

Joachim Dietiker, Franz Marty

Le souci intelligent de soi-même

Joachim Dietiker, chef de clinique en médecine psychosomatique à l'Hôpital Universitaire de Bâle, a présenté lors du Congrès d'Arosa 2011 deux précieux outils pour le «souci intelligent de soi-même» dans le contexte de la pratique clinique quotidienne: l'«Attachment Theory» et la «Mindfulness-Based Stress Relaxation MBSR».

Pour nous, médecins de famille, la bonne prise en charge des patients et le professionnalisme vont également de pair avec «le souci intelligent de soi-même». Le quotidien d'un médecin de famille est souvent marqué par une sollicitation importante, par la nécessité de se concentrer tous les quarts d'heure sur les problèmes les plus variés de patients différents, par des situations complexes et par des incertitudes.

Outre le savoir-faire pratique et les connaissances médicales, des performances affectives et psychiques sont également attendues du médecin. Dans ce contexte, «le souci intelligent de soi-même» est la capacité à «toujours retrouver» son équilibre. Les perturbations de cet équilibre font toutefois partie de la réalité quotidienne et sont souvent inévitables: une succession de patients difficiles au cours de la même matinée, les contraintes de temps, les attentes irréalistes de la part des patients, les trop grandes exigences envers soi-même (c'est-à-dire penser toujours devoir tout résoudre dans l'immédiat), les mésaventures, etc.

La notion d'«epimeleia heautou», ou «souci de soi», était déjà connue dans la philosophie grecque. Apprendre à s'occuper de soi-même était la base pour s'occuper des autres. Selon Wilhelm Schmid [1], l'éthique du rapport avec soi-même doit être savante, c'est-à-dire réfléchie et structurée, et non pas simpliste, irréfléchie et fortuite.

En quoi consiste ce rapport – savant, réfléchi et structuré – avec soi-même?

La théorie de l'attachement ou attachment theory

La théorie de l'attachement est un outil pour développer un rapport à l'autre réfléchi et savant (pour une description dans le contexte de la médecine de famille, voir [2]). Elle s'intéresse à la tendance des humains à développer des relations étroites et empreintes de sentiments intenses avec les autres. Selon cette théorie, l'homme a un besoin inné d'établir de solides relations d'attachement avec les personnes de référence dans la prime enfance. Afin d'assurer sa propre survie, l'enfant adapte son attachement au style d'attachement de la personne qui prend soin de lui. Au fil du temps, une personne développe un style d'attachement qui lui est propre sur la base de cette expérience précoce de profond attachement. La maladie active ce comportement d'attachement de manière particulièrement intense, principalement en raison de la menace qui y est liée et de l'insécurité vécue dans ce contexte.

L'attachement – «le tissu de la (l'in)sécurité psychique»

La nature de l'attachement est essentielle dans la relation médecin-patient. L'identification des différents styles d'attachement améliore la communication avec le patient et allège le travail au quotidien, plus particulièrement avec les «patients difficiles». Ces derniers se distinguent par des interactions complexes, confuses et souvent impossibles à déchiffrer. La compréhension des modèles relationnels est une condition préalable au succès de la relation avec ces patients. Bowlby et Ainsworth distinguent quatre styles d'attachement: un «sé-

		Image de soi	
		+	-
Image de l'autre	+	Sécuré <ul style="list-style-type: none"> • Confiance en autrui • Estime de soi, digne de l'attention d'autrui 	Anxieux-soucieux <ul style="list-style-type: none"> • Dépendance émotionnelle excessive vis-à-vis des autres • Faible capacité à se prendre en charge • Accentuation de sa situation de besoin • Fait des cadeaux, etc.
	-	Évitant <ul style="list-style-type: none"> • Confiance limitée en autrui • Besoin compulsif d'indépendance et autosuffisance 	Anxieux-ambivalent <ul style="list-style-type: none"> • Confiance limitée en autrui • Peur de la proximité, méfiance • Ambivalence face à une aide, oppressant, réticent • Demande un rendez-vous d'urgence, puis annule

Figure 1

Styles d'attachement, image de soi et image d'autrui. D'après: Thompson D, Ciechanowski PS. Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice. J Am Board Fam Pract. 2003 May-Jun; 16(3):219-26.

cure» et trois «insécurés». Ils résultent de «l'image de soi» et de «l'image de l'autre» liées au développement (fig. 1).

1. Le «style d'attachement sécuré» se définit par une image positive de soi et d'autrui. Il se caractérise par la «confiance en autrui et l'attention accordée à autrui», ainsi que par une bonne estime de soi. Le style d'attachement sécuré est le fondement de la relation médecin-patient. Le médecin signale ainsi qu'il est parfois disposé à se mettre dans une position peu confortable et qu'il perçoit les besoins sous-jacents du patient.
2. Le «style d'attachement évitant» se traduit par une confiance limitée en autrui et une grande autosuffisance allant jusqu'au besoin compulsif d'indépendance. Ces patients nous paraissent souvent impersonnels ou réticents et orgueilleux. Ils agissent comme s'ils n'avaient besoin de rien, rien ne semble poser problème. Attention! Le risque est de ne pas accorder suffisamment d'attention à ces patients, plus particulièrement lorsque le cabinet reçoit de nombreux patients. Le rôle du médecin face au patient présentant un «style d'attachement évitant»: ne pas battre en retraite et ne pas dépasser les limites lors d'une entrevue impersonnelle, orgueilleuse/effacée ou évitante.
3. Les patients avec un «style d'attachement anxieux-soucieux» possèdent une faible capacité à se prendre en charge, accentuent leur dénuement (cadeaux, etc.) et présentent un «besoin de dépendance» face auquel le médecin doit tenir lieu de «havre de sécurité». Une stratégie de délivrance possible pour le médecin est de proposer une aide avant que le patient n'en fasse la requête.

Les approches se penchant sur les attitudes directes dans la relation médecin-patient sont volontiers qualifiées de «touchy-feely». Toutefois, nous savons à quel point nos réactions sont vivaces face à des patients «envahissants» ou «évitants». Il a été scientifiquement prouvé que ces attitudes ont toutes une cause précise et qu'il est possible d'en tirer une «conclusion» sur la conduite à tenir dans chacune de ces situations.

Pierre Loeb

Ainsi, celui-ci éprouvera, indépendamment des symptômes, un sentiment de sécurité et de soutien. Le rôle du médecin face au patient ayant un «*style d'attachement anxieux-soucieux*»: pas de surinvestissement, aucun comportement inconsistant ou contrôlant dans le cas où il se sentirait submergé par la situation de besoin du patient anxieux-soucieux. Des rendez-vous courts mais réguliers, une attitude conséquente, ferme et restant dans le cadre des limites, ainsi que des délais précis aident le patient à prendre confiance en lui sur la base d'un attachement sécurisant.

4. Le «*style d'attachement anxieux-ambivalent*» s'accompagne d'une confiance limitée en autrui, d'une peur de la proximité, d'une méfiance et d'une ambivalence face à une aide, d'un comportement oppressant et réticent (obtenir un rendez-vous d'urgence, puis l'annuler...). Le rôle du médecin face au patient présentant un «*style d'attachement anxieux-ambivalent*»: il est important d'accepter le patient tel qu'il est et de faire preuve d'un investissement continu et constructif, même en cas de sentiments d'agressivité ou de colère. Ne pas battre en retraite ou interrompre le traitement! Chez le patient s'opère alors un changement de perspective: le médecin auparavant perçu comme menaçant devient une personne de confiance. Dans ce cas précis, il est essentiel d'accepter ses propres limites en tant que médecin et de ne pas blâmer le patient.

Conclusions

Les patients se plaignent souvent de symptômes physiques et psychologiques étant la manifestation d'un besoin relationnel sous-jacent, un besoin qu'ils ne sont peut-être pas en mesure de formuler verbalement ou consciemment. Dès 1964, le psychanalyste hongrois Michael Balint décrit ce phénomène comme suit: «Durant la prise en charge des patients, nous (médecins) devons accepter et reconnaître leur besoin d'amour, d'attention, de compassion et surtout leur besoin d'être pris au sérieux. C'est à cette seule condition que nous pouvons attendre d'eux qu'ils adoptent des méthodes autres que le biais de la maladie pour obtenir de l'affection et des soins.»[3] En règle générale, les patients ne disposent pas de suffisamment de temps pour s'exprimer et sont interrompus par le médecin dans leur description de leurs problèmes de santé. Une étude réalisée à la Polyclinique de Bâle a démontré [4] que le temps de parole spontanée des patients, durant lequel ils peuvent s'exprimer sans être interrompus, est de 52 secondes (valeur médiane) et que 80% des patients parlent durant moins de deux minutes, tout en étant interrompu par le médecin après 30 secondes en moyenne.

En donnant si précocement la priorité à son propre agenda (médical), le médecin perd l'occasion d'obtenir des informations précieuses, concernant entre autres la conception propre au patient de ses problèmes de santé actuels et de son état d'esprit. Ainsi, la

Le message à retenir:

Prenons deux minutes pour nous interroger:

- Quelle est l'histoire du patient, quelle est sa conception de son état et dans quel contexte parle-t-il de sa maladie?
- Quel est son style d'attachement?
- Quels sentiments ce patient déclenche-t-il chez moi?

Il s'agit là de questions essentielles pour, par la suite, aborder la consultation en s'adaptant à chaque patient.

condition préalable à la réussite du traitement n'est souvent pas remplie.

La pleine conscience ou mindfulness

Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)

Un autre outil important pour le «souci de soi-même» est la «pleine conscience», ou *mindfulness* en anglais. Dans ce contexte, il signifie avoir une pleine conscience non jugeante de ce qu'il se passe à chaque instant, ici et maintenant. À travers cette orientation ouverte et réceptive sur l'expérience directe de l'instant, nous acquérons une compréhension plus profonde de nous-mêmes et percevons progressivement nos modes réactionnels habituels, plus particulièrement dans notre manière de faire face à nos difficultés. Nous apprenons à prêter attention à nos sensations physiques, à nos pensées, à nos émotions et à toutes les autres perceptions, sans les juger.

L'apprentissage de la pleine conscience est un moyen simple, concret et on ne peut plus efficace pour évacuer le stress et favoriser son bien-être et sa santé. C'est pourquoi la pleine conscience est également un outil d'une valeur inestimable, dans le sens où il nous aide à prendre conscience de la valeur et de l'unicité du moment présent, qu'il s'agisse d'une expérience belle et agréable ou éprouvante. Elle nous permet de mener une existence plus intense avec une plus grande joie et nous pousse à découvrir nos ressources profondes, grâce auxquelles nous pouvons apprendre, mûrir et soigner. La «Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)», ou réduction du stress basée sur la pleine conscience, a été développée par le Professeur Jon Kabat Zinn à la fin des années 1970 et depuis lors, cette approche est notamment appliquée à la «Stress Reduction Clinic»¹ qu'il a fondée à l'Université du Massachusetts.

L'éventail des troubles dont souffraient les plus de 15000 patients ayant participé à ce programme à la *Stress Reduction Clinic* est extrêmement large. Parmi les diagnostics figurent souvent des affections chroniques, telles que les douleurs, le cancer, les migraines, les troubles du sommeil, les cardiopathies, les troubles anxieux et d'autres pathologies liées au stress. Chez la plupart des participants ont notamment été constatées les évolutions positives suivantes:

- atténuation persistante des symptômes de la maladie clinique;
- amélioration de l'état physique et psychique général;
- réduction des symptômes psychologiques, tels que l'anxiété et la dépression;
- capacité accrue à surmonter les situations de stress;
- meilleure acceptation de soi et d'autrui;
- vitalité et joie de vivre accrues.

Dans l'espace germanophone, le centre de «Mindfulness-Based Stress Reduction» se trouve à Fribourg (MBSR-Institut Freiburg²); en Suisse, les personnes intéressées peuvent s'adresser à l'association MBSR Suisse.³

Références

- 1 Schmid W. Mit sich selbst befreundet sein: Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. ISBN-13: 978-3518458822.
- 2 Thompson D, Ciechanowski PS. Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice. *J Am Board Fam Med.* 2003;16(3):219-6. <http://www.jabfm.org/content/16/3/219.full>. doi: 10.3122/jabfm.16.3.219.
- 3 Balint M. The doctor, his patient, and the illness (1964).
- 4 Langewitz W, Denz M, Keller A, Kiss A, Rüttimann S, Wössmer B. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ.* 2002 Sep 28;325(7366):682-3. <http://www.bmj.com/content/325/7366/682?view=long&pmid=12351359>.

Correspondance:

Dr Joachim Dietiker, Psychosomatik, Universitätsspital Basel
Hebelstrasse 2, 4031 Basel,
JDietiker[at]uhbs.ch

¹ Stress Reduction Clinic: <http://www.stressreductionclinic.org/resources.html>

² Recherche concernant la MBSR: MBSR-Institut Freiburg: <http://www.mbsr-freiburg.de/forschung>

³ Association MBSR Suisse: <http://www.mbsr-verband.ch/index.php/home-2/willkommen-fr-FR/>