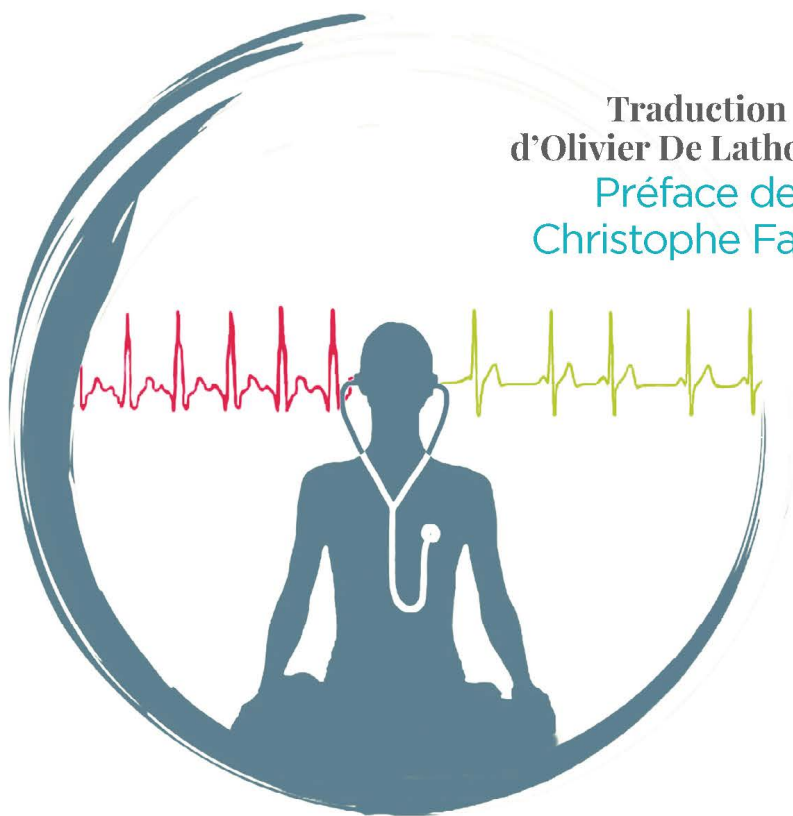


SOIGNER EN PLEINE CONSCIENCE

Médecine, Présence et Humanité

Traduction
d'Olivier De Lathouwer
Préface de
Christophe Fauré



**Pour une médecine
plus humaine**

Ronald Epstein

SOIGNER EN PLEINE CONSCIENCE

MÉDECINE, PRÉSENCE ET HUMANITÉ

Traduit de l'anglais (américain)
par Olivier De Lathouwer

Préface de Christophe Fauré



Ouvrage original: Ronald Epstein, M. D., *Attending. Medicine, Mindfulness, and Humanity*. Copyright © 2017 by Dr. Ronald Epstein.

All rights reserved including the right of reproduction in whole or part in any form. This edition published by arrangement with the original publisher Scribner, a Division of Simon and Schuster, Inc. New-York.

Pour toute information sur nos ouvrages, consultez notre site web :
www.deboecksuperieur.com

.....
Pour la traduction française
© De Boeck Supérieur s.a., 2020
Rue du Bosquet, 7 – B-1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal:
Bibliothèque nationale, Paris: avril 2020
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles: 2020/13647/065
ISBN 978-2-8073-2876-1

Sommaire

Préface	11
Note de l'auteur	13
1 Être pleinement attentif	15
<i>Se tourner vers son intérieur</i>	20
<i>Dans la pratique clinique</i>	24
<i>Une vision consciente</i>	27
2 Prendre soin	29
<i>Pas vu, pas su</i>	33
<i>Je ne peux pas vous entendre alors que j'écoute</i>	36
<i>Du sommet vers la base</i>	38
<i>Les coupe-circuits</i>	40
<i>Le gestionnaire interne</i>	43
<i>Vingt minutes de rouge</i>	44
<i>À quoi ressemble l'attention consciente</i>	47
3 Curiosité	49
<i>Des traces floues</i>	54
<i>Une mauvaise journée</i>	55
<i>Pratique de groupe et pratique individuelle</i>	58
<i>Être à l'écoute du doute</i>	60
4 L'esprit du débutant. Le zen des soins	65
<i>Un drapeau dans le vent</i>	68
<i>Tenir à son expertise... avec légèreté</i>	71
<i>Oser faire le vide</i>	73
<i>Deux types d'intelligence</i>	75
<i>L'expérience des jarres d'eau</i>	77
<i>Dans la pratique clinique</i>	78
5 Être présent	81
<i>L'ineffable</i>	82
<i>La présence au temps</i>	83
<i>Temps et intimité</i>	85
<i>Les mers déchaînées</i>	87

	<i>La maison d'hôte</i>	89
	<i>Faire de l'espace</i>	90
	<i>Comme moi, pas comme moi</i>	92
	<i>Une pratique du calme</i>	95
	<i>Où sont mes pieds?</i>	96
6	<i>Naviguer sans carte</i>	99
	<i>Ça dépend</i>	104
	<i>La sagesse pratique</i>	106
	<i>Esprit partagé</i>	107
	<i>Une nuque raide</i>	108
	<i>La science de la décision</i>	111
	<i>Intuition</i>	113
	<i>Dire non</i>	115
	<i>Être un docteur, être un patient</i>	116
7	<i>Répondre à la souffrance</i>	121
	<i>Les vérités gênantes à propos de la souffrance</i>	124
	<i>Ce que l'on ne peut pas nommer</i>	126
	<i>Les autres noms de la souffrance</i>	129
	<i>Au-delà de l'impuissance</i>	131
	<i>Une courte et lente marche</i>	133
	<i>Se recentrer et reprendre possession</i>	136
	<i>Apprendre à écouter</i>	137
8	<i>Le fragile état de compassion</i>	139
	<i>Souffrir avec</i>	141
	<i>Cultiver la compassion</i>	143
	<i>Les ingrédients de la compassion</i>	143
	<i>Le paradoxe de l'empathie</i>	145
	<i>S'entraîner à la compassion</i>	148
9	<i>Quand la tourmente arrive</i>	151
	<i>Les erreurs fatales</i>	154
	<i>La seconde victime</i>	157
	<i>Se souvenir</i>	159
	<i>Confessions</i>	160
	<i>Deuil et perte</i>	162
	<i>Ne pas satisfaire et s'effondrer</i>	163
	<i>Comme de la fumée</i>	165
	<i>L'autocompassion</i>	167
	<i>Penser plus large</i>	169
10	<i>Soigner le soignant</i>	171
	<i>« Une érosion de l'âme »</i>	173
	<i>L'environnement interne</i>	177
	<i>Pourquoi certaines personnes ne font pas de burn-out</i>	178

	<i>Instable et inchavirable</i>	180
	<i>Rappels</i>	181
	<i>Mais qu'est-ce que le bien-être, finalement?</i>	182
	<i>La règle des 20%</i>	184
	<i>Les signes précoces</i>	185
	<i>L'entraînement à la résilience</i>	188
	<i>Retrouver le sens et le but</i>	189
11	Devenir pleinement conscient	191
	<i>Qu'est-ce qui fait un grand docteur?</i>	193
	<i>Ramener volontairement une attention vagabonde</i>	195
	<i>Commencer</i>	197
	<i>Le corps</i>	198
	<i>La pleine conscience interpersonnelle</i>	199
	<i>Les huit bonds</i>	201
12	Imaginer un système de soins pleinement conscient	205
	<i>L'esprit collectif</i>	207
	<i>Qualité et sécurité</i>	210
	<i>Les conversations humaines</i>	211
	<i>Une corde à trois brins</i>	214
	Remerciements	217
	Appendice: pratique d'attention	223
	Notes	225
	Bibliographie	261
	Index	287

À Deborah, Eli, et Malka, mes sources d'inspiration

Préface

Être réellement vu, réellement regardé, réellement écouté en tant que personne et en tant qu'être humain. N'est-ce pas là, l'attente la plus forte, la plus pressante, vis-à-vis des soignants auxquels nous nous adressons, quand la maladie survient ? Au-delà de leurs compétences professionnelles, n'avons-nous pas besoin de soignants pleinement conscients de ce qui se joue pour nous, humainement, psychologiquement, spirituellement, à un temps de notre vie où nous nous sentons plus fragiles et vulnérables ? N'avons-nous pas besoin d'un soignant qui soit également conscient et présent à lui/elle-même, afin que son « alignement intérieur » se reflète dans les soins qu'il nous prodigue ? Pourtant, force est de constater que cela ne s'apprend pas sur les bancs des facultés de médecine, mais que cet état d'esprit procède d'une démarche personnelle où, en tant que professionnel de santé, on ne peut plus se satisfaire de la seule approche scientifique pour prendre soin d'autrui.

C'est cette démarche que nous révèle Ronald Epstein dans son livre. Médecin de famille, praticien en soins palliatifs, instructeur en méditation de pleine conscience et MBSR (*Mindfulness-Based Stress Reduction*, réduction du stress par la pleine conscience), Ronald nous livre un récit personnel où il puise dans son propre vécu en tant que médecin, mais aussi en tant que patient, pour appréhender une autre manière d'aborder le soin. Afin de lui donner un autre sens, une autre profondeur. Cela passe nécessairement par le fait de dévoiler, avec honnêteté et authenticité, les doutes, les hésitations, les tourments parfois, qui l'assaillent face à ses patients. Il souligne le risque d'arriver au seuil d'un dangereux burn-out où, par faute d'attention à lui-même, le soignant se déconnecte de son propre être, tout en se déconnectant de son patient.

Aux maux qui résultent de la non-attention, Ronald nous propose des remèdes, comme une sorte de plongée dans la pensée d'un médecin qui voit sa pratique se modifier par la mise en œuvre de la méditation de pleine conscience. Il nous révèle la place de la curiosité, cette fraîcheur de l'esprit indispensable quand on aborde une nouvelle personne, un nouveau patient. Il nous révèle combien la méditation, la pratique de l'attention, rend *intelligent*. Un esprit apaisé devient en effet plus intelligent pour faire les liens entre les connaissances médicales, aboutissant au juste diagnostic, mais il développe

aussi ce que Ronald appelle l'intuition, ce que je comprends comme une intelligence des situations, une intelligence émotionnelle qui permet de mieux comprendre les subtilités d'un échange, d'une interaction, afin de parvenir à une véritable *alliance* entre le soignant et le soigné. Il invite enfin à remettre, au cœur de la relation thérapeutique, des notions qui n'auraient jamais dû la quitter, comme l'amour, la compassion, la sagesse... mettant à bas une approche médicale où ne règne que la raison et le scientifique, déconnectée de la dimension humaine et spirituelle de l'individu en souffrance – et en quête de sens sur ce qui lui arrive, *via* sa maladie.

Mais, au-delà de la démarche personnelle, Ronald propose également une modification en profondeur du système de soins où chaque intervenant prend tout autant soin de lui/elle que des personnes qu'il/elle accompagne. J'ai l'intime conviction que cette calme révolution est en route. Encore à bas bruit certes, mais il s'agit là d'un mouvement de fond dont on ne saurait sous-estimer l'importance et la puissance. Je crois à l'« effet de seuil » : quand un soignant... puis un autre... puis un autre... puis un autre encore... travaille sur lui/elle-même pour être plus attentif, plus conscient, plus centré, on arrive progressivement à une « masse critique ». C'est-à-dire que le nombre d'individus impliqués dans une même dynamique de changement et d'éveil personnel atteint un seuil où *l'ensemble du système de soins* où ils/elles interviennent bascule dans cette même direction. C'est là que le changement collectif survient. De façon irréversible et salutaire.

Cela va de pair avec l'exigence légitime des patients d'avoir, en face d'eux, des soignants capables de répondre à ce souhait d'être vus et entendus différemment. L'effet de seuil est aussi valide à ce niveau. Plus de patients auront cette exigence, plus il deviendra nécessaire aux soignants de l'entendre, d'y répondre, de s'y adapter !

Enfin, si le patient demande un soignant « conscient », il lui est proposé de le devenir lui/elle-même, en expérimentant dans sa propre vie et dans son propre quotidien la pratique de l'attention, telle que la préconise la méditation de pleine conscience. Il/elle sera alors d'autant plus précis•e et pertinent•e dans ce qu'il/elle attendra de son soignant.

Ce livre a donc une double portée et c'est ce qui en fait notamment tout son intérêt et son importance : une portée *individuelle*, en nous invitant à développer en nous cette conscience de nous-mêmes, cette conscience de l'instant, et une portée *collective* pour initier une mutation globale et systématique, pour le bénéfice de tous.

Ne croyez-vous pas qu'ainsi notre monde ne pourra qu'en être meilleur ? J'en ai, pour ma part, l'intime conviction !

Je vous souhaite une bonne et inspirante lecture.

Christophe Fauré

Note de l'auteur

J'ai la conviction que la pratique médicale dépend d'une profonde compréhension entre les cliniciens et les patients, et que la compréhension entre humains commence avant tout par la compréhension de soi-même. Ce livre est le fruit d'une carrière médicale entièrement consacrée à la recherche d'occasions pour mieux me connaître moi-même en tant que clinicien et pour aider les autres à en faire autant – pour parvenir finalement à rendre les soins de santé plus conscients, plus attentifs et plus humains. En écrivant ce livre, j'ai été amené à explorer des domaines que je n'avais jusqu'alors jamais envisagés : les dernières connaissances acquises en neurosciences sociales et cognitives, les bases psychologiques et philosophiques des pratiques contemplatives, mais également les écrits de maîtres zen, de stars de baseball et de poètes extatiques. À chaque nouvelle découverte, d'innombrables amis, collègues et même parfois de parfaits inconnus rencontrés par hasard, m'ont offert leurs conseils, leurs corrections, leur réconfort ou leur amitié, m'aidant ainsi à trouver ma propre voix en tant qu'auteur : une voix provenant du fond de mon cœur, personnelle et enracinée dans ma propre expérience.

Pour des raisons de confidentialité, je ne peux pas nommer tous mes enseignants. Nombre d'entre eux sont mes patients et il ne serait pas adéquat de leur demander de rendre publics certains de leurs moments de vie les plus intimes. J'ai donc modifié les détails de chaque histoire et parfois créé des cas à partir d'éléments puisés dans plusieurs histoires similaires. Dès lors, toute ressemblance entre les personnes décrites dans ce livre et des patients réels et leur famille est une coïncidence non intentionnelle. J'ai pris les mêmes précautions à propos des professionnels de la santé mentionnés dans ce livre, dans la mesure où il m'est difficile de savoir si, en faisant autrement, je n'aurais pas révélé des choses qu'ils pourraient préférer ne pas rendre publiques. Pour des raisons de convenance et de lisibilité, lorsque je me réfère à des professionnels de la santé et à des patients, j'utilise le pronom singulier «il» ou «elle» plutôt que d'utiliser la formule «il ou elle». Ce n'est en aucun cas pour suggérer la moindre généralisation basée sur le genre.

En médecine, le praticien senior responsable de la prise en charge d'un patient est habituellement appelé «le médecin référent» ou juste «le référent». La responsabilité du référent est de diriger l'attention de toute l'équipe soignante sur les éléments les plus significatifs de son dossier, de veiller à la qualité des soins qui lui sont prodigués, de faire en sorte qu'il se sente soutenu et qu'il reçoive des soins attentionnés. Cette notion de soins attentionnés signifie être disponible, présent, à l'écoute et un soutien vis-à-vis du patient aux moments où il en a le plus besoin. Être attentionné est également un impératif moral, car en plus de prodiguer les meilleurs soins, cela sous-entend que l'on honore également pleinement l'humanité de chaque patient.

1

Être pleinement attentif

Alors que j'étais étudiant en troisième année de médecine, j'avais déjà compris que le rose était bien et que le bleu était mal.

Lors de mon tout premier stage clinique en chirurgie, j'assistais Mark Gunderson, un urologue senior dans un hôpital académique. Être au bloc opératoire était palpitant et riche d'enseignements, mais j'éprouvais quelques difficultés à définir précisément la place qui me revenait dans la hiérarchie rigide de la culture chirurgicale. Gunderson réalisait un curage ganglionnaire rétropéritonéal, retirant méticuleusement les ganglions lymphatiques qui entouraient les deux reins et l'aorte. Le patient s'appelait Jake Willits. Âgé d'à peine dix-huit ans, il avait un cancer testiculaire et les enjeux de la procédure chirurgicale étaient de taille, car le moindre faux mouvement pouvait causer un dysfonctionnement sexuel définitif ou la perte d'un rein.

Une fois la dissection du rein gauche de Jake finie, nous avons changé de place autour de la table d'opération, de sorte que Gunderson puisse réaliser la dissection du rein droit, gardant le rein gauche dans son champ de vision périphérique. Après quelques minutes, j'ai remarqué que le rein gauche virait au bleu, ce que Gunderson, lui, ne semblait pas avoir remarqué.

Décider quoi faire était une torture. En tant que simple étudiant en médecine, je savais qu'il ne m'appartenait pas de donner mon avis à un chirurgien senior, pourtant je me suis senti obligé de parler : « Je ne suis pas certain que vous disposiez d'une bonne vue, mais il me semble que le rein gauche devient légèrement bleu. » J'avais parlé suffisamment fort pour être entendu, mais avec suffisamment d'hésitation pour éviter de paraître arrogant. Il n'y eut pas de réponse. Gunderson demanda à l'infirmière de lui passer le scalpel. Son regard n'avait pas bougé. Je devins alors de plus en plus anxieux et je commençai à transpirer. Après quelques minutes, le rein avait franchement tourné au violet foncé. Je le fis discrètement

remarquer à l'infirmière instrumentiste qui était à côté de moi, qui le fit à son tour remarquer à l'interne qui le dit enfin au chirurgien.

Gunderson reporta alors son attention sur l'organe et n'aima pas ce qu'il vit. Une torsion du rein gauche s'était produite, bloquant le flux sanguin dans l'artère rénale. Il essaya de corriger la torsion du rein, d'abord dans un sens, puis dans l'autre. Sans succès. La salle devint aussitôt silencieuse et tendue. Gunderson s'était également mis à transpirer, bien conscient qu'à chaque minute d'ischémie qui s'accumulait, un certain nombre de cellules rénales mouraient définitivement. Après ce qui me sembla être une éternité, alors qu'il ne s'agissait probablement que de quelques minutes, Gunderson fit appeler un chirurgien vasculaire afin de réparer l'artère rénale. Apparemment, lors de la torsion, l'intima – la couche la plus interne de l'artère rénale – avait dû se déchirer, interrompant le flux sanguin. Le chirurgien vasculaire clampa l'artère, l'incisa longitudinalement, sectionna avec délicatesse la partie déchirée de l'intima tout en conservant intactes les couches externes de l'artère, puis la sutura. Cet incident rallongea l'opération d'une bonne heure et, bien que l'opération fût un succès, les tests sanguins réalisés juste après l'intervention démontrèrent que la fonction rénale de Jake était altérée. Bien que la chirurgie eût permis à Jake de guérir de son cancer, personne ne savait quand – et si – son rein gauche récupérerait totalement. Lors de la visite du lendemain matin, Gunderson informa Jake et ses parents qu'une complication «inévitable» était survenue¹.

Aujourd'hui, lorsque je raconte cette histoire à des médecins, j'observe toujours des hochements de tête compréhensifs. Je sais bien que cette histoire ne signifie pas que Gunderson est un «mauvais docteur»; et ils le savent aussi. La chirurgie est une discipline particulièrement difficile et intense dans laquelle les erreurs peuvent arriver facilement. Et même les plus expérimentés des cliniciens – qu'ils pratiquent des disciplines chirurgicales ou non – peuvent avoir un moment d'inattention ou ignorer des choses dans l'instant qui, *a posteriori*, deviennent pourtant tout à fait évidentes².

Peut-être que la torsion du rein gauche de Jake était inévitable. Mais le fait que Gunderson ne la remarqua pas et n'agit pas, ne l'était pas. Il était sans aucun doute très concentré. Mais son inattention à ce qui était pourtant bien visible – surtout après que cela lui a été clairement notifié – était surprenante, et cela d'autant plus qu'il était un chirurgien accompli dans un hôpital de formation de premier plan. Il n'y avait aucun doute quant au fait que la lumière reflétée par le rein bleu avait dû être captée par sa rétine et qu'il avait dû entendre ce que j'avais dit. Pourtant il y avait eu quelque chose à ce moment décisif qui avait empêché ces informations visuelles et auditives d'être totalement transmises à sa conscience. En fait, à ce moment, Gunderson n'était pas totalement présent.

Cet événement a eu un impact important sur moi, car il m'a permis de réaliser que, de la même manière, je pouvais aisément mettre en danger la vie de mes propres patients. Cela m'a bouleversé. J'en ai même perdu le sommeil, me demandant continuellement si je n'avais pas commis d'erreur; je pensais que si j'avais peut-être parlé de façon plus assertive, le rein de Jake n'aurait probablement pas subi de tels dommages. Et c'était aussi dérangeant pour moi de laisser la famille de Jake penser que le chirurgien était irréprochable.

La semaine suivante, j'ai sollicité une entrevue avec le chef du département de chirurgie. Je lui ai alors demandé si je pouvais m'adresser à lui en toute confidentialité. Il m'a écouté attentivement et m'a assuré que j'avais fait ce qu'il fallait en m'adressant à lui et que je n'étais aucunement responsable de ce qu'il s'était passé. Il semblait vraiment préoccupé et m'assura qu'il discuterait avec le chirurgien et qu'il ferait le point avec Jake et sa famille. Jake quitta l'hôpital quelques jours plus tard, sans qu'il n'y ait la moindre ombre au tableau.

N'ayant jamais revu Gunderson par la suite, je n'ai malheureusement jamais su ce qu'il pensait réellement de cette histoire. Le fait qu'une erreur soit commise m'irritait profondément, pourtant je n'étais pas vraiment surpris à l'idée que même le plus expérimenté des chirurgiens puisse être faillible. La plus importante leçon que je retire finalement de cette histoire est qu'une faute d'inattention peut être à l'origine d'un véritable désastre, que la compétence est bien fragile et n'est maintenue qu'au prix d'une attention consciente de chaque instant. Cette expérience planta en moi la semence d'une idée; pour être le docteur que je désirais être, je ne devrai pas me contenter d'être compétent et expert dans mon domaine, mais également développer quelque chose que personne n'avait pris le temps de m'apprendre à la faculté de médecine: la capacité d'être conscient de moi-même, attentif et présent, et ce, tout particulièrement lorsque les enjeux étaient de taille. Il me faudrait non seulement devenir le gardien de la santé de mes patients, mais également celui de mon propre «système opérationnel interne»³, et cela à chaque instant. Je compris alors que la conscience de mon propre esprit était l'un des outils les plus importants à ma disposition lorsqu'il s'agissait de prendre en charge les besoins de mes patients.

Quelques mois plus tard, alors que je travaillais dans le même hôpital avec Ashwin Mehta, un chirurgien vasculaire, j'ai repensé à cet événement. Alors que j'arrivais en salle d'opération, Mehta avait déjà largement incisé l'abdomen de Lena Hagopian. Les mouvements de Mehta étaient rapides, sutures et ligatures s'enchaînant plus vite que je ne pouvais les compter. Bien que je ne pusse pas beaucoup l'aider, je constatai avec quelle intensité son attention était focalisée. Ses larges mains bougeaient avec rapidité et

précision alors qu'il s'apprêtait à réparer une aorte encrassée par des plaques de cholestérol pour rétablir le flux sanguin dans les jambes privées d'oxygène de la patiente. Une musique de *soft rock* constituait le fond sonore pendant qu'il travaillait tout en plaisantant avec l'équipe de la salle d'opération. Soudain, la discussion s'interrompit. La salle d'opération devint silencieuse, d'un silence différent de celui que j'avais rencontré dans la salle de Gunderson. Le moment était venu de réaliser une suture complexe qui nécessitait de la délicatesse et de la précision. Malheureusement, l'anastomose – la connexion réalisée entre les deux parties de l'artère suturée – présentait une fuite. Contrairement à Gunderson, Mehta identifia avant tout le monde que quelque chose n'allait pas. Alors que nous commençons à peine à remarquer que quelque chose clochait, Mehta avait déjà pris les choses en main, basculant tout en souplesse du mode pilote automatique à un mode d'action volontairement plus chorégraphié – tango pour commencer, puis ballet, puis après quelques minutes tango à nouveau –, tout cela sans la moindre faute de rythme. Aucune panique, seulement une concentration calme, de la pleine conscience chirurgicale en action. Son changement de vitesse était tellement souple que je me demandais même s'il en avait conscience⁴.

Je n'ai compris que plusieurs décennies plus tard. Une collègue chirurgienne, Carol-Anne Moulton, fit le lien pour moi. Elle cherchait ce qui faisait d'un chirurgien un « grand » chirurgien et, pour cela, en avait observé des douzaines en train de réaliser des interventions complexes. Elle avait observé en détail comment, lors de moments difficiles, les « grands » chirurgiens changeaient de vitesse. Ceux qui « ralentissaient quand il le fallait », alors qu'ils rencontraient des difficultés, étaient de vrais maîtres tandis que ceux qui continuaient à foncer avaient plus tendance à faire des erreurs⁵. Mehta avait ralenti le rythme lorsque cela s'était avéré nécessaire.

Pourtant, lorsque Moulton interrogeait les chirurgiens au sujet de ce ralentissement, rares étaient ceux qui l'avaient remarqué avant qu'elle ne leur en parle et ce n'est qu'après y avoir réfléchi qu'ils pouvaient finalement identifier et verbaliser ce qui avait provoqué chez eux ce changement de rythme. Mehta n'était ni plus doué techniquement, ni plus savant que Gunderson; ce n'est pas cela qui faisait de lui un maître. Sa maîtrise résidait dans la subtilité de l'attention qu'il portait instant après instant: il était capable d'être totalement présent et apportait à chaque moment l'attention qui y était nécessaire. Alors même qu'il opérait M^{me} Hagopian, il semblait capable de monitorer son propre système opérationnel interne afin d'identifier quand il avait besoin de ralentir ou d'être aidé. Il acceptait totalement et même anticipait la possibilité que quelque chose puisse mal tourner. Qu'il y pense ou pas, Mehta était pleinement conscient.

J'ai ensuite découvert que la pleine conscience était tout aussi importante en dehors du bloc opératoire. Plus tard lors de ma troisième année, j'ai eu l'occasion de travailler avec un psychiatre senior, le D^r Peter Reich. Reich devint pour moi un véritable mentor – dès notre première rencontre d'ailleurs, j'ai été séduit par lui, par son attention, sa clairvoyance et sa curiosité pour la condition humaine. À l'époque, il était psychiatre de liaison, c'est-à-dire responsable de la prise en charge de patients qui, hospitalisés pour des raisons médicales somatiques, présentaient également des troubles mentaux. À la moitié de mon stage d'un mois, nous avons tous deux été appelés dans le service de neurologie pour y voir Douglas McCallum, un homme d'une trentaine d'années qui avait été blessé à la tête lors d'un accident de moto. Doug n'était pas très coopératif avec les médecins responsables de son programme de rééducation. Très lunatique et irritable, il avait de véritables explosions de colère qui terrorisaient l'équipe soignante. Une partie de son cerveau avait été endommagée, et cette dernière faisait de lui le Doug que lui-même et les autres avaient connu par le passé. On pouvait constater que Doug essayait de comprendre la situation, mais ses idées papillonnaient continuellement d'un sujet à un autre et il était tout à fait incapable de se souvenir de ce qu'il venait de dire. Sa pensée était littéralement fragmentée. Il était inquiet, car il sentait bien que quelque chose ne tournait vraiment pas rond. Il avait l'impression d'être devenu un étranger pour lui-même.

L'équipe médicale attendait du D^r Reich qu'il les aide à contrôler le comportement erratique de Doug. Reich avait ce jour-là une longue liste de patients à voir et, compte tenu du fait que celui-ci souffrait de dommages cérébraux irréversibles, je pensais qu'il allait rapidement poser un diagnostic et prescrire une camisole médicamenteuse pour rendre le comportement de Doug moins impulsif – une attitude que j'avais déjà observée chez certains psychiatres dans des circonstances similaires. À ma grande surprise, Reich fit tout autre chose : il oublia momentanément la nécessité de poser un diagnostic et de traiter le problème pour prendre le temps de rencontrer Doug en tant que personne. Il lui demanda : « Comment vous sentez-vous ? » et « Aidez-moi à comprendre. » Reich hochait la tête et souriait gentiment, indiquant ainsi qu'il n'était pas pressé et était totalement engagé dans l'échange. Il cherchait tout autant à découvrir ce qui fonctionnait bien dans l'esprit de Doug que ce qui n'y fonctionnait pas normalement.

Alors que les instruments du chirurgien sont les pinces et les scalpels, les outils de Reich étaient ses mots et ses gestes. Son entretien avec Doug dura un long moment, au cours duquel Doug parut presque cohérent, se souvenant non seulement de certains détails, mais également de l'ordre dans lequel les choses s'étaient déroulées. Puis soudainement, Doug se figea,

incapable de poursuivre un raisonnement. Ses circuits neuronaux étaient bloqués et les pauses inconfortables résultant de ces blocages nous rappelaient combien son esprit était perturbé.

La qualité de présence de Reich était assez semblable à celle de Mehta – il était attentif et présent – mais en l’observant attentivement, j’ai constaté qu’il y avait plus que de l’attention et de la présence. Reich était réellement curieux de l’expérience de Doug⁶. Ayant abandonné toute idée préconçue, il avait pu le rencontrer avec un regard nouveau. Je fus impressionné par la façon dont il aida Doug à construire un récit cohérent à partir de pensées désorganisées et observai comment il lui arrivait parfois d’insister avec un mélange de douceur et de persévérance lors de moments un peu pénibles. Alors que le récit de Doug passait du coq à l’âne sans aucun lien logique – parlant de conduire sa moto la semaine précédente puis soudainement d’une virée en camping avec son frère vingt ans plus tôt – Reich l’encourageait en lui demandant «Et que s’est-il passé ensuite?» Si la réponse de Doug manquait toujours de sens, Reich ajoutait «Sentez-vous parfois que les choses n’ont pas de sens?», ce qui aidait Doug à retrouver suffisamment de lucidité pour dire «Oui, mes pensées vont et viennent.»

Reich faisait sans cesse des allers-retours entre un regard d’expert – posant un diagnostic – et un regard caractérisé par «l’esprit du débutant», se donnant l’occasion d’explorer le chaos de Doug plutôt que de chercher à le diagnostiquer. L’ouverture de Reich lui permettait ainsi d’acquérir une réelle compréhension du patient en tant que personne sans être limité par des interprétations et des jugements. Il aurait pourtant été si simple de réduire Doug à une catégorie, à un diagnostic, à un problème devant être résolu. En tant que médecin référent de Doug, Reich percevait que Doug avait besoin de se sentir compris, et que plus il se sentirait compris, moins il aurait besoin de manifester sa détresse par le biais de comportements agités. La détermination dont Reich faisait preuve pour partager pleinement l’expérience de Doug plutôt que de l’ignorer ou de s’en détourner était non seulement courageuse mais également pleine de compassion. Il répondait au besoin profond de Doug – en tant qu’être humain en souffrance – de se sentir entendu et soigné et, de cette façon, il réaffirmait l’humanité de Doug.

Se tourner vers son intérieur

Mehta et Reich me montraient ce qui était possible. Leur façon de penser et leur présence semblaient instinctives. Je ne suis même pas certain que Mehta et Reich seraient capables d’expliquer en détail ce qui les rendait pleinement présents lors de ces moments délicats. J’ai alors compris

combien la conscience, la flexibilité et l'attention sont des éléments absolument cruciaux pour tous les cliniciens, et ce, indépendamment de leur spécialité.

La question était : comment parvenir à cela ? Vu le peu d'attention portée à la conscience de soi au cours des études médicales, j'ai vite compris qu'il me faudrait compter sur d'autres expériences. Dans mon enfance, j'avais étudié le piano, puis la harpe, espérant devenir concertiste – j'avais alors observé que la conscience de ma respiration, de ma tension musculaire, des battements de mon cœur et de mes émotions faisait toute la différence entre une interprétation techniquement parfaite et une interprétation réellement pétillante. À l'âge de seize ans, j'appris à méditer. J'avais passé une soirée avec le grand frère d'un ami qui étudiait sérieusement le bouddhisme zen et il m'avait expliqué comment faire. Lors de mon premier semestre à l'université, j'avais suivi un cours intitulé « Vacuité »⁷. Dans la philosophie bouddhiste, le concept de vacuité est primordial ; il signifie que la plupart de nos croyances à propos du monde – et à propos de nous-mêmes ! – ne sont que des constructions « vides » de notre propre esprit qui nous limitent inutilement. Par exemple, si vous ne voyez le monde que comme quelque chose de terriblement périlleux, vous avez raison, mais vous ne voyez cependant que la moitié du tableau. Le monde est également un endroit sûr et enrichissant. Ne le voir que d'une seule de ces deux façons est partiel, car il est à la fois périlleux, sûr et enrichissant. Lorsque vous vous considérez vous-même comme tout à fait infaillible, vous avez plus de risques de ne pas remarquer un rein qui vire au bleu. À l'opposé, lorsque vous vous considérez vous-même comme tout à fait faillible, vous risquez davantage de vous sentir tétanisé. Jon Kabat-Zinn, qui a grandement popularisé la méditation de pleine conscience en Occident, dit que le fait d'être inconscient des étiquettes que nous nous posons sur nous-mêmes, c'est comme d'être engoncé dans une « camisole d'inconscience »⁸. Vous n'y avez aucune liberté de mouvement, aucun espace pour grandir. La vacuité, à l'opposé, c'est être capable de vous voir en même temps faillible et infaillible⁹. Vous avez de l'assurance et de la confiance en vous, mais vous êtes également conscient que vous pouvez commettre une erreur à tout moment. Cette façon de voir les choses vous libère de l'obligation d'être à chaque instant exactement la personne que vous pensez devoir être – et de faire exactement ce que vous pensez devoir faire. Pourtant, cette liberté demande beaucoup de travail – le dur travail de rester immobile et de cultiver votre vie intérieure.

Après avoir eu un aperçu de cette liberté, j'en voulais plus. J'ai donc quitté l'université pour passer quelques mois au centre zen de San Francisco. Passer plusieurs heures assis en méditant chaque jour était à la fois facile et difficile. J'ai appris que, lorsque j'avais des émotions ou des sentiments

forts – impatience, agitation, autocritique, solitude, peur – je pouvais juste *être avec* ces émotions ou ces sentiments sans avoir à les modifier en quoi que ce soit. Je me sentais tout à la fois centré et résilient, avec une espèce de sensation de stabilité dynamique. J’ai découvert que la méditation n’avait rien à voir avec la béatitude. La méditation est liée à un sens de présence, d’équilibre et de lien à ce qui est le plus fondamentalement important dans notre vie. Ce n’est pas un engagement dans une vie de retraite et je peux d’ailleurs dire que le temps que j’ai passé au centre zen m’a réellement amené à m’engager de manière plus entière dans le monde.

À la suite de mon passage là-bas, j’ai éprouvé l’envie de transposer ce que j’y avais appris pour apporter quelque chose au monde. Je me suis alors reconnecté à mon désir d’enfant de devenir docteur, alors que je ne m’étais vraiment pas préparé à entreprendre des études de médecine. Adolescent, j’avais passé beaucoup de temps à fréquenter des séminaires, des studios de musique et des salles de méditation zen. Tous ces endroits étaient très différents de l’école de médecine, qui était un environnement marqué par les extrêmes et dans lequel je peux dire, au bout du compte, que j’ai rencontré beaucoup de dureté, d’indifférence et d’inhumanité. L’école de médecine était un environnement dominé par les faits, les schémas et les mécanismes. Les stages consistaient essentiellement à intégrer des diagnostics et à appliquer machinalement des procédures, la peur chevillée au ventre à l’idée qu’on pouvait tuer quelqu’un à chaque instant en manquant quelque chose ou parce que nos connaissances étaient insuffisantes. Je trouvais surprenant que, compte tenu de cet enjeu constant de vie ou de mort, notre formation médicale n’insiste pas, à de rares exceptions près, sur l’importance d’une écoute réelle et profonde – tout autant de soi-même que des autres. Tout en louant les vertus de la réflexion et de la compassion, notre formation médicale en ignorait quasi totalement le développement – tout comme elle ignore d’ailleurs la vie intérieure en général. Je me suis senti isolé et déçu, ne sachant pas quelle voie suivre.

C’est alors que Reich m’envoya l’article de George Engel dans lequel il établissait les fondements de l’approche «biopsychosociale» des soins¹⁰. Engel était à la fois un éminent médecin interniste et un psychanalyste de renom qui pratiquait et enseignait à l’université de Rochester. Je lui écrivis et il devint l’un de mes mentors. En explorant l’expérience vécue par le patient lors de sa maladie, Engel me montra l’importance de son équilibre psychologique et de ses relations sociales. Il estimait d’ailleurs que ces aspects avaient une place tout aussi importante dans la santé du patient que sa biologie, sa génétique ou les aspects moléculaires de sa pathologie. Sa vision était une vision humaniste. À l’aide de démonstrations éclairantes, il nous montrait que ce que le patient disait de sa maladie et de la façon dont elle impactait sa vie était au moins aussi important que n’importe quel examen

biologique ou radiologique. Engel insistait aussi sur le fait que les médecins aussi sont des humains – que leur réponse émotionnelle face à l’incertitude, à la tragédie, au deuil et à la perte affectait très probablement les soins qu’ils prodiguaient à leurs patients¹¹. Tout cela résonnait fortement en moi. La relation de soin était une relation entre deux personnes ayant chacune leur propre vie intérieure. J’ai alors déménagé à Rochester pour y travailler avec Engel et plusieurs de ses élèves. Mais tout en étant fasciné par l’expérience humaine, je trouvais que Engel restait un scientifique trop « froid » pour proposer une méthode permettant de réellement connaître plus intimement la vie intérieure de quelqu’un. Quelques-uns de ses assistants remplirent ce rôle pour moi. Entraînés par Engel, ils poursuivirent son travail, organisant des opportunités de développer un travail de réflexion, de conscience de soi et de pleine conscience (appelés « groupes Balint¹² », « groupes de famille d’origine¹³ », « groupes de conscience de soi¹⁴ » ou « groupes de supervision clinique¹⁵ ») qui n’étaient à l’époque disponibles que dans bien peu d’endroits.

Petit à petit, j’ai développé plus de confiance en mon niveau de connaissances et de compétences en tant que clinicien. Pourtant, au fil des journées et des patients que je rencontrais, je constatais qu’il m’arrivait parfois d’être le médecin que je désirais être, alors qu’à d’autres moments, je n’y arrivais pas. Cette difficulté n’avait pas grand-chose à voir avec mes connaissances théoriques ou techniques, elle était plutôt liée à mon état d’esprit, à ce que je remarquais, à mon niveau d’attention. Parfois, je pratiquais avec ce que je peux appeler de la clairvoyance et de la compassion, alors qu’à d’autres moments je me sentais très impatient et distrait, refoulant en moi des émotions enfouies, sur la défensive.

Comme je ne disposais d’aucun livre de référence, c’est au cœur de moi-même qu’il me fallait chercher. J’harmonisais de mon mieux mon propre état d’esprit et ce que j’avais appris à propos des sciences de l’esprit – la psychologie, la philosophie, l’éducation et les neurosciences. Tout en patageant dans un abondant jargon propre aux domaines de l’éducation et de la psychologie¹⁶, je suis parvenu à tirer de mes lectures et de mon propre vécu trois conclusions : les bons docteurs doivent être conscients d’eux-mêmes pour être au meilleur de leur pratique ; la conscience de soi se cultive dans l’instant et pas juste le lundi matin de huit à dix heures ; et personne ne dispose d’une feuille de route bien précise¹⁷.

Ce n’est que dix ans après la fin de mon internat que les connexions liant mes entraînements de méditation, la musique et la pratique médicale se sont établies. Le doyen m’avait chargé d’une tâche importante consistant à développer une nouvelle méthode d’évaluation des compétences biopsychosociales des étudiants, compétences chères à l’école de médecine de Rochester auxquelles elle devait d’ailleurs sa notoriété. Je n’ai trouvé que très peu de

références et il me fut même difficile de trouver une simple définition pragmatique de ce qu'était censé recouvrir ces compétences!¹⁸ Je voulus identifier ce qui caractérisait les « maîtres cliniciens », non pas les médecins simplement techniquement compétents dans leur domaine, mais bien ceux à qui des confrères n'hésiteraient pas une seconde à référer un ami ou un membre de leur famille – et je voulais que l'évaluation que j'allais mettre en place permette précisément d'identifier ces médecins-là¹⁹. J'ai alors commencé à écrire sur la « pratique en pleine conscience ». Il s'agissait de l'ébauche d'un manifeste personnel à propos de l'excellence dans la pratique clinique. J'y suggérais que la pleine conscience de soi-même, l'autosurveillance et l'autorégulation constituaient les racines à partir desquelles pouvaient se développer un bon jugement, la compassion et des soins réellement attentionnés. Jusqu'alors, je n'avais jamais entendu parler d'une vision qui intégrait tous ces éléments et je n'avais aucune idée de la façon dont cette théorie serait perçue.

Le manuscrit a fait de multiples allers-retours (sept au total!) au comité de lecture du prestigieux *JAMA (Journal of the American Medical Association)*. Chaque fois, Charlene Breedlove, ma très pertinente et patiente éditrice, me demanda d'affiner, de clarifier et de condenser les choses jusqu'à ce que finalement, « Mindful Practice* » soit publié en 1999²⁰. L'article toucha manifestement une corde sensible. Je découvris alors que je n'étais pas seul. Je reçus des centaines de lettres et de courriels d'autres médecins. Ces praticiens avaient pour la plupart découvert de manière autonome leur propre voie de pratique contemplative et, se sentant très isolés, ils ne demandaient qu'à établir une communauté qui pourrait soutenir leurs efforts visant à devenir plus attentifs, plus résilients, plus conscients d'eux-mêmes et plus efficaces. Bien que profondément satisfait de découvrir cela, je me sentais néanmoins très intimidé par l'étape suivante qui consistait logiquement à intégrer la pleine conscience aux soins pour les rendre meilleurs et aider les médecins à développer leur propre pratique de la pleine conscience.

Dans la pratique clinique

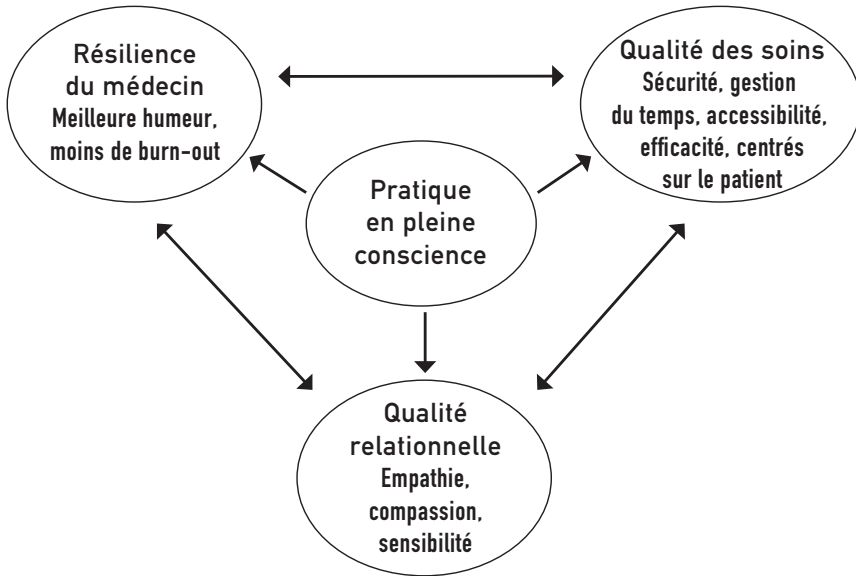
Le Dr Mary Catherine Beach, ma collègue de l'hôpital Johns-Hopkins, m'aida dans cette démarche. Elle étudiait les interactions entre les patients et les médecins dans les cliniques dédiées aux personnes atteintes du sida sur tout le territoire des États-Unis²¹. Les personnes touchées par le VIH/sida se sentaient souvent stigmatisées et incomprises et, sans surprise, beaucoup

* Non traduit en français.

d'entre elles perdaient confiance dans le système de soins. Beach et ses collègues enregistraient les conversations entre ces patients et leurs médecins lors des consultations et les interrogeaient ensuite sur divers aspects, parmi lesquels leur niveau de pleine conscience. Il apparut que les médecins ayant le plus haut niveau de pleine conscience parvenaient à développer de meilleures relations, un meilleur suivi de leurs patients et abordaient plus facilement avec eux les problèmes d'ordre psychosocial; leurs patients se sentaient mieux compris, plus connectés et davantage soutenus émotionnellement. Il semblait donc que les médecins plus présents et attentifs gagnaient la confiance de leurs patients, ce qui a toute son importance. En effet, la confiance d'un patient en son médecin est le meilleur facteur prédictif de son adhérence au traitement, ce qui est absolument crucial pour les patients infectés par le VIH, car le simple fait de manquer quelques doses pourrait provoquer le développement d'une résistance au traitement. Le lien, la compréhension et la confiance sont donc essentiels.

Cependant, l'étude de Beach ne disait pas si les médecins pouvaient être *entraînés* à être plus présents et si, à la suite de cet entraînement, ils prodigueraient de meilleurs soins. Depuis des années, nous savions déjà qu'un entraînement à la pleine conscience pouvait aider les patients confrontés à une multitude de problèmes physiques ou mentaux. Pourtant, l'idée de développer la pleine conscience à l'intention des médecins pour améliorer la qualité de leur *propre* travail était nouvelle. J'ai alors réuni quelques collègues intéressés par le sujet – Mick Krasner, Tim Quill, Tony Suchman, Howard Beckman et d'autres de l'université de Rochester – et ensemble, nous avons mis sur pied une formation à la pleine conscience d'un an, destinée à des médecins généralistes expérimentés²². Les sessions comprenaient diverses sortes de pratiques de méditations et d'exercices destinés à promouvoir une communication en pleine conscience, insistant sur les diverses façons d'inclure la pleine conscience dans leur pratique quotidienne pour les aider à être plus attentifs et plus conscients. Chaque session abordait une difficulté particulière – répondre aux erreurs, être témoin de la souffrance, faire face à l'incertitude, faire le deuil de la perte d'un patient, développer la compassion, se sentir attiré par des patients et d'autres encore. Nous avons également abordé de front la problématique du burn-out des cliniciens, conscients que les médecins en burn-out prodiguaient des soins de moindre qualité et étaient plus prompts à cesser complètement leur pratique. Nous avons élaboré un modèle simple de ce que nous essayions de réaliser – prenant en compte, en plus de la qualité technique, d'autres qualités de soins ainsi que la résilience et le bien-être des soignants – montrant combien ces trois domaines sont interconnectés et combien une pratique en pleine conscience peut influencer sur eux. Nous avons commencé avec un groupe de soixante-dix médecins, dont la plupart atteignaient des scores élevés sur l'échelle d'évaluation du

burn-out. Nous ne savions pas du tout s'ils auraient l'énergie et le niveau d'engagement nécessaires pour suivre le programme jusqu'au bout, et nous ignorions également totalement si cela aurait le moindre effet positif sur eux.



Les résultats dépassèrent de loin nos attentes²³. Leur bien-être s'améliora et leurs scores de burn-out diminuèrent. Ils devinrent plus empathiques et plus attentifs aux besoins psychosociaux de leurs patients. Nous étions étonnés de constater qu'ils atteignaient de meilleurs scores dans les échelles mesurant la conscience et la stabilité émotionnelle, deux éléments-clés de leur personnalité qui n'étaient pourtant pas supposés se modifier chez des personnes dans la quarantaine ou la cinquantaine (voir plus loin au chapitre 10)²⁴. Ils devinrent plus attentifs et plus concentrés, moins prompts à se sentir désarçonnés par des épisodes difficiles et plus aptes à se fier à leurs ressources internes pour rester résilients. Nous avons réalisé des interviews de certains de ces médecins un an après la fin du programme. Ils affirmèrent que le fait de maintenir une pratique de pleine conscience, associé au sentiment d'avoir une communauté de collègues solidaires et au fait qu'ils se permettaient d'accorder plus d'attention à leur propre développement, avaient fait d'eux de meilleurs médecins. Ils se reconnectaient aux raisons qui les avaient poussés initialement à pratiquer la médecine : l'envie de prodiguer des soins à la fois efficaces et humains et d'avoir avec leur patients une relation qui ait un sens profond²⁵. Ils se sont fixé des limites et ont vécu une vie professionnelle plus équilibrée.

Une vision consciente

La médecine est en crise. Les médecins et les patients se sentent pour la plupart désillusionnés et frustrés par la fragmentation du système de soins. Les patients n'y peuvent rien, mais ils remarquent bien que je passe de plus en plus de temps devant mon ordinateur et plus face-à-face avec eux²⁶. Ils constatent aussi une modification de la médecine, qui impose aux cliniciens de s'intéresser moins aux soins apportés aux patients qu'aux mécanismes de production des prestations de soins – les pressions productivistes grandissantes, les innombrables réglementations d'assurances, les interminables tâches administratives et cette désespérante algèbre qui consiste à compter sans arrêt tout ce qui peut être compté et pas ce qui compte vraiment, et le plus ironique, c'est que tout cela est parfois justifié comme étant la conséquence directe d'une attention particulière portée à la bonne pratique et à l'attention au patient²⁷!

J'ai constaté qu'il était possible de faire autrement, et c'est la raison pour laquelle j'écris ce livre. En plein milieu de cette crise des soins de santé, certains médecins font le choix de réinvestir ce qui les lie intimement au cœur de la pratique médicale. En regardant au plus profond d'eux-mêmes, ils augmentent leur capacité à fournir des soins de grande qualité. Ils voient d'une part qu'eux-mêmes, en tant que docteurs, ont le pouvoir de transformer et d'humaniser la pratique de la médecine et que, d'autre part, les patients peuvent devenir de meilleurs consommateurs des soins de santé, établissant une relation plus forte avec leur médecin et identifiant mieux ceux qui peuvent leur prodiguer les soins dont ils ont besoin.

La pratique de la pleine conscience en médecine est bien plus que de la méditation et du développement personnel²⁸. Être pleinement conscient, c'est par exemple sentir quand je dois faire une brève pause, regarder le patient dans les yeux et lui demander «Ai-je bien tout compris, ou y a-t-il quelque chose de plus ?» – et que le patient, qui avait auparavant un diabète bien équilibré qui s'est maintenant fortement déséquilibré, me dit qu'il ne prend plus soin de lui depuis le décès de sa femme survenu six mois plus tôt. C'est lorsque je réalise une infiltration dans une épaule douloureuse – concentrant toute mon attention sur la visualisation des os, des tendons et des muscles – et que l'aiguille pénètre aisément et sans douleur. Je suis pleinement conscient lorsque je remarque qu'un patient ne va pas bien, qu'il n'est pas tout à fait comme d'habitude, et que je découvre alors son expression de fatigue et la pâleur de son teint, deux indices qui me permettent de diagnostiquer son lupus. Prendre soin de chaque patient signifie que je garde à l'esprit que, même si le patient que je quitte à l'instant n'a plus que quelques jours à vivre, celui que j'accueille maintenant – pour un simple orteil amoché – nécessite la même qualité d'attention de ma part.

Les mots *médecine* et *méditation* ont la même racine étymologique : considérer, conseiller, réfléchir, prendre des mesures appropriées. Bien que je puisse essayer de décrire avec de nombreux mots ce en quoi consiste le fait d'être en pleine conscience, au bout du compte, c'est une expérience bien plus qu'une description – expérience que nous avons d'ailleurs déjà tous rencontrée à un moment ou à un autre de notre vie. Peut-être, alors même que vous êtes en train de lire ceci, pouvez-vous vous interrompre de temps en temps, prenant conscience de votre corps, de vos pensées, de vos émotions, et de vos attentes ; prenant conscience de combien vous êtes présent, curieux, engagé et attentif à vos propres sensations. Avec le temps, vous apprendrez à vous connaître de mieux en mieux. Pour commencer, vous pouvez considérer cela comme une invitation à connaître le prisme au travers duquel vous voyez le monde.

SOIGNER EN PLEINE CONSCIENCE

Ronald Epstein associe la méditation
en pleine conscience à la pratique médicale
pour offrir au soignant un regard neuf
sur sa relation avec le patient.

Pour le docteur Ronald Epstein, la pleine conscience est nécessaire à tout soignant pour dispenser des soins de qualité. À partir de nombreux exemples tirés de sa pratique quotidienne et des dernières recherches en neurosciences, il donne au médecin les outils nécessaires pour une plus grande présence à soi et aux autres. Il démontre, à l'aide d'anecdotes et de récits vivants, l'étendue bienfaitrice de la méditation de pleine conscience appliquée au milieu médical.

Avec compassion et intelligence, Epstein propose aux soignants comme aux soignés un livre qui invite à reconsidérer la relation patient-médecin et guide vers une meilleure qualité globale des soins.

Ronald Epstein est médecin spécialisé en médecine de la famille et en soins palliatifs. Il est également chercheur, écrivain et enseignant dans les domaines de la communication et de la pratique médicale en pleine conscience.

L'ouvrage est traduit de l'anglais (américain) par **Olivier De Lathouwer**, chirurgien plasticien spécialisé en oncologie cutanée et instructeur de méditation de pleine conscience. Depuis qu'il a découvert la méditation, celle-ci a naturellement imprégné sa pratique médicale.

Préface de **Christophe Fauré**.

Illustration par **Lisa De Lathouwer**.

ISBN : 978-2-8073-2876-1



9 782807 328761

deboeck B
SUPÉRIEUR

www.deboecksuperieur.com