

Médecine de la Personne.

61^e rencontre internationale, 21 au 24 juillet 2009, Unteröwisheim

Dr Madeleine Rüedi-Bettex

La communication non verbale dans la relation de soins

La communication non verbale dans des situations difficiles

Mon propos portera sur l'apport de la communication non verbale dans des situations où une mauvaise nouvelle comme le diagnostic d'une affection grave, fait irruption dans la vie d'une personne, ou encore le dévoilement d'un secret. Pour en parler je citerai dans un premier temps l'expérience faite avec des groupes de médecins en formation pour l'annonce des résultats des tests VIH à leurs patients et aussi une situation d'abus sexuels dans une institution pour enfants handicapés. Dans un deuxième temps, je vais revisiter les écrits du Dr Paul Tournier pour évoquer ce qui, dans son expérience, fait allusion à la communication non verbale.

Je vais commencer cet exposé en vous racontant une histoire que je tiens de Georges Kohlieser, C'est un psychologue américain qui s'est particulièrement intéressé au deuil, à l'estime de soi et à la violence. C'est l'histoire d'une petite grand-mère, c'est ainsi qu'il la nomme, qui se réveille une nuit avec un homme debout à côté de son lit. Il tient un bâton. Elle dit : « Oh, vous devez avoir froid ! » et il faisait très froid. Il hésite. Elle dit : « Ecoutez, je vais vous préparer de la soupe. » Elle sort du lit, met son bras autour de lui et l'amène dans la cuisine comme si c'était son fils. Elle mange avec lui. Elle dit : « Je vais vous préparer un lit, il neige dehors. » Le lendemain la police arrive. L'homme est un psychopathe. Avant d'arriver dans sa maison il a tué brutalement avec un bâton une famille de quatre personnes. Il ne pouvait pas la tuer elle, car elle avait créé un lien avec lui.

Très peu de paroles ont été prononcées dans cette histoire et l'essentiel s'est joué dans un ou plusieurs autres registres. L'évocation de la musique avec les registres de la voix par exemple ou ceux de l'orgue me semble pertinente pour illustrer l'éventail des ressources de communication qui n'impliquent pas la parole. En français on dit : C'est la musique qui fait la chanson ! Un regard, un geste, un silence, ce qui se communique autrement que par la parole représente la plus grande part de ce qui se vit dans une relation. C'est donc une très grande richesse qui nous est offerte si nous parvenons à y être attentifs. C'est une possibilité d'être plus proche de personne à personne s'il y a concordance entre la musique et les paroles. La cohérence entre le non verbal et le verbal renforce la crédibilité de ce qui est dit tandis que s'il y a discordance entre ces messages c'est toujours le non verbal qui l'emporte.

Tous nos comportements sont potentiellement communicatifs et agissent comme des signaux et des messages qui peuvent être perçus ou non par un vis à vis. L'élaboration de ces messages et leur réception sont souvent inconscientes. Leur signification est liée entre autre au contexte. Je me souviens d'une séance dans un groupe de travail où deux hommes étaient en compétition pour prendre la tête du groupe. A la pause tous deux sont sortis dans le couloir et ont allumé simultanément une cigarette. L'ambiance apparemment à la détente laissait présager qu'on allait assister à un affrontement des chefs.

A titre de rappel je vous propose un tableau du comportement communicatif (d'après Albet E.Scheflen, actualisé par J.-M. Noyer)

- I. Le comportement vocal
 - a. Linguistique « oui...
 - b. Paralinguistique hm... » silence
- II. Le comportement kinésique
 - a. les mouvements corporels y compris l'expression faciale
 - b. les éléments provenant du système neurovégétatif (coloration de la peau, dilatation de la pupille, activité viscérale, etc.)
 - c. la posture
 - d. les bruits corporels
- III. Le comportement tactile
- IV. Le comportement territorial ou proxémique
- V. D'autres comportements communicatifs comme p.ex. l'émission d'odeurs
- VI. Le comportement vestimentaire, cosmétique, ornemental, etc.
- VII. Le comportement communicatif via un média
- VIII. Le comportement non rationnel au regard de l'Occident moyen

Ce que nous percevons d'une réalité extérieure nous parvient par nos cinq sens diversement développés ou handicapés suivant les individus. Un de mes collègues avait un odorat qui lui permettait de dire si une femme était enceinte dès qu'elle avait franchi le seuil de son cabinet. Des personnes sourdes ou aveugles développent des compensations sensorielles de leur handicap.

A nos cinq sens physiologiques nous pouvons ajouter encore d'autres canaux de perception tels que l'intuition, la révélation ou des états de conscience modifiés qui nous mettent en lien avec des réalités qui échappent à notre analyse rationnelle.

Nos perceptions sont modulées par des filtres socio-culturels et psychologiques, validées ou invalidées par notre histoire personnelle. « Ca peut ETRE ou ça ne peut PAS ETRE ! ». Ma représentation du monde est personnelle, unique et pour communiquer je dois entrer dans le monde de l'autre et l'inviter à entrer dans le mien. La relation entre deux personnes implique la réciprocité et va inmanquablement changer ma vision du monde et me changer.

Mon parcours professionnel m'a fait côtoyer, durant quelques années en Suisse, des patients hospitalisés principalement en division de neurologie pour adultes puis aux USA en neurologie pédiatrique. J'aimais à cette époque voir mon chef entrer en contact avec les petits enfants alités en posant son visage souriant sur leur ventre pour leur donner l'occasion d'agripper ses cheveux dans un grand éclat de rire.

Quelle belle manière de se présenter et quelle facilitation de la relation avec ces jeunes patients. J'ai interrompu mon activité médicale pendant 13 ans pour me consacrer prioritairement à ma famille. Au terme de cette période j'ai renoncé à la médecine clinique et décidé d'utiliser mes expériences antérieures pour m'attacher principalement aux domaines où la communication m'avait semblé difficile, notamment la sexualité, la mort et le deuil et la conjonction des deux dans l'infection VIH et le sida. La rencontre avec le Groupe de Médecine de la Personne et Paul Tournier m'a grandement confortée dans ce choix. Grâce à des formations complémentaires j'ai pu jouer un rôle pédagogique dans la promotion de la santé et l'éducation sexuelle auprès des jeunes et leur entourage parental et enseignant. Au milieu des années 80 lors de l'émergence du sida en Suisse j'ai été sollicitée avec un collègue formateur d'adultes pour structurer et mettre en œuvre un programme de formation pour la prévention de l'infection VIH et l'accompagnement des personnes concernées. Dans ce cadre mandaté par les autorités sanitaires helvétiques nous avons travaillé jusqu'en l'an 2000 avec des groupes pluridisciplinaires dont les participants provenaient de 11 professions différentes et s'enrichissaient de leurs compétences complémentaires.

La Fédération des Médecins Helvétiques a souhaité pour sa part une formation réservée aux seuls médecins. L'objectif de ces séminaires résidentiels de 48 h. était d'affiner les capacités relationnelles des médecins avec leurs patients notamment dans la prévention de l'infection VIH et lors de l'annonce du résultat positif d'un test aux anticorps du VIH. Ce travail s'est fait sous forme d'entretiens à deux, en jeu de rôle, où les participants occupaient sur deux chaises face à face pour l'un le rôle du patient pour l'autre celui du médecin. La mise en place de la situation précisait que le patient avait eu un entretien préalable à la prise de sang, qu'il avait donné son consentement éclairé pour le test des anticorps contre le VIH et qu'il venait une semaine plus tard chercher le résultat du test qui se trouvait dans les mains du médecin. La durée de l'entretien était limitée à 20 minutes au maximum. Après que les protagonistes de l'entretien aient pu exprimer leur ressenti et le groupe assistant ses observations, les images filmées permettaient une analyse plus précise des séquences principales.

« Situation factice ! » disaient certains. Expérience saisissante pour ceux qui occupaient la scène, au point que la conscience du temps et de la présence des observateurs s'effaçait complètement, le médecin jouant un rôle déterminé, son rôle, l'autre pôle de l'entretien étant occupé par un collègue-patient. Tous deux vivaient des émotions authentiques qu'ils commentaient ensuite après être sortis de leurs rôles.

Les observations suivantes ont pu être faites. Elles portent bien sûr aussi sur les aspects verbaux dont je citerai le minimum en faveur du non verbal.

L'accueil du patient est primordial. Le mouvement d'aller au devant de lui avec un geste d'ouverture plutôt que de l'attendre derrière le bureau écrivant, les yeux baissés ou les bras croisés. Pas de fausse jovialité, le visage neutre, le regard soutenant. Une fois le patient installé le préambule doit être aussi bref que possible et l'annonce du résultat directe. Toute tentative d'enrober ou de différer l'annonce fait monter la tension et représente pour le patient un pouvoir insupportable du médecin qui détient une donnée le concernant et ne la lui

partage pas. Dans cette phase de la rencontre la motilité du patient traduit son inquiétude, son sentiment d'impuissance. Des vêtements peuvent être brusquement enlevés ou rajoutés, le sac posé sur les genoux diminue l'accessibilité au corps, le corps tendu comme un ressort laisse entrevoir un mouvement de fuite. Parfois la colère monte quand le résultat est retenu. Par exemple un homme n'a pas pu contenir son irritation et a saisi le médecin par sa cravate en disant : « Tu me le donnes ce résultat ? »

La manière la plus acceptable pour le patient est de recevoir une information claire et neutre sans connotation de malheur. Sitôt après ce premier échange le médecin peut s'enquérir des émotions suscitées : « Qu'est-ce que cela vous fait de recevoir cette information ? » Cette question peut ouvrir un échange qui permettra de mettre des mots peut-être imagés sur le choc qui vient d'être reçu comme un coup d'assommoir, le sol qui se dérobe, la fin du monde.

L'immobilisme, la sidération, le visage de marbre sont parfois la seule réaction visible. D'autres signes peuvent être observés si le médecin a le calme intérieur pour laisser le temps au déroulement du scénario que vit son vis à vis :

- le regard absent, tourné ailleurs
- la coloration de la peau
- la sensation de chaleur ou de froid
- la sueur froide
- l'odeur de sueur qui traduit la peur
- le hochement de tête en signe de dénégation
- la fermeture de l'accessibilité au corps, le recroquevillement
- le tonus musculaire tendu ou flasque
- les larmes apparentes ou réprimées
- les raclements de gorge et autres bruits corporels
- l'arrêt de la parole, l'hésitation, le silence

Ces signes traduisent des émotions intenses, parfois si intenses que celui qui les vit n'en a pas pleinement conscience. Par exemple, un « patient » totalement impassible a dit après coup qu'il aurait pu tordre sa chemise trempée de sueur.

On tend à penser actuellement que les émotions sont les indicateurs des besoins d'une personne. Dans une telle situation le médecin a la possibilité d'utiliser sa perspicacité pour remettre son patient en lien avec la réalité, pour l'accompagner sur le chemin qu'il va devoir parcourir où rien n'est encore joué. L'accompagner sans le précéder, sans le bousculer, en restant pas à pas à ses côtés.

Etre aidant par une attitude corporelle ouverte, bienveillante, le regard soutenant en acceptant le silence. Etre totalement présent et réceptif. Rétablir une relation égalitaire en faisant passer du non verbal à la parole.

L'observation attentive du patient peut permettre de refléter un signe, de le mentionner : « Je vous vois en colère, ou abattu, ou saisi par un froid intense... » et éventuellement : « est-ce que le me trompe ? ». Ou encore mimer en miroir sans fournir d'interprétation : « Quel sens a ce geste pour vous ? » ce qui invite l'autre à mettre des mots sur ce qu'il vit. Cela oriente le médecin pour saisir les besoins de son patient, donner des points de repère dans le désarroi du moment, s'assurer

d'avoir été compris ou de comprendre correctement, fournir une information objective, offrir un autre rendez-vous proche pour en reparler. Il est important de s'enquérir de qui peut partager cette nouvelle, qui peut être un soutien et que va faire le patient en sortant de la consultation.

Avoir vécu la situation dans le rôle d'un patient a été une expérience éclairante et marquante pour ces médecins.

De la manière dont ils se sont sentis compris et soutenus ils ont acquis une vision plus nuancée de la réciprocité de la relation. Les commentaires de leur collègue-patient lors de l'analyse de l'entretien leur ont révélé les réactions déclenchées par l'attitude du médecin. Le temps d'attente du résultat depuis la prise de sang, puis dans la salle d'attente et enfin dans le cabinet de consultation fait monter l'angoisse en crescendo. L'offre d'un verre d'eau avant l'annonce du résultat laisse présager la catastrophe. L'inquiétude du médecin devant sa tâche délicate déstabilise encore plus le patient qui a l'impression que c'est lui qui devrait rassurer le médecin. La froideur peut être ressentie comme de l'indifférence, l'excès de compassion infantilise. Pour peu que le médecin se laisse emprisonner dans une vision statistique en ce qui concerne le devenir de ce patient particulier, l'avenir apparaît comme une sombre et inéluctable prédiction. Ce qui est pire que tout pour le patient c'est de se sentir devenir un objet de la médecine et non plus un sujet en mesure de faire face au problème.

J'ai reçu des témoignages tout à fait superposables de la part de patients atteints de cancer. Dans des groupes de parole il leur arrive de partager le choc vécu lors de l'annonce du résultat de la biopsie par exemple. Parfois l'attitude du médecin est telle que l'annonce par téléphone leur semblerait préférable tant le message non verbal est inadéquat. Etre pris en charge comme un objet déclenche la colère et a un effet très dévalorisant. Le médecin même hautement compétent qui affiche sa supériorité et laisse entendre que le patient ne peut pas comprendre ce qui lui arrive et qui n'explique pas le traitement proposé en s'assurant d'être compris perd sa crédibilité. De même si sa manière d'entrer en contact frise l'incivilité.

De l'expérience de formation vécue avec les médecins on peut retenir que la communication non verbale est riche d'informations pour le médecin et qu'elle est un « outil » pour sa compréhension du cas. Comment va-t-il gérer ce qu'il observe chez son patient ? Va-t-il sans commentaire le consigner dans son dossier ? Va-t-il être tenté de décoder ce que son vis à vis manifeste sans qu'il le sache et donc acquérir un pouvoir sur lui ?

Si l'on prend au sérieux que la part non verbale est la plus importante dans ce qui est transmis et que la parole est nécessaire à la prise de conscience pour rendre possible la maîtrise de la situation, c'est donc un point éthique de s'efforcer de faire passer un message du non verbal au verbal, d'encourager le patient à mettre des mots sur le vécu émotionnel, sur le sens de l'événement dans l'instant présent, sur les résonances éventuelles dans son histoire . C'est lui donner une chance de retrouver ses moyens et son autonomie.

La situation que vit une personne lors de l'annonce ou de la confirmation d'un diagnostic qui constitue une menace pour sa vie est comparable à un deuil. Le choc

ressenti peut lui faire perdre pied, la désintégrer pour ainsi dire, et va entraîner les mêmes émotions que l'on observe p.ex. lors de la perte d'un être cher. Faire le deuil de sa santé antérieure pour retrouver un équilibre passe par l'expression de ses émotions, l'incrédulité, la peur, la révolte, la colère, la culpabilité, la tristesse, le désespoir. Le médecin qui est présent au début de ce processus peut jouer un rôle privilégié en tant que témoin. Une relation véritable peut s'établir s'il est capable d'accueillir tous ces messages sans jugement et sans compassion excessive et favoriser leur formulation explicite.

Le rôle de témoin me semble un point central d'une relation thérapeutique qui articule le non verbal et le verbal. Offrir sa présence et son humanité à cet autre que traverse, comme une épée, une expérience unique pour attester qu'il est vivant, et qu'il a des ressources. Le thérapeute peut, par son attitude empathique, rétablir une relation égalitaire avec son patient atteint dans son identité. Il peut restaurer sa qualité de personne en mesure de prendre ses responsabilités.

Dans un contexte tout différent, il m'a été donné de participer à une situation où l'accès préalable à la parole a été une condition pour que les émotions puissent s'exprimer. Il s'agit de la révélation d'un secret.

Cela s'est passé dans une institution pour enfants handicapés. Avec un collègue masculin nous avons l'habitude de rencontrer chaque année ces enfants dans le cadre de l'éducation sexuelle. Un groupe d'enfants que nous connaissions était véhiculé chaque jour par le même chauffeur. Celui-ci faisait des détours pour profiter de la situation. Pendant des mois ces enfants ont subi des abus sexuels durant ces trajets et ont été soumis à la règle du silence. Un de ces enfants a lâché quelques mots qui ont éveillé les soupçons de sa mère et elle en a informé la direction. Une enquête difficile en a résulté au sein de l'institution. Lorsque les faits ont été dévoilés les enfants ont eu beaucoup de peine à parler. Ils ont dit : « Il faut demander à Madeleine et Daniel de venir ! » Nous les avons rencontrés dans le cadre habituel, en cercle, et leur avons demandé ce qu'ils aimeraient nous dire. Petit à petit leurs langues se sont déliées. Puis nous leur avons proposé de nous dire comment ils se sentaient. Nous avons mis au centre du cercle des cartes représentant les quatre émotions de base, la joie, la peur, la colère, la tristesse. Ils avaient la liberté de choisir la carte qui leur correspondait à ce moment et d'en dire ce qu'ils souhaitaient. Quel amas de colère, de tristesse, de peur. Nous nous demandions comment gérer ces émotions et avons institué une pause. Et quel soulagement ! Ils ont fait exactement ce que nous pouvions souhaiter. Ils se sont déplacés dans la salle vers le coin de détente et se sont mis à agir leur fureur en labourant les coussins avec leurs poings. Puis ils sont revenus se mettre en cercle et ont dit qu'ils se sentaient mieux. Eux et leurs familles ont été entourés avec sollicitude par les membres de l'institution que nous avons aussi pu soutenir. Aucun de ces enfants, devenus de grands adolescents, n'a manifesté de séquelles de cet épisode traumatisant.

La raison de notre intérêt pour la communication non verbale c'est, bien sûr, les ressources qu'elle nous donne pour être soutenant au delà de l'utilisation d'un savoir purement médical. Qu'en dit le Docteur Paul Tournier, le fondateur du mouvement de Médecine de la Personne, lorsqu'il est confronté aux situations difficiles que vivent ses patients ? Il ne mentionne pas explicitement le terme de communication non verbale dont l'usage est devenu plus courant à la suite des

recherches sur la communication qui ont commencé aux Etats Unis dans les années 1950-60. Dans les exemples qu'il cite de sa pratique et dans ses écrits il est évident que ce domaine de la communication retenait son attention en particulier dans les situations difficiles où il accompagnait ses patients. Je dois à John Clark de m'avoir signalé les références qui s'y rapportent et je l'en remercie. Je vais donc rappeler ici quelques unes des réflexions de Paul Tournier qui ont un lien avec notre thème et citer certains passages de ses livres.

Paul Tournier était attentif à toutes les dimensions de la personne de ses patients et interlocuteurs. Son écoute n'était pas réceptive seulement aux paroles exprimées mais aussi aux attitudes, aux émotions et aux questionnements sur le plan spirituel. C'était une écoute 360° !

Ainsi nous dit-il :

« Pour comprendre vraiment, il faut écouter et non répondre, écouter longuement et très attentivement. Pour aider qui que ce soit à s'ouvrir, il faut lui en laisser le temps, le questionner tout juste, et délicatement, pour lui faire mieux exposer ce qu'il a éprouvé, et surtout ne pas affecter de savoir mieux que lui ce qu'il aurait fallu faire à sa place, sous peine de le refermer. D'ailleurs, le plaindre trop peut le refermer aussi, tant l'âme humaine est subtile. » (1)

« Il faut savoir deviner à mille petits signes le débat intérieur de quelqu'un qui voudrait s'ouvrir et qui n'y parvient pas. » (2)

Et encore, à propos de la compréhension et de la réciprocité :

« Quand je questionne celui qui vient de me dire ce qu'il n'avait jamais osé dire à personne, il me répond : « J'avais peur de n'être pas compris. » Et voilà, mon interlocuteur s'est senti compris. Se sentir compris, c'est ça qui aide à vivre, à affronter n'importe quel problème difficile, même insoluble, sans être infidèle à soi-même. Minute de vérité, de confiance, d'émotion intense pour lui mais aussi pour moi ! Je n'ai pas compris avec le cerveau seulement, mais avec le cœur. Moi non plus je ne serai plus le même après ; il y a eu une résonance mystérieuse, c'est le contact personnel qui m'engage moi autant que l'autre. » (3)

Adoptant le point de vue de celui qui est aidé :

« L'appui idéal, c'est donc une présence, une présence vigilante, inébranlable, indéfectible, mais une présence discrète, douce, silencieuse, respectueuse. C'est une participation de l'autre à notre combat, mais qui nous laisse notre responsabilité personnelle. Un regard, un sourire, une émotion intense, voilà ce qui pourra nous aider à remporter une victoire sur nous-mêmes. » (4)

Lors d'une des dernière sessions du Groupe de Médecine de la Personne où il était présent, il a évoqué avec enthousiasme le FLASH décrit par Michael Balint :

« FLASH, c'est à dire une rencontre authentique entre médecin et malade. Or qu'est-ce qu'un flash si ce n'est quelque chose qui n'est pas rationnel, qui n'est pas scientifique ? Une impression, un sentiment que j'appellerais pour ma part une communion. Il y a en effet de temps en temps, parfois sans même qu'un seul mot soit dit, un sentiment de rencontre. Flash ! » (5)

Pour Paul Tournier, compétence scientifique et cœur ne s'excluent pas :

« Qu'on me comprenne bien ! Il ne s'agit pas de rejeter la science. Mais ce sont précisément les plus grands savants qui comprennent que la science a ses limites. Ils savent que pour former un médecin il faut deux choses : une grande compétence scientifique et un grand cœur. Or ce grand cœur ce n'est pas la science qui peut le créer. Le contact humain, la possibilité d'entrer en contact avec son malade, de s'ouvrir à lui et de devenir son ami, tout cela n'est pas scientifique et cela doit venir d'une autre source. » (6)

« Je voulais être un médecin humain, bon enfant : j'avais une manière d'être très gentille avec tout le monde, quelque peu paternaliste. Cela n'allait pas très loin. Pour aller plus loin, il faut être libre de soi-même. Je ne me rendais pas compte que c'était moi qui empêchais que le courant passe.

Notre tâche est donc d'aider les médecins à sortir de leur prison scientifique. Cela ne veut pas dire qu'ils ne doivent plus être des hommes de science, mais il leur faut comprendre que la médecine n'est pas seulement de la science. » (7)

« Nous touchons là au problème du sens de la maladie. Je ne peux pas diagnostiquer objectivement un sens de la vie, un sens de la maladie. Le diagnostic médical est quelque chose d'objectif, de scientifique. Mais ce qui est du domaine du sens, c'est le malade lui-même qui peut le découvrir. Plus nos malades s'interrogent sur le sens de la maladie, plus il faut qu'ils puissent s'exprimer. Et non pas recevoir une réponse. Ce n'est pas moi qui peux dire à tel ou tel patient quel est le sens de sa maladie. Je ne peux parler que de la recherche du sens pour moi-même. Mais pour aborder une question aussi difficile que celle du sens, il faut savoir qu'on ne le découvre souvent qu'après coup... Si le sens de la maladie n'apparaît souvent qu'après, il y a un acte de foi à faire au début : nous devons avoir confiance qu'il y a un sens. » (8)

La notion de confiance nous amène au cœur de l'expérience spirituelle de Paul Tournier pour qui le recueillement dans le silence a une si grande importance et revêt le sens d'une écoute de Dieu au quotidien.

A propos du témoignage de sa foi, il nous parle de la sensibilité de ses patients quant au manque de cohérence entre ses paroles et la conviction qu'elles expriment :

« Ils perçoivent très bien si nos exhortations à la confiance ne sont que des mots et non une conviction, si nous les invitons à prendre confiance en eux-mêmes, mais que nous n'avons pas vraiment confiance nous-mêmes en leur succès...

Le vrai problème n'est pas entre mon malade et moi mais entre moi et moi-même, dans le fond de mon cœur. La foi dont il s'agit, ce n'est pas celle de mon malade, celle que je lui prêcherais, mais la mienne.. C'est l'expérience que j'ai faite moi-même de la puissance de Dieu dans ma propre vie qui me donne la certitude qu'il peut aussi transformer celle de ce malade. » (9)

« Il y a donc deux sortes de confiance : il y a une confiance naturelle, celle que nous faisons à quelqu'un à cause des qualités que nous lui connaissons ; et il y a une confiance surnaturelle, celle que nous lui faisons à cause de ce que Dieu peut faire en lui. » (10)

Paul Tournier se présente donc non seulement comme témoin de ce que vit son patient dans ce moment saisissant où il parvient à s'ouvrir à un niveau plus profond, mais aussi comme témoin de ce qui s'accomplit dans sa propre vie par sa relation à Dieu. Dans une attitude pleine de respect pour son vis à vis il ne cherche pas à le convaincre :

« Autant je suis persuadé de l'importance de chercher la direction de Dieu pour soi, autant je suis sceptique sur la possibilité de formuler cette volonté pour autrui. C'est de là que sont venues toutes les intolérances, tous les abus. Des gens qui prétendent connaître la volonté de Dieu ont voulu l'imposer à autrui avec cette suffisance que donne la conviction d'avoir une vérité qui vient de Dieu. Je me garde de cela comme du feu. Je ne peux jamais savoir ce que Dieu veut pour autrui. »(11)

On peut se demander si la disponibilité requise pour une pratique de la médecine attentive à tous les signes émis le patient est compatible avec les contraintes que vivent les médecins. Pour Paul Tournier , « ce qui est fécond, c'est de se demander si nous utilisons bien le peu de temps que nous avons ou si nous nous laissons entraîner comme un bouchon flottant sur le torrent de la vie moderne. » (12)

Me voici arrivée au terme de ce périple dans l'œuvre de Paul Tournier. Le fil rouge qui relie les différentes expériences que j'ai mentionnées, l'histoire de la petite grand-mère, la formation des médecins, la levée du secret, la ligne de Paul Tournier, ce fil passe par le registre de l'amour, quelle que soit la source spirituelle qui le soutend.. On ne voit bien qu'avec le cœur.

Bibliographie :

1. Paul Tournier. *Pour se mieux comprendre entre époux*. Genève, Labor et Fides, 1970, p. 22-23.
2. Paul Tournier. *Technique et foi*. Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1946, p. 241.
3. Paul Tournier. *Vivre à l'écoute*. Le Mont-sur Lausanne. Caux éditions, 1984, p. 8.
4. Paul Tournier. *L'homme et son lieu*. Neuchâtel et Paris. Delachaux et Niestlé, 1985. p.188.
5. Paul Tournier. *Vivre à l'écoute*. Le Mont-sur Lausanne. Caux éditions, 1984, p. 32.
6. Paul Tournier. *Vivre à l'écoute*. Le Mont-sur Lausanne. Caux éditions, 1984, p. 72.
7. Paul Tournier. *Vivre à l'écoute*. Le Mont-sur Lausanne. Caux éditions, 1984, p. 33.
8. Paul Tournier. *Vivre à l'écoute*. Le Mont-sur Lausanne. Caux éditions, 1984, p. 34.
9. Paul Tournier. *L'aventure de la vie*. Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1989, p. 104-105.
10. Paul Tournier. *L'aventure de la vie*. Neuchâtel et Paris, Delachaux et Niestlé, 1989, p. 105.
11. Paul Tournier. *Vivre à l'écoute*. Le Mont-sur Lausanne. Caux éditions, 1984, p. 13-14.
12. Paul Tournier. *Vivre à l'écoute*. Le Mont-sur Lausanne. Caux éditions, 1984, p. 8.