

La motivation dans la relation médecin-patient

Dr.Richard Henderson Smith

Dans le cadre de notre conférence on m'a demandé de parler de la motivation dans le contexte de la relation médecin-patient. Permettez-moi de vous remercier pour l'immense honneur et le privilège d'avoir été invité à orienter nos réflexions sur ce sujet. Je parle du point de vue d'un médecin généraliste avec plus de 30 ans de pratique et non pas d'un universitaire ou d'un expert en motivation. J'ai été le médecin le plus âgé de mon cabinet pendant 20 ans ce qui fait que mes observations viennent uniquement de mon expérience clinique et de mes études personnelles. C'est pourquoi mes réflexions sont anecdotiques. Je suis un généraliste mais j'ai aussi passé quatre ans comme médecin et chirurgien/anesthésiste dans une léproserie au Bangladesh. Mon principal souci en tant que médecin est de stimuler et d'encourager mes patients à faire face à la maladie aiguë, à trouver le courage pour affronter les maladies chroniques et terminales ou pour changer leur comportement pour leur bien-être à long terme.

« La motivation est une partie inhérente et centrale de la tâche du professionnel »¹. Dans notre cadre je comprends le terme « motivation » comme ce qui pousse vers la satisfaction d'un besoin ou la réalisation d'une intention, la stimulation et la direction du comportement vers un but. L'intention et le tremplin du comportement, elle organise les modèles d'existence vers une disposition à l'action. La motivation a été définie comme le « vas-y ! » de la vie psychique². Elle pousse une personne dans un comportement adaptatif chaque fois que le stimulus ou des associations appropriées sont présentes. Sans négliger la classique hiérarchie *primordiale* des besoins³, je pense que la motivation humaine va plus loin. Bien entendu ces désirs primitifs de survivre et de se développer ainsi que le désir associé d'éviter la douleur et la peur de la douleur, de la maladie et de la mort seront toujours présents et motivent souvent nos patients à nous rendre visite. Cependant je pense que la motivation psychologique pour réaliser une action planifiée est un but plus haut dans la mesure où il prend en compte notre contexte social et par là implique des décisions conscientes qui vont parfois à l'encontre de nos intuitions.

Dans mon sujet je traiterai principalement de la manière d'encourager, chez mon patient, un état à partir duquel il peut envisager le changement, mais ensuite je discuterai brièvement les motivations du médecin.

¹ Miller, W.R & Rollnick, S ; *“Motivational Interviewing, Preparing people to Change Addictive behaviour”* (p19); Guilford. 1991

² Allport, G.W; *“Pattern and Growth in Personality”* (p218); Holt, Rienhart & Winston. 1963

³ Maslow, A.H; *“Motivation and Personality”*; Harper & Row. 1970 (2nd Edition) (hiérarchie des besoins : physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et finalement de réalisation de soi).

Mon patient et moi sommes « des compagnons d'aventure dans une cause commune »⁴. Par la nature même de nos standards moraux comme médecins, nous avons une relation *d'alliance* avec nos patients⁵. C'est cet engagement à la relation elle-même qui se trouve au cœur de notre travail avec ces personnes que nous promettons de servir avec fidélité et confidentialité. Nous promettons de faire de notre mieux pour eux, d'essayer d'éviter de leur causer du mal et tout en étant équitable et juste avec l'ensemble de nos patients. De son côté le patient nous offre volontairement quelque chose de lui-même et ainsi la *confiance* qui se trouve au cœur de la relation médecin-patient est fondée. Paul Tournier, bien sûr, a écrit sur ce sujet dans un chapitre qui s'intitule de manière significative « vivre c'est choisir ». Il l'exprime en disant : « La confiance est une notion de la plus haute importance ; nous devons absolument faire confiance au choix responsable [du patient], même s'il nous paraît questionnable ... la tâche du médecin est d'aider chacun de ses patients à devenir une personne, à assumer ses propres responsabilités. »⁶ Ensemble nous réagissons à un environnement qui montre des signes de désordre pour ré-imposer l'ordre et la prévisibilité. Ainsi nous nous embarquons dans une recherche *mutuelle* de sens dans l'univers au centre duquel nous nous sentons, sachant bien qu'il ne s'agit pas de L'UNIVERS ; reconnaissant aussi que nous avons en effet des choix, bien que peut-être limités. Carl Jung a écrit : "le sens rend beaucoup de choses supportables - peut-être toutes. Par la création de sens ... un nouveau cosmos surgit"

La motivation dépend d'une relation.

« Le point de contact entre le médecin et le patient... est peut-être le moyen thérapeutique le plus puissant qui existe. »⁷ Au début je dois gagner l'attention de mon/ma patient(e) et sa confiance. Il/elle exige que je le/la prenne au sérieux que je l'accepte comme une personne, avec toute la complexité et l'expérience de vie dont je ne connais qu'une infime partie. Je dois le/la regarder dans les yeux, le/la regarder au-delà des l'intérêt pour ses besoins cliniques avec autant de courtoisie et d'efficacité qu'il est possible. [J'espère que vous me pardonneriez si à partir de là je parle de *il, son* ou *lui-même* INCLUANT *elle, sa* ou *elle-même*] Ensemble nous devons reconnaître une question ou un problème et finalement explorer la possible nécessité d'un changement. C'est là que je cherche à faciliter la motivation mais que je dois rester disponible pour lui si sa décision est de *ne pas* changer. Ce processus demande de l'engagement, du respect mutuel et de l'acceptation ce qui va permettre à mon patient de comprendre et d'avoir la capacité d'accomplir les actions ou les processus qui ont été *convenus*. Un exemple où notre équipe et moi avons vilainement échoué dans ceci, concerne le patient AG. Il refusait de s'engager positivement, le contact visuel, quand il se réalisait, était de l'ordre de la confrontation ; il avait son propre programme. Lui et moi n'avons pas pu nous mettre d'accord sur le fait qu'il avait besoin d'aide. Il insistait uniquement sur son désir d'échapper dans un état le vide intérieur. Il refusait de reconnaître que sa consommation de drogue le mettait dans une situation conflictuelle avec l'autorité de protection de l'enfance. Il ne voulait pas accepter de travailler dans un cadre, essayant constamment de suivre son propre chemin en demandant des ordonnances de benzodiazépines pour compléter sa consommation journalière de cannabis. Finalement cela a conduit à une crise où il a été près de

⁴ Ramsey,P; "The patient as person, explorations in medical ethics." New Haven: Yale. 1970

⁵ Messer,N,G; "The Therapeutic covenant"; Grove Booklet, Cambridge. 1996

⁶ Tournier,P; "The Meaning of Persons"; SCM. 1957 (p202-3)

⁷ White,K.L "The Task of Medicine"; The Henri Kaiser Family foundation, Menlo Park, California,1988

m'agresser physiquement ainsi que mon personnel féminin nous forçant à l'expulser vers un environnement soi-disant sécurisé.

Nos consultations doivent être ouvertes, empathiques et non-définies avant que nous n'arrivions à un diagnostic. Nous ne devons jamais perdre « la capacité de voir la globalité et la vulnérabilité de la personne... de voir, au-delà du point de focalisation que constitue le problème », la personne réelle⁸. Au milieu des contraintes de la pratique actuelle, nous devons parfois nous autoriser du temps et un espace émotionnel pour entrer en contact, établir une relation, pendant que, dans le même temps, nous offrons notre expertise. Par contraste notre prise en charge doit être claire, orientée vers un but et définie dans la mesure où, comme médecins, notre ambition est d'aider nos patients à réaliser quelque chose, que ce soit changer de direction ou simplement persévérer dans le déroulement d'un état chronique. Nous devons donner à nos patients autant de temps qu'il est possible, aussi souvent qu'il est possible. Le temps est devenu de plus en plus restreint de nos jours et les contraintes de temps mettent sous pression la nature des bonnes relations médecin -- patient. Les gens ont besoin de temps pour s'exprimer, particulièrement si des problèmes émotionnels ou psychiatriques sont présents. J'ai besoin de temps pour comprendre mon patient, pour arriver à un bon diagnostic et continuer à l'aider. Il y a des moments où nous travaillons avec nos patients d'une manière fraternelle et d'autres temps d'une manière directive, et nous devons soigneusement discerner quelle position est appropriée à chaque occasion. Donc l'approche peut varier avec le même patient à différentes occasions. En bref nous devons faciliter une relation proche, mais pas trop proche ; une certaine intimité, mais clairement pas trop. Nous devons développer de l'intuition et éviter le risque d'une sur-identification, brider nos émotions et essayer de garder notre objectivité. Assez rapidement nous devons examiner cliniquement notre patient et je crois que cela est un outil motivationnel important. Quand nous « posons les mains sur lui » et établissons un contact physique d'une certaine manière, nous communiquons notre commune humanité et notre confiance mutuelle. Même si je ne fais rien d'autre, presque toujours je prends le pouls de mon patient pour avoir l'excuse de tenir sa main. Le toucher est essentiel pour la santé et le bien-être⁹. Quand des soignants ont l'intention « d'entrer en contact » plutôt que de « faire quelque chose » à une personne, la communication peut avoir un effet guérissant [Montgomery, p45].

La motivation dépend de la communication.

J'ai une amie de 85 ans qui souvent fait des lectures bibliques à l'église avec beaucoup de clarté et d'emphase. Un jour, après le culte, elle m'a demandé si elle pouvait commencer à être vaccinée contre la grippe. Bien sûr je l'ai encouragée à le faire, mais prudemment, je lui ai demandé si elle était allergique aux oeufs puisque le vaccin est cultivé sur des oeufs de poule. Quelques semaines plus tard je la rencontre et elle me dit qu'elle a eu l'injection sans problèmes mais qu'elle est très triste de ne plus pouvoir manger d'œufs ! Mon pouvoir de persuasion s'est montré efficace mais la communication était loin d'être parfaite !

- Nous devons donc être une source d'information et de motivation *crédible* ;

⁸ Montgomery, C.L.; "Healing through communication : the practice of caring"; Sage. 1993 [p44]

⁹ Taylor, A.G., "Complimentary/Alternative therapies in the treatment of pain."- article (p282-339) in Spencer, J.W & Jacobs, J.J (Eds) "Complimentary/Alternative Medicine: an Evidence Based Approach". Missouri: Mosby, Inc. 1999

- nous devons gagner *l'attention* de notre patient ;
- pour communiquer notre message *efficacement* (traduisant le jargon médical pour combler le fossé entre la terminologie technique et le langage de tous les jours).
- Notre patient peut alors *accepter* notre message,
- *continuer* à le suivre et comprendre son importance,
- et observer des recommandations avec *confiance* est la meilleure chose à faire.

En outre, plus le médecin aura de connaissances des aspects psychologiques sociaux et physiques des problèmes, meilleurs sera le sentiment de bien-être et de santé des patients¹⁰.

Parfois il peut sembler qu'il n'y ait pas un grand besoin de changement (en contraste avec les objectifs du counseling ou de la psychothérapie). Nous avons besoin uniquement d'encourager notre patient à continuer d'avancer, à rester fidèle aux impulsions de la vie. Nous devons calmer les peurs et apaiser l'anxiété même pour des choses simples comme la mesure de la pression artérielle. J'ai remarqué que *mon propre* état d'esprit et les soucis du jour peuvent affecter la pression artérielle d'un patient. Un jour j'ai été appelé hors de la salle de consultation pour aider à la réanimation d'une vieille dame, pas une de mes patientes, qui avait fait une syncope au carrefour voisin. Elle avait été une voisine de notre famille durant 18 ans, une immigrante dans ses années quatre-vingt; elle avait eu une vie difficile et était une charmante dame chrétienne. La situation était sans espoir et quand l'ambulance est arrivée elle était morte. Je suis retourné immédiatement à ma consultation interrompue et j'ai remarqué que pour le reste de la matinée mes mesures de pression artérielle étaient toutes relativement hautes. La lecture de la pression artérielle semble dépendre autant de l'émotion de l'observateur que du propre état d'esprit du patient. Des changements hormonaux à court terme sont influencés par des facteurs relationnels. Si je suis stressé et impatient, *mon* état négatif crée de l'anxiété chez mon patient et augmente *son* taux de corticostéroïdes et sa pression artérielle. Peut-être y a-t-il là quelque chose du fait de nous aimer nous-mêmes avant de pouvoir efficacement aimer les autres ! Les émotions, les expériences et les attitudes sont des facteurs psychologiques qui peuvent même toucher le système immunitaire donnant lieu à des changements physiologiques^{11, 12}.

La motivation va plus loin qu'une vague état intérieur d'être disposé à; elle doit conduire à la tentative convaincue de suivre un avis ou un plan thérapeutique. Cela implique la mise en branle des émotions, par exemple les réactions d'un patient à un diagnostic grave sont souvent le reflet des stades du deuil dans la mesure où il y a perception d'une perte de possibilités. Ainsi il peut y avoir un déni initial, un désir que les choses soient différentes de ce qu'elles sont. La colère et le ressentiment suivent, ensuite un sens de la résignation, finalement nous espérons l'acceptation et l'engagement dans des attitudes positives vis-à-vis du nouvel état.

¹⁰ Stewart, M.A; McWhinney, I.R; Buck, C.W; "The doctor/patient relationship and its effect upon outcome"; Journal of the Royal College of General Practitioners 1979;29:77-82

¹¹ Whalley, L.J & Page, M.L (Ed) "Stress, immunity and Disease." Duphar Laboratories Ltd. 1990

¹² Minchoff, K.M; Baker, B; Dillon, K.H "Positive emotional state and enhancement of the immune system", International Journal of Psychiatric Medicine. 15 (1985) 13-17

Miller¹³ décrit quelques stratégies motivationnelles générales. Des approches efficaces combineront typiquement *quelques-unes* de celle qui suivent :

1. **Conseiller.** Ayant clairement identifié un problème et expliqué pourquoi le changement est important, nous préconisons un changement spécifique, mais plutôt que de donner des ordres nous offrons de l'aide. Le médecin doit être un éducateur et n'importe quelle plainte, si banale soit-elle, lui donne une occasion d'enseigner, comme tout généraliste le sait bien dans ses rapports avec les parents de jeunes enfants. L'enseignement met en rapport la conscience du patient avec sa physiologie, réduisant la crainte, et cette attitude plus positive aide à la guérison partiellement ou même complètement. Le truisme du « médecin-médicament » est trop facilement oublié dans la pression constante qu'exercent les systèmes de santé contemporains pour une plus grande efficacité. Miller écrit : « il semble que le premier impact des interventions brèves soit *motivationnel*. Nous croyons que leur effet consiste à déclencher une décision et un engagement vers le changement ». En particulier, la probabilité pour que les patients arrêtent de fumer est corrélée à l'avis du médecin¹⁴.
2. Enlever des *barrières*. Cela inclut des questions pratiques d'accès ou d'opportunités de réévaluation. Mais, ce qui est plus important, nous devons mettre de côté les doutes au sujet de la capacité de notre patient à changer puisque la foi du thérapeute en la capacité du client à changer peut déterminer le résultat de manière significative¹⁵. Il existe alors une possibilité *d'équilibre* entre la conception qu'a le patient de sa maladie et la conception professionnelle du médecin, permettant une négociation réussie et la création d'un consensus¹⁶.
3. Fournir des *choix* pour maintenir un sens de l'indépendance et de la liberté et encourager la prise de responsabilité chez notre patient. La motivation peut être soit *intrinsèque*, en termes de désirs *propres*, décisions ou pulsions du patient, ou *extrinsèque* en termes d'incitations ou de pressions ressenties de la part de l'extérieur. La motivation intrinsèque ou interne est de loin plus puissante que l'influence des forces extrinsèques ou externes. Et ceci confirme l'importance de *l'autonomie* et des pulsions propres de l'individu pour atteindre un certain degré de contrôle dans sa vie plutôt que d'être contrôlé *par* les événements. Mais comme médecins nous passons notre temps à nous préparer et à reconnaître les événements le plus tôt possible pour ensuite aider nos patients à les prendre en charge eux-mêmes. Ils utiliseront des moyens physiologiques, psychologiques et spirituels pour tenter de surmonter les pressions externes qu'ils perçoivent qu'elles soient pathophysiologies, psychologiques ou même spirituelles. Notre tâche consiste à aider cette lutte pour la libération personnelle, de lui donner les moyens de rester ou de devenir autonome. Il doit être autorisé à faire et à prendre possession de ses propres jugements, sous nos conseils, et à faire des erreurs,

¹³ Miller, p20

¹⁴ Russell, M.A.H; Wilson, C; Taylor, C; Baker, C.D "Effect of general Practitioner's advice against smoking". British Medical Journal, 1979; 2: 231-235

¹⁵ Leak, G.J & King, A.S; "Effect of counsellor expectations on alcoholic recovery"; Alcohol Health and Research World; 11(3):16-22

¹⁶ Ripke, T- article in Bensing, J; Larsson, U.S; Szecsenyi, J (Eds) "Doctor-Patient Communication and the Quality of Care in General Practice" , NIVEL, Utrecht. 1998

contre notre avis. Nous devons décourager la dépendance parce que « ultimement... la santé se trouve dans l'intégrité ou l'unité du tout »¹⁷.

Des stratégies internes, intrinsèques, demandent un investissement personnel et un effort mental et ainsi recueillent une plus grande récompense en termes motivationnels. C'est sur celles-ci que nous essayons la plupart du temps de construire dans notre travail. Pendant la consultation, les motivations intrinsèques internes peuvent être tirées des propres *choix rationnels* du patient et des défis qu'il se lance, par exemple en direction d'une meilleure santé générale ou en faisant face à l'annonce d'un mauvais diagnostic. En travaillant avec notre patient, nous essayons de transformer les émotions négatives comme la peur en des sentiments positifs, orientés vers l'avenir, pleins d'espoir.

4. Diminuer la *désirabilité* de comportements antérieurs en analysant le rapport coût-bénéfices. À nouveau, nous clarifions pourquoi *le changement est désirable*, et peut-être s'agit-il d'une des fois où nous devons être directs avec notre patient, c'est-à-dire agir envers lui comme une figure paternelle. « Une source est de plus en plus persuasive lorsque son message augmente en confiance... »¹⁸. Le changement doit être indiqué comme un défi plutôt qu'une menace, inévitable et normal parce que la stabilité est une illusion dans la vie humaine. Face à l'incertitude nous devons aider notre patient à accueillir le changement comme une opportunité de croissance et de développement personnel, à voir qu'il y a un *but* dans la lutte avec les problèmes de la vie. Il n'a pas besoin d'être écrasé par un sentiment d'impuissance, de menace et d'anxiété parce qu'un temps de changement n'est pas seulement une expérience universelle mais une expérience qui peut être partagée avec d'autres dans la communauté. L'aliénation est inutile et l'aide est disponible.
5. En pratiquant *l'empathie* qui implique le respect, le soutien, le souci pour l'autre, la compréhension sympathique et l'intérêt actif. Ce n'est pas une identification mais plutôt un regard compatissant et une écoute en profondeur. Pour servir correctement nos patients nous devons dire à chacun, d'une certaine manière, « Viens avec moi, je marche sur ce chemin moi aussi ». Ainsi nous pouvons découvrir que nous pouvons être agents de guérison quand cela est possible, soigner souvent, mais toujours reconforter.
6. Fournir une *rétroaction* et un renforcement positif, aidant notre patient à réfléchir sur le contrôle de soi. Les motivations initiales doivent être nourries et encouragées pour amener à l'épanouissement d'un bien à long terme pour le patient.
7. Finalement clarifier les *buts*, comparant ce qui a été accompli avec le plan sur lequel on s'était mis d'accord, ceci joint à une autoévaluation. La médecine générale est principalement orientée vers les solutions et la *motivation dépend d'un but*, changer et récolter les fruits d'une vie plus longue ou en tout cas meilleure. Nous aimerions aider nos patients à définir leurs propres buts. Ceci peut être favorisé par des avantages financiers immédiats. Par exemple en Grande-Bretagne, les patients récemment diagnostiqués avec une hypothyroïdie ou un diabète ont, depuis de nombreuses années, immédiatement reçu toutes les ordonnances

¹⁷ Graham, H; 'Soul medicine', Newleaf, Dublin (2001) [p257]

¹⁸ Masow, C, et al "Persuasiveness of confidence expressed via language and body language." British Journal of Social & Clinical Psychology. 1971. x.234-40. 61

gratuitement pour le reste de leur vie. Cela facilite grandement la compliance vis-à-vis du traitement et l'acceptation des changements de vie. Par contraste les patients asthmatiques qui n'ont pas d'autres raisons d'avoir un remboursement automatique sont forcés de payer chaque médicament et on sait bien que dans ces situations la compliance est souvent irrégulière.

Nous devons tenir compte de la *capacité de notre patient à définir des objectifs réalistes* (cela peut entraîner la fragmentation des buts en de plus petites entités séquentielles). C'est un privilège de partager leur expérience dans la manière de faire face à des questions complexes sur une longue période de temps. Cela a été merveilleux et émouvant, un jour, de partager la joie d'une vieille dame de 63 ans [MMB] quand son fils psychotique, qui avait purgé une longue peine de prison, avait enfin été réinséré dans une ville voisine, emménageant dans un appartement surveillé, apprenant à réparer des instruments de musique et reconstruisant des relations avec sa famille. Ma patiente est elle-même schizophrène, traitée actuellement pour un cancer du sein, insuffisante cardiaque et obèse. Son mari a de nombreux et sévères diagnostics mais il est émotionnellement le plus fort. Parlant de son fils elle disait « je ne pensais pas qu'il ait un avenir mais il en a un », sa joie l'avait transformée. Elle n'était plus la personne apathique avec laquelle nous avons travaillé pour tenir toutes ces questions sous un certain contrôle, petit à petit, durant les 16 dernières années.

La motivation dépend du but, indépendamment du fait de savoir s'il consiste en un changement ou en la poursuite d'un mouvement.

Comme médecin, nous devons tenter, par l'éducation du patient, à transformer des pulsions extrinsèques, à l'origine desquelles nous pouvons être bien souvent, en motivations intrinsèques. Un modèle motivationnel¹⁹ décrit un mouvement cyclique allant de :

- La *pré-contemplation subconsciente* (la graine est semée, le patient n'est pas encore conscient de la possibilité de changement) qui se développe en :
- une *contemplation* consciente des raisons du changement à travers
- une *détermination* au changement qui se traduit dans
- une *action* (et l'engagement dans une thérapie) et
- le *maintien* possible. À ce stade, il peut y avoir
- une *rechute* (majeure ou non) et un retour à la *contemplation* avec une reprise du cycle.
- La rechute peut être acceptée comme une *étape normale*. Éventuellement il peut y avoir
- une *sortie permanente* du cycle vers un nouveau style de vie. Nous allons devoir observer le chemin de notre patient dans ce cycle plusieurs fois avant que finalement il réalise le changement. Par exemple on a remarqué que les fumeurs doivent parcourir le cycle en moyenne 3-7 fois avant d'arrêter définitivement.

¹⁹ Di Clemente, C.C & Prochaska, J.O "Toward a comprehensive, transtheoretical model of change : Stages of change & addictive behaviours" – article in Miller, W.R & Heather, N (Eds) "Treating Addictive behaviours" (2nd Ed) Plenum, New York. 1988

Au moment où j'écris cela j'observe une patiente [JW âgée de 45 ans] qui accompagne sa fille de six ans au retour de l'école. Trois ans et demi plus tôt, son fils âgé de 8 ans est décédé d'une tumeur maligne cérébrale neuf mois après la première apparition des symptômes et du diagnostic. Elle a développé un deuil pathologique et ni moi ni mon associé n'avons été capable de l'aider. Après quelques années elle accepta de se faire aider, mais après 12 séances de counselling, le thérapeute nous a écrit pour nous dire ce que nous suspicions déjà, c'est-à-dire qu'elle ne *voulait* pas être libérée de cette tristesse qui remplissait presque toute sa vie. C'était comme si elle avait là le seul lien qui la rattachait encore à son fils. Elle a quitté son travail dans un poste à responsabilités pour s'occuper de sa fille mais elle dépend énormément du support émotionnel de son mari. Et ne veut pas que ses médecins fassent changer les choses pour elle ; elle semble vouloir partager l'état de son fils en restant dans un état de morte vivante. Elle reste dans une phase de pré-contemplation.

Les motivations extrinsèques/externes, qu'elles soient dues aux paroles du médecin ou aux pressions de la famille, ramènent à l'individu un faible niveau de récompense psychologique et ont tendance à réduire au minimum l'état de préparation d'un individu pour l'effort. Une telle motivation a besoin de récompenses tangibles pour se maintenir. Une tendance récente de l'administration régionale de la santé publique qui a fortement tendance à favoriser des paiements en fonction des résultats, consiste à formaliser certaines prestations médicales individuelles dans des contrats détaillés. Par exemple, nous avons une procédure d'arrêt du tabagisme dans laquelle un patient signe une promesse de cesser de fumer à une certaine date, de se conformer à un certain « traitement » et d'être disponible pour une suite. Dans mon expérience, les patients ont suffisamment de volonté pour signer les papiers et accepter de recevoir des médicaments à moindres coûts, mais une partie échoue parce qu'ils n'ont pas été en premier lieu complètement et *intérieurement* poussés à arrêter de fumer.

La foi, l'espoir et l'optimisme du patient concernant une sorte possible de guérison est un déterminant puissant pour le résultat. Une histoire impressionnante du Nouveau Testament illustre ceci. C'est le récit de la femme souffrant d'hémorragie dans l'Évangile de Marc (5, 24-34). La pointe de cette histoire indique qu'elle a été guérie à cause de sa foi *sans* l'implication consciente de Jésus, celle-ci n'intervenant *qu'après* le moment du changement et la guérison. « Nous pouvons être transformés de victimes en héros en fonction de la manière dont nous répondons à la crise »²⁰.

Dans nos relations nous sommes souvent poussés à essayer de changer les attitudes du patient envers lui-même et envers la maladie ou le handicap auxquels il est confronté. Il me semble, en plusieurs occasions, que *l'attitude* est d'une importance cruciale pour déterminer la manière dont le patient fait face à la maladie où à la crise aussi bien que pour avoir une influence sur l'issue de la maladie elle-même. Nous savons trop bien qu'un patient avec une crise d'asthme court plus de danger s'il se trouve dans un état de panique que s'il est aussi calme que possible et confiant dans ceux qui le soignent ainsi que dans le traitement qu'ils lui proposent. « Une corrélation claire ... entre l'état psychique et la longueur de survie [du cancer] »²¹ a été démontrée. Et « des études chez

²⁰ Zif, N & Stein, M "Challenging cancer" New York, Routledge, 1992

²¹ Zif, N & Stein, M "Challenging cancer" New York, Routledge, 1992; Greer, S; Morris, T & Pethingale, K W "Psychological response to breast cancer: a controlled study" Lancet, 2 (1979) 785-7

des patients cancéreux ont suggéré que l'attitude est d'une importance vitale pour déterminer l'issue de la maladie. Ceux qui bénéficient d'une rémission spontanée... sont ceux chez qui on a trouvé une attitude positive »²².

Le médecin doit chercher à influencer la motivation du patient en prenant en compte, non seulement une perspective générale, mais aussi sa *personnalité*. Pour notre propos nous pouvons classer celle-ci en quatre types :

1. L'*activiste* qui veut aller de l'avant et s'engager dans une bataille. Je me rappelle ma mauvaise appréciation d'un patient [GE] qui avait un cancer de la prostate agressif et métastatique. Il est arrivé au cabinet de consultation avec un épais dossier contenant toutes les lettres et les détails du spécialiste, d'internet et de nombreux articles de journaux. En réalité il est rapidement devenu
2. un *théoricien* qui réfléchit et s'arrête sur la théorie, éprouvant de la difficulté pour passer à l'action. Il devient écrasé par les soucis concernant sa maladie à l'exclusion de tous les autres aspects de sa vie. Mon patient [GE] s'est mis au lit. Après plusieurs semaines de soutien à la fois d'une bonne infirmière de soins palliatifs et de ma part, il a été capable à nouveau de suivre le traitement, de reprendre ses activités y compris de petits parcours de golf et il recommença à passer du temps avec ses petits-enfants. Il mourut paisiblement à la maison neuf mois plus tard.

Un autre type de personnalité :

3. le *pragmatique* qui assumera « la réalité » de sa situation, si grave soit-elle, et qui fera face d'une manière stoïque et efficace, souvent avec une apparente bonne humeur.

Et finalement nous avons :

4. le *réfléchi*, qui étudiera profondément sa situation et qui à cause de cela pourra temporiser sur une décision durant une longue période. Une veuve de 88 ans [PO] me consulte souvent pour une maladie obstructive chronique des poumons et un reflux gastro-oesophagien. Cependant elle n'observera jamais une prescription plus d'un jour ou deux par peur des effets secondaires. Avec chaque tentative de traitement elle développe de nouveaux symptômes et donc l'interrompt. Nous devons tenter de donner à nos patients toute notre attention en chaque occasion, leur demandant *implicitement* de faire confiance à notre jugement à nos connaissances à notre expérience. J'ai en fait plus d'une fois demandé *explicitement* cette dame d'avoir confiance en moi et en mes médicaments, mais en vain !

Si je veux réussir à aider mon patient je dois l'écouter attentivement, m'ouvrant franchement à ses *besoins* (ses nécessités de base) qui ne sont pas la même chose que ses *manques*. Les manques sont des désirs perçus, plus superficiels et peuvent en réalité distraire des besoins réels. DF est un entrepreneur indépendant de 39 ans avec tout le stress lié la recherche d'affaires puis à leur accomplissement. Il s'est plaint depuis plusieurs mois d'une difficulté croissante à la déglutition d'abord des liquides et ensuite

²² J.Achterberberg,J; Simonton,S.M & Simonton,O.C "The Psychology of the exceptional Cancer patient: a description of patients who outlive predicted life expectancies" Psychotherapy;Theory, Research & Practice14:4(1977),416-22.

des solides. Cependant il me dit qu'il avait ce problème depuis l'enfance quand il était stressé. Il s'agit d'un 'jeune homme' consciencieux et légèrement anxieux, maigre, sans autres symptômes physiques. J'ai bien connu sa famille depuis que je suis arrivé dans ce cabinet il y a 20 ans. Mon patient et sa femme ont deux enfants, l'aînée était à l'époque âgée de 10 ans et souffre du syndrome de Hurler (mucopolysaccharidose congénitale ou gargoylisme). Après le diagnostic qui a été posé à l'âge d'environ deux ans, on lui a prédit une survie de 8 ans supplémentaires. Elle a été très entourée par sa famille mais maintenant à l'âge de 11 ans elle était aveugle, presque sourde, avec un profond retard mental, ne sortant plus de la maison et la plupart du temps alitée, au stade terminal de sa maladie. Clairement il me semblait probable que le problème de son père traduisait son angoisse émotionnelle et psychique. Ma tâche cependant consistait à exclure une maladie physique importante et à lui fournir un moyen de venir à bout de ses tensions. Dans le courant de la consultation il dit « je suppose que mon problème est lié avec la maladie de ma fille ». Il cherchait ainsi à être rassuré sur le fait que ses symptômes qui, avait-il entendu, pouvaient représenter une menace grave pour sa vie, n'étaient en fait que le reflet des difficultés qu'il avait à « avaler la pilule amère » de la situation dramatique de son aîné et de sa mort prochaine. Il voulait sa guérison tout en sachant que cela était impossible et cherchait de l'aide pour lui.

Nous devons tenir compte de l'*environnement* de notre patient qui doit contribuer à améliorer sa santé. Une de nos tâches consiste à créer un environnement thérapeutique acceptable en manifestant un véritable intérêt pour notre patient en tant que personne.

Une étude prospective sur 10 ans a montré que des patientes souffrant de cancer du sein à qui on offrait une thérapie de groupe pour augmenter leur communication sociale ainsi que des cours d'auto-hypnose pour contrôler la douleur avec le but de vivre de plus *pleinement* possible avaient une survie moyenne *deux* fois plus longue que celles qui recevaient un traitement médical traditionnel²³.

Nous devons à ce point nous rappeler le groupe familial. Je me souviens d'un enfant de 20 mois amenés par sa mère avec une histoire de toux virale. Je n'ai rien trouvé à l'examen si ce n'est qu'il était grincheux, mais il avait un état de développement correct. Cependant il s'est mis à s'affoler pendant l'examen et a commencé à appeler son père. Clairement, les pères ainsi que la stabilité des relations sont des plus importants pour un environnement équilibré nécessaire à l'enfant en croissance et il nous faut encourager les couples à « tenir bon », à rester fidèlement ensemble, apprenant à se pardonner l'un l'autre pour le bien de leur couple, de la santé de leurs enfants, de leur famille entière et finalement de leur communauté. Tragiquement dans notre société contemporaine, des parents se séparent à cause de leur incapacité à faire des compromis, à communiquer et à travailler ensemble. Les enfants plus âgés, en particulier les adolescents et les jeunes adultes souffrent, sont désorientés et, tristement, tombent dans la toxicomanie ou la criminalité. Une étude a montré que les patients *cancéreux* mariés survivaient d'une manière significativement plus longtemps que les non-mariés²⁴.

²³ Spiegel,D;Bloom,J;Kraemer,H & Gothiel,E "Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic Breast Cancer." Lancet 2.(1989) 888-891

²⁴ Goodwin,S.J et al "The effect of marital status on stage, treatment and survival of cancer patients". JAMA 1987; 258:3125

Dans l'idéal, le médecin devrait être un modèle à suivre, avec un style de vie sain, une attitude positive envers ses problèmes et envers son avenir. Je crois que la motivation trouve sa place dans *chaque* rencontre, si informelle soit-elle. Des messages implicites peuvent avoir beaucoup d'impact au long des relations qui sont au coeur de la médecine générale. Par exemple, nous nous renseignons fréquemment sur les habitudes de consommation de tabac mais nous avons souvent peu de temps pour élaborer dans cette direction. Dans ces circonstances je demande toujours aux fumeurs, presque comme en aparté, « Croyez-vous que ce soit bon pour vous ? » -- visant à stimuler une réflexion et à semer des graines pour une résolution. Comme motivateurs, nous devons augmenter les facteurs de « bien-être », encourager le développement de la responsabilité autonome du patient concernant ses propres choix et le diriger vers un but réaliste à long terme.

Mais nous devons aussi être conscients des DÉMOTIVATEURS tels :

- Le désespoir (cf. GE et JW ci-dessus)
- une relation insatisfaisante avec le médecin (cf. AG qui finalement a nécessité un solide contrat extrinsèque/externe avec des menaces de sanctions légales pour contrôler son désir agressif de tranquillisants) ;
- si le médecin prend trop de contrôle, l'autonomie peut être étouffée ;
- un manque d'estime de soi qui peut refléter ou non, un problème psychologique ;
- le stress dans le contexte de la prise en charge d'une maladie perçue comme menaçant la vie. «Le stress n'est pas 'là-bas' ... mais est déterminé par la manière dont les gens interprètent et abordent les événements et les circonstances de leur monde" [Graham, p249].
-

"La Médecine est un équilibre délicat d'art, de science et de communication"²⁵. Quant à la *motivation des médecins* dans leur activité de soin, je pense que *l'intention* chez la plupart d'entre eux est d'être en lien avec le patient d'une manière aidante (Montgomery p. 44). Ceci, pouvant être stimulé par la curiosité scientifique, le désir de mieux comprendre la nature de la vie humaine et de la mort. Il nous faut de l'humilité ainsi que la capacité d'être ouvert et d'écouter l'autre avec honnêteté, intégrité et compassion. Ces valeurs stimulent un type de relation dans laquelle la guérison peut advenir. « Le soignant efficace possède une philosophie qui reconnaît l'unité et l'intégrité de l'humain ainsi que la fragilité de ce facteur humain dans l'environnement technologique des soins du système de santé » écrit Montgomery (p. 43). Nous avons à « développer un genre de compréhension philosophique ou spirituelle qui nous permette de *tolérer* et *d'accepter* une grande variété d'expériences humaines » et qui dépasse le jugement moral. Nous apprenons que à ne pas transmettre notre répulsion vis-à-vis de ceux qui transgressent nos propres valeurs et à découvrir comment accepter et faire évoluer le « pécheur », nous abstenant de jeter la première pierre. En vérité nous ne devons pas juger mais nous ne devons pas non plus, et en fait nous ne pouvons pas, faire mystère de nos valeurs fondamentales. Nous devons prendre soin et rester en relation même avec ceux dont les intentions sont contraires aux nôtres, par exemple ceux qui demandent un avortement quand la vie de la mère n'est visiblement pas en danger (ironiquement, la première patiente que j'ai vue après avoir reçu l'invitation à donner cette conférence était dans cette

²⁵ Carol Gutman, Chairman, Canadian Medical Association, 1998

situation). Nous devons développer des manières de parler des sujets qui nous troublent et d'explorer avec les patients des questions qu'ils préféreraient ignorer ou dont ils nient l'existence. Nous devons accepter chaque personne telle qu'elle est au moment de la rencontre et tenter d'entrer en relation avec l'humain qui est en elle.

Pour ma part, les valeurs et la motivation d'offrir de l'aide viennent de ma foi chrétienne et du support de la communauté chrétienne, le Corps Visible qui partage mes soucis et me permet de continuer à travailler avec le rythme et l'intensité nécessaire. Je tire mon propre exemple du soin de Jésus-Christ qui dans sa manière de répondre à ses patients les invitait à une confiance réciproque. En étant simplement présent pour eux il créait un espace rempli de signification positive et d'espoir. En essayant de suivre cet exemple j'ai besoin d'avoir confiance dans mes compétences mais je dois éviter l'arrogance, construisant une conscience de soi mature et la reconnaissance de mes propres limitations et de celle de la médecine. Une connexion, un lien émotionnel entre nos communes humanités devient possible, et même une sorte d'intimité professionnelle dans laquelle je suis capable de donner quelque chose de moi-même à mon patient dans une bienveillance aimante. Bien sûr dans le cadre des pressions de la pratique actuelle, je suis souvent loin d'atteindre cet idéal « la pression... d'en faire de plus en plus... tend à créer une atmosphère de déshumanisation des patients » (Montgomery p. 43). Quand la relation médecin malade est juste, il y a quelque chose qui coule, une harmonie et une aisance dans la communication. On le remarque dans un humour détendu ou, à de rares occasions dans un silence chaleureux. L'acceptation réciproque conduit à ce que Tournier a appelé « une vraie rencontre entre des personnes ». Mon patient et moi, ensemble, nous devenons quelque chose de plus grand, et le fait de faire cette expérience nous renforce dans le désir de la revivre avec d'autres.

Mon frère est un artiste, un peintre professionnel et je suis tenté d'envier sa créativité. Mais je suis arrivé à la conclusion que la pratique de la médecine est plus un art qu'une science, et qu'elle requiert un genre spécial de créativité dans les relations humaines qui, finalement, peut être aussi profonde et durable que la peinture à l'huile. Les effets du travail sont peut-être moins tangibles, mais non moins profonds. Nous avons la chance d'avoir un auditoire captif qui fait la queue pour converser intimement avec nous ! Cette année, une de mes filles, dans son examen final d'ergothérapie a dû commenter et critiquer la phrase suivante : « L'usage thérapeutique de soi-même est probablement le talent le plus important qu'un thérapeute peut avoir » -- oui effectivement !