

Torsten Berghändler

# La spiritualité: un complément au modèle bio-psycho-social

**En médecine psychosomatique, nous défendons une approche holistique dans un champ de tension: d'une part, il y a ce que l'on attend d'une médecine hautement technique, de l'autre la prise en considération de l'être humain dans sa globalité. Comment allier les deux? Et pour finir: de quoi parle-t-on à vrai dire quand on évoque la «prise en compte holistique de l'être humain», la «spiritualité», le «modèle bio-psycho-social»?**

## Spiritualité

En cherchant une définition de la spiritualité qui corresponde à ma propre expérience, je suis tombé sur Ernst Tugendhat, professeur émérite de philosophie à Tübingen. Il subdivise les réflexions de premier et de deuxième niveau et les distingue comme suit [1]. Pour lui, les réflexions de premier niveau seraient ciblées sur nos besoins vitaux et se référeraient à des objets matériels et à d'autres personnes, dans ce sens également à la maladie et à la guérison. Nous attendons du médicament X, du médecin Y et du traitement Z qu'ils influencent réellement notre qualité de vie. En revanche, les réflexions de deuxième niveau s'occuperaient de «l'intégration dans ce monde». En font partie les questions existentielles personnelles, mais également l'expérience de ses propres limites. Il n'est justement pas en notre pouvoir, aussi grand soit-il, de garantir éternellement une bonne santé. Le Professeur Tugendhat écrit: «Le motif d'une réflexion de deuxième niveau (*réflexion spirituelle*) a (...) deux raisons: premièrement, parce que les êtres humains peuvent réfléchir à leur vie et pas seulement à différents buts; deuxièmement, parce qu'en ce qui concerne les buts individuels, mais aussi en ce qui concerne sa propre vie, on est toujours confronté, globalement, à l'indisponibilité, au caractère éphémère et à l'absurde.» Les questions et idées spirituelles prennent d'abord naissance de façon très personnelle dans la réflexion sur son être profond. La religion est une possibilité spirituelle de rendre l'inconcevable compréhensible (et pertinent) pour l'esprit.

## Le modèle bio-psycho-social selon Engel

Le modèle bio-psycho-social selon Engel [2] est un modèle psychosomatique de l'homme à plusieurs niveaux. Il élargit le modèle scientifico-biomédical qui prévaut depuis le XIX<sup>e</sup> siècle en soulignant l'importance ...

- des facteurs biologiques,
- de l'état psychique,
- et des conditions de vie sociales ...

pour l'apparition de maladies et pour le maintien ou le recouvrement de la santé. Dans la rencontre avec des patients, nous ne pouvons pas réduire la médecine à l'application de principes scientifiques. A l'hôpital, nous traitons encore en priorité les facteurs biologiques de la maladie, mais nous devrions aussi nous préoccuper de l'état psychique même en l'absence d'une maladie psychique. Et, dans la mesure du possible, notre service social s'occupe des personnes ayant des conditions de vie sociales difficiles.

Lorsqu'on applique à cela le modèle de spiritualité de Tugendhat,

décrit ci-dessus, le niveau bio-psycho-social de notre approche de la santé correspondrait à des réflexions de premier niveau. Elles sont ciblées sur l'évitement ou la modification dans ces domaines afin de conserver la santé ou de traiter la maladie. Le niveau spirituel en tant que réflexion de deuxième niveau complémentaire ne devrait plus avoir sa place, depuis la fin du Moyen-Age, dans la pathogenèse, l'apparition de maladies. Ce qui nous intéresse, c'est son rôle dans l'appréhension de la maladie et de la guérison, dans le processus thérapeutique, dans la salutogenèse.

## La pratique de la spiritualité dans le quotidien hospitalier

En tant que thérapeutes, nous rencontrons à l'hôpital des personnes en souffrance. Personne ne va à l'hôpital en tant que patient s'il n'est pas en souffrance. La personne que nous rencontrons ici est arrivée à ses propres limites, elle ne peut plus s'aider avec ses propres ressources et cherche du secours en s'adressant à nous. L'attitude d'attente est claire, ou du moins notre rôle d'aidant. Et si nous n'assumons pas ce rôle et que nous ne répondons pas à cette attente, si nous ne pouvons pas aider, qui le fera? Un Dieu? Une cure de gui? Le chamane? Et on peut se poser une autre question: comment supportons-nous notre propre désarroi, cette remise en question de l'image que nous nous faisons de notre rôle d'aidants?

L'expérience du caractère limité de la vie peut constituer un point de départ possible pour les questions spirituelles. Si nous n'y réfléchissons pas habituellement, cette question réapparaît lorsque la maladie et le risque pour notre vie nous font prendre conscience de façon existentielle de cette limitation. Quel est le sens de ma vie, quel est le sens de ma maladie, qu'est-ce qu'il y avait avant moi, qu'est-ce qui viendra après moi? Qu'est-ce que je veux, qu'est-ce que j'ai voulu, qu'ai-je réussi à faire? On parcourt les livres de sa vie et on constate peut-être, lorsqu'on (re)connaît ses propres limites, que l'on a raté quelque chose, que l'on ne peut plus voir de sens à sa vie, que l'on a peur de perdre le contrôle. Peut-être est-ce aussi un sentiment de tristesse qui nous submerge et qui porte la perte de la santé jusqu'à la menace de perdre sa propre existence, jusqu'à sa propre mort.

Mais la tristesse en tant que réaction à une crise existentielle dans le domaine de la santé est-elle un problème médical? Si oui, pourquoi des avis psychosomatiques sont-ils si souvent demandés dès que des réactions de tristesse sont perçues chez le patient, dès que les yeux deviennent humides? La tristesse est-elle donc quand même une maladie?

Des besoins spirituels sont perçus chez le patient s'il a de la chance et si l'environnement thérapeutique est attentif. Et que fait-on alors? L'envoie-t-on au théologien «de service» compétent? Peut-on simplement rédiger un avis comme ceux que l'on adresse au cardiologue, au radiologue, et dire: «Cher théologien, fais donc ton office, voilà une personne en souffrance spirituelle, c'est ton métier

---

**Comment supportons-nous notre propre désarroi, cette remise en question de l'image que nous nous faisons de notre rôle d'aidants?**

---

non?». Et que fait-on des personnes qui sont loin des églises? Les pasteurs sont-ils prêts à intervenir également dans ces cas-là? Nous avons parfois l'impression que c'est eux qui reçoivent alors un avis psychosomatique.

Pour obtenir un avis, il faut au moins formuler une question. La personne qui demande un avis doit réfléchir au problème et à ce qu'elle attend du spécialiste. Arrivée là, devant le spécialiste de la spiritualité, elle se trouverait au centre de son propre dilemme: elle doit réfléchir aux besoins spirituels de son patient. Que veut-il, de quoi a-t-il besoin? Si cette personne réfléchit soigneusement à ces questions, elle pourra mettre des domaines en avant qui la concernent elle personnellement, qui sont inconfortables, qui lui font peut-être peur, qui l'obligent à y regarder de plus près et à autoriser l'empathie, à supporter l'incertitude de ne pas avoir de réponse à des interrogations auxquelles il n'y a peut-être pas non plus de réponse. Supporter, assister, passer du temps avec une personne. Combien de revues spécialisées pourrait-on lire pendant ce temps? Donc, vaut-il mieux déléguer de suite à un spécialiste de la spiritualité?

Peut-être la perception et la prise au sérieux de besoins spirituels, la rencontre avec une personne, sont-elles des actes spirituels en soi. Et quiconque prend ce temps et, ce qui est encore plus important, ne prend pas ce temps d'attention, prend une décision sur la valeur de la spiritualité. L'intérêt pour les besoins spirituels des patients est-il important, sa propre réflexion et sa propre attitude en matière de spiritualité sont-elles importantes? Cette décision doit non seulement être prise individuellement mais, pour être positive, elle nécessite un environnement favorable et sécurisant correspondant. Il faut avoir du temps pour cela et des supérieurs hiérarchiques qui donnent l'exemple d'une telle attitude.

Je voudrais montrer l'intérêt qui existe, en principe, pour les questions spirituelles, à l'aide de deux exemples.

1<sup>er</sup> exemple: Je donne une conférence sur les troubles dus au stress post-traumatique et je suis invité ensuite à une réunion supplémentaire. Ce que les participants à cette réunion veulent surtout savoir de moi ce sont des réponses et des explications concernant les expériences de mort imminente, les expériences hors du corps, le traitement de situations extrêmes. Je constate encore une fois qu'il existe un intérêt toujours aussi grand pour ces questions existentielles et aussi spirituelles.

2<sup>e</sup> exemple: Madame W. est en soins intensifs, inconsciente, après un incident d'anesthésie, elle est sous assistance respiratoire. Entre-temps, sa meilleure amie a été admise dans le même hôpital et décède peu après. Après son réveil, Madame W. demande si cette amie lui a rendu visite dans ce service. Elle a rêvé qu'elle était là et qu'elle lui disait qu'elle devait se réveiller parce qu'elle voulait lui faire ses adieux. Ensuite, Madame W. apprend par son mari que cette amie est décédée, entre-temps, dans le même hôpital sans lui avoir rendu visite. Quelles explications donnez-vous à la patiente?

Et nous? Nous occupons-nous suffisamment de comment nous allons? Où mettons-nous les expériences des détresses existentielles auxquelles nous sommes confrontés? Avons-nous une possibilité professionnelle, un récipient, pour échanger, pour nous décharger? Ou bien, emportons-nous ces expériences non exprimées avec nous à la maison? Combien de collègues dans les secteurs médicaux, infirmiers mais aussi thérapeutiques participent-ils à un groupe Balint par exemple? Quelle lutte difficile devons-nous mener pour obtenir du temps, de l'espace et de l'argent pour superviser les points sensibles de la médecine de haut niveau? Comment se porte notre personnel soignant dans les services de soins intensifs qui est lui-même confronté jour après jour à la souffrance

humaine? Nous savons trop peu de choses dans ce domaine. Une étude menée par Teegen et Müller en 2000 [3] indique, pour le personnel en soins intensifs, une prévalence du syndrome de stress post-traumatique, du moins secondaire, comme la forme la plus grave d'une réaction au stress psychique, s'élevant à au moins 7%. Soit dit en passant, il s'agit de professionnels parfaitement formés et habitués à ce type de situations, qui savent ce qu'ils doivent faire et à quoi s'attendre, pour lesquels les événements qu'ils vivent ne sont pas exceptionnels. Et pourtant, il y a des limites au stress.

Un autre exemple: Lors des séminaires de communication avec nos jeunes médecins assistants, nous entendons toujours au début ce sentiment d'être dépassé dans les situations d'entretien difficile. Nous leur apprenons à écouter, à laisser le patient raconter son histoire, à communiquer des nouvelles désagréables de manière adéquate, à aider le patient dans le vécu et le traitement de ses sentiments. Et lorsqu'après leur avoir transmis la théorie, nous accompagnons ces collègues dans le quotidien clinique en tant que formateurs, nous ressentons en règle générale un énorme soulagement d'arriver quand même à gérer de tels entretiens, ainsi qu'une profonde satisfaction de pouvoir faire face à de telles rencontres humaines. Cette compétence est ressentie comme si quelque chose était désormais plus complet; ces collègues étaient déjà de bons praticiens avant, mais désormais ils sont de bons médecins. Thure von Uexküll, la sommité de la psychosomatique allemande, écrivait en 1992: «La médecine est le contact d'humains avec d'autres humains» [4].

### **Le «sens de la cohérence» d'Antonovsky et la spiritualité en tant que ressource favorable à la santé**

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que le sentiment d'être en quelque sorte en sécurité dans un contexte plus grand est d'une grande aide en période de difficulté. Un concept typique mentionné à ce sujet est celui de la signification donnée: une orientation religieuse peut contribuer à voir un sens dans la maladie, qui n'est pas évident sur le moment mais qui pourrait être sous-jacent.

Le concept de la salutogenèse formulé par Aaron Antonovsky à partir de 1979 [5] va dans ce sens. Pour lui, la maladie et la santé ne s'opposent pas, mais sont une continuité entre deux polarités. Chaque être humain est en même temps plus ou moins en bonne santé et malade; le but est d'être plus en bonne santé et moins malade. Dans le concept de la salutogenèse se pose la question des ressources qui peuvent contribuer à la guérison d'une personne. Pour ce faire, il faut prendre la personne entière dans son histoire de vie ainsi que la totalité du système dans laquelle la personne vit.

Antonovsky considère le sentiment de cohérence comme l'élément essentiel de la salutogenèse, définie comme une attitude de base générale par rapport au monde et à sa propre vie. C'est une «conception fondamentale de la vie qui exprime dans quelle mesure quelqu'un a un sentiment de confiance pénétrant, persistant et en même temps dynamique que son monde empirique intérieur et extérieur est prévisible et qu'il existe une grande probabilité pour que les affaires évoluent aussi bien que ce que l'on peut raisonnablement attendre» [6]. La cohérence permet de vivre en concordance, en accord et en pertinence avec le monde.

---

**Nous occupons-nous suffisamment de comment nous allons? Où mettons-nous les expériences des détresses existentielles auxquelles nous sommes confrontés?**

---

Le sentiment de cohérence, en tant qu'attitude fondamentale de vivre de façon cohérente et pertinente avec le monde, comporte trois domaines:

- Le sentiment de compréhensibilité (sens of comprehensibility) en tant que modèle de traitement cognitif: l'attente ou la capacité à pouvoir traiter des stimuli en tant qu'informations ordonnées, consistantes et structurées, et à ne pas les vivre de façon chaotique, volontaire, aléatoire et inexplicable.
- Le sentiment de faisabilité (sens of manageability) en tant que modèle de traitement cognitif-émotionnel ou bien aussi spirituel: la certitude que les difficultés peuvent être résolues en raison de la disponibilité de ressources externes ou internes appropriées (également d'autres personnes ou une force supérieure).
- Le sentiment de trouver un sens ou d'importance (sens of meaningfulness) en tant que composante motivationnelle: la vie peut être vécue, au plan émotionnel, comme pleine de sens; elle vaut la peine de dépenser de l'énergie et de faire des efforts pour surmonter les problèmes et les exigences. L'expérience du sens de la vie et de l'attente positive par rapport à la vie accroît la motivation à dépenser de l'énergie et à faire des efforts pour résoudre les problèmes.

Antonovsky résume ainsi le sentiment de cohérence: «Le sentiment de cohérence est une orientation globale qui exprime la mesure dans laquelle quelqu'un a un sentiment de confiance pénétrant, persistant et cependant dynamique que, premièrement, les exigences du monde empirique interne et externe sont structurées, prévisibles et explicables au cours de la vie et que, deuxièmement, les ressources permettant de satisfaire les exigences, sont disponibles. Et troisièmement, que les exigences sont des défis qui méritent des investissements et un engagement» [7].

Le sentiment de cohérence donne la possibilité de pouvoir utiliser les ressources de sa propre guérison ou de la conservation de sa santé. Comme vous l'avez remarqué, ceci correspond à l'imbrication, utile et salutogénique de réflexions de premier niveau (res-

sources, objectifs) avec celles de deuxième niveau: nous ne pouvons utiliser de ressources pour notre santé que lorsque nous trouvons un sens à la vie et avons des attentes positives, en pouvant utiliser des ressources autant matérielles que spirituelles, en ayant une possibilité de faire l'expérience du monde de façon pertinente, ordonnée et structurée.

En médecine, non seulement nous ne pouvons pas passer à côté de la spiritualité en tant que niveau d'expérimentation humaine, mais nous en avons également besoin, dans le sens de la salutogenèse, pour rétablir et conserver la santé.

#### Références

- 1 Tugendhat E. Spiritualität, Religion und Mystik. Dans: Leutwyler S, Nägeli M (éd.). *Spiritualität und Wissenschaft*. Zurich: vdf 2005.
- 2 Engel GL. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Modells: Eine Herausforderung der Biomedizin. Dans: Keupp H (éd.). *Normalität und Abweichung. Fortsetzung einer notwendigen Kontroverse*. Munich: Urban & Schwarzenberg 1979.
- 3 Teegen F, Müller J. Traumaexposition und Posttraumatische Belastungsstörung bei Pflegekräften auf Intensivstationen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (Psychotherapie, psychosomatique, psychologie médicale)*. 2000;50:384-90.
- 4 Von Uexküll T. 1979.
- 5 Antonovsky A. *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Edition all. élargie de A. Franke. Tübingen: dgvt-Verlag 1997.
- 6 Antonovsky A. *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass 1979.
- 7 Antonovsky A. *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. Dans: Franke A, Broda M (éd.). *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt-Verlag 1993.

---

#### Correspondance:

Dr Torsten Berghändler  
Klinik Gais  
9056 Gais  
t.berghaendler@klinikumGais.ch