



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

Par

Abderrahmane DJABER

le 24 Novembre 2011

Psychiatrie et spiritualité.

Evaluation des croyances, des besoins spirituels et religieux des usagers
d'un Centre Médico-psychologique pour adulte et de la réponse des psychiatres
à des demandes de nature spirituelle.

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN (Président)

Monsieur le Professeur Athanase BENETOS (Juge)

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH (Juge)

Monsieur le Docteur Philippe AÏM (Directeur de thèse) (Juge)

DEDICACES

A notre Président de Jury, Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN, Professeur de Psychiatrie d'adulte.

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de ce jury. Tout au long de nos études, lors de notre formation théorique et pratiques. Nous avons eu la chance de bénéficier de vos grandes connaissances et de votre grande expérience.

Vous nous avez reçu dans votre service et accordé votre confiance. Nous avons appris beaucoup à vos côtés. Vous nous avez toujours accueillis avec bienveillance et disponibilité. Vos conseils nous ont été d'une aide précieuse.

Vous avez été responsable de l'enseignement théorique et clinique qui nous a été prodigué pendant notre internat et avez suivi notre parcours. Vous avez éveillé en nous, dès le début de l'internat, la conscience professionnelle qui doit nous guider dans nos choix thérapeutiques et gouverner notre exercice médical.

La mesure de vos critiques toujours constructives et argumentées nous a permis de progresser dans le sens de la compréhension des connaissances en pathologie mentale et de l'approche médicale particulière du patient psychiatrique.

Nous vous en remercions et vous assurons de notre très sincère gratitude et de notre plus profond respect.

A notre juge, Monsieur le Professeur Athanase BENETOS, Professeur de médecine interne, gériatrie et biologie du vieillissement.

Vous avez accepté de participer à notre jury de thèse. Nous en sommes d'autant plus honorés que nous savons vos nombreuses obligations hospitalières et universitaires.

Nous tenons à vous témoigner notre gratitude de nous avoir reçu dans votre service dans le cadre d'un semestre hors filière où nous avons eu l'opportunité de travailler au contact de personnes âgées consultant pour des troubles cognitifs dans un but à la fois diagnostic et de prise en charge adaptées au Centre Mémoire de Ressource et de Recherche (CMRR). Ce stage a renforcé en nous l'humilité qui doit en tout temps, accompagner notre exercice médical.

Vous nous avez ainsi, donné l'occasion et la possibilité de renforcer nos connaissances en pathologie de la personne âgée et des enjeux qui en découlent avec tout le doute nécessaire à la pratique de la médecine en général et de l'approche médicale de la personne âgée en particulier. Cet enseignement est d'une importance particulière dans notre parcours.

Nous vous assurons monsieur le professeur de notre profond respect.

A notre juge, Monsieur le Professeur Bernard KABUTH, Professeur de Pédopsychiatrie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail, malgré vos obligations hospitalo-universitaires que nous savons nombreuses. Veuillez recevoir, monsieur le professeur toute notre gratitude.

Vous nous avez enseigné les bases de la pédopsychiatrie avec modestie et intérêt. Nous avons eu la chance de bénéficier lors de cet enseignement de vos connaissances pertinentes et de votre grande expérience. Grâce à vous l'intérêt que nous avons eu pour les stages de pédopsychiatrie n'était que grandissant. Cet enseignement est d'une importance particulière dans notre parcours. Nous espérons pouvoir encore collaborer avec vous et profiter de vos enseignements. Soyez assurés de notre profond respect.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Philippe AÏM, Assistant chef de clinique

Vous avez accepté de diriger ce travail de thèse qui sans votre aide précieuse, n'aurait pas pu voir le jour. Vous avez vu naître ce projet à l'état embryonnaire et vous avez participé à toutes les étapes de son développement, de sa conception à sa naissance. Nous vous en sommes très reconnaissants.

Vous avez su nous orienter et nous donner envie d'aller de l'avant, vous nous avez soutenu et guidé aux moments cruciaux, avec patience et générosité. Nous avons eu l'occasion de travailler à vos côtés pendant 6 mois, sous votre œil vigilant en nous accordant votre confiance tout en nous laissant une grande liberté décisionnelle.

Votre perspicacité scientifique, votre savoir faire pédagogique associé à votre profondeur d'esprit, nous a laissé entrevoir la possibilité d'un exercice de la psychiatrie de façon humaine et modeste. Votre sagesse en dépit de votre relatif jeune âge nous pousse à nous remettre en question sans cesse et ce afin d'être le plus attentif possible aux besoins de nos patients.

A ceux et à celles qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de cette thèse

Avant tout au Docteur Malika BIRIG, qui m'a agréablement reçu dans son service et m'a facilité la réalisation de ce travail clinique. Merci d'avoir accepté de me faire rencontrer des patients en m'ouvrant les portes de votre CMP de Freyming-Merlebach. Vos patients ont témoigné de votre compétence et de votre humanité.

J'y associe toute l'équipe de la consultation ambulatoire du CMP, médecins, infirmières, secrétaires, qui ont gentiment collaboré avec moi en m'aidant dans le recrutement des patients.

A madame Evelyne SIMON.

Tu m'as aidé pour la relecture de l'étude, mais aussi éclairé sur le travail dans son ensemble et appris d'autres choses utiles... Merci pour ton aide, tes judicieux conseils, ta compétence, ta patience et ta collaboration.

Aux patients qui ont accepté de participer à l'étude et qui m'ont accordé leur confiance.

A ceux qui ont participé à ma formation.

Dans l'ordre chronologique au Dr. Marchandon. Dans son service à Lorquin, j'ai débuté ma psychiatrie sous l'aile du Dr. Alain Bouvarel, et du Dr. Nancy Samama.

Aux différents enseignants à commencer par le Pr. Kahn, le Pr. Schwan, le Pr. Sibertin-Blanc, le Pr. Kabuth, le Pr. Barroche,, le Dr. Witkowski,, le Dr. Werner, le Dr. Bourgoignon et le Dr. Aïm.

Au Pr. Perret-guillaume ainsi qu'aux autres médecins et soignants que j'ai rencontré lors de mon stage au CMRR, auprès desquels j'ai tant appris ;

Aux équipes et aux médecins qui m'y ont appris de près ou de loin mon métier de psychiatre.

A mes maîtres et confrères du CHU de TIZI-OUZOU (Algérie) qui m'ont initié à l'exercice de la médecine. Je ne vous ai pas oublié.

A mes formateurs de l'association AFTCC (Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive), le Dr. Marc WILLARD, le Dr. Evelyne CAHEN et tous les autres intervenants dans la formation.

A tous les patients qui sans qui, l'apprentissage de la psychiatrie pratique ne saura se faire. Je vous souhaite à toutes et à tous une issue favorable à l'issue de votre parcours de soins.

A ma Famille.

A Djamila, mon épouse : tu m'as soutenu pendant toute la période de l'internat et tu m'a facilité la tâche en se montrant plus que disponible pour s'occuper de nos trois louveteaux (Lina, Rayane et Luqmane) en veillant à ce que notre vie familiale soit le plus compatible avec cette entreprise de grande haleine qui est l'internat. Pardonne-moi l'indisponibilité que j'ai pu montrer à cause de ma formation d'interne.

Merci de ton accompagnement, de ton aide et de ton soutien inconditionnel.

A mes Parents. Qu'ils me pardonnent mon manquement au devoir de leur rendre visite cette année. Soyez en rassurés, à l'avenir, plus rien ne saura me retenir ou m'empêcher de venir vous voir là où vous êtes (Tizi-Ouzou, Redjaouna).

Merci de votre confiance et de votre soutien.

A mon frère et mes sœurs, qui m'ont soutenu chacun à leur manière. Acceptez ma profonde gratitude. J'espère vous revoir bientôt. A tous mes proches, qui se demandaient quand ces longues années d'études allaient se terminer.

A mes amis et collègues

A mes amis avec qui j'ai partagé des souvenirs agréables depuis l'enfance à maintenant. J'ai hâte de vous revoir.

A mes compagnons de route, camarades, collègues, confrères qui ont rendu mon parcours d'internat moins pesant.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

« Ne confondons pas la religion et la spiritualité. La religion est une forme de spiritualité, mais ce n'est pas la seule. Il suffit de prendre un peu de recul, aussi bien dans le temps, du côté des grandes sagesses grecques, que dans l'espace, du côté de l'Orient bouddhiste ou taoïste, pour découvrir qu'il a existé, et qu'il existe encore, d'immenses spiritualités qui ne sont en rien des religions (des croyances en un Dieu). Ce que je cherche, dans mes livres, c'est justement cela : une spiritualité laïque, une spiritualité sans Dieu. C'est ce qu'on appelle traditionnellement la sagesse, qui m'intéresse davantage que la sainteté. »"

(André Comte-Sponville)

TABLES DES MATIÈRES

Chapitres et paragraphes	page
Dédicaces. -----	2
Serment -----	8
Table des matières. -----	10
PRÉAMBULE. -----	18
INTRODUCTION. -----	19
Partie I : ASPECTS THÉORIQUES. -----	21
I.1. Contexte historique. -----	21
I.2. Définitions. -----	24
I.2.1- Spiritualité. -----	24
I.2.2- Notion de spiritualité. -----	26
I.2.3- Dimension spirituelle. -----	27
I.2.4- Religion. -----	28
I.2.5- Quelques nuances entre spiritualité et religion. -----	30
I.2.6 Conclusion sur les aspects définitionnels. -----	32
I.3. Aperçu du panorama confessionnel de la France. -----	33
I.4. Spiritualité et psychisme. -----	38
1.4.1- La spiritualité comme réalité en neurosciences ? -----	39
1.4.2- Religion et psychologie de la personnalité. -----	42
1.4.3- La spiritualité comme l'un des besoins dans la pyramide de Maslow. -----	46
1.4.5- Spiritualité, capacité d'adaptation et bien-être psychologique. -----	48
1.4.5- Religion et psychologie de l'attachement. -----	48
I.5. Spiritualité et psychiatrie. -----	49
I.6. Spiritualité et troubles psychiatriques. -----	53
1.6.1- Spiritualité et les troubles addictifs. -----	53
a) Spiritualité dans le processus de réadaptation des personnes addictes aux substances psycho-actives. -----	53
b) Spiritualité et Alcool. -----	55
c) La spiritualité comme facteur protecteur contre l'abus de drogues et d'alcool. -----	56
d) Récapitulatif de ce chapitre. -----	57
1.6.2- Spiritualité et les troubles anxio-dépressifs. -----	58
1.6.3- Spiritualité et la prévention du suicide. -----	60
1.6.4- Spiritualité et la réadaptation psychosociale du schizophrène. -----	64
1.6.5- L'efficacité controversée de la spiritualité. -----	66

a) Religion et pensée analytique. -----	67
b) Religion et les guérisons miraculeuses. -----	67
c) l'engagement spirituel du thérapeute et son influence dans la psychothérapie. -----	69
d) Entre la religion et la psychiatrie, un conflit épistémologique ? -----	70
e) Religion et traumatisme. -----	70
f) le paradigme de la psychologie de la religion a changé! -----	71
g) La religion et psychologie du stress et du coping. -----	72
Partie II : Protocole. -----	77
II.1. Synopsis. -----	77
II.2. Justification. -----	77
II.2.1. Etudes sur le sujet. -----	77
II.2.2. récapitulatif de ce chapitre. -----	81
II.3. Objectifs de l'étude. -----	82
II.3.1. Objectif principal. -----	82
II.3.2. Objectifs secondaires. -----	82
II.4. La population étudiée. -----	83
II.4.1. Critères d'inclusion. -----	83
II.4.2. Critères d'exclusion. -----	83
II.5. Méthodologie. -----	83
II.5.1. Lieu de l'étude. -----	83
II.5.2. Outils utilisés. -----	84
II.5.3. Schéma de l'étude. -----	84
II.6. Traitement et analyse des données. -----	85
Partie III : Résultats et Discussion. -----	86
III.1. Résultats de l'étude sur les patients. -----	86
III.1.1. Résultats démographiques. -----	86
a) Répartition des patients selon le sexe. -----	86
b) Répartition des patients selon l'âge. -----	86
III.1.2. Diagnostics figurant dans les dossiers patients. -----	87
III.1.3. Les stratégies pour faire face à la maladie. -----	88
a) Difficultés actuelles. -----	88
b) Stratégies utilisées par les patients. -----	88
c) Mention spontanée de la religion. -----	89

III.1.4. Histoire spirituelle et religieuse. -----	90
a) Religion paternelle. -----	90
b) Fréquence des activités religieuses individuelles ou de groupe du père. ----	90
c) Types de pratiques religieuses concernées. -----	91
d) Religion maternelle. -----	91
e) Fréquence des pratiques religieuses individuelles ou de groupe de la mère.	92
f) Types de pratiques religieuses chez la mère. -----	92
g) Religion d'enfance. -----	92
h) Types de pratiques religieuses durant l'enfance des patients. -----	93
i) Fréquence des pratiques religieuses collectives durant l'enfance. -----	93
j) Pratiques religieuses de l'adolescence. -----	94
k) Types de pratiques dans l'adolescence. -----	94
l) Fréquence des pratiques dans l'adolescence. -----	95
m) Changements par rapport aux croyances spirituelles au cours de la vie. ----	95
n) Causes et circonstances des changements de croyances cours de la vie. ----	96
III.1.5. Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles. -----	97
a) Affiliation religieuse actuelle. -----	97
b) Participation à des activités religieuses avec d'autres personnes. -----	97
c) Types de pratiques. -----	98
d) Fréquence des pratiques. -----	99
e) Pratiques religieuses personnelles. -----	99
f) Types de pratiques. -----	100
g) Fréquence des pratiques religieuses personnelles. -----	100
III.1.6. Importance subjective de la religion. -----	101
a) Dans la vie quotidienne. -----	101
b) Dans le fait de donner un sens à la vie. -----	101
c) Arrêt de l'entretien pour certains patients. -----	102
III.1.7. Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie. -----	103
a) Degré d'implication des croyances pour faire face à la maladie. -----	103
b) Degré d'implication des croyances dans le fait de donner un sens à la ----	103
maladie.	
c) Degré d'impact des croyances sur la maîtrise des difficultés liées à la ----	103
maladie.	
d) Degré d'implication des croyances dans le réconfort face aux difficultés. --	103
e) Implication des membres de la communauté religieuse pour faire face aux	104
difficultés.	

III.1.8. Synergie de la religion avec les soins psychiatriques. -----	105
a) Aisance à parler des croyances personnelles avec le médecin. -----	105
b) Incompatibilité des croyances avec le traitement médicamenteux. -----	105
c) Incompatibilité des croyances avec les entretiens avec le médecin. -----	105
III.2. Résultats de l'étude sur les praticiens. -----	106
III.2.1- Répartition selon les qualificatifs des praticiens. -----	106
III.2.2- Répartition selon le lieu d'exercice. -----	107
III.2.3- Répartition selon l'ancienneté dans la profession. -----	107
III.2.4- Etude du degré de religiosité ou de spiritualité des praticiens. -----	108
III.2.5- La place de la spiritualité dans la vie des praticiens. -----	108
III.2.6- La place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique. -----	108
III.2.7- La fréquentation d'une communauté spirituelle. -----	109
III.2.8- Attitude face à l'abord de la dimension spirituelle par les patients. -----	110
III.3. DISCUSSION. -----	111
III.3.1. De l'étude sur les patients. -----	111
a) Résultats démographiques. -----	111
b) Les stratégies pour faire face à la maladie. -----	112
c) Histoire spirituelle et religieuse. -----	113
d) Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles. -----	117
e) Importance subjective de la religion dans la vie. -----	118
f) Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie. -----	118
g) Synergie de la religion avec les soins psychiatriques. -----	119
h) Diagnostics et pathologies concernées. -----	122
III.3.2. De l'étude sur les praticiens. -----	122
III.3.3. Biais et limites de l'étude. -----	127
III.3.4. Suggestions pour la pratique. -----	129
CONCLUSION. -----	130
RÉSUMÉ. -----	132
BIBLIOGRAPHIE. -----	133
ANNEXES. -----	145
Annexe 1. Le Big Five. -----	145
Annexe 2 : Le test 16 PF 5. -----	146
Annexe 3 : le model d'Eysenk. -----	147
Annexe 4 : Pyramide des besoins de Maslow. -----	148
Annexe 5 : Prière de sérénité des Alcooliques Anonymes. -----	149
Annexe 6 : Les douze étapes du programme des Alcooliques Anonymes. -----	150

Annexe 7 : Guide d'entretien semi-structuré concernant les croyances spirituelles. ----- Et les pratiques religieuses	151
Annexe 8 : Questionnaire aux praticiens. -----	153
Annexe 9 : questions de l'anamnèse spirituelle de Frick. -----	154
Annexe 10 : Formulaire de consentement	155
Annexe 11 : Tableau 1 : Répartition des patients selon le sexe. -----	157
Annexe 12 : Tableau 2 : Répartition des patients selon l'âge. -----	157
Annexe 13 : Tableau 3 : Répartition selon les diagnostics. -----	157
Annexe 14 : Tableau 4 : Répartition des difficultés rencontrées par les patients. -----	158
Annexe 15 : Tableau 5 : Stratégies utilisées par les patients pour faire face aux difficultés. -----	158
Annexe 16 : Tableau 6 : Mention spontanée de la religion comme stratégie de coping positif. -----	159
Annexe 17 : Tableau 7 : Répartition selon la religion paternelle. -----	159
Annexe 18 : Tableau 8 : Fréquence de la participation du père à des activités religieuses. -----	159
Annexe 19 : Tableau 9 + Figure 14 : Types de pratiques religieuses paternelles. -----	160
Annexe 20 : Tableau 10 : Répartition selon la religion maternelle. -----	160
Annexe 21 : Tableau 11 + Figure 16 : Fréquence des pratiques religieuses : seul et en groupe. -----	161
Annexe 22 : Tableau 12 + Figure 17: Type de pratiques religieuses chez les mères. -----	161
Annexe 23 : Tableau 13 : Répartition selon la religion d'enfance. -----	162
Annexe 24 : Tableau 14 : Types de pratiques religieuses d'enfance. -----	162
Annexe 25 : Tableau 15 : Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'enfance. -----	162
Annexe 26 : Tableau 16 : Répartition selon la pratique religieuse durant l'adolescence. -----	162
Annexe 27 : Tableau 17 : Types de pratiques religieuses durant l'adolescence. -----	163
Annexe 28 : Tableau 18 : Fréquence des pratiques religieuses collectives ----- Dans l'adolescence.	163
Annexe 29 : Tableau 19 : Présence de changements par rapport aux croyances au cours ----- De la vie.	163
Annexe 30 : Tableau 20 : Causes et circonstances de changements dans la vie spirituelle. -----	164
Annexe 31 : Tableau 21 : Répartition des patients selon l'affiliation religieuse actuelle. -----	164
Annexe 32 : Tableau 22 + 25: Activité religieuses actuelles (groupale & individuelle). -----	165
Annexe 33 : Tableau 23 : Types de pratiques religieuses collectives actuelles. -----	165
Annexe 34 : Tableau 24 : Fréquence des pratiques religieuses collectives ----- Actuelles des patients.	166
Annexe 35 : Tableau 26 : Types de pratiques religieuses personnelles des patients. -----	166
Annexe 36 : Tableau 27 : Fréquence des pratiques religieuses personnelles actuelles. -----	166
Annexe 37 : Tableau 28 : Importance subjective de la religion dans la vie et dans le fait. ----- De donner un sens à la vie.	167

Annexe 38 : Tableau 29 : Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie. -----	167
Annexe 39 : Tableau 30 : Implication des membres de la communauté pour faire face ----- Aux difficultés.	167
Annexe 40 : Tableau 31 : Aisance à parler de questions spirituelles avec le médecin. -----	168
Annexe 41 : Tableau 32 : Répartition des praticiens selon l'ancienneté dans la profession. -----	168
Annexe 42 : Tableau 33 : Place de la spiritualité dans la vie des psychiatres et dans. ----- Le cadre de Leur pratique psychiatrique.	168
Annexe 43 : Tableau 34 : Attitude des praticiens face à l'abord d'une question de la ----- Dimension spirituelle par les patients	169
Annexe 44 : WHOQOL. -----	169
Annexe 45 : Autorisation d'imprimatur et de soutenance de la thèse. -----	170

Liste des tableaux

Tableau 1	Répartition des patients selon le sexe	157
Tableau 2	Répartition des patients selon l'âge	157
Tableau 3	Répartition selon les diagnostics	157
Tableau 4	Répartition des difficultés rencontrées par les patients	158
Tableau 5	Stratégies utilisées par les patients	158
Tableau 6	Mention spontanée de la religion dans les outils de traitement	159
Tableau 7	Répartition selon la religion paternelle	159
Tableau 8	Fréquence des pratiques religieuses paternelles	159
Tableau 9	Types d'activités religieuses paternelles	160
Tableau 10	Répartition selon la religion maternelle	160
Tableau 11	Fréquence des pratiques religieuses maternelles seule et en groupe	161
Tableau 12	Types de pratiques religieuses maternelles	161
Tableau 13	Répartition selon la religion d'enfance	162
Tableau 14	Types de pratiques religieuses d'enfance	162
Tableau 15	Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'enfance	162
Tableau 16	Répartition selon la pratique religieuse durant l'adolescence	162

Tableau 17	Types de pratiques religieuses durant l'adolescence	136
Tableau 18	Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'adolescence	163
Tableau 19	Présence de changements par rapport aux croyances	163
Tableau 20	Causes et circonstances de changements dans la vie spirituelle	164
Tableau 21	Répartition des patients selon l'affiliation religieuse actuelle	164
Tableau 22	Pratiques religieuses individuelles et collectives actuelles.	165
Tableau 23	Types de pratiques religieuses collectives actuelles	165
Tableau 24	Fréquences des pratiques religieuses collectives actuelles des patients	166
Tableau 25	Présence de pratiques religieuses personnelles des patients	165
Tableau 26	Types de pratiques personnelles des patients	166
Tableau 27	Fréquence des pratiques religieuses personnelles actuelles des patients	166
Tableau 28	Importance de la religion dans la vie et dans le fait de donner un sens à la vie	167
Tableau 29	Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie	167
Tableau 30	Implication des membres de la communauté pour faire face aux difficultés.	167
Tableau 31	Aisance à parler de questions spirituelles avec le médecin	168
Tableau 32	Attitude des praticiens face à l'abord d'une question spirituelle par les patients	168
Tableau 33	Place de la spiritualité dans la vie et dans le cadre de pratique psychiatrique.	168
Tableau 34	Attitude des praticiens face à l'abord d'une question spirituelle par les patients	169

Liste des figures		
Figure 1	Place de la religion catholique en France	33
Figure 2	Répartition des habitudes de pratiques au niveau des catholiques français	34
Figure 3	Répartition des catholiques pratiquants selon le genre	35
Figure 4	Répartition des catholiques pratiquants selon l'âge	35
Figure 5	Statut spirituel des catholiques français	36
Figure 6	Répartition des patients selon le sexe	86
Figure 7	Répartition des patients selon l'âge	86
Figure 8	Répartition selon les diagnostics et pathologies concernées	87
Figure 9	Les difficultés rencontrées par les patients actuellement	88
Figure 10	Stratégies utilisées par les patients	89

Figure 11	Mention spontanée de la religion dans les outils de traitement	89
Figure 12	Répartition selon la religion paternelle	90
Figure 13	Fréquence des pratiques religieuses paternelles	90
Figure 14	Types d'activités religieuses paternelles	160
Figure 15	Répartition selon la religion maternelle	91
Figure 16	Fréquence des pratiques religieuses maternelles	161
Figure 17	Types de pratiques religieuses maternelles	161
Figure 18	Répartition selon les religions d'enfance	92
Figure 19	Types de pratiques religieuses d'enfance	93
Figure 20	Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'enfance	93
Figure 21	Répartition selon la pratique religieuse durant l'adolescence	94
Figure 22	Types de pratiques religieuses durant l'adolescence	94
Figure 23	Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'adolescence	95
Figure 24	Présence de changements par rapport aux croyances	95
Figure 25	Causes et circonstances de changements dans la vie spirituelle	96
Figure 26	Répartition des patients selon l'affiliation religieuse actuelle	97
Figure 27	Pratiques religieuses collectives actuelles et personnelle	99
Figure 28	Types de pratiques religieuses actuelles	98
Figure 29	Fréquences des pratiques religieuses collectives actuelles des patients	99
Figure 30	Types de pratiques personnelles des patients	100
Figure 31	Fréquence des pratiques religieuses personnelles actuelles des patients	100
Figure 32	Importance de la religion dans la vie et dans le fait de donner un sens à la vie	101
Figure 33	Répartition selon la suite ou l'arrêt de l'entretien	102
Figure 34	Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie	103
Figure 35	Implication des membres de la communauté pour faire face aux difficultés.	104
Figure 36	Aisance à parler de questions spirituelles avec le médecin	105
Figure 37	Répartition des praticiens selon leurs qualificatifs.	106
Figure 38	Répartition des praticiens selon leur type d'activité	107
Figure 39	Répartition des praticiens selon l'ancienneté dans la profession	107
Figure 40	Degré de spiritualité des praticiens	108
Figure 41	Place de la spiritualité dans la vie des praticiens et dans leur pratique professionnelle	109
Figure 42	Fréquentation d'une communauté spirituelle chez les praticiens	109
Figure 43	Attitude des praticiens face à l'abord d'une question spirituelle par les patients	110

PRÉAMBULE

Oubliée: tel est le terme qui conviendrait pour décrire la spiritualité dans l'univers médical. Alors qu'Ambroise Paré affirmait « Je le pansai, Dieu le guérit », la laïcisation des esprits et des sociétés, le déclin relatif du pouvoir religieux, et le besoin de plus en plus grand de scientificité au sein de la médecine et de la vie en général (le scientisme comme héritage des lumières), le spirituel semblait avoir une place clairement à l'extérieur du champ des soins. Récemment, le spirituel semble avoir un regain d'intérêt dans toutes les sociétés, et le domaine du soin se met, discrètement mais sûrement, à évoquer la dimension spirituelle dans le domaine notamment de la prise en charge médicale des maladies chroniques particulièrement en soins palliatifs.

Certes, la prise en charge psychiatrique pose des difficultés conceptuelles. A la fois imputables à la nature des troubles dont elle s'occupe et à l'impossibilité d'une théorie des pratiques dans cette discipline médicale parce qu'aucun praticien, selon Hardy-Bayle ne peut prétendre à ce jour pouvoir répondre à la question : « quel est le meilleur choix thérapeutique pour ce patient ? » là où une théorie des pratiques fait défaut. Car si l'ensemble des praticiens peut s'entendre sur un modèle de description du sujet incluant l'intégralité des lectures que les théories nous ont léguées, il est laissé à l'appréciation de chacun, en fonction de ses connaissances propres de tel ou tel outil de soins, de juger du « meilleur soin ». La psychiatrie appartient bien à la médecine mais elle va au-delà et elle doit de plus en plus assimiler et prendre à son compte des connaissances appartenant à d'autres disciplines comme la biologie moléculaire, la génétique, la psychologie, la philosophie, la théologie, la sociologie, l'anthropologie ou les autres sciences sociales. [1]

Toutefois, durant nos années de formation spécialisées en psychiatrie, il nous a été donné de constater, dans la psychiatrie publique française, qu'un des aspects de la vie psychiques des patients est très peu, voire pas du tout, abordé par les médecins. Or, l'aspect spirituel /religieux est en général un élément de la vie des individus auquel il semble qu'il conviendrait de s'intéresser. La littérature mentionne que cet élément est souvent sous-estimé et négligé par les professionnels de la santé mentale (Boehnlein, 2007) [2]; (Blass, 2001) [3] ; (Bhui, King, Dein, & O'Connor, 2008) [4]; (Hill & Pargament, 2003) [5]; (Pargament & Maton, 2000) [6] ; (Huguelet et al.2006)[7]. Par la suite en interrogeant des patients à ce sujet il nous est apparu qu'ils étaient également demandeurs que cette dimension soit abordée en entretien, mais en trouvaient rarement l'occasion. Cette impression correspondait-elle à une réalité ? Dépasser les réticences et évoquer la vie spirituelle avec les patients pouvait-il représenter une ressource dans la prise en charge et dans la qualité de la relation ?

INTRODUCTION

Parler de spiritualité dans le domaine de la psychiatrie, à l'heure d'une médecine qui se veut scientifique et fondée sur des preuves est-il provocateur ? Or la psychiatrie est aussi une médecine qui pourrait englober l'humain dans ses diverses dimensions : biologique, psychologique, émotionnelle, cognitive, comportementale, sociale, mais aussi pourquoi pas, spirituelle ; car cette dimension est à l'origine de phénomènes qui influencent tout son psychisme, mais rarement sa prise en charge.

Chez le patient souffrant de maladies psychiatriques, la spiritualité est parfois considérée comme à l'origine de ses troubles, influençant un délire, culpabilisant sa morale, originant des questions existentielles douloureuses, mais rarement comme une solution. Les principales orientations cognitives et neurochimiques ainsi que les traitements en vigueur dans les secteurs de soins psychiatriques n'ont pas encore trouvé comment gérer les demandes des patients en termes de spiritualité, pourtant celles-ci continuent à exister bel et bien pour les cliniciens qui font la démarche de s'y intéresser.

Nous souhaitons par ce modeste travail voir confirmer l'existence de ces besoins, les caractériser, et enfin évaluer les réponses qu'offrent les psychiatres à cet égard.

Pour mener à bien ce travail, nous tenterons dans un premier temps de définir ce que l'on entend par « spiritualité » et les liens qui sont possibles à la psychopathologie. Globalement, nous savons que la spiritualité est une quête d'une dimension transcendante et les moyens d'y parvenir. Mais souvent, elle est mal distinguée par rapport à la religiosité.

Mais cette quête est-elle l'exclusivité de quelques élus ou est-elle présente chez tout un chacun ? Aurait-elle plus d'effets nocifs ou d'effets bienfaisants ? Peut-elle être utilisée dans la quête d'une satisfaction existentielle, voire même de santé mentale ?

La spiritualité peut comporter une notion de quête de sens. Quant à la pathologie, elle représente un non sens pour le patient qui vient consulter, qui ne se reconnaît plus, n'arrive plus à vivre comme il l'entend ; pour la famille, l'entourage qui ne le comprend plus. Il nous paraît logique de penser que dans ces moments là le patient questionne ce sens, surtout si la dimension spirituelle de l'existence était déjà bien présente chez lui.

Mais les avis continuent à se diviser sur la possibilité d'une place de la spiritualité considérée comme une entité non scientifique, dans la psychiatrie qui, elle, est une entité scientifique.

Le patient est-il fondé à évoquer la spiritualité en consultation de psychiatrie ? Le psychiatre a-t-il son mot à dire ? Est-il licite qu'il réponde à ces demandes ? Voire qu'il évoque le sujet ? De quelle façon ?

Au sein de notre époque et de ces conflits épistémologiques, non plus intérieurs, mais faisant rage dans le monde scientifique, social et religieux, nous avons voulu apporter notre contribution et essayer de voir si des patients en psychiatrie formulaient une demande d'ordre spirituelle et si les praticiens étaient en mesure de la leur offrir. Cette question est d'autant plus complexe et importante en France, où la laïcité est un concept fondamental.

Notre travail sera donc divisé en trois parties : une première partie consacrée à une revue de la littérature, qui se voudra apporter des définitions sur l'univers de la spiritualité et de la religion et de certaines notions qui s'y rapportent et les champs dans lesquels elles sont intégrés dans le domaine de la personnalité et de la pratique psychiatrique. Une seconde partie consistera en un protocole qui donnera une justification de notre étude, un aperçu sur nos objectifs et sur les méthodes que nous avons utilisées. Enfin, la troisième partie relatera nos résultats et notre discussion. Nous terminerons par une brève conclusion.

PARTIE I : ASPECT THÉORIQUE

I.1. Contexte historique

Historiquement, il y a des raisons à ce que des questions d'ordre religieux et ou spirituel ne soient pas prises en compte par une médecine exigeante aspirant à délaisser l'irrationnel au profit du rationnel. Par ailleurs, le spirituel est considéré comme le « non-matériel », donc le « non-mesurable ». Il ne peut pas être objet de méthodes empiriques. D'où la réticence classique des sciences médicales axiologiquement neutres par rapport à tout ce qui touche les croyances, la religion et la spiritualité. [8]

Pour sa part, la psychiatrie a progressivement émergé de sa carapace d'histoire et d'un empirisme lié à la nature particulière de la maladie mentale. Les écoles médicales de l'antiquité, essentiellement grecques avaient amorcé la connaissance clinique en refusant le fatalisme de l'époque. Car bien que de nombreuses découvertes indiquent que des pratiques médicales existaient en Mésopotamie et en Egypte notamment dès le troisième millénaire avant J-C, c'est Hippocrate qui jette en quelque sorte les bases de la médecine moderne, faites de sémiologie, de physiologie et de thérapeutique empirique.

Le millénaire suivant fut dominé par les croyances surnaturelles et pas très loin de nous, par la démonologie qui était censée expliquer les dérèglements de l'esprit. En occident, les interdits religieux qui touchaient la connaissance du corps, étaient vraisemblablement à l'origine du retard que la médecine a pu connaître pendant qu'elle évoluait dans le reste du monde (la médecine de la civilisation arabe par exemple). Et il a fallu attendre le moyen âge pour que des anatomistes comme Andreas Vesalius (1514 -1564) osent les dissections anatomiques.

Mais la période cruciale où l'on a commencé à considérer les maladies mentales comme « naturelles » ébauchant ainsi leur clinique, se situerait au milieu du XVe siècle avec la création des premiers hospices consacrés aux malades mentaux [9], si bien qu'au XIXe siècle le psychisme a été pris pour objet d'étude.

Le début du XXe siècle était, celui de la description des mécanismes de l'inconscient et de leurs implications dans la compréhension du fonctionnement psychique de l'humain notamment bien sur Freud (1856- 1939) qui fut à l'origine de la psychanalyse qui se veut à la fois une science (sujette à controverse), une technique d'explorer les mécanismes inconscients et une méthode thérapeutique (psychothérapie analytique).

Il convient tout de même de rappeler que les religions ou les idées religieuses pour Freud sont soit des projections, soit des dogmes voire des illusions :

- Des projections sur le monde extérieur : « *Je pense en effet que, pour une bonne part, la conception mythologique du monde, qui anime jusqu'aux religions les plus modernes n'est autre chose qu'une psychologie projetée dans le monde extérieur.* »[10]

- Ou un dogme voire, mieux encore, une illusion : « *Quelle est la signification psychologique des idées religieuses, sous quelle rubrique pouvons-nous les classer ?* » Freud répond à sa question : « *Les idées religieuses sont des dogmes, des assertions touchant des faits et des rapports de la réalité externe (ou interne), et ces dogmes nous apprennent des choses que nous n'avons pas découvertes par nous-mêmes et qui exigent de notre part un acte de foi.*»

Dans un autre passage il dit : « *Je pense que la réponse à nos deux questions a été suffisamment préparée. Nous la trouverons en tournant nos regards vers la genèse psychique des idées religieuses. Ces idées, qui professent d'être des dogmes, ne sont pas le résidu de l'expérience ou le résultat final de la réflexion : elles sont des illusions, la réalisation des désirs les plus anciens, les plus forts, les plus pressants de l'humanité ; le secret de leur force est la force de ces désirs.* » [11]

L'évolution des connaissances scientifiques est suivie de la description du fonctionnement neuronal. La découverte cruciale que le neurone est l'unité fondamentale du cerveau grâce aux travaux de Jan Evangelista Purkinje (1787-1869) affinés par ceux de l'anatomo-pathologiste et neuroscientifique espagnol Santiago Ramon y Cajal (1852- 1934), a été le véritable point de départ des sciences du cerveau avant les grandes découvertes pharmacologiques du milieu du XX^e siècle (synthèse de la chlorpromazine en 1950).

En France la psychiatrie a été beaucoup influencée par les théories freudiennes. Cette spécialité est la plus jeune des disciplines médicales et a connu depuis un siècle des progrès considérables. Donc vouloir traiter de questions telle que la spiritualité dans le domaine médical peut s'entendre parfois comme un recul, une sorte d'involution de l'esprit critique de l'homme moderne.

Au delà de la charte du patient hospitalisé qui garantit la liberté de religion du patient, la prise en compte de la dimension spirituelle dans la prise en charge des patients soignés dans des institutions hospitalières publiques et laïques est entrée par la porte des soins palliatifs.

C'est ainsi que les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant les soins palliatifs parlent à la fois du *respect* des convictions des patients et d'une prise en compte des problèmes spirituels qui devrait faciliter leur expression: « *Il est essentiel d'aborder les questions spirituelles (sens de la vie, culpabilité, peur de la mort, perte de contrôle des événements, aspects religieux) avec les patients en favorisant l'expression des croyances et représentations, en particulier lors de l'aggravation de maladie et/ou à l'approche de la mort. Il est recommandé un accompagnement éclairé, une assistance affective et spirituelle, dans le respect des convictions du patient : respect des opinions philosophiques et religieuses, respect de sa dignité et de son intimité jusqu'au bout, dans la discrétion, la confidentialité. L'élaboration d'une réflexion au sein de l'équipe est fondamentale afin d'établir une relation de confiance et d'engagement entre l'équipe soignante, le patient et son entourage et de rechercher le soutien le plus adapté dans le respect de sa vie privée* » [12]

Par ailleurs, La conférence de consensus réunie en 2004 au tour de la thématique de *L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches* était portée par la même dynamique de vouloir réconcilier les traditions laïques de la République et les besoins spirituels des patients et de leurs proches: « *La personne malade et ses proches doivent être reconnus dans leur convictions. Ne pas répondre aux besoins spirituels (religieux, philosophiques et autres) peut générer une véritable souffrance. Les professionnels de santé et les membres d'associations de bénévoles peuvent être sollicités dans un tel accompagnement. Ils doivent y satisfaire avec respect et retenue sans jamais imposer leurs propres systèmes de valeurs. Il convient de faciliter les pratiques religieuses au même titre que les attachements culturels.* » [13]

Comme toute personne vit une expérience spirituelle, que ce soit en fin de vie ou tout au long de son existence. Cette expérience renvoie à sa profondeur, au mouvement de son désir profond, c'est-à-dire ce qui « l'âme » fondamentalement (étymologiquement, l'âme à pour racine anima, ce qui meut et anime). On peut se demander donc de ce qu'il en sera du devenir des spiritualités non-religieuses : seraient –elles condamnées au silence en faveur des religions « officielles » ? Une interprétation à sens unique du principe de neutralité ne risquerait-il pas de restreindre l'expression de la spiritualité aux seuls représentants religieux tolérés dans les services hospitaliers ?

On peut se demander aussi ce qu'il en est de la psychiatrie. Nos patients qui ne sont pas nécessairement en fin de vie, mais aux prises avec le délitement de leurs vies en terme de sens, de relations, de valeurs, de cognitions d'émotions, de comportement, n'ont-ils pas légitimement des besoins spirituels ? La psychiatrie aurait-elle aussi pu, ou du, être parmi les premières disciplines à se saisir de ces questions ? On lui a parfois reproché de se techniciser en se modernisant et de se parer d'une carapace de science qui en ferait oublier l'humain. Cet humain voudrait-il quand même qu'on s'intéresse, non seulement à son cerveau, mais à son âme ?

I.2. Définitions

I.2.1- Spiritualité

Le mot spiritualité est en même temps très récent et ancien. D'une part introduit et redéfini sans cesse autour des questions existentielles de sens, d'espérance et de transcendance, d'autre part remontant jusqu'au latin « spiritualitas » au Ve siècle.[14]

Malgré l'élargissement récent, il s'agit à l'origine d'un terme religieux. Le Dictionnaire de Spiritualité Ascétique et Mystique, publié en 16 tomes et pendant plus de 60 ans en témoigne. Ce dictionnaire distingue trois sens principaux [15] :

- Religieux, appliqué à la vie spirituelle dès le Ve siècle, s'oppose à carnalitas / animalitas
- Philosophique, un mode d'être, de connaître (XIIe), s'oppose à corporalitas
- Juridique: biens & fonctions ecclésiastiques, s'oppose à temporalitas.

Plusieurs études démontrent à quel point le concept de spiritualité reste flou. Pour Frick [16], le débat sur la définition du terme « spiritualité » est loin d'être clos. C'est ainsi qu'elle définit une aspiration personnelle qui a trait à la nature essentielle de l'être vivant, à l'âme, à ce qui est en deçà ou au-delà des besoins matériels ou des ambitions terrestres, voire à la relation à Dieu dans le cas d'une spiritualité non athée. Elle est à l'origine, en lien avec l'opposition philosophique corps-esprit.

Plus récemment, elle est définie comme le fait d'avoir une ouverture intérieure qui mène à l'être profond où se situe les questions de sens avec une relation à la transcendance ou non. Ce qu'une personne considère comme la chose qui lui donne le plus de sens à sa vie et qui est porteur de vie, voire d'espérance en période de crise. Il est possible de vivre une spiritualité en dehors de toutes références à un mouvement religieux. Il s'agirait donc d'une quête de sens, d'espoir ou de libération, détachée de toute croyance religieuse.

La spiritualité est aussi considérée comme la régulation de l'investissement dans l'être, c'est-à-dire la régulation de l'existence. Elle ne disparaît pas en cessant d'être religieuse.

Dans la discussion actuelle, le terme *spirituel* est plus ample que le terme *religieux* qui dénote l'aspect institutionnel, communautaire et rattaché à des pratiques, les contenus partagés avec une tradition auquel le sujet appartient. [17]

La spiritualité, quant à elle, d'après Frick n'est pas réductible à une catégorie du penser. Elle est l'expression même de la vie, de toute vie ; elle est consubstantielle à la nature humaine. Parce qu'il n'y a pas d'homme unique, il n'y a pas de spiritualité unique : celle-ci sera religieuse, philosophique, culturelle ou esthétique.» [18]

La spiritualité est une entité dynamique en perpétuel mouvement vu que c'est une démarche individuelle, un espace subjectif où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible. Elle n'est pas forcément visible ; elle renvoie à cet espace intérieur où s'élaborent de façon dynamique la quête de sens, les croyances et les sources d'espérance. Elle se traduit entre autres par le rapport de la personne avec la transcendance, avec ce qui donne un sens ou une direction à sa vie et avec les différentes formes d'engagement et de pratiques qui en découlent. [19] Mais vue sous un autre angle, la spiritualité est aussi une entité multidimensionnelle. Fetzer institute donne un aperçu des moyens d'expression de la spiritualité chez l'individu. Les domaines concernés comportent les expériences spirituelles journalières, les valeurs et croyances, le pardon, le soutien religieux, les pratiques religieuses en privé, le mécanisme d'adaptation par la religion, l'engagement, les préférences religieuses ou les pratiques institutionnelles, l'appréciation personnelle...[20]

D'autres écrits [21], [22] voient la spiritualité comme une démarche cognitive de l'homme se caractérisant par la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. Cette recherche de sens peut être fondée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique.

Elle peut entraîner des pratiques dites spirituelles et fait partie du développement de l'Homme. Le sens, les valeurs et la transcendance permettent au patient de se définir spirituellement. En d'autres termes, la démarche cognitive humaine qu'est la spiritualité vise à donner sens à l'existence, à définir des valeurs et parfois rechercher une transcendance conduisant ainsi tout homme à avoir une identité spirituelle.

Elle peut entraîner un approfondissement de cette démarche, poussant le patient à continuer son développement, à ouvrir ses frontières personnelles et grandir encore.

L'OMS propose la définition suivante : « *On qualifie de "spirituels" les aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels. Ce n'est pas la même chose que le - religieux -, quoique pour de nombreuses personnes la dimension spirituelle de leur vie comporte un élément religieux. L'aspect spirituel de la vie humaine... est souvent perçu comme ayant un rapport avec le sens et le but de l'existence...* » [23]

I.2.2. Notion de spiritualité

La notion de spiritualité comporte aujourd'hui des acceptions différentes selon le contexte de son usage. Adriaanse note qu' : « *En dehors du contexte francophone, le terme "spiritualité" est un terme relativement nouveau dont la signification est d'ailleurs largement fluctuante* » [24]

Pour Joël Demay le concept de spiritualité est un concept très vaste qu'il convient de délimiter tellement son sens peut être religieux, philosophique et juridique comme l'avait souligné Solignac dont les recherches sur l'histoire du terme spirituel l'amènent à conclure que "le sens philosophique ne subsiste guère que dans des expressions consacrées, comme la spiritualité de l'âme.

Le sens juridique a pratiquement disparu à la fin du 16e siècle alors que le sens religieux a fini par prédominer. [25]

Traditionnellement, la notion de spiritualité se lie à la religion dans la perspective de l'être humain en relation avec un être supérieur (Dieu) et le salut de l'âme.

Sous l'angle philosophique, elle se rapporte à l'opposition de la matière et de l'esprit ou encore de l'intériorité et de l'extériorité : « *délimiter la notion de spiritualité et se demander à quels champs de signification elle se rattache (...) la notion d'âme (...) l'opposition matière et esprit (...) l'opposition intériorité et extériorité.* »[26]

Elle désigne aussi la quête de sens, d'espoir ou de libération et les démarches qui s'y rattachent (initiation, rituels, développement personnel) : « *Pour plusieurs personnes la notion de spiritualité se limite à la dimension mystique ou religieuse.* [27]

Plus récemment, elle peut se comprendre comme dissociée de la foi en Dieu jusqu'à évoquer une spiritualité sans Dieu : pour certains auteurs « *la notion de spiritualité est neutre par rapport à celle de foi en Dieu.* » [28] [29] [30]

Elle désigne parfois des aspects esthétiques dans la littérature : « *La notion de spiritualité, quand elle rencontre la production et l'activité des écrivains, implique outre les enjeux religieux, philosophique et anthropologique, (...) des dimensions proprement littéraires et esthétiques* » [31]

I.2.3- Dimension spirituelle

Vraisemblablement, nul ne peut prétendre à la définition de ce qui est une dimension spirituelle de l'être humain. En effet, définir la dimension spirituelle de l'homme paraît impossible, tant le phénomène est « complexe, difficilement palpable et multidimensionnel » [32] la dimension spirituelle s'exprime par le geste et par la parole. De même, « le spirituel » n'est pas coupé du reste de l'être. Il intègre toutes les autres dimensions: physique, psychique, affective et va bien au delà.

Le spirituel est la respiration de l'être. Il est inhérent à l'Homme. La dignité en est un des piliers. Cependant, il est possible de problématiser et de construire la dimension spirituelle autour de quatre termes clefs : le sens, la transcendance, les valeurs et les aspects psychosociaux de la personne. [33].

Le sens se comprendrait alors comme l'équilibre global de la vie de la personne, la transcendance se comprendrait comme un fondement extérieur à la personne qui l'enracine au plan existentiel, les valeurs quant à elles, se comprendraient d'une part comme ce qui a de la valeur et qui pèse dans la vie de la personne et d'autre part comme le système de valeurs qui déterminent le bien, le mal et le vrai pour la personne ; c'est une sorte de système qui se manifeste dans les choix et les actes de la vie quotidienne.

L'identité de la personne malade émerge d'une combinatoire singulière du sens, de la transcendance et des valeurs, le tout dans une période de fragilité voire de danger.

En fin, les aspects psychosociaux se comprendraient comme le fait que l'environnement (social, familial) favorise le maintien de la singularité de la personne.

A chacun des quatre termes peuvent s'associer des besoins. En voici quelques exemples :

En lien avec le sens : le besoin de reconstruire un équilibre global de vie.

En lien avec la transcendance : le besoin d'être en lien avec son fondement existentiel.

En lien avec les valeurs : le besoin pour la personne malade que les soignants connaissent ce qui a de la valeur, du poids chez elle et le besoin de comprendre et d'être associé aux décisions et aux *actions des soignants*.

En lien avec les aspects psychosociaux : le besoin d'être aimé, d'être relié, d'être écouté.

I.2.4- Religion

D'une façon générale, la religion est l'ensemble des croyances, sentiments, dogmes et pratiques qui définissent les rapports de l'être humain avec le sacré ou la divinité. Une religion particulière est définie par les éléments spécifiques à une communauté de croyants : dogmes, livres sacrés, rites, cultes, sacrements, prescriptions en matière de morale, interdits, organisation, etc.

Étymologiquement, d'après le dictionnaire des religions, le mot religion est dérivé du latin "religio" (ce qui attache ou retient, lien moral, inquiétude de conscience, scrupule) utilisé par les romains, avant Jésus Christ, pour désigner le culte des démons. L'origine de "religio" est controversée depuis l'antiquité. D'après le *Littré*, en latin, religio, au sens d'état monastique, se trouve dès le Ve siècle. Cicéron le dit venir de « relegere » (relire, revoir avec soin, rassembler) dans le sens de "considérer soigneusement les choses qui concernent le culte des dieux". Selon cet empereur romain, il s'agit du « fait de s'occuper d'une nature supérieure que l'on appelle divine et de lui rendre un culte.»[34] Donc la religion est considérée comme tout ce qui a trait avec la relation entre Dieu et l'humanité, selon une corrélation étymologique du terme latin « religio » dont provient le mot religion.

L'héritage latin vient témoigner de la notion de religion dans le monde chrétien. Dans le Coran, le terme qui désigne « religion » signifie « prescriptions de Dieu ».

Dans les croyances chinoises, le terme traduisant « religion » a une connotation d'enseignement destiné à une communauté.

La nature religieuse ou non du Bouddhisme est controversée, certains prétendant qu'il peut être compatible avec une autre religion car il est plus une philosophie de vie, d'autres mettant en avant un ensemble de croyances, rituels et valeurs qui le composent bien que sans référence à un Dieu véritable.

Elle est vue parfois comme ce qui est contraire à la raison, frisant ainsi la superstition. Mais qu'elle soit personnelle ou communautaire, privée ou publique, politique ou apolitique, elle peut se reconnaître dans la pratique d'un culte, d'un enseignement spirituel, d'exercices spirituels ou de comportements sociaux définis par cet enseignement.

La religion est plus qu'une croyance, elle est aussi une pratique et demande une connaissance.

Pour Pargament [35] il est difficile de définir la religion, surtout par des disciplines dont elle n'est pas le sujet d'étude direct. Cette difficulté se conçoit à travers les différentes notions que l'on trouve dans la littérature en psychologie et psychiatrie telles que: les émotions, les pratiques, les institutions. Pour cet auteur la définition de la religion doit être adaptée aux phénomènes étudiés. Dans son œuvre sur la psychologie de la religion et de la façon de faire face aux événements difficiles (le « coping »), il conçoit la religion au carrefour entre la signification et le sacré. Pour Pargament et ses collaborateurs, la religion est un processus, une « recherche de signification d'une façon qui est en relation avec le sacré ». [35] ; [36]

La religion peut être à la fois le chemin emprunté par les individus pour atteindre leurs buts, et les buts eux-mêmes (Pargament & al., 2005)[36]. Par exemple, la religion en tant que but, peut constituer la réponse à la question « pourquoi cela m'est arrivé? », et en même temps les prières, les cérémonies, les lectures religieuses et spirituelles, l'aide des membres de la communauté religieuse, sont autant de moyens qui permettent de répondre à cette question.

La définition du mot « religion » a donc subi plusieurs influences et aucune n'est totalement véritable. Mais le terme peut être compris comme une manière de vivre et une recherche de réponses aux questions philosophiques les plus profondes de l'humanité, par le biais de croyances et de pratiques spécifiques.

On distinguerait assez facilement dans cette acceptation la « quête de signification » qui serait par tout moyen la spiritualité et la « quête de signification par le sacré » qui serait la religion, une des formes au fond de spiritualité. Bien sur toutes les définitions ne font pas cette distinction, et la distinction spiritualité/religion n'est pas toujours évidente.

I.2.5- Quelques nuances entre spiritualité et religion

La religion et la spiritualité sont deux termes souvent utilisés de façon indifférenciée, et l'on ressent parfois le besoin de les délimiter. Dans le but de clarifier les concepts clés de notre étude, il est important d'examiner la relation entre les deux, en signalant leurs points communs et en les délimitant.

Pour Frick, le terme « spiritualité » s'oppose de plus en plus à la religion, cette dernière étant comprise au sens d'une appartenance institutionnelle, d'une croyance codifiée socialement et dogmatiquement et d'une révélation socialement reconnue. De même, il rappelle que les significations secondaires peuvent nuancer l'usage de la notion de spiritualité, tel que le spiritisme et tout le champ sémantique des « mauvais esprit » ou bien le sens *facétieux* d'humour et de finesse intellectuelle telle que le français l'exprime dans la notion du « mot d'esprit ».[14]

La religion est intimement liée au phénomène de « sacré ». [5] Le sacré est ce qui rend unique et ce qui distingue la religion et la spiritualité des autres phénomènes connexes. (Hill et Pargament, 2003) [5] ; (Pargament et al. 2005) [36] ; (Durkheim, 1968) [37]. Il fait référence aux objets, personnes ou événements considérés comme en dehors de l'ordinaire, et donc qui méritent de la vénération. [5]; [36]

Ce sont les choses que les interdits protègent et isolent [37] Le sacré inclut des concepts comme le divin, Dieu, la réalité ultime et le transcendant [36], ainsi que tout aspect de la vie qui prend un caractère extraordinaire à cause de son association avec ces concepts ou leurs représentations [5].

La délimitation des deux notions est donc délicate du fait de leur relation proche. La religion a été définie classiquement, et d'un point de vue socio-anthropologique, comme un système de croyances et de pratiques sociales telles que les rites [37], un système de symboles qui formule des conceptions d'ordre général d'existence (Geertz, 1973) [38]. Autrement dit, la religion comporte une dimension sociale et collective importante [37] et implique une affiliation à une organisation, souvent hiérarchique, avec des dogmes et des symboles transmis par cette hiérarchie, et le partage avec une communauté.

Alors que la spiritualité est considérée comme la partie personnelle et subjective de l'expérience religieuse [5], le vécu individuel de cette recherche du sacré. Elle représenterait une expression libératrice individuelle, subjective, émotionnelle, introspective et non systématique (Koenig, McCullough & Larson, 2001) [39].

Bien qu' il soit utile de différencier, d'un point de vue épistémologique, religion et spiritualité, d'un point de vue pratique cette scission semblait peu importante, du fait du chevauchement de leurs composantes et leurs aspects partagés. Bien sur les formes modernes de spiritualité sans Dieu font nuancer cette idée. La religion comporte une multiplicité de dimensions dont fait partie la spiritualité [35] De plus, la polarisation de la religion et de la spiritualité en des domaines institutionnel et individuel ignore le fait que toutes les formes d'expression spirituelle se développent dans un contexte social et que toutes les traditions de foi structurées cherchent à organiser les affaires personnelles des individus (Wuthnow, 1998) [40].

Donc, la spiritualité et la religion sont intimement liées mais ne signifient pas totalement la même chose. Comme il a été défini, la spiritualité touche tout ce qui concerne l'esprit, son évolution et son développement.

La religion, de par ses enseignements, tend à faire évoluer l'esprit dans sa quête de la recherche de Dieu. La religion peut donc être considérée comme une composante de la spiritualité de l'être humain, une des possibilités de son expression, et la spiritualité, une des composantes de la religion, part subjective de quête de sens liée aux pratiques religieuses.

Le développement de son esprit donne à l'Homme un savoir-être en lui permettant de mieux se connaître, en améliorant sa relation avec les autres. Il lui donne aussi un savoir-faire en lui inculquant des valeurs et un mode de vie, des façons de s'organiser ou de prendre soin de lui. Il frôle ainsi divers domaines du développement personnel. Mais par-dessus ce savoir, la religion enseigne la connaissance spirituelle sur Dieu, la vie et l'Homme.

Toutefois, être spirituel ne signifie pas toujours être religieux dans la mesure où la spiritualité est une ouverture à ce qui est transcendant et que parfois la religion est cadrée dans son sens en relation avec des dogmes et des enseignements. Lorsque la religion est considérée comme le respect de ces prescriptions divines pour arriver à la connaissance de Dieu et une relation avec lui, un être spirituel peut user d'autres façons pour s'ouvrir à Dieu ou à toute autre forme de transcendance. La vision d'un être spirituel n'est donc pas forcément la même que celle d'un être religieux.

Koenig et *al.*[22] décrivent les caractéristiques de la religion comme étant un système organisé, centré sur des pratiques et des comportements, et s'appuyant sur une doctrine. Pour Fallot [41] il s'agit d'une adhésion aux croyances et aux pratiques d'une institution religieuse, influencée par l'ethnie et la culture. Dans cette perspective, la dimension religieuse est l'expression de la vie spirituelle. Mais une personne peut vivre une expérience spirituelle sans association avec une religion quelconque.

La religion est un système plus figé, plus statique, avec un contour et un vécu groupal. Elle comporte une organisation des croyances, des pratiques, avec des symboles destinés à faciliter le rapprochement du sacré ou du transcendant, à encourager la relation avec les autres dans un lien communautaire.

La spiritualité et la religion ont des applications concrètes dans la vie quotidienne de l'Homme. Par la prière, et les devoirs religieux, l'Homme trouve une façon de s'approcher de son « créateur » ou de l'être transcendant qu'il vénère. La spiritualité dans une définition plus large, influence les actes du quotidien même dénués de sens religieux, permet aussi de comprendre pourquoi plusieurs religions existent.

1.2.6 Conclusion sur les aspects définitionnels

Face à cette difficulté de définition, nous pouvons percevoir prudemment quelques aspects récurrents. Pour une définition à la fois plus actuelle et opérationnelle de la spiritualité, nous retiendrons qu'elle n'est pas liée à une forme de religion ou autre, et nous garderons l'esprit de la définition de l'OMS.

Ainsi, avoir une vie spirituelle est peut-être simplement vivre avec l'idée qu'il y a quelque chose qui dépasse la perception immédiate de la vie, qui lui donne un sens et un but. Cela peut passer par la religion, c'est à dire par une foi définie, des rites, des pratiques, mais pas forcément.

La pathologie est une perte de repères et de sens pour le patient. Pour autant le thérapeute n'est pas un gourou. Ainsi il ne s'agit pas pour nous de montrer qu'il faut introduire une forme ou une autre de spiritualité dans la pratique, mais de respecter, voire d'interroger et d'explorer la dimension spirituelle *du patient*.

I.3. Aperçu du panorama confessionnel de la France.

Le panorama confessionnel de la France contemporaine montre une grande diversité religieuse. Dans son rapport sur les relations des cultes avec les pouvoirs publics en 2006, Jean-Pierre Machelon [42] note que depuis la loi de séparation de l'Eglise et de l'Etat de 1905, la France est devenue le pays européen qui comporterait le plus de bouddhistes, de juifs et de musulmans.

Du fait de cette loi, les statistiques publiques recensant l'appartenance religieuse des français ne furent plus disponibles depuis le recensement de 1872 effectué sous la III^e république. Les chiffres sur la spiritualité des français sont donc obtenus par le croisement des estimations de plusieurs enquêtes.

En termes de religion, le catholicisme reste la religion prédominante bien que depuis quelques décennies, il a connu une baisse progressive. En 1905, ceux qui se déclaraient catholiques étaient estimés à 90% de la population. Dans les années 70, ce chiffre avoisinait les 80%. En 2006, 65% seulement se considéraient comme catholiques.

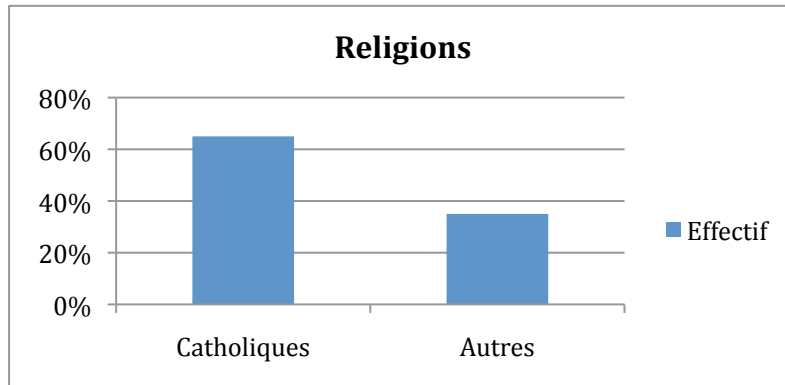


Figure 1. Place de la religion catholique en France (D'après Machelon 2006)

Parmi ces catholiques, seulement 25% se déclarent pratiquants, c'est-à-dire assistent aux messes et accomplissent les pratiques religieuses concernées. Ce serait plutôt les personnes âgées, dont 43% âgées de plus de 65 ans qui sont les plus pratiquants. Les enquêtes ont révélé que 60% de ces pratiquants sont des femmes.

Un autre rapport sur la pratique des français fait état d'une baisse continue de l'assistance à la messe. Dans La Croix du 15 août 2006, une enquête de l'IFOP dresse le profil des catholiques en France Elle vient confirmer une évolution considérable de la pratique religieuse en cours durant les dernières décennies. Alors que les deux tiers des français se disent catholiques, seulement 4,5 % de la population se rend régulièrement à la messe chaque week-end. [43] Ce chiffre marque une nouvelle étape dans la baisse continue de cette pratique depuis les années 70. En effet la pratique dominicale qui était de l'ordre de 25% de la population au milieu des années 60, a chuté progressivement, passant en dessous de 20% dans les années 70, puis de 10% dans les années 90 [44].

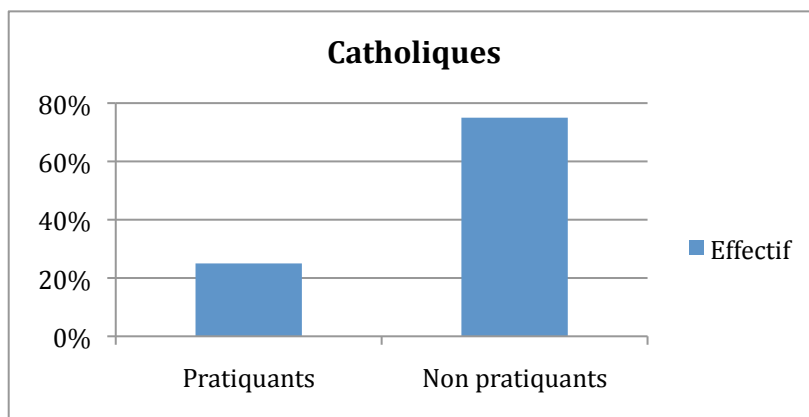


Figure 2. Répartition des habitudes de pratiques des catholiques français. (D'après Machelon 2006)

Aujourd'hui, face à l'effondrement de cette pratique, une correction intervient puisque la notion de pratique régulière recouvre maintenant tous ceux qui se rendent à la messe au moins une fois par mois. Cependant, rien ne permet de penser que le palier où se stabilise actuellement cette pratique soit acquis. Au contraire, d'autres données en montrent la fragilité.

La pyramide des âges des pratiquants actuels est en effet particulièrement déséquilibrée : 43 % des pratiquants ont plus de 65 ans et les femmes sont majoritaire à 60 %

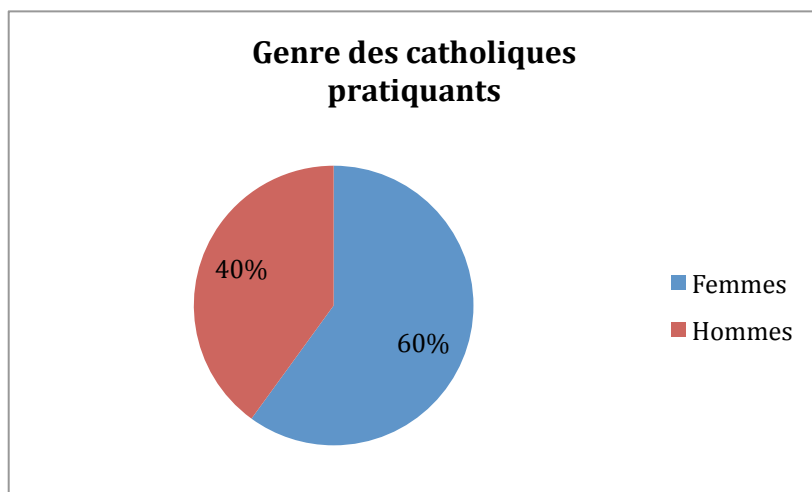


Figure 3. Répartition des catholiques pratiquants selon le genre. (D'après Machelon 2006)

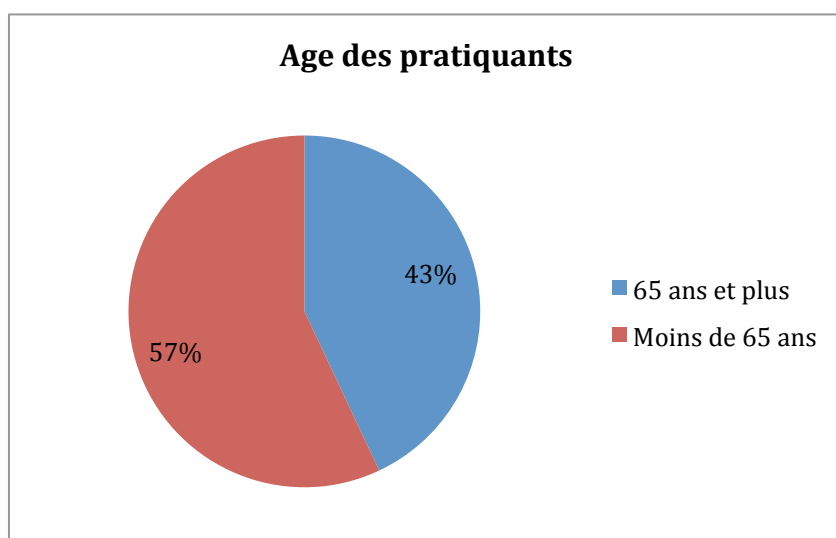


Figure 4. Répartition des catholiques pratiquants selon l'âge. (D'après Machelon 2006)

Parmi les français qui se déclarent catholiques, seuls 52% affirment croire en l'existence de Dieu tandis que 30% sont agnostiques et 17% sont athées. Parmi les catholiques, 30% déclarent ne jamais prier, et parmi les agnostiques, il y en a qui prient.

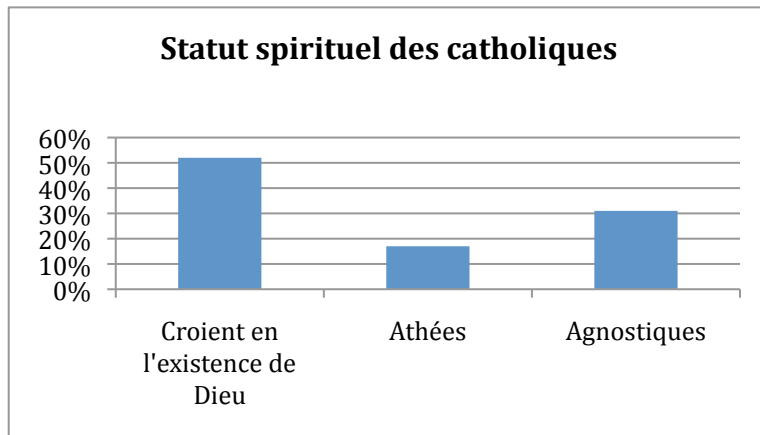


Figure 5. Statut spirituel des catholiques français. (D'après Machelon et al. 2006)

Mais la France compte aussi un grand nombre d'autres confessions religieuses. A la suite des catholiques majoritaires, il y a aussi ceux qui se déclarent comme « sans religion », constituant plus de 25% des français, notamment des jeunes. Toutefois, « sans religion » ne signifie pas pour autant que ces personnes soient athées ou dépourvues de spiritualité, ou même désintéressées des questions spirituelles.

La deuxième grande religion présente en France est l'Islam, sous différentes formes d'expressions. Les sondages ont démontré que la France compterait entre 2 et 4 millions de musulmans, c'est-à-dire 3 à 6% de la population.

Parmi les musulmans en France, 14% sont dans la tranche d'âge comprise entre 18 et 24 ans.

La religion protestante est pratiquée par 1,2 million de fidèles et la croissance est progressive au cours des deux dernières décennies. En effet, 2% de la population française se déclare protestante alors qu'il y a vingt ans, les sondages ont montré 1%. Dans la tranche d'âge comprise entre 18 et 24 ans de la population, 4% sont protestants.

Les autres religions, classées dans les « chrétientés historiques » comme les orthodoxes, les apostoliques arméniens, les coptes, syriaques, les chaldéens et les maronites, mobilisent en tout 1% de la population, donc 750 000 individus.

Le judaïsme, avec l'arrivée des juifs d'Afrique du Nord dans les années 60, a connu une nette expansion en France, d'autant plus qu'il est marqué par un renouveau de l'identité et de la pratique. Il compte environ 600 000 fidèles, soit moins de 1% de la population.

Le bouddhisme, apporté majoritairement par les Asiatiques, mais dont le quart viendrait de tous les horizons, compte 400 000 fidèles, soit moins de 1% de la population.

Enfin, d'autres mouvements religieux considérés comme « atypiques » ainsi que les sectes connaissent aussi une certaine croissance. Entre autres, les Témoins de Jéhovah revendiqueraient 140 000 proclamateurs.

En France, il existe des structures d'accueil et des réseaux pour personnes présentant des troubles psychiques proposées dans le cadre des religions monothéistes.

Dans le christianisme, on peut citer à titre d'exemple des monastères accueillant des sujets psychotiques ayant une vocation religieuse comme la congrégation catholique Notre-Dame d'Espérance qui regroupe une quinzaine de monastère dans toute la France. Cette communauté a pour vocation de permettre à des « frères » atteints d'un handicap physique ou mental de vivre une vie monastique.

Toujours dans la communauté chrétienne, il y a les lieux de vie à coloration chrétienne pour patients psychotiques tout venant, comme les « Demeures des sources vives ». Pour ce faire, la fédération des « Demeures des sources vives » dispose de plusieurs lieux de vie dont le but est la réinsertion des malades mentaux dans la société via une vie en groupe. Ce sont des maisons, en partie gérées par des bénévoles ouvertes aux chrétiens et non chrétiens. Deux de ces maisons sont à Lourdes et y séjourner donne aux patients la possibilité d'assister à la messe tous les jours. D'autres activités telles que celles pratiquées dans des appartements thérapeutiques sont aussi assurées. N'étant pas des structures d'Etat, un loyer est souvent exigé des pensionnaires ainsi qu'un suivi par leurs psychiatres.

Il y a également l'hôpital psychiatrique de Dinan en partie géré par les frères Saint-Jean-de-Dieu où près de la moitié du conseil d'administration de l'hôpital (privé avec mission de service public) serait composé de religieux, et où de plusieurs religieuses sont infirmières psychiatriques. L'hôpital accueille sans aucune discrimination, pour que la dimension chrétienne reste discrète.

Chez les juifs, d'après le Consistoire de Paris, il n'existerait pas de structure accueillant seulement des malades mentaux juifs. Mais l'association laïque MAAVAR, structure découlant de l'humanisme et de la philosophie juive, accueille et héberge toute personne en situation de rupture sociale sans discrimination, en vue de les réinsérer.

Les premières activités de cette association ont vu le jour avec la permanence téléphonique « SOS Ecoute juive », possède un certain nombre de lits mis à dispositions des personnes souffrant de troubles psychiques et d'un centre de psychothérapie.

I.4. Spiritualité et psychisme

Les origines de la psychologie de la religion peuvent être remontées à William James (1902) [45] l'auteur du livre intitulé « Les variétés de l'expérience religieuse ». Pour cet auteur, la religion doit être évaluée selon son efficacité: si les pratiques et les croyances religieuses d'un individu s'avèrent positives pour lui on peut considérer que c'est une bonne option. Dans le cas contraire, il n'y a aucun intérêt à les pratiquer.

Ainsi, la spiritualité concerne un grand champ de croyances, de toute sorte d'émotions, de pratiques, d'expériences mystiques, des façons de se positionner par rapport à autrui et d'interagir avec lui, et des conséquences visibles ou non sur la santé générale des individus.

De façon semblable, le développement du modèle écologique (Bronfenbrenner, 1979) [46], qui conçoit l'individu comme un « produit de son milieu » dépendant du contexte dans lequel il se développe, a contribué à l'élargissement de la définition de la religion.

Cette façon de concevoir l'individu a emmené les chercheurs de la psychologie de la religion à prendre en compte aussi bien le niveau intrapsychique de la religion, que sa portée sociale, communautaire, interpersonnelle, politique, morale et idéologique.

Nous allons donc, dans ce chapitre, essayer de mettre en exergue un certain nombre de points qui nous semblent importants pour mieux comprendre les rapports de la psychiatrie en tant que discipline médicale à la religion / spiritualité en tant que relevant du domaine théologique.

1.4.1- La spiritualité comme réalité en neuroscience ?

« Neurothéologie », un mot qui combine deux termes, neuroscience et théologie. C' est le nom d'une discipline récente née au milieu des années 1990 qui aspire à « déceler » dans le cerveau des mécanismes mentaux archaïques qui pousseraient à croire à l'existence des dieux aboutissant à des recherches destinées à montrer que le cerveau humain serait « programmé pour croire »

Ce pendant, une recherche étymologique a conduit à un auteur anglais, Aldous Huxley qui fut à l'origine de ce terme dont les romans fictifs comme *Le meilleur des mondes* parlent souvent de sciences et de spiritualité. [47]

Les recherches en neurosciences dessinent parfois une image morcelée et souvent incohérente du cerveau : les diverses fonctions (la mémoire, la perception, l'action, la décision, l'émotion) semblent toutes inextricablement imbriquées les unes dans les autres sans pour autant que ce réseau complexe d'interactions ne dessine une totalité compréhensible. Pourtant, ce n'est pas notre expérience quotidienne. Comment passer des fonctions cognitives et opérations mentales soigneusement assurées par notre machinerie cérébrale à l'existence d'une conscience de soi capable de ressentir l'expérience ? C'est ce que le philosophe australien David Chalmers appelle le « problème épineux » Autrement dit, pourquoi chacun d'entre nous a-t-il la sensation d'exister en tant qu'individu et ne se résume pas en une simple machine à traiter les informations ? Et que penser des activités humaines les plus intellectualisées, tels l'art, la culture et bien sûr la spiritualité ? En général, dans le domaine de la transcendance les neurosciences cherchent à comprendre ce qui se passe dans le cerveau pendant l'expérience avec une réalité transcendante. Des écrits sur ce sujet existent. Parmi eux *The « God » Part of the brain* [48], *The God Gene* [49], les « Téotoxines » de Francis Crick [50].

Mais un chercheur semble avoir synthétisé beaucoup de connaissances dans ce domaine. Andrew Newberg de l'université de Pennsylvanie, dans son livre *Pourquoi Dieu de disparaître pas* [51] a observé l'imagerie cérébrale fonctionnelle de personnes en méditation transcendantale, mais aussi dans d'autres articles, en train de pratiquer d'autres types de méditation . D'après ce chercheur et son collaborateur Eugene d'Aquili, un certain nombre d'expériences mystiques, comme le sentiment de fusion avec l'absolu, d'union avec Dieu, ou l'éveil, peuvent être expliquées par un état de disposition particulière du cerveau.

En 2001, ces chercheurs utilisèrent une technique d'imagerie cérébrale, le SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) pour mesurer l'activité cérébrale d'un certain nombre de méditants tibétains et de religieuses franciscaines en prière. Au summum de leur méditation ou de leur prière, lorsque ces personnes ressentent une sorte de « fusion avec l'univers, de disparition des limites entre elles mêmes et le monde environnant » ; une sorte d'extase mystique, il a été observé une augmentation d'activité au niveau du lobe préfrontal (impliqué entre autre dans l'attention) parallèlement à une baisse d'activité dans une zone précise du cortex pariétal : le lobe pariétal supérieur postérieur (impliqué dans l'orientation du corps dans l'espace et la perception du « soi »).

L'inhibition de cette aire entraîne un sentiment d'indifférenciation entre le soi et le non-soi. Les auteurs désignent la zone préfrontale l'aire associative d'attention (AAA), et la zone pariétale supéro-postérieure l'aire associative d'orientation (AAO). Ils avancent l'hypothèse que c'est la désafférentation soudaine de l'AAO qui est à l'origine du sentiment de flottement, de fusion avec l'univers, d'union avec l'absolu ou d'éveil soudain. Ils appellent cet état « *l'expérience unitaire absolue* », partagée par tous ceux qui ont vécu à un moment donné une expérience mystique. Autrement dit, cela expliquerait le sentiment d'une union mystique avec Dieu ou dans un sens plus général, avec l'univers dans les expériences de prière par exemple.

Mais quelles répercussions dans le cerveau peuvent avoir des pratiques telles que la participation aux rites, l'adoption de mythes et bien d'autres choses encore dans le domaine de la méditation ? Newberg et Aquili expliquent ainsi le rôle du rituel: celui-ci consiste avant tout à adopter un comportement « inhabituel », différent du quotidien, ce qui va « réveiller » l'amygdale. Ces postures inhabituelles associées à des mouvements du corps et des stimuli répétitifs susceptibles de réduire la tension et de provoquer des sensations « agréables », donnerait cette caractéristique propre au Sacré d'être à la fois épouvantable et séduisant. Lorsque le rite fait appel à des actions très rapides telles que les danses frénétiques ou tournoyantes et les trances, le résultat serait différent. La surcharge de stimulation neurale sur solliciterait l'hippocampe et générerait un dysfonctionnement dans la régulation du flux d'information et donc de son traitement. Ce qui va diminuer l'activité dans la zone ce qu'il appelle l' AAO donc sa désafférentation soudaine à l'origine du sentiment de fusion avec l'univers et du sentiment de flottement décrit précédemment.

Ce résultat amena les auteurs à conclure qu'il existe un certain endroit dans le cerveau où se trouve le récepteur nécessaire à une expérience mystique : « *The brain is predisposed to having those experiences and that is why so many people believe in God* ».

Dira-t-on pour autant que l'on ait découvert le « centre cérébral de la religion » au même titre qu'il existe un centre du langage ou de la vision ? Cette hypothèse reste à confirmer, mais elle a eu le mérite d'ouvrir la discussion et d'entrevoir de nouveaux horizons dans l'étude des phénomènes mystiques.

Dans leur sillage d'autres expériences similaires ont été réalisées. La plus médiatisée est celle menée par Mario Beauregard, neuropsychologue et professeur à l'université de Montréal sur des sœurs carmélites en train de méditer ou de prier. Ce chercheur a entrepris plusieurs recherches concernant les rapports entre le cerveau et l'esprit.

Il situe ses travaux dans le contexte actuel des neurosciences où des personnalités renommées comme Francis Crick défendent une conception selon laquelle « le monde physique est l'unique réalité et nos expériences sont explicables seulement par des causes matérielles » où les hommes seraient comme des « automates biologiques contrôlés par des neurones, des gènes et des messagers chimiques. »

Son livre « the spiritual brain » traduit en français sous un titre moins consensuel : « du cerveau à Dieu » [52] est une sorte de synthèse de plusieurs de ses recherches. Son étude cherchait à identifier les systèmes cérébraux et les corrélats neuroélectriques et neurochimiques de l'expérience de l'Unio Mystica chez des sœurs carmélites.

Les résultats sont différents, quoiqu'en lien avec ceux de Newberg dans la mesure où « l'expérience mystique mobilise plusieurs régions du cerveau et non un centre unique ».

Ses travaux ont le mérite de souligner que les êtres humains peuvent « exercer une grande influence sur ce qui se passe dans leur cerveau ». Des représentations diverses ou des croyances induisent des effets importants sur le cerveau comme l'augmentation de certaines hormones. Cela n'est pas sans rappeler des travaux sur le placebo.

Ce genre d'affirmation est appuyé par d'autres études qui montrent que sous l'emprise d'un excès de stress, le cerveau sécrète du cortisol. Lorsque le taux de cette hormone est élevé pendant une durée trop longue, cela affecterait le fonctionnement de certaines régions qui deviendront alors dépourvues de toute activité neuronale, ce qui diminuerait l'aptitude de la personne à réguler ses pensées négatives et à gérer ses émotions. [53]

Toutes ces recherches convergent vers le développement d'une vision nouvelle des rapports entre le cerveau et l'esprit. Assisterait-on au développement d'une « neuroscience spirituelle » comme le souhaite l'auteur ?

D'un côté, même si les dernières recherches en neurothéologie ne donnent pas de réponse à la question de l'existence de Dieu, et même si les résultats des neurosciences ne prouvent rien et à priori ne souhaitent rien prouver concernant l'existence ou la non-existence d'une réalité ultime, elles commencent à marcher sur les plates-bandes de la théologie en l'abordant avec des moyens rationnels qui sembleront à certains inappropriés.

Il est difficile voire inconcevable d'analyser une expérience mystique d'une manière isolée. Mais malgré l'avancée des nouvelles technologies, qui ont ouvert les neurosciences à d'autres disciplines, le cerveau reste encore une énigme.

D'un autre côté, et dans un but épistémologique, les neurosciences peuvent s'avérer utiles pour la compréhension du monde théologique à notre ère qui se veut de plus en plus scientifique. S'il est vrai que les analyses neuroscientifiques ne peuvent pas donner l'origine d'une expérience mystique, elles peuvent nous aider à mieux la comprendre son déroulement cérébro-neuronal et ainsi mieux nous comprendre nous-mêmes ce qui nous permettra de renouer avec la devise si chère à Socrate « Connais-toi toi-même. »

Pour résumer ce chapitre nous pouvons dire que la science ne peut prétendre à démontrer quoi que ce soit en terme d'existence de Dieu, de spiritualité ou de transcendance et que ce n'est pas son objet. En revanche il apparaît clair qu'il existe des zones cérébrales faites pour ressentir des sentiments et des pensées en lien avec la vie spirituelle.

La propension à voir le monde comme habité par le divin est une fonction cérébrale. La science ne peut pas dire si Dieu existe, mais elle peut dire que c'est une croyance qui n'est pas prête de disparaître car elle est en quelque sorte une des « fonctions du cerveau ».

1.4.2- Religion et psychologie de la personnalité

Plusieurs aspects de la psychologie de la personnalité ont été étudiés en rapport avec la religion. Pour certains auteurs (Emmons, 2005a) [54] et (Snyder, Sigmon, & Feldman, 2002) [55], la religion apporte un sens à la vie des individus en leur permettant d'avoir des objectifs et des systèmes de valeurs [54] ; (Roccas, 2005). [56]

Un concept développé autour de la motivation est celui de l'orientation religieuse, introduit par Allport et Ross (1967) [57]. Pour ces auteurs, la religiosité subjective concerne deux pôles: l'orientation religieuse intrinsèque et l'orientation religieuse extrinsèque.

La personne motivée intrinsèquement vit sa religion, tandis que la personne motivée extrinsèquement utilise sa religion. Pour la première, la religion est son propre but, alors que pour la deuxième la religion sert à d'autres buts (Gorsuch, 1988) [58].

Par ailleurs, un autre courant de recherche étudie les liens entre la religion et les traits de personnalité, et ce selon divers modèles. Par exemple, des corrélations ont été trouvées entre la religiosité et les cinq facteurs du modèle de personnalité du Big Five (Annexe 1) (Saroglou, 2001) [59] ; (Saroglou et Hutsebaut, 2001) [60]; (Saroglou et Muiloz-Garcia, 2008) [61].

Une méta-analyse des études sur la religiosité et ce modèle (Saroglou, 2002) [62], a conclu que la religiosité a des corrélations significatives avec l'Agréabilité, l'Esprit Consciencieux et l'Extraversion. L'Ouverture d'esprit est corrélée négativement avec le fondamentalisme religieux et avec la religiosité intrinsèque-générale; en revanche, elle est corrélée positivement aux mesures de religiosité mature et ouverte (quête religieuse, coping religieux collaboratif).

La religiosité extrinsèque est associée à des niveaux élevés de Névrotisme, tandis que la religiosité ouverte et mature est associée à la Stabilité Émotionnelle

D'autres auteurs (Francis et Bourke, 2003) [63] s'intéressent à la relation entre la religiosité « mesurée par les attitudes envers le christianisme » et le modèle de 16 facteurs de personnalité de Cattell (Annexe 2). Leur étude conclut que l'attitude positive envers le christianisme est associée à des scores élevés sur cinq des facteurs de personnalité, à savoir: facteur G (conscience et respect des conventions), facteur I (sensibilité) et facteur Q3 (perfectionnisme, autodiscipline). La religiosité est aussi associée aux scores bas en facteur E (soumission), facteur F (sérieux, retenue, sobriété), et les facteurs globaux d'Extraversion et Dureté - Intransigeance

En outre, concernant le modèle dimensionnel d'Eysenck (Annexe 3), les auteurs [63] affirment que le consensus des recherches dit que la dimension de psychotisme (froideur, hostilité, prédisposition à un comportement antisocial) serait fondamental pour les différences individuelles en religiosité. Selon ces auteurs, les individus ayant des scores bas en psychotisme tendent à être plus religieux, ce résultat pourra paraître contre-intuitif.

Une recherche réalisée par Francis et Jackson (2003) [64] vise à établir les liens entre religiosité (mesurée aussi par les attitudes envers le christianisme) et la dimension de névrotisme d'Eysenck. Ils examinent aussi les liens entre la religiosité et les sept composantes de cette dimension de névrotisme: basse estime de soi, mécontentement, anxiété, dépendance, hypocondrie, culpabilité et obsessionnalité. Leurs résultats montrent qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la dimension globale de névrotisme et la religiosité. Cependant, étudiant les sept composants séparément, ils trouvent une corrélation positive entre religiosité et culpabilité, ainsi qu'une corrélation négative entre religiosité et mécontentement [64]

Par ailleurs, d'autres centres d'intérêt concernant la religion et la psychologie de la personnalité incluent religion et émotions, notamment sur ce qui concerne la génération et la régulation de celles-ci (Emmons, 2005b) [65]; la nature de l'expérience religieuse (Otto, 1995) [66] ; et religion et pardon (Mullet, Azar, Barros, Neto, Frongia, & Usai, 2002 ; Mullet, Barros, Frongia, Usai, Neto, & Shafighi, 2003; McCullough & Worthington, 1999; McCullough, Bono, & Root, 2005) [67] [68] [69] [70] .

L'inclusion de la dimension spirituelle dans les modèles de personnalité cités nécessiterait de plus amples développements. Il s'agissait surtout pour nous de montrer que c'est une dimension inévitable dans plusieurs modèles ce qui accentue le contraste avec son apparente faible mobilisation en entretien psychiatrique classique.

La spiritualité comme élément constitutif de la personnalité (Cloninger)

Enfin nous citons le modèle de Cloninger qui offre une approche différente dans la mesure où Robert Cloninger, tenant de l'approche biopsychologique a procédé à l'étude de la génétique du comportement et a fait le lien entre la génétique, les systèmes neurologiques, les fonctions cognitives supérieures et la personnalité.

Cloninger conçoit la personnalité comme étant le produit de l'interaction entre le potentiel génétique et l'environnement. Selon lui, les traits de tempérament sont des continuums dont les extrémités sont liées à des troubles de personnalité. Pour étayer sa théorie, il se sert du principe de « l'arbre dans ses feuilles » en partant des gènes et arrivant à la personnalité. La personnalité serait le résultat de fonctions cognitives et de processus émotionnels, qui eux-mêmes proviendraient de circuits de cellules nerveuses associées à un neurotransmetteur. Ces dernières sont issues de cellules, elles-mêmes provenant de protéines dont à la source se trouvent les gènes.

Le premier modèle psychobiologique établi par Cloninger essayait de définir la personnalité à travers le tempérament. Le tempérament était considéré comme une tendance naturelle d'un individu à activer, à inhiber ou à maintenir un comportement. Le tempérament comporte alors trois dimensions : la recherche de nouveauté sous tendue par le système dopaminergique, l'évitement du danger sous tendue par le système serotoninergique, et la dépendance à la récompense qui lui est en relation avec le système noradrénergique.

Ce modèle est comparable à un cube dont l'un des 8 sommets correspond au pôle antisocial, le sommet opposé correspond au pôle évitant. Un individu à tempérament normal occuperait un point au centre du cube. [71]

Cloninger améliora ce modèle pour s'être avéré réductionniste (réduction d'un comportement à des neurotransmetteurs) et ajoute une quatrième dimension de tempérament dans le concept de la personnalité: la persistance dont le glutamate pourrait être le neurotransmetteur qui lui est associé mais aucune émotion de base n'a encore été définie. Toutefois, on voit de l'enthousiasme, de l'ambition et du perfectionnisme chez l'individu ayant ce trait de tempérament.

Il introduit aussi la notion de caractère qui est une : « Dimensions de la personnalité déterminées par l'apprentissage social et l'apprentissage cognitif.» [72] La notion de caractère introduit trois autres dimensions qui sont l'autodétermination, la coopération et la transcendance.

Selon ce second modèle, la personnalité serait alors un assemblage du tempérament et du caractère. Le tempérament serait des réactions automatiques inconscientes tandis que le caractère est composé de plans conscients. Le tempérament serait en relation à un système d'habitudes qui seraient les quatre dimensions : dépendance à la récompense, recherche de nouveauté, évitement du danger et persistance. Tandis que le caractère est en relation avec l'apprentissage et comporte trois dimensions que sont l'autodétermination, la transcendance et la coopération.

Les facteurs de tempérament se manifestent tôt dans la vie, sont modérément héritable et stables tout au long de la vie, quel que soit la culture ou l'apprentissage social. Les facteurs de caractère se développent suite aux interactions entre le tempérament, l'environnement familial et social, et l'expérience de la vie individuelle. Ainsi, plus une personne avance en âge et en expérience, plus l'importance relative des facteurs de caractère est grande. Donc, les traits de caractères subissent peu d'influences génétiques, contrairement aux traits de tempérament.

Quant aux facteurs de caractères, Cloninger y a associé des types de maturité. Le terme de « maturité » équivaut ici à la qualité qui ressort du développement d'un facteur de caractère donné, vu que le caractère se développe dans l'interaction avec l'environnement et au fil des expériences.

En premier lieu, l'autodétermination, c'est l'aptitude d'un individu à contrôler, réguler et adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs et ses orientations personnelles. Il lui associe la maturité individuelle.

Ensuite, la coopération est la prise en considération et l'acceptation des autres. Un individu coopérant est tolérant, sociable, empathique, prêt à aider et compatissant, doté d'une maturité sociale.

Enfin, la transcendance est la dimension spirituelle de la personnalité. C'est la place de la spiritualité dans la composition de la personnalité, ou la propension à considérer le monde comme habité par le divin. Elle y trouve sa place parce que de nombreuses personnes possèdent des croyances très diverses. La maturité spirituelle lui est associée.

Parfois, la transcendance est une dimension unique dans d'autres modèles de la personnalité.

Retenons donc qu'un des modèles les plus connus et récents de la personnalité inclut la dimension spirituelle.

1.4.3 - La spiritualité comme l'un des besoins dans la pyramide de Maslow [73] ; [74]

La pyramide des besoins de Maslow (Annexe 4) est une théorie élaborée à partir des observations faites dans les années 1940, par le psychologue Abraham Maslow sur la motivation humaine. L'essentiel de ses découvertes fut publié en 1943 dans un article intitulé « A Theory of Human Motivation ». La théorie de Maslow met en avant le fait qu'un besoin nouveau, c'est-à-dire supérieur, n'émerge que lorsque les besoins inférieurs ont été relativement satisfaits, et cela se poursuit de cette façon jusqu'au sommet, d'où l'instauration d'une pyramide des besoins.

Toujours selon cette théorie, les motivations d'une personne résultent de l'insatisfaction de certains de ses besoins. Selon Maslow, les besoins humains peuvent être classés par ordre d'importance en cinq niveaux.

Le classement correspond à l'ordre dans lequel ces besoins apparaissent à l'individu. Les motivations sont donc reliées par une hiérarchie de dominance. La théorie suppose donc qu'il est impossible d'atteindre le sommet de la pyramide que si tous les besoins précédents ont été satisfaits.

A la base de la pyramide des besoins de Maslow se trouvent les besoins fondamentaux de l'être humain, soit les besoins physiologiques permettant sa survie. Ce sont essentiellement la respiration, l'alimentation, le sommeil, le repos, le contact physique, l'activité physique et cérébral ainsi que la vie sexuelle. Une privation de l'un de ces besoins rend impossible la construction des étages supérieurs.

Au-dessus de ces besoins primaires viennent les besoins psychologiques de sécurité. Il s'agit en l'occurrence des besoins de protection physique et psychologique. C'est dans cette catégorie que l'on trouve l'emploi et la stabilité familiale et professionnelle. C'est aussi la catégorie du besoin de propriété, donc celui d'avoir des choses à soi, de marquer son territoire. Ces besoins peuvent aussi comprendre le besoin de maîtriser l'environnement, donc le fait d'avoir un pouvoir sur l'extérieur.

En troisième lieu sur la pyramide se situent les besoins sociaux, le besoin d'appartenance et d'amour. En effet, c'est à ce niveau que se situe le besoin de l'Homme d'être accepté tel qu'il est, de s'ouvrir à la société, de se faire des amis et des réseaux sociaux dans lesquels il peut s'épanouir. Ce besoin se traduit aussi par un besoin de sécurité psychologique car la personne doit savoir ce qu'elle peut attendre des autres.

Ces trois premiers niveaux sont considérés comme les besoins primordiaux qui lorsqu'ils sont satisfaits, font voir l'émergence de besoins secondaires. Au quatrième niveau apparaît le besoin de réalisation de soi et d'estime de soi, un besoin très axé sur la personne elle-même. Ce besoin se traduit par la nécessité de se sentir utile, de connaître sa propre valeur et d'être reconnue pour sa propre valeur. La personne ressent le besoin que les autres aient de la considération pour elle. Cela est lié à la notion de réussite, de mérite, de compétences, de liberté et de confiance en soi. La force de la personne repose sur le niveau de confiance qu'elle perçoit des autres.

Une fois que tous ces besoins sont comblés, l'individu peut, selon Maslow, atteindre le sommet de la pyramide qui n'est autre que la réalisation de soi. Ce sommet correspond à un épanouissement total de l'individu en tant qu'être humain.

Maslow soulignait que la motivation d'un individu dépend du niveau où se situe le besoin qu'il tente de satisfaire. Cela signifie que l'énergie consciente et inconsciente d'une personne est dirigée vers des besoins spécifiques, c'est-à-dire ceux qui sont insuffisamment comblés, objectivement ou subjectivement.

Bien qu'ils soient hiérarchisés, les besoins sont totalement interdépendants. Cela signifie que des niveaux très différents de besoins peuvent cohabiter chez une personne.

Plus tard, à la fin des années soixante, Maslow a affiné ses recherches en mettant en évidence deux autres besoins : le besoin de donner un sens à sa vie et le besoin de spiritualité. Ces besoins correspondent à un besoin de comprendre ce qui dépasse le simple niveau individuel et de contribuer à quelque chose qui est plus grand que soi.

Dans une spiritualité « sans Dieu » comme peuvent nous permettre de l'entendre les définitions modernes, ces deux besoins nous apparaissent très proches, voire partiellement confondus.

1.4.4- Spiritualité, capacité d'adaptation et bien-être psychologique

Krause [75] en réalisant une étude auprès de 1607 personnes âgées de 60 ans et plus, montre que plus les difficultés de santé augmentent, plus l'implication religieuse tend à s'intensifier. L'implication religieuse est ici interprétée comme une stratégie d'adaptation (de coping) pour faire face aux difficultés de santé.

Koenig et ses collaborateurs [22] rapportent des résultats d'études qui suggèrent que la pratique religieuse favorise la diminution du besoin d'alcool et de drogue en rendant les personnes moins vulnérables au stress et en augmentant leurs capacités d'adaptation

1.4.5- Religion et psychologie de l'attachement

On ne peut pas parler de l'attachement sans évoquer John Bowlby et de l'apport de sa théorie de l'attachement (Bowlby 1969 ; 1973 ; 1980) [76] ; [77] ; [78]. De cette contribution, deux intéressantes idées se dégagent. Premièrement, Dieu et d'autres déités sont souvent perçus comme des figures d'attachement. Deuxièmement, la relation perçue avec Dieu remplit les critères de la définition d'une relation d'attachement et elle fonctionnerait psychologiquement comme un vrai attachement selon Kirkpatrick. [79]. Ce dernier en partant de ces critères qui déterminent la relation d'attachement, souligne quatre critères de ressemblance entre la relation à la figure d'attachement et la relation avec Dieu.

- Avant tout, il observe qu'avec leur figure d'attachement, les individus chercheraient à atteindre et à maintenir de la proximité avec Dieu. Selon cet auteur, le caractère omniprésent souvent attribué aux déités, renforce la perception de proximité et la prière serait un moyen de la maintenir. [79] ; [80]

- Ensuite, de façon semblable qu'un enfant sans défense voit en sa figure d'attachement (souvent la mère) un havre de sécurité « *“haven of safety”* », Dieu peut être vu comme tel face aux épreuves et souffrances qui peuvent rendre les individus vulnérables.

Kirkpatrick [79] mentionne trois types de situations qui selon Bolwby [76] activent le système d'attachement en déclenchant des comportements d'attachement. Ce sont : les événements effrayants ou alarmants ; la maladie, les blessures et la fatigue, et enfin la séparation ou la menace de séparation.

Il nous semble important de noter que certaines de ces situations sont souvent retrouvées lors des troubles d'origine psychique et non psychiques.

- Puis, Dieu peut être aussi perçu comme une base de sécurité « *“secure base”* ». Cette base serait de la même nature que la sécurité apportée à l'enfant par sa figure d'attachement pour explorer l'environnement en toute confiance. Kirkpatrick [79] met l'accent sur l'omnipotence et l'omniprésence de Dieu et donc sa facilité à pourvoir de la confiance, de l'assurance ; un sentiment de compétence et de contrôle pour Ventis [81], ainsi que de l'optimisme et de l'espoir concernant le futur pour Myers [82].

Enfin, le quatrième critère concerne l'angoisse de séparation qu'un enfant peut vivre avec la possibilité de ressentir une détresse dans des situations de perte et/ou à séparation avec sa figure d'attachement. Cependant, certains auteurs comme Kirkpatrick et Granqvist, [79], [83] considèrent difficile la comparaison de la relation à Dieu avec ce critère du fait du caractère omniprésent et éternel de Dieu, rendant tout risque de séparation ou de perte invraisemblable.

1.5- Spiritualité et psychiatrie [20]

La psychiatrie est ordinairement définie comme une branche médicale spécialisée dans le traitement des maladies mentales et autres troubles psychiques. La définition du champ de la psychiatrie a cependant toujours été sujet de controverses, notamment son lien avec le biologique d'une part et avec le philosophique, le spirituel voire le « métaphysique » d'autre part. La psychiatrie et la spiritualité sont deux entités antinomiques qui s'opposent vu que la première se veut appartenir à un univers très cartésien et l'autre à un monde « étrange ».

La spiritualité trouve sa place dans le cadre de déséquilibres psychologiques dus à l'éveil spirituel ou à des dimensions philosophiques ou existentielles.

Souvent, la personne malade est en recherche d'une explication psychologique ou physiologique du pourquoi de leur souffrance. Désarmés devant la perte de sens que représente la maladie et face à des réponses médicales parfois peu appropriées, ils se sentent appelés vers une autre dimension.

Le fait d'accepter la spiritualité et l'intégrer en la vivant au quotidien donne un sens à l'existence de l'humain. Au-delà d'une certaine compréhension du spirituel, il s'agit de savoir comment vivre cette dimension.

Aborder la personne souffrante d'un point de vue holistique implique le fait de reconnaître la part spirituelle de son être. Cela permet de voir le trouble comme un passage, une transition vers une maturation et même souvent une libération. Cette conscience élargie permet d'accompagner la personne qui souffre avec les moyens et les techniques les plus appropriées possibles à cette perspective.

Intégrer la dimension spirituelle de l'individu pourrait-il aider pour cheminer vers une éventuelle guérison ?

L'intégration d'une dimension spirituelle dans la psychiatrie prend en compte l'Homme dans sa totalité existentielle, c'est-à-dire physique, psychique et spirituelle.

Nous verrons que pour de nombreux scientifiques, mais également dans un raisonnement holistique, la spiritualité est une composante de la personne. Il devient donc de moins en moins cohérent, logique ou scientifique de ne pas inclure cette dimension quand on entre en interaction avec un patient dans une approche qui se voudrait humaine et globale, et notamment en psychiatrie. Comprendre le rôle de la religion et de la spiritualité est donc important pour la pratique psychiatrique. La mise en œuvre de l'éducation formelle et la formation sur les questions spirituelles fait toutefois défaut.

Une étude pilote d'un cours sur l'interface entre la spiritualité, la religion et la psychiatrie [84] a été faite dans le but d'accroître la compréhension des questions spirituelles et religieuses par les résidents de psychiatrie et de leur faciliter l'abord de ces questions dans leur travail clinique. Un cours de 6 heures, obligatoire, a été mis en place pour les résidents en psychiatrie de troisième et quatrième année à l'Université de la Colombie Britannique. Les séances d'enseignement se composaient de modules didactiques et de cas cliniques.

Le questionnaire d'impact du cours, une échelle de Likert en 20 points, a été utilisé pour évaluer les six domaines suivants : attitude spirituelle personnelle, attitude pratique professionnelle, psychiatrie transpersonnelle, compétences, changements d'attitude envers la religion et spiritualité, et changement dans les modes de pratique.

Le questionnaire a été administré à deux groupes de résidents et le feed-back qualitatif a été obtenu par commentaires écrits. De cette étude, il en est sorti que les résidents qui ont participé aux cours avaient une plus grande connaissance du domaine et avaient plus d'aptitude à parler de ce domaine avec leurs patients, et ainsi de répondre convenablement à une demande spirituelle de la part de leurs patients. Elle suggère alors l'amélioration dans les scores de compétences pour les résidents en psychiatrie.

Pour examiner la relation entre les caractéristiques religieuses des médecins et de leurs attitudes et comportements en matière de religion et spiritualité, une enquête transversale [85] conduite sur un échantillon aléatoire stratifié de 2000 médecins praticiens américains de toutes les spécialités a été menée en 2007 par Curlin et ses collaborateurs. Les variables prédictives ont été la religion personnelle, la spiritualité et l'appartenance religieuse. Les variables principales étaient la pratique du dialogue d'ordre spirituel et la prière avec les patients.

L'étude a montré que (91%) des médecins disent qu'il est approprié de discuter de religion et de spiritualité avec leurs patients si le patient soulève la question. Mais là où le doute réside, c'est dans le moment approprié pour s'informer sur la religion et la spiritualité des patients, car 45% pensent que c'est toujours inapproprié de soulever la question en tant que praticien.

Cette étude a aussi révélé que les médecins qui se considèrent comme plus spirituels ou religieux, en particulier ceux qui sont protestants, sont significativement plus susceptibles de soutenir les différentes façons d'aborder la religiosité dans la consultation. L'étude en a conclu alors que les différences d'abord de la religion / spiritualité sont profondément enracinées chez les médecins.

Une étude faite en 2000 par Curlin et ses collaborateurs, rapportée par Eichelman [86] sur les médecins américains et leurs croyances, ainsi que l'intégration de cela dans leur pratique clinique a fait usage d'un questionnaire d'auto-évaluation. L'étude a démontré un certain assouplissement de ce qui a été perçu comme une posture antireligieuse par la psychiatrie.

Ce changement d'attitude pourrait même indiquer une intégration progressive de la religion et de la spiritualité dans les soins psychiatriques

Cependant, les auteurs notent que les psychiatres sont moins optimistes au sujet des effets globalement positifs, et beaucoup d'entre eux estiment que la religion peut parfois causer des souffrances encore plus accrues des patients. Mais plus de 90% d'entre les médecins interrogés se considèrent comme ouverts au traitement de questions religieuses et spirituelles avec leurs patients. Toutefois, cette ouverture peut être quelque peu unilatérale.

Une étude menée au Royaume-Uni [87] regroupant les membres de la Faculté de gériopsychiatrie en 2002 avait pour objectif d'étudier les attitudes professionnelles et leurs relations avec les valeurs spirituelles dans la mise en route de soins par les gériopsychiatres. Les membres avaient été invités à remplir un questionnaire semi-structuré de 21 questions. Les analyses quantitatives et qualitatives ont été menées sur les réponses reçues. Avec un taux de réponses de 46%, l'étude a été significative. En effet, la majorité des répondants (92%) reconnaissaient l'importance de la dimension spirituelle dans les soins de la personne âgée, ayant des besoins spécifiques en santé mentale. Un quart des répondants semblaient considérer le fait d'orienter les patients vers un service d'aumônerie pour répondre à leurs besoins spirituels.

Cette étude a montré à quel point les opinions varient quant à savoir si l'abord de la spiritualité devrait être largement diffusée aux personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ou non.

Dans un but de comparer les pratiques, attitudes et attentes des praticiens et des patients concernant la spiritualité et la religion, une étude menée sur des psychiatres a été menée par Baetz et ses collaborateurs au Canada [88]. Tous les médecins psychiatres canadiens inscrits à l'Ordre des Médecins et Chirurgiens du Canada ont reçu une fiche d'enquête. Ils étaient 2890, et le taux de réponse était de 42%. Les patients ont été recrutés en ligne et dans une clinique locale de santé mentale.

De cette étude, il en est ressorti que les psychiatres avaient un niveau de croyances et de pratiques religieuses plus bas que les patients et la population en général. Les psychiatres avaient un niveau de croyances et de pratiques religieuses plus bas que les patients et la population en général.

Dans le groupe des praticiens et le groupe des patients combinés, 47% estimaient qu'il y avait toujours ou souvent lieu d'inclure la spiritualité dans une évaluation psychiatrique.

Toutefois, 53% des patients estimaient qu'aborder ces questions pouvait poser un problème. 24% considéraient même que les intérêts d'un psychiatre envers les questions spirituelles est important dans le choix d'un psychiatre.

L'étude a également mis en évidence la présence d'une quête spirituelle au sein de la population d'enquête.

Bien qu'il ait été rapporté que les psychiatres avaient un niveau inférieur de croyances et de pratiques religieuses, ils reconnaissent qu'il est important d'inclure ce sujet dans leurs soins aux patients.

En Australie, D'Souza et son équipe [89] ont fait une étude basée sur des enquêtes auprès de patients psychiatriques afin d'examiner le besoin d'inclure la dimension spirituelle et religieuse dans leurs soins psychiatriques. Elle visait aussi à proposer des paramètres dans lesquels cette dimension pourrait être appliquée.

La phénoménologie de la spiritualité et de sa pertinence pour la psychiatrie a été considérée. La revue du concept du psychiatre ou du médecin comme un guérisseur à visiter a été faite. Et l'enquête a été axée sur le ressenti des patients examinés vis-à-vis d'un besoin de spiritualité et de religiosité.

L'étude a conclu que les besoins spirituels des patients devaient être adressés à différents niveaux. Les auteurs avaient suggéré des actes que les psychiatres pourraient faire ou ne pas faire, afin que les questions spirituelles soient suivies de manière éthique et sensible.

En considérant donc la dimension spirituelle du patient, le psychiatre serait en mesure d'envoyer un message important, et faire savoir au patient qu'il s'intéresse à l'intégralité de sa personne, ce qui ne ferait encore que renforcer la relation patient-médecin.

Cette considération est alors susceptible d'augmenter l'impact thérapeutique des interventions psychiatriques.

I.6. Spiritualité et troubles psychiatriques

1.6.1. Spiritualité et troubles addictifs

a) La spiritualité dans le processus de réadaptation des personnes sous l'emprise de substances psycho-actives.

Georges Vaillant situe le rôle de la spiritualité et de la religion à trois niveaux dans le processus de réadaptation (dans Koenig et al., 2001) [22].

D'abord, l'intégration du spirituel et du religieux peut agir comme source d'espoir et d'estime de soi, deux dimensions souvent ébranlées chez les personnes souffrantes de troubles addictifs.

En suite, la réadaptation implique que la personne fasse un travail au plan personnel l'amenant à se remettre en cause et à prendre conscience des ces troubles.

Enfin, le pardon et la libération du sentiment de culpabilité constituent des enjeux importants dans toute démarche spirituelle; ils occupent également une place importante dans la réadaptation des personnes addictes aux substances psycho-actives.

Bien entendu nous pourrions appliquer ce raisonnement pour d'autres troubles comme le psycho traumatisme et autres.

Galanter en 2008 [90] a mené une étude visant à définir la nature de la spiritualité et sa relation avec la recherche empirique et la pratique clinique. Une compréhension préliminaire de l'expérience spirituelle peut être réalisée sur la base de diverses sources théoriques et empiriques délimitées comme la physiologie ou la psychologie. Par ailleurs, l'impact de la spiritualité sur la santé mentale et la toxicomanie dans différents contextes culturels et cliniques est explicité dans ses aspects bénéfiques et compromettants. L'étude a montré des illustrations de son application dans la médecine addictive et la psychiatrie générale, à travers les pratiques méditatives, les Alcooliques Anonymes, et les programmes pour toxicomanie.

Compte tenu de l'importance de la spiritualité dans le programme des Alcooliques Anonymes liés aux Douze Etapes des Groupes, il est communément admis qu'il joue un rôle important dans la réhabilitation de nombreuses personnes toxicomanes. Cependant, la question de la spiritualité est importante dans la culture contemporaine, aussi bien dans la forme d'orientation déiste, comme en témoigne l'échantillonnage probabiliste d'adultes américains parmi lesquels 95% des personnes interrogées ont répondu positivement lorsqu'on leur a demandé s'ils croyaient en Dieu ou en un Esprit universel. Le suivi de cette question a révélé que pour 51% des personnes, les croyances affectaient la vie quotidienne.

Miller [91] rapporte une douzaine d'études qui suggèrent que l'abus d'alcool et de drogues est associé au fait de ne pas donner de sens à sa vie.

Il a aussi observé [92] que le sentiment de donner un sens à sa vie et d'avoir un but dans la vie augmentait au cours de la démarche de réadaptation.

Il semble donc que le fait qu'une personne accorde une place à la dimension spirituelle et religieuse augmente ses capacités d'adaptation, la rend moins vulnérable au stress et favorise l'intériorisation d'un sens et d'un but personnel.

Certains auteurs comme Krause [75] ; Galanter [90] ; Brown et Peterson [93] attestent que l'intégration de la spiritualité au traitement médicamenteux de certains troubles psychique favorise l'émergence de l'espoir dans la réadaptation et facilite le processus de réappropriation des valeurs.

La spiritualité serait donc une source de coping positif pour les personnes malades.

b) Spiritualité et Alcool

La dépendance à l'alcool est une maladie complexe qu'il faut aborder sous plusieurs angles (biologique, social, psychologique et spirituel) avant de pouvoir compter sur une véritable amélioration. La spiritualité jouerait un rôle capital dans le processus de guérison. Faire appel à une puissance supérieure est une démarche qui peut trouver sa place dans le traitement des dépendances, notamment depuis la naissance de l'association Alcooliques anonymes (AA) aux USA, en 1935. Parmi les préceptes des alcooliques anonyme: demander l'aide d'une puissance supérieure, reconnaître ses torts et s'en repentir, pratiquer la méditation et réciter des formules, telle la Prière de la sérénité (Annexe5)

Alors qu'il y a eu sécularisation dans le traitement médical et psychologique des troubles psychiatriques, Miller [92] note que le traitement de l'alcoolisme n'a pas suivi le même trajet. Il s'agit d'un domaine où la spiritualité n'a pas toujours perdu sa place. Cette tendance est possiblement liée à la popularité de l'approche des Alcooliques Anonymes (A.A.) où la maturité spirituelle est vue comme ayant un rôle central dans le cheminement vers l'abstinence.

Dans une revue de littérature, Cook [94] a recensé 265 livres et articles scientifiques qui font le lien entre spiritualité, religion et dépendance à l'alcool et aux drogues. Il parle d'une littérature en émergence depuis les années 1980 qui provient majoritairement (à 88%) d'auteurs et d'institutions américains. Il rapporte ainsi des études où les sujets qui avaient intégré des pratiques spirituelles avaient de meilleurs résultats face au traitement et maintenaient davantage les gains acquis durant le traitement. Les personnes qui s'en sortent afficheraient une plus grande spiritualité que celles qui rechutent. Il note toute fois que près de la moitié des écrits (48%) visent l'étude des 12 étapes des alcooliques anonymes (A.A.).

L'approche des douze étapes des alcooliques anonymes constitue l'intervention la plus étudiée et elle est globalement reconnue comme ayant un impact positif. [22] Selon les AA, la croissance spirituelle est le moteur de la sobriété.

Trois des douze étapes font référence à la spiritualité : d'abord par la relecture de la journée, admettre ses torts, puis par la prière et la méditation, nourrir notre relation avec notre puissance supérieure afin de puiser en nous-mêmes la force de trouver sa joie ou sa volonté et enfin, par le développement de notre éveil spirituel et la mise en pratique les principes dans toutes les sphères de notre vie.

Les douze étapes des alcooliques anonymes (Annexe 6) font la promotion de comportements qui soutiennent la santé, et la sobriété est comprise en lien avec une spiritualité qui implique plus que l'abstinence.

Le cheminement vers la maturité spirituelle implique acceptation, humilité et sérénité. Il s'agit d'une composante essentielle du traitement en déplaçant l'attention du rôle de l'alcool et de l'ego vers une troisième dimension, celle de l'Esprit ou de la puissance supérieure [91] ; [92]

Getsinger note : « alors que la dynamique de dépendance amènerait une rupture des liens avec nous-mêmes, avec les autres et avec une puissance supérieure, le cheminement spirituel situe la personne dans une démarche de réunification des liens brisés » [95].

Toutefois, les études qui ont évalué l'effet de pratiques spirituelles spécifiques sont peu nombreuses. Trois types d'interventions et de pratiques spirituelles sont étudiés dans la littérature : les interventions assumées par des communautés de foi, le programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes et la méditation. [96]

Plusieurs centres de traitement ont été fondés par des communautés religieuses ou des communautés de foi. Le plus souvent, la spiritualité n'est pas considérée comme une méthode de traitement en soi, mais plutôt comme une orientation générale que l'on peut donner au traitement.

Or, si ces centres portent des valeurs religieuses, les approches utilisées sont souvent séculières. [97] Il est difficile d'évaluer l'apport spécifique de la spiritualité dans l'efficacité du traitement. De plus, la plupart des programmes qui intègrent une approche spirituelle adoptent les étapes proposées par les Alcooliques Anonymes.

c) La spiritualité comme facteur de « protection » contre l'abus de drogue et d'alcool.

Un lien fortement documenté dans la littérature, notamment américaine, est la relation inverse qui existe entre l'implication spirituelle/religieuse et la consommation de drogue et d'alcool. En comparaison avec la population en général, les américains qui entrent en traitement ont des niveaux plus bas de religiosité ; ils ont moins de pratiques spirituelles et trouvent moins de sens à leur vie. [96]

Différentes hypothèses sont formulées pour expliquer cette relation. Des auteurs [22] ; [91] situent ces hypothèses à trois niveaux. Avant tout, même si la consommation d'alcool est présente dans certains rituels religieux, l'abus est dénoncé, voire condamné.

Ensuite, l'appartenance à une communauté spirituelle, favorise la rencontre avec d'autres communautaires, ainsi que la constitution d'un réseau de soutien évitant de s'engager, ainsi dans des activités reliées à la consommation. Enfin, l'exposition à un cadre religieux renforcerait un message moral soutenu par une communauté et l'intériorisation du système de valeurs.

d) Récapitulatif de ce chapitre

Ce survol de la littérature propose un certain nombre de liens sur l'apport de la spiritualité et de la religion dans la réadaptation de personnes dépendantes à l'alcool et aux drogues.

De façon générale, la recherche a exploré le lien entre spiritualité/religion et la dépendance à l'alcool et à la toxicomanie à travers différents sujets qui peuvent être regroupés en trois catégories : la spiritualité agirait comme facteur de protection; la spiritualité augmenterait la capacité d'adaptation et le bien-être psychologique et en fin, la spiritualité interviendrait dans le processus de guérison.

La spiritualité et la religion agiraient comme facteurs de protection face à la consommation en suscitant de l'espoir et en favorisant l'intériorisation d'un sens et d'un but personnel tout en étant un appui dans le processus de réadaptation. Dans sa fonction protectrice et étayante dans le traitement de l'alcoolisme et la toxicomanie, la spiritualité semble contribuer en soutenant les stratégies d'adaptation de la personne, en renforçant son bien-être psychologique et en agissant comme facteur de protection face à la consommation.

Toutefois, la mesure de l'apport du spirituel et du religieux comme variable indépendante demande encore d'être étudiée et approfondie. Pour plusieurs auteurs, une difficulté importante réside dans l'opérationnalisation de ces concepts. Il existe actuellement peu de consensus sur la définition de la spiritualité ou de la vie spirituelle qui varie selon les auteurs, les approches et les cultures comme nous l'avons vu.

On peut aussi postuler que la religion serait protectrice du fait d'une imposition de « normes » et de valeurs morales qui promettent des « punitions » à ceux qui transgressent. La religion serait donc un « surmoi » introjecté qui prévient certains comportements mais ne permet pas forcément un épanouissement serein et positif.

1.6.2- Spiritualité et troubles anxio-dépressifs

Nous sommes tenter de citer au passage que dans le domaine du religieux, il existerait un équivalent dépressif au sens médical du terme. Cet état correspondrait à l'acédie. Dans la religion catholique l'acédie est un mal de l'âme qui s'exprime par l'ennui, le dégoût pour la prière, la pénitence et la lecture spirituelle. Il est perçu comme une sorte de « torpeur spirituelle » caractérisant ceux qui, par découragement, ne s'empresent plus à prier Dieu. Cet état de passivité, de tristesse ou de prostration n'est pas la seule forme de manifestation de l'acédie, le mal décrit peut paradoxalement se manifester par des états de suractivité, d'agitation et de fébrilité physique et mentale. Ce tableau est comparable à celui d'une dépression avec perte de l'élan vital et anhédonie pouvant parfois se manifester par une excitation psychomotrice comme cela peut se voir dans certaines formes cliniques de la dépression (dépression agitée). L'acédie peut être une épreuve passagère, mais peut être aussi un état de l'âme qui devient une véritable torpeur spirituelle avec replie de la personne sur elle-même. Une sorte de (dysthymie chronique voire de mélancolie). C'est alors une maladie spirituelle selon l'Église catholique.

Ce qui a amené certains auteurs [98] ; [99] à faire le parallèle avec la maladie anxio-dépressive.

D'un point de vue définitionnel, la dépression est une pathologie psychiatrique caractérisée par un trouble de l'humeur. Du latin « depressio » qui signifie « enfoncement », le terme a été utilisé pour la première fois au XIXème siècle. Les manifestations cliniques de la dépression sont polymorphes mais le plus souvent, elle se caractérise par un trouble de l'humeur avec une perte de l'élan vital, une anhédonie, des troubles du sommeil et instinctuels, une asthénie et une douleur morale qu'il faut systématiquement rechercher car souvent associée à des idées noires. D'autres troubles peuvent être associés. L'anxiété peut être une composante de ce trouble de l'humeur.

L'étiopathogénie est souvent multifactorielle, un facteur déclencheur n'est pas toujours retrouvé. Certaines maladies chroniques peuvent affecter la régulation de l'humeur notamment chez le patient plus âgé (diabète, maladies coronariennes et autres maladies chroniques). Cela peut se produire sans être en relation avec la perception subjective que la personne a de sa condition. Cette pathologie peut être isolée ou s'associer à un autre trouble psychiatrique ou également à une affection somatique.

Selon Henri Ey : « il s'agit d'un processus pathologique extrêmement complexe [...] De toute manière, soit comme conséquence soit comme simple association, sont ajoutés aux troubles de l'humeur deux autres phénomènes : l'inhibition et la douleur morale ». L'inhibition est « une sorte de freinage ou ralentissement des processus psychiques de l'idéation qui réduit le champ de la conscience et les intérêts, replie le sujet sur lui-même et le pousse à fuir les autres et les relations avec autrui. Subjectivement, le malade éprouve une lassitude morale, une difficulté de penser, d'évoquer (troubles de la mémoire), une fatigue psychique. [...] La douleur morale s'exprime sous forme d'auto-dépréciation qui peut devenir auto-accusation, auto-punition et un sentiment de culpabilité» [100]

La place de la spiritualité dans les troubles anxio-dépressifs est délicate car on la dissocie mal avec la religion qui peut être source d'états dépressifs. En effet, une étude australienne [101] ayant examiné les données d'environ 80 études publiées et non publiées pour interroger la relation entre l'appartenance religieuse et le développement de symptômes dépressifs ou des troubles dépressifs a montré que les pratiques religieuses peuvent générer des symptômes dépressifs, notamment pour les personnes appartenant à certaines affiliations religieuses particulières à haut niveau d'engagement religieux associé à des motivations religieuses intrinsèques importantes.

Mais en comparaisant avec des personnes sans appartenance religieuse les personnes réclamant une activité religieuse ont un moindre risque de développer des symptômes dépressifs.

Donc, sous l'angle de la spiritualité, la dépression arrive relativement moins fréquemment parmi les « religieux » et agirait de ce fait comme un facteur protecteur. La spiritualité interviendrait alors lorsque le patient s'interroge sur ses propres fonctionnements, d'avoir des questions sur le but de sa vie ou de ses motivations.

La quête d'un être supérieur, de motivations plus grandes, d'idéaux plus élevés peut l'aider à avancer mais aussi le freiner. La spiritualité permet parfois de donner un sens à la souffrance de la personne en la mettant en paix avec elle-même et avec la vie telle qu'elle se présente, avec ses limites.

1.6.3- Spiritualité et la prévention du suicide

Le suicide est un acte délibéré pour mettre fin à ses jours. Cet acte volontaire peut être le summum symptomatologique d'un état dépressif majeur ou d'un état anxieux paroxystique. Le suicide se retrouve aussi dans plusieurs pathologies psychiatriques notamment les états dépressifs, les troubles bipolaires et la schizophrénie.

Bien que dans un grand nombre de cas, le suicide s'intègre à l'évolution d'une pathologie psychiatrique, il n'intéresse pas seulement le domaine de la psychiatrie, mais aussi la sociologie, l'anthropologie, la philosophie, l'histoire et même la théologie.

En fait, les religions monothéistes condamnent le suicide depuis toujours. Elles considèrent l'acte comme un acte qui va contre soi-même et comme un meurtre. Elles confèrent l'appartenance de l'être humain à Dieu ainsi que sa souveraineté sur lui.

En choisissant de mettre fin à ses jours, l'homme va expressément à l'encontre de la volonté de Dieu. Il est coupable alors d'une rupture de sa relation avec son Créateur.

Dans la religion catholique, le suicide a été déclaré comme criminel depuis le premier concile de Braga en 561. L'Islam condamne le suicide et le considère comme un péché. Le judaïsme également se basant sur une interprétation d'un des tous premiers versets de la genèse Selon le bouddhisme, ce que nous faisons ou ne faisons pas n'est pas le seul critère qui détermine si un acte est bon ou mauvais, c'est la motivation qui sous-tend l'acte qui constitue le critère.

Selon la théorie du karma, quoi que nous fassions, nos actes auront des conséquences. Rien ni personne ne prend la décision de nous récompenser ou de nous punir. C'est la force de l'action elle-même qui détermine le résultat. D'après les principes d'interdépendance et du karma, notre mort est suivie d'une renaissance dans la vie suivante. Ainsi donc, le suicide est perçu assez différemment selon les cultures ; si dans les sociétés occidentales, il a longtemps été considéré comme immoral et déshonorant, il est dans d'autres sociétés justement le moyen de recouvrer un honneur perdu.[102]

En (1886), Nietzsche témoigne de sa connaissance personnelle de la question du suicide : « La pensée du suicide est une puissante consolation : elle nous aide à passer maintes mauvaises nuits ». Ceci ne doit pas étonner de la part d'un philosophe qui estimait ne pouvoir répondre à la décadence (nous entendons le nihilisme et la dépression) que parce qu'il en avait parcouru toutes les figures. [103]

Dans *Humain, trop humain* [104], Nietzsche, dans une perspective antireligieuse, lança un appel à la raison et au respect du suicidé et de son acte. Dans *Le vieillard et la mort* il cite : « Abstraction faite des exigences qu'imposent la religion, il sera bien permis de se demander : pourquoi le fait d'attendre sa lente décrépitude jusqu'à la décomposition serait-il plus glorieux, pour un homme vieilli qui sent ses forces diminuer, que de se fixer lui-même un terme en pleine conscience ? Le suicide est dans ce cas un acte qui se présente tout naturellement et qui, étant une victoire de la raison, devrait en toute équité mériter le respect : et il le suscitait, en effet, en ces temps où les chefs de la philosophie grecque et les patriotes romains les plus braves mouraient d'habitude suicidés. Bien moins estimable est au contraire cette manie de se survivre jour après jour à l'aide de médecins anxieusement consultés et de régimes on ne peut plus pénibles, sans force pour se rapprocher vraiment du terme authentique de la vie. Les religions sont riches en expédients pour éluder la nécessité du suicide : c'est par là qu'elle s'insinue flatteusement chez ceux qui sont épris de la vie. »

Bien que le point de vue sur le suicide puisse dépendre aussi du courant de l'époque, celui des croyants rejoint celui de leur religion.

Une étude menée dans 26 pays de tradition judéo-chrétienne [105] a révélé que plus les femmes et les personnes âgées étaient religieuses, moins elles se suicidaient. A côté de la religion, il existe d'autres facteurs de protection qui contrebalancent les effets négatifs des facteurs de risque associés au suicide. On compte parmi ceux-ci des stratégies de gestion du stress adéquates, un environnement social disponible et significatif, une ouverture à l'aide, une estime de soi élevée, une confiance en ses capacités à faire face aux vicissitudes de la vie.

Inculquer ces facteurs à un individu qui présente un risque suicidaire permet de prévenir le suicide. En effet, le suicide est en général annoncé par celui qui va perpétrer l'acte. La personne prend souvent la peine de prévenir en laissant par exemple une lettre d'adieu ou d'explication. La prévention du suicide passe par l'écoute de ces signaux d'alarme. Une communication interpersonnelle adéquate permet d'établir un véritable dialogue.

La prise en charge des patients qui tentent de se suicider est importante car les risques de récurrence sont importants. Il est cependant aussi nécessaire de faire une prévention du suicide en amont.

La prévention du suicide passe par l'explication de ce qu'est la dépression. Tous les thérapeutes en contact avec des patients ou des personnes susceptibles de sombrer dans la dépression doivent être en mesure de reconnaître un signal d'alarme et de contacter une association d'aide si nécessaire. Il s'agit là du premier stade de la prévention.

La spiritualité peut être un outil pour prévenir les tentatives de suicide dans la mesure où elle peut être considérée chez les personnes qui revendiquent une vie spirituelle comme un frein « moral » empêchant de recourir au suicide quelque soit le degré de leur souffrance. Donc elle peut être considérée comme un facteur de protection

Selon Hillbrand et al. [106] L'importance de l'espoir dans la prise en charge des maux physiques est bien documentée mais on connaît moins bien son rôle dans le traitement de la maladie mentale. Et pourtant l'espoir d'atteindre un objectif figure en bonne place parmi les influences curatives qui aident les patients dépressifs à récupérer. Les processus cognitifs parfois violents intégrés dans les protocoles de soins courants entraînent souvent la perte d'espoir. Ainsi, pour qu'un traitement médicamenteux soit efficace, il faut une restauration de l'espoir.

Leur étude a d'abord passé en revue la littérature sur l'espoir en ce qui concerne les préoccupations cliniques, la spiritualité, l'adaptation à la maladie physique et le moral du personnel soignant. Le désespoir, un des facteurs d'actes suicidaires, propulse le patient vers la violence puis vers une position nihiliste sur la possibilité de guérison. En essayant de promouvoir l'espoir, une branche de psychiatrie médico-légale a voulu expérimenter la différence entre les pratiques cognitives existantes. L'auteur en suivant le résonnement de Beck soutient alors que la base de l'agressivité consiste en des distorsions cognitives similaires à la dépression et la tendance au suicide.

Le traitement instauré face à ces actes désespérés passait par le fait que les patients professaient leur ressenti et se justifiaient. Mais le traitement visait à leur faire découvrir la fausseté de cette croyance. Les aider à surmonter la culpabilité qui les submerge leur permet de se pardonner. Ils peuvent alors décrire l'influence de leur désespoir. Parmi les patients qui ont participé à cette expérience, certains ont mis l'accent sur le lien entre leur sentiment d'espoir et leur spiritualité. En d'autres termes, leur persistance à poursuivre un objectif va de pair avec la façon dont ils sont spirituels.

Ce traitement a aussi été appliqué à des individus qui ont réagi avec désespoir et idées suicidaires à l'annonce du diagnostic de séropositivité au VIH. Au cours de la prise en charge de la phase initiale de la maladie, ils ont émergé avec un plus grand sentiment d'espoir et ont mieux fait face à leur maladie avec beaucoup plus de sérénité. L'auteur suggère que la meilleure façon de faciliter ce processus est pour les thérapeutes d'être à l'écoute du désespoir des patients, du risque suicidaire et de prendre en compte tout ce qui peut aider à ce passage du désespoir vers l'espoir, même s'il faille faire intervenir des questions d'ordre spirituel. Il suggère une restructuration de la psychothérapie.

L'espoir devrait aussi être mieux compris dans le contexte des évaluations du risque médico-légal. En effet, les personnes ayant le sentiment qu'ils n'ont rien à perdre sont sujettes à part entière au désespoir, et de ce fait, sont particulièrement dangereux. Le phénomène des dépressifs se retrouve aussi chez les condamnés à mort ou en situation de contention. De mêmes, beaucoup de légistes posent un risque de suicide sur des cas de patients hospitalisés. Mais dans beaucoup de cas, le désespoir n'atteint pas que les patients. Ils concernent aussi le personnel médical. Bien des psychothérapeutes expérimentent la même tension ressentie par leurs patients. Le désespoir du praticien peut aussi venir du fait qu'il pense n'être jamais en mesure d'aider certains de ses patients.

Le risque est de projeter leurs ressentis sur eux. Le « programme de thérapie psycho spirituelle » concerne donc aussi bien les médecins que les patients qu'ils prennent en charge

1.6.4- Spiritualité et la réadaptation psychosociale du schizophrène

La schizophrénie est une psychose grave survenant chez l'adulte jeune habituellement chronique. Le terme provient du grec « skizein » pour « fendre » et « phrénos » : « esprit ». Cliniquement, la maladie est caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente pouvant entraîner une rupture de contact avec le monde extérieur et des signes dits « négatifs » de repli sur soi et de retrait social.

La prise en charge est assurée par un dépistage précoce de la maladie car il n'existe pas de traitement étiologique. Le but du traitement est de diminuer la fréquence des accès de crise pour permettre une réadaptation psychosociale, d'éviter une évolution déficitaire et faire accepter la nécessité du traitement.

Le traitement médicamenteux passe par les antipsychotiques. Il lui est associé des formes de psychothérapie telle que la psychothérapie de soutien qui permet d'obtenir la confiance du patient et de son entourage. La psychothérapie institutionnelle permet d'aider le patient à accepter et à supporter son séjour à l'hôpital. La thérapie familiale est utilisée pour faciliter l'intégration du schizophrène par sa famille.

Pour la réadaptation sociale du sujet, les mesures utilisées incluent la sociothérapie en addition à la chimiothérapie et la psychothérapie. Le patient peut occuper un emploi protégé.

L'état clinique du patient est évalué par l'échelle des symptômes positifs et négatifs tandis que l'adaptation psychosociale est évaluée par l'échelle globale de fonctionnement. Les symptômes psychotiques positifs peuvent parfois se traduire par des délires à thématique religieuse. Typiquement, dans les délires de grandeur ou de persécution, la personne peut alors se prendre pour Dieu ou le diable, ou se sentir persécutée par des forces occultes.

La dimension spirituelle peut également être séduisante pour interpréter les expériences étranges, tels que les hallucinations et les délires. Des interprétations de ce type n'ont a priori rien de pathologique, elles puisent dans la culture pour donner du sens. Là encore, les conséquences peuvent être très diverses : aide, acceptation ou refus des traitements, souffrance spirituelle ou aggravation des symptômes.

Dans la schizophrénie, la religion a surtout été étudiée sous son aspect pathologique. Or de nombreux patients s'appuient sur leurs ressources spirituelles pour faire face à leur maladie.

L'étude menée par MOHR et ses collaborateurs à Genève [107] faite sur 115 patients schizophrènes a permis de développer un outil de mesure des relations entre spiritualité, pratiques religieuses et coping. Cette étude a montré que la religion a eu un effet positif pour 71% des patients et négatif pour 14% des patients de l'étude. Cette même étude a démontré que, comparées à la population générale, les personnes souffrant de schizophrénie sont beaucoup plus religieuses.

Les croyances religieuses et les pratiques spirituelles sont très importantes chez ces patients, d'où l'importante présence du coping religieux dans leur vie. Cette stratégie est efficace par rapport à la dépression, l'angoisse, la drogue et le suicide.

Elle l'est aussi en ce qui concerne les symptômes psychotiques positifs, par la gestion des réactions émotionnelles et comportementales qui y sont associées. Cependant, elle peut aussi conduire à une grande souffrance ou au refus des traitements.

Une autre étude d'Huguelet et *al.* [7] menée à Genève, s'est donnée pour objectif d'examiner les pratiques religieuses et spirituelles de patients souffrant de schizophrénie par rapport à leurs cliniciens. Il s'agissait de patients traités en ambulatoire. La population d'étude comprenait 100 patients d'établissements publics, à Genève. Les patients avaient tous un diagnostic de psychose non affective. Les entretiens ont été enregistrés sur bande sonore.

Le questionnaire était de type semi-structuré et était axé sur la spiritualité et le rôle d'adaptation donné par la religion. Les praticiens et les patients avaient été interrogés sur leurs propres croyances et activités religieuses. L'équipe a développé un guide d'entretien semi-structuré adaptée de différentes échelles et de questionnaires sur la mesure multidimensionnelle de la religiosité.

L'étude rapporte que pour la majorité des patients, la religion était un aspect important dans leur vie. Or, seulement 36% de ces patients osaient en parler avec leur praticien. De plus, 16% des patients avaient des symptômes psychotiques positifs reflétant des aspects de leurs croyances religieuses.

Du côté des praticiens (N= 34), peu d'entre eux ont été impliqués religieusement et dans la moitié des cas, ils estimaient que les perceptions religieuses de leurs patients étaient inexactes.

Quelques patients considéraient que la pratique religieuse est incompatible avec le traitement et peu de cliniciens se rendaient compte de la présence d'un tel conflit intérieur.

L'étude a donc permis de conclure que la religion est une question importante pour les patients atteints de schizophrénie, et il n'est souvent pas lié à la teneur de leurs délires.

Les praticiens, bien qu'ils se déclarent à l'aise à l'abord de la question spirituelle par leurs patients, n'ont souvent pas conscience de l'implication religieuse de ceux-ci. En effet, la schizophrénie est une maladie débilitante où le concept de réadaptation peut être utile dans les soins en mettant l'accent sur les réalisations personnelles plutôt que la réduction des symptômes.

Au terme de cette partie sur la spiritualité et ses liens avec le psychisme, il nous faut préciser qu'en aucun cas nous ne privilégierons l'idée qu'une ou l'autre forme de spiritualité puisse apporter quelque chose dans la guérison d'un malade. Mais nous pensons avoir assez d'éléments pour inférer que la dimension spirituelle est une partie intégrante de la personnalité et interfère dans le rapport au monde et à la maladie dans un nombre non négligeable de cas. Ainsi il ne nous paraît pas utile de tenter de démontrer que telle ou telle forme de prière ou de méditation transcendantale aide des patients dans X% des cas, mais en revanche, dans le respect absolu de la forme de spiritualité du patient quelle qu'elle soit, en tenir compte et amener le patient en entretien à l'évoquer au même titre que d'autres dimensions.

Notre hypothèse serait celle d'un souhait du patient de pouvoir inclure cette dimension dans la relation psychothérapeutique en même temps qu'une difficulté, du patient et du psychiatre, à l'évoquer dans ce cadre. Nous reviendrons en détail sur cette hypothèse dans un autre chapitre

1.6.5- L' « efficacité » controversée de la spiritualité/religion dans le domaine du soin

La religion est probablement l'un des éléments culturels les plus influents dans une société. Cela est particulièrement vrai pour des sciences sociales comme l'anthropologie et la sociologie qui reconnaissent l'importance de la religion comme un système collectif de croyances et de pratiques, offrant un cadre de signification (Durkheim 1968; Geertz 1973) [37];[38]. C'est l'un des cadres de référence les mieux organisés pour ses membres. Elle apporte des normes, enseigne la distinction entre le bien et le mal, instaure des codes de comportement, des traditions et bien d'autres choses encore. Elle constitue une organisation sociale qui détermine la façon dont ses membres construisent et se représentent le monde (Geertz, 1973). Mais qu'en est-il dans le domaine du soin ?

a) La Religion et la pensée analytique

Pendant longtemps, l'aspect religieux a été perçu, notamment par des courants d'orientation psychanalytique, comme un mécanisme de défense «étranger à la réalité» (Freud, 1948) , [108] servant à réduire la tension et à nier l'événement stressant; on le percevait comme un symptôme névrotique, associé à la pensée irrationnelle, voire à une perturbation émotionnelle (Ellis, 1986) [109]. Nous rappelons ici, que les religions ou les idées religieuses pour Freud sont soit des projections, soit des dogmes voire des illusions [10] ;[11] .

Au niveau social, pour Freud la religion était vue comme un ensemble de restrictions aliénantes [110], [111]. On l'associait à des attitudes de passivité et d'évitement (Pargament, 1997) [35] et elle était souvent abordée de façon individualiste, simpliste, biaisée et non collaborative (Pargament & Maton, 2000) [6]. il s'agit au contraire d'un phénomène complexe aux multiples dimensions, impliquant une diversité de variables cognitives, émotionnelles, comportementales, phénoménologiques, interpersonnelles et physiologiques (Hill & Pargament, 2003; Kendler, Liu, Gardner, McCullough, Larson, & Prescott, 2003; Paloutzian & Park, 2005). [5], [112] ; [113] ; [114]

Dans un entretien au cours d'une recherche qualitative faite auprès de 25 psychanalystes et psychothérapeutes à Londres, Sydney et Melbourne [115], la manière dont ces cliniciens expérimentent, conceptualisent et travaillent sur les questions spirituelles a été évaluée. Deux méthodes d'analyse ont été utilisées intégrant un codage des idées fondamentales, les thèmes et concepts exprimés. Les participants ont noté que la spiritualité pouvait être la « tâche aveugle » de la psychanalyse. Après réflexion sur ce qu'ils auraient voulu dans leurs propres analyses, ils ont imaginé que si les patients le souhaitaient, ils en parleraient avec eux de leurs préoccupations spirituelles sans préjugés.

La dimension de confort/défi a été identifiée à la suite des discussions sur les expériences spirituelles des praticiens. Cette dimension impliquerait alors l'instauration d'une vue et d'une vision plus larges dans la prise en charge psychanalytique, un sens aigu de l'inconnu et un plus grand degré d'incertitude.

b) Religion et les guérisons miraculeuses

Hamdy [116], En partant d'une citation biblique (New Testament, Mark 2:11) : « Jesus said, "I command you, pick up your mat and go" ». Traduction : « Jésus dit, "je vous commande, prends ton grabat et rentre chez toi"», et le paralytique se leva ; se demande sur certains phénomènes qualifiables de miraculeux.

Il se demande s'ils sont vraiment des signes d'une intervention divine? Selon lui si Dieu devait intervenir dans nos misères quotidiennes, comment ce phénomène pourrait être exploité de façon reproductible ? Et si l'esprit a créé Dieu, alors l'esprit ou l'une de ses dimensions peut-il aider à soigner ? Reproductibilité et précision de la mesure sont les pierres angulaires des études scientifiques. A l'inverse, ce qui ne peut être mesuré ou reproduit dans des conditions strictes de laboratoire est considéré avec scepticisme, surtout s'il n'y a aucune explication fondée sur les connaissances actuelles et les pratiques médicales. Avec le temps, la diversité des outils de diagnostic et d'algorithmes a diminué l'importance de l'intuition dans le processus de diagnostic. La nature de la relation patient-médecin est plus concentrée, soumise aux contraintes de temps et beaucoup moins personnelle. Dans cette brève interaction entre le médecin et son patient, il y a peu de place pour autre chose que le problème en soi.

En examinant les effets de la religion et de la spiritualité, l'auteur distingue deux questions. Le premier est le résultat absolu de la maladie : la guérison, l'amélioration, l'absence d'effet, la détérioration de l'état du malade, voire la mort. La deuxième est l'interaction entre la maladie et l'état émotionnel et mental du patient : comment la maladie affecte l'état émotionnel du patient et comment cet état affecte la réponse du patient à la maladie. Les preuves recueillies par l'auteur l'ont amené à soutenir l'idée que les croyances peuvent influencer le cours de la maladie et que les croyants sont moins vulnérables à la dépression que les non-croyants.

Enfin, l'auteur se pose la question suivante : « Est-ce que l'esprit peut influencer sur les réponses physiopathologiques du corps d'une façon que ne nous pouvons pas toujours comprendre, ou est-ce qu'une puissance surnaturelle, Dieu en l'occurrence, fait intervention et change le cours de la maladie à la demande des croyants ? » Il répond : « Ce qui ne peut être mesuré avec précision et reproduit ne signifie pas nécessairement impossible ou inexistant ».

L'auteur suggère d'aller à la racine du problème et d'élucider les mécanismes par lesquels la religion et la spiritualité affectent la réponse du corps à la maladie. Il conclut que les fournisseurs de soins de santé, indépendamment de leurs convictions propres, devraient être sensibles aux systèmes de croyances de leurs patients et l'impact potentiel de celui-ci sur leur santé.

Pour notre part, nous estimons que la science n'a pas à répondre à ces questions. Une étude peut montrer que la spiritualité a un impact sur le patient mais elle ne doit pas se poser la question du « pourquoi ». En revanche si admettre cette dimension de la vie du patient représente un bénéfice, notamment sur le plan émotionnel, bien que cela repose sur une croyance indémontrable, n'est il pas de son devoir de s'y intéresser au nom du principe de l'« obligation de moyens » ?

c) l'engagement spirituel du thérapeute et son influence dans la psychothérapie.

Utilisant des entretiens qualitatifs, une étude menée au Michigan [117] a montré comment, dans quelles mesures et pourquoi les psychiatres et les psychologues d'orientation judéo-chrétienne ou croyants étaient prêts ou réticents à intégrer les paradigmes religieux dans leur pratique psychiatrique. La plupart des participants à l'étude ont affirmé croire que les paradigmes médicaux, scientifiques et religieux ont tous leur importance et qu'ils peuvent coexister dans la pratique psychothérapeutique.

Ils suggèrent même que les questions religieuses et spirituelles puissent être intégrées dans la prise en charge des patients psychiatriques. Cependant, les tentatives réelles de les intégrer reflètent généralement l'unilatéralité de la question car elles étaient uniquement axées sur les clients.

Les croyances personnelles des praticiens ont donc peu de place dans la pratique. L'auteur de l'étude conclut que ces initiatives d'intégration ont été mises en place pour faire face à des obstacles institutionnels puissants comme les normes politico-culturelles concernant la séparation de la religion des institutions laïques et les normes professionnelles.

Le dialogue contemporain entre la religion et la psychiatrie a ses racines dans ce qu'on appelle le mouvement clinique pastoral, mené par des personnes dans les premières décennies du XXème siècle comme Worcester, Boisen, Cabot. Leur héritage perdure dans les personnes qu'ils ont inspirées et dans les organisations professionnelles et programmes universitaires qui profitent de leur travail de pionnier.

A l'époque, ils étaient certains que la psychiatrie et la religion avaient des choses à se dire l'une à l'autre, qu'elles étaient fortement liées. Cette théorie a traversé les mouvements historiques, religieux, scientifiques et culturels des Etats-Unis pendant plus d'un siècle. [118]

d) Entre la religion et la psychiatrie, un conflit épistémologique ?

Une étude australienne faite en 2004 [119] a voulu examiner l'affirmation selon laquelle il existait un conflit épistémologique fondamental entre la religion et la psychiatrie. Ce qui pourrait être une explication rationnelle pourrait conduire un rapprochement entre les deux. Cette étude en a conclu que très certainement le fossé existe mais il y a une acceptation croissante de l'importance de la religion et de la spiritualité à la psychiatrie. Elle soutient que ce rapprochement pourrait mieux être réalisé en augmentant la sensibilisation au sein du monde psychiatrique et une plus ample connaissance des questions, mais surtout par une volonté d'embrasser un pluralisme intellectuel, culturel et religieux

e) Religion et traumatisme

Nous pouvons encore rendre compte de la controverse que suscite la religion dans le domaine du soin à travers quelques études faisant référence au lien entre religion et traumatisme.

La littérature montre que la plupart du temps les gens tendent à se rapprocher de la religion lors d'événements traumatiques (Shaw, Joseph et Linley, 2005) [120] allant jusqu'à en tirer des bénéfices, comme le « posttraumatic growth » (Tedeschi & Calhoun, 2004) [121] ou l'expérience d'un changement positif à la suite d'un événement éprouvant. Ce pendant, d'autres auteurs mentionnent la tendance contraire, c'est-à-dire, l'éloignement de la religion ou l'apparition d'idées négatives par rapport à celle-ci (Boehnlein, 2007 ; Shaw et al., 2005 ; Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991) [2], [120] [122].

Lors de recherches sur le rôle de la religion face à des situations traumatiques de guerre, Sistiva-Castro et Sabatier (2005) [123] et Sistiva et Rousseau (2008) [124] ont observé dans les récits de certains participants des oscillations dans leur itinéraires religieux, avec des périodes de rapprochement et des périodes d'éloignement, voir de désagrément et conflit. On entend par itinéraire religieux l'histoire du rapport que les individus ont à leur religion tout au long de leurs vies. Le rapport à la religion et à l'expérience religieuse serait alors des processus dynamiques et changeants tout au long de la vie. L'une des conséquences les plus importantes du traumatisme est la rupture des idées fondamentales sur le monde et sur soi, et sur leurs relations. Le traumatisme brise notamment trois présupposés de base: le monde est bienveillant, le self est précieux « *worthy* » et le monde a du sens « *meaningful* » (Janoff-Bulman, 1992) [125].

Le traumatisme génère une crise existentielle généralisée, observable en tant que crise morale et crise de sens, considérée par certains auteurs comme la source primordiale de détresse [2], [125] , (Barus-Michel, 2004 ; Boehnlein 2000) [126] ; [127]. La crise morale est caractérisée par un dilemme entre le bien et le mal.

Pour beaucoup, l'événement traumatique est leur première rencontre avec le mal « *“evil”* »), occasionnant des questionnements sur le bien, le mal et sur le sens ultime de la vie, ainsi que sur sa propre position face à ces questionnements (Sparr & Fergusson, 2000) [128].

Dans la crise de sens, le traumatisme renvoie la personne à des questions existentielles: Pourquoi ? Pourquoi moi? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter cela? Si Dieu existe, pourquoi a-t-il permis que cela arrive? ... Etc.

Ces questionnements reflètent les angoisses de mort et d'impuissance éveillées par le traumatisme, et demandent des efforts importants pour redonner du sens à ce qui leur arrive.

Nous pouvons faire un rapprochement avec la maladie quelle qu'elle soit (physique ou psychique). Dans cette quête du sens, la personne devra concilier des idées données pour acquises par l'existence de schémas cognitifs comme : « quoiqu'il arrive je pourrai toujours me défendre» avec les faits réel comme : la personne n'a pas pu se défendre cette fois-ci !

Cette idée rejoint celle de Park et Folkman [129] concernant le besoin de concilier le sens global et le sens situationnel lorsque ceux-ci se trouvent disjoints par un événement donné: la sensation de toute-puissance ferait partie du sens globale, qui face à l'impossibilité d'agir lors d'une situation donnée se trouve bouleversée.

f) le paradigme de la psychologie de la religion a changé!

Différents chercheurs de la psychologie de la religion s'accordent à dire que la psychologie de la religion est une discipline qui a vécu un changement de paradigme concernant sa conception dans les sciences sociales et de la santé.

Elle serait passée d'un « paradigme des mesures» ayant comme but principal l'opérationnalisation et la mesure de différents indicateurs de la religion, vers un «paradigme interdisciplinaire multi-niveaux» (Emmons & Paloutzian, 2003; Paloutzian & Park, 2005) [130] ;[114]

Ce nouveau paradigme comporte deux caractéristiques principales: son caractère interdisciplinaire et le multi-niveaux. De la première caractéristique, nous retenons la contribution que la psychologie culturelle peut apporter à la recherche, en ramenant des éléments issus à la fois de l'anthropologie et de la psychologie [2] et de la seconde nous trouvons quelle, met l'accent sur le caractère multidimensionnel de la religion atténuant ainsi les dernières réticences d'aborder cette question en psychiatrie.

Comme les domaines de recherche de la psychologie de la religion sont nombreux, nous allons en mentionner certains d'entre eux qui nous semblent pertinents comme :

g) La religion et psychologie du stress et du coping

Lors d'événements traumatiques (y compris l'annonce d'une maladie ou d'un trouble mental), les individus doivent mobiliser davantage leurs mécanismes d'adaptation. L'intérêt pour le rôle de la religion dans ce processus s'est beaucoup développé dans les dernières décennies. Nous accordons donc une importance particulière à cette section. Nous commencerons par faire un bref rappel de la théorie du stress et du coping, avant d'introduire la notion de sens dans ce processus pour ensuite présenter certains aspects de la littérature sur les fonctions de la religion dans le coping.

➔ Stress et coping

Le modèle transactionnel du stress et du coping développé par Lazarus et Folkman [131] définit le coping comme les comportements et les pensées utilisés par un individu pour gérer les demandes internes et externes des situations perçues comme stressantes, celles qui débordent les ressources disponibles de la personne (Folkman & Moskowitz, 2004) [132].

Les stratégies de coping ont été classifiées en deux grandes catégories, non exclusives (Chabrol & Callahan, 2004; Folkman & Lazarus, 1980) [133] ;[134]: le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion. Le premier correspond aux efforts visant à améliorer la relation personne-environnement, donc à résoudre le problème. Le deuxième comporte des pensées ou des actions dans le but de soulager l'impact émotionnel du stress et de réguler les émotions.

Endler et Parker (1990) [135] ont proposé un type de coping orienté vers l'évitement constituant ainsi une troisième sorte de coping. Il consiste en l'évitement de la situation stressante en s'engageant dans d'autres activités, individuelles ou collectives, pour réduire l'anxiété de la confrontation avec celle-ci.

→ Le sens dans le coping

Le modèle du stress et coping est repris par Park et Folkman (1997) [129] pour rajouter la dimension du sens. Après une brève définition du sens tel qu'il est entendu par ces auteurs, nous allons voir comment il peut s'articuler avec la spiritualité. Le sens est entendu par ses auteurs comme des perceptions de signification. Il fonctionnerait à deux niveaux: le sens global et le sens situationnel.

1- Sens global: il s'agit du niveau du sens le plus abstrait et généralisé possible. Il englobe les croyances, les suppositions, les objectifs basiques et les espérances fondamentales sur le monde. Ce sens global se veut stable, personnel, plutôt concret, il comporte un biais : l'optimisme. Son contenu est décrit selon deux dimensions : l'une concerne des suppositions sur l'ordre incluant les croyances sur le soi, sur le monde et sur le soi dans le monde, ainsi que sur la distribution des événements positifs et négatifs ; l'autre est une dimension motivationnelle qui concerne les buts et les intentions. Le sens global influence significativement divers aspects du sens situationnel et peut aussi être influencé par l'interaction avec autrui et l'environnement.

2- Sens situationnel : il s'agit du sens formé à partir de l'interaction entre le sens global et les circonstances d'une transaction personne-environnement particulière. Le sens situationnel implique l'évaluation de ces transactions, ce qui à son tour influence la façon de faire face à leurs demandes et leurs résultats. Il a trois composantes majeures: l'évaluation du sens, qui correspond à l'évaluation initiale de la signification personnelle d'une transaction spécifique, le processus de la quête du sens et le sens donné enfin comme conséquence de ce processus.

Les auteurs soulignent aussi le rôle des attributions dans la quête de sens. Ils peuvent être de trois types: causales « pourquoi ceci est-il arrivé? », d'incidence sélective « pourquoi moi? » et de responsabilité « à qui la faute? ».

La divergence entre le sens situationnel et le sens global serait à l'origine d'importants états de détresse. C'est pourquoi les individus essaient activement de réduire cette incongruité par la recherche du sens. La construction de sens constitue ainsi une stratégie de coping, en tant que processus par lequel les individus tentent de soulager la détresse causée par la divergence du sens global et situationnel, en cherchant une réconciliation entre les deux.

Selon Park et Folkman [129] la construction de sens peut être considérée comme une réussite lorsque cette réconciliation est atteinte. Elle peut avoir lieu par le changement soit du sens global, soit du sens situationnel, soit des deux. Si aucun de ces changements n'a lieu, le processus de réévaluation continue et peut parfois entraîner des ruminations, phénomène que l'on observe souvent à la suite des traumatismes sévères pour lesquels la construction du sens s'avère être plus délicate.

➔ **Coping, sens et spiritualité**

Pour ces mêmes auteurs, la religion est un système compréhensif qui par ses caractéristiques réunit les éléments pour constituer un sens global. La religion caractérise le sens global parce qu'elle fournit du sens à plusieurs niveaux, tels que la signification personnelle, les explications causales, le coping et les résultats; et parce qu'elle a des composantes motivationnelles et liées aux croyances. Elle serait un système de signification unique et distincte des autres systèmes parce qu'elle se centre sur ce qui est considéré comme sacré (Silberman, 2005) [136].

Parce qu'elle se veut flexible, la spiritualité peut également avoir un rôle important pour le sens situationnel, dans la quête de sens, et donc lors du processus de conciliation entre le sens global et le sens situationnel.

➔ **Autres fonctions de la religion dans le coping**

Il a été constaté dans la littérature que lors de situations particulièrement critiques et incontrôlables qui débordent leurs ressources, les individus ont souvent recours à l'aspect religieux. Les individus y font appel parce qu'il est relativement disponible et accessible pour eux, et qu'il offre une meilleure source de signification que les alternatives non religieuses [35].

Le degré d'implication de la religion dans le processus de coping dépend, bien entendu, de la place que la religion a dans la vie de la personne. Ainsi, elle est susceptible d'avoir un rôle plus important chez une personne pour qui la religion est centrale dans sa vie (ses valeurs, ses buts, ses pratiques) que chez une personne pour qui la religion est moins importante (Park, 2005) [137].

La relation entre l'aspect religieux et le processus du coping a été décrite par Pargament (1997 ; Pargament, Zinnbauer, Scott, Butter, Zerowin & Stanic, 1998) [35], [138] de trois façons:

- 1) la religion peut faire partie de chacun des éléments du coping (l'évaluation cognitive, les stratégies et les résultats) ;
- 2) la religion peut moduler le processus du coping et
- 3) la religion peut être modulée par les processus du coping.

Cette relation entre le processus du coping et l'aspect religieux a donné lieu au concept de coping religieux. Il peut être défini comme l'utilisation de techniques cognitives ou comportementales émergeant de la religion ou de la spiritualité de chacun, face à une situation stressante (Tix et Frazer, 1998) [139]. Le coping religieux a été traditionnellement associé à des indices de santé physique et mentale, de bien-être psychologique et de perception d'auto-efficacité (Harrison et al., 2001 ; Ai et al., 2003; Pargament, 1997) [140] ;[141] ; [35] .

Néanmoins, il est important d'évaluer de quelle façon le coping religieux agit, et si toutes les formes de coping religieux fonctionnent de la même manière. Pargament, Koenig et Perez [142] identifient cinq fonctions de la religion dans le coping :

1- Signification: en se fondant sur Geertz (1973) [38], les auteurs considèrent que la religion joue un rôle essentiel dans la recherche de la signification. Comme nous l'avons vu juste plus haut, en situation de crise la signification offre un encadrement de la situation et facilite sa compréhension. Les stratégies de coping religieux correspondant à cette fonction sont: la réinterprétation religieuse dans des termes relatifs à la bonté de Dieu, la réinterprétation de Dieu punissant, la réinterprétation démoniaque et la réinterprétation des pouvoirs de Dieu (douter de son pouvoir).

2- Contrôle: dans les situations difficiles, la religion peut fournir une sensation de maîtrise et de contrôle de la situation. Cette fonction comporte: le coping religieux collaborateur (travailler ensemble avec Dieu), la soumission religieuse passive (laisser la situation dans les mains de Dieu), la soumission active (faire tout ce qui est possible et laisser le reste à Dieu) et la prière pour l'intercession directe.

3- Confort et spiritualité: pour ces auteurs le confort apporté par la religion serait lié au besoin de protection. La religion tente par cette fonction de réduire l'appréhension de vivre dans un monde périlleux et de ressentir de la proximité avec Dieu. Cette idée se rapproche des notions vues plus haut dans le chapitre sur religion et théorie de l'attachement. Cette fonction inclut: la recherche de support spirituel, la distraction religieuse, la purification religieuse, la connexion spirituelle, le mécontentement spirituel et la démarcation des barrières religieuses.

4- Intimité et spiritualité: cette fonction relève de la dimension sociale de la religion. Elle est aussi un mécanisme de solidarité et d'identité sociale. L'intimité avec autrui est souvent encouragée par des méthodes spirituelles, ce qui rend difficile la distinction entre l'intimité et la spiritualité, selon ces auteurs. Les stratégies correspondant à cette fonction sont: le support du clergé et des membres de l'Eglise, l'aide religieuse à autrui et le conflit interpersonnel avec le clergé ou les membres de l'Eglise.

5- Transformation de vie: au contraire des fonctions précédentes qui ont une tendance à la conservation du statu quo, la religion peut aussi inciter des changements majeurs, notamment de valeurs. Elle comporte: la recherche de la direction religieuse, la conversion religieuse et le pardon religieux.

Certains auteurs soutiennent que malgré que le coping religieux soit lié aux processus d'adaptation, toutes ses stratégies ne sont pas adéquates en toutes situations selon Ai et al. [141]. En ce sens Pargament [35] distingue des stratégies de coping religieux utiles « helpful » qualifiée de « positives » et d'autres potentiellement dangereuses « harmful », qualifiées de « négatives ». Harrison et al. [140], relativisent en avançant que la tendance est l'utilisation des stratégies de coping dites « positives » davantage que celles qualifiées de « négatives » alors que pour Pargament [35], les deux types de stratégies peuvent être utilisés simultanément face à une situation stressante.

En résumé nous retiendrons que la religion et /ou la spiritualité remplit diverses fonctions lors du processus d'adaptation (Coping) face à diverses situations; ces fonctions dépendent de certaines variables, comme l'importance de la religion ou des croyances spirituelles dans la vie des gens.

Compte tenu des constatations de notre expérience clinique bien qu'elle ne soit qu'à ses débuts, étayées par des éléments de la littérature que nous venons de survoler et qu'on reprendra de façon sommaire dans le chapitre justification, du protocole d'étude, nous émettons l'hypothèse que d'un côté, les patients suivis en psychiatrie, peuvent avoir ou ressentir le besoin que des professionnels de la santé mentale, notamment leurs psychiatre, prennent en compte leurs croyances spirituelles dans leur prise en charge médicale globale. De l'autre, les praticiens auraient probablement des réticences à ce sujet. A partir de là, nous avons envisagé de mener une étude descriptive pour tester cette hypothèse. La deuxième partie qui va suivre donnera les détails sur cette étude.

PARTIE II: PROTOCOLE

II.1. Synopsis

Des éléments de pratique clinique et de littérature nous ont amené à émettre l'hypothèse que certains patients, pris en charge dans nos institutions psychiatriques publiques, ont une demande d'ordre spirituelle à laquelle les psychiatres ne sont probablement pas prêts à répondre. Pour évaluer cette hypothèse, une enquête a été menée auprès de 100 patients et 51 praticiens.

Dans un premier temps, nous avons effectué une enquête auprès de patients : des patients, usagers du CMP de Moselle-Est dans le secteur 57 G 11, ont bénéficié d'un entretien clinique moyennant un guide d'entretien semi-structuré validé en Français par l'équipe de Huguelet et al. En Suisse, visant à évaluer leurs croyances ainsi que leurs besoins spirituels et/ ou religieux. Pour tenter d'éclairer un éventuel besoin spirituel, des données générales ont été également recueillies et portent notamment sur l'âge, le sexe, la pratique spirituelle et/ou religieuse ainsi que le motif de consultation.

Dans un deuxième temps, nous avons réalisé une enquête auprès des praticiens psychiatres. Un questionnaire reprenant en partie le questionnaire de Frick et en partie élaboré pour l'occasion, leur a été remis pour tester leur disposition à traiter ou à aborder des questions d'ordre spirituel avec leurs patients qui en seraient demandeurs, et tenter de comprendre les raisons éventuelles de leurs réticences.

II.2 Justification

II.2.1- Etudes sur le sujet

Nous venons de voir que les croyances spirituelles ou religieuses peuvent être utilisées comme des stratégies de coping bien que, pour Ai et al. [141], toutes ses stratégies ne sont pas adaptées à toute situation. Pargament [35] a distingué des stratégies de coping religieux utiles qualifiée de « positive » des autres qui sont qualifiée de négatives. Ce qui a amené Harrison et al. [140] à avancer que les stratégies de coping dites positives sont plus utilisées que les négatives alors que Pargament [35], amène plus de nuance en disant que les deux types de stratégies peuvent être utilisés simultanément face à une situation stressante. Nous retenons que dans tous les cas, les croyances spirituelles ou religieuses sont utilisées comme des stratégies de coping.

D'autres études se sont attachées à montrer que les aspects spirituels et / ou religieux peuvent trouver leur place dans le domaine du soins tel que la psychiatrie. D'après l'étude de Verhagen, [143], l'indifférence, l'attitude indécise ou souvent négative de psychiatres envers la relation entre la psychiatrie, la religion et la spiritualité est en contradiction avec de nombreuses données. Il a été montré par cette étude qu'il y a une relation positive entre la religiosité/spiritualité et plusieurs indices de santé. L'attitude des psychiatres étant généralement une négligence de ce fait, est ainsi difficile à justifier.

Mais cela ne signifie pas pour autant que les croyances religieuses et spirituelles ne transmettent pas d'effets parfois plus nocifs que bénéfiques pour les patients. Quels que soient les désaccords qu'il pourrait y avoir sur la définition, et leur utilisation, la spiritualité et la religion font partie des croyances fondamentales, des valeurs et des expériences de l'être humain. Un examen de leur pertinence devrait être un élément central de la psychiatrie clinique et académique.

Une étude [84] évaluant l'impact d'une formation sur la spiritualité auprès de jeunes psychiatres a montré que les résidents qui ont participé aux cours avaient une plus grande connaissance des questions spirituelles et avaient plus d'aptitude à parler de ce domaine avec leurs patients, et ainsi de répondre convenablement à une demande spirituelle de la part de leurs patients. Elle suggère alors l'amélioration dans les scores de compétences pour les résidents en psychiatrie.

Une étude américaine [85] sous forme d'une enquête transversale conduite sur un échantillon aléatoire stratifié de 2000 médecins praticiens américains de toutes les spécialités avait pour objectif d'examiner la relation entre les particularités religieuses des médecins et de leurs attitudes et comportements en matière de religion et spiritualité dont les variables prédictives ont été la religion personnelle, la spiritualité et l'appartenance religieuse. Les variables principales étaient la pratique du dialogue d'ordre spirituel et la prière avec les patients.

91% des médecins ont trouvé approprié de discuter de religion et de spiritualité avec leurs patients si le patient soulève la question alors qu'au moment de mettre en application leurs convictions 45% pensent que c'est inapproprié de soulever la question en tant que praticien.

Mais cette étude a aussi révélé que les médecins qui se considèrent comme plus spirituels ou religieux, notamment les protestants, sont significativement plus susceptibles de soutenir les différentes façons d'aborder la religiosité dans la consultation. L'étude en a conclu alors que les différences d'abord de la religion/ spiritualité sont profondément enracinées chez les médecins. Nous rappelons que cette étude est américaine et que leurs représentations sont différentes des nôtres.

L'étude faite en 2000 par Curlin [86] sur les médecins américains et leurs croyances, ainsi que l'intégration de cela dans leur pratique clinique a montré un certain assouplissement dans l'abord des questions spirituelles par les psychiatres. Ce changement d'attitude pourrait même indiquer une intégration progressive de la religion et de la spiritualité dans les soins psychiatriques. Notons aussi que le contexte culturel religieux américain est différent du notre. Des notions comme le « pardon » et la « grâce » abordés dans des consultations pour permettre aux patients d'endiguer le sentiment de culpabilité ne sont pas exploitables chez nous au risque de voir apparaître un glissement des rôles et des fonctions. Pour notre part, Nous estimons que la spiritualité des patients est bonne à connaître mais il est délicat de manier ces notions. Et malgré cette ouverture à l'exploration de la religion et la spiritualité, la profession n'est pas sur le point de changer comme ça pourrait être le cas dans les pays américains

Une étude anglaise [87], montre que même si la dimension spirituelle semble bien admise et importante, les opinions varient quant à l'opportunité et aux modalités d'abord de cette dimension.

Une étude canadienne, Baetz et al. [88] menée dans le but de comparer les pratiques, attitudes et attentes des praticiens et des patients suivi en psychiatrie concernant la spiritualité et la religion a montré que les psychiatres avaient un niveau de croyances et de pratiques religieuses plus bas que les patients et la population en général. Dans le groupe des praticiens et le groupe des patients combinés, 47% estimaient qu'il y avait toujours ou souvent lieu d'inclure la spiritualité dans une évaluation psychiatrique. 53% des patients estimaient qu'aborder ces questions pouvait poser un problème. 24% considèrent même que l'intérêt d'un psychiatre envers les questions spirituelles est déterminant pour eux dans le choix d'un psychiatre. Encore une fois nous insistons sur le contexte culturel religieux très imprégnant chez les populations américaines et nous ne nous attendons pas à voir ses résultats se confirmer chez nous en France.

(D'souza et *al.*) [89], en évaluant le besoin d'inclure la dimension spirituelle et religieuse dans leurs soins psychiatriques concluent à des suggestions d'actes que les psychiatres pourraient faire ou ne pas faire, afin que les questions spirituelles soient suivies de manière éthique et sensible tel que le fait de considérer la dimension spirituelle du patient. Ainsi, le psychiatre serait en mesure d'envoyer un message important, et faire savoir au patient qu'il s'intéresse à l'intégralité de sa personne, ce qui ne ferait encore que renforcer la relation patient-médecin. Cette considération est alors susceptible d'augmenter l'impact thérapeutique des interventions des psychiatres.

Une étude [106] visant à promouvoir l'espoir (valeur classiquement retrouvée dans les religions) a montré que la restauration de l'espoir est une étape primordiale dans tout processus de psychothérapie. L'auteur suggère que la meilleure façon de faciliter ce processus est pour les thérapeutes d'être à l'écoute du désespoir des patients, du risque suicidaire et de prendre en compte tout ce qui peut aider à ce passage du désespoir vers l'espoir, même s'il faille faire intervenir des questions d'ordre spirituel. Il suggère une restructuration de la psychothérapie. Nous pensons que tenir compte de la spiritualité remettrait en jeu la question du sens et de l'espoir dans la prise en charge.

Une étude de dimension internationale (Londres, Sydney et Melbourne) [115] auprès de 25 psychanalystes et psychothérapeutes pour déterminer la manière dont ces cliniciens conceptualisent et travaillent sur les questions spirituelles conclue que malgré que la spiritualité pouvait être la tache aveugle de la psychanalyse, les cliniciens devraient toutefois être en mesure d'aborder des questions d'ordre spirituel, sans aucun préjugé.

En Europe l'étude menée par Huguelet et ses collaborateurs [7] et qui a posé la problématique la plus proche de nos hypothèses a montré que pour la majorité des patients, la religion était un aspect important dans leur vie. Or, seulement 36% de ces patients osaient en parler avec leur praticien. Par ailleurs, 16% des patients avaient présenté des symptômes psychotiques positifs reflétant des aspects de leurs croyances religieuses.

Du côté des praticiens, peu d'entre eux ont été impliqués religieusement et dans la moitié des cas estimaient que les perceptions religieuses de leurs patients étaient inexactes.

Quelques patients considéraient que la pratique religieuse est incompatible avec le traitement et peu de cliniciens se rendaient compte de la présence d'un tel conflit intérieur. L'étude a donc conclu que la religion est une question importante pour les patients atteints de schizophrénie, et il n'est pas toujours lié à la teneur de leurs délires.

Les praticiens, bien qu'ils se déclarent à l'aise à l'abord de la question spirituelle par leurs patients, n'ont souvent pas conscience de l'implication religieuse de ceux-ci. En effet, la schizophrénie est une maladie débilante où le concept de réadaptation peut être utile dans les soins en mettant l'accent sur les réalisations personnelles plutôt que la réduction des symptômes.

Dans cette perspective, la spiritualité, définie au sens large comme incluant à la fois la spiritualité sans Dieu et la religiosité, peut être utile pour les patients dont la vie sociale et l'identité ont été gravement endommagés par le cours de la maladie.

Au delà des chiffres et statistiques, des études philosophiques et épistémologiques [143] montrent un rapprochement conceptuel possible entre soins psychiatriques et prise en charge de la spiritualité

II.2.2- Récapitulatif de ce chapitre :

La spiritualité est une des dimensions de la vie psychique, vraisemblablement importante pour les patients au même titre que leur sont importante les autres dimensions de leur personne humaine : physique, psychique et sociale.

Des auteurs, à travers des études dont nous avons cité certaines d'entre elles, celles qui nous semblent répondre à nos interrogations ont essayé de s'intéresser à cette dimension afin de déterminer non seulement son importance pour la personne souffrante comme stratégie d'adaptation et de faire face à la maladie mais aussi comment intégrer ces questions dans le domaine du soins tout en veillant à ce que le professionnel médical ne sorte pas de son rôle de soignant.

La littérature montre que cette dimension est parfois omise ou négligée en psychiatrie. Comme nous l'avons vu, la plus part de ces études sont étrangères et loin de la réalité culturelle religieuse des populations européennes en générale et de la population française en particulier.

Convaincus que la spiritualité au sens le plus large telle qu'elle a été définie par l'OMS pourrait être une ressource pour certains patients, ou tout au moins une dimension qui a son importance dans le lien du patient à sa maladie et au monde qui l'entoure, nous trouvons donc tout naturellement logique qu'elle puisse être abordée lors d'entretien clinique.

Il nous a donc semblé intéressant de mener une enquête auprès de patient « tout venant » dans des conditions naturalistiques pour explorer ce besoin. D'autant plus il n'y a pas d'étude française sur la question et que les seules études francophones ont sélectionné une population ciblée en terme de diagnostic. De plus il y a un intérêt à le faire en France en raison du concept de laïcité très présent dans notre pays.

L'étude de Huguelet est francophone mais elle a été faite en suisse ; elle est certes très intéressante mais elle est faite qu'auprès de patient souffrant de troubles schizophrénique. Par ailleurs, l'étude de Huguelet l'interrogeait des psychiatres a porté sur une consultation et un patient donné, il n'y a pas d'étude sur l'attitude globale du psychiatre avec un questionnaire validé (d'où l'intérêt d'en élaborer un). L'étude d'O.Manhoudj [144] est une étude française évaluant la spiritualité en validant en français un questionnaire validé internationalement (WHOQOL- SRPB), mais ne prenait en compte que des patients addicts.

II.3. Objectifs de l'étude

II.3. 1- Objectif principal :

Notre étude qui se veut descriptive se fixe pour objectif principal d'évaluer l'existence d'un besoin de prise en compte de la dimension spirituelle chez des patients vus en consultation ambulatoire publique de psychiatrie.

II.3 2- Objectifs secondaires : les objectifs secondaires sont de :

Décrire la proportion de patients en consultation ambulatoire de psychiatrie en conditions naturalistiques qui revendiquent une vie spirituelle.

Déterminer la proportion de patients en consultation ambulatoire de psychiatrie en conditions naturalistiques qui voient une importance positive de la spiritualité comme stratégie de coping positif face à la maladie.

Déterminer la proportion de patients dans cette population qui ressent une attente de pouvoir aborder l'aspect spirituel de leur vie psychique avec leur thérapeute

Découvrir les réticences éventuelles des patients à aborder cet aspect

Découvrir les réticences éventuelles des thérapeutes à aborder cet aspect, et le cas échéant, connaître les raisons de telles réticences.

II.4. La population étudiée.

La population de notre étude comporte des patients suivis en ambulatoire dans un secteur psychiatrique en Moselle-Est (le secteur 57 G 11).

Le choix des patients traités en ambulatoire est motivé avant tout par son hétérogénéité. En effet, une grande diversité de tranches d'âge, de sexes, de pathologies et d'origines ethniques a été observée dans ce groupe d'individus. Par ailleurs, la relative stabilité des troubles comparativement à ce qu'on pourrait voir lors d'une hospitalisation a davantage motivé ce choix. Enfin cette population représente sans sélection la patientèle de psychiatres publics de secteur.

II.4.1- Critères d'inclusion

Nous avons choisi comme critères d'inclusion le suivi en ambulatoire de tous les patients, la date de consultation comprise entre le 23 juin et le 2 août 2011, quelle que soit la pathologie concernée.

Les patients avaient entre 18 et 85 ans. Le recrutement s'est effectué en recrutement consécutif, c'est à dire que tous les patients vus à cette période se voyaient proposer la participation à l'étude.

II.4.2- Critères d'exclusion

Nous avons exclu les patients dont le secteur géographique est situé en dehors du nôtre, les patients en cours de décompensation d'une maladie psychotique, les patients desquels nous n'avons pas obtenu de consentement éclairé et les patients incapables majeurs.

II.5. Méthodologie

II.5.1- Lieu de l'étude

Notre étude a eu lieu au Centre médico psychologique d'un secteur psychiatrique dépendant du CHS de Sarreguemines (le 57 G 11)

Pour l'étude concernant les praticiens, nous avons choisi plusieurs secteurs psychiatriques de la Moselle (CHS de Jury 57 I 01, CHS Jury I 02, CHS Sarreguemines, CHS Metz-Thionville), ceux du secteur CHU 54 G 07 et ceux rattachés au CPN de Laxou

II.5.2- Outils utilisés :

Notre matériel se compose :

D'un guide d'entretien semi-structuré (annexe 7), utilisé auprès des patients.

Et d'un questionnaire expérimental (annexe 8), destiné aux praticiens.

Le questionnaire destiné aux patients fait appel à un guide d'entretien semi structuré (Mohr & al., 2006). Il a été validé en Français.

Le questionnaire pour les praticiens se compose de deux parties :

La partie I comporte quatre questions rédigées et adaptées à partir des questions de l'anamnèse spirituelle de Frick (Frick & al., 2006) Ce questionnaire a été validé en Français (annexe 9). Elle vise à évaluer la dimension spirituelle (ici du praticien) au sens le plus large.

La partie II est un auto-questionnaire qui comporte quatre questions avec un choix multiple. Elle a été élaborée pour l'occasion devant l'absence d'outils et vise à renseigner sur l'attitude des praticiens devant l'émergence d'une demande de prise en compte de la dimension spirituelle et / ou religieuse des patients. Les réponses possibles ont été rédigées sous la forme affirmative.

II.5.3- Schéma de l'étude

Nous avons recruté les patients sur une période de six semaines. Les entretiens se sont déroulés en une séance au cours de la quelle nous avons informé les patients sur le questionnaire et l'objectif recherché et recueilli leur consentement libre et éclairé (annexe 10), en leur assurant l'anonymat total. Tous les patients étaient suivis par d'autres confrères.

Le temps de passation est de 15 à 20 min. Il a lieu au décours de la consultation prévue avec leurs praticiens référents qui leur demandent s'ils acceptent de participer à une enquête.

Pour réduire les biais de sélection des consignes précises ont été données aux différents praticiens. Tous les patients consultants lors de cette période d'étude, au Centre Médico-Psychologique, ont été sollicités pour participer à l'enquête par leur praticien.

Ceux qui acceptaient étaient vu par le praticien investigateur, toujours le même pour les 100 patients qui leur faisait passer l'entretien semi structuré. Au cours de l'entrevue, des réponses à d'éventuelles questions pouvant être posées par les patients étaient apportées afin d'atténuer ou d'éviter un stress supplémentaire en rapport avec les différents items du questionnaire.

Les questions destinées aux praticiens ont été rédigées de manière à pouvoir analyser l'attitude du praticien face à une demande de nature spirituelle de la part du patient et si possible, savoir les raisons d'un tel choix. Ils ont été distribués aux praticiens, y compris les internes de tous les secteurs psychiatriques concernés.

II.6. Traitement et analyse des données

Afin de préserver le respect de la vie privée des sujets de l'étude, les données ont été rendues anonymes. Chaque patient inclus s'est vu donné un numéro d'inclusion. Le nom du patient correspondant au numéro d'inclusion est consigné dans un seul document qui restera, afin d'assurer la sécurité des données, sous la responsabilité de l'investigateur principal de l'étude.

Le document signé de consentement est réalisé en 2 exemplaires originaux, dont le premier est remis à la personne donnant son consentement, et le second à l'investigateur qui recueille aussi directement les données.

Ces dernières seront traitées sur le logiciel Excel® pour décrire statistiquement la population. Si les données sont exploitables, cette étude fera l'objet d'une publication.

PARTIE III : RÉSULTATS & DISCUSSION

III.1. Résultats de l'étude sur les patients

Notre étude a regroupé en tout 100 patients sur les 180 sollicités, recrutés selon les critères d'inclusion et d'exclusion susmentionnés. Nous avons donc eu un taux de réponses de 55%.

III.1.1- Résultats démographiques

a) Répartition des patients selon le sexe

La répartition est sensiblement équitable entre hommes et femmes avec 51 hommes et 49 femmes. (Tableau 1 en annexe 11)

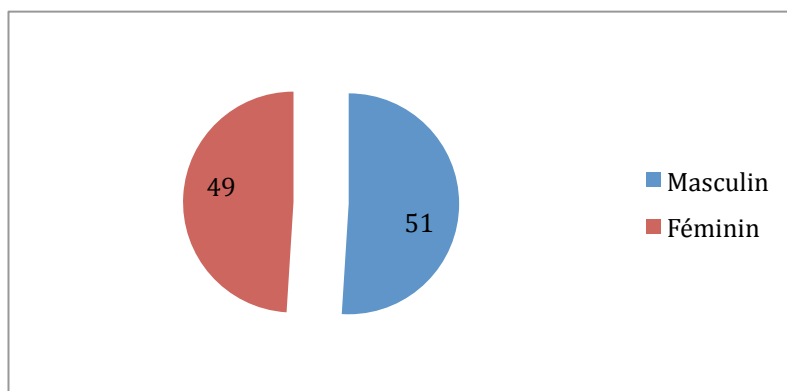


Figure 6. Répartition des patients selon le sexe.

b) Répartition des patients selon l'âge

La tranche d'âge allant de 41 à 50 ans est la plus rencontrée parmi les patients (31%) suivie de celle de 51 à 60 ans (27%). (Tableau 2 en annexe 12)

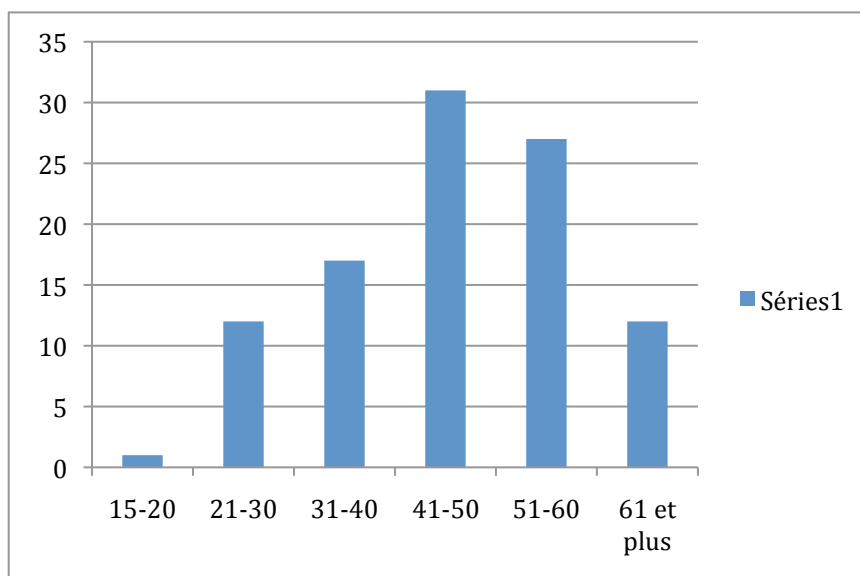


Figure 7. Répartition des patients selon l'âge.

III.1.2- Diagnostics figurant dans les dossiers patients.

Les pathologies des patients qui ont été interrogés ont été classées comme troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles liés à l'utilisation d'alcool, troubles de la personnalité, schizophrénie, toxicomanie et autres troubles comme un retard mental.

Les troubles de l'humeur constituent la pathologie la plus fréquente, observée chez 27% des patients, suivis de la schizophrénie chez 25% des patients puis des troubles anxieux chez 19% des patients, puis les troubles liés à l'utilisation d'alcool avec 11%, suivis des troubles de la personnalité avec 10%. (Tableau 3 en annexe 13)

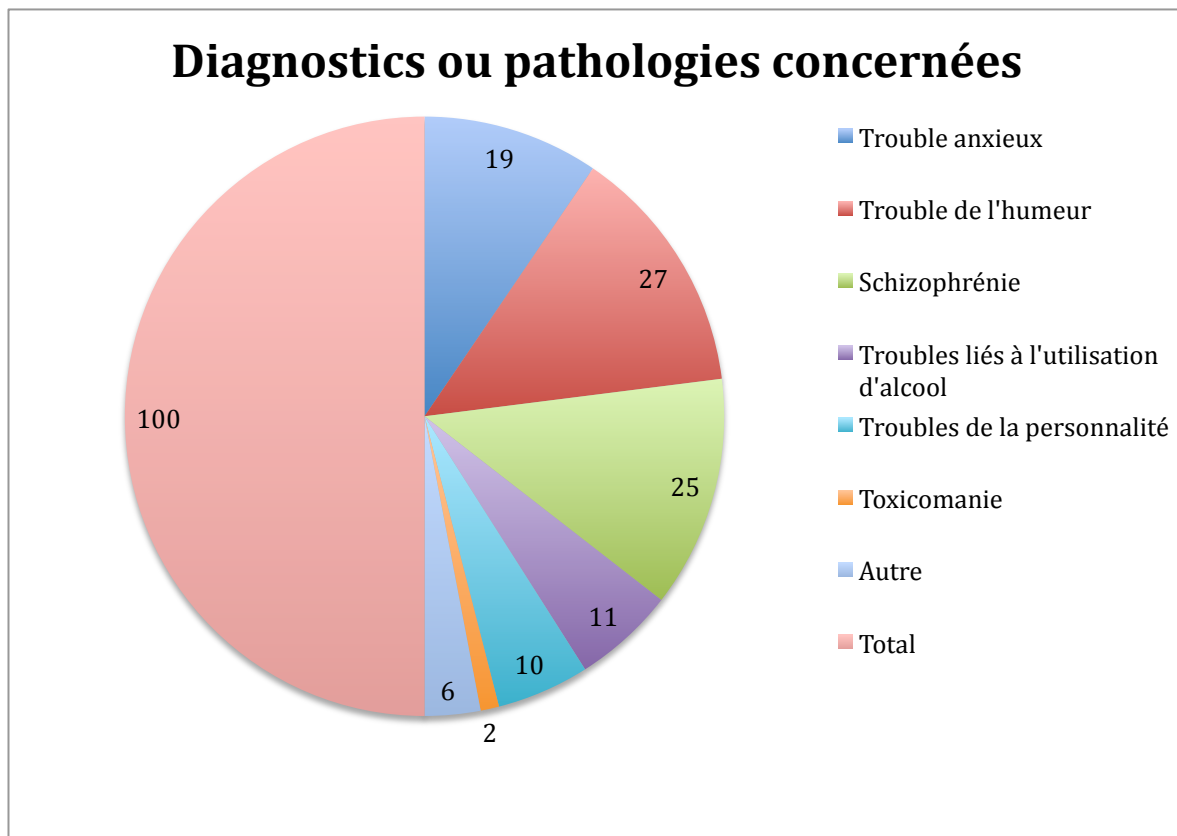


Figure 8: Répartition selon les diagnostics et pathologies concernées

III. 1.3- Les stratégies pour faire face à la maladie

a) Difficultés actuelles telles qu'elles ont été citées par les patients.

La dépression est le problème dont souffre la plupart des patients suivi de l'alcoolisme et de l'anxiété. Les autres troubles psychologiques bipolaires ou non spécifiés sont aussi présents mais de manière peu marquée. (Tableau 4 en annexe 14)

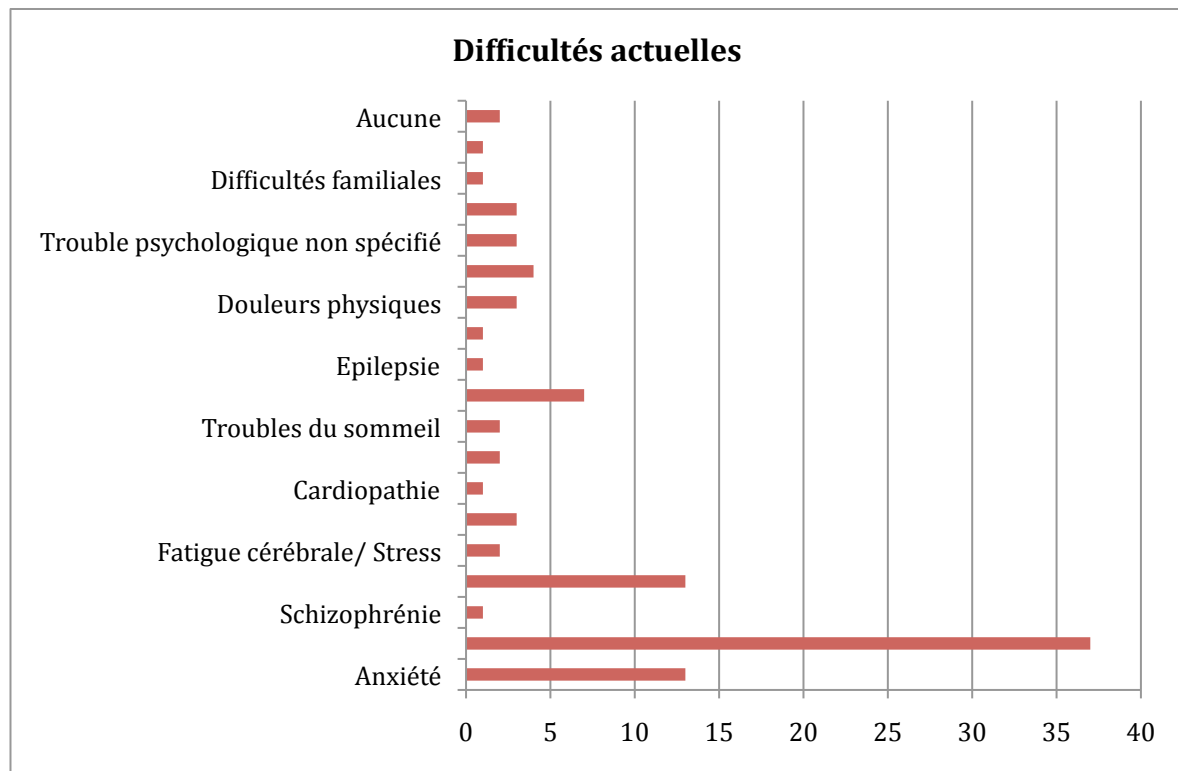


Figure 9. Répartition des difficultés rencontrées par les patients

b) Stratégies utilisées par les patients pour faire face à la maladie

Pour faire face à leur maladie, les patients font appel à diverses stratégies parmi lesquelles figurent l'alcool, les animaux de compagnie, l'entourage ... etc. Le recours aux soins, c'est-à-dire la prise de médicaments ou la consultation est la stratégie la plus utilisée (45% des cas). La présence et le soutien de l'entourage interviennent en ce sens pour 24% des patients tandis que 24% évoquent leur foi en Dieu comme stratégie pour surmonter leur maladie. (Tableau 5 en annexe 15).

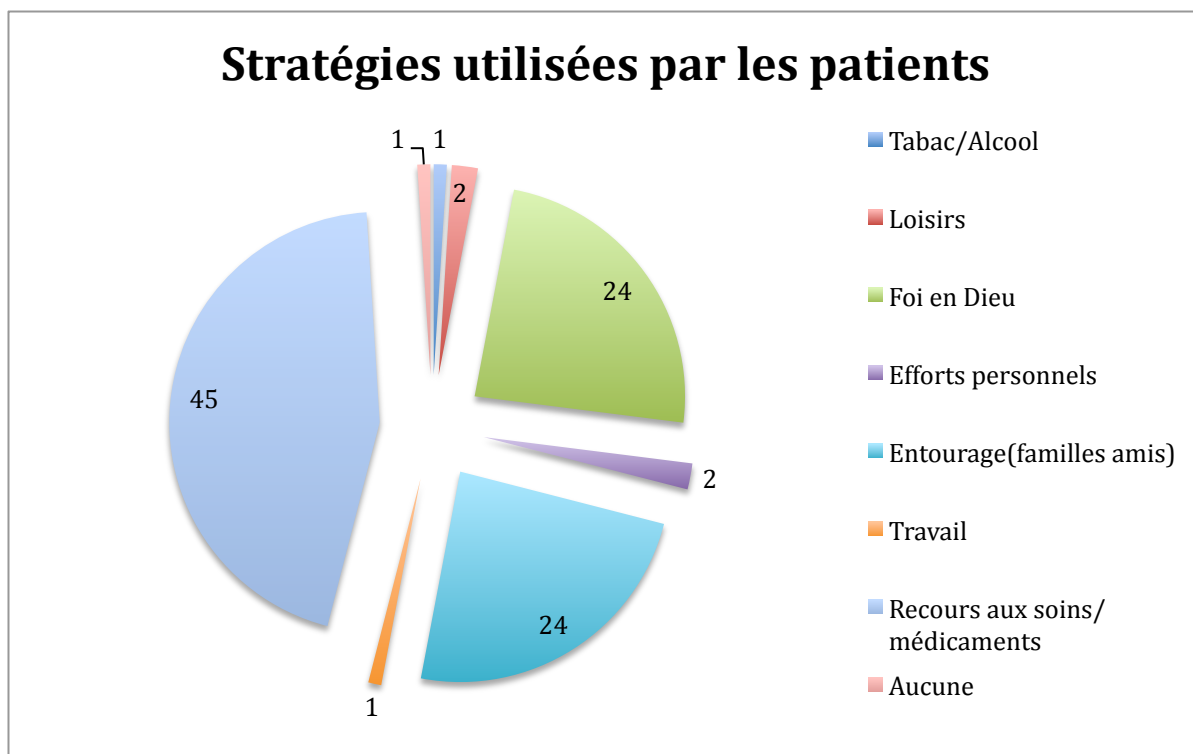


Figure 10 : Stratégies utilisées par les patients pour faire face aux difficultés.

c) Mention spontanée de la religion (Tableau 6 en annexe 16)

24% des patients ont évoqué spontanément la religion comme stratégie de « coping positif ».

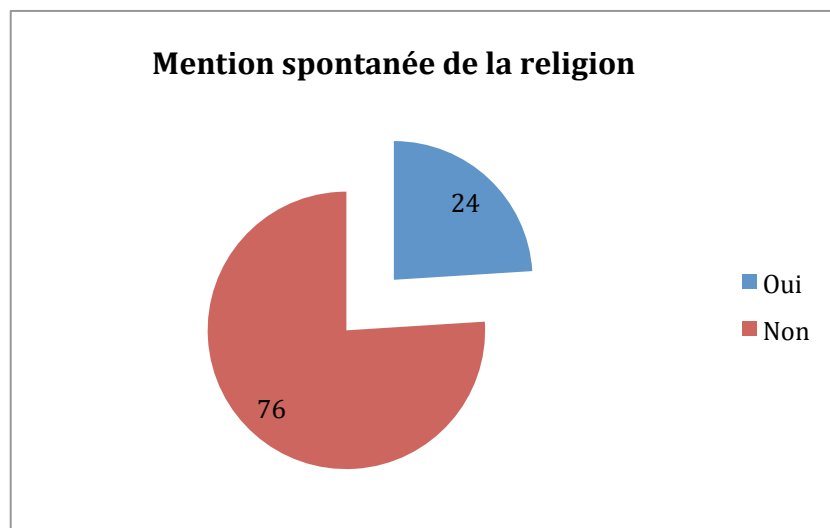


Figure 11. Mention spontanée de la religion comme stratégie de coping positif.

III.1.4. Histoire spirituelle et religieuse

a) Religion paternelle (tableau 7 en annexe 17)

Le catholicisme prédomine largement à 78% dans la religion des pères des patients. L'Islam figurait pour 9% tandis que le protestantisme était mentionné par 6%. Le néo-apostolisme était la religion pour 1% des patients, 3% disaient que leur père n'en avait aucune et 3% affirmaient que leur père était athée.

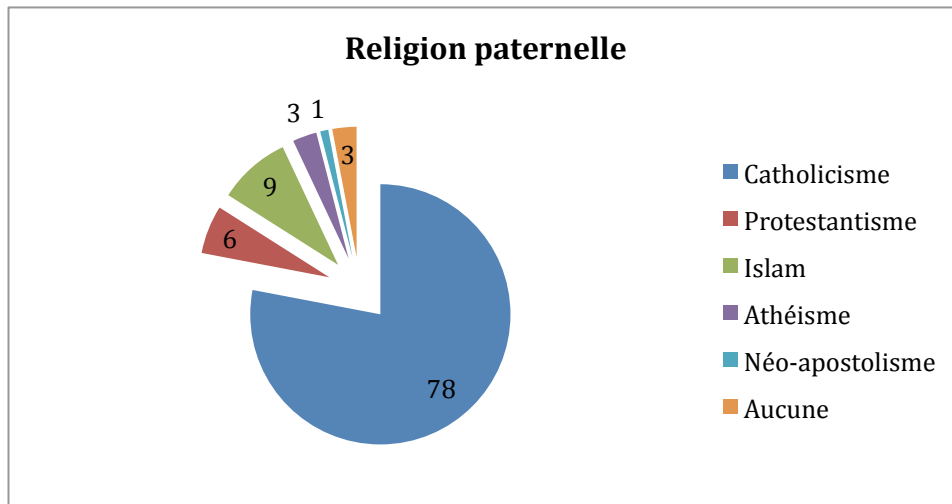


Figure 12. Répartition selon la religion paternelle

b) Fréquence des activités religieuses de groupe du père. (Tableau 8 en annexe 18)

Les pratiques religieuses paternelles avec d'autres personnes étaient inexistantes pour 51% des patients questionnés. Pour les patients dont les pères avaient une activité religieuse, l'activité était majoritairement hebdomadaire

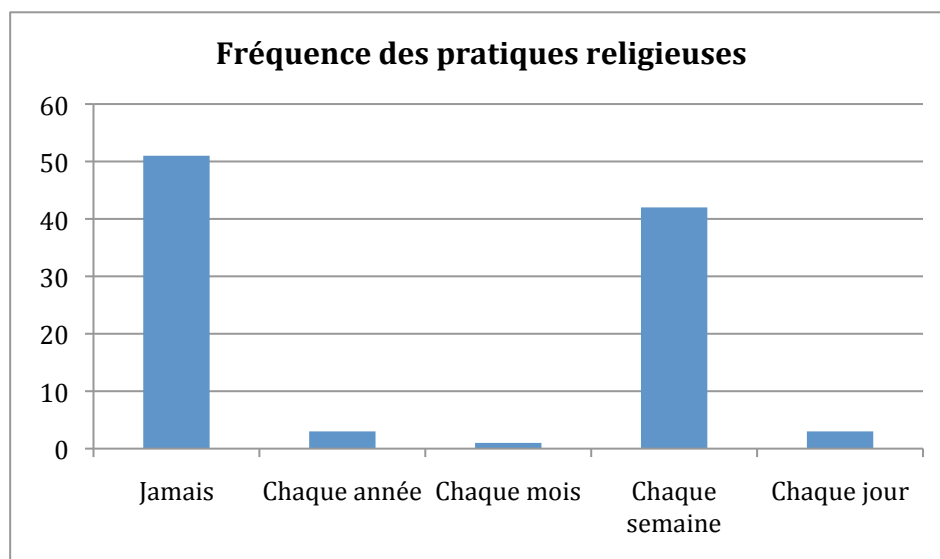


Figure 13. Fréquence des pratiques religieuses paternelles.

c) Type de pratiques religieuses concernées. (Tableau 9 et figure 14 en annexe 19)

58 de nos patients ont déclaré que leurs pères avaient des pratiques religieuses. Parmi ceux-ci, la messe reste la pratique la plus concernée constituant plus de 86 % des pratiques mentionnées. Ensuite viennent les célébrations diverses et les prières individuelles.

d) Religion maternelle (tableau 10 en annexe 20)

Le catholicisme figure comme la religion la plus prédominante chez les mères des patients (78%). Le protestantisme n'est évoqué que par 6%, l'Islam par 9%, le néo-apostolisme par 1%. Un des patients a affirmé que sa mère était Témoin de Jéhovah et 2 ont affirmé l'absence d'appartenance religieuse chez leur mère. Les deux graphiques des religions paternelles et maternelles sont quasi superposables notamment pour les 3 premières religions (catholicisme, Islam et protestantisme)

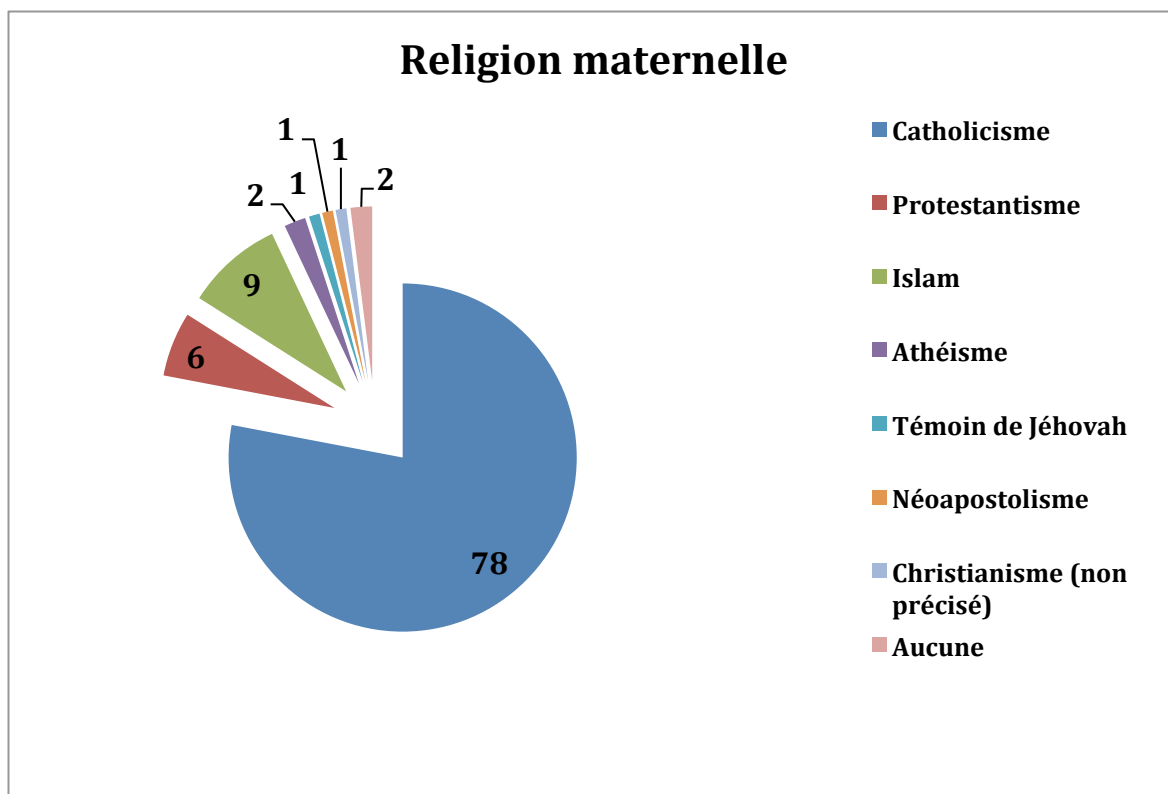


Figure 15. Répartition selon la religion maternelle.

e) Fréquence des pratiques religieuses : seul et avec d'autres personnes

Pour 42% des patients questionnés, la mère n'a jamais eu de pratiques religieuses en compagnie d'autres personnes. Pour 51%, la mère le faisait chaque semaine.

(Tableau 11 et figure 16 en annexe 21)

f) Type de pratiques religieuses chez les mères

La messe constitue 75,44% des pratiques religieuses faites par les mères des patients, la prière 14,04%, l'association messe-prières 5,26%, le catéchisme 3,51% et l'assistance à des cérémonies religieuses 1,75%.(Tableau 12 et figure 17 en annexe 22)

g) Religion d'enfance (tableau 13 en annexe 23)

Le catholicisme est la religion pratiquée par la plupart des patients durant leur enfance (78%). Les protestants constituaient 6% de la population, les musulmans 9%, les Témoins de Jéhovah 1%, les néo-apostoliques 1%, et 2% affirmaient n'avoir aucune affiliation religieuse.

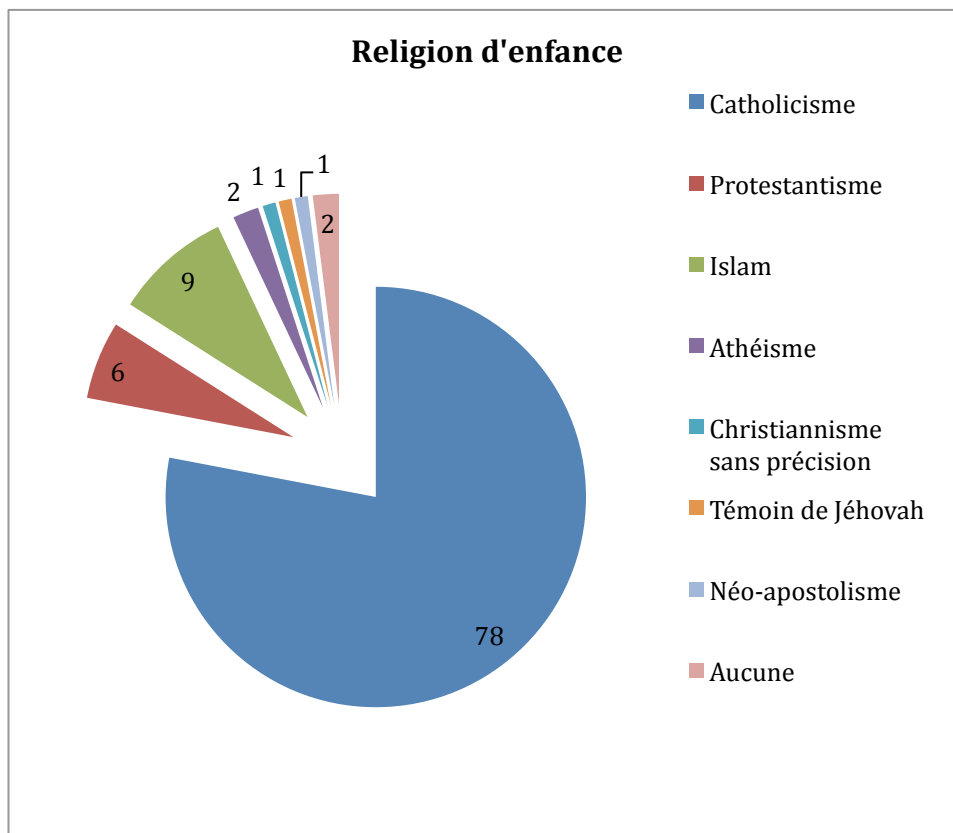


Figure 18. Répartition selon les religions d'enfance.

h) Types de pratiques religieuses durant l'enfance des patients (tableau 14 en annexe 24)

89 patients avaient une activité religieuse pendant l'enfance. Le catéchisme ou l'éducation religieuse constitue la pratique qui prédomine chez cette population (66,29%), suivi de la messe (14,61%), puis de façon décroissante de chœur, la prière et l'apprentissage du Coran.

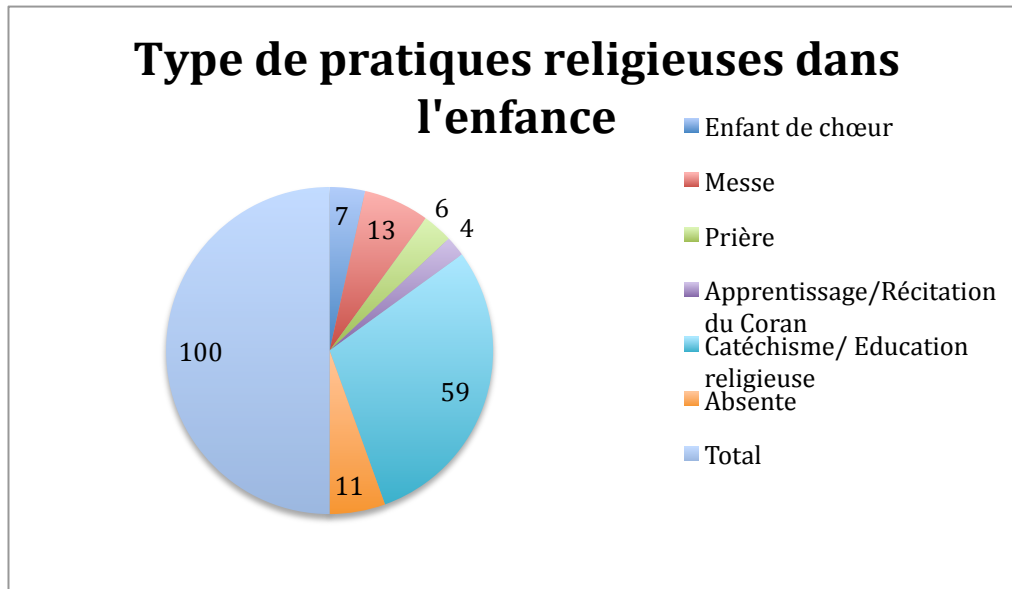


Figure 19. Types de pratiques religieuses d'enfance.

i) Fréquence des pratiques religieuses collectives durant l'enfance (tableau15 en annexe 25)

Sur les 100 patients, 16 n'ont pas eu de pratiques religieuses avec d'autres personnes durant leur enfance tandis que 75 avaient une pratique hebdomadaire, 8 en avaient une quotidienne et 1 le faisait de façon mensuelle.

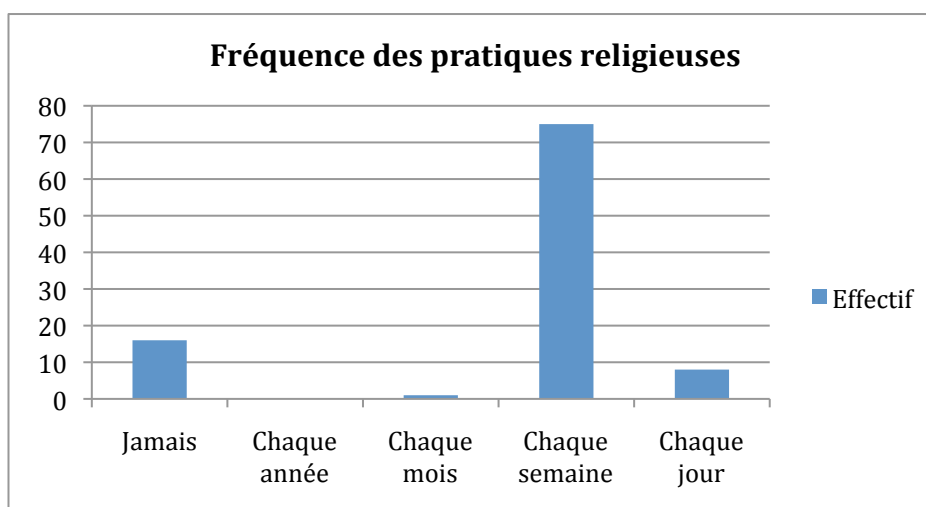


Figure 20. Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'enfance.

j) Pratiques religieuses de l'adolescence (tableau 16 en annexe 26).

D'entre les patients, 41% avaient une pratique religieuse durant l'adolescence.

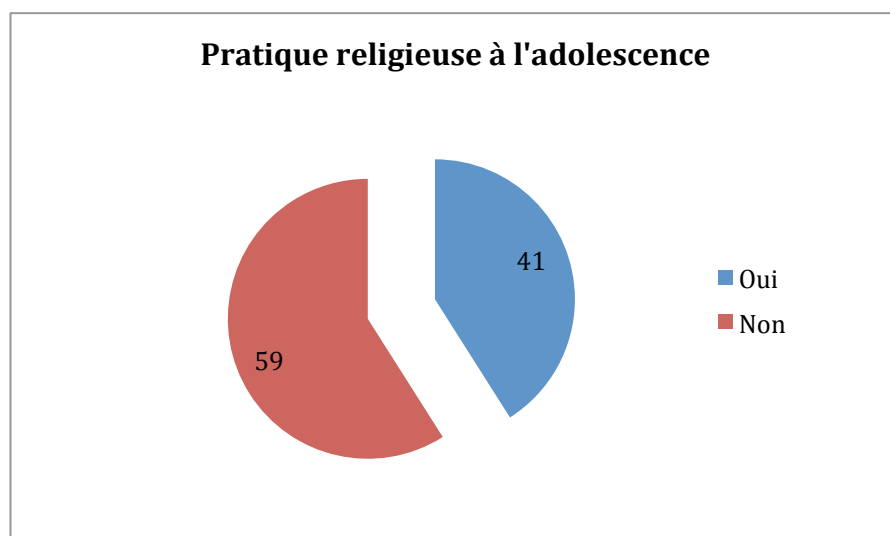


Figure 21. Répartition selon la pratique religieuse durant l'adolescence.

k) Types de pratiques dans l'adolescence (tableau 17 en annexe 27)

59 participants ont déclaré ne pas avoir eu des pratiques religieuses particulières à l'adolescence. Parmi les 41 qui ont déclaré en avoir eu, la messe représente à elle seule 65,85%. La prière concerne 12,20% des pratiques. Les chants, le pèlerinage, les séminaires, les événements comme les baptêmes, l'éducation religieuse ou la méditation suivent loin derrière.

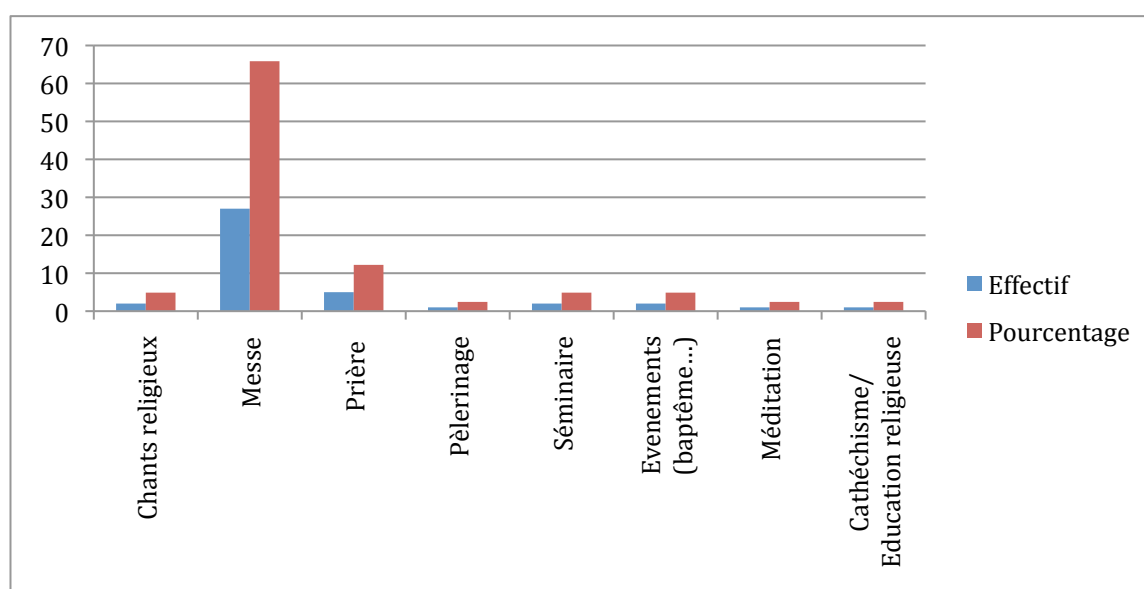


Figure 22. Types de pratiques religieuses durant l'adolescence

l) Fréquence des pratiques dans l'adolescence (tableau 18 en annexe 28)

59%, des patients n'ont eu aucune pratique religieuse en compagnie d'autres personnes durant leur adolescence. 33% affirment pratiquer une activité religieuse de manière hebdomadaire.

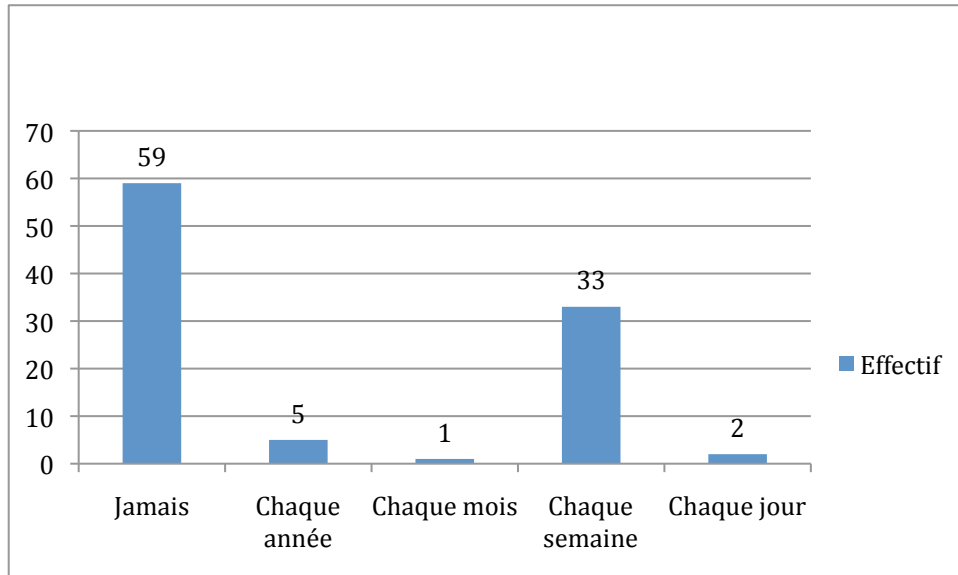


Figure 23. Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'adolescence.

m) Changements par rapport aux croyances spirituelles au cours de la vie (tableau 19 en annexe29)

Parmi les patients questionnés, 61%, affirment avoir connu des changements par rapport à leurs croyances au cours de leur vie. Notons que ces changements peuvent aller vers plus de spiritualité ou vers un reniement de toute forme de spiritualité.

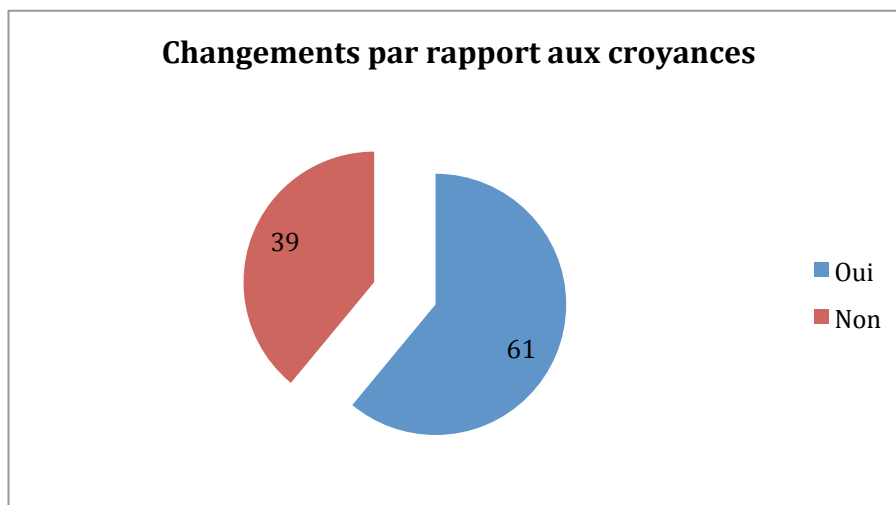


Figure 24. Présence de changements par rapport aux croyances

n) Causes et circonstances des changements de croyances au cours de la vie (tableau 20 en annexe 30).

Pour les 61 patients ayant rapporté un changement de croyance au cours de leur vie, des causes et des circonstances ont été avancées sauf pour 15 d'entre eux, ce qui représente 24,59% .

L'insatisfaction menant à une plus grande quête de spiritualité est une des causes mentionnées par 16, 39 % des patients. La détresse morale et la déception sont à l'origine de ces changements chez 11,48% des patients. La maladie elle-même est responsable du changement chez 9,84%, et ce, de manière positive ou négative.

Le changement de religion à cause d'un mariage ou l'intérêt porté sur de nouveaux dogmes est évoqué par 8,20%. D'autres causes comme le manque de temps, le décès de proches, la crise spirituelle, les difficultés familiales ou tout simplement l'adolescence sont des causes évoquées par nos patients.

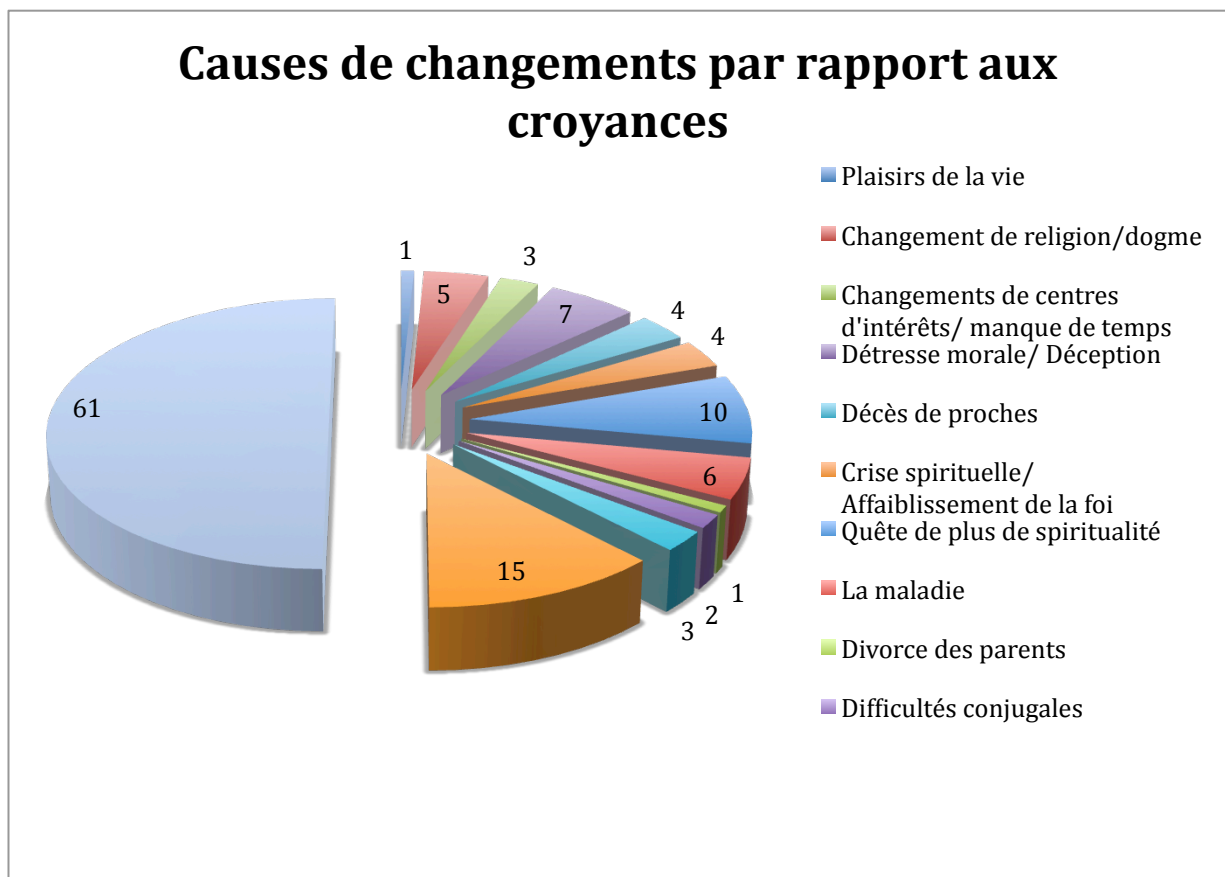


Figure 25. Causes et circonstances de changements dans la vie spirituelle.

III.1.5. Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles

a) Affiliation religieuse actuelle (tableau 21 en annexe 31)

78% des patients affirment être chrétiens catholiques, 11% sont musulmans, 2% sont athées et 1% est islamo-chrétienne, tandis que 6% affirment n'appartenir actuellement à aucune affiliation religieuse.

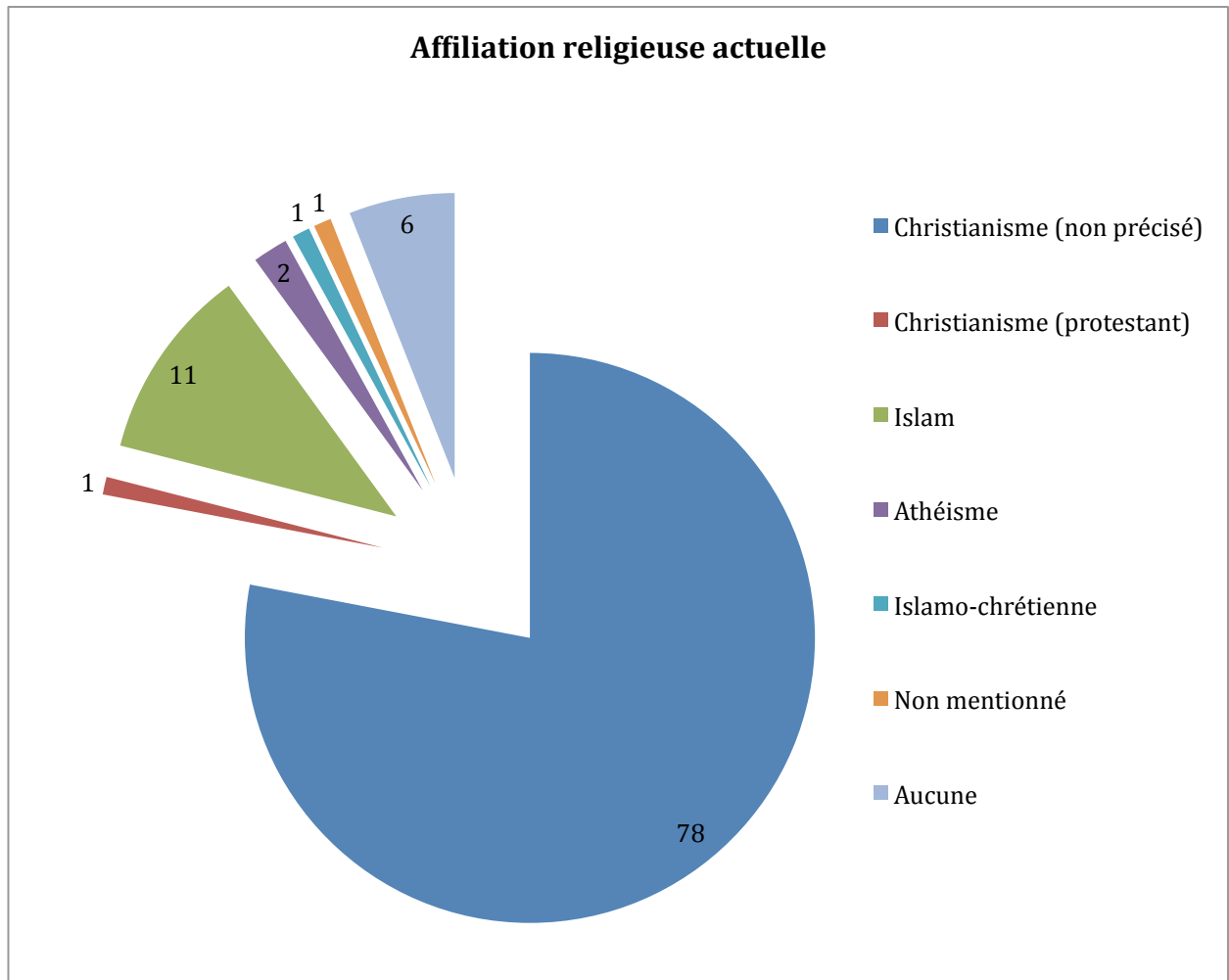


Figure 26. Répartition des patients selon l'affiliation religieuse actuelle.

b) Participation actuelle à des activités religieuses de groupe.

Actuellement, 59 % de nos patients ne pratiquent aucune activité religieuse avec d'autres personnes, 41 % le font. (Cf. figure 27 ci-après), (Tableau 22 en annexe 32)

c) Types de pratiques religieuses collectives actuelles (tableau 23 en annexe 33)

Parmi les 41 patients qui ont déclaré une pratique religieuse collective, la messe reste la pratique la plus prédominante avec 39,02%. Viennent ensuite la prière (26,83%), les événements comme les baptêmes (12,20%), les séminaires (7,32%), la chorale (4,88%), les groupes de prières (4,88%), le pèlerinage (2,44%) et les œuvres caritatives (2,44%).

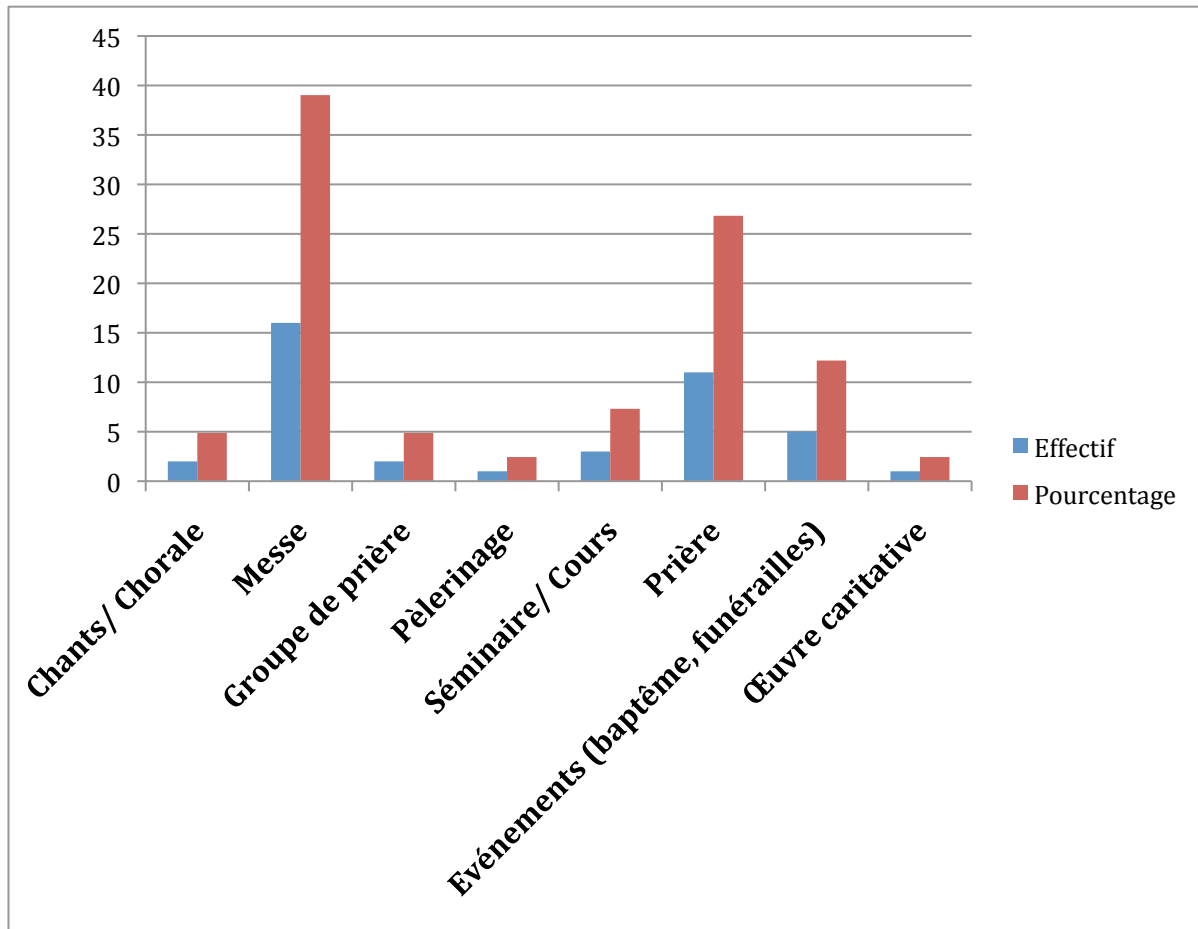


Figure 28. Types de pratiques religieuses collectives, actuelles.

d) Fréquence des pratiques religieuses collectives actuelles des patients

Parmi la totalité des patients, 19% affirment avoir une pratique religieuse hebdomadaire, 12% ont une pratique annuelle, 6% une pratique mensuelle et 2% une pratique quotidienne. (Tableau 24 en annexe 34)

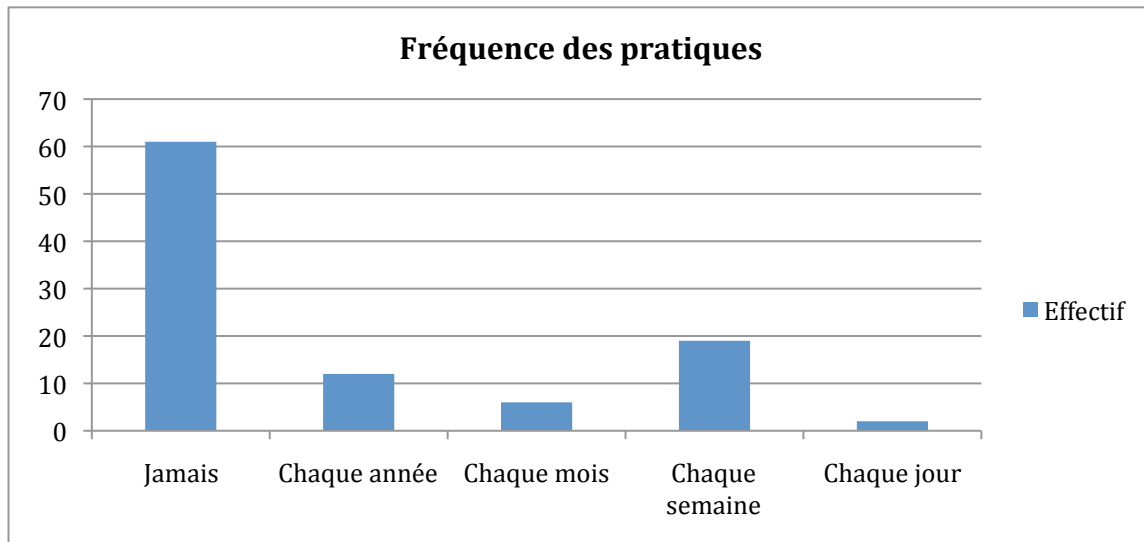


Figure 29. Fréquence des pratiques religieuses collectives actuelles des patients.

e) Pratique religieuse personnelle, actuelle. (Tableau 24 en annexe 34).

Actuellement, 69 des patients affirment avoir une pratique religieuse personnelle tandis que 31 % ont déclaré ne pas en avoir. (Cf. Figure 27, ci-après)

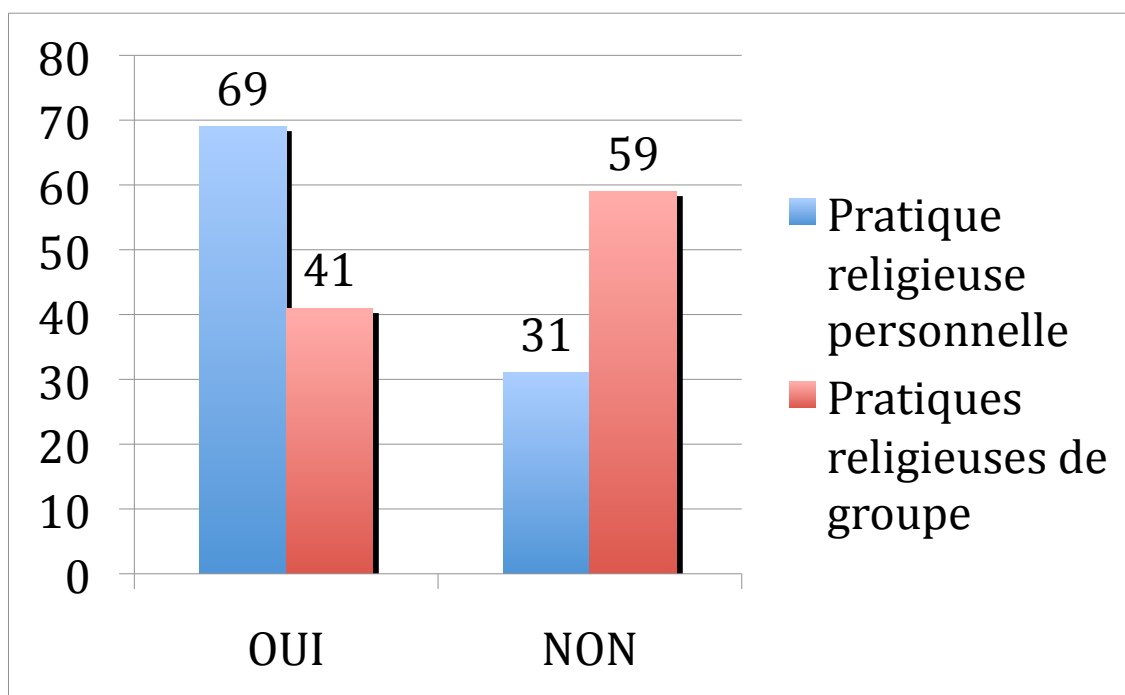


Figure 27 : Pratiques religieuses personnelles Versus Pratiques religieuses de groupe

f) Types de pratiques religieuses personnelles des patients (tableau 26 en annexe 35)

Parmi les pratiques personnelles évoquées par les patients, la prière est majoritaire avec près de 57 %, suivie ensuite de toute sorte de lecture en rapport avec le spirituel ou le religieux avec près de 16 %, la méditation avec 26,08 %. Le fait de brûler un cierge est fait par 1,45%.

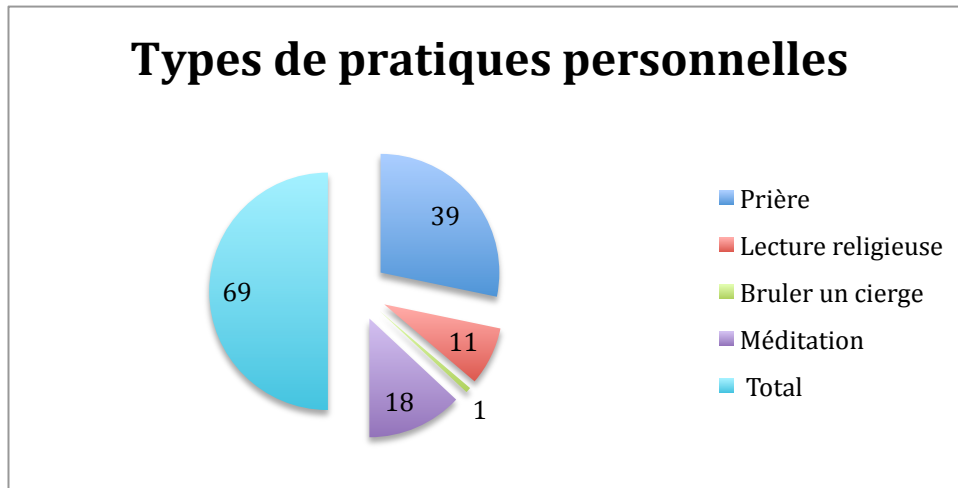


Figure 30 : Types de pratiques religieuses personnelles des patients

g) Fréquence des pratiques religieuses personnelles. (Tableau 27 en annexe 36)

Parmi la totalité des patients, 37% affirment avoir une pratique religieuse personnelle quotidienne, 11% le font chaque année, 11% chaque mois et 10% chaque semaine.

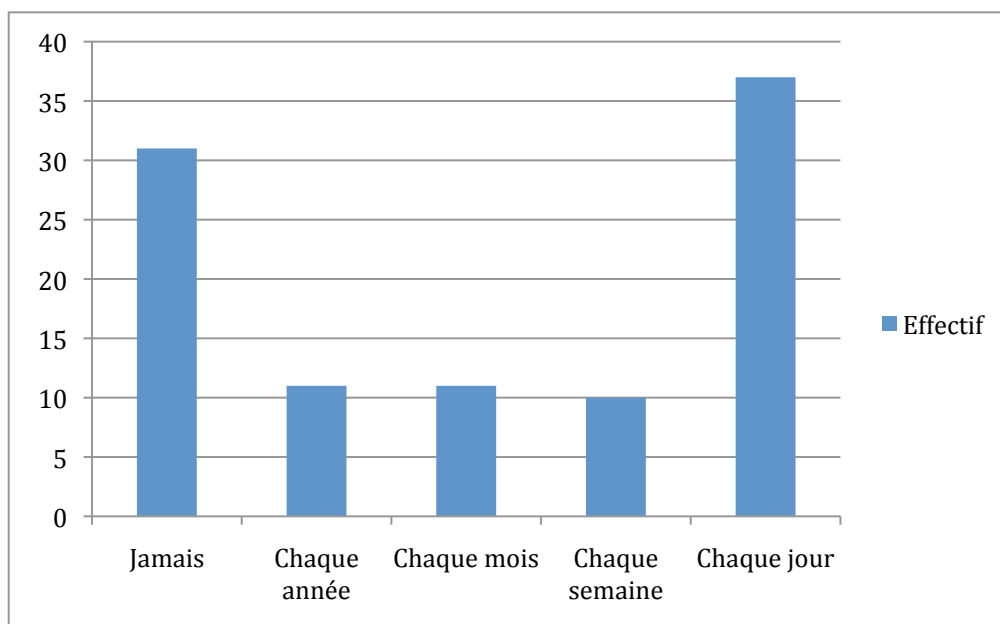


Figure 31. Fréquence des pratiques religieuses personnelles actuelles des patients

III.1.6. Importance subjective de la religion. (Tableau 28 en annexe 37)

a) Dans la vie quotidienne

Pour 38% des patients, la religion est très importante dans leur vie quotidienne. Pour 19%, elle est essentielle, pour 16%, elle a une faible importance, pour 13% elle est d'importance moyenne tandis que pour 14%, elle n'a aucune importance.

b) Dans le fait de donner un sens à la vie

La religion donne un sens à la vie de manière très importante pour 37%, de façon essentielle pour 18%, moyennement pour 15% et faiblement pour 14%. Pour 16% des patients, elle n'intervient pas du tout dans le sens de la vie.

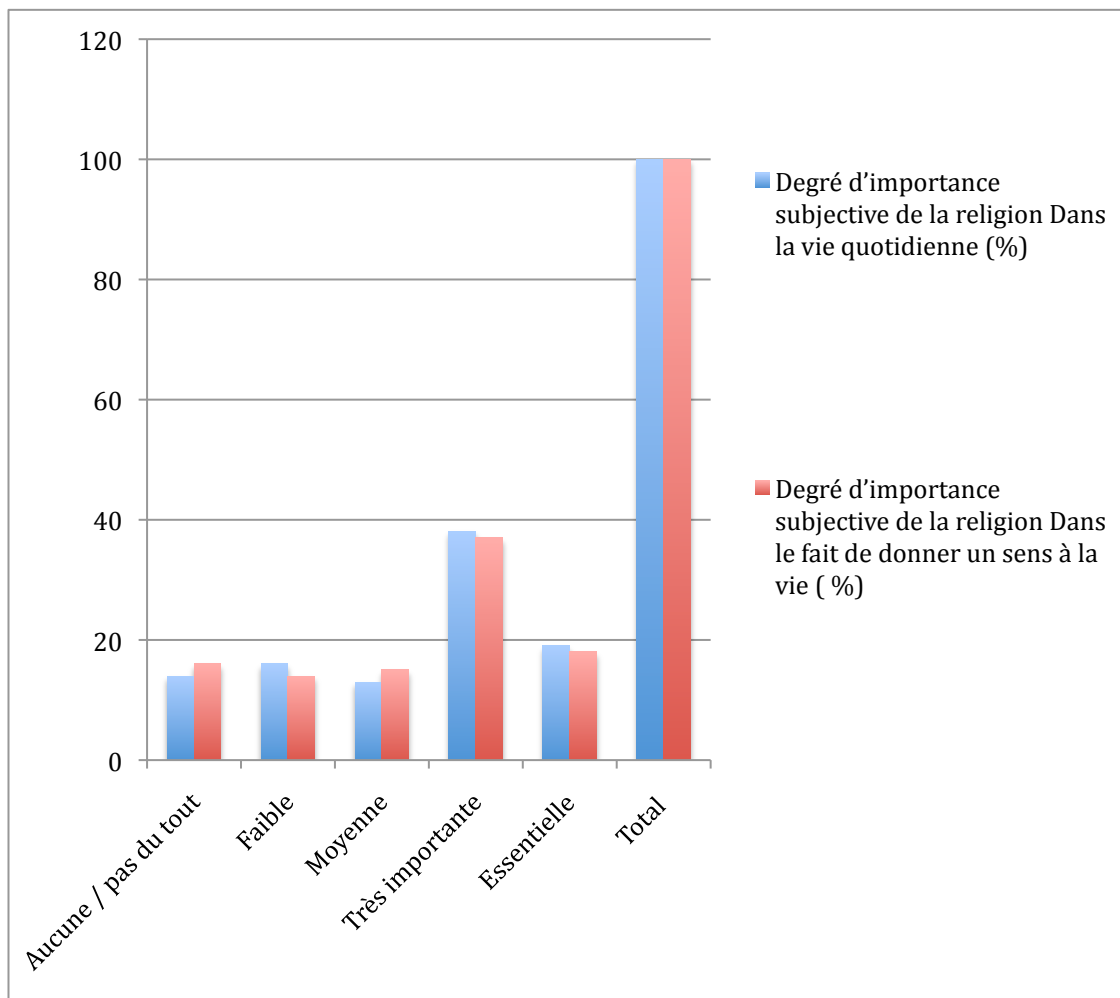


Figure 32 : importance subjective de la religion dans la vie et dans le fait de donner un sens à celle-ci.

c) Arrêt de l'entretien pour certains patients

Conformément aux instructions du guide de l'entretien semi structuré utilisé qui prévoit d'arrêter l'entretien à l'issue de la partie 4 (importance subjective de la religion) en cas d'absence ou de marginalité de la religion dans la vie, 30 patients sur les 100 devaient, donc s'arrêter à ce stade de l'entretien.

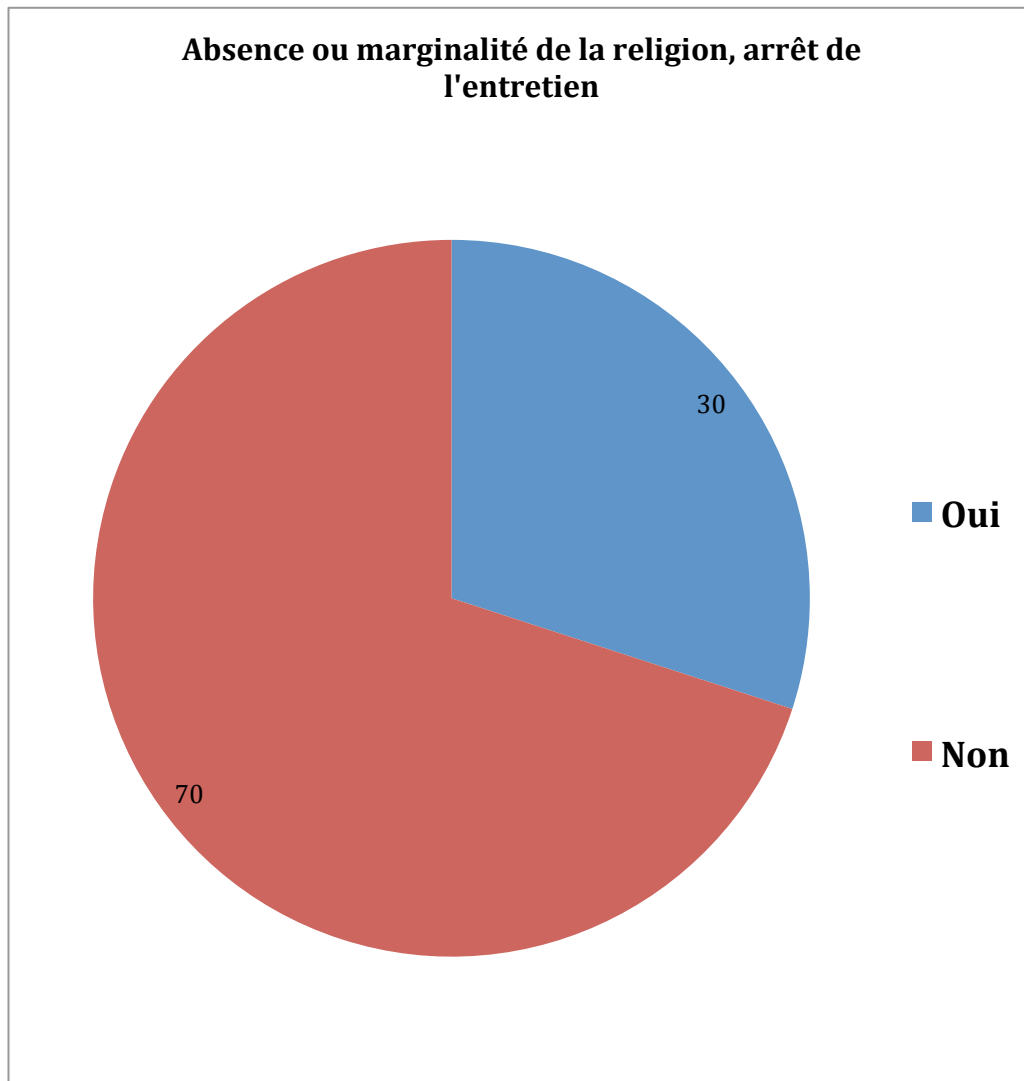


Figure 33. Répartition selon la suite ou l'arrêt de l'entretien

III.1.7. Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie (Tableau 29, annexe 38)

a) Degré d'implication des croyances pour faire face à la maladie

Sur les 70 patients restant, les croyances interviennent beaucoup dans le fait de combattre la maladie pour 53% d'entre eux. Elles le sont moyennement pour 21% et totalement pour 24%.

b) Degré d'implication des croyances dans le fait de donner un sens à la maladie.

Parmi les 70 patients, 54%, affirment que leurs croyances sont beaucoup impliquées dans le fait de donner un sens à leur maladie, pour 23% elles le sont totalement, pour 20% elles le sont moyennement.

c) Impact des croyances sur la maîtrise des difficultés liée à la maladie.

Parmi les 70 patients poursuivant l'entretien, 54% affirment que leurs croyances ont beaucoup d'impact sur la maîtrise de leurs difficultés. Pour 23%, cet impact est moyen, pour 21%, il est total.

d) Implication des croyances dans le réconfort face aux difficultés (tableau 29 en annexe 38).

Sur les 70 patients, 54% trouvent que leurs croyances les réconfortent beaucoup face à leurs difficultés. Pour 26%, cette implication est totale et pour 20%, elle est moyenne.

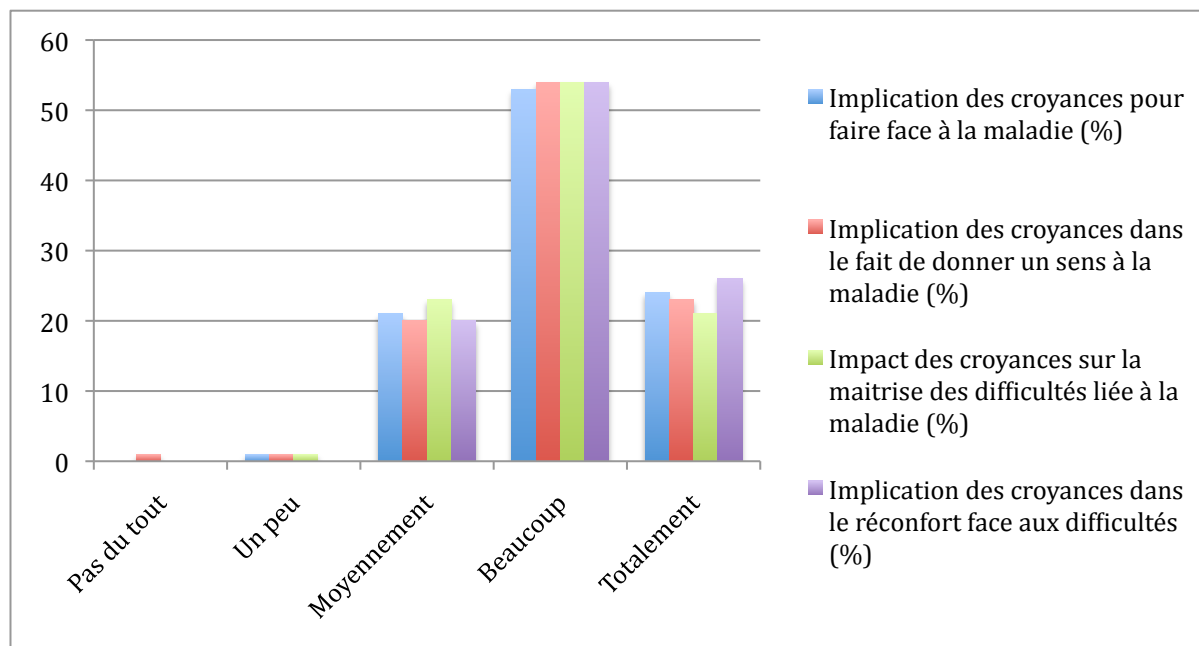


Figure 34 : Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie

e) Implication des membres de la communauté religieuse pour faire face aux difficultés (tableau 30 en annexe 39).

Parmi les 70 patients, 49% affirment l'absence d'une implication des membres de la communauté religieuse pour les aider à faire face à leurs difficultés. Mais parmi ceux-ci sont également inclus ceux qui n'avaient aucune activité de groupe. Cette implication est mesurée par 31% comme « beaucoup », par 13% comme « totale » et par 7% comme « moyenne ».

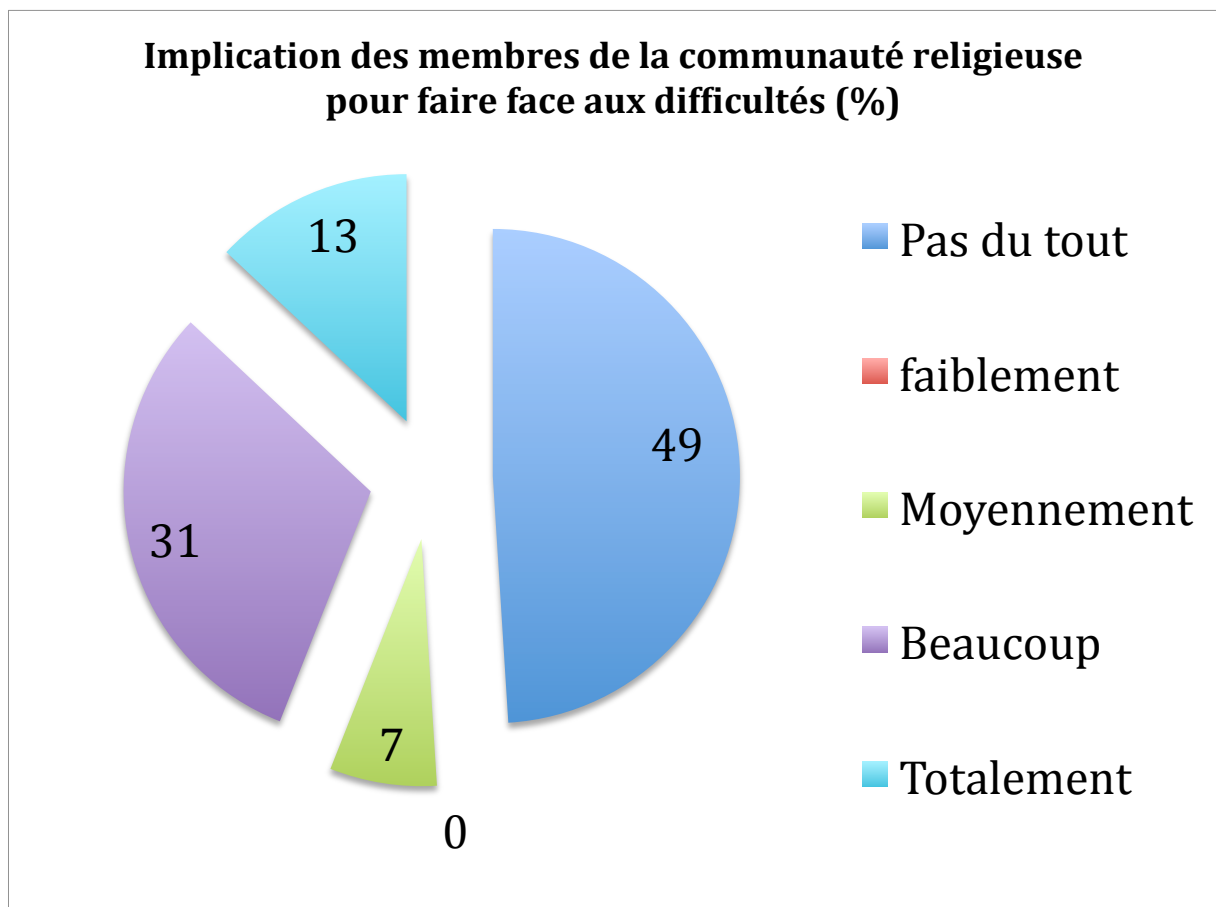


Figure 35. Implication des membres de la communauté pour faire face aux difficultés.

III.1.8. Synergie de la religion avec les soins psychiatriques

a) Aisance à parler des croyances personnelles avec le médecin

Pour 43% des patients, il est totalement aisé de parler de questions de croyances personnelles avec leur médecin. 33% des patients trouvent qu'il est beaucoup facile d'en parler et 20% trouvent que c'est moyennement facile. (Tableau 31 en annexe 40)

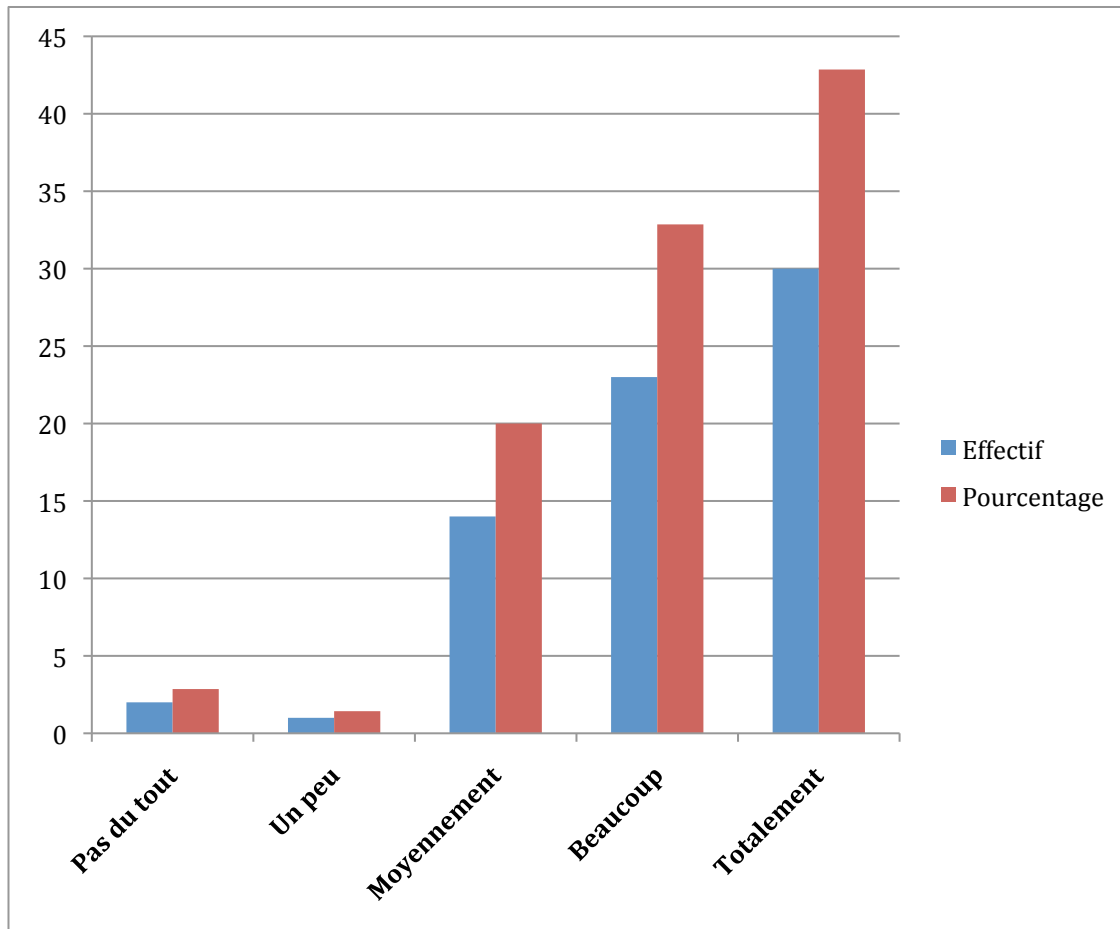


Figure 36. Aisance à parler de questions spirituelles avec le médecin.

b) Incompatibilité des croyances avec le traitement médicamenteux

La totalité des patients (n=70) trouve qu'il n'y a aucune incompatibilité de leurs croyances avec le traitement médicamenteux.

c) Incompatibilité des croyances avec les entretiens avec le médecin.

99% des patients trouvent qu'il n'y a aucune incompatibilité de leurs croyances avec les entretiens avec leur médecin. 1% trouve que c'était moyennement incompatible.

III.2. Résultats de l'étude sur les praticiens.

Nous avons recueilli 51 réponses de praticiens sur les 80 sollicités, donnant un taux de réponses de 60%.

III.2.1- Répartition selon les qualificatifs des praticiens

Notre enquête nous a permis de solliciter 51 praticiens hospitaliers dont 32, soit 63% occupaient le poste de PH, 11, soit 22% étaient des internes, 3, soit 6% occupaient un poste d'assistant. Nous n'avons eu aucun PUPH. Les autres postes concernés incluaient celui de Praticien attaché associé.

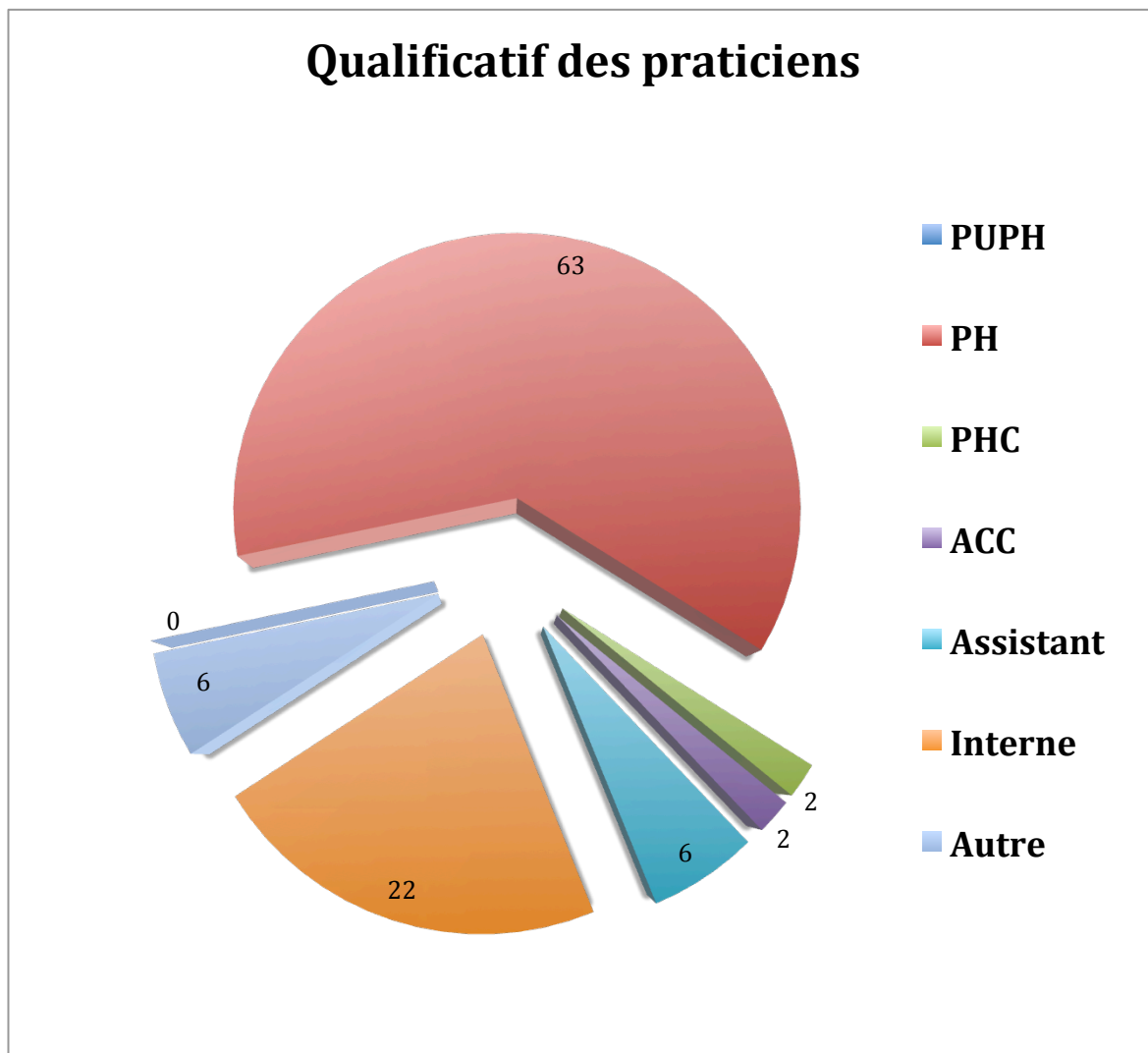


Figure 37 : Répartition des praticiens selon leurs qualificatifs.

III.2.2- Répartition des praticiens selon leur type d'activité.

Les praticiens de notre population d'enquête exercent pour 98% dans le secteur public. Aucun n'exerce uniquement dans le secteur privé. Un seul des praticiens effectue une activité mixte.

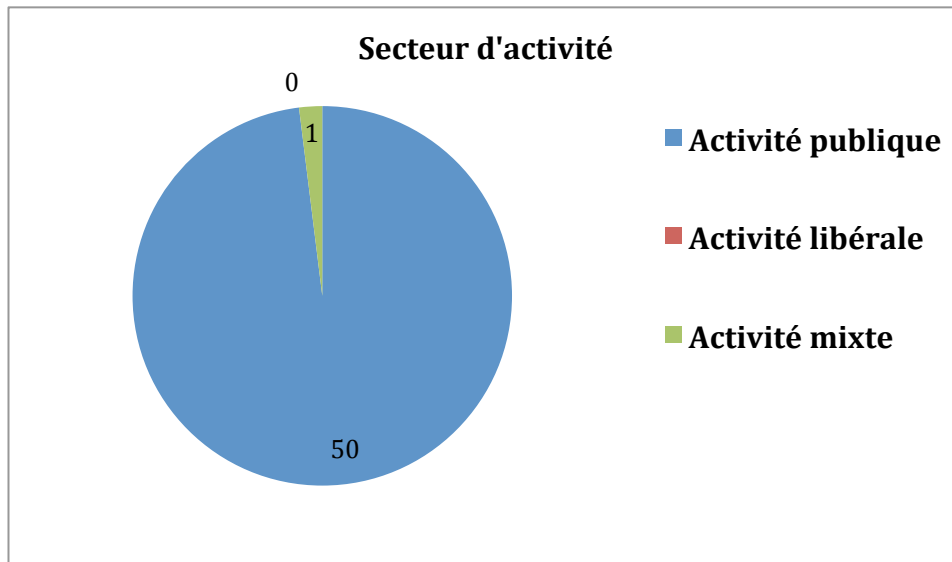


Figure 38 : Répartition des praticiens selon leur type d'activité

III.2.3- Répartition selon l'ancienneté dans la profession (tableau 32 en annexe 41)

L'ancienneté des praticiens est très disparate allant de 2 semestres à 40 années de service. Les postes récents c'est-à-dire allant de 1 à 10 années sont majoritaires à 66 % ainsi que les postes tenus pendant 20 ans et plus pour 18%. L'ancienneté intermédiaire est de 14%.

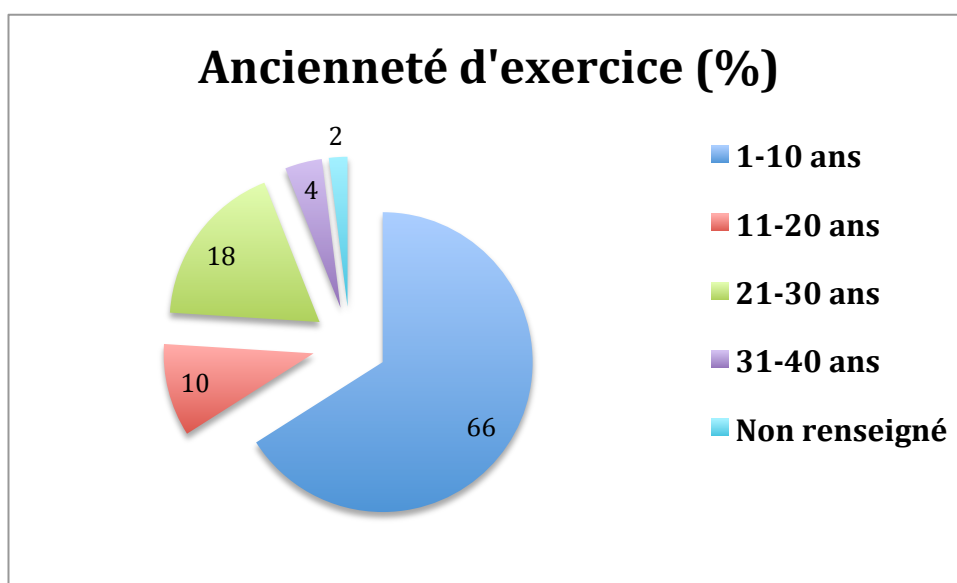


Figure 39 : Répartition des praticiens selon l'ancienneté dans la profession

III.2.4- Etude du degré de religiosité ou de spiritualité des praticiens

A la question : « Vous vous définissez au sens le plus large comme une personne croyante/religieuse ou ayant une forme de spiritualité », 39% des praticiens ont répondu par un « oui », 8% par un « plutôt oui », donnant en tout 47% de réponses positives et 20% ont répondu par un « non », tandis que 29% ont répondu par un « plutôt non », donnant en tout 49% de réponses négatives.

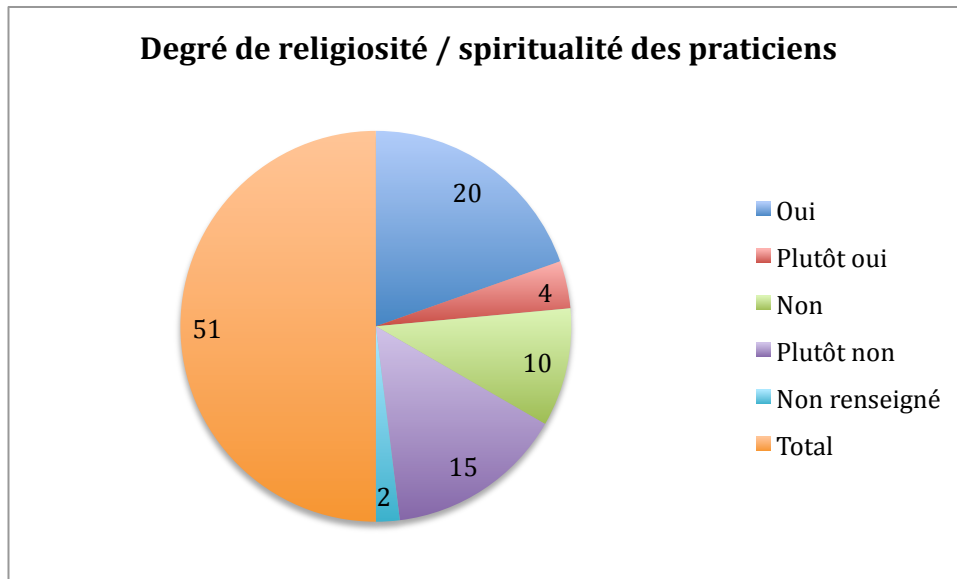


Figure 40 : Degré de religiosité des praticiens

III.2.5- La place de la spiritualité dans la vie des praticiens (tableau 33 en annexe 42)

A la demande si la spiritualité avait une place dans leur vie, 35% des praticiens ont répondu par un « oui », 18% par un « plutôt oui », donnant ainsi 53% de réponses positives, 16% ont répondu par un « non », et 27% par un « plutôt non », donnant ainsi 43% de réponse négatives. (Cf. figure 41)

III.2.6-La place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique (tableau 33 en annexe 42)

A la demande si la spiritualité a une place dans leur pratique psychiatrique, 12% des praticiens avaient répondu « oui », 29% avaient répondu « plutôt oui », ramenant les réponses affirmatives à 41%, 27% avaient répondu « non », et 27% avaient répondu « plutôt non », ramenant ainsi les réponses négatives à 54%. (Cf. Figure 41)

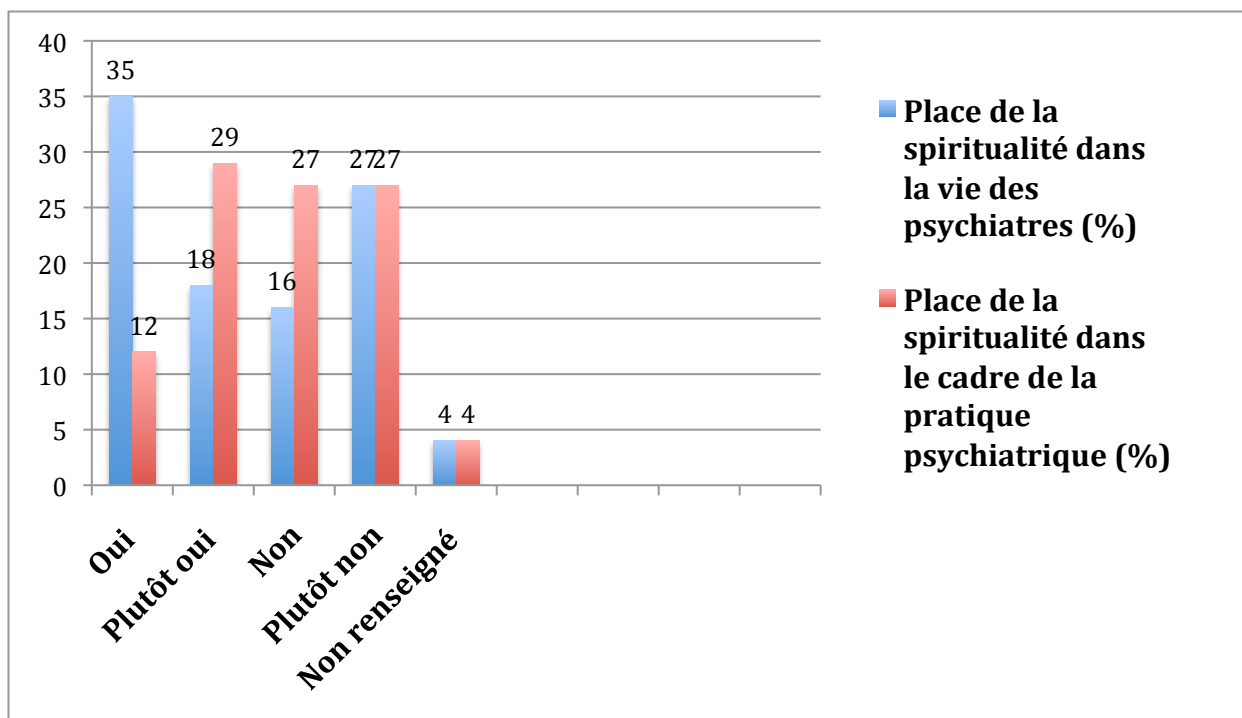


Figure 41 : Place de la spiritualité dans la vie des psychiatres et dans le cadre de leur pratique psychiatrique.

III.2.7- La fréquentation d'une communauté spirituelle

A la demande s'ils fréquentaient une communauté spirituelle, 16% de nos praticiens ont répondu par un « oui », et 6% par un « plutôt oui », donnant 22% de réponses positives ; 61% ont répondu par un « non », et 14% par un « plutôt non », ramenant les réponses négatives à 75%.

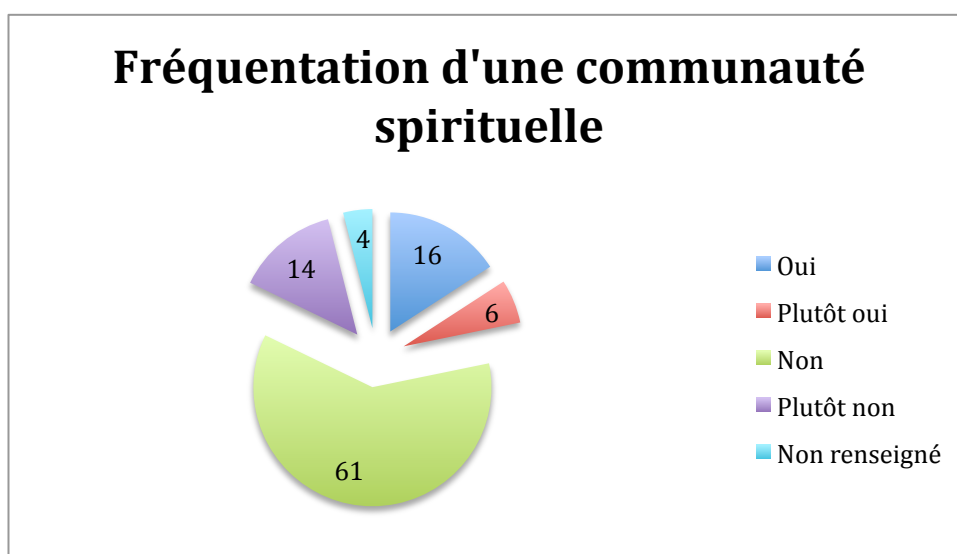


Figure 42 : Fréquentation d'une communauté spirituelle chez les praticiens

III.2.8- Attitude des praticiens face à l'abord d'une question de la dimension spirituelle par les patients. (Tableau 34, annexe 43)

Notre enquête a révélé que 45% des praticiens acceptent sans difficulté qu'une question de dimension spirituelle survienne durant l'entretien et adoptent volontairement une attitude d'écoute bienveillante, 39% des praticiens acceptent que la question soit abordée par le patient et l'utilisent comme une ressource à intégrer dans le projet de prise en charge globale si cela s'avère compatible avec l'état du patient, 6% des praticiens préfèrent que la question ne soit pas abordée mais y répondent quand même pour diverses raisons.

Enfin, 8% des praticiens préfèrent que la question ne soit pas du tout abordée dans les entretiens et donnent des raisons différentes. (parce que c'est une question d'ordre personnel et privé pour un d'entre eux, l'institution est laïque pour un autre, par manque de temps pour un autre et par peur d'induire des susceptibilités liées à des divergences de croyance pour un autre).

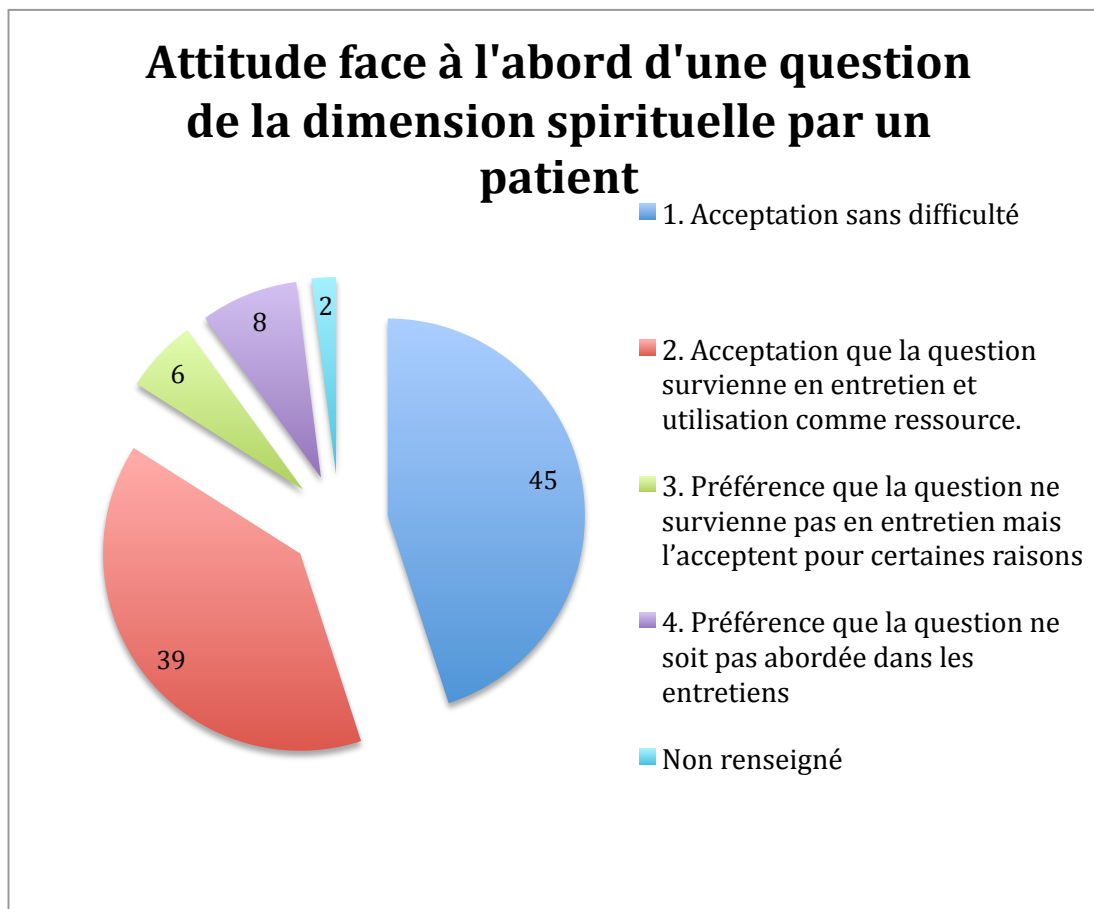


Figure 43 : Attitude des praticiens face à l'abord d'une question spirituelle par les patients

III.3. DISCUSSION

III.3.1. Étude sur les patients

a) Résultats démographiques

Il y a presque autant d'hommes que de femmes dans notre étude ce qui ne correspond pas aux données concernant les maladies qui ont quasiment toutes une prédisposition pour un genre particulier, ni correspondant aux études habituelles sur les consultants de psychiatrie

Dans la littérature, une étude descriptive sur la clientèle suivie en secteur psychiatrique public a permis de recueillir des données sociodémographiques et cliniques. Cette étude a mis en évidence la surreprésentation des hommes dans la tranche d'âge comprise entre 25 et 34 ans. Les femmes sont surreprésentées dans la tranche d'âge entre 35 à 44 ans. [145]

Une autre étude portant sur 812 patients âgés de 15 ans et plus reçus en service de psychiatrie a révélé que les hommes étaient plus nombreux que les femmes. [146]

En termes de quête spirituelle, les hommes sont largement devancés par les femmes. Pourrait-on en inférer une relation entre la fréquentation d'un centre psychiatrique par les hommes qui trouveraient dans le soin, plutôt que dans la religion, une façon de faire face à leurs troubles. [147]

La tranche d'âge allant de 41 à 60 ans est la plus prédominante parmi les patients qui ont répondu au questionnaire de notre enquête. Dans la littérature, une étude descriptive transversale sur les patients reçus en service de psychiatrie a révélé que la tranche d'âge la plus vue avoisine les 50 ans et plus. [148]

Huguelet a trouvé une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 40 et 49 ans, à 28,9% suivie de la tranche d'âge comprise entre 50 et 59 ans. Les patients de 60 ans et plus ne représentaient que 7%. [107]. D'une façon générale, le croisement de la littérature sur la spiritualité, fait remarquer que la quête spirituelle se faisait accroître au fur et à mesure que l'individu vieillit. Loin des soucis et des vicissitudes de la profession et de l'enfantement, il arrive à un point de sa vie où il cherche un sens à son existence.

A l'image de ce que démontre la théorie de Maslow, ses besoins physiologiques peuvent tous être comblés à un certain âge mais la soif spirituelle peut demeurer.

De cela, on peut conclure que l'âge est un facteur non négligeable dans l'installation d'un besoin de spiritualité, d'autant plus que le malade souffre de troubles organiques ou d'un trouble psychique. Globalement en dehors de la répartition par genre, notre population semble comparable aux autres études.

b) Les stratégies pour faire face à la maladie

La dépression est le problème le plus cité comme difficulté rencontrée par les patients lors de l'enquête. Cette dépression peut entraîner à elle seule des comorbidités telles que l'alcoolisme ou des difficultés relationnelles avec l'entourage. Il est important de noter que la religion et les interdits religieux peuvent être également causes de dépression. Cela se produit aussi lorsque l'individu se sent incapable d'atteindre les standards imposés par son affiliation religieuse.

Et pourtant, la religion ou toute autre forme de spiritualité peut être une stratégie de coping positif face à la dépression. Dans ce cas, l'individu utilise ses croyances et/ou ses pratiques religieuses pour surmonter les accès de dépression.

Dans la littérature, la dépression figure en tête de liste des problèmes évoqués par les patients venant en consultation psychiatrie. [85]

L'usage de techniques pour surmonter leurs problèmes est courant chez les patients et cela peut sembler tout à fait normal. Jusqu'ici, les médicaments et le recours à toute forme de soin restent majoritairement les moyens utilisés par les patients pour faire face à leurs problèmes de santé. Ils ont recours à une consultation spécialisée en centre de psychiatrie et suivent les prescriptions de leur médecin ou bien, leur accompagnateur les aide dans la prise de leurs médicaments. Pour nos patients, l'entourage constitué d'amis, des membres de la famille proche, ou des amis de la communauté religieuse, est aussi utilisé pour faire face à la maladie. Ces personnes, de par leur présence, leurs conseils, leur écoute ou leurs prières, encouragent les patients et ces derniers en sont conscients.

A la troisième place, la foi en Dieu, mentionnée spontanément par les patients que nous avons rencontrés, est utilisée comme une stratégie pour surmonter leur souffrance. Les chiffres (24 %) dénotent du besoin de spiritualité encore marqué chez les patients en général.

Les stratégies d'adaptation utilisées par les malades visent toujours à réduire le niveau de stress. Dans la littérature psychologique, plus de 400 stratégies de coping ont été identifiées. Certains auteurs suggèrent que l'humour est une des stratégies de coping les plus utilisées et les plus efficaces. [145] .A titre d'exemple, les garçons sont souvent encouragés à être indépendants, pendant que les filles sont sensées se conformées aux règles établies, ce qui peut influencer le choix du mécanisme d'adaptation de chaque sexe. [146]

Le fait de mentionner spontanément la foi en Dieu comme stratégie pour faire face à la maladie par 1/4 des patients dans le cadre de notre enquête témoigne d'un certain engagement personnel et d'une implication dans une vision spirituelle poussée. Et le fait que près de la moitié des patients ne songent à penser à leurs croyances spirituelles que dans le cadre de questionnement y afférents peut être considéré comme une tendance à penser uniquement au cadre médical d'une prise en charge au détriment des autres possibilités. Cette attitude peut aussi être due à une certaine pudeur vis-à-vis de la société laïque qui voit l'individu religieux comme un être marginal, ou la pensée religieuse comme n'ayant pas de place en dehors du cadre familial. [107]

c) Histoire spirituelle et religieuse

Le catholicisme s'est affiché comme la religion la plus pratiquée par les pères de nos patients.

Il pourrait être intéressant de corréler l'image du père véhiculée par les religions et l'image de la religion paternelle chez nos patients.

Plus de la moitié des pères ne pratiquaient jamais d'activités religieuses bien qu'ils avaient presque tous une dénomination religieuse. Pour les pères qui en avaient une chaque semaine, cela se faisait en groupe. La messe reste la pratique la plus concernée dans la pratique religieuse paternelle, constituant 86,67%. Ce chiffre rejoint ceux de la majorité des études sur la vie religieuse des patients.

La religion maternelle est un indicatif important de la vie spirituelle dans la mesure où, traditionnellement un peu plus que les pères, les mères interviennent dans l'éducation religieuse de leurs enfants [147]. La plupart de nos patients avaient une mère catholique, si ce n'est les deux parents, évoquant ainsi un haut degré de religiosité dans le cercle familial, ou à la limite d'une croyance en l'existence de Dieu.

Pour 42% des patients questionnés, la mère n'a jamais eu de pratiques religieuses en compagnie d'autres personnes. Pour 51%, la mère le faisait chaque semaine. Cela démontre que les femmes sont plus promptes à la pratique collective que les hommes.

La messe constitue 75 % des pratiques religieuses faites par les mères des patients vu que la majorité est catholique mais la prière est aussi non négligeable (14%) ainsi que l'association messe-prières (5 %.)

Généralement, les mères ne vont pas à la messe sans leurs enfants. De ce fait, cette activité de la mère a assurément un impact sur la future vie spirituelle de son enfant. Durant tout le déroulement du service, de manière consciente ou non, l'enfant capte des bribes de mots, d'agissements, de croyances, qu'il va ensuite utiliser dans sa propre vie.[148]

Le catholicisme est la religion pratiquée par la plupart des patients durant leur enfance (78%). Cela s'explique par le fait que les parents le sont aussi majoritairement. Viennent ensuite dans l'ordre décroissant les musulmans (9%), les protestants (6%), les sans affiliation religieuse (2%), enfin les Témoins de Jéhovah et les néo-apostoliques (1%).

Ces chiffres avoisinent la religion des pères et mères vue antérieurement. Cela démontre qu'en termes de religiosité, les enfants n'ont pas le choix mais sont mis dans le moule de la religion de leurs parents. Cette même religion façonne leur personnalité, leurs besoins et leurs façons de voir la vie.

De façon courante pour l'enfant, la participation à des activités religieuses lui est imposée par ses parents. Le catéchisme ou l'éducation religieuse constitue la pratique qui prédomine dans l'enfance des patients (66,29%), suivi de la messe (14,61%). Sur les 100 patients, 16 n'ont pas eu de pratiques religieuses collectives durant leur enfance tandis que 75 avaient une pratique hebdomadaire, 8 en avaient une quotidienne et 1 le faisait de façon mensuelle. En effet, les pratiques religieuses de l'enfant créent une habitude et un mode de vie.

D'entre les patients, 41% avaient une pratique religieuse durant l'adolescence. L'adolescence est une période où la quête d'identité est prépondérante. L'identité religieuse fait aussi partie de ce processus complexe. Parfois, le jeune a envie d'essayer de nouvelles tendances religieuses, d'où sa vulnérabilité face aux groupements sectaires, d'autant plus que le besoin d'appartenance défini par la théorie de Maslow intervient généralement à cet âge. Mais l'adolescent peut aussi rejeter toute forme de spiritualité, n'acceptant que ce qu'il voit et ne croyant que ce que ses cinq sens perçoivent. Ce choix face à tout ce qui est transcendant peut dans certaines situations le conduire à avoir recours à d'autres formes d'addictions pour combler le besoin d'une dimension spirituelle.

De notre étude, il ressort que la pratique religieuse est encore existante chez l'adolescent. Serait-ce l'impact d'une éducation religieuse durant l'enfance ou réellement un besoin personnel du jeune en quête d'identité ?

Pour les adolescents, croire relève plutôt d'un choix personnel, comme l'estiment 60% de jeunes interrogés au cours d'un sondage de l'IFOP. Pour 40%, il s'agit d'un héritage familial. Les filles sont plus amenées à voir la religion comme un choix personnel (65%) et sont aussi plus nombreuses à dire qu'une religion se vit intimement (64%). Parmi les adolescents interrogés, 62% parlent de religion et de spiritualité en famille, 54% en classe mais 31% seulement entre amis. Environ 51% des jeunes voient plus de questions que de réponses dans la religion, contre 46% pour l'inverse, c'est-à-dire, estiment que la religion apporte des réponses à leurs interrogations sur la vie. Pour 78% d'entre eux, la religion est considérée comme une ouverture sur les autres et 20% y voient un repli sur soi. Parmi les jeunes musulmans, en revanche, 61% percevaient la religion comme un héritage familial. [149]

Avec 65,85% la messe était la pratique la plus prédominante dans l'adolescence des patients. Les jeunes continuaient donc d'aller à la messe comme ils l'ont fait durant leur enfance. La prière concernait 12,20% des pratiques au détriment de l'éducation religieuse ou catéchisme que l'adolescent devait faire pendant ses jeunes années. Ainsi donc, on note une spiritualité plus développée dans la mesure où la dimension spirituelle est intégrée dans le mode de vie du jeune et où la pratique personnelle a une grande place.

Une majorité des patients, c'est-à-dire 59%, n'ont eu aucune pratique religieuse en compagnie d'autres personnes durant leur adolescence. Par contre 33% affirment pratiquer une activité religieuse de manière hebdomadaire.

Tout comme durant leur enfance, les patients sont restés pratiquants de manière hebdomadaire, une habitude créée par l'éducation religieuse, apparemment façonnée par les parents et confortée par leur choix à l'adolescence.

Une grande partie des patients (61%) affirment avoir connu des changements par rapport à leurs croyances au cours de leur vie. Ces changements peuvent aller vers plus de spiritualité mais aussi vers un reniement de toute forme de spiritualité.

3/4 des patients de notre enquête ont avancé diverses raisons et circonstances ayant motivé les changements de points de vue relatifs à leurs croyances. Le quart restant n'a donné aucune cause ni circonstance précise aux changements évoqués. Souvent, le changement est inexplicable par le patient. Parfois, il ne veut seulement pas l'expliquer.

L'insatisfaction menant à une plus grande quête de spiritualité est une des causes mentionnées par près de 17 % des patients. Parfois, cette insatisfaction face à la vie et ses problèmes pousse l'individu à devenir plus religieux / Spirituel. Il augmente alors ses pratiques spirituelles de façon individuelle et / ou groupale. Mais nous notons que peu de patients parmi notre population aspirent à plus de spiritualité à cause d'une insatisfaction.

La détresse morale et la déception sont parmi les raisons de ces changements chez près de 12% des patients. Cette détresse amène plus à abandonner la spiritualité qu'à la rechercher. Ce constat rejoint ce qui est dit dans la littérature. La religion a un statut ambigu et variable : tantôt facteur d'aide face à la maladie, tantôt au contraire abandonnée dans un moment de détresse. La spiritualité et son « anamnèse » se doivent donc d'être abordées de façon complexe.

La maladie elle-même est responsable du changement chez près de 10% et ce, de manière positive ou négative. Parfois, la maladie est responsable d'une plus grande quête de spiritualité, mais il peut arriver que le patient refuse toute forme de religion à l'annonce du diagnostic, surtout si celui-ci est lourd.

Le changement de religion à cause d'un mariage ou l'intérêt porté sur de nouveaux dogmes est évoqué par 8 %. Cet intérêt peut s'expliquer par une insatisfaction vis-à-vis de la religion d'enfance. Mais un mariage n'implique pas forcément un intérêt envers les pratiques religieuses du conjoint.

Parmi les autres causes évoquées, la mort de proches affecte les personnes au point de se refuser une vie spirituelle ou d'accéder à une parce que c'est un moment que l'on vit difficilement.

Le domaine spirituel est donc un des domaines de la vie humaine où divers changements peuvent intervenir. Les changements dans les croyances peuvent être déclenchés par plusieurs facteurs. Ceci vient confirmer le caractère dynamique de la spiritualité.

d) Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles

78% des patients ont affirmé être chrétiens catholiques. Une grande partie de ces patients ont conservé la vie spirituelle ou religieuse d'avant l'âge adulte. Notons que les statistiques de 1996 ont retrouvé que 65% de la population française étaient d'obédience catholique. Il y aurait donc plus de chrétiens dans notre région, ce qui pourrait être du à une spécificité culturelle locale en rapport probablement avec un ancien concordat.

Actuellement, 61% de nos patients ne pratiquent aucune activité religieuse avec d'autres personnes, 39% seulement le font. Ce déclin des pratiques comparé à l'enfance (83%) et à l'adolescence (41%) pourrait s'expliquer par le manque de temps du fait de la vie professionnelle, ou tout simplement de la perte d'intérêt dans ces choses-là. Ce qui ne veut pas dire que l'intérêt aux questions spirituelles a décliné. Et dans ces cas, bien que le besoin de spiritualité se fasse sentir, la personne préfère ne pas se lancer dans des pratiques religieuses en collectivité. La messe reste la pratique la plus prédominante pour 39% de nos patients. Viennent ensuite la prière (27%), les événements comme les baptêmes (12%), les séminaires (7%), la chorale et les groupes de prières (5%), le pèlerinage et les œuvres caritatives (3%).

Actuellement, 69% soit plus de 2/3 de nos patients affirment avoir une pratique religieuse personnelle, dont 37% le font de façon quotidienne et 10% chaque semaine. Tandis que 31% n'en ont pas. La prédominance de la pratique quotidienne s'explique par le fait que l'activité la plus remarquée est la prière (56%). Ce qui témoigne de l'importance de garder un lien spirituel chez certains de nos patients. Ces constatations sont cohérentes avec celles d'autres études menées en Europe et en Amérique du Nord. Une large proportion des patients engagés dans des activités religieuses le fait de façon plutôt individuelle.

Ce constat suggère qu'une partie des patients évite les activités en groupe, un phénomène courant chez les schizophrènes dont l'intégration sociale se trouve bloquée et les relations difficiles. Cela peut donc constituer un obstacle à la satisfaction de leurs besoins spirituels. [107]

e) Importance subjective de la religion dans la vie

Pour 38% de nos patients, la religion / Spiritualité est très importante dans leur vie quotidienne, voire essentielle pour 19%. Ces chiffres tendent à rejoindre ceux de la pratique, qui semble être donc un bon indicateur de l'importance subjective.

La religion ou les croyances spirituelles donneraient un sens à la vie de manière très importante pour 37%, de façon essentielle pour 18%, moyennement pour 15% et faiblement pour 14%. Pour 16% des patients, elle n'interviendrait pas du tout dans le sens de la vie. C'est donc une dimension qui existe d'une façon ou d'une autre pour 84% d'entre eux. Ces résultats montrent également que la religion/ Spiritualité a sa place dans la vie quotidienne des patients pour 2/3 d'entre eux parce qu'elle donne un sens à leur vie.

Parmi les patients, l'entretien ne s'est pas poursuivi pour 30% d'entre eux à cause de la marginalité de la religion, voire de son absence chez cette proportion. Seul 70% sont allés au bout de l'entretien. Les 70% restants comptent tout de même pour une majorité. Cela témoignerait du fait que la question religieuse ou spirituelle ne pose aucun problème à la majorité des patients, bien au contraire.

f) Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie

Pour 53% des patients qui ont poursuivi l'entretien, les croyances intervenaient beaucoup dans le fait de combattre la maladie. Elles le faisaient moyennement pour 21% et totalement pour 24%. En tout, le pourcentage des patients qui utilisaient leurs croyances spirituelles/ religieuses comme un outil pour faire face à la maladie de façon certaine avoisine donc les 80%.

D'après nos patients, 54% affirment que leurs croyances sont beaucoup impliquées dans le sens de la vie, pour 23% elles le sont totalement, pour 20% elles le sont moyennement tandis qu'elles ne le sont qu'un peu pour 1% et pas du tout pour 1%. Nos chiffres montrent que les croyances affectent le sens de la vie. Pour les personnes « spirituelles », au sens le plus large du terme, cette dimension n'est pas absente du vécu face à la maladie.

Pour la majorité de nos patients (54%), les croyances ont beaucoup d'impact sur la maîtrise de leurs difficultés tandis que pour 21%, l'impact était total. Cela signifie que pour 75% des patients, la spiritualité permet de faire face aux difficultés de la vie.

La même proportion de patients que précédemment, c'est-à-dire 54%, trouve que leurs croyances les réconfortent beaucoup face à leurs difficultés tandis que 26% estiment qu'elles les réconfortent totalement. On obtient un chiffre relativement élevé (80%) de patients qui trouvent dans leurs croyances du réconfort.

Parmi les patients, 49% affirment l'absence d'une implication des membres de la communauté religieuse pour les aider à faire face à leurs difficultés. Mais parmi ceux-ci sont également inclus ceux qui n'avaient aucune activité de groupe. Cette implication est mesurée par 31% comme « beaucoup », par 13% comme « totale » et par 7% comme « moyenne ». Nous pouvons donc estimer que les membres de la communauté religieuse d'un patient, sans pour autant être exclusifs, peuvent lui apporter du réconfort. Cette question rejoint d'ailleurs celle où une grande majorité des patients affirmaient que l'entourage avait une place importante dans les stratégies pour faire face à leur maladie. Se poserait la question de la comparaison entre un entourage familial et un entourage communautaire.

g) Synergie de la religion avec les soins psychiatriques

Pour une large proportion des patients (43%), il est totalement aisé de parler de questions spirituelles en entretien. D'après nos résultats, les patients n'éprouvent aucune gêne à parler de leurs croyances avec leur médecin, que celui-ci le leur demande ou pas. $\frac{3}{4}$ des patients n'éprouveraient pas de gêne à l'aborder. Il semble donc qu'un patient sur quatre soit gêner d'aborder une telle question et que dans les autres cas, la gêne à l'installation d'une discussion d'ordre spirituel, quand elle existe, ne proviendrait pas que des patients.

A l'unanimité, les patients acceptent le fait d'avoir un traitement médicamenteux et de conserver leurs croyances religieuses ou spirituelles, donc aucune incompatibilité de leurs croyances avec le traitement médicamenteux ni avec les entretiens avec leurs médecins pour 99 % d'entre eux. Cela pourrait aussi signifier que même avec un traitement médicamenteux bien établi, les patients peuvent tout de même avoir ou formuler des demandes en matière de spiritualité. À titre comparatif avec l'étude du Pr. Huguelet et al [7] a rapporté que certains patients ont trouvé que la religion est incompatible avec les soins psychiatriques. Pour certains d'entre eux, la spiritualité serait antagoniste des médicaments. Toutefois, l'étude a mis en évidence des patients schizophrènes qui ont refusé les médicaments pour essayer de guérir en investissant dans la spiritualité. Pour d'autres, le médicament entrave la spiritualité et ils lui imaginaient des caractéristiques diaboliques.

Bien que ce ne soit pas le cas dans les résultats de notre étude qui n'a pas, rappelons-le menée exclusivement chez une population de psychotiques, nous pensons pouvoir expliquer la source de ces divergences en avançant très prudemment que si les 30 patients qui ont arrêté les entretiens avant la fin du questionnaire étaient allés jusqu'au bout, peut-être alors trouverons-nous parmi eux ceux pour qui la religion serait incompatible avec leur traitement voire aggravant leurs troubles ?

À titre comparatif, l'étude menée par le Professeur Huguelet [107] au Québec et à Genève sur 241 patients « schizophrènes » (115 à Genève et 126 au Québec) qui a utilisé le même questionnaire sur une population de patients psychotiques chroniques traités en ambulatoire obtenait les résultats suivants : 83% des patients étaient catholiques (78% dans notre étude) et 5% étaient sans appartenance religieuse (2% dans notre étude).

Nos chiffres sont sensiblement ressemblants. 50% de la population interrogée affirme n'avoir jamais de pratique religieuse collective (16 % en ce qui nous concerne) Parmi ceux qui ont des activités religieuses, la majorité les fait de manière hebdomadaire (10 % dans notre étude). Parmi la totalité des patients, 20% n'ont jamais eu de pratique religieuse individuelle (31 % dans notre étude), mais 50% pratiquent quotidiennement (37 % dans notre étude). Cette même étude a mis en évidence que pour presque la totalité des patients, la religion est soit « importante », soit « essentielle » dans leur vie.

L'importance de la religion pour faire face à la maladie est également vue au sein de la population d'étude avoisinant 60% dans les deux villes. L'utilisation de la religion comme une stratégie pour faire face à la maladie est vue chez 71% à Genève, et 75% au Québec (78 % dans notre étude)

Ainsi donc, la population de cette étude voyait en la religion un outil positif en ce qui concerne son application sur soi, car elle apporte espoir, réconfort, sens à la vie, joie de vivre, amour, respect de soi et confiance en soi. La vision spirituelle de la maladie est positive chez 45% des patients, car ils acceptaient la maladie et mobilisaient les ressources religieuses pour y faire face.

Pour 20% des patients de cette étude, la religion aurait eu un impact positif sur les délires ou les hallucinations. L'équipe a observé la réduction des réactions émotionnelles négatives associées aux délires et aux hallucinations, et la diminution du degré de conviction.

Pour 29% de ces patients, la religion aurait eu un effet positif sur les relations sociales. C'était un outil qui a servi à faire face aux sentiments de persécution, pour contrôler les comportements anti-sociaux, augmenter les comportements altruistes, et imposer des règles sociales plus morales.

Pour 17% des patients, la religion favoriserait une adhésion au traitement. Certains patients évoquent le fait que le traitement aurait été inspiré par Dieu. Pour d'autres, les religieux soutenaient le traitement.

La religion amène aussi le patient à accepter sa maladie et le traitement. Par contre, 15% pensent que la religion défavorise l'adhésion au traitement. Pour eux, les médicaments entraveraient la vie spirituelle. Certains émettent des délires ou hallucination à contenu religieux.

Nous n'avons pas explorés ces aspects lors de notre étude qui voulait, surtout faire une sorte d' « état des lieux » des besoins spirituels chez les patients tout-venant. Mais globalement, nos résultats peuvent être comparés à ceux de la population générale de Genève, bien que les objectifs de notre enquête soient différents.

La comparaison de l'étude nous a permis de conclure que les patients atteints de maladie psychiatriques peuvent être plus sujets à la religiosité.

h) Diagnostics et pathologies concernées

Les pathologies des patients de notre enquête : troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles liés à l'utilisation d'alcool, troubles de la personnalité, schizophrénie, toxicomanie et autres troubles comme un retard mental, rejoignent les pathologies fréquemment vues dans la littérature. Nous y voyons la relative fréquence des troubles de l'humeur (27%), de la schizophrénie (25%) et des troubles anxieux (19%) dans notre étude

La littérature [119] ; [147] mentionne la fréquence des cas de schizophrénie dans la population vue en ambulatoire en centre médico-psychologique. Dans notre étude cette pathologie vient en seconde place après les troubles de l'humeur.

III.3.2. Etude sur la spiritualité des praticiens.

Nous avons recueilli 51 réponses de praticiens exerçant dans le secteur psychiatrique, constituant 63% de retour. Notre enquête nous a permis d'interviewer via un questionnaire, des praticiens en psychiatrie dont la majorité (63%) occupait le poste de praticien hospitalier.

Les praticiens de notre population d'enquête exerçaient pour 98% dans le secteur public, ce qui constitue une majorité absolue.

Le profil type de l'ancienneté des praticiens est celui d'un poste tout récent ou celui d'un poste tenu depuis plus de 20 ans.

À la question : vous définissez-vous au sens le plus large du terme comme une personne croyante ou ayant une forme de spiritualité, 39 % ont répondu « oui » et 8% avec « plutôt oui », soit 47% de réponses positives. Tandis que 29% ont répondu par un « non » et 20 % par un « plutôt-non », soit un total de 49 % de réponses négatives. Nous déduisons que croyant ou non, une bonne partie des médecins reconnaît la présence d'un aspect spirituel dans leur vie.

En revanche, à la demande si la spiritualité avait une place dans leur vie, nous avons retrouvé 53% de réponses positives, et 43% de réponses négatives. La place de la spiritualité dans la vie des praticiens est donc existante pour une majorité bien que moins de 50% ont déclaré qu'ils se définissaient comme croyants ou ayant une forme de spiritualité. Cet écart de 6% s'expliquerait, éventuellement, par l'aspect plus ouvert de la seconde question qui permettrait aux personnes interrogées de reconnaître une forme de spiritualité en dehors de tout système de pensée spirituelle ou de croyance religieuse.

A la demande si la spiritualité a une place dans leur pratique psychiatrique, nous avons eu des réponses affirmatives à 41% et négatives à 54%. Là aussi, le pourcentage d'écart avec le fait d'être croyant est de 6% tandis qu'il double (12%) celui d'avec la place de la spiritualité dans leur vie.

Nous pouvons avancer prudemment que la spiritualité n'intègre pas autant la dimension professionnelle que la vie personnelle. Evidemment cette question interroge la place de la spiritualité dans la « professionnalité » du praticien et pas dans son rapport avec les patients ou dans ces croyances sur la spiritualité de ses patients.

Le fait de fréquenter une communauté spirituelle existe chez 22% des praticiens seulement. Cela signifie qu'une grande majorité d'entre ceux qui ont intégré l'aspect spirituel dans leur vie ou dans leur pratique professionnelle, ne font pas partie d'une communauté spirituelle ou religieuse. La spiritualité confirme donc, encore plus chez les praticiens que chez les patients son indépendance de tout référentiel dogmatique.

La question de prise en compte de la dimension spirituelle des patients est de son utilisation comme ressource est acceptée sans difficulté par 39% des praticiens interrogés ce qui ne confirme pas tout à fait la deuxième partie de notre hypothèse de départ.

A titre comparatif avec l'étude d'Huguelet et al. [7], sur la spiritualité et les pratiques religieuses chez les patients ambulatoires schizophrènes et chez leurs cliniciens avait montré que 93% des praticiens affirmaient pouvoir aborder la question de spiritualité avec leur patient alors que beaucoup parmi eux ignoraient la spiritualité de leurs patients et leurs pratiques religieuses à l'origine d'une certaine inobservance thérapeutique en rapport avec une incompatibilité entre les soins psychiatriques et les croyances des patients.

Cette situation contradictoire a donc fait l'objet d'une enquête plus approfondie, notamment en ce qui concerne les attitudes des cliniciens pour arriver à dire qu'il était probable qu'au cours de l'étude, les cliniciens aient essayé de se montrer sous leur meilleur jour. Une attitude qui aurait pu avoir biaisé leur réponse à cette question. En outre, une majorité des cliniciens a mis en avant un manque de compétences dans ce domaine, ce qui conduit certains d'entre eux à écouter leurs patients sans aller plus loin dans la dimension subjective de la religion.

De l'étude menée sur les praticiens au Canada[88], il ressort que 47% des praticiens ont estimé qu'il y a toujours ou souvent une place pour la spiritualité dans la pratique psychiatrique, ce qui, par rapport à nos observations est un pourcentage relativement avoisinant. Les divergences de points de vue au sein du corps soignant persistent en ce qui concerne la place de la dimension spirituelle dans les soins. [149].

Récapitulatif de ce chapitre.

Notre étude s'est fixé pour objectif d'évaluer l'existence ou non d'un besoin de prise en compte de la dimension spirituelle et ou religieuse chez nos patients vus en ambulatoire et l'aptitude des praticiens à répondre à une telle demande. Elle visait ainsi à déterminer si le décalage entre l'importance de la spiritualité pour les patients en tant que stratégie de coping positif et le fait que le sujet de la spiritualité soit peu abordé dans la prise en charge se retrouve dans une population de patients ambulatoires « tout venant » en conditions naturalistiques.

Nous avons utilisé la méthode de l'enquête et recueilli des informations données par des patients et des praticiens. Nous avons choisi d'utiliser un guide semi-structuré et un questionnaire expérimental. Par rapport aux objectifs que nous nous sommes posés, nous avons tiré de nos recherches que 24% de nos patients ont mentionné spontanément la religion au cours de l'entretien et usaient de leur foi en Dieu pour faire face à la maladie et aux difficultés, donc comme une stratégie de coping positif. Plus de 90% ont une affiliation religieuse dont 78% sont chrétiens, dont la majorité (61%) ne participe pas à des activités religieuses en groupe mais s'adonnent plutôt à une pratique religieuse personnelle comme la prière de façon quotidienne. Pour plus de la moitié des patients, la spiritualité est importante dans leur vie quotidienne et donnent un sens de la vie.

Nous avons voulu déterminer la proportion de patients de cette population qui ressent une attente de pouvoir aborder l'aspect spirituel de leur vie psychique avec leur thérapeute. Notre questionnaire n'a pas permis d'évaluer cette demande de façon directe mais nous avons découvert que 1 patient sur 4 se sentait en difficulté pour aborder cet aspect. Certains ont mentionné un désir de s'étaler davantage sur le sujet.

Les quelques réticents vis-à-vis de ce sujet ont évoqué comme raisons de leur réticence la peur de la réaction du praticien : « je ne sais pas comment il prendra les choses », « je ne sais pas comment il le prendra », « j'ai peur d'être prise pour une folle », « est-ce qu'il acceptera de parler de ça ? ». Il y a aussi le préjugé sur la contrainte de temps du médecin : « il ne se donnera pas le temps de m'écouter », ou le préjugé sur la vision du médecin : « c'est une façon de se mettre des freins », « les médecins sont des scientifiques purs », « ça ne l'intéresserait pas ». Mais parmi les craintes des patients, c'est la peur de ne pas être écoutés qui prédomine le plus.

L'évaluation de la place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique chez les praticiens a révélée 41% de réponses affirmatives et 54% de réponses négatives. Malgré ce chiffre, une large proportion de praticiens affirme n'avoir aucun problème à parler de questions spirituelles avec leurs patients. Cependant 45% d'entre eux se contenteraient d'une écoute attentive, 14% ne préféreraient pas voir abordé ce sujet et seuls 39% voient cet aspect comme une ressource à intégrer à la prise en charge. Pour les praticiens qui n'ont aucune objection à parler de questions spirituelles, certains argumentent leur position en mettant leurs patients et les besoins de ceux-ci à la première place : « Je reste attentif à ce qui a de l'importance pour mes patients ».

Pour ceux qui préféreraient que la question ne soit pas abordée mais qui en parleraient tout de même dans le cas où elle surgirait en entretien, ils donneraient suite à la discussion parce qu'ils estiment que c'est de leur devoir d'y répondre car c'est une des dimensions de la vie d'une personne qui mérite d'être prise en compte.

Notre étude a donc montré que la religion était importante pour une majorité de patients souffrant de troubles psychotiques vus en ambulatoire dans la mesure où elle offrait la possibilité de donner un sens à la vie et à la maladie et qu'elle était d'un réconfort assez considérable pour la majorité d'entre eux. Que ce soit par la prière individuelle ou par la messe collective le lien spirituel avec Dieu était gardé pour la plus part des malades. Certains patients nous ont fait part de leur souhait de pouvoir parler de cet aspect important même dans un cadre médical.

Donc nous pouvons dire que les patients ont été caractérisés par un haut niveau de religiosité, qui sert beaucoup en tant que stratégie d'adaptation important. Nous nous demandant donc s'il n'aurait pas été bénéfique aux patients si leurs praticiens étaient au courant de cet état d'esprit ? à qui pouvait profiter ce hiatus ? De qui d'entre les patients et les praticiens, devrait venir l'initiative d'en parler ?

De leur côté, les médecins étaient relativement moins engagés spirituellement par rapport aux patients, mais semblaient disposés à les écouter. Mais en dépit de ce constat, certains reconnaissent qu'il est important d'inclure ce sujet dans les soins aux patients pendant que d'autres ont exprimé leurs réticences à aborder cet aspect. En pratique clinique, les praticiens peuvent être réticents à prendre la question spirituelle en considération. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la négligence des questions religieuses dans la pratique psychiatrique, comme la sous-représentation des professionnels religieusement inclinés en psychiatrie.

D'autres études l'expliquent par la tendance des professionnels de la santé mentale à considérer comme pathologique tout ce qui est dimension religieuse dans la vie de leurs patients. La négligence des questions religieuses en psychiatrie peut aussi être liée à la rivalité entre les professions médicales et religieuses qui provient du fait que les deux domaines aspirent à résoudre le dilemme de la souffrance humaine, alors qu'aucune d'entre elle ne peut avoir le monopole à notre sens.

Enfin, telles que nous avons pu le voir par notre étude, ces réticences sont d'un autre ordre. Pour l'un d'entre eux : « Dieu est une création de l'Homme », d'autres praticiens pensent que les questions d'ordre spirituel relèvent du domaine personnel et privé, tandis que d'autres craignent d'angoisser un anxieux en ajoutant un questionnement de cette nature, de faire flamber un délire chez un patient psychotique ou parce que ce sujet demande du temps que le praticien n'a pas. La peur de la contrainte de temps évoqué par certains patients est donc ici tout à fait justifiée.

D'autres encore justifient leurs réticences à parler de questions spirituelles par le fait que l'établissement de soins est laïc et qu'il serait déplacé d'en parler. Enfin, une des raisons évoquées consiste aussi dans le fait de ménager d'éventuelles susceptibilités en lien avec des divergences d'opinions et de croyances.

III.3.3. Biais et limites de l'étude

Notre enquête sur les praticiens, a montré d'importantes limites et biais. Le premier d'entre eux est le biais de subjectivité. En effet, qui parmi nous ne serait pas tenter de dire qu'il est à l'écoute de tout ce qui pourrait être bénéfique à son patient ? Nous avons tous, à titre d'exemple, à l'esprit comment est reçue la question sur la sexualité des patients dans nos services chroniques...

Le second est la taille de l'échantillon. En effet, le nombre de praticiens est relativement faible et il a été recruté de façon moins systématique. Il s'agit donc d'un échantillon qui ne représente pas forcément les praticiens de la région. Ce nombre relativement réduit de praticiens jette le doute sur l'exactitude des données de l'échantillon praticiens. Des études similaires devraient, donc être répétées dans des zones géographiques plus étendues afin d'avoir un échantillon suffisamment grand et d'inclure le maximum de psychiatres travaillant dans les hôpitaux psychiatriques publics du département.

La troisième limite tient à l'outil utilisé. En effet, notre questionnaire a été élaboré pour l'occasion ; il est donc expérimental. La première partie reprenant un questionnaire validé peut permettre de se donner une idée de la spiritualité des praticiens, mais la deuxième partie, élaborée en fonction de ce que nous avons pu synthétiser en discutant de ce sujet avec divers professionnels de la santé mais de manière informelle. Nous regrettons le fait de n'avoir pas pu organiser un focus group sur le sujet. Donc cette partie du questionnaire évalue peut-être mal l'attitude des praticiens face à ces questionnements et les raisons qui sous tendent ces attitudes.

Enfin, nous n'avons pas fait de corrélations statistiques entre la croyance des praticiens et la tendance à intégrer plus facilement la spiritualité dans les entretiens des patients. Mais notons quand même que presque 1 praticien sur 6 préfère ne pas aborder ces questions, que 45% se contente de l'écouter et que seuls 39% choisissent d'intégrer cette notion comme une ressource à utiliser.

Il faudrait explorer avec plus de rigueur ce qui semble être un véritable fossé entre la vision des patients et des praticiens.

Notre étude comporte d'autres limites cette fois-ci en rapport avec l'étude sur les patients.

Le premier biais est celui de la sélection. Bien que nous ayons recrutés de façons continues tous les patients consultant en une période délimitée aléatoirement mais bien définie, nous rappelons que le recrutement s'est fait via d'autres collègues. Donc la manière de soumettre la question diffère d'un praticien à un autre. Elle pouvait bien influencer la participation d'une manière ou d'une autre et ce malgré notre souci de donner des consignes bien précises aux différents recruteurs. Par exemple on risquait de voir venir que les patients pour qui la spiritualité était importante si les confrères oubliaient la consigne et mentionnaient le sujet de l'étude.

Le second biais est en rapport avec la délicatesse du sujet. En effet, nous avons constaté lors des entrevues que les patients avaient des réticences à répondre au questionnaire et souvent il nous a fallu détendre « l'atmosphère » et mettre le patient en confiance avant de vaincre ses résistances. Face à un investigateur qu'ils ne connaissaient, être en état d'aborder un tel sujet supposait beaucoup d'effort. Donc souvent nous avons débordé du cadre temporel. 15 à 20 minutes s'avéraient souvent insuffisantes.

La troisième limite est bien sûr la taille de l'échantillon, bien que le nombre de patients de l'échantillon ait permis de rendre compte de résultats explicites et explicatifs, surtout que les patients aient été choisis de manière à ce qu'ils soient hétérogènes, il nous semble insuffisant pour nous faire une meilleure idée sur le sujet.

Le quatrième est en rapport avec l'outil. En effet l'utilisation d'un outil semi-structuré à la place d'un outil quantitatif tel que le WHOQOL peut comporter des biais malgré qu'il a démontré une bonne fidélité inter-juge dans l'étude d'Huguelet. Du fait qu'il n'avait qu'un seul investigateur/observateur dans ce travail de thèse. Celui qui interroge et décortique les résultats est le même ce qui est une vraie limite en soi.

Enfin, l'aspect culturel de la religion doit également être constamment considéré. Nos résultats sont une vitrine de l'aspect spirituel de la zone d'étude, ce qui ne peut être forcément valable dans d'autres zones géographiques, bien qu'ils soient relativement cohérents avec ceux d'autres études menées dans d'autres pays.

III.3.4- Suggestions pour la pratique :

Pour réduire les obstacles signalés à l'inclusion de la spiritualité et la religion en évaluation psychiatrique de routine, nous devons surmonter des obstacles idéologiques et penser davantage au bien être de nos patients. Tout semble indiquer que plus d'attention et d'initiatives de la part des praticiens permettrait de simplifier les choses face aux besoins spirituels de leurs patients. Les praticiens pourraient encourager une plus grande expression venant des patients. Mais pourquoi ne pas se servir d'outils plus élaborés ? Au delà d'une évaluation chiffrée ou pour la recherche, ces questionnaires permettraient d'ouvrir la conversation pour éviter de passer à côté d'une ressource. Le questionnaire de l'anamnèse spirituelle de Frick en 4 questions permet une première approche. Le questionnaire élaboré par Huguelet est un véritable guide d'entretien et nous avons pu constater au cours de cette étude qu'il permettait l'abord de cet aspect dans le respect mais de façon assez étendue.

Enfin, le questionnaire de l'Organisation Mondiale de la Santé (annexe 44) notamment la version courte (WHOQOL-SRPB) dont une version en français est en attente d'une validation par des chercheurs français et suisse [150] pourrait être utilisé à un moment donné du suivi psychiatrique.

CONCLUSION

L'idée d'analyser la place de la dimension spirituelle dans la vie des patients psychiatriques émane de la constatation de la persistance de la divergence des points de vue en ce qui concerne la place de la spiritualité dans le domaine du soin en psychiatrie.

Une revue de la littérature et un entretien semi-directif auprès de patients tout-venant en consultation psychiatrique ambulatoire ont tenté de répondre aux questions de départ.

Au terme de cette étude, nos résultats vont totalement dans le sens des divers auteurs qui soutiennent que la spiritualité ne peut pas être limitée à la seule religion et qu'elle peut exister en dehors d'elle. Le spirituel est inhérent à l'homme et c'est une dimension évolutive, changeante au fil de la vie.

Une portion significative des patients accorde une place à la spiritualité sous sa forme religieuse, même si ce n'est pas fréquemment sous une forme rituelle. La dimension religieuse peut être une stratégie pour faire face à la maladie mais aussi pour donner un sens à la vie. Il apparaît que la dimension spirituelle peut être un élément clé dans la réadaptation de certaines personnes mais qu'il n'est pas toujours évident, pour le patient et pour le praticien, de l'intégrer dans l'entretien. C'est une question de situation (le patient et le médecin se demandent si cela a sa place), mais aussi une question de culture et d'habitudes.

Il nous semble que la religion et les croyances spirituelles pourraient être une source *d'empowerment*, qui potentialise leurs ressources, tant internes qu'externes. Ensemble avec d'autres ressources, elle aide les patients à réparer le sens brisé par la maladie et à conserver ce qui est important à leurs yeux. Il pourrait, pourquoi pas, s'agir d'une source libératrice et non pas d'un simple mécanisme de défense inconscient, et encore moins d'un phénomène aliénant. Les rôles de la religion repérés lors de cette étude mettent en évidence des besoins cruciaux des patients comme celui de construction de sens et de réconfort

Du côté des praticiens, une majorité ne trouve pas d'objection à ce que les patients abordent des questions spirituelles en entretien, bien que parmi eux, beaucoup ne la voient pas comme une ressource, et qu'une bonne partie estime même que la spiritualité n'a pas sa place dans leur pratique professionnelle. Il reste donc un fossé d'incompréhension entre les patients ayant un besoin spirituel n'osant pas en parler à leur psychiatre et les psychiatres qui pourraient pourtant les écouter dans ce sens.

Il est donc souhaitable de faire l'évaluation de ce paramètre dans la pratique clinique et de nombreuses pistes de travail thérapeutique pourraient être ouvertes à la suite de cette réflexion. Les praticiens devraient tenir compte de ces besoins dans la réflexion sur leurs programmes de soins, et inclure des stratégies qui puissent combiner leurs différentes ressources disponibles, afin de donner plus de chance aux patients pour mener à bien leur processus de soins et réadaptation psychosociale.

Quant au survol de la littérature qu'à nécessité ce travail et qui nous a mené à explorer « la psychologie de la religion », il nous a permis de mettre en évidence la pertinence de prendre en compte les diverses dimensions de la spiritualité, ainsi que l'utilisation d'une approche fonctionnelle pour une meilleure compréhension des mécanismes par lesquels la spiritualité pourrait exercer un rôle dans le processus d'adaptation.

En fin, la méthodologie de cette thèse s'est avérée appropriée pour répondre aux questions de la recherche menée mais elle présente des limites qui soulèvent de nouvelles questions à explorer lors de futures recherches. Le questionnaire pour les patients pourrait être étendu à des populations plus larges et des corrélations statistiques pourraient donner de nombreux éclairages. L'apparition d'outils quantitatifs permettrait une validation plus rigoureuse des données. Ces outils doivent absolument intégrer la spiritualité dans un sens plus large que celui de la religion pour être encore plus proche des préoccupations d'un maximum de patients.

Le questionnaire sur les praticiens a souffert de son caractère expérimental pour avoir une pertinence reproductible et valide. Il donne néanmoins quelques tendances qui se doivent d'être affinées, avec peut-être l'élaboration d'autres outils à valider, l'utilisation de techniques de concertations telle que les focus groups pour avoir un outil le plus pertinent possible et qui permette d'avoir une idée plus précise de la place de la spiritualité dans la pratique réelle de l'entretien psychiatrique.

Nous espérons que ce genre d'études pourraient sensibiliser les praticiens pour qu'ils intègrent le questionnement sur la spiritualité dans le cadre de leurs entretiens et peut-être leur fournir des outils validés et adéquats pour cela.

RESUME

Les données de la littérature et surtout d'expérience clinique laissent penser que la vie spirituelle des patients est importante, voire utile dans leur parcours face à la maladie psychique, et qu'elle est parfois négligée par les psychiatres lors de leurs entretiens. Après un bref rappel des définitions du champ de la spiritualité et de sa place en psychiatrie, nous présentons deux études descriptives.

La première vise à évaluer les croyances et besoins spirituels d'usagers d'un CMP pour adultes (n=100). Il a utilisé un guide d'entretien semi-structuré validé (Mohr et al., 2006). Les résultats de cette première étude montrent que pour 57% des patients, la religion a une place importante dans la vie et 24% évoquent leur foi en Dieu pour faire face à la maladie. Peu de patients ont une pratique religieuse de groupe tandis que 61% ont une pratique personnelle. Pour un patient sur cinq il est malaisé d'aborder cette thématique en entretien. Certains ont peur de la réaction du praticien, d'autres estiment qu'il n'en a pas le temps ou que ce n'est pas son rôle, mais c'est surtout la peur de ne pas être écoutés qui prédomine.

La deuxième avait pour but d'évaluer les réponses de psychiatres de service public des différents hôpitaux de la région (n=51) interrogés par questionnaire sur leur attitudes face à une éventuelle demande de nature spirituelle de la part de leurs patients. Un auto-questionnaire a été élaboré à cette fin. Les réponses au questionnaire indiquent que l'abord en entretien de problématique ayant une dimension spirituelle semble accepté par la majorité des praticiens.

D'autres études plus étendues seraient nécessaires pour préciser cette différence de perception. Nous suggérons de laisser un champ à l'expression de la spiritualité lors d'entretiens médicaux de façon plus fréquente, voire systématique si besoin en recourant à des outils adaptés afin d'en tirer le meilleur profit possible pour la prise en charge.

Mots-clés: spiritualité et troubles mentaux, coping, relation patient-psychiatre.

Bibliographie

1. Guelfi JD, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson, Paris. 2007 - 777
- 2- Boehnlein, J. K. (2007). Religion and Spirituality after Trauma. In L. Kirmayer & R. Lemelson & M. Barad (Eds.), *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives* (pp. 259-274). Cambridge: University Press.
- 3- Blass, D. M. (2001). A conceptual framework for the interaction between psychiatry and religion. *International Review of Psychiatry*, 13(2),79-85.
- 4- Bhui, K., King, M., Dein, S., & O'Connor, W. (2008). Ethnicity and religious coping with mental distress. *Journal of Mental Health*, 17(2), 141 - 151.
- 5- Hill, P. C., & Pargament, K. 1. (2003). Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. *American Psychologist*, 58(1),64-74.
- 6- Pargament, K. 1., & Maton, K. 1. (2000). Religion in American life: A community psychology perspective. In J. Rappaport & E. Seidman & J. E. Rappaport & E. E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology*. (pp. 495-522). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- 7- Huguelet P., Mohr S., Borrás L., M.D., Gillieron Ch. and Brandt P-Y. Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians, *Psychiatr Serv* 57:366-372, March 2006
8. Zittoun R (2005) Comment répondre aux attentes des malades atteints de cancer en matière de croyance et de spiritualité? *Rev Francoph Psycho-Oncol* 4:296-98
9. Brenot Philippe : 500 ans de Psychiatrie Ed. l'esprit du temps).
10. Freud Sigmund: Psychopathologie de la vie quotidienne, Ed. Payot, p324).
- 11- Freud Sigmund : L'avenir d'une illusion (1927), traduction Marie Bonaparte, Ed. PUF, Coll. Quadrige, 1993, pp 43-44.
12. HAS / Service des recommandations et références professionnelles / décembre 2002 : <http://www.has-sante.fr>
- 13- http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272290/accompagnement-des-personnes-en-fin-de-vie-et-de-leurs-proches

- 14- Eckhard Frick, conférence SFPO LILLE 2005
- 15- Solignac A - Spiritualité - 1. Le mot et l'histoire. In: Viller M (ed) Dictionnaire de spiritualité. p 1142-50
- 16- Frick E (2005) Sich heilen lassen. Eine spirituelle und psychoanalytische Reflexion [Se laisser guérir. Une réflexion spirituelle et psychanalytique]. Echter, Wurtzbourg
- 17- Breitbart W, Gibson C, Poppito SR, Berg A. Psychotherapeutic interventions at the end of life: a focus on meaning and spirituality. *Can J Psychiat*. 2004. 49, 366–372.
- 18- Frick E, Riedner C, Fegg M, Hauf S et al. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care*. 2006:15, 238
- 19- Saint-Arnaud, J.-G. (2001). *Quitte ton pays: l'aventure de la vie spirituelle*. Ottawa, Canada: Médiaspaul, 238 p.
- 20- Fetzer Institute. *Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research*. US Department of Health and Human Services, 1999.
- 21- Gall TL, Charbonneau C, Clarke NH, Grant K, Joseph A, Shouldice L. Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: conceptual framework. *Can Psychol*. 2005. 46, 88–104.
- 22- Koenig, H. G., McCullough M. E., Larson, D. B. (2001). Alcohol and drug use. In *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press, 603-626
- 23- Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. Organisation Mondiale de la Santé, 2000; 87 p
- 24- Adriaanse H. J., *Penser la religion: recherches en philosophie de la religion*, Volume 15, Beauchense, 1991 p. 292
- 25- Demay J., « Spiritualité, individu, et analyse théorique de la communication : les études indiennes et la psychologie à la rescousse » sur brandonu.ca. Consulté le 20 septembre 2011 p.4
- 26- Réginald Richard, Christine Dézé, *Psychologie et spiritualité: à la recherche d'une interface*, Presses de l'Université Laval, 1992 p. 1
- 27- Foucault C., Mongeau S., *L'art de soigner en soins palliatifs*, Presses de l'Université de Montréal, 2004 p. 20

- 28- Comte-Sponville A., L'esprit de l'athéisme: introduction à une spiritualité sans Dieu, Albin Michel, 2006
- 29- Sonier L., Une spiritualité sans dieu, Maison De Vie, 2005
- 30- Costa-Lascoux J., Lombard P., Levai I., Houziaux A., Peut-il y avoir une spiritualité sans Dieu ?, Éditions de l'Atelier, 2006 p. 15
- 31- Marchal R., L'écrivain et ses institutions, p. 497
- 32- Foucault C. L'art de soigner en soins palliatifs : perspectives infirmières. Montréal : Les presses de l'université. 1995.
- 33- Dimension spirituelle : http://www.arcosvd.ch/files/arcos-palliative_flash-015.pdf
Consulté en ligne le 20 septembre 2011
- 34- Grondin J. La philosophie de la religion. PUF, coll. Que sais-je ? n° 3839, Paris. 2009.
- 35- Pargament, K. 1. (1997). The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice. NY, London: The Guilford Press.
- 36- Pargament, K. 1., Magyar-Russell, G. M., & Murray-Swank, N. A. (2005). The Sacred and the Search for Significance: Religion as a Unique Process. Journal of Social Issues, 61(4),665-687.
- 37- Durkheim, E. (1968). Les formes élémentaires de la vie religieuse (5 ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- 38- Geertz, C. (1973). Religion as a cultural system. In C. Geertz (Ed.), The interpretation of cultures (pp. 87-125). New York: Basic Books.
- 39- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press
- 40- Wuthnow, R. (1998). After heaven: Spirituality in America since the 1950s. Berkeley: University of California Press.
- 41- Fallot, R.D. (1998) Spiritual and religious dimensions of mental health illness recovery narratives. New Directions from Mental Health Services, 35-44.
- 42- Machelon JP. Les relations des cultes avec les pouvoirs publics. Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire Paris ; Office fédéral de la statistique (chiffres 2000). La Documentation française (Collection des rapports officiels).

- 43- Senèze N. Les évolutions de la pratique religieuse. Données d'une enquête de l'IFOP. La Croix, mardi 15 août 2006. accessible sur :http://www.la-croix.com/Religion/S-informer/Actualite/Les-evolutions-de-la-pratique-religieuse-_NG_-2006-08-13-515880 . Consulté en octobre 2011
- 44- Lambert Y. Religion : développement du hors-piste et de la randonnée (p.134), in : Bréchon (Pierre), dir. Les valeurs de français. Evolutions de 1980 à 2000. A. Colin, 2000.)
- 45- James, W. (1902). The varieties of religious experience: A study in human nature. New York, NY, US: Longmans, Green and Co.
- 46- Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- 47- DIRE-intro p.01-05 www.ficsum.qc.ca/...neurotheologie...sybille-lepper/download Consulté en ligne le 20 octobre 2011
- 48- Alper M., The “God” Part of the Brain: A Scientific Interpretation of Human Spirituality and God, Brooklyn, Rogue Press, 2001.
- 49- Hamer D., The God Gene, New York, Random House Inc., 2004.
- 50- Crick F., Astonishing Hypothesis: the Scientific Search for the Soul, New York, Touchstone, 1995.
- 51- Newberg A., Eugene d’Aquili et Vince Rause, Pourquoi “Dieu” ne disparaîtra pas : Quand la science explique la religion, traduit de l’américain par Kengan D. Robert, Vannes, Sully, 2003.
- 52- Beauregard M, O’Leary D. La spiritualité changerait la plasticité cérébrale : Du cerveau à Dieu ; Plaidoyer d’un neuroscientifique pour l’existence de l’âme. Ed. Gly Trédaniel . Dornecy. 2008.
- 53- Chidre D, Martin H. L’intelligence intuitive du Coeur. Ariane. 2005. 415 : 230
- 54- Emmons, R. A (2005a). Striving for the Sacred: Personal Goals, Life Meaning, and Religion. Journal of Social Issues, 61(4),731-745.
- 55- Snyder, C. R, Sigmon, D. R, & Feldman, D. B. (2002). Hope for the sacred and vice versa: Positive goal-directed thinking and religion. Psychological Inquiry, 13(3), 234-238.

- 56- Roccas, S. (2005). Religion and Value Systems. *Journal of Social Issues*, 61(4), 747- 759.
- 57- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality & Social Psychology*, 5(4),432-443.
- 58- Gorsuch, R. L. (1988). Psychology of Religion. *Annual Review of Psychology*, 39,201-221.
- 59- Saroglou, V. (2001). La religion des jeunes et leur personnalité: études récentes en Belgique francophone. In V. Saroglou & D. Hutsebaut (Eds.), *Religion et développement humain. Questions psychologiques*. Paris: L'Harmattan.
- 60- Saroglou, V., & Hutsebaut, D. (2001). *Religion et développement humain. Questions psychologiques*. Paris: L'Harmattan.
- 61- Saroglou, V., & Munoz-Garcia, A (2008). Individual Differences in Religion and Spirituality: An Issue of Personality Traits and/or Values. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 47(1), 83-101
- 62- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 15-25.
- 63- Francis, L. J., & Bourke, R. (2003). Personality and Religion: Applying Cattell's Model among Secondary School Pupils. *Current Psychology*, 22(2),125-137.
- 64- Francis, L. J., & Jackson, C. J. (2003). Eysenck's dimensional model of personality and religion: are religious people more neurotic? *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1),87-100
- 65- Emmons, R. A (2005b). Emotion and Religion. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 235-252). NY, London: Guilford Press.
- 66- Otto, R. (1995). *Le sacré. L'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel* (11 ed.). Paris: Editions Payot & Rivages
- 67- Mullet, E., Azar, F., Barras, J., Neto, F., Frangia, L., & Usai, V. (2002). Religion and forgiveness. *Psicologia Educacao Cultura*, 6(2), 279-301.
- 68- Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F., & Shafighi, S. R. (2003). Religious Involvement and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 71(1), 1-19.

- 69- McCullough, M. E., & Worthington Jr., E. L. (1999). Religion and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 67(6), 1141-1164.
- 70- McCullough, M. E., Bono, G., & Root, L. M. (2005). Religion and Forgiveness. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 394-411). NY, London: Guilford Press.
- 71- Cloninger, R. C. & Svrakic, D. M. (1997) Role of personality self-organisation in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 881-906.
- 72- Hansenne, M. (2007). *Psychologie de la personnalité*, 3e ed, Bruxelles, deBoeck. p. 213
- 73- Savourey-Alezra M, Brisson P. *Recréer les liens familiaux : médiation familiale et soutien à la parentalité*. Presses Université Laval, 2002 - 187 p.
- 74- Miller FP., Vandome AF., McBrewster J. *Pyramide Des Besoins de Maslow*. Alphascript Publishing. 2010 - 80 p.
- 75- Krause, N. (1991). Stress, religiosity, and abstinence from alcohol. *Psychology and Aging*. 6, 134- 144.
- 76- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. (Vol. 1). New York: Basic Books.
- 77- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and Anger*. (Vol. 2). New York, NY, US: Basic Books.
- 78- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- 79- Kirkpatrick, L. A (1999). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 803-822). New York, NY, US: Guilford Press.
- 80- Kirkpatrick, L. A (1992). An attachment-theory approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2(1), 3-28.
- 81- Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 33-48.
- 82- Myers, O. G. (1992). *The pursuit of happiness*. New York: Morrow.

- 83- Granqvist, P. (2002). Attachment and Religion: An Integrative Deve/opmental Framework. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Social Sciences 116. University of Uppsala.
- 84- Grabovac A, Clark N, McKenna M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on "the interface between spirituality, religion and psychiatry. Acad Psychiatry. 2008; 32(4):332-7.
- 85- Curlin FA, Lawrence RE, Odell S et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. Am J Psychiatry. 2007;164(12):1825-31.
- 86- Eichelman B. Religion, spirituality, and medicine. Am J Psychiatry Religion, spirituality, and medicine. 2007; 164(12):1774-5.
- 87- Lawrence RM, Head J, Christodoulou G et al. Clinicians' attitudes to spirituality in old age psychiatry. Int Psychogeriatr. 2007; 19(5):962-73
- 88- Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G. Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient expectations. Can J Psychiatry. 2004; 49(4):265-71.
- 89- D'Souza R, George K. Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. Australas Psychiatry. 2006;14(4):408-12.
- 90- Galanter M. Spirituality and addiction: A research and clinical perspective. The Am J Addiction. 2006 ;15, 286-292.
- 91- Miller, W. R. (1998). Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction, 93, 979-990.
- 92 Miller, W. R., (2003). Spirituality, treatment and recovery. In Galanter, M. (Ed). Recent Development in Alcoholism, 16, 391-404.
- 93- Brown, H. P., et Peterson, J. H. (1991). Assessing spiriuality in addiction treatment and follow- up: Development of the Brown-Peterson Recovery Progress Inventory (BPRI). Alcohol Treatment Quarterly, 8, 21-50.
- 94- Cook, C. C. H. (2004). Addiction and spirituality. Society for the Study of Addiction, 99, 539-551.

- 95- Getsinger, S. H. (1998). Spiritual dimensions in rehabilitation from addiction. *Journal of Ministry in Addiction and Recovery*, 5(1), 13-29.
- 96- Miller, W. R., & Bogenschutz, M. P. (2007). Spirituality and addiction. *Southern Medical Journal*, 100, 433-436
- 97- Muffler, J., Langrod, J.G., Larson, D. (1992). There is a balm in Gilead: religion and substance abuse treatment. In J.H. Lowenson, P. Ruiz, R.B. Millman, J.G. Landrod *Substance Abuse: A comprehensive textbook*, Baltimore: Williams & Wilkins, 584-595
- 98- Alliez J., Huber J. P. - 1987. L'acédie ou le déprimé entre le pêché et la maladie, *Annales Medico Psychologiques*, 45, 5, pp. 393–408.
- 99- Forthomme B. - 2000. De l'acédie monastique à l'anxio-dépression, Paris, Les Empêcheurs de tourner en rond.
- 100- Ey H., Bernard P., Brisset C.: *Manuel de psychiatrie*, Ed.: Masson; 7eme éd., 2010
- 101- McCullough, Michael; Larson, David, *Religion and depression: a review of the literature*, vol. 2, Australian Academic Press
- 102- Falardeau M. Huit clés pour la prévention du suicide chez les jeunes . PUQ. 2002 ;184 :131
- 103- Stanguennec A. Le questionnement moral de Nietzsche . Presses Univ Septentrion. 2005 ; 367 :330
- 104- Nietzsche F., Kremer-Marietti A., *Humain, trop humain*, Ed. : Le Livre de Poche (1 avril 1995) Collection : Classiques de la philosophie Poche: 768 p.
- 105- Neeleman J, Lewis G. « Suicide, religion and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990 ». in *J Epidemiol Community Health*, vol. 53, n°4, avril 1999, p. 205-206
- 106- Hillbrand M, Young JL. Instilling hope into forensic treatment: the antidote to despair and desperation. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2008; 36(1): 90-4.

- 107- Mohr S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and spirituality and its implications for care. *Swiss Med Wkly* 2004; 134:369-76.
- 108- Freud, S. (1948). *Le malaise dans la culture*. Paris: Quadriges / PUF.
- 109- Ellis, A (1986). *The case against religion: A psychotherapist's view and the case against religiosity*. Austin: American Atheist Press.
- 110- Freud, S. (1995). *L'avenir d'une illusion* (6ème ed.). Paris: PUF.
- 111- Freud, S. (2001). *Totem et tabou*, Ed. Payot & Rivages
- 112- Kendler, K. S., Liu, X.-Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A (2003). Dimensions of Religiosity and Their Relationship to Lifetime Psychiatric and Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 496-503.
- 113- Paloutzian, R. F., & Park, C. (2005). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. NY: Guilford Press
 Park, C. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707-729.
- 114- Paloutzian, R. F., & Park, C. (2005). Integrative Themes in the Current Science of the Psychology of Religion. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 3-20). NY: Guilford Press
 Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- 115- Simmonds JG. Heart and spirit: research with psychoanalysts and psychoanalytic psychotherapists about spirituality. *Int J Psychoanal*. 2004; 85: 951-71.
- 116- Hamdy RC. Spirituality, health, and religion: the need for more research. *South Med J*. 2004; 97(12):1149.
- 117- Wagenfeld-Heintz E. One mind or two? How psychiatrists and psychologists reconcile faith and science. *J Relig Health*. 2008 Sep; 47(3):338-53.
- 118- Hart CW, Div M. Present at the creation: the clinical pastoral movement and the origins of the dialogue between religion and psychiatry. *J Relig Health*. 2010 Dec; 49(4):536-46.
- 119- Turbott J. Religion, spirituality and psychiatry: steps towards rapprochement. *Australas Psychiatry*. 2004; 12 (2):145-7.
- 120- Shaw, A, Joseph, S., & Linley, P. A (2005). Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1-11.

- 121- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18.
- 122- Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R. (1991). Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 10(3), 270-288.
- 123- Sistiva-Castro, D. L., & Sabatier, C. (2005). Violence sociopolitique, ESPT et Coping religieux: Une étude comparative en Colombie. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 5(2), 97-107.
- 124- Sistiva, D., & Rousseau, C. (2008). Trauma, culture et religion: le rôle de la religion dans la reconstruction des femmes rwandaises et salvadoriennes réfugiées à Montréal. Rapport de recherche non publié. Montréal: Hôpital d'Enfants de Montréal, Université McGi.
- 125- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: The Free Press.
- 126- Barus-Michel, J. (2004). *Souffrance, sens et croyance: l'effet thérapeutique*. Paris: Eres.
- 127- Boehnlein, J. K. (2000). *Psychiatry and religion: The convergence of mind and spirit*. Washington, OC, US: American Psychiatrie Publishing, Inc.
- 128- Sparr, L. F., & Fergusson, J. F. (2000). Moral and spiritual issues following traumatization. In J. K. Boehnlein (Ed.), *Psychiatry and religion: The convergence of mind and spirit*. (pp. 109-123). Washington, OC, US: American Psychiatrie Publishing, Inc.
- 129- Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- 130- Emmons, R. A., & Paloutzian, R. F. (2003). The Psychology of Religion. *Annual Review of Psychology*, 54(377-402).
- 131- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- 132- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- 133- Chabrol, H., & Callahan, S. (2004). *Mécanismes de défense et coping*. Paris: Dunod.
- 134- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21(3), 219-239.

- 135- Endler, N. S., & Parker, J. D. A (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality & Social Psychology*, 844-854.
- 136- Silberman, I. (2005). Religion as a Meaning System: Implications for the New Millennium. *Journal of Social Issues*, 61(4),641-663.
- 137- Park, C. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. *Journal of Social Issues*, 61(4), 707-729.
- 138- Pargament, K. L, Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., & Stanik, P. (1998). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1),77-89.
- 139- Tix, A. P., & Frazier, P. A. (1998). The use of religious coping during stressful life events: Main effects, moderation, and mediation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 411-422.
- 140- Harrison, M.O., Koenig, H.G., Hays, J.C., Eme-Akwari, A G . & Pargament, K.1. (2001). The epidemiology of religious coping: a review of recent literature. *International Review of Psychiatry*, 13(2), 86-93.
- 141- Ai, A. L., Peterson, C., & Huang, B. (2003). The Effect of Religious-Spiritual Coping on Positive Attitudes of Adult Muslim Refugees From Kosovo and Bosnia. *International Journal for the Psychology of Religion*, 13(1), 29-47.
- 142- Pargament, K. 1., Koenig, H. G., & Perez, L. M. (2000). The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4),519-543.
- 143- Verhagen PJ. The case for more effective relationships between psychiatry, religion and spirituality. *Curr Opin Psychiatry*. 2010; 23(6):550-5.
- 144- Mandhoudj O. Spiritualité et religiosité: implication dans la prise en charge des patients souffrant de conduits addictives. Congrès français de psychiatrie 2^{ème} édition, Psychiatrie : inventer l'avenir ; Lyon 17-20 novembre 2010
- 145- Worell J. *Encyclopedia of Women and Gender* Vol1. Elsevier. 2001. 1256:60
- 146- Washburn-Ormachea JM, Hillman SB, Sawilowsky SS. Gender and gender-role orientation differences on adolescent's coping with peer stressors. *J Youth Adolesc*, 33 (1), 31-40

147- Meador KG, Koenig HG. Spirituality and religion in psychiatry practice: parameters and implications. Psychiatr Ann. 2000; 30(8):549-55.

148- Lucet JC. La religion catholique. Kessinger Publishing. 2010. 234

149- Enquête Ifop sur la religion des adolescents. Institut National de la Jeunesse et de l'Education Populaire 2005. Lien : <http://www.injep.fr/Les-adolescents-et-la-religion>.

150-WHOQOL-SRPB consultable sur :

<http://www.stoptabac.ch/cgi-bin/spiritu.pl?language=fr>

ANNEXES

Annexe 1. Le Big Five

Big Five est un test de personnalité selon lequel la personnalité peut se décrire à l'aide de cinq traits de caractères fondamentaux: l'extraversion, la méticulosité (ou conscience), l'équilibre émotionnel (opposé au névrosisme) , l'ouverture d'esprit, et la conscience des autres (ou agréabilité).

Intérêt

Il est parfois question du « modèle OCEAN » suivant les différentes dimensions du modèle.

(O) ouverture à l'expérience - appréciation de l'art, de l'émotion, de l'aventure, des idées peu communes, curiosité et imagination ;

(C) caractère consciencieux - autodiscipline, respect des obligations, organisation plutôt que spontanéité ; orienté vers des buts ;

(E) extraversion énergie, émotions positives, tendance à chercher la stimulation et la compagnie des autres, fonceur ;

(A) caractère agréable ou agréabilité - une tendance à être compatissant et coopératif plutôt que soupçonneux et antagonique envers les autres ;

(N) névrosisme ou neuroticisme - contraire de stabilité émotionnelle : tendance à éprouver facilement des émotions désagréables comme la colère, l'inquiétude ou la dépression, vulnérabilité.

Signification pratique

Les *Big Five* ne classent pas les personnes en cinq catégories mais les évaluent cinq fois différemment : chacune d'entre elles est plus ou moins extraverti (E) ; et cela, sans préjuger si elles sont agréables ou non (A) ; et indépendamment de ces aspects relationnels, chacune d'entre elles est d'humeur plus ou moins égale (inverse du neuroticisme , (N) ; et tout cela, sans préjuger de l'ouverture à la nouveauté, aux possibilités (O) ; et sans que tout ceci leur dise si elles sont consciencieuses ou non (C), qui est encore un autre aspect d'elles-mêmes.

Ces cinq dimensions constituent un - minimum - pour décrire - dans son entier - le caractère d'une personne, car les traits qu'ils désignent s'avèrent indépendants : la recherche montre que l'ouverture à l'expérience (O) d'une personne ne présume en rien de sa stabilité émotionnelle (ou son neuroticisme, N), que son degré d'extraversion (E) n'est lié ni à l'une ni à l'autre, pas plus que sa gentillesse (agréabilité, A) ou son caractère consciencieux (C) ; et car tout aspect perçu d'une personnalité est soit synonyme/antonyme d'un des 'Big Five' (comme *scrupuleux*, *minutieux*, de *consciencieux* (C), ou au contraire *méchant*, *odieux*, de *agréable* (A)), soit s'avère dans les faits lié à un ou plusieurs de ces cinq traits. Par exemple, il a été montré que le côté travailleur est positivement corrélé à de l'extraversion (E) plus de l'ouverture à l'expérience (O), mais plutôt antagoniste de l'agréabilité (A)

Par conséquent, on connaît une personne si - et seulement si - on est capable de la jauger sur chacun de ces cinq aspects ; si on ne sait rien de plus, alors on a d'elle une idée approximative, sans lacune majeure, une image entière mais floue : sur tout aspect de sa vie professionnelle et personnelle, sur ses rapports à l'argent, au travail, à la famille, au sexe, on peut se faire quelque idée plus ou moins (in)certaine parce que des a priori, des probabilités plus ou moins fortes ont été mesurés.

Applications et limites

Les *Big Five* servent de base à la recherche : un questionnaire standard, le NEO PI-R, permet de les mesurer dans de nombreuses langues, et toutes les questions « grand public » sur la personnalité ont fait l'objet d'études s'appuyant sur eux

R. B. Cattell (1995) a créé un des tests plus utilisés pour déterminer la personnalité, le Sixteen Personality Factor Questionnaire, ou le 16 PF. C'est un test de personnalité en 16 échelles primaires. En effet le système hiérarchique de Cattell comporte 15 dimensions primaires de personnalité et une échelle de raisonnement qui se regroupent en 5 facteurs globaux : Extraversion, Anxiété, Dureté, Intransigeance, Indépendance et Contrôle de soi. Des analyses montrent que ces 5 facteurs globaux sont très proches des Big-Five : Extraversion, Névrosisme, Agréabilité, Ouverture, Conscience.

Origine et méthodes

Pour Cattell, les traits de personnalité sont des « construits » : « Un trait est une caractéristique relativement stable inférée à partir de l'observation de relations entre éléments de comportement » (Cattell, 1965). L'analyse factorielle a été utilisée pour tester l'existence de ces « construits » elle a été accompagnée par d'autres vérifications.

Trois niveaux d'observation ont été établis : au premier se trouvent des conduites spécifiques (réponses spécifiques à des situations spécifiques) ; au second, l'on trouve des conduites habituelles et au troisième se situent des groupes de comportements habituels corrélés. Ce sont des dimensions de premier ordre (traits ou facettes).

Ces dimensions ne sont pas indépendantes, les regroupements de ces traits qui covarient constituent les dimensions d'Extraversion et de Névrosisme par exemple. Le modèle de Big Five est une proposition d'organisation des dimensions de personnalité au niveau des dimensions de second ordre.

Ce modèle obéit à l'hypothèse lexicale : « les différences individuelles qui ont la plus forte portée dans les transactions quotidiennes des personnes entre elles finissent par être codées dans leur langage sous la forme de mots. Plus une différence est importante, plus les personnes la remarqueront et souhaiteront en parler, et par conséquent créeront éventuellement un mot pour l'exprimer » (Goldberg, 1982, P. 204).

Dans cette perspective, Allport et Odbert ont retenu les termes qui permettent de distinguer le comportement d'un être humain de celui d'un autre. Ils excluent les mots décrivant des états mentaux passagers et les mots comportant une composante évaluative, leur liste finale comporte alors 4504 termes. C'est à partir de cette liste et après l'avoir complétée, que Cattell met au point une grille de 35 traits bipolaires (Placide vs Inquiet notamment) qu'il utilise dans une série de recherches visant à décrire la structure des dimensions de la personnalité. Ensuite Cattell identifie 12 traits de personnalité.

Son objectif étant de fournir une description riche et nuancée de la sphère de la personnalité. La description des conduites peut se résumer à 5 dimensions : Extraversion, Agréabilité, Conscience, Stabilité Emotionnelle et Ouverture.

Les dimensions de personnalité décrites par le modèle en 5 facteurs ne sont pas propres au contexte sémantique et culturel anglo-américain. En effet, cette 5ème édition internationale du 16 PF a fait l'objet en France d'un travail d'adaptation approfondie.

Administration et cotation

Pour chaque item, trois réponses sont proposées. Le sujet doit en cocher une. Les 15 items du facteur B, qui évaluent l'aptitude au raisonnement, sont regroupés en fin de test, à la suite des items de personnalité. Les notes brutes sont transformées en stens (standardized ten). Ensuite les notes stens obtenues aux 5 facteurs globaux et aux 16 facteurs primaires (échelles) sont représentées sous la forme d'un graphique qui rend compte des patterns de la personnalité.

Passation : Individuelle ou collective ; temps de passation : 30 à 40 mn à partir de 16 ans.

Annexe 3 : le model d'Eysenk

Hans Jürgen Eysenck, né à Berlin le 4 mars 1916 et mort à Londres le 4 septembre 1997, est un psychologue britannique d'origine allemande, connu pour son travail sur la personnalité, l'héritabilité de l'intelligence, les thérapies comportementales et pour ses critiques de la psychanalyse.

Théories

Son modèle de la psychothérapie est fondé sur trois dimensions :

le névrosisme (stabilité/instabilité émotionnelle),

l'introversion–extraversion (extériorisation, non-inhibition, tendances impulsives et sociales) et

le psychotisme (sujets froids, impersonnels, hostiles, non émotifs, peu enclin à aider autrui).

Ses recherches sur l'efficacité des psychothérapies

Ses travaux sur l'effet des psychothérapies reposaient sur ce qui s'appellerait maintenant une méta-analyse de 19 travaux portant sur trois groupes de patients (Eysenck 1952):

- un groupe de patients hospitalisés en psychiatrie (sans psychothérapie)
- un groupe ayant "reçu" une psychothérapie "éclectique"
- un dernier groupe de patients ayant traité dans l'approche psychanalytique.

La conclusion est que les patients hospitalisés ont été améliorés à 72% des cas, ceux de la psychothérapie "éclectique" améliorés à 64 % et ceux d'un traitement psychanalytique à 44 %.

Autres travaux

C'est aussi l'un des signataires de la tribune *Mainstream Science on Intelligence* qui affirme le rôle du quotient intellectuel dans la vie humaine et l'existence de différences intellectuelles entre groupes humains qui ne découlent pas exclusivement de différences environnementales.

Annexe 4 : Pyramides des besoins de Maslow :

<http://chohmann.free.fr/management/maslow.gif>



Annexe 5 : Prière de sérénité des Alcooliques Anonymes

La prière de la Sérénité est une des prières en usage chez les Alcooliques Anonymes, un mouvement d'entraide fondé aux Etats-Unis à partir de 1935.

Plusieurs versions tentent de raconter l'origine de cette prière. On aurait attribué l'origine de cette celle-ci au temps de Marc-Aurèle (121 - 180), empereur romain et adepte du stoïcisme dont elle reflète l'attitude fondamentale que l'homme devrait avoir face à la vie.

Cependant d'autres sources semblent indiquer qu'elle ait été écrite en 1932 par le Dr Reinhold Niebuhr (1892–1971), alors que celui-ci travaillait dans un séminaire protestant du Congregational Church à Heath, Massachusetts, Etats-Unis. D'autres versions affirment qu'il fut inspiré de Boèce ou bien même de François d'Assise. L'attribution à Friedrich Christoph Oetinger est fautive; en effet, "Friedrich Oetinger" alias Dr Theodor Wilhelm (1906-2005) avait cité cette prière en traduction allemande dans un de ses livres.

Cette prière propose d'obtenir la sagesse de faire la différence entre le changeable et l'inchangeable.

Anglais (version de R. Niebuhr)	Traduction française
God, Grant me the serenity To accept The things I cannot change, The courage To change the things I can, And the wisdom To know the difference	Mon Dieu, Donnez-moi la sérénité D'accepter Les choses que je ne puis changer, Le courage De changer les choses que je peux, Et la sagesse D'en connaître la différence

Prière de la Sérénité <http://fr.wikipedia.org>

Annexe 6 : Les douze étapes faisant partie des Alcooliques Anonymes.

1. Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool - que nous avions perdu la maîtrise de notre vie.
2. Nous en sommes venus à croire qu'une Puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.
3. Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le comprenons.
4. Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes.
5. Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.
6. Nous étions tout à fait prêts à ce que Dieu élimine tous ces défauts.
7. Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts.
8. Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avons lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.
9. Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions de leur nuire ou de nuire à d'autres.
10. Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.
11. Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevons, Lui demandant seulement de connaître Sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.
12. Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie.

Annexe 7 : Guide d'entretien semi-structuré concernant les croyances spirituelles
et les pratiques religieuses

N° D'INCLUSION -----	SECTEUR -----	CODIFICATION CIM 10 -----
SEXE -----	AGE -----	DATE -----
Guide d'entretien semi-structuré concernant les croyances spirituelles et les pratiques religieuses		
1. Stratégie pour faire face à la maladie		
1.1. Quelles sont vos difficultés actuelles ? Eventuellement préciser les difficultés liées aux symptômes		
1.2. Qu'est-ce qui vous aide pour faire face à vos difficultés ? le patient mentionne spontanément la religion		
2. Histoire spirituelle et religieuse		
2.1. Quand vous étiez enfant, quelle était la religion de votre père ?		
2.1.1. Participait-il à des activités religieuses avec d'autres personnes ? Si oui, les quelles et à quelle fréquence ?		
chaque jour	chaque semaine	chaque mois
chaque année	moins d'une fois par an	jamais
2.2. Quand vous étiez enfant, quelle était la religion de votre mère ?		
2.2.1. Participait-il à des activités religieuses avec d'autres personnes ? Si oui, les quelles et à quelle fréquence ?		
chaque jour	chaque semaine	chaque mois
chaque année	moins d'une fois par an	jamais
2.3. Quand vous étiez enfant, quelle était votre religion?		
2.3.1. Participiez-vous à des activités religieuses avec d'autres personnes ? Si oui, les quelles et à quelle fréquence ?		
chaque jour	chaque semaine	chaque mois
chaque année	moins d'une fois par an	jamais
2.4. Quand vous étiez adolescent, participiez-vous à des services religieux ou à des activités religieuses avec d'autres personnes ? Si oui, les quelles et à quelle fréquence ?		
chaque jour	chaque semaine	chaque mois
chaque année	moins d'une fois par an	jamais
2.5. Avez-vous vécu des changements par rapport à vos croyances spirituelles au cours de votre vie ? si oui, lesquels Et quelles étaient les circonstances de ces changements A quel âge ? Avant / Après le début de la maladie psychique ?		
3. Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles		
3.1. Quelle est votre affiliation religieuse actuelle ? Préciser la dénomination ou la confession.		
3.2. Quelles sont vos croyances actuelles ? Préciser les croyances spirituelles et / ou religieuses		
3.3. Participiez-vous à des activités religieuses avec d'autres personnes ? Si oui, les quelles et à quelle fréquence ?		
chaque jour	chaque semaine	chaque mois
chaque année	moins d'une fois par an	jamais
3.4. Avez-vous, seul, des pratiques spirituelles ou religieuses telles la prière, la méditation, la lecture en relation avec votre foi ou d'autres pratiques ? Si oui, les quelles et à quelle fréquence ?		
chaque jour	chaque semaine	chaque mois
chaque année	moins d'une fois par an	jamais
Note : cette partie de l'entretien permet de connaître l'histoire des croyances spirituelles et des pratiques religieuses de la personne et d'adapter la suite de l'entretien à son langage et à sa façon d'appréhender cette dimension. Dans la suite de l'entretien, remplacez « vos croyances » par les termes du patient désignant ses croyances spirituelles.		

4. Importance subjective de la religion* dans la vie

- 4.1. De manière générale, quelle est l'importance de « vos croyances » dans votre vie quotidienne ?
aucune faible moyenne très importante essentielle
- 4.2. Dans quelle mesure, « vos croyances » donnent-elles un sens à votre vie ?
aucune faible moyenne très importante essentielle

Note : estimation de la religion dans la vie du patient. Arrêter l'entretien à ce stade, si la religion est absente ou marginale, selon les critères suivants : la religion n'a jamais été importante dans la vie du patient, il a peu ou pas de pratiques religieuses et il n'y accorde pas ou peu d'importance dans sa vie.

Religion absente ou marginale

5. Importance subjective de la religion* pour faire face à la maladie

- 5.1. Dans quelle mesure, « vos croyances » vous aident-elles à faire face à vos difficultés ?
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT
- 5.2. dans quelle mesure, donnent-elles du sens ou une signification à vos difficultés ?
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT
- 5.3. Dans quelle mesure, « vos croyances » vous aident-elles à avoir une certaine maîtrise sur vos difficultés ? Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT
- 5.4. Dans quelle mesure, « vos croyances » vous réconfortent-elles par rapport à vos difficultés ?
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT

Note : si le patient a des activités religieuses avec d'autres personnes :

- 5.5. Dans quelle mesure, les membres de votre communauté religieuse vous aident-ils à faire face à vos difficultés ? Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT

6. Synergie de la religion* avec les soins psychiatriques

- 6.1. Dans quelle mesure, vous sentez-vous à l'aise de parler de « vos croyances » avec votre médecin ?
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT
- 6.2. Dans quelle mesure, « vos croyances » sont-elles incompatibles avec le traitement médicamenteux ?
Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT
- 6.3. Dans quelle mesure, « vos croyances » sont-elles incompatibles avec les entretiens avec votre médecin ? Pas du tout Un peu Moyennement Beaucoup TotalemenT

*. « Religion » peut être confondue dans certains items de ce guide avec « Spiritualité »

Annexe 8 : Questionnaire aux praticiens

Qualificatif du médecin : PUPH ; PH ; PH contractuel ; ACC ; Assistant ;Interne ; Autre :					
Secteur et /ou lieu d'exercice : ----- Ancienneté : -----					
Type d'activité : Libéral ; Publique ; Mixte					
Partie I. Merci de cocher la case correspondant à la réponse qui vous convient le mieux. Vos réponses peuvent correspondre à l'une ou l'autre des propositions qui vous sont faites comme indiqué ci - contre :		Oui	Plutôt oui (Parfois)	Plutôt non	Non
1. Vous vous définissez, au sens le plus large du terme, comme une personne croyante / religieuse ou ayant une forme de spiritualité.					
2. La spiritualité a sa place dans votre vie.					
3. La spiritualité trouve son importance dans le contexte de votre pratique psychiatrique.					
4. Vous fréquentez une communauté spirituelle.					
Partie II. Un de vos patients aborde une question spirituelle avec vous en entretien. Quelle sera votre attitude ? Choisissez parmi les 4 réponses qui vous sont proposées, <u>celle</u> qui vous convient le mieux.					
1. Vous acceptez sans difficulté que la question survienne en entretien et vous adoptez une attitude d'écoute bienveillante.					
2. Vous acceptez que cette question survienne en entretien et vous l'utilisez comme une ressource à intégrer dans le projet de prise en charge globale, si cela s'avère compatible avec l'état du patient.					
3. Vous préférez que la question ne survienne pas en entretien, mais					
3.1- Vous estimez que c'est de votre devoir d'y répondre car c'est une des dimensions de leur personne qui mérite d'être prise en compte.					
3.2- Vous expliquez au patient que ça n'a pas vraiment sa place dans un entretien médical et vous précisez le cadre de soins.					
4. Vous préférez plutôt que la question ne soit pas abordée dans les entretiens pour <u>une</u> ou <u>plusieurs</u> des raisons suivantes :					
a) Parce que c'est une question qui relève du domaine personnel et privé ;					
b) Parce que l'institution est laïque ;					
c) Parce que cela pourrait altérer la relation thérapeutique ;					
d) Parce que cela pourrait faire « flamber un délire » chez un psychotique ;					
e) Parce que cela pourrait angoisser un anxieux en ajoutant un questionnement de cette nature ;					
f) Parce que ce sujet demande à avoir du temps et vous n'en avez pas ;					
g) Pour ménager d'éventuelles susceptibilités en lien avec des divergences d'opinions et des croyances.					
h) Parce que ce n'est pas votre champ de compétence dans ce cas, vous orientez le patient vers quelqu'un de qualifié en la matière : Oui Non					
i) Autres, merci de préciser					

Annexe 9 : questions de l'anamnèse spirituelle de Frick

- S. Vous décrivez-vous au sens le plus large du terme comme une personne croyante, Spirituelle/religieuse?
- P. Quelle est la Place de la spiritualité dans votre vie? Quelle est son importance dans le contexte de votre maladie?
- I. Etes-vous Intégré dans une communauté spirituelle?
- R. Quel Rôle souhaiteriez-vous donner à votre docteur, infirmière, physiothérapeute dans le domaine de la spiritualité?

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Madame, Monsieur,

Vous avez accepté de participer à une enquête concernant la spiritualité. Notre objectif est de recueillir des données pour un travail de recherche intitulé: évaluation des croyances, des valeurs et des besoins spirituels et religieux des usagers du Centre Médico-Psychologique. Il s'agit pour vous de répondre à un questionnaire.

Mr. Djaber Abderrahmane, Interne de psychiatrie, université de Nancy ; il est le promoteur de ce travail de thèse.

Dr. P. AÏM, Assistant chef de clinique, Nancy (Directeur de thèse)

Professeur J-P KAHN, Nancy (Président de thèse)

Objectifs poursuivis

Cette étude vise à connaître les croyances, les valeurs et les besoins spirituels et religieux des usagers du Centre Médico-Psychologique dans le cadre d'un travail de thèse.

Avantages et bénéfices

Cette recherche permettrait, le cas échéant de développer des stratégies thérapeutiques ou adjuvantes pour une prise en charge thérapeutique adaptée aux besoins des patients.

Inconvénients et risques

Il faut rappeler que les informations recueillies sur les questionnaires sont anonymes et qu'il sera impossible d'identifier les réponses d'un participant en particulier. Ce projet de recherche ne semble comporter que des risques mineurs pour les participants. Il peut toutefois susciter diverses réactions de votre part (ex. questionnement à propos de votre spiritualité). Si vous avez besoin d'un soutien, le promoteur de thèse sera à votre écoute.

Durée de la participation du sujet au projet

La durée totale de passation est de 20 à 30 minutes.

Confidentialité des données recueillies

Tout le processus est anonyme. Les données recueillies seront saisies dans un fichier Informatisé, conservées dans un répertoire accessible seulement par les chercheurs de L'équipe et leurs assistants de recherche. Les copies papier du questionnaire seront Conservées dans un classeur barré, dans le local de recherche du chercheur principal. Les copies papier des questionnaires seront conservées pour une période maximale de cinq ans et seront détruites à la fin de cette période. La copie informatisée des questionnaires pourrait être conservée pour analyses subséquentes des données et ne sera peut être pas détruite. Aucune information issue du formulaire de consentement n'est transcrite dans un fichier électronique.

Diffusion des résultats

Les résultats de cette étude seront présentés au Centre Médico-Psychologique et à la faculté de médecine, sous la forme de rapports de recherche. Rappelons qu'aucune donnée nominative n'apparaîtra sur les questionnaires. Il sera impossible de reconnaître les participants. Une publication dans une revue scientifique pourrait être faite ultérieurement.

Les responsabilités du chercheur

Le chercheur principal (Djaber Abderrahmane) travaillant à cette étude s'engage à répondre à toute question de votre part, et ce, dans les meilleurs délais possibles. Ses coordonnées se trouvent ci-dessous.

Les responsabilités du participant

Le participant s'engage à collaborer aux procédures reliées à l'étude. Le participant s'engage également à exprimer auprès de l'investigateur toute crainte suscitée par sa participation.

Participation et retrait

La participation à cette étude est entièrement volontaire de votre part. Vous êtes par conséquent tout à fait libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Advenant votre participation, vous êtes également libre, en tout temps, de cesser de répondre au questionnaire.

Conflit d'intérêts

Ce projet ne représente aucune source de conflit d'intérêts de la part des chercheurs ou de toute autre personne impliquée dans cette étude.

Personne-ressource reliée au projet

Pour toute autre information, vous pouvez joindre l'investigateur, Djaber Abderrahmane au 0659229844, directement ou bien via le CMP. 0387298375

Personne-ressource indépendante

Pour toute plainte au sujet du projet de recherche, veuillez vous adresser à une personne indépendante, soit Mme le Dr. BIRIG, Chef de pôle dont dépend le CMP au 0387298375.

Signatures entre les parties

Participant

Je certifie que le projet m'a été présenté et que je suis libre d'accepter de participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire pour le projet qui requiert ma participation. Je sais que je suis libre de participer au projet et que je demeure libre de me retirer à tout moment sans que cela ne me nuise. Je certifie qu'on m'a laissé le temps nécessaire pour prendre ma décision. Je comprends que je recevrai une copie signée du présent formulaire. Je consens à participer à ce projet.

Nom du participant(e)

Signature du participant (e)

Date

Formulaire d'engagement du chercheur

Je certifie avoir fourni l'information nécessaire par écrit au participant et les termes du présent formulaire de consentement. Je certifie avoir clairement inscrits sur le formulaire le nom et les coordonnées du chercheur principal disponible à répondre à toutes les questions du participant et que je leur remettrai une copie signée et datée du présent formulaire de consentement.

Nom du chercheur

Signature du chercheur

Date

Djaber Abderrahmane
Service du Dr. BIRIG,
Tel : 0659229844

Annexe 11 : Tableau 1 : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Masculin	51	51
Féminin	49	49
Total	100	100

Annexe 12 : Tableau 2 : Répartition des patients selon l'âge

Age du patient	Effectif	Pourcentage
18-20	1	1
21-30	12	12
31-40	17	17
41-50	31	31
51-60	27	27
61 et plus	12	12
Total	100	100

Annexe 13 : Tableau 3 : Répartition selon les diagnostics

Diagnostiques figurant dans les dossiers des patients	Effectifs	Pourcentage
Troubles anxieux	19	19
Troubles de l'humeur (bipolaires compris)	27	27
Schizophrénie	25	25
Troubles liés à l'usage d'alcool	11	11
Troubles de la personnalité	10	10
Toxicomanie	2	2
Autres	6	6
Total	100	100

Annexe 14 : Tableau 4 : Répartition des difficultés rencontrées par les patients.

Difficultés actuelles	Effectif	Pourcentage
Anxiété	13	13
Dépression	37	37
Schizophrénie	1	1
Alcoolisme	13	13
Fatigue cérébrale/ Stress	2	2
Impulsivité/ Trouble du comportement	3	3
Cardiopathie	1	1
Céphalées	2	2
Troubles du sommeil	2	2
Hallucinations	7	7
Epilepsie	1	1
Obésité	1	1
Douleurs physiques	3	3
Trouble bipolaire	4	4
Trouble psychologique non spécifié	3	3
Phobies	3	3
Difficultés familiales	1	1
Difficultés financières	1	1
Aucune	2	2
Total	100	100

Annexe 15 : Tableau 5 : Stratégies utilisées par les patients pour faire face aux difficultés.

Stratégies	Effectif	Pourcentage
Tabac/alcool	1	1
Loisirs	2	2
Foi en Dieu	24	24
Effort personnel	2	2
Entourage (famille, amis)	24	24
Travail	1	1
Recours aux soins/ Médicaments	45	45
Aucune	1	1
Total	100	100

Annexe 16 : Tableau 6 : Mention spontanée de la religion comme stratégie de coping positif.

Mention spontanée de la religion par les patients	Effectif
Oui	24
Non	76
Total	100

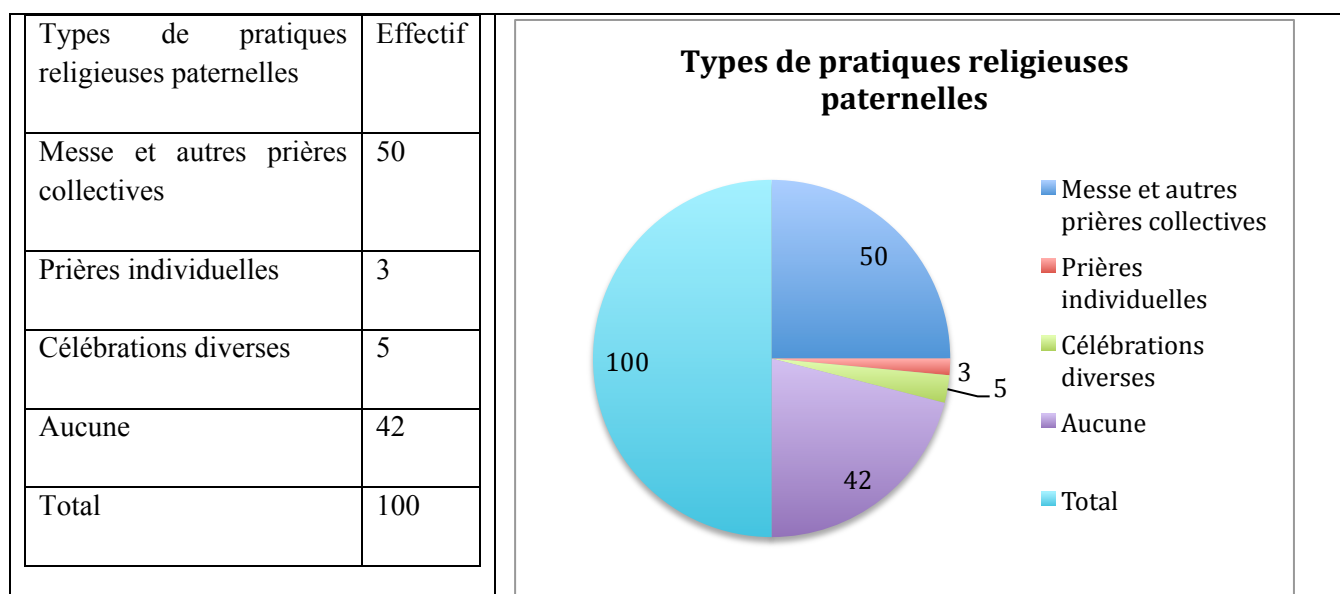
Annexe 17 : Tableau 7 : Répartition selon la religion paternelle.

Religion paternelle des patients	Effectif
Catholicisme	78
Protestantisme	6
Islam	9
Athéisme	3
Néo-apostolisme	1
Aucune	3
Totale	100

Annexe 18 : Tableau 8 : Fréquence de la participation du père à des activités religieuses.

Fréquence des pratiques religieuses paternelles avec d'autres personnes	Effectif
Jamais	51
Annuelle	3
Mensuelle	1
Hebdomadaire	42
Quotidienne	3
Total	100

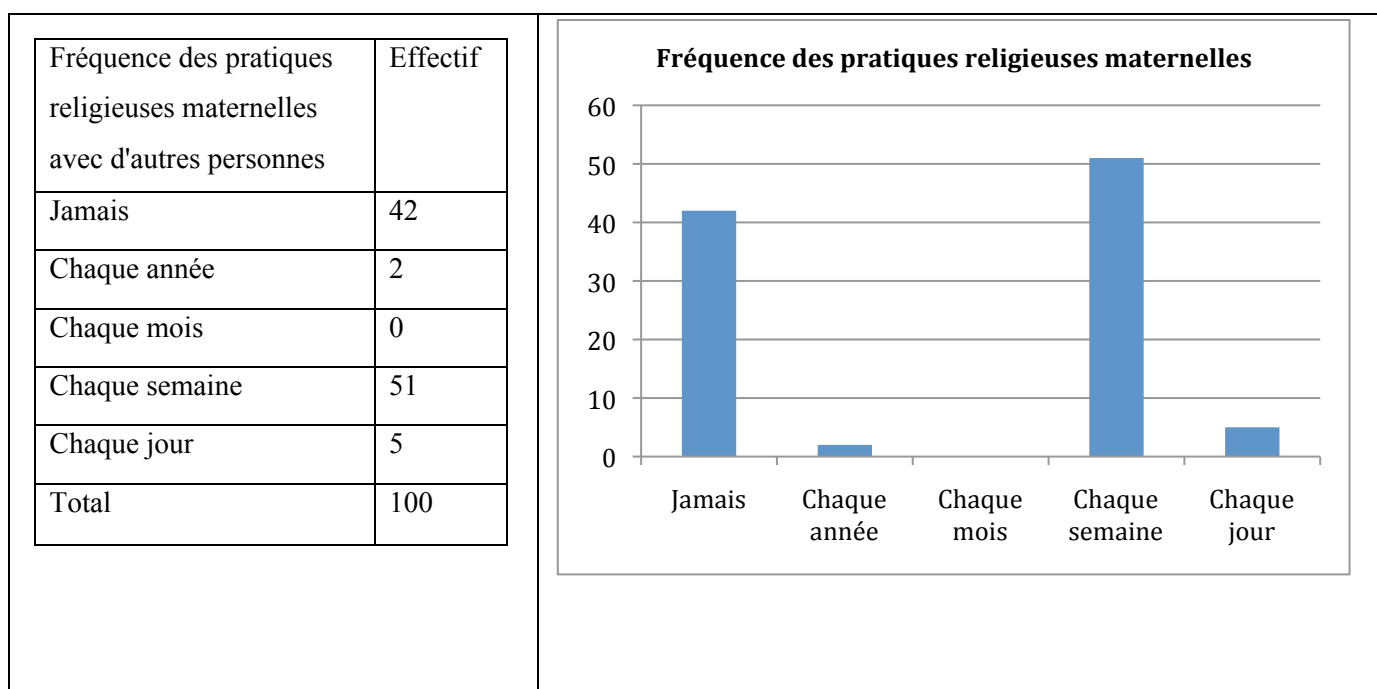
Annexe 19 : Tableau 9 + Figure 14 : Types de pratiques religieuses paternelles



Annexe 20 : Tableau 10 : Répartition selon la religion maternelle.

Religion maternelle	Effectif	Pourcentage
Catholicisme	78	78
Protestantisme	6	6
Islam	9	9
Athéisme	2	2
Témoin de Jéhovah	1	1
Néo-apostolisme	1	1
Christianisme (non précisé)	1	1
Aucune	2	2
Total	100	100

Annexe 21 : Tableau 11 + Figure 16 : Fréquence des pratiques religieuses : seul et en groupe



Annexe 22 : Tableau 12 + Figure 17: Type de pratiques religieuses chez les mères

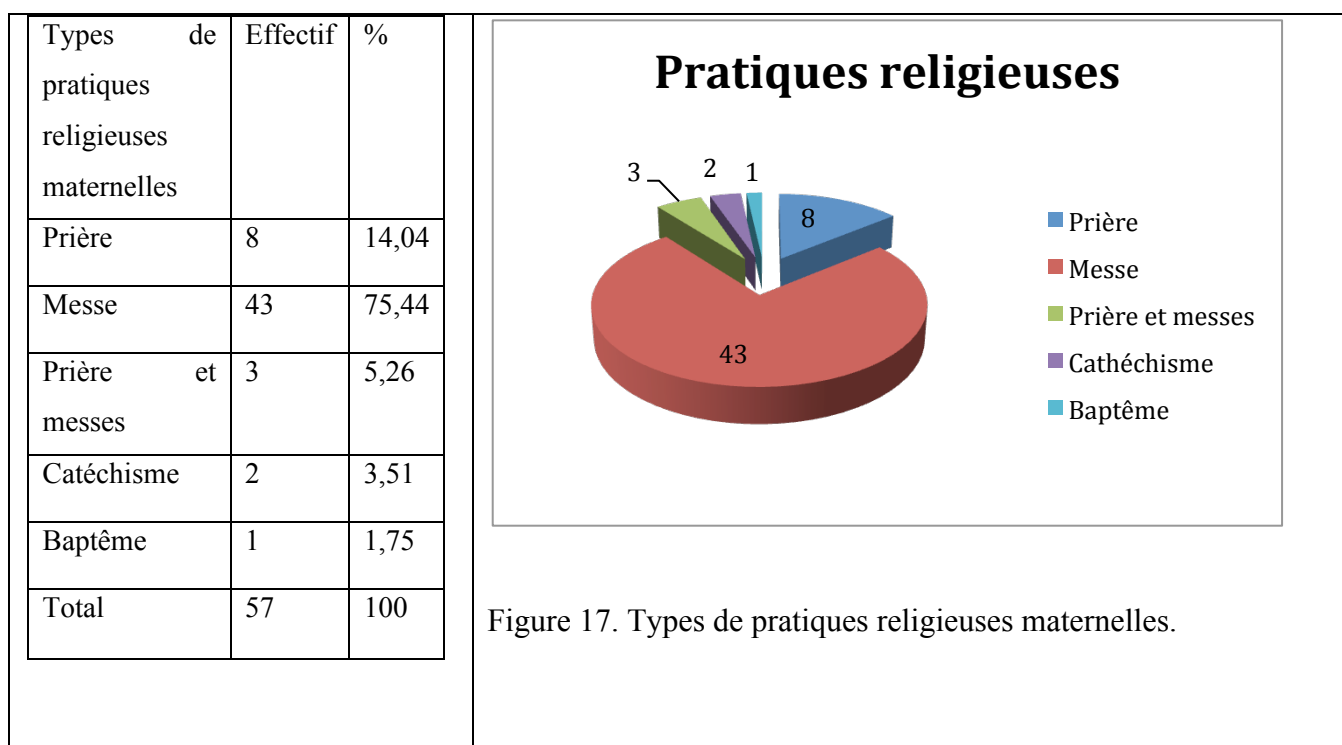


Figure 17. Types de pratiques religieuses maternelles.

Annexe 23 : Tableau 13 : la religion d'enfance

Religion d'enfance	Effectif
Catholicisme	78
Protestantisme	6
Islam	9
Athéisme	2
Christianisme sans précision	1
Témoin de Jéhovah	1
Néo-apostolisme	1
Aucune	2
Total	100

Annexe 24 : Tableau 14 : Types de pratiques religieuses d'enfance

Types de pratiques religieuses concernées	Effectif
Enfant de chœur	7
Messe	13
Prière	6
Apprentissage /récitation du coran	4
Catéchisme/Education religieuse	59
Aucune	11
Total	100

Annexe 25 : Tableau 15 : Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'enfance

Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'enfance	Effectif
Jamais	16
Annuelle	0
Mensuelle	1
Hebdomadaire	75
quotidienne	8
Total	100

Annexe 26 : Tableau 16 : Répartition selon la pratique religieuse durant l'adolescence

Répartition selon la pratique religieuse durant l'adolescence	Effectif
Oui	41
Non	59
Total	100

Annexe 27 : Tableau 17 : Types de pratiques religieuses durant l'adolescence

Types de pratiques religieuses concernées	Effectif	Pourcentage
Chants religieux	2	4,88
Messe	27	65,85
Prière	5	12,20
Pèlerinage	1	2,44
Séminaire	2	4,88
Événements (baptême)	2	4,88
Méditation	1	2,44
Catéchisme/ Education religieuse	1	2,44
Total	41	100

Annexe 28 : Tableau 18 : Fréquence des pratiques religieuses collectives dans l'adolescence.

Fréquence des pratiques religieuses de groupe dans l'adolescence	Effectif
Jamais	59
Chaque année	5
Chaque mois	1
Chaque semaine	33
Chaque jour	2
Total	100

Annexe 29 : Tableau 19 : Présence de changements par rapport aux croyances au cours de la vie

Changements par rapport aux croyances	Effectif
Oui	61
Non	39
Total	100

Annexe 30 : Tableau 20 : Causes et circonstances de changements dans la vie spirituelle

Causes de changements par rapport aux croyances	Effectif	Pourcentage
Plaisirs de la vie	1	1,64
Changement de religion/dogme	5	8,20
Changements de centres d'intérêts/ manque de temps	3	4,92
Détresse morale/ Déception	7	11,48
Décès de proches	4	6,56
Crise spirituelle/ Affaiblissement de la foi	4	6,56
Quête de plus de spiritualité	10	16,39
La maladie	6	9,84
Divorce des parents	1	1,64
Difficultés conjugales	2	3,28
Adolescence	3	4,92
Pas de circonstance précise	15	24,59
Total	61	100

Annexe 31 : Tableau 21 : Répartition des patients selon l'affiliation religieuse actuelle

Affiliation religieuse actuelle	Effectif
Christianisme (Catholique)	78
Christianisme (protestant)	1
Islam	11
Athéisme	2
Islamo-chrétienne	1
Non mentionné	1
Aucune	6
Total	100

Annexe 32 : activité religieuses actuelles (individuelle et groupale)

<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pratiques religieuses de groupe</th> <th>Effectif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>59</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tableau 22 : Participation de groupe</p>	Pratiques religieuses de groupe	Effectif	Oui	41	Non	59	Total	100	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Pratiques religieuses personnelles</th> <th>Effectif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Oui</td> <td>69</td> </tr> <tr> <td>Non</td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tableau 25 : Pratiques religieuses personnelles,</p>	Pratiques religieuses personnelles	Effectif	Oui	69	Non	31	Total	100
Pratiques religieuses de groupe	Effectif																
Oui	41																
Non	59																
Total	100																
Pratiques religieuses personnelles	Effectif																
Oui	69																
Non	31																
Total	100																

Annexe 33 : Tableau 23 : Types de pratiques religieuses collectives actuelles

Types de pratiques religieuses concernées	Effectif	Pourcentage
Chants/ Chorale	2	4,88
Messe	16	39,02
Groupe de prière	2	4,88
Pèlerinage	1	2,44
Séminaire/ Cours	3	7,32
Prière	11	26,83
Evénements (baptême, funérailles)	5	12,20
Œuvre caritative	1	2,44
Total	41	100

**Annexe 34 : Tableau 24 : Fréquence des pratiques religieuses collectives
Actuelles des patients**

Fréquence	Effectif
Jamais	61
Chaque année	12
Chaque mois	6
Chaque semaine	19
Chaque jour	2
Total	100

Annexe 35 : Tableau 26 : Types de pratiques religieuses personnelles des patients

Types de pratiques personnelles	Effectif
Prière	39
Lecture religieuse	11
Bruler un cierge	1
Méditation	18
Total	69

Annexe 36 : Tableau 27 : Fréquence des pratiques religieuses personnelles actuelles

Fréquence des pratiques religieuses personnelles actuelles	Effectif
Jamais	31
Chaque année	11
Chaque mois	11
Chaque semaine	10
Chaque jour	37
Total	100

Annexe 37 : Tableau 28 : Importance subjective de la religion dans la vie et dans le fait
De donner un sens à la vie.

Variable	Degré d'importance subjective de la religion Dans la vie quotidienne (%)	Degré d'importance subjective de la religion Dans le fait de donner un sens à la vie (%)
Aucune / pas du tout	14	16
Faible	16	14
Moyenne	13	15
Très importante	38	37
Essentielle	19	18
Total	100	100

Annexe 38 : Tableau 29 : Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie

Variable	Implication des croyances pour faire face à la maladie. (%)	Implication des croyances dans le fait de donner un sens à la maladie. (%)	Impact des croyances sur la maîtrise des difficultés liée à la maladie. (%)	Implication des croyances dans le réconfort face aux difficultés. (%)
Pas du tout	0	1	0	0
Un peu	1	1	1	0
Moyennement	21	20	23	20
Beaucoup	53	54	54	54
Totalement	24	23	21	26
Total	100	100	100	100

Annexe 39 : Tableau 30 : Implication des membres de la communauté pour faire face aux difficultés

Implication des membres de la communauté religieuse pour faire face aux difficultés	Effectif	Pourcentage
Pas du tout ou pas d'activité de groupe	34	49
Un peu	0	0
Moyennement	5	7
Beaucoup	22	31
Totalement	9	13
Total	70	100

Annexe 40 : Tableau 31 : Aisance à parler de questions spirituelles avec le médecin

Facilité de parler des croyances avec le médecin	Effectif	Pourcentage
Pas du tout	2	3
Un peu	1	1
Moyennement	14	20
Beaucoup	23	33
Totalement	30	43
Total	70	100

Annexe 41 : Tableau 32 : Répartition des praticiens selon l'ancienneté dans la profession

Ancienneté d'exercice en années	Effectif	Pourcentage
1-10	34	66
11-20	5	10
21-30	9	18
31-40	2	4
Non renseigné	1	2

Annexe 42 : Tableau 33 : Place de la spiritualité dans la vie des psychiatres et dans le cadre de Leur pratique psychiatrique.

Variable	Place de la spiritualité dans la vie des praticiens	Place de la spiritualité dans la pratique professionnelle
Oui	35 %	12 %
Plutôt oui	18 %	29 %
Non	16 %	27 %
Plutôt non	27 %	27 %
Non renseigné	4 %	4 %
Total	100 %	100 %

Annexe 43 : Tableau 34 : Attitude des praticiens face à l’abord d’une question de la Dimension spirituelle par les patients

Attitude des praticiens face à l'abord d'une question de la dimension spirituelle par un patient	Pourcentage
1. Acceptation sans difficulté par adoption d’une attitude d’écoute bienveillante.	45
2. Acceptation que la question survienne en entretien et utilisation comme ressource.	39
3. Préférence que la question ne survienne pas en entretien mais l’acceptent pour certaines raisons	6
4. Préférence que la question ne soit pas abordée dans les entretiens	8
Non renseigné	2
Total	100

Annexe 44 : WHOQOL

WHOQOL [World Health Organisation Quality Of Life assessment instrument], en français (échelle de qualité de vie de l’OMS) dans sa version longue (WHOQOL-100), ou sa forme réduite (WHOQOL-26) sont des instruments développés par L’OMS de 1991 à 1994, avec l'aide de 15 centres collaborateurs à travers le monde. La mise au point du WHOQOL-100 s'est faite dans l'optique d'une « universalité », lui permettant de limiter les biais culturels. Ils devraient pouvoir être ainsi utilisés dans une variété de contextes culturels, tout en autorisant possiblement la comparaison des résultats de différentes populations dans différents pays. De manière simultanée cette échelle a été traduite dans plus de 20 langues différentes et est en cours de traduction pour d'autres langues. La WHOQOL-100 appréhende six grands domaines de la qualité de vie dans lesquels sont regroupés vingt-quatre pôles d’intérêts du concept de qualité de vie : Santé physique (1), Psychologique (2), Niveau de dépendance (3), Relations sociales (4), Environnement (5), Spiritualité / Religion / Croyances personnelles (6).

En ce qui concerne la WHOQOL-26, elle évaluerait quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment exhaustive de la qualité de vie des personnes évaluées. Les quatre grands facteurs recherchés par l’outil concernant : la santé physique (1), la santé psychologique (2), les relations sociales (3) et l’environnement (4).

Annexe 45 : Autorisation d'imprimatur et de soutenance de la thèse

VU

NANCY, le 21 octobre 2011

Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le 27 octobre 2011

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3816

NANCY, le 3 novembre 2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

Les données de la littérature et surtout d'expérience clinique laissent penser que la vie spirituelle des patients est importante, voire utile dans leur parcours face à la maladie psychique, et qu'elle est parfois négligée par les psychiatres lors de leurs entretiens. Après un bref rappel des définitions du champ de la spiritualité et de sa place en psychiatrie, nous présentons deux études descriptives.

La première vise à évaluer les croyances et besoins spirituels d'utilisateurs d'un CMP pour adultes (n=100). Il a utilisé un guide d'entretien semi-structuré validé (Mohr et al., 2006). Les résultats de cette première étude montrent que pour 57% des patients, la religion a une place importante dans la vie et 24% évoquent leur foi en Dieu pour faire face à la maladie. Peu de patients ont une pratique religieuse de groupe tandis que 61% ont une pratique personnelle. Pour un patient sur cinq il est malaisé d'aborder cette thématique en entretien. Certains ont peur de la réaction du praticien, d'autres estiment qu'il n'en a pas le temps ou que ce n'est pas son rôle, mais c'est surtout la peur de ne pas être écoutés qui prédomine.

La deuxième avait pour but d'évaluer les réponses de psychiatres de service public des différents hôpitaux de la région (n=51) interrogés par questionnaire sur leur attitudes face à une éventuelle demande de nature spirituelle de la part de leurs patients. Un auto-questionnaire a été élaboré à cette fin. Les réponses au questionnaire indiquent que l'abord en entretien de problématique ayant une dimension spirituelle semble accepté par la majorité des praticiens.

D'autres études plus étendues seraient nécessaires pour préciser cette différence de perception. Nous suggérons de laisser un champ à l'expression de la spiritualité lors d'entretiens médicaux de façon plus fréquente, voire systématique si besoin en recourant à des outils adaptés afin d'en tirer le meilleur profit possible pour la prise en charge.

PSYCHIATRY AND SPIRITUALITY: assessment of beliefs, spiritual and religious needs of users of community mental health center for adults and the response of psychiatrists to requests of a spiritual nature.

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2010 / 2011

Mots clés : spiritualité et troubles mentaux, coping, relation patient-psychiatre

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

