

L'art de la compassion

[I Corinthiens 13]

Pour comprendre le sens d'un passage bien connu, cela nous aide parfois de le lire dans une nouvelle traduction. J'ai été frappée par la version du Dr Dawlathy de ce passage très connu, publiée il y a quelques années dans le journal/magazine du « Christian Medical Fellowship » (Association médicale chrétienne). Cette version est à l'origine d'une réflexion qui m'a conduite à cette étude biblique.

« Quand je parlerais la langue des médecins ou des chirurgiens, s'il me manque la compassion, je suis un métal qui résonne, une cymbale retentissante. Quand j'aurais le don du diagnostic et pourrais comprendre tous les symptômes et toutes les pathologies, et quand j'aurais la connaissance de la médecine factuelle qui peut donner une réponse à presque tous les dilemmes cliniques, s'il me manque la compassion, je ne suis rien. Quand je travaillerais pour une bouchée de pain et donnerais tout mon temps à mes patients pour me vanter auprès des autres de mon altruisme, s'il me manque la compassion, je n'y gagne rien.

La compassion est patiente, la compassion est pleine de bonté. Elle ne jalouse pas les capacités des collègues, elle ne se vante pas de diagnostics corrects, elle ne s'enfle pas d'orgueil. Elle ne rabaisse pas les patients, elle ne cherche pas son intérêt ni ne coche seulement les cases, elle n'est pas facilement fâchée par les retards, elle ne garde pas d'archives des multiples ADN. La compassion ne se réjouit pas d'un diagnostic correct mais de la relation patient-médecin. Elle protège toujours les intérêts des patients, met toujours sa confiance dans l'humanité des interactions, espère toujours le meilleur, s'attendant souvent au pire, persévère toujours au-delà des dix minutes d'un rendez-vous.

La compassion ne doit jamais faillir. Mais là où il y a des médecines préventives, elles cesseront un jour ; où il y a des explications, elles seront inutiles ; où il y a une médecine factuelle, elle sera remplacée. Car nos connaissances sont parcellaires et nous espérons être conscients de ce que nous ignorons ; mais une fois le pilote de seringue mis en place, l'importance de nos connaissances se dissipe.

Lorsque j'étais étudiant, je consultais comme un étudiant, je pensais comme un étudiant, je raisonnais comme un étudiant. Devenu médecin, j'ai mis fin à ce qui était propre à la vie infantile de l'étudiant. A présent, nous diagnostiquons surtout la maladie en fonction de ce que nous pouvons mesurer ; à l'avenir nous devrions viser à considérer notre patient comme une personne à part entière. Ce qui peut être mesuré n'est que partiel ; je devrais viser à connaître mes patients complètement, autant que je me connais moi-même.

Maintenant donc ces trois choses demeurent : la connaissance, les compétences pour les consultations et la compassion. Mais la plus grande des trois est la compassion. »

[Dr Samir Dawlatly, généraliste à Birmingham, publié dans Triple Helix, printemps 2014]

Qu'entendons-nous par compassion ? Raymond Chadwick, écrivant dans le British Medical Journal en 2015, a cité une précédente mention de la compassion, la définissant comme « *une sensibilité à la détresse des autres avec un engagement à essayer de faire quelque chose à ce sujet* ».

Je ne sais pas ce qu'il en est pour vous, mais ma formation médicale s'est focalisée presque exclusivement sur la science médicale – au niveau de la cellule et de l'organe dans son ensemble, les voies biochimiques, l'anatomie des différentes parties du corps, la façon dont la maladie affecte le fonctionnement physiologique des différents systèmes du corps. En psychiatrie, j'ai étudié les maladies psychiatriques et leurs manifestations ainsi que leurs traitements mais n'ai commencé à découvrir les interactions entre corps, âme et esprit qu'en lisant certains des livres de Paul Tournier parallèlement à ceux de Carl Jung.

Je suis maintenant consultante en cardiologie et je vois des patients en clinique et je prends soin de malades hospitalisés souffrant d'insuffisance cardiaque et autres troubles médicaux généraux. Je n'ai qu'un temps limité avec chaque patient et je dois essayer de trouver ce qui ne va pas chez chacun afin de lui offrir le traitement approprié. Comment puis-je le faire au mieux et avec le plus de compassion ?

Un piège dans lequel je tombe régulièrement, à la fois sur un plan personnel et professionnel, c'est de penser que j'ai la solution aux problèmes et aux difficultés des gens et que j'ai juste besoin de leur dire quoi faire pour régler le problème ou la maladie. La vérité est que je peux avoir tout faux ou seulement une partie de la solution à la maladie du patient. Je ne comprendrai certainement pas pourquoi la personne devant moi présente un ensemble particulier de symptômes et je n'aurai qu'une vague idée de la façon dont son expérience antérieure de la santé et de la maladie influence sa présentation clinique et sa réaction psychologique à sa maladie ou comment cela impactera ses relations avec sa famille et ses amis. De même, mon expérience avec d'autres patients atteints d'une maladie similaire influencera la façon dont je discute du diagnostic et des conseils que je donne au patient. Comme Paul Tournier l'écrivait dans « Le Personnage et la Personne » ('The Meaning of Persons') : « *Tout ce que nous avons vécu et senti dans le passé est inscrit en nous et nous aide à être ce que nous sommes aujourd'hui* ». Un élément de l'art de la compassion est de savoir que nous n'avons qu'une partie de l'histoire ou, comme Paul le dit, « *nous voyons à travers un miroir et de façon confuse* » (1 Corinthiens 13 ; 12) et il peut y avoir de bonnes raisons au comportement de la personne et à sa réaction à la maladie, raisons dont nous ne savons rien, certaines d'entre elles influencées par la façon dont j'interagis avec elles.

Les connaissances scientifiques et la formation peuvent nous faire tomber dans le piège de la pensée arrogante que *nous savons*, que *nous avons les réponses*. Citant à nouveau Paul Tournier, cette fois dans « Technique et Foi » ('The Person reborn') : « *Ce que nous aimerions, ce serait de n'avoir que des succès... la vérité est que nous n'aidons pas les autres lorsque nous pensons que nous sommes arrivés, mais seulement lorsque nous nous battons et cherchons, comme eux le font* ».

Tournier cite un de ses patients dans « Le Personnage et la Personne » qui lui avait écrit : « *Ceux qui nous imposent leurs solutions toutes faites, ceux qui nous imposent leur science ou leur théologie, sont incapables de nous soigner* ». C'est trop facile en tant que médecin de dire à nos patients que faire : perdre du poids, faire plus d'exercice, prendre les médicaments régulièrement, cesser de manger du sel. Traitons-nous nos patients avec compassion quand nous leur parlons de cette manière ?

Dans le livre de John Pritchard « Living faithfully » (« Vivre fidèlement »), il y a un chapitre sur la façon d'être attentif. Il écrit : « *En tant que société, il nous semble extrêmement difficile d'être simplement présents. Nous avons du mal à nous concentrer sur le moment présent et sur la personne ou la situation qui se trouvent devant nous* ». Il continue en demandant comment nous pouvons réfléchir à ce sujet.

« Tout commence par la conscience de soi. Dans quelle mesure suis-je conscient de la façon dont je suis ressenti dans les relations humaines ? Est-ce que les gens me trouvent intéressé, sincère, concentré, attentionné ou détaché, égoïste, insouciant de leurs sentiments ? Ai-je tendance à donner des réponses avant d'avoir entendu le problème ? Si nous réfléchissons à la façon dont Jésus a rencontré des gens dans le besoin, il est clair qu'il s'est intensément occupé de ce que les gens disaient et ne disaient pas. Quand il a rencontré une femme qui était venue au puits du village à midi (pour éviter de rencontrer les autres femmes de la communauté), il a entamé une conversation profonde avec elle et s'est vite rendu compte qu'elle venait de vivre une suite de relations pénibles qui la laissaient confuse et avilie. Il l'a aidée à guérir et à espérer en son avenir (Jean 4, 1-42). » Pritchard donne d'autres exemples et conclut ainsi : *« Jésus a, semble-t-il, toujours réussi à si bien s'harmoniser avec l'autre personne qu'il a touché du doigt la vraie question sous-jacente à la situation présentée. Pourrions-nous chercher à l'imiter ? »*

Cette phrase : *« touché du doigt la vraie question sous-jacente à la situation présentée »* m'a sauté aux yeux. En anglais nous parlons de « noter l'historique de la plainte présentée » avant d'examiner le patient, et j'ai donc lu cette phrase ainsi : *« touché du doigt la vraie plainte sous-jacente à la situation présentée »*.

Immédiatement après avoir lu ce passage, j'ai vu une femme à la clinique qui avait une valvulopathie légère et stable - pas un problème, juste un besoin de surveillance de temps à autre. Pendant que nous bavardions, elle a commencé à me parler du stress qu'elle ressentait au travail et de la pression que cela faisait peser sur elle. Elle a ensuite continué à s'excuser d'avoir soulevé la question jusqu'à ce que je lui dise en riant que je venais juste de lire le matin-même un texte sur la nécessité d'être attentif à ce que sont les vrais problèmes dans la vie d'une personne. Pour moi, dans ma pratique clinique, c'est un élément clé de la compassion qui se réjouit de la relation médecin-patient.

David Loxtercamp, généraliste dans une communauté rurale des Etats-Unis, écrivait en 2015 :

« La capacité d'être chaleureux, de montrer de l'intérêt et de rassurer nos patients peut changer les résultats en matière de santé. De se sentir proche de nos malades n'est qu'un facteur dans la dynamique complexe de la relation thérapeutique. En devenant proches de leurs patients, les médecins apprennent que les gens sont beaucoup plus qu'une liste de problèmes ou qu'un ensemble de données. Soudain, nous regardons les vieux amis vieillir et mourir... ce que nous perdons en n'aimant pas nos patients, c'est la joie que l'on a de prendre soin d'eux... De le reconnaître peut ouvrir la porte à l'écoute tendre, spontanée, et au pardon qui transforme. De même, ce que perdent les patients, c'est la possibilité d'entendre de mauvaises nouvelles de la part d'un médecin qui non seulement prend soin d'eux, mais aussi se soucie d'eux. »

Cela fait maintenant plusieurs années que je suis un couple à la clinique. Il a fait une grosse crise cardiaque qui lui a laissé une très mauvaise fonction ventriculaire gauche. Il a toujours aimé être occupé, sortir tous les jours, prendre un verre avec des amis au pub et raconter des blagues osées. Je n'avais rien de médical à lui offrir. Mes collègues interventionnels ont fait tous les tests habituels, pas de viabilité myocardique, ni l'angioplastie ni le pontage n'étaient des options. À ce stade, ils l'auraient renvoyé à son médecin généraliste. Mais mon patient a eu beaucoup de mal à accepter qu'il ne fût plus l'ex-membre des forces armées, en bonne forme et en bonne santé, qu'il avait été. Il se sentait de plus en plus essoufflé, avait des épisodes de douleurs thoraciques sévères et de vertiges, arrivant parfois au service des urgences de l'hôpital où les ECG et les tests sanguins étaient toujours normaux. Il voulait que JE FASSE QUELQUE CHOSE. Tout ce que je pouvais faire, c'était de le voir à la clinique tous les 3-4 mois, l'écouter exprimer sa frustration et écouter sa femme qui était épuisée par son besoin de sortir de la maison tous les jours. L'examen clinique était toujours tout à fait normal - aucun signe d'insuffisance cardiaque, rythme normal sur l'ECG. Chaque visite se terminait par une ou deux de ses blagues douteuses (embarrassant sa femme au plus haut point), puis elle restait pour me dire combien elle trouvait les choses

difficiles. J'ai continué de les voir alors qu'il devenait de plus en plus faible, incapable de beaucoup sortir de la maison, perdant du poids et devenant visiblement cachectique jusqu'à peu avant sa mort, et je sais, parce qu'ils me l'ont dit et que sa femme l'a dit à leur médecin traitant après sa mort, que d'avoir seulement pu passer 20-30 minutes dans ma consultation à la clinique tous les quelques mois, où tout ce que je pouvais faire était d'écouter leurs préoccupations, avait été très important pour eux. Je n'avais pas été capable de le guérir, ou de soulager plusieurs de ses symptômes. Tout ce que j'avais pu faire, c'était de les écouter avec compassion, de les serrer tous les deux dans mes bras à la fin de la consultation et d'accepter de les revoir dans quelques mois.

« La compassion est patiente, la compassion est pleine de bonté... elle trouve sa joie dans la relation médecin-patient ». [Cf. ci-dessus, p. 1, le Dr Samir Dawlatly]

Un jeune médecin, Daniel Grant, a écrit en juin dernier qu'il était frustré par son incapacité à être le médecin qu'il veut être, capable de travailler avec la personne en face de lui, de s'identifier à elle et de l'aider. Il a écrit :
« Je passe 95 % de mon temps devant l'ordinateur plutôt qu'avec les patients. Je les identifie par leur numéro de lit ou par leur maladie, je vérifie leurs résultats à distance, et, au mieux, j'ai un bref entretien clinique avec eux et je leur tends la main. La médecine a délaissé les soins personnels pour adopter des lignes directrices dépersonnalisées, l'élitisme universitaire et les complexités bureaucratiques. Les patients peuvent se sentir déshumanisés parce que nous leur donnons l'impression d'être des machines sur un tapis roulant, alors qu'ils devraient être traités comme des individus. Si nous sommes autorisés à communiquer correctement et à engager les aspects créatifs de notre nature, alors nous pouvons commencer à changer ce que cela signifie que d'être un médecin. »

« Elle protège toujours les intérêts des patients, met toujours sa confiance dans l'humanité des interactions, espère toujours le meilleur, s'attendant souvent au pire, persévère toujours au-delà des dix minutes d'un rendez-vous. » [Cf. ci-dessus, p. 1, le Dr Samir Dawlatly]

Il est de plus en plus évident que le fait de traiter les patients avec compassion peut procurer des avantages mesurables à la fois pour les patients et pour le médecin traitant. Dans un article de Robin Youngson et Mitzi Blennerhaslett, intitulé « Humaniser les soins de santé - nous devons commencer par bâtir une société plus compatissante » ('Humanising health care – we have to start by building a more compassionate society'), j'ai trouvé ceci :

« Lorsque nous sommes malades, blessés ou confrontés à une crise de la vie, notre plus grand besoin humain est la bonté et la compassion en réponse à notre vulnérabilité et à notre souffrance... Trop souvent, ce que les patients reçoivent réellement, ce sont des soins rapides, cliniques et détachés. Les médecins ont de nombreuses lignes directrices fondées sur des données probantes pour la prise en charge de la maladie, mais peu de médicaments fondés sur des données probantes pour prendre soin de la personne dans son ensemble. Les essais randomisés contrôlés ont fourni de bonnes preuves que les soins compatissants améliorent également les résultats. Une consultation préopératoire empathique et encourageante améliore la guérison des plaies et les résultats chirurgicaux, réduit de moitié les besoins en opiacés et la durée du séjour. Les patients dans les services d'urgence sont 30 % moins susceptibles de revenir s'ils sont traités avec compassion... la méta-analyse suggère que le fait d'avoir un médecin attentionné réduit la mortalité de cinq ans chez les hommes, plus que d'arrêter de fumer. Le soin compatissant donne également du sens, de la joie et de la satisfaction aux professionnels de la santé, s'aligne sur leurs idéaux et les protège contre l'épuisement professionnel. »

« Maintenant donc ces trois choses demeurent : la connaissance, les compétences pour les consultations et la compassion. Mais la plus grande des trois est la compassion. »
[Cf. ci-dessus, p. 1, le Dr Samir Dawlatly]

Je conclus avec une merveilleuse bénédiction que j'ai trouvée dans un récit fictif de la première femme archevêque de Canterbury intitulé simplement « Archevêque », écrit par Michele Guinness (un excellent livre si vous avez l'occasion de le lire). Le mentor de l'archevêque qui est très malade et meurt peu de temps après, lui donne cette bénédiction tandis qu'ils ont ce qui se révélera être leur dernière rencontre. Elle exprime tout ce que j'espère dans mes relations avec mes amis, ma famille et mes patients.

« Que la bénédiction de l'honnêteté et de l'intégrité, du courage et de la dignité, de l'intrépidité et de la persévérance, de l'intention et de l'espérance, de la joie et du rire, de l'amour et de la paix, de la présence de l'Esprit Saint dans toute sa plénitude, soit sur vous pour le reste de vos jours sur terre, nombreux ou pas, quoi que Dieu vous appelle à faire. »

Amen.

References

- **Chadwick, R.** (2015). Compassion: hard to define, impossible to mandate. *British Medical Journal*, h3991.
- **Dawlatly, S.** (2014, Spring). A Corinthian Fragment. *Triple Helix*, p. 14.
- **Grant, D.** (2017). Humanizing healthcare. *British Medical Journal*, 435.
- **Guinness, M.** (2014). *Archbishop*. Hodder and Stoughton.
- **Loxtercamp, D.** (2015). Relationships-the water that doctors breathe. *British Medical Journal*, h4185.
- **Pritchard, J.** (2013). *Living faithfully*. SPCK.
- **Robin Youngson, M. B.** (2016). Humanising healthcare. *British Medical Journal*, i6262.
- **Tournier, P.** (1957). *The Meaning of Persons*. SCM Press Ltd.
- **Tournier, P.** (1967). *The Person Reborn*. SCM Press Ltd.