

MÉDECINE de la PERSONNE

Les PREUVES de ses AVANTAGES

Tout d'abord, un grand merci à Kathy, Claude, Frédéric et aux autres membres du comité d'organisation de m'avoir invité à participer à cet événement agréable et enrichissant.

La pratique de la médecine qui considère la personne dans sa globalité plutôt qu'une simple pathologie physique ou mentale apporte-t-elle une meilleure santé ? Avant d'explorer ces questions, il serait utile d'être au clair sur ce que nous entendons par les termes de notre titre. **Médecine** est simple : le plus souvent, une activité pour restaurer la santé d'un individu malade. Parmi les centaines d'étudiants en médecine que j'ai interviewés, la plupart entrent dans la profession dans ce but. Et leur formation, de manière écrasante, a un objectif similaire, étant concentrée intensément sur la maladie physique. Plus largement et beaucoup moins populaire auprès de nos médecins en formation, la « médecine » comprend l'identification des risques futurs pour la santé et la mise en œuvre de stratégies pour maintenir des populations sans maladie. Bien sûr, toutes ces activités engagent non seulement des médecins, mais aussi de nombreux autres professionnels de la santé.

Le sens de **personne** est au centre de notre intérêt collectif - stimulé par les textes profondément réfléchis de Paul Tournier qui a commencé à écrire il y a plus de 70 ans. Laissez-moi vous donner une citation de son livre dont le titre décrit succinctement et utilement la forme de notre humanité individuelle :

« La vie n'est donc pas caractérisée par une fonction matérielle accessible à la science, mais par une fonction immatérielle, spirituelle, téléologique. »

[Le Personnage et la Personne/ *The Meaning of Persons*, p. 90]

Au moment où il écrivait ceci, l'explosion de la recherche scientifique commencée en Europe au XVIII^{ème} siècle s'appliquait de plus en plus au monde de la médecine : à l'étude des mécanismes du corps sain et malade et, dans une bien moindre mesure, de l'esprit. Diagnostics et traitements médicaux scientifiquement fondés étaient en fort et positif développement. Mais Tournier, tout en appréciant ces progrès, a fait preuve de prudence. À son avis, la ferveur scientifique croissante, avec un changement culturel vers le rationalisme sécularisé, menaçait l'approche holistique essentielle à une guérison efficace. Il était à l'avant-garde d'un appel croissant aux médecins « modernes » pour qu'ils maintiennent leur lien avec les patients, non seulement en tant que messagers de pathologies physiques, mais en tant que personnes formées à bien plus que la physique et la chimie. Il a souligné que la vie humaine est complexe - en effet, à bien des égards, indéfinissable, insaisissable et mystérieuse. La matière qui la compose peut même ne jouer

qu'une partie relativement modeste. De nombreuses communautés de par le monde ont bien sûr toujours eu ce point de vue. Ce n'est pas pour nier la conception remarquable et la réalité physique de nos corps pour lesquels la méthode scientifique peut s'engager largement. Ils sont une construction d'une complexité et d'une interdépendance remarquables. Les nombreux billions (millions de millions) de cellules, dont nous sommes faits, sont automatiquement dirigés pour établir un ensemble coordonné ou « savent » le faire individuellement. Les 100 milliards de neurones de notre cerveau forment eux-mêmes quelque 100 billions (millions de millions) de connexions avec une capacité extraordinaire de stockage et de récupération de données. Ce sont des faits remarquables parmi beaucoup d'autres quant aux mécanismes de notre existence ; mais pas suffisants pour expliquer ce que « nous » sommes en tant que personnes.

À cette fonction physique, Tournier a attribué le terme « *personnage* », le concevant comme un acteur qui exprime extérieurement notre caractère unique - la « fonction immatérielle et spirituelle », l'essence de la *personne*. De cette entité intangible jaillissent nos énergie et orientation formatrices, permettant la définition de nos vrais moi. Il propose que, de par sa nature, cette réalité fondamentale ne soit pas accessible par des méthodes scientifiques conventionnelles ; nous la connaissons subjectivement et par intuition. Les instruments physiques sont appropriés à notre réalité physique ; comprendre la personnalité exige la sensibilité, la réceptivité et le « mystère » d'une autre personne.

Avant de compléter nos définitions, permettez-moi d'abord de vous demander d'utiliser soit « non matériel », soit « intangible » à la place du mot traduit de l'original de Tournier par « immatériel ». C'est parce que, au Royaume-Uni au moins, « immatériel » porte maintenant couramment le sens de « non pertinent » - le contraire même de la signification que nous adoptons et de l'importance que nous lui donnons.

Deuxièmement, puis-je soulever la question de savoir comment, dans la caractérisation des personnes par Tournier, il est préférable d'interpréter le mot « spirituel » ? Dans la foi chrétienne et dans d'autres grandes religions, le mot fait généralement référence à la nature ou à la personne d'un être invisible et supérieur. Il a ainsi une forte connotation transcendantale et religieuse. Dans la Bible, le mot « spirituel » n'est utilisé que 18 fois, toutes dans les lettres apostoliques du Nouveau Testament, chaque fois pour se référer directement à la personne ou à l'œuvre du Saint-Esprit. Mais la Bible utilise aussi « esprit », avec une minuscule « e », pour se référer à une composante essentielle, intangible de l'homme. L'esprit *humain* qui véhicule la vie et nous conduit est comparé au vent invisible dans sa force et son imprévisibilité. Il porte également les attributs de la personnalité. Lié avec le « sarx » - le mot grec pour le corps physique - il fournit une définition complète d'un être humain. Deux autres mots bibliques se réfèrent également à notre dimension intangible : « âme », désignant une force de vie associée à des réponses morales et émotionnelles ; et « cœur », indiquant le centre décisionnel d'une personne qui, avant tout, fait de nous des individus uniques.

Dans le langage biblique et non-biblique, le mot « esprit » désigne aussi communément un être immatériel, visible ou invisible qui a les attributs des personnes : autonomie, raison, sensibilité et communication. De tels esprits peuvent interagir avec les gens et le monde de façon bénéfique ou maléfique. Ces êtres sont une réalité importante pour la majorité, mais de manière compréhensible, ils sont rejetés dans une vision du monde rationaliste.

Dans nos sociétés postmodernes, le mot « spirituel » - et plus encore son dérivé, « spiritualité » - s'est répandu dans un certain nombre de concepts différents : les notions d'existence, de moralité, de but, de signification, de crainte, de valeurs et de « connexion ». Ainsi, « spirituel » et « spiritualité », bien que de plus en plus répandus dans le discours sur la santé, n'ont pas de définition claire ou unifiée. En 2005, McCarroll et ses collègues ont publié une enquête sur des revues abordant le thème de la « spiritualité » dans lesquelles ils ont identifié vingt-sept définitions explicites différentes avec « peu d'accord » entre elles. [McCarroll, P, O'Connor, TS-JJ, Meakes, E (2005), Assessing plurality in Spirituality Definitions. In: Meier et al, "Spirituality and Health: Multidisciplinary Explorations", pp. 44-59, Wilfrid Laurier Univ. Press]

Les concepts actuels de la médecine de la personne dans sa globalité - combinant le matériel et le non-matériel - soulignent la nécessité pour les praticiens de la santé, dans toute rencontre thérapeutique, de s'occuper de l'âme et de l'esprit d'une personne aussi bien que de son corps. Mais comment devrions-nous considérer l'*esprit* dans ce contexte ? Nous lui attribuons un rôle clé dans la conscience, la conscience de soi, l'émotion, le traitement cognitif et la motivation. Il est bien intégré aux mécanismes physiques du cerveau, comme le montre de plus en plus l'IRM fonctionnelle et autres techniques avancées de scanning. Juste un exemple est la démonstration de zones spécifiques d'activité corticale qui accompagne notre réponse émotionnelle d'empathie et de compassion. D'un autre côté, on ne le voit pas comme une entité physique. Peut-être que la « fonction non matérielle » de la *personne* chez Tournier équivaut à l'esprit humain plus l'âme. Une analogie utile a été faite entre nos « fonctions » jumelles et un ordinateur. Notre « matériel/hardware » physique a la capacité d'assurer l'interface avec le monde matériel et incarne le multitraitement biochimique complexe pour soutenir, informer, contrôler et se réparer lui-même. Notre fonction non-matérielle est alors identifiée comme notre logiciel de contrôle conçu pour générer, de manière autonome et en réponse à une entrée externe, une action impliquant des processus physiques et mentaux.

Troisièmement, puis-je ajouter une dernière dimension au modèle corps-âme-esprit de notre existence - celle de la *société* ? Nos relations, notre structure sociale et notre environnement ont des effets profonds sur notre bien-être. En matière de santé et de guérison, ces facteurs ne peuvent évidemment pas être ignorés. La médecine de toute la personne englobe donc l'attention portée à chacun de ces quatre composants, avec la mise en garde que dans tout individu ils sont tous inextricablement entrelacés. Ils sont en effet un « ensemble » que l'approche réductionniste de la science médicale moderne n'aborde pas volontiers.

Alors, quelle preuve avons-nous des avantages qu'il y a de comprendre et soigner l'individu matériel et non-matériel dans la société ? C'est-à-dire de pratiquer la médecine de la personne dans sa globalité ? La réponse est : beaucoup ! Les publications sur ce sujet ont connu une croissance exponentielle au cours des 40 dernières années, avec des augmentations annuelles impressionnantes depuis l'an 2000. Il n'y a actuellement pas de pénurie d'articles pertinents identifiés par deux moteurs de recherche électroniques populaires, Google Scholar et PubMed.

Prenez, s'il vous plaît, un peu de temps pour regarder le tableau suivant ci-dessous ou sur l'écran :

<i>Sujet</i>	<i>Google Scholar</i>	<i>PubMed</i>
Avantage de la médecine de la personne dans sa globalité	1 330 000	38 417
Avantage des interventions psychologiques sur la santé	2 430 000	3 148
Religion, spiritualité et santé	455 000	3 821
Religion, spiritualité et médecine	228 000	2 612
Spiritualité et médecine	366 000	5 311
Spiritualité et santé	696 000	7 749

Indexer ce travail pour les recherches électroniques est complexe et peut conduire à de nombreux articles très variables lorsqu'on fait des recherches avec des critères pratiquement identiques ; mais les chiffres sont globalement remarquables. De nombreux articles présentent des commentaires réflexifs plutôt que des études rigoureuses, ce qui explique en partie les différences entre Google Scholar et PubMed. Les études qualitatives dépassent celles qui utilisent une approche quantitative, mais les méthodologies de recherche employées dans les deux cas incluent des entrevues approfondies, des groupes de discussion, des études de cas, des séries de cas, des études de cohortes ou cas-témoins, des essais non contrôlés et

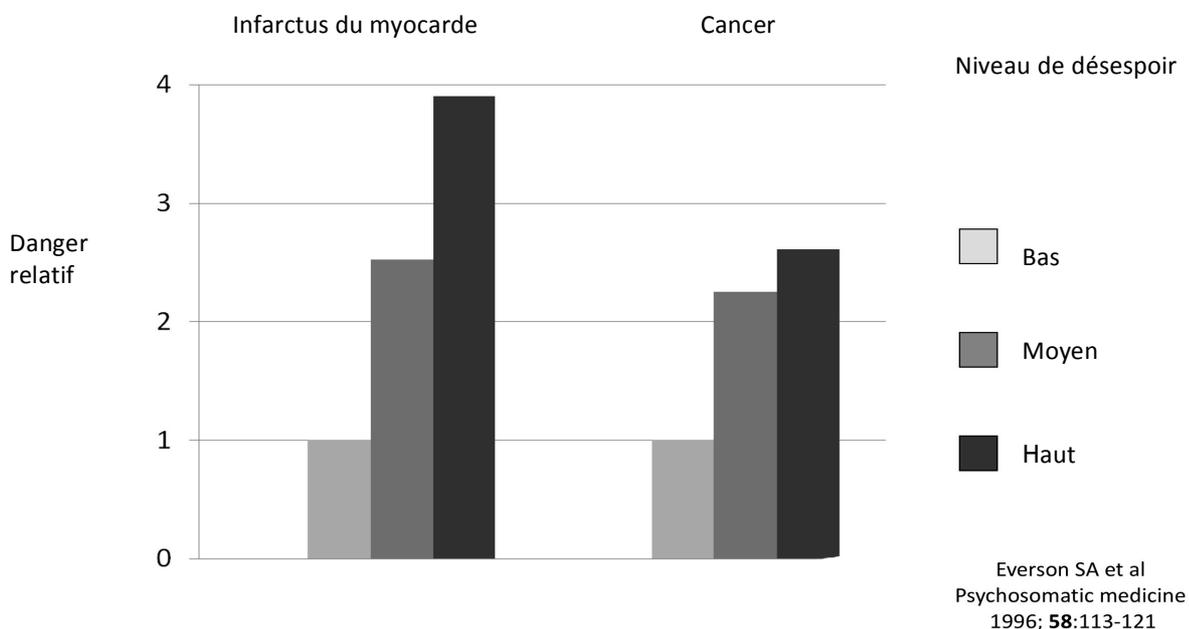
randomisés, des investigations physiologiques, biochimiques et génétiques, des révisions systématiques et des méta-analyses.

Puis-je suggérer qu'il y a deux catégories de données qui appuient la valeur de la reconnaissance et de la mise en œuvre d'une approche de toute la personne quelle que soit la discipline dans laquelle les praticiens de santé sont engagés. La première est la recherche qui souligne l'interdépendance étroite et puissante du corps, de l'âme, de l'esprit et du lien social qui influent collectivement sur la pathogénie de la maladie. De ce point de vue, un diagnostic vraiment précis, le choix optimal de la thérapie et des stratégies efficaces pour maintenir la santé exigent nécessairement d'explorer comment chacune de ces quatre dimensions et les quatre ensemble contribuent à la solution du problème en question.

La deuxième catégorie de données comprend des éléments de preuve confirmant l'avantage pratique de l'adoption de cette approche. Principalement, cela concerne soit le rétablissement du patient grâce à un diagnostic et un traitement complets, soit la réduction de la vulnérabilité aux maladies par une prévention primaire ou secondaire. Il est bon de noter également que les professionnels de santé qui pratiquent des soins centrés sur la personne retirent souvent eux-mêmes des avantages psychologiques qui peuvent aussi influencer les systèmes dans lesquels ils travaillent. En général, la recherche dans cette catégorie insiste sur la valeur ajoutée d'inclure au moins une des dimensions « psycho-socio-spirituelles » de nos patients ou communautés dans l'évaluation des soins qu'ils reçoivent.

Regardons ainsi des exemples typiques de données de chaque catégorie :

Premièrement, en montrant une influence non-matérielle sur la pathogénèse, le graphique suivant montre le lien entre deux pathologies physiques communes et sérieuses et un facteur de risque surprenant, qui doit sûrement dépendre de la *personne* plutôt que d'une mesure biochimique ou physique ; c'est-à-dire, le désespoir.



Le désespoir et les risques relatifs de décès par infarctus du myocarde et cancer
Une étude prospective de 6 ans d'hommes finlandais d'âge moyen appariés pour la tension artérielle, le cholestérol, le tabagisme, la consommation d'alcool, la classe sociale, le niveau d'études, une dépression antérieure et l'isolement social.

Comme vous le verrez, cette affection psycho-spirituelle ajoute un risque indépendant et proportionnel pour les deux maladies. En fait, elle constitue une menace plus grande que les facteurs de risque standards pour les maladies coronariennes et le cancer, facteurs auxquels on fait une si grande publicité.

Deuxièmement, l'influence du bien-être psychologique général sur la santé physique et la mortalité a fait l'objet de recherches approfondies. Elle est résumée succinctement dans une analyse quantitative d'observations prospectives par Yoichi Chia et Andrew Steptoe. Examen de 35 études dans des populations initialement en bonne santé et un nombre similaire d'études dans des populations malades. Leurs méta-analyses ont montré qu'un bien-être psychologique positif était significativement associé à une réduction de la mortalité cardiovasculaire chez les individus en bonne santé ainsi qu'à une réduction des taux de mortalité chez les patients présentant une insuffisance rénale ou une infection par le virus de l'immunodéficience humaine.

[https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2008/09000/Positive_Psychological_Well_Being_and_Mortality__A.1.aspx]

Troisièmement, une autre illustration du lien de cause à effet qui a une grande importance sur le plan de la santé et de l'économie se situe entre la psychologie cognitive et l'adhésion à la médication prescrite. En plus des patients qui renoncent à un bénéfice thérapeutique anticipé, le National Health Service au Royaume-Uni perd environ 300 millions de livres sterling par an à cause des médicaments délivrés, mais non utilisés. Aborder les raisons de cette situation et ses solutions nécessite une approche de la personne dans sa globalité. Des dispositifs aidant à se rappeler la prise des médicaments ou facilitant leur administration, peuvent aider mais une réflexion active sur la façon dont le patient *pense* est obligatoire.

De nombreuses données existent pour montrer que la façon dont les patients conçoivent et interprètent leur maladie - qui peut différer nettement de celle de leurs médecins traitants - a une influence critique dans quatre domaines : leur humeur, leur capacité à faire face, leur adhésion à la médication et leur guérison. Étonnamment, comme le montrent les patients qui se remettent d'un infarctus aigu du myocarde, même la mesure dans laquelle le mari et la femme partagent leurs croyances au sujet de la maladie et de son issue ou sont en conflit sur le sujet influencera le pronostic du conjoint.

En ce qui concerne les médicaments, le jugement cognitif des patients quant à l'équilibre entre le bénéfice et le risque de prendre un médicament prescrit est le principal moteur de leur adhésion - ou non - à la thérapie. Un dialogue informé entre le patient et un prescripteur de confiance qui fait le tour de ces problèmes devient un objectif obligatoire.

[NHS campaign. <http://www.medicinewaste.com>]

[Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00057-4)]

Enfin, un autre facteur contemporain de risque social pour les maladies mentales et physiques qui émerge très rapidement dans le groupe d'âge des 16 à 34 ans est le problème de la solitude. Dans l'ensemble, celle-ci semble comporter le même risque pour la santé physique que de fumer 15 cigarettes par jour ou d'être obèse. C'est en partie parce que, en soi, la solitude favorise le tabagisme et l'inactivité physique, avec leurs effets indésirables connus. En outre, il peut plus que doubler la probabilité de dépression, d'anxiété et de suicide.

[<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/wellbeing/articles/lonelinesswhatcharacteristicsandcircumstancesareassociatedwithfeelinglonely/2018-04-10>]

Ces quatre illustrations ne sont que quelques exemples de rapports démontrant les influences largement répandues et non-matérielles sur les maladies physiques et leur gestion qui, si elles ne sont pas

prises en compte, compromettent notre succès dans la restauration ou le maintien de la santé dans son sens le plus large. Je suis sûr que vous en connaissez beaucoup d'autres.

En ce qui concerne les données de notre deuxième catégorie, nous allons maintenant examiner les rapports d'amélioration du bien-être des patients ou d'une réduction des risques pour la santé en abordant leur *personne* ainsi que leur *personnage* physique. L'interaction médecin-patient est un bon point de départ. Premièrement, dans une étude portant sur 800 consultations de patients, 26 % ont déclaré ne pas avoir mentionné leur plus grande préoccupation au médecin parce qu'ils n'en avaient pas eu l'opportunité ou n'avaient pas été encouragés à le faire. Les patients collaboraient mieux avec le médecin et se conformaient mieux au traitement lorsqu'ils le sentaient vraiment concerné. Fait important, les résultats mesurables sur la santé se sont améliorés. D'autre part, intéressant mais plutôt troublant, la plupart des médecins ont estimé qu'ils avaient été amicaux, alors que plus de la moitié des patients étaient en désaccord.

[Korsch BM and Negrete VF "Doctor-Patient Communication." Scientific American. 1972. 227: 66-74]

Deuxièmement, dans une autre étude qualitative des consultations médicales soigneusement préparées pour fournir des « soins centrés sur la personne », Axel Wolf et ses collègues ont rapporté que les patients « valorisent un processus de connexion humaine au-delà des aspects formalisés de la planification des soins ». Une telle relation a renforcé, pour le patient, le sentiment de sûreté, de sécurité et de possibilité de communication, ce qui a facilité la rencontre thérapeutique.

[Wolf A, and Moore L, *et al.* "The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals." BMJ Open 2017;7:e016491. doi:10.1136/bmjopen-2017-016491]

Troisièmement, d'un point de vue personnel, Rosamund Snow, dans le British Medical Journal, a souligné les avantages de la consultation collaborative où une véritable interaction entre les *personnes* était clairement évidente. Elle note que « au lieu de sonder mes sentiments avec des questions stéréotypées, l'objectif principal du médecin était de répondre aux questions que j'avais posées, donc je sentais qu'elle écoutait et que nous travaillions ensemble. J'ai pu partager plus facilement mes pensées et mes soucis avec elle. Cela n'a pas pris longtemps. J'avais déjà commencé à lui faire confiance dans les 15 premières secondes ». Ce dernier commentaire mérite d'être noté. Le temps pour établir cette interaction positive entre *personnes* n'a apparemment demandé ni grand effort ni beaucoup de temps.

[Snow R. BMJ 2016; 354 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.i3729>]

Dans le prochain exemple de données de notre deuxième catégorie, nous examinerons un résumé des avantages pour la santé entièrement axée sur la « personne », tiré d'une intervention unique : le pardon. Dans une référence de l'un des 736 000 articles répertoriés sur le thème du pardon et de la santé, on rappelle ce que le pardon donné ou reçu a permis de réaliser :

Relations plus saines	Moins de symptômes de dépression
Santé mentale améliorée	Système immunitaire régulé à la hausse
Moins d'anxiété, de stress et d'hostilité	Amélioration de la santé cardiovasculaire
Pression artérielle plus basse	Amélioration de l'estime de soi
Baisse du taux de cholestérol	Sommeil amélioré

Notez que ces avantages se reflètent dans les domaines physiologiques, psychologiques et sociétaux. À titre d'exemple pratique, un article de Waltman a rapporté qu'un échantillon d'hommes souffrant de coronaropathie a montré une réduction de la colère et une amélioration de la perfusion myocardique après une période d'entraînement au pardon.

[Waltman, MA (2003) Dissertation Abstracts International: Sect. B: The Sciences & Engineering, 63(8-B), 3971.]

Les soins à la personne dans sa globalité peuvent inclure des modalités qui, tout en s'adressant à la personne, seraient jugées pour le moins inhabituelles d'un point de vue scientifique. L'une des nombreuses études de la littérature occidentale qui reflète cela est le travail de Smyth et Coll. utilisant l'écriture comme

thérapie pour l'asthme et la polyarthrite rhumatoïde. Dans une étude, les patients atteints de l'une ou l'autre de ces maladies ont été invités à écrire pendant une heure sur trois jours consécutifs au sujet de leur expérience passée la plus douloureuse. Le groupe de contrôle a écrit sur un souvenir non traumatique ou un événement de la vie. Les groupes de patients traités et de contrôle étaient similaires sur tous les points importants. Les auteurs ont constaté que le groupe de patients traités a montré une utilisation réduite de médicaments et des scores de symptômes plus faibles qui ont duré tout au long de la période de suivi de six mois.

[Kligler B. Lecture Notes: Integrative Approach to Asthma, *Curriculum in Integrative Medicine: A Guide for Medical Educators*, Consortium of Academic Health Centers for Integrative Medicine, 2004.]

Il ressort clairement d'un large éventail de travaux publiés - ainsi que de notre propre expérience - que l'esprit a un effet profond sur la prédisposition à la maladie et sur la guérison, quand prendre un placebo même inactif plutôt que rien peut empêcher la mort. Mais, compte tenu de l'opinion de Tournier et de notre propre vision théiste du monde, regardons enfin la liste publiée la plus complète de recherches validées reliant la santé aux questions spirituelles.

La première édition du Handbook of Religion and Health (Manuel des Questions Religion et Santé) a été publiée en 2001 par Harold Koenig, Dana King et Verna Carson de Duke University aux États-Unis. Ils ont analysé 1200 articles de haute qualité et 400 études systématiques des années 1840 à 2000 qui ont exploré la relation entre la religion et les comportements ou les résultats en matière de santé. Koenig a précisé que ses recherches se concentreraient seulement sur des sujets dont la « spiritualité » incluait la croyance en un être transcendant et suprême et dont le comportement démontrait au moins un attribut qui le refléterait clairement. En partie à cause des multiples définitions appliquées à « spirituel » il visait à éviter les risques de confusion et de contamination dus à l'utilisation d'un terme par lequel les profils psychologiques peuvent apparaître comme des variables dépendantes et indépendantes.

La deuxième édition de ce vaste travail a été publiée en 2012 après avoir exploré dix années supplémentaires de publications pertinentes, évaluées par des pairs. Cela a porté le total analysé à environ 3 300. Comme on pouvait s'y attendre, les méthodologies de recherche examinées variaient selon le sujet et le type d'enquêtes, avec une différence notable entre celles portant sur la santé mentale et celles portant sur la santé physique. Puis-je attirer votre attention sur le tableau suivant ?

<i>Méthode de recherche</i>	<i>santé mentale %</i> (N=2508)	<i>santé physique %</i> (N=425)
Essai contrôlé randomisé	9	27
Cohorte prospective	37	46
Cas-témoins	1.5	12
Expérimental	0	14

La majorité des études restantes étaient transversales.

Sans surprise, l'utilisation d'un modèle expérimental et/ou d'un groupe témoin était plus fréquente dans les études de santé physique.

Dans l'analyse de Koenig, les données ont été regroupées en trois principaux domaines : les résultats en matière de santé mentale, les comportements en matière de santé en général et les résultats en matière de santé physique. Comme le prévoyait son équipe, environ 80 % de la recherche comportait des études en santé mentale. Ils ont soutenu que cette proportion était probable étant donné que la spiritualité est, comme ils l'ont décrite, plus « liée proximale » à notre pensée qu'à nos processus physiques. Ils ne s'attendaient pas à ce que la spiritualité ait des effets directs ou immédiats sur la santé physique ; ils ont

plutôt proposé que son influence - entre guillemets - « *travaille indirectement par des voies psychosociales et comportementales intermédiaires* ».

Les études en santé mentale comprenaient :

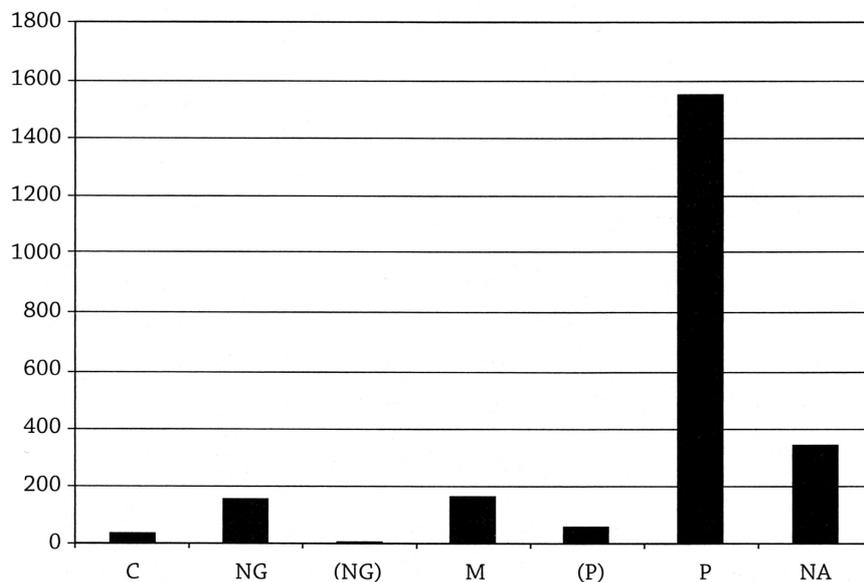
- faire face à l'adversité (454 études)
- émotions positives (620 études sur huit dimensions différentes)
- dépression (444 études)
- troubles psychotiques et bipolaires (études)
- traits de personnalité (209 études)
- toxicomanie (463 études)
- problèmes sociaux (271 études)

Bien que les résultats aient été inévitablement mitigés, ils ont montré un avantage extrêmement positif dans les résultats mesurés chez les patients manifestant leur intérêt pour et leur pratique dans des croyances religieuses transcendantales.

Les résultats des 326 études sur le comportement général en matière de santé portant sur le tabagisme, le sport, le régime alimentaire, le poids et le comportement sexuel ont également montré une forte corrélation positive entre spiritualité et bienfait. Et le même nombre d'études portant sur la santé physique, couvrant les maladies cardiovasculaires et la chirurgie, la maladie d'Alzheimer, la fonction immunitaire, la fonction endocrinienne, le cancer, la fonction physique globale, la santé auto-reliée, la douleur et la mortalité ont montré un schéma similaire.

Un grand résumé de leurs données a été présenté sous la forme du graphique unique :

Nombre d'études



[De *Handbook of Religion and Health*. Koenig et al. 2nded Oxford University press, p 602]

Ici, ce groupe présente, par un grand travail, une association fortement positive des croyances et pratiques religieuses avec un très large éventail de résultats positifs pour la santé. Les colonnes Négative [NG] et No-association [NA] sont éclipsées par le grand nombre de résultats positifs [P] qui représentent 84 % des études. Les résultats mitigés [M] et les tendances [NG & P entre parenthèses] sont faibles en comparaison. Les effets indésirables étaient peu fréquents - environ 4 %. Cette recherche semble impressionnante malgré la variable indépendante définie dans ces études permettant l'inclusion d'un large éventail de personnes et de contextes sociaux. En outre, les attachements religieux n'étaient pas une

intervention thérapeutique, mais plutôt une vision du monde établie comme plutôt bénéfique pour se maintenir en bonne santé et guérir de la maladie.

[Une version lisible du travail de Koenig *et al.* est disponible dans : ISRN Psychiatry, Volume 2012, Article ID 278730; doi:10.5402/2012/27830]

Je me demande ce que vous en pensez. Est-ce que cela semble plausible ? L'étude est-elle, en fait, trop concernée par le comportemental ou le mécanistique ? Comment cette enquête « scientifique » correspond-elle à l'essence de la *personne* qui est psychologique et spirituelle (du moins dans le sens de l'esprit humain) pour Tournier et donc « inaccessible à l'observation scientifique » ? Peut-être la simple échelle de ces données éclipse-t-elle notre vision des détails ; dans sa vision élargie et multidimensionnelle de la *personne*, celle-ci gagnerait en importance.

Le rapport de Koenig est-il pertinent pour les patients qui ne possèdent aucune foi « religieuse » ? À cet égard, et à un degré déroutant, il propose que d'autres systèmes de croyance tels que l'humanisme laïque - défini comme un méta-récit des vertus humaines et une éthique basée sur la raison et l'empathie - puissent générer des comportements sains similaires et donc des bénéfices similaires. Pour moi, cela semble nier son exigence clé d'inclure la croyance évidente des patients dans le transcendantal. À titre d'exemple, un rapport important du King's Fund, un « think tank » national indépendant au Royaume-Uni, a clairement indiqué que les professionnels de santé et les institutions devaient « *se concentrer de toute urgence sur la personne du patient* ». Il a soutenu le point de vue que le patient « *est une personne unique avec des besoins divers, un individu à prendre en charge et non pas un cas médical à traiter* ».

Dans notre façon chrétienne de considérer la religion et la « spiritualité » dans les soins de santé, nous gagnons à inclure l'Esprit de Dieu, l'Esprit Saint : Celui qui nous aide dans notre faiblesse [1 Romains 8, v 26-27], qui transmet au ciel nos prières et les amplifie [1 Romains 8, v 26-27], qui nous donne la sagesse de Dieu [Jacques 1, v 5], qui, même en ces jours, peut guérir d'une manière qui défie nos attentes scientifiques. Et cela attire peut-être également notre attention sur le mystère et la nature indéfinissable des personnes qui ne sont nullement sans importance dans nos relations, notre bien-être et notre interaction avec les soins de santé.

[<http://undergroundhealthreporter.com/medical-miracles-in-hospitals/> *is of interest*]

L'ensemble des preuves apportées par de nombreuses études qui approuvent le bénéfice de la médecine de la personne tout entière semble irréfutable. Mais ces preuves sont-elles utiles, suffisantes ou même nécessaires pour la promouvoir ? La plupart des professionnels de santé au début de leur formation ont une empathie mesurable, caractéristique centrale de la médecine de la personne. Et nous savons que cela est associé à des consultations plus efficaces, à une amélioration de la satisfaction et de l'engagement des patients et à de meilleurs résultats. La compassion que de nombreux étudiants et praticiens souhaitent intrinsèquement intégrer dans leur travail est également bénéfique, non seulement pour leurs patients, mais pour eux-mêmes, comme le rapporte Paul Gilbert : « *La recherche a montré que développer la bonté et la compassion pour nous et les autres renforce notre confiance, nous aide à créer des relations significatives et bienveillantes et à promouvoir la santé physique et mentale.* » « *Des exercices pratiques axés sur le développement de la compassion ont permis de maîtriser notre colère et d'accroître notre courage et notre résilience face à la dépression et l'anxiété.* »

Ceci étant dit, plusieurs études ont également montré que l'empathie et la compassion diminuent au fur et à mesure que les étudiants progressent dans leur formation clinique, en particulier parmi ceux qui choisissent des spécialités axées sur la technologie. Heureusement, les facultés de médecine prennent rapidement conscience de ce défi ajustant leurs programmes pour mettre l'accent sur ces qualités et pour enseigner une approche bio-psycho-sociale élargie dans la relation de soin entre le clinicien et le patient.

[Chen DC. Med Teach. 2012; 34 (4):305-11. doi: 10.3109/0142159X.2012.644600; Toward person-centered medicine: from disease to patients to person. Mezzich J, Snaedal J, van Weel C, and Heath I. doi.org/10.1002/msj.20187]

[Gilbert P. The Compassionate Mind, Constable & Robinson UK, 2009]

Dans mon travail à travers le monde pour une organisation caritative chrétienne dont le but principal est d'enseigner les soins cliniques de la personne prise dans sa globalité, j'ai été surpris par la reconnaissance soudaine et la compréhension par de nombreux participants de leur énorme valeur. Deux citations en offrent une illustration : « *C'est là qu'il y aura un changement dans les soins de santé : en enseignant aux gens du monde entier la médecine de la personne tout entière* ». Et, « *Toute ma vie, j'ai senti que je devais consulter comme ça. Maintenant j'en ai la permission* ».

[<http://www.prime-international.org/home.htm>]

En peu de temps, nous avons examiné quelques-unes des données publiées soutenant les observations pionnières de Tournier et les réflexions des soignants. Mais peut-être que la preuve la plus convaincante du bénéfique, et la plus facilement acquise, vient de notre propre interaction avec les patients, surtout quand il y a une vraie adéquation de nos *personnes*. Cela semble principalement réalisé par notre écoute attentive - devrais-je dire priante ? - et notre imagination empathique. La récompense *sera* un nouveau niveau de santé chez ceux dont nous nous soucions, même sans investigation physique ou traitements. Même si leur diagnostic physique est résistant à la thérapie physique.

Pour en revenir à la spiritualité, permettez-moi de citer les mots de Chris Levison dans « Spiritual Care Matters », du Département Éducation du National Health Service d'Écosse :

« Les soins spirituels commencent avec l'encouragement du contact humain dans une relation de compassion et se déplacent dans la direction requise par le besoin. L'offre de soins spirituels par le personnel du NHS n'est pas une demande supplémentaire dans leur travail déjà sous haute pression. C'est l'essence même de leur travail et cela permet et favorise la guérison dans son sens le plus large de toutes les parties, à la fois celles qui donnent et celles qui reçoivent de tels soins. »

Les données accumulées, en particulier au cours des 10 dernières années, fournissent de bonnes preuves de ces effets.