domaine, et les recherches d'informations sur internet sont fréquentes.

De nombreux auteurs mettent en avant le besoin de s'autonomiser face à un parcours de soin vécu comme trop autoritaire ou contraignant, d'avoir un rôle actif sur sa santé, de se réapproprier son corps et son parcours de soin, ou de nouer avec son médecin une relation plus égalitaire et collégiale. Un nouveau mode de relation se dessine, plutôt délibératif que paternaliste (Schraub, 2009, Reynaudi, 2012). Par ailleurs chercher à être responsable et autonome vis-à-vis de sa santé peut correspondre aussi à une recherche de sens, de contact avec soi et finalement constituer une opportunité de retrouver ou de cultiver son intériorité.

Cependant, lorsque la situation de santé l'exige, ce modèle montre ses limites et c'est alors plutôt aux compétences et à la position « d'expert en charge » du médecin que le patient fait appel. Le médecin doit donc pouvoir moduler un répertoire de relations (Lussier, 2008).

La congruence philosophique

Pour une relation réussie il est important également d'être en accord avec le médecin sur les principes des médecines utilisées. En général, les personnes consultant en médecines non conventionnelles recherchent une médecine « naturelle », « douce », mais également préventive et surtout globale. Elles souhaitent que soit prise en compte l'interrelation entre psyché et corps physique. On remarque la place notable laissée à l'expression des émotions. A contrario, lorsque cela est nécessaire, des traitements perçus comme « forts » et efficaces sont recherchés en allopathie.

On voit ainsi se dessiner un recours médical dans lequel plusieurs approches et conceptions thérapeutiques coexistent et sont intégrées (OMS, 2013, Reynaudi, 2012).

Professionnalisme et efficacité

Enfin, au-delà de la relation qui est certes un sujet clé, les répondants recherchent avant tout un professionnalisme irréprochable. Selon les personnes, l'efficacité d'une consultation, le fait d'être guéri, ou soulagé peut être considéré comme plus important que la réussite de la relation.

Devant les résultats de cette étude et ceux de la bibliographie, une question s'impose: comment atteindre cette qualité de présence et de relation?

L'approche centrée patient, un pas vers une relation bienveillante

Des outils pour atteindre cette qualité de relation ont été mis à jour par des chercheurs tels que Carl Rogers, père de l'approche centrée sur la personne (Rogers, 2013), ou Marshall Rosenberg, créateur de la communication non violente (Rosenberg, 2004).

Leurs travaux soulignent l'importance de la neutralité bienveillante, de l'écoute active et de la qualité de la communication, autant d'éléments qui apparaissent fondamentaux aux patients. Ces travaux sont à l'origine de « l'approche centrée patient », qui aborde le soin sous l'angle du malade et non plus de la maladie, et permet de mettre en place en consultation les conditions d'une communication adaptée.

En 1991, la conférence de consensus de Toronto pose pour la première fois le rôle central de la communication en médecine. L'approche centrée patient devient la référence (Simpson, 1991). Des enseignements en communication bienveillante voient alors peu à peu le jour dans les facultés de médecine, ce qui permet de sensibiliser très tôt les étudiants à l'importance de l'écoute et de les former à communiquer. Cependant ces enseignements sont loin d'être généralisés (Millette, 2004).

Mais cette recherche de la relation juste fait également depuis toujours l'objet des enseignements des grandes traditions spirituelles de l'humanité. L'exemple que nous prendrons ici est issu de l'une d'elle, la tradition soufie.

Un modèle de relation issu d'un enseignement spirituel : le cercle des qualités et des vertus, Thérapie de l'Âme

L'enseignement de Thérapie de l'Âme prend racine dans l'enseignement spirituel soufi et se base sur le modèle de la relation en cercle. Dans les spiritualités traditionnelles, le cercle symbolise en effet une façon d'être qui s'oppose à la pyramide dans laquelle le sommet repose sur la base et lui dicte ses volontés.

Ainsi dans un cercle, chacun est à égale distance du centre, quelles que soient les différences sociales ou culturelles. Chacun a donc quelque chose à apporter et ces apports sont mis en synergie. Par ailleurs, chaque point peut être tour à tour le premier, c'est à dire celui qui apporte quelque chose à l'ensemble, ou le dernier, celui qui perturbe. Assumer ces deux positions fait que le cercle est un cercle. Le centre est vide ce qui permet de s'affranchir des désirs et intérêts personnels ou des pensées dominantes ; il est le répartiteur des forces. Dans un cercle celui qui est en face est un partenaire, un complément et non un opposé et c'est en passant par le centre, neutre, que les deux pourront se comprendre.

Le cercle peut devenir une roue si chacun accepte à son tour de porter la charge de l'ensemble.

De ces correspondances il est possible de dégager une véritable méthode de communication conforme aux principes de cette tradition spirituelle. Dans ce mode de fonctionnement, les qualités requises ont la sincérité, l'humilité et la bienveillance. Il est nécessaire d'être vigilant au temps et à son temps de parole. Un certain nombre de règles servent de guide, telles que la libre volonté de participer, être attentif à ne pas essayer de dominer, ni à se laisser dominer, la

relation de partenariat, l'attitude positive et la conduite correcte, l'effort continu. Afin d'apprendre à le mettre en pratique l'association Thérapie de l'Ame propose d'ailleurs des ateliers.

Sur ce modèle, il est alors possible d'entrer en relation de façon apaisée et efficace. C'est une école du vivre ensemble et du lien à l'autre afin que l'humanité de chacun puisse se révéler.

La demande des patients: au plus proche de l'enseignement spirituel

Il est alors intéressant de noter les similitudes entre les caractéristiques de la relation médecin-patients recherchées par les patients en médecine non conventionnelle et les caractéristiques d'une relation efficace telles qu'elles sont enseignées par la tradition spirituelle citée ici : la bienveillance, l'humilité, le partenariat, le besoin de ne pas se sentir dominé, l'importance donnée à la parole et à l'avis du patient. Tous ces éléments participent d'un fonctionnement « en cercle », caractéristique de la relation dans l'enseignement spirituel traditionnel cité ici. La spiritualité, loin d'être marginale, apparaît ici au cœur des préoccupations des patients. Certains verbatim le dévoilent d'ailleurs : « *C'est une éthique de travail mais une éthique de vie aussi, de relation.* » ; « *On n'a pas employé le mot spiritualité parce que la spiritualité à la noix ça ne m'intéresse pas, mais voilà, une autre vision de l'homme. Toujours quand même avec une approche rigoureuse.* »

Une relation médecin-patient apaisée et consciente fait donc partie de la prise en compte de la dimension spirituelle du patient, mais aussi, très probablement, de l'approfondissement de celle du médecin.

Des initiatives existent pour développer ce savoir être, du chemin reste à faire afin que cette partie essentielle du soin atteigne la dimension qu'elle mérite.

BIBLIOGRAPHIE

Bentoune, K. 2004. La spiritualité aujourd'hui ou la voie du juste milieu. Revue Annales du patrimoine. 2004, 2.

Bentoune, K. 2011. Thérapie de l'Ame. Albin Michel, 2011. ISBN 10: 2226220437.

Charte de démocratie et spiritualité : <http://www.democratie-spiritualite.org/La-Charte-de-Democratie-Spiritualite.html>.

Ernst, E. 2005. Médecines alternatives: le guide critique. Paris : Elsevier, 2005. ISBN 2842996410.

Freeman, G. 2002. Evolving general practice consultation in Britain issues of length and context. British Medical Journal. 2002, Vol. 324, 7342.

IFOP 2007. Sondage. Les français et les médecines naturelles. http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=464. 2007.

Lussier, MT. 2008.En l'absence de panacée universelle.Canadian Family Physician. 2008, Vol. 54, 8.

Millette, B. 2004.L'apprentissage de la communication par les médecins: aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. Pédagogie médicale. 2004, Vol. 5, 2.

OMS. 2013.Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève : s.n., 2013. ISBN 978 92 4 250609 9.

Révah-Lévy A et Verneuil L, 2016. Docteur, écoutez ! Pour soigner, il faut écouter. Albin Michel. Paris. ISBN 987 2 226 32350 7

Reynaudi, M. 2012.Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?<http://archives.strategie.gouv.fr/cas/content/quelle-reponse-des-pouvoirs-publics-lengouement-pour-les-medecines-non-conventionnelles-note.html>. Centre d'Analyse Stratégique, 2012.

Rivier, E. 2009.Extraits du guide des soins palliatifs du médecin vaudois. Revue internationale de soins palliatifs. 2009, Vol. 24, 2.

Rogers, C. 2013.L'approche centrée sur la personne. Anthologie de textes. Genève : Ed Ambre, 2013.

Rosenberg, MB. 2004.Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs). Ed La découverte, 2004.

Schraub, S. 2009.Etude sociologique du recours aux médecines parallèles en oncologie.Médecin et culture. 2009, Vol. 11.

Simpson, M. 1991.Doctor-patient communication: the Totonto consensus statement. British Medical Journal. 1991, Vol. 303, 6814.

Thérapie de l'âme : <http://www.therapiedelame.org/>

Zuily, E. 2014.Quelles sont les caractéristiques de la relation médecin-patient qui contribuent au recours aux médecines non conventionnelles? Toulouse, 2014. 2014TOU31027.