



HAL
open science

Spiritualité dans les soins : vécu et représentations de médecins généralistes : entretiens individuels longs réalisés dans les Alpes-Maritimes (06)

Aviva-Rose Bloch

► **To cite this version:**

Aviva-Rose Bloch. Spiritualité dans les soins : vécu et représentations de médecins généralistes : entretiens individuels longs réalisés dans les Alpes-Maritimes (06). Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02180949

HAL Id: dumas-02180949

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02180949>

Submitted on 11 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université de Nice Sophia-Antipolis

Faculté de Médecine de Nice

**Spiritualité dans les soins : vécu et représentations de médecins généralistes –
Entretiens individuels longs réalisés dans les Alpes-Maritimes (06)**

THESE

Pour le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Discipline : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement

Le lundi 3 juin 2019

A la Faculté de Médecine de Nice

Par

Mademoiselle BLOCH Aviva-Rose

Née le 13/01/1989 à Schiltigheim (67)

JURY

Professeur Gilles BERNARDIN Président

Professeur Patrick BAQUÉ Assesseur

Docteur David DARMON Assesseur

Docteur Johann TÉTART Directeur

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Constitution du jury en qualité de 4ème membre
Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GASTAUD Pierre
M. BALAS Daniel	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	Mme MEMRAN Nadine
Mme DONZEAU Michèle	M. MENGUAL Raymond
M. EMILIOZZI Roméo	M. PHILIP Patrick
M. FRANKEN Philippe	M. POIRÉE Jean-Claude
M. GASTAUD Marcel	Mme ROURE Marie-Claire

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen**Pr. BAQUÉ Patrick****Vice-doyens****Pédagogie****Pr. ALUNNI Véronique****Recherche****Pr DELLAMONICA jean****Etudiants****M. JOUAN Robin****Chargé de mission projet Campus****Pr. PAQUIS Philippe**

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRlich Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice
PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Remerciements

A Monsieur le Professeur Gilles Bernardin, vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous remercie pour la curiosité et la bienveillance avec lesquelles vous avez accueilli ce projet.

A Monsieur le Professeur Patrick Baqué, vous me faites l'honneur de siéger à mon jury de thèse, je vous remercie de l'intérêt et de l'enthousiasme que vous avez porté à mon sujet d'étude.

Au Dr David Darmon, tu me fais le plaisir immense de participer à ce jury, je te remercie de m'avoir accompagné durant ces années d'internat, d'avoir su trouver les mots et les projets pour me redonner l'envie d'être médecin, d'avoir cette ouverture d'esprit qui enrichit le soin et embellit notre profession.

Au Dr Johann Tétart, tu as accepté sans hésiter ce projet 'audacieux', merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagné tout le long de ce travail. Merci pour l'humanité inspirante avec laquelle tu envisages le soin, merci pour tes encouragements et tes conseils bienveillants. Nos échanges spirituels et musicaux vont me manquer.

Merci aux participants de cette étude d'avoir accepté de se livrer.

A mes parents, vous avez porté les bases de ma pyramide de Maslow, pour que je puisse continuer à la bâtir sans jamais craindre qu'elle ne s'effondre, vous m'avez appris la gestion et l'organisation Yékeu qui ont contribué à ce que j'arrive jusqu'ici. Merci pour tout. Je vous aime.

A mon frère Naty, pour ton éloquence et ton charisme que j'admire, pour la place que tu m'as toujours faite à tes côtés, pour tous nos souvenirs d'enfance et ceux qui nous attendent.

A ma sœur Maud, en espérant qu'un jour tu lises ces lignes, je pense à toi.

A ma belle-sœur Débo, qui me rappelle chaque jour que la carrière universitaire peut rimer avec amour et famille.

A mon neveu Amos et ma nièce Golda, de la part de votre tata (un peu) hippie.

A ma tante Nadine et mon oncle Jacques, pour l'accueil que vous m'avez fait dans votre région d'adoption, et les bonnes adresses de brunch.

A Papi Paul.

A ma famille des EEIF de Strasbourg :

A mon binôme David, qui mieux que toi suit cette histoire depuis ses prémices ? Ton soutien dans chacune de mes décisions me rend plus forte, et aucune distance ne m'a faite sentir loin de toi. Tu es ce grain de folie qui enchante ma vie, merci pour tout.

A Ouri, pour les heures infinies de discussions plus ou moins spirituelles, de l'Orangerie à Talpiot,

A Lala Loren, sans qui je n'aurais pas mis les pieds aux EEIF, comment te remercier ?

A Audrey, aux séances de Zumba qui m'ont permis de me défouler, à ton incroyable rire communicatif,

A Laurent, à nos tentatives d'harmonies vocales, merci d'accompagner mon questionnement existentiel, ça risque de durer encore longtemps,

A Michaël, merci pour les livres inspirants que je ne t'ai jamais rendus,

A Manu, à nos heures glorieuses à l'academ,

A Tsilla, pour ta porte toujours ouverte quand j'en avais besoin, et les énormes tasses de thé,

A Daniel, à ta tierce, et à tes explications qui me permettent de comprendre ce que font les patients chez le kiné,

A mes compagnons d'armes Strasbourgeois :

A Laura, tu as ajouté de la légèreté et des rires à ces années pas toujours faciles, merci pour ton amitié, pour les discussions cliniques, capillaires ou politiques, pour les heures passées à bibli, mais aussi celles passées dans le Var, les Alpes-Maritimes, ou Israël. Tu es une super nana.

A Marion, et à notre E.T., à Marie, la plus twee, à Aline, ou Alinette, à Laurence, et à la MISHA, à Elo, à Léa, à Claire (en espérant que tu finisses par répondre au téléphone). Merci d'avoir rendu ces années plus douces et plus drôles.

A Fleur, l'Alsace a de la chance de t'avoir comme alliée, et moi aussi. Merci d'être ma pov'meuf. (Et merci à Antoine de me la prêter)

A Odélia, avec tes dessins tu poétises le monde, ta lecture de la vie m'éclaire, quelque part nous sommes sûrement sœurs,

A Lucie, ma première patiente, et mon premier thérapeute, merci de m'apprendre à accueillir mes émotions,

A Talia, il nous a fallu tout ce temps pour se rencontrer, j'ai encore du mal à comprendre pourquoi,

A Arielle, à celles que nous étions il y a 15 ans, au plaisir que j'ai à te retrouver à chaque fois,

A Faustine, merci d'avoir accompagné (d'un œil suspect mais bienveillant) mes premiers pas dans ce voyage ésotérique qu'est devenu ma vie,

A mon bastion israélien, chacune de nos retrouvailles m'attire un peu plus vers vous : à Bitya (au Rabbin Goldberg Rosen) dont le parcours et la passion m'inspirent, à Léah, Manou, Pierre...

Aux familles strasbourgeoises qui ont accompagné mes pérégrinations, aux Sabbah, aux Hirsch, aux Soskin, aux Frank...

A toutes les rencontres varoises et niçoises qui ont adouci ces 4 dernières années :

A cet incroyable premier semestre à Fréjus, à l'angoisse des premières fois, aux fous rires des fins de journée, à l'énergie des soirées, à Christelle ma première co-équipière, à Nathalie qui m'a fait découvrir la puissance du travail d'équipe, et de la danse, à Quentin (I miss you), à Sam avec qui j'ai pu partager ma passion de la bonne musique, à Lucas, à Alexia et Peyo, à Jean, Florian et tous les autres.

A Laura, les patients ont de la chance d'avoir un médecin aussi investi et humain, à Ely et à ton authentique gentillesse, à quand notre prochain voyage ?

A Lieve, pour ta passion de la génétique que tu arrives étonnamment à me communiquer, à ces doutes qui vont mieux quand on se les dit, aux doux moments que l'on a partagé durant cet internat,

A Barbara, vivant poème, je ne m'inquiète plus de tes disparitions, je m'en languis,

A l'équipe du SAU de Draguignan, et à mes co-internes, merci pour ces 6 mois où j'ai pu montrer mon dark side d'urgentiste, à l'équipe de pédiatrie du CHI Bonnet, et aux bons moments des gardes du dimanche.

A Ariel, à Lucy (et à Fluffy), à Caroline et Michael, à Lirone (et sa révolution positive), à Ilanite, à Julie.

Aux médecins inspirants qui m'ont fait confiance, à ceux qui m'ont enseigné, à ceux que j'avais plaisir à appeler pour un avis, à ceux que j'admirais sans qu'ils le sachent ; à Dr Claire Destombes, Dr Jérôme

Romero, Dr Navid Vatani, Dr Candice Collin, Dr Etienne Esmingaud, Dr Cécile Chassaignon, Dr Florence Pilot-Vaugin, Dr Véronique Dubayle...

אחרון אחרון חביב: à Nathan, parce que tu m'ouvres les yeux sur ce monde merveilleux qui nous entoure, parce qu'à tes côtés la vie est pleine de surprises, parce qu'avec toi j'ai moins peur, pour encore mille raisons qui ne tiendraient pas sur ces quelques lignes. Merci d'être là.

Table des matières

INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODE.....	17
I. Une étude qualitative.....	17
II. Le recueil de données.....	17
III. Les participants.....	17
III.1. Critères d’inclusion.....	17
III.2. Echantillonnage et saturation des données.....	17
III.3. Recrutement.....	18
IV. Canevas.....	18
V. Recueil d’information.....	19
V.1. Déroulement des entretiens	19
V.2. Consentement oral et enregistrement.....	19
V.3. Retranscription.....	19
VI. Analyse des données.....	20
VII. La recherche bibliographique.....	20
RESULTATS.....	21
I. Recueil des données.....	21
I.1. Caractéristiques de la population.....	21
I.2. Caractéristiques des entretiens.....	21
II. Principaux résultats	22
II.1. Définition de la spiritualité et caractéristiques du spirituel.....	22
II.1.a. Une croyance intérieure révélée.....	22
II.1.b. Une alternative à ce qui nous échappe.....	22
II.1.c. Dieu et la religion, avec appréhension.....	22
II.1.d. Définir la spiritualité ?.....	23
II.1.e. Communiquer au-delà des mots.....	23
II.2. Liens entre spiritualité(s) et santé.....	24
II.2.a. La spiritualité dans le soin, le soin spirituel.....	24
II.2.b. La spiritualité comme ressource.....	25
II.2.c. Une quête de sens, un chemin vers la plénitude.....	26
II.2.d. Outil thérapeutique ou guérison spirituelle.....	26
II.3. La spiritualité du médecin.....	27
II.3.a. L’amour d’autrui comme valeur initiatrice de l’engagement médical.....	27
II.3.b. L’expérience spirituelle du médecin.....	27

II.3.c.	Posture, présence, accompagnement.....	28
II.4.	Ce(ux) qui s’y oppose(nt).....	28
II.4.a.	Temps et temporalité.....	29
II.4.b.	Médecine du corps, médecine d’organe.....	29
II.4.c.	La science de la médecine.....	29
II.4.d.	Intrusion, coercition : entre peur et gêne.....	30
II.4.e.	Les limites de notre rationalisme.....	30
II.4.f.	Un souci de valorisation.....	31
II.4.g.	Une utilité discutable.....	31
II.4.h.	Les médecines alternatives et complémentaires (MAC).....	31
II.5.	Le médecin mis à nu ou l’épreuve de la vulnérabilité.....	32
II.5.a.	Des silences fertiles.....	32
II.5.b.	Le praticien en retrait.....	32
II.5.c.	Des émotions enfouies.....	32
II.5.d.	Le médecin personnifié.....	33
II.5.e.	Relations (inter)humaines, relations d’humanités.....	34
DISCUSSION	35
I.	Discussion de la méthode.....	35
I.1.	L’étude.....	35
I.2.	La méthode.....	35
II.	Discussion des résultats.....	37
II.1.	Principaux ressentis.....	37
II.2.	Définition de la spiritualité et caractéristique du spirituel.....	37
II.3.	Liens entre spiritualité(s) et santé.....	38
II.4.	La spiritualité du médecin.....	40
II.5.	Ce(ux) qui s’y oppose(nt).....	41
II.6.	Le médecin mis à nu ou l’expérience la vulnérabilité.....	42
CONCLUSION	45
ANNEXES :	47
Annexe 1 :	Questionnaire concernant les caractéristiques de la population.....	47
Annexe 2 :	Canevas d’entretien.....	47
Annexe 3 :	Caractéristiques de la population interrogée.....	48
BIBLIOGRAPHIE :	49

INTRODUCTION

La dimension spirituelle semble échapper à la définition de la santé selon l'OMS, dans sa forme couramment citée : « dimension physique, mentale et sociale ». Cette dimension a pourtant bien été reconnue par l'OMS à l'ordre du jour du 15 mai 1984. Il y est écrit « qu'elle suppose un phénomène qui n'est pas de nature matérielle mais appartient au monde des idées, croyances, valeurs et notions morales qui ont pris naissance dans l'esprit et la conscience d'êtres humains, en particulier dans ce qu'elles ont d'ennoblissant ».

Cette dimension, à la fois évidente et difficile à objectiver, est un sujet de recherche en santé dont le nombre de publications connaît une croissance exponentielle ces dernières années (1).

Initialement introduite par Cicely Saunders dans les années 60 (2), la question de la prise en charge spirituelle dans les soins palliatifs a été abondamment traitée, tant d'un point de vue médical, que social, philosophique et théologique (3,4). Depuis, le champ de recherche s'est élargi à d'autres domaines que la fin de vie, et on sait aujourd'hui que la spiritualité intervient tout le long du parcours en santé, en ayant notamment des effets bénéfiques sur la qualité de vie et des paramètres de santé objectivables, tels que la pression artérielle, la dépression ou encore les conduites addictives. (5,6,7,8)

Mais plus essentiellement, la question de la spiritualité dans les soins nous renvoie à la question de la nature du soin lui-même, redéfinissant les objectifs que la médecine se fixe et le rôle du médecin.

Historiquement la médecine était intimement liée à la spiritualité. Les maladies étaient des punitions divines, des désordres du cosmos, ou autres déséquilibres de l'univers et des éléments. Ces croyances antiques sur une origine surnaturelle des maladies servaient de physiopathologie pour la préparation des processus de guérison et l'élaboration des traitements. En France jusqu'à la Révolution, les institutions de soins étaient tenues par l'Eglise. A l'Hôtel-Dieu, les moines faisaient office de médecins et infirmiers, avant que les sœurs ne leur succèdent. Dans ces établissements alors, santé et salut étaient confondus.

La médecine moderne, à l'image de la société qui se sécularise, a prétendu tenir à distance la spiritualité du soin. Avec le progrès scientifique et l'avènement de la technicité, la médecine a eu tendance à voir le patient comme un corps objet de soin. Les progrès thérapeutiques ont repoussé les limites du pouvoir que l'homme peut avoir sur son prochain et ont forcé la médecine à se

questionner sur son rôle. La naissance de la bioéthique et l'ouverture à une nécessité d'humaniser le soin a progressivement fait revenir le spirituel dans le champ médical.

Le retour de cette dimension de la santé, et en réalité de cette dimension de l'individu, implique d'accepter de faire entrer de nouveaux paramètres dans le domaine de la consultation médicale telle que nous la concevons aujourd'hui.

Faudrait-il encore pouvoir définir médicalement la spiritualité. Une revue de la littérature médicale ne dénombre pas moins de 92 définitions différentes (9). Dans sa thèse, Nicolas Pujol explique ces divergences par la difficulté à définir l'objet d'étude en lui-même, mais aussi pour une raison épistémologique (« chaque professionnel de santé borne ainsi son champ de recherche à la lumière de son propre point de vue »(10)). S'il n'y a pas de consensus autour d'une définition, la spiritualité renvoie toujours à un ensemble de notions telles que le sens, la transcendance, les valeurs, l'identité, la relation. (11)

Les paramètres de cette dimension spirituelle, certes essentielle mais intime, peuvent être difficile à aborder pour le médecin. Il nous a paru intéressant de prendre le temps d'aller à la rencontre de médecins généralistes, a priori non experts en spiritualité, et de leur proposer un espace pour s'exprimer sur ce sujet actuel.

Comment le médecin accueille-t-il et vit-il la dimension spirituelle de la santé ?

Notre étude se propose d'explorer la représentation et le vécu de la spiritualité par les médecins généralistes en cabinet par des entretiens individuels longs.

Nous avons cherché à recueillir le témoignage des médecins généralistes sur les liens que la spiritualité entretient avec le soin en médecine et sur leur expérience de la spiritualité dans la rencontre avec les patients.

MATERIEL ET METHODE

I. Une étude qualitative

Utiliser une méthode de recherche qualitative nous a permis d'étudier des facteurs subjectifs, et d'appréhender en profondeur les ressentis et expériences des médecins interrogés.

II. Le recueil de données

Le recueil de données s'est fait sous forme d'entretien individuel semi-structuré, afin d'amener le praticien à s'exprimer librement.

Les entretiens ont eu lieu chez le praticien (domicile ou lieu de travail), dans un univers volontairement familier.

L'entretien se déroulait sous forme de questions ouvertes réparties en thèmes définis en amont.

L'ordre des questions s'adaptait aux réponses de l'entretenu, permettant un déroulement plus fluide de la conversation. A la fin de chaque entretien, tous les thèmes prédéfinis avaient été abordés.

III. Les participants

III.1. Critères d'inclusion

Etaient admis dans l'étude des médecins généralistes, installés en cabinet de médecine libérale, dans le département des Alpes-Maritimes (06).

III.2. Echantillonnage et saturation des données

Afin de caractériser la population, nous avons choisi les caractéristiques suivantes : âge, sexe, travail urbain ou rural, diplômes complémentaires, qualité de maître de stage universitaire, éducation religieuse. Ces questions étaient posées en début d'entretien.

Le questionnaire de caractéristique de la population se trouve en annexe 1

Lorsque les entretiens n'ont plus apporté de nouvelle donnée, mais uniquement des réponses déjà retrouvées dans les précédents entretiens, nous avons estimé être arrivés à saturation des données.

III.3. Recrutement

Le recrutement s'est fait via e-mail ou appel téléphonique adressé personnellement à des médecins correspondants aux critères d'inclusion, initialement selon un échantillonnage de commodité puis par choix raisonné : nous avons alors choisi des médecins qui avaient les caractéristiques que nous n'avions pas encore exploré.

Par ce premier contact, seul le thème de l'étude « Soins et spiritualité(s) » était énoncé sans plus de détail, ainsi que la forme de l'entretien.

Huit a été le nombre suffisant pour cette étude, avec des entretiens longs.

Un médecin a refusé de participer, un médecin n'a pas fait suite au courriel.

IV. Canevas

L'élaboration du canevas d'entretien s'est faite à partir des données de la littérature sur le sujet à la suite d'un premier travail de recherche bibliographique.

Les données d'observation lors du travail de l'enquêteur auprès de médecins généralistes ont permis d'enrichir les thèmes et sous thèmes. Le canevas a été remanié plusieurs fois au cours de l'étude, en fonction des entretiens précédents, selon qu'ils avaient apporté des précisions ou notions inattendues. Par ailleurs, les questions du canevas et l'ordre dans lequel elles étaient posées étaient adaptées au médecin interrogé et à l'aisance de l'enquêteur.

Ont servi d'aide à l'élaboration du canevas les livres L'entretien de A. Blanchet et A. Gotman (12), ainsi que L'entretien compréhensif de J-C Kaufman (13).

Le canevas a été revu et discuté (plusieurs allers-retours) avec le Dr Johann Tétart, directeur de thèse, avant la première utilisation.

Le canevas comprenait une courte présentation de l'enquêteur et le rappel de l'objectif de l'étude. Celle-ci permettait de remercier l'entretenu pour son temps et sa disponibilité, d'obtenir son accord pour l'enregistrement audio de la conversation et rappelait le caractère totalement confidentiel et anonyme de l'entretien. Ensuite nous débutions avec une question dite « brise-glace », pour entrer dans l'entretien de manière plus naturelle.

Le canevas était construit autour de trois thématiques : l'approche globale de la spiritualité et son lien avec la médecine, la spiritualité en consultation ou dans la pratique, et l'impact personnel. Il y avait enfin un temps de parole libre où l'enquêté pouvait aborder un autre thème ou rajouter quelque chose sur ce qui avait été dit s'il le souhaitait.

Le canevas intégral tel qu'utilisé lors des entretiens n'a pas été testé.

Une évaluation de la compréhension des questions a été réalisée auprès de pairs afin de s'assurer de la bonne utilisation sémantique.

Le canevas se trouve en annexe 2.

V. Recueil d'information

V.1. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre le 16/02/2018 et le 22/06/2018.

Les lieux de l'entretien étaient définis selon les disponibilités et possibilités des médecins enquêtés, soit sur le lieu de travail soit au domicile (le choix a été laissé à l'interrogé).

V.2. Consentement oral et enregistrement

En début d'entretien les médecins acceptaient d'être enregistrés sous forme audio à l'aide d'un dictaphone, et que les données soient utilisées pour l'étude, dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité.

V.3. Retranscription

La retranscription a été faite manuellement par l'interrogateur sous format Word.

Les citations dans le texte sont en italique, et entre parenthèse un ajout de l'enquêteur pour mieux comprendre certains détails non perceptibles à la retranscription brute de l'entretien.

VI. Analyse des données

Le codage a permis d'extraire les notions clés évoquées lors des entretiens. Nous avons ensuite classé ces différentes notions par thème, qu'elles soient ou non partagées par plusieurs enquêtés.

Dans notre étude, les concepts ont été construits à partir du discours des entretenus. Il s'agit donc d'une généralisation de ce qui a été observé sur ces cas particuliers étudiés en profondeur.

Le codage a été fait manuellement, sans l'utilisation d'un logiciel dédié ; l'entretien retranscrit était relu et chaque notion pertinente classée selon les thèmes du codage élaboré ou en cours d'élaboration.

Un des entretiens a été codé par un tiers (le directeur de thèse) dans son intégralité, et ce codage a été confronté au codage de l'interrogateur, permettant une triangulation.

VII. La recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée en partie par internet à partir des bases de données suivantes : PubMed, Google Scholar, SUDOC, CAIRN. Le site du CiSMef a été utilisé afin de traduire les mots clés de recherche en langage MeSH.

En parallèle différents ouvrages sur le thème de la spiritualité et de la médecine ont servi de ressources.

Les mots-clés MeSH utilisés ont été : spirituality / medicine / general practice / family practice / general practitioner / physician.

Certains articles ont été recherchés à partir des bibliographies des articles précédemment lus.

Enfin, le logiciel Zotero® a été utilisé initialement afin de présenter les références bibliographiques, qui ont ensuite été modifiées manuellement pour correspondre à la forme préconisée par la charte des thèses.

RESULTATS

I. Recueil des données

I.1. Caractéristiques de la population

La population interrogée comptait sept hommes et une femme, âgés de 28 à 69 ans.

La durée d'exercice minimum était de 9 mois, maximum de 37 ans.

Six avaient un exercice urbain, un rural, et un avait exercé en rural puis en urbain.

Trois étaient MSU.

Les formations complémentaires étaient variées en nombre et en thèmes.

Un médecin a dit avoir reçu une éducation religieuse, un médecin a dit avoir reçu une éducation religieuse informelle, six disaient n'en avoir pas reçu.

Trois médecins n'avaient ni pratique ni recours à des médecines alternatives et complémentaires (MAC), deux y avaient recours en adressant à un confrère, un médecin suggérait ce type de pratique sans orienter en particulier, un médecin orientait et était en cours de formation, un médecin avait une pratique de MAC.

Le tableau des caractéristiques de la population se trouve en annexe 3.

I.2. Caractéristiques des entretiens

Il a été réalisé huit entretiens ; quatre sur le lieu de travail (trois en cabinet de médecine générale et un en EHPAD) et quatre à domicile.

Les entretiens ont duré entre 39min32sec et 1h10min34sec, médiane 52min.

II. Principaux résultats

II.1. Définition de la spiritualité et caractéristiques du spirituel

II.1.a. Une croyance intérieure révélée

Pour les médecins interrogés, la spiritualité évoque une croyance, une foi, une adhésion à une idée non pensée mais révélée, qui prend naissance à l'intérieur même de l'esprit humain.

L1 : « *J'en ai eu l'intime conviction* »

L2 : « *C'est l'ensemble des...l'ensemble des croyances* »

L4 : « *l'être spirituel au fond de chacun de nous* »

II.1.b. Une alternative à ce qui nous échappe

En parallèle, les médecins interrogés rapportaient que la spiritualité faisait appel à ce qui échappe à l'esprit humain et à sa logique. Pour eux, elle était une réponse possible à ce que l'homme n'arrive pas à comprendre, ce qui le dépasse. Plus qu'une possibilité, elle était parfois ce qui s'impose à lui d'évident depuis l'extérieur, une perception de certitude venue d'ailleurs à soi.

L4 : « *Bah c'est justement quelque chose sur lequel on n'a vraiment pas prise, où on se tait vraiment. Et en même temps tu sens que c'est, je vais dire...juste. C'est juste, c'est clair* »

II.1.c. Dieu et la religion, avec appréhension

Si de manière générale, la spiritualité est une évocation directe mais implicite à Dieu et aux religions, ce raccourci expose à une restriction du champ spirituel, vivement critiquée par les médecins interrogés.

En quelque sorte, Dieu et les religions sont les limites d'une spiritualité alors rétrécie, contenue. L'image d'un dieu enferme l'infini spirituel en une « personne » définie, et la religion avec son organisation, ses dogmes et sa hiérarchie borne les possibilités d'appropriation, notamment d'expression et de compréhension du spirituel.

Aussi, l'appréhension visait l'éventualité d'un « fanatisme religieux obscurantiste » qui contraindrait le patient.

II.1.d. Définir la spiritualité ?

En mettant un mot sur la spiritualité, en la nommant, certains craignent qu'on la réduise.

L4 : « Donc euh, c'est vraiment, il est difficile. Pour moi y avait un espace qui était encore ouvert et qui est déjà en train d'être réduit parce qu'il a un mot qui est venu dessus. »

D'autres lui reprochent son flou, qui rendrait le terme inutilisable.

L5 : « Oui mais spiritualité c'est quoi ? C'est un mot qui est vaste ! Qui veut rien dire ! »

A défaut, la spiritualité va être dite sans être nommée.

L6 : « ...et ils le disent peut-être à travers d'autres mots. Ils emploient pas le mot spirituel. »

II.1.e. Communiquer au-delà des mots

Il ne s'agit pas juste d'un problème technique de définition ; la spiritualité a par essence un brin d'indéfinissable, de subtil.

On peut la voir sans qu'elle soit dite, et la transmettre sans l'appeler, on ne la maîtrise pas. Elle fait appel à nos sens, à notre ressenti, à notre intuition, et on la devine dans les moments où on l'approche.

L4 : « Voilà c'est quelque chose qui est subtil et qui des fois se pose dans le silence. »

II.2. Liens entre spiritualité(s) et santé

Si parfois cela paraissait évident pour les médecins interrogés, du fait du cadre dans lequel se déroulait l'entretien, la question du lien entre la spiritualité et la santé, la médecine, ou la maladie a apporté différents axes de réponse.

II.2.a. La spiritualité dans le soin, le soin spirituel

En premier lieu, la médecine est spirituelle en tant qu'exercice spirituel, s'agissant « d'une manière d'exercer spirituellement une activité, en activant son esprit à donner un sens au soin en rapport avec le sens que nous donnons à l'existence ». (14)

D'autre part, la médecine est spirituelle plus essentiellement parce que le soin est lui-même spirituel dans sa nature, son esprit. (15)

L6 : « *la médecine sera spirituelle c'est-à-dire à l'écoute d'une hospitalité de l'être humain.* »

Par ailleurs, la spiritualité peut être considérée comme un élément constitutif de la personne du patient. Respecter sa personne, son autonomie, ses choix, son identité implique de respecter sa spiritualité ; et inversement, respecter sa spiritualité, son chemin de vie, son questionnement, c'est respecter sa personne.

L2 : « *Parce que la...je crois que je te l'avais déjà dit que la spiritualité, la spiritualité dans le prendre soin, la spiritualité au sens large...tu (ne) peux pas imaginer un prendre soin sans prendre en charge l'individu dans sa globalité, [...], et la spiritualité c'est parfois et souvent un truc hyper important dans la globalité de l'individu.* »

Certains des médecins interrogés se posent la question de la place de la spiritualité dans la consultation médicale. Ce questionnement refait surface après que l'on a longtemps laissé la spiritualité dans les mains des professionnels du culte.

« Dans l'histoire de la culture soignante, l'expression de la spiritualité a longtemps été réservée aux ministres d'un culte religieux » (16)

L4 : « *Oui c'est un peu complexe euh bah c'est un peu nouveau aussi parce que euh je pense pendant très longtemps les médecins ne parlaient pas de, enfin moi je...c'est pas une question qui s'est posée pendant très longtemps, avec 40 ans de parcours* »

II.2.b. La spiritualité comme ressource

Que ce soit pour lui ou pour le patient, la spiritualité était vue par le praticien comme une source d'énergie et de force. A ses yeux, elle est une réserve dans laquelle le patient peut venir puiser ce dont il a besoin pour faire face aux épreuves, à la maladie, au mal-être.

On peut aisément lier cette force à l'ordre de « subsister dans l'existence » qu'impose la maladie. « C'est rester en vie en tant qu'humain habité par les grandes questions existentielles » (17)

Tout au long des différents entretiens, la présence de la spiritualité dans des circonstances particulières par exemple face aux maladies graves (notamment le cancer), la fin de vie et la mort, la dépression, revenait souvent. Dans ces situations, l'être humain est mis à l'épreuve de sa propre finitude ; il va alors chercher ailleurs et notamment dans le spirituel, des moyens d'y faire face.

L5 : « *Ben c'est l'appréhension de la vie. Pourquoi l'homme a créé dieu ? Parce qu'il avait peur de la mort.* »

« *Le malade qui est face à soi il est en position de faiblesse. Donc il cherche un recours.* »

Du côté du médecin, la spiritualité représente une force pour affronter les situations difficiles, et prévenir le burn-out. La spiritualité lui donne la possibilité d'alléger le poids de son quotidien. La foi, le sentiment que quelque chose le dépasse mais la confiance qu'il peut y accorder l'aide à vivre ces moments.

L2 : « *Et puis d'un autre côté je pense aussi que la spiritualité c'est indispensable au...c'est indispensable aussi pour tenir le coup, aussi pour faire face aux difficultés de notre métier* »

L7 : « *J'ai le sentiment parfois d'être accompagné, une sorte d'ange gardien qui...voilà. Bon je discute pas quand même, je vais pas jusque-là mais des fois je pense à ça. Surtout quand c'est dur. Quand j'ai pas la force de faire les choses et bah je demande de l'aide* »

II.2.c. Une quête de sens, un chemin vers la plénitude

Pour les entretenus, la spiritualité n'est pas un état immobile mais un mouvement vers, une aspiration.

Le questionnement qu'elle sous-tend permet d'appréhender le mystère du quotidien, l'incompréhensible, en tentant de donner une direction, un sens aux événements et à nos vies. C'est le pourquoi qui est questionné ; quel est le sens de ce qui m'arrive. La spiritualité n'apporte pas nécessairement de réponse, mais elle la cherche et cette quête est apaisante.

L6 : « il peut y avoir une réflexion sur le sens de la vie, pourquoi je vis, pourquoi je suis malade, pourquoi je souffre et ça pour moi c'est déjà un questionnement spirituel »

Le chemin spirituel est un chemin de vie, que l'on décide de prendre, et que nous traversons tout en questionnant et en liant les événements, les obstacles, les inattendus qui viennent s'y poser. C'est un travail de tissage qui permet d'harmoniser la toile d'une vie.

L4 : « je vois certains patients surtout avec le cancer comment, avec des maladies, comment...comment ils font un chemin. Ils font un chemin pour vivre avec cette maladie, avec la perspective de la mort. »

II.2.d. Outil thérapeutique ou guérison spirituelle

La spiritualité a été aussi décrite comme un remède, une voie thérapeutique, qui parfois mène à ou est la guérison.

On peut comprendre le rapport entre guérison et spiritualité de deux manières :

En tant qu'outil vers le bien-être, elle est une dimension de la santé, qui est à prendre en compte pour amener vers une guérison complète.

En tant que foi et aspiration, elle peut être elle-même guérison, dans sa totalité.

On y associe alors la notion de miracle, de guérison spirituelle.

II.3. La spiritualité du médecin

L'engagement médical ne suppose aucune appartenance ou appétence spirituelle initiale, a priori. Cependant, on retrouvait dans l'évocation des motivations à devenir soignant des valeurs perçues comme spirituelles, un mouvement de bien vers autrui qui donne du sens à sa vie et se traduit dans l'engagement médical.

Par ailleurs l'expérience spirituelle (du médecin) permettait une meilleure ouverture à autrui (au patient) et à son questionnement.

Cette expérience accordait au praticien une posture, une présence compréhensive, renforçant ses aptitudes dans l'accompagnement des patients.

II.3.a. L'amour d'autrui comme valeur initiatrice de l'engagement médical

En évoquant la notion de valeurs en lien avec la spiritualité et la médecine, on retrouvait l'amour comme moteur de l'acte soignant.

Le médecin aime autrui, son patient, et c'est ce qui le pousse à vouloir faire le bien. En reculant d'un pas, c'est ce même amour d'autrui qui a engagé le médecin à devenir médecin, lui donnant la possibilité à travers l'exercice soignant, de vivre et pratiquer cet amour, jusqu'à parfois se sentir garant et porteur d'une mission quasi-divine.

L7 : « J'essaie de m'imprégner quand même des gens hein parce que j'aime les gens. Quand j'ai un patient avec moi pour moi c'est comme un membre de ma famille quoi, je fais tout ce qu'il faut ou tout ce que je peux faire pour l'aider, donc j'ai une relation comme ça très forte avec les patients. »

L5 : « En prenant le médecin comme l'assistant de dieu, ou le comment dirais-je euh...(réflexion) oui l'assistant de dieu. C'est-à-dire que dieu dirige tout et le médecin vient l'aider dans sa tâche. »

II.3.b. L'expérience spirituelle du médecin

Le médecin a sa propre expérience de la spiritualité, son histoire personnelle, indépendante ou non de son exercice, qui le transforme et lui donne une meilleure compréhension de l'autre, une meilleure ouverture à l'autre et à sa spiritualité.

C'est un cheminement vers soi pour aller vers l'autre. Comme si, le vécu des relations verticales, au transcendant, au suprême, à la nature, à la vie, alimentait et transformait les relations horizontales, le lien à autrui.

L7 : « *Peut-être ça me fait du bien, dans ma pratique, une certaine assurance vis-à-vis des patients. Le fait de se sentir (pause) accompagné, encore une fois, et soutenu. »*

L8 : « *Ça permet non seulement au professionnel de santé de se poser, sur lui, de se centrer sur lui. Et y a une phrase qui dit 'prendre soin de soi pour prendre soin des autres' »*

II.3.c. Posture, présence, accompagnement

Riche de son expérience spirituelle personnelle, le médecin développe une posture, une présence, à l'écoute de son patient, et l'accueillant dans sa spiritualité.

Il s'agit alors d'accompagner le patient, de cheminer à ses côtés, d'être avec lui, dans une « neutralité » bienveillante.

L4 : « *une attitude personnelle qui fait que l'autre se sent en confiance et va pouvoir parler de ça. »*

L8 : « *En fait, ne serait-ce que ma façon de me positionner moi en tant que soignant »*

II.4. Ce(ux) qui s'y oppose(nt)

La spiritualité semble pouvoir appartenir au domaine de la médecine, et, ou inversement.

Qu'est-ce qui fait alors qu'elle ne soit pas plus étudiée ? prise en compte ? investie ?

En regard de la spiritualité, certains domaines de la médecine ne trouvent pas leur place, et certaines appréhensions ou contraintes sont à l'origine de cette limitation.

En haut de cette liste nous retrouvons les problèmes liés au temps, et ceux liés à l'évolution de la médecine (avec l'avènement de la technologie) et de la société en général.

« L'évolution de la pensée du soin a indéniablement favorisé l'émergence de la question de la spiritualité. Mais elle s'est rapidement heurtée à l'évolution des techniques médicales et

paramédicales, ainsi qu'aux problèmes de gestion du temps dans l'organisation de la vie hospitalière et des différentes structures qui composent le système de soins ». (10)

II.4.a. Temps et temporalité

Entre l'accueil, l'anamnèse, l'examen clinique, la prescription médicale etc...la durée de la consultation laisse peu de temps à l'invitation d'un moment subtil et intime tel que nous avons décrit la spiritualité.

Par ailleurs, il faut aussi saisir le bon moment. Nous ne sommes pas maîtres de ces instants de grâce et s'il est dans nos possibilités d'apporter les circonstances à leur dévoilement, la temporalité reste insaisissable.

L2 : « Alors sur le spirituel, c'est pas que ça m'intéresse pas mais dans le court temps qui leur est imparti, les 15 minutes en moyenne, ça fait pas partie des choses qu'on aborde »

II.4.b. Médecine du corps, médecine d'organe

Spiritualité prend racine dans le mot esprit. La philosophie platonicienne puis les philosophies dualistes, dont notre mode de vie est largement emprunt, ont abouti à une séparation du corps et de l'esprit dans le domaine médical.

Pour les médecins interrogés, la médecine que l'on connaît et pratique aujourd'hui est une médecine du corps. Gardant cette opposition corps/esprit, il pouvait sembler difficile pour eux, voire en contradiction avec le système, d'intégrer aux soins une dimension spirituelle.

L3 : « On est plus des médecins du corps. »

II.4.c. La science de la médecine

L5 : « la médecine n'a pas à exprimer à, n'a pas à intervenir dans la spiritualité. La spirit...la médecine est une science, qui se veut exacte. Une science expérimentale »

La médecine est en partie une science. Elle est basée sur des théories, validées par des expériences.

Or, ou l'on sait ou l'on croit ; la spiritualité, comme nous l'avons vu plus haut, fait appel aux croyances. Cette dichotomie rend la coexistence de la médecine et de la spiritualité difficile pour les médecins interrogés.

Plus que cela, croire en médecine était parfois perçue comme une trahison de savoir, une trahison envers sa fonction de médecin et envers le patient.

II.4.d. Intrusion, coercition : entre peur et gêne

Pour certains médecins interrogés, faire part de sa spiritualité ou la laisser entendre étaient perçus comme dérangeant, inapproprié. Comme si l'on forçait le patient à entendre quelque chose qu'il ne veut pas forcément entendre et qui ne le concerne pas. Il y avait une certaine gêne.

L1 : « Je (ne) peux pas c'est dérangeant quand tu affiches trop. Les gens d'autres confessions religieuses ; on (ne) va pas étaler nos trucs. »

L'autre problème serait de forcer non pas l'écoute mais la parole du patient, et de venir s'immiscer dans son intimité.

On pourrait se dire que d'autres sujets sont tout aussi intimes comme la sexualité. Ce qui a l'air de retenir particulièrement l'échange autour de la spiritualité semble être - certes la peur pour le médecin d'être intrusif - mais aussi celle d'être coercitif.

Le médecin ne veut pas faire irruption dans un domaine privé que le patient ne souhaite pas aborder, et il ne souhaite pas non plus provoquer chez le patient une quelconque invitation forcée à la spiritualité, par souci déontologique.

L8 : « comment est-ce que je l'intègre, est-ce que c'est si facile à intégrer je pense que je pose la question de savoir est-ce que je vais pas déranger [...] est-ce qu'on va pas rentrer sur un, dans des domaines de vie, que les gens n'ont pas nécessairement envie de partager »

II.4.e. Les limites de notre rationalisme

Il est plus facile d'accepter ce que l'on comprend.

Il arrive que certaines décisions, teintées de spiritualité, de croyances, semblent obscures. La limite entre un patient croyant et un patient délirant est parfois fine.

Dès lors que le médecin juge la spiritualité du patient, il ne l'entend plus.

L1 : « *Est-ce qu'on est vraiment sûr que c'était un message divin, un message voilà des écritures ? Et là ça me met très à cran ça, ces histoires d'interprétations des écritures, à l'instar de la logique. »*

II.4.f. Un souci de valorisation

Un autre facteur cité, plus terre à terre, concernant la difficulté de laisser place au spirituel dans la consultation médicale a été le manque de valorisation, financière notamment.

On peut cependant noter que cette remarque était à la marge des témoignages recueillis, et rajoutée comme détail en fin de discussion autour des contraintes liées à la considération de la spiritualité en médecine.

II.4.g. Une utilité discutable

L'un des médecins a fait remarquer que la spiritualité ne représente pas à ses yeux un facteur directement utile dans la prise en charge, ou du moins pas dans l'immédiat de la consultation. Cela sous-tend l'idée que la spiritualité serait un plus, un bonus mais pas un élément indispensable.

II.4.h. Les médecines alternatives et complémentaires (MAC)

Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) englobent, par définition, toutes les approches qui ne sont pas reconnues par la médecine conventionnelle.

Pour les médecins interrogés, elles représentent une porte d'entrée vers la spiritualité. Lorsque la médecine, scientifique, testée, prouvée, ne fonctionne pas ou pas suffisamment, alors la tendance est à se diriger, le patient lui-même ou via son médecin traitant, vers ces autres médecines, en laissant à l'allopathie son rôle technique uniquement.

Le point commun des MAC est qu'elles n'ont souvent pas séparé le corps de l'esprit, et de ce fait offrent une approche plus holistique de la santé et du soin.

L2 : « *Oui ! Ça peut venir aussi sur des situations, justement on commence à parler de méditation et de choses comme ça, donc pour les troubles fonctionnels, pour l'insomnie, et compagnie. Donc...la dépendance, la toxicomanie, des choses comme ça où on essaie vraiment d'avoir besoin...où on a besoin de mettre les choses en place de manière bien globale quoi. »*

II.5. Le médecin mis à nu ou l'épreuve de la vulnérabilité

II.5.a. Des silences fertiles

Les entretiens ont laissé beaucoup de place au silence.

Des silences de réflexion, des silences d'accueil, des silences de suspension.

La spiritualité se présente comme un sujet qui laisse à penser, qui a besoin de temps, qui mûrit.

II.5.b. Le praticien en retrait

Au-delà de l'acte soignant, on retrouve du spirituel dans l'attitude du médecin.

Ne se voulant ni brutal ni intrusif devant ce sujet intime, il va laisser émerger le spirituel du patient.

Les médecins interrogés ont souvent insisté sur le fait que la spiritualité ne concernait pas tous les patients. C'est le patient qui initie l'échange spirituel, consciemment ou non, verbalement ou non.

Le rôle du médecin réside dans l'accueil de cette spiritualité, l'écoute, et le retrait. En se retirant il donne la possibilité au patient de laisser éclore sa spiritualité.

« Il s'agit de dire oui au face à face avec les questions existentielles, oui à la compassion comme métaphysique pour les soignants, mais non aux réponses apportées par les soignants eux-mêmes, car la variété de celles-ci est trop grande » (18)

L8 : « Autant je serais très ouvert à ce qu'on m'en parle spontanément, autant je serais plus réticent peut-être par peur de gêner d'aller rentrer dans cette intimité-là »

L'échange spirituel s'inscrit dans cette subtilité, cet exercice fin d'aller toucher du doigt sans brusquer, et de se retirer à temps pour laisser le patient libre et au cœur de sa propre spiritualité.

L5 : « Le médecin va s'effacer pour laisser place à l'écoute »

L7 : « Et en étant en retrait justement, ça nous permet de laisser libre cours à la personne de s'exprimer et on peut en tirer quelque chose. »

II.5.c. Des émotions enfouies

Plusieurs entretiens ont provoqué les larmes des médecins interrogés.

A l'évocation d'une histoire, personnelle, professionnelle ou les deux, les émotions ressenties à l'époque refont surface. A plusieurs reprises, l'entretien a dû être interrompu, afin de laisser l'émotion se dissiper avant de reprendre.

Les praticiens ont été surpris de ces réactions. Bien que l'émotion fût un écho d'un ressenti passé, elle surprenait celui qui la vivait comme s'il ne la soupçonnait pas et qu'il découvrait seulement ce qu'il avait ressenti.

II.5.d. Le médecin personnifié

La spiritualité renvoie aux convictions personnelles du médecin. Dans leur quotidien professionnel interviennent en filigrane leurs volontés humaines et humanistes, leurs souhaits, leurs espoirs. Les consultations seront teintées de ces croyances, de ces aspirations.

Pour certains, éviter de parler de spiritualité c'est donc éviter de se retrouver face à ses propres croyances et interrogations.

« Ce modèle (sous-entendu modèle paternaliste) a été motivé par une tentative pour le soignant d'échapper à la rencontre intersubjective, rencontre de deux individus, de deux finitudes, échanges de regards qui pourraient laisser apparaître les questions du sens de la vie face au sens de la mort ? Il vaut mieux parfois ne pas avoir le temps, détourner le regard ; il y a du bon à être pressé » (19)

L1 : « Au début je n'osais pas. J'étais un médecin, non pas rigide, mais très « tchhtchtchh » il faut être comme ça tac tac tac j'avais essayé de piocher des modèles et puis voilà. Je fonctionnais sur ces modèles. En cloisonnant ma vie privée, en cloisonnant mes convictions en cloisonnant tout ça, c'est là que vraiment j'ai décidé de fonctionner différemment et vraiment j'ai étalé les choses et je suis maintenant beaucoup plus transparent dans mes convictions »

De fait, dans ces moments de consultation, c'est leur être dans son essence qui est mis en avant.

*L8 : « Donc forcément quand on est médecin, et qu'on va à la rencontre des gens, c'est difficile de pas mettre de ce qu'on est »
« la spiritualité ça fait partie de ce qu'on est »*

II.5.e. Relations (inter)humaines, relations d'humanités

La consultation médicale est une rencontre, entre un patient et un médecin certes, mais aussi entre deux êtres porteurs chacun d'une humanité.

La spiritualité est vue comme une composante de cette rencontre, qui caractérise l'humanité de cette relation, la sortant d'un rapport de service rendu du médecin au malade, ou de la réparation d'une organicité (20). La question est posée « Le patient demande-t-il simplement que la rencontre soit celle de deux humains et non pas celle d'un prestataire avec son client ou d'un technicien avec une pile d'organes ? » (21)

L6 : « Moi mon côté spirituel je dirais pour le médecin parce que ça c'est ça ça permet de parler de l'humanité de la personne »

L4 : « Et ça c'est déjà l'activation de la spiritualité, on pourrait dire aussi. C'est une rencontre entre deux lumières. »

Par ailleurs, la rencontre avec les patients, leurs vies, leurs spiritualités, leur diversité, participe à la construction du médecin et de sa spiritualité. Elle le bouleverse, l'influence, le change.

L4 : « C'est vous dire la consultation modèle, nos patients nous imprègnent nous inspirent nous parlent ; et c'est ce questionnement aussi qui se passe avec le patient qui est important. »

La relation va plus loin qu'une relation matérielle, elle n'est pas juste un malade qui vient chercher un remède, un praticien qui signe une prescription. Elle est elle-même thérapeutique. (22)

L4 : « il se passe des choses un peu sacrées des fois, pour moi c'est de l'ordre du sacré la relation thérapeutique. »

L8 : « ouvre le champ des possibles dans la relation avec les gens »

DISCUSSION

I. Discussion de la méthode

I.1. L'étude

Un sujet original et actuel

La principale force de l'étude est son originalité et son actualité.

Les recherches sur le thème de la spiritualité en santé foisonnent dans le monde anglo-saxon, à s'en référer au nombre de publications, et leur croissance est en plein essor (1).

Ceci étant dit, peu d'études ont été réalisées en Europe (quelques-unes en Scandinavie et Allemagne), et à notre connaissance ce jour une seule thèse en France (non encore disponible publiquement) interroge les médecins généralistes en cabinet.

Il nous a semblé pertinent d'aller s'entretenir directement et en profondeur avec des médecins généralistes, a priori non experts en spiritualité, sur leur vécu et représentation de celle-ci.

I.2. La méthode

Qualitatif

La forme d'entretiens choisie nous a permis de rentrer plus en profondeur et en détails dans la compréhension du sujet, et d'émettre des hypothèses qu'il serait pertinent d'évaluer dans d'autres études.

Recrutement

Un des points faibles de notre études réside dans le recrutement des entretenus, fait sur la base du volontariat dans un cercle restreint, pouvant entraîner un biais d'opinions concordantes (par auto-sélection).

A contrario la proximité entre l'enquêteur et les entretenus a permis aisance et liberté dans le discours.

On retiendra qu'une seule femme a été interviewée, et un seul médecin avait bénéficié d'une éducation religieuse dans l'enfance.

Une plus grande exhaustivité des religions/spiritualités, complexe à établir lors d'un recrutement pourrait apporter d'autres éclairages à notre sujet. Ceci dit, une étude a émis l'idée que la caractéristique influençant l'attitude à l'égard de la spiritualité dans les soins était plus spirituelle que religieuse (23). Dans notre étude, seulement deux des médecins interrogés ont fait état de données propres à leur religion et ceci très succinctement.

En ce qui concerne la notion d'éducation religieuse, le questionnaire sous-entendait une éducation religieuse comme un fait datant de l'enfance (environnement familial, scolarité...) mais ne mettait pas en perspective l'apprentissage, l'intérêt ou l'investissement religieux venu plus tard, qui a été relevé lors de l'entretien mais non compté comme donnée caractéristique initiale.

Triangulation

Le codage individuel a été suivi d'une relecture et discussion avec le directeur de thèse.

Un des entretiens a été entièrement codé par un tiers (le directeur de thèse) et comparé au codage initial, ce qui a permis d'enrichir la grille de lecture.

La triangulation a apporté un point de vue différent sur les verbatim pour une lecture plus objective des résultats, limitant les biais d'interprétation de l'enquêteur.

II. Discussion des résultats

II.1. Principaux ressentis

Ce qui surprend le plus au regard de nos résultats est la concordance minutieuse entre le discours des médecins interrogés, considérés comme non experts en spiritualité, et les concepts retrouvés dans les écrits actuels abordant la dimension spirituelle du soin, de la médecine, et ce malgré la diversité des environnements et contextes.

C'est ce qu'on peut constater toute au long de la lecture des résultats, enrichis par les références bibliographiques que j'ai mises en note.

Il serait intéressant d'interroger l'apprentissage de ces connaissances dont une partie semble révélée par l'expérience.

Un autre élément retrouvé tout le long des entretiens relève de la résonance et des émotions.

Il n'a pas été rare que certaines questions provoquent des silences qui ont laissé place à des larmes.

Le sujet abordé faisait écho à une histoire personnelle et profonde, que l'évocation de la spiritualité faisait ressurgir, avec la reviviscence des émotions qui y étaient attachées.

Les praticiens étaient surpris du réveil de ces émotions qu'ils ne soupçonnaient pas.

On peut supposer que la parole autour de la spiritualité et de ces émotions n'avait jusqu'alors pas trouvé d'espace où être livrée et délivrée.

II.2. Définition de la spiritualité et caractéristique du spirituel

La spiritualité n'avait pas été définie en début d'entretien, et les médecins interrogés ont tous relevé les difficultés autour du mot et de son interprétation.

Cette problématique est soulevée dans la plupart des écrits abordant la spiritualité. (24,25)

Pourtant, lors des entretiens, nous parlions bien de la même chose, entre nous, et au regard des différentes définitions que l'on peut trouver du spirituel, de la spiritualité. Comme s'il existait un certain consensus autour du sens que l'on reconnaît au mot spiritualité.

Cependant, une certaine tension était palpable en ce qui concernait la religion, tension que l'on retrouve dans la plupart des enquêtes sur la spiritualité faites auprès des médecins (26). Elle était à chaque fois envisagée sous l'angle du fondamentalisme. Cela pose la question de l'intégration et de

l'acceptation de la religion comme spiritualité (libre), notamment dans la société particulière que représente la « France laïque ».

En cas de doute sur le sens du mot spiritualité, si cela provoque une certaine tension, deux possibilités s'offrent à nous :

Soit tenter de lever ce doute, en s'interrogeant et en interrogeant le patient afin de comprendre ce qui est sous-entendu, susurré, suggéré.

Soit laisser planer le doute autour de cet indéfinissable, par peur de briser la subtilité essentielle à la spiritualité, et accepter que cet imparfaitement saisissable fait partie de la spiritualité.

Des études dévoilent que les patients attendent voire souhaitent dans une certaine mesure parler de spiritualité avec leur médecin (27,28). Nous l'avons vu, le sujet est difficile à aborder pour ce dernier, et ce pour diverses raisons, telles que la peur de gêner, la problématique liée au langage et l'interprétation, la priorisation des sujets abordés en consultation, le manque de temps, l'inconfort etc.... (26,27,29)

Une expérience a été réalisée au Danemark, visant à évaluer un programme d'apprentissage de la « communication existentielle » chez les médecins généralistes, suggérant qu'une formation pour améliorer les compétences de communication autour de la spiritualité est possible (30). Ceci pourrait nous servir de base afin de proposer une expérimentation similaire aux médecins français.

En matière de sémantique, il existe un glissement entre les notions de spiritualité et psychologie, et spiritualité et philosophie, glissement que les entretenus n'ont pas fait mais existant dans la littérature. Ces questions couvrent un champ d'exploration non négligeable, qui n'était pas l'objet de cette étude.

On pourrait dire (très) brièvement, et pour tenter les opposer, que la philosophie repose sur la raison quand la spiritualité est fondée sur la croyance, et que la psychologie s'intéresse au psychisme (avec ses émotions fluctuantes et intermédiaires) quand la spiritualité s'adresse à l'esprit (l'âme, comme noyau indestructible et essentiel de l'être).

II.3. Liens entre spiritualité(s) et santé

L'OMS reconnaît la dimension spirituelle de la santé en tant qu'elle contribue au bien-être (31,32), sans l'avoir réellement intégré à la définition de la santé.

De nombreuses études se sont penchées sur la question du lien entre spiritualité et santé, et notamment de l'influence de la spiritualité sur la santé. Différents indicateurs de santé ont été évalués, comme la mortalité, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, la dépression, l'anxiété, le suicide, l'addiction etc... (5,6,8) dont les résultats mettent en avant en globalité, l'impact positif de la religion/spiritualité des patients sur leur santé.

Si le lien est pour le moment statistique mais que la causalité n'est à ce jour pas clairement élucidée, ce qu'on peut plus facilement comprendre c'est la question à laquelle s'intéresse la spiritualité, à laquelle la science ne sait pas répondre : « pourquoi ».

Le « pourquoi » des maladies, à savoir la raison de leur apparition et non l'existence de facteurs déclenchants, ainsi que leurs évolutions, garde sa part de non su, inacceptable pour l'esprit humain. « Mais tout être qui souffre cherche à découvrir le sens de sa souffrance. La maladie s'emparerait-elle de nous sans cause ? » (33)

En appelant un système de croyances et non de savoir, la spiritualité avec son questionnement et sa quête de sens serait un moyen d'apaiser les tensions provoquées par l'incompréhension. Cela entretient un sentiment d'intégrité malgré tout, de plénitude malgré la cassure que provoque la maladie. Des études ont montré que la spiritualité offre au patient un outil de plus pour faire face à la maladie. (8,34)

Pour le praticien aussi, nous avons vu que la spiritualité aide à faire face aux difficultés de son métier, tant dans son activité professionnelle, que durant les études universitaires. (35,36,37)

Voyant ces résultats, il serait intéressant de se demander si et comment ces outils pour une meilleure santé peuvent être développés par le futur praticien lors de son cursus universitaire. A notre connaissance, le programme des études de médecine en France n'intègre pas la dimension spirituelle du soin, et les cours s'y rapprochant ne sont pas obligatoires au sens du programme national (à noter que la formation initiale est en cours de remaniement).

Nous l'avons vu plus haut, la médecine est ou peut être spirituelle en tant que façon qu'on a de l'exercer.

Comment ? Bernard Honoré nous dira « Ouvrir spirituellement le soin consistera à aller à sa source et à voir comment et avec quelle énergie cette source propulse et nourrit le sens que nous lui donnons » (38). Il convient à chaque professionnel de santé de choisir cette ouverture.

Aussi, la médecine est spirituelle par essence, car l'acte soignant est un acte de sens et de liens.

En ce qui concerne la notion de guérison spirituelle, le terme a été évoqué et volontairement non explicité dans la mesure où elle soulève un débat parallèle à notre recherche, en lien avec les religions de guérison. Ces religions entretiennent des rapports conflictuels avec la médecine, les deux domaines étant fondés sur des paradigmes incompatibles notamment concernant les théories de la maladie et les théories biomédicales. (39)

II.4. La spiritualité du médecin

« Tu aimeras ton prochain comme toi-même » Lévitique 19:18

« Dieu est amour » Jean 4:8

« Laisse grandir en toi un amour sans bornes de toutes les créatures. » Buddha

La notion d'amour est universelle et semble traverser les différentes religions et spiritualités.

On peut aisément s'imaginer que l'élan altruiste qui anime le médecin soit fait d'amour, et en imprègne sa spiritualité. Notons qu'aimer et être aimé sont 2 des 4 niveaux de besoins spirituels des patients distingués par Highfield et Cason dès 1983.

Un autre parallèle est à faire concernant l'histoire de l'hôpital, des hospices en France, au sein duquel rôle religieux et soignant était initialement confondus. Un lien naturel semblait se faire entre vocation spirituelle et soignante, lien qu'on peut retrouver encore aujourd'hui chez certains soignants. (40)

A l'échelle individuelle, nous pouvons relier la spiritualité personnelle du médecin et la façon qu'il a d'exercer la médecine ou du moins d'aborder la dimension spirituelle du soin avec les patients (23,41, 42, 43). Ces influences ne sont pas généralisables ni exportables sur le modèle français telles quelles car la spiritualité, sa façon de l'aborder et le panel spirituel des patients dans sa diversité dépendent en partie du contexte culturel, propre à chaque étude réalisée, à chaque société.

En termes de spiritualité en santé, les valeurs et pratiques du médecin ont été développées et acquises tout au long de son parcours non universitaire stricto sensu, via ce qu'il a appris de manière informelle lors de son cursus, de ses expériences, de ses contacts avec les patients, de ce qu'il a vu des autres professionnels de santé. On peut parler ici de « hidden curriculum » (35), et il serait pertinent dans une étude ultérieure de questionner cette formation informelle dans le système des études médicales en France.

II.5. Ce(ux) qui s'y oppose(nt)

D'aucuns diront que « le temps on ne l'a pas, on le prend » (44)

La réalité du terrain diffère en partie et je ne souhaite pas entrer dans le débat de la répartition du temps entre les patients, entre équité, égalité etc. Ceci étant dit, c'est la façon dont nous utilisons ce temps qui nous permet de nous rendre disponible autant que le temps lui-même.

Lors d'un symposium sur le thème de la place de la spiritualité dans les soins, un des intervenants proposaient « d'expliquer le timing » (45). Si nous ne maîtrisons pas totalement les critères du dévoilement de la dimension spirituelle, car c'est au patient qu'appartient la décision de s'en saisir et qu'aucun élément a priori nous permet de le prévoir au moment où nous organisons notre travail, ce qu'il nous appartient de faire, c'est d'entendre ce que le patient dit au moment où il le dit, et si le temps ce jour-là manque, de dire que l'on a entendu et de proposer de prendre un moment que l'on consacrerait à cela.

Certains diront sans doute qu'organiser cette rencontre porte atteinte à la subtilité de la spiritualité. Les témoignages recueillis lors de cette étude montrent que la rencontre spirituelle dans le cadre du cabinet de médecine générale dépasse ces contraintes.

Concernant l'aspect déontologique ou éthique de la spiritualité partagée lors de la consultation, les divers liens faits entre la santé et la spiritualité, à l'avantage du patient, devrait nous pousser à questionner ces limites éthiques et définir un cadre permettant d'intégrer justement la spiritualité. (46)

La confrontation de la science du corps, de l'organe, de la maladie, à la médecine de la personne est un sujet abordé largement par Victor Largeur dans *Le médecin et le patient*.

Afin de répondre plus humainement à ce corps spirituel, à cet esprit incarné, il ne propose pas de renoncer à la technique mais d'apprendre à l'utiliser, à l'humaniser. Pour se faire, il évoque l'idée d'un certain lâcher prise, en rupture avec notre ancienne formation paternaliste, et de « rencontrer la personne de son patient, non avec son savoir mais avec sa faiblesse d'homme. [...] La technique n'est une gêne que dans la mesure où elle détermine, seule, l'action soignante. Elle est, par contre, lorsqu'elle est au service de l'engagement du praticien, sa meilleure expression. » (47)

En ce qui concerne la critique faite à la spiritualité en médecine, qu'elle n'est pas la priorité dans nos soins, que l'on n'y voit pas d'intérêt immédiat, qu'elle est un plus ; je pense qu'il s'agit là en partie d'une mauvaise interprétation de la hiérarchie des besoins humains tels que représentés dans la pyramide de Maslow (48). La représentation pyramidale des besoins a laissé penser qu'il fallait

nécessairement qu'un besoin basal devait être satisfait avant de satisfaire le besoin sus-jacent, or cela n'est pas ce qui avait été dit. Tous les besoins sont à satisfaire, mais leur émergence varie en fonction de la satisfaction, partielle, de l'un ou de l'autre.

En ce qui concerne la spiritualité en médecine et le besoin spirituel, cette idée a été reprise par le Dr Marianne Desmedt (s'agissant dans ce contexte des malades en fin de vie)

« En tant que soignants, vous l'avez compris, nous considérons que nous avons pour tâche de prendre en compte les besoins spirituels des malades en fin de vie. Nous considérons cela parce que nous ne pensons pas que les besoins spirituels viennent se superposer aux besoins somatiques et aux besoins psychologiques, pour venir couronner la pyramide de Maslow, mais que ces besoins viennent bien s'y mêler dans un mouvement continu, individuel, singulier, sans hiérarchie aucune. Dit de façon plus imagée, le soutien spirituel n'est pas la cerise sur le gâteau, mais bien le levain de la pâte, ce qui va donner de la consistance à nos soins et à nos traitements. Sans soutien spirituel, le contrôle des symptômes que nous essayons le plus maximal possible, et le support psychologique ou psychosocial que nous offrons, vont perdre de leur substance. Et la globalité de notre prise en charge, que nous voulons tous pour le malade, risque bien de se désagréger. » (49)

Les médecines alternatives et complémentaires offrent un accès à la spiritualité plus manifeste, par leur approche holistique, leur existence en dehors du cadre de l'évidence base médecine.

Leur utilisation est influencée par la culture et les croyances, et il me semble que leur importation dans notre médecine occidentale est motivée par plusieurs facteurs dont celui de l'accès à cette vision plus globale et plus holistique, à cette spiritualité qui semble faire défaut dans notre modèle de santé.

Des chercheurs s'intéressent au lien entre spiritualité et médecine alternative auprès des médecins (50) et des étudiants en médecine (51), révélant son existence et tentant de comprendre la vision qu'en ont les professionnels de santé.

Il s'agit là d'un autre champ d'étude qui mérite d'être interrogé, afin de comprendre ce que ces pratiques apportent, et dans l'idée de mieux les intégrer à notre médecine actuelle.

II.6. Le médecin mis à nu ou l'expérience la vulnérabilité

La spiritualité se ressent et se pense plus qu'elle ne se dit.

En ce sens, je n'ai pas été surprise par l'impact et l'importance des silences, durant lesquels l'ébullition interne était palpable sur le visage des entretenus. Certains mots et certaines pensées avaient probablement besoin de ces temps silencieux pour être réfléchis, digérés. En parallèle à ce

temps d'absorption, il y avait le temps du choix des mots, soulevant une certaine difficulté à exprimer le ressenti par la suite.

Ces silences étaient aussi le lieu de recueillement et des reviviscences de certaines émotions, inattendues eu égard de ce que les entretenus m'ont dit.

Les émotions soulèvent un double questionnement : celui de leur ressenti, et celui de leur expression.

Pour ma part, je relie ceci à l'ambiance dans laquelle nous évoluons lors de nos études de médecine, que j'appelle la culture du roc. Il faut être fort pour être médecin, et être fort cela veut dire ne pas se laisser ébranler, ne pas être touché, et de fil en aiguille, ne pas ressentir.

Il y a comme un tabou autour des émotions ; on n'aurait pas le droit de les ressentir, et quand bien même ce serait le cas, il ne faudrait absolument pas que cela se sache.

A mon sens cela participe à la difficulté du dévoilement de la spiritualité en médecine.

Fort heureusement, la parole se délie et pointe du doigt ces écueils (52), laissant espérer que la place aux émotions, à l'humanité et donc à la spiritualité sera faite en médecine.

Dans le cadre de la consultation médicale, le rôle du professionnel de santé, ici le médecin généraliste, serait de créer un espace de dévoilement de la spiritualité pour le patient, d'offrir un cadre pour l'émergence de celle-ci, sans la guider ni l'influencer (53). L'idée serait de créer cet espace pour le patient, espace de confiance, espace qui lui est destiné, dans lequel il va pouvoir dire et découvrir ce qui fait le sens de sa vie, sans jugement ni a priori. (54,55)

A mon sens, le cabinet de médecine générale est aujourd'hui un des seuls lieux où quiconque peut entrer et s'ouvrir à une écoute bienveillante, et la spiritualité de l'art médical est précisément la possibilité voire le devoir du médecin de créer cet espace pour chacun des patients.

Cet espace ainsi créé, le médecin s'en retire.

La notion de retrait du praticien, pour laisser le patient acteur et créateur à son tour, rappelle la notion de Tsimtsoum – « contraction » dans la mystique juive (56). A l'origine développé par Isaac Louria, kabbaliste juif du XVIème siècle, ce terme désigne l'idée que lors de la création, pour permettre au monde d'exister en dehors de lui, dieu s'est retiré, contracté.

La relation médecin patient est elle-même porteuse de spiritualité.

Dans la quête spirituelle, il y a la question de la considération d'autrui : qui est autrui ? qui suis-je ? qui suis-je face à autrui ? Inspiré de Levinas et de Buber, entre le Je et le Tu, il y a dans la rencontre

cette reconnaissance imposée de l'existence, de la mienne, de l'autre, et les exigences que cela impose. Dans cette relation, il y a une reconnaissance d'humanité, reconnaissance du sujet en la personne du patient, qui confère à ce dernier un pouvoir de vie.

La spiritualité est lien, connexions, avec soi, avec les autres, avec la nature, avec le supranaturel, avec le passé, le présent, le futur etc...et le sens que l'on donne à cette toile.

La relation que j'ai avec autrui, ici le patient, porte, conditionne et est conditionnée par la relation que j'ai avec les patients en général, avec la santé, avec la maladie, avec moi-même et mon rôle de médecin.

Il en est de même pour ce que le patient vit de sa relation avec moi.

Accepter et vivre la dimension spirituelle de cette relation c'est l'enrichir et l'humaniser. (47)

CONCLUSION

L'aspect le plus mis en lumière dans le témoignage des médecins interrogés n'était pas tant le lien entre spiritualité et bonne santé mais l'accueil de cette dimension du patient comme dimension profondément humaine dans la rencontre singulière entre le médecin et le patient.

Nous avons montré que la spiritualité peut être entendue comme une facette intime de soi, que le médecin tente d'intégrer à sa vision globale du patient, tout en la laissant comme une donnée non exigée parfois mystérieuse et supposée.

Le caractère principalement anatomique et technique de notre système de soins a été identifié comme un obstacle à la prise en charge de la dimension spirituelle du soin.

A ce sujet, le risque d'une médicalisation de la spiritualité existe, pointant du doigt « des normativités médicales susceptibles de l'entraver » (57). Si une médecine technique et protocolaire s'empare de la spiritualité, que restera-t-il de la singularité de cette dimension ?

Claude Rougeron, médecin généraliste et docteur en éthique médicale, nous propose la définition suivante (58) :

« Au-delà du langage, du rituel, de la religion, le spirituel est cet espace en soi secret où chacun construit le sens de sa vie, en s'interrogeant sur sa présence au monde et une transcendance possible. Le spirituel est notre identité originelle, comprenant : - une dimension immanente à la personne elle-même, elle permet la relation à l'autre en sentiments et en émotions ; - une dimension transcendante, enracinée dans l'homme, elle le relie au sacré qui l'habite. »

Forte des vécus de chacun, la consultation médicale n'est pas juste la présence de la spiritualité du patient au médecin mais la rencontre de deux identités originelles.

Reste à savoir si le médecin peut donner accès à cette dimension de son être. En effet, le corps médical lui-même véhicule parfois la représentation d'un médecin technicien, neutre et performant, archétype qui peut masquer la part humaine et humaniste du soignant, pourtant si présente dans les motivations de l'engagement à la carrière médicale.

La question de la spiritualité du médecin pose donc la question de la re-personnification de celui-ci.

« Etre soi-même » pour le médecin, au sens de convoquer sa part d'humanité dans l'échange, est-ce un risque au regard de sa responsabilité déontologique de neutralité ?

Quels échanges et quel espace pour encadrer des médecins et étudiants en santé afin de leur permettre d'être des professionnels humains et réhumanisés ? Notre vulnérabilité assumée pourrait être la clé d'une authentique ouverture à l'autre.

ANNEXES :**Annexe 1 : Questionnaire concernant les caractéristiques de la population**

Age :

Sexe : F M

Nombre d'années d'exercice (en cabinet de médecine libérale) :

Mode d'exercice : Rural Urbain

Exercice de la médecine dans d'autres structures (précisions) :

MSU : Oui Non

Formation autre que celle de la médecine générale (Licence/Master/Doctorat/DU/DIU/Formation complémentaire...), laquelle :

Avez-vous eu une éducation religieuse ?

Pratiquez-vous ou faites-vous appel à des personnes qui pratiquent une médecine non allopathique ? alternative ? complémentaire ? non conventionnelle ?

Annexe 2 : Canevas d'entretien**Approche globale de la notion de spiritualité :**

« Quand vous entendez le mot « spiritualité », vous pensez à quoi ? »

[c'est quoi pour vous la spiritualité, de manière générale ? en ce qui concerne la médecine ?]

Spiritualité dans la pratique de la médecine générale :

« Pouvez-vous me raconter une histoire/consultation/situation/patient qui fait écho à ce que l'on vient de se dire ? » / « qui touche à la spiritualité ? »

[situations propices

influence de la spiritualité sur la décision du patient

attitude du MG

modifications des pratiques du MG]

Impact personnel :

« Ressentez-vous un impact sur votre spiritualité ? »

« La rencontre avec la spiritualité des patients a-t-elle une influence sur votre propre spiritualité ? »

[illustration]

[confrontation

enrichissement]

« Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ? »

Annexe 3 : Caractéristiques de la population interrogée

Sexe	Age	Exerce depuis	Type d'exercice	Activité annexe	MSU	Formations complémentaires	Education religieuse	Médecines alternatives
M	69 ans	36 ans	rural puis urbain	Médecin co EHPAD	Non	Médecin co EHPAD	Non	Ni pratique ni recours
M	59 ans	26 ans	Urbain	Non	Non	Cancérologie, urgence, psycho-oncologie, sophrologie, MBSR, méditation, mindfulness	Non	Recours via orientation confrère
M	28 ans	2 ans	Urbain	MMG, EHPAD, médecin du monde	Oui	DU initiation médecine d'urgence, DU plaie brulure cicatrisation	Informelle	Recours via suggestion sans orientation
M	65 ans	37 ans	Urbain	EHPAD, réseau chronos, plateforme C3S	Oui	Master école centrale gestion d'établissement et réseau de soins, capa gériatrie, master éthique	Oui	Recours via orientation confrère
M	30 ans	9 mois	Urbain	Non	Oui	DU médecine hyperbare, DU méditation pleine conscience, DU pédiat, DU injection anatomie superficielle face et cou à visée esthétique	Non	Recours via orientation et se forme pour pratiquer
M	40 ans	9 ans	Urbain	EHPAD, MMG, garde résident clinique psychiatrie	Non	DIU médecine manuelle et ostéopathie	Non	Ni pratique ni recours
F	63 ans	28 ans	Urbain	Non	Non	Homéopathie anthroposophique, médecine chinoise, tai chi chuan, qi gong, hypnose médicale	Non	Pratique
M	59 ans	28 ans	Rural	Non	Non	DU échographie	Non	Ni pratique ni recours

BIBLIOGRAPHIE :

1. Koenig HG. Commentary : Why do research on spirituality and health, and what do the results?. *J Relig Health* 2012; 51(2): 460-7.
2. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. *Social Science and Medicine* 1999 ; 49 : 727-736.
3. De Hennezel M, Leloup JY. *L'art de mourir*. Paris: Pocket; 2000.
4. Jankélévitch V. *Penser la mort ?*. Paris: Liana Lévi; 2003.
5. Counted V, Possamai A, Meade T. Relational Spirituality and Quality of Life 2007 to 2017: An Integrative Research Review. *Health Qual Life Outcomes* 2018; 16(1):75.
6. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. *JAMA* 2000; 284(13): 1708-1708.
7. Koenig HG, King D, Carson VB. *Handbook of Religion and Health, Second Edition*. New York: Oxford University Press; 2012.
8. Mueller PS, Plevak DJ, Rummans TA. Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice. *Mayo Clin Proc* 2001; 76(12): 1225-35.
9. Rivier E, Hongler T, Suter C. *La spiritualité en soins palliatifs. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois*. *Courrier du médecin vaudois* 2008; 6.
10. Pujol N. *Spiritualité et oncologie: enjeux éthiques et épistémologiques d'une intégration*. 2014.
11. Beloucif S, Jobin G, Pujol N. *Quelle Place Pour La Spiritualité Dans Le Soin ?*. *Revue Esprit* 2014.
12. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. 2e Éd. Paris: Armand Colin; 2007.
13. Kaufmann JC. *L'entretien Compréhensif*. Paris: Armand Colin; 2011.
14. Honoré B. *L'esprit du soin: la dimension spirituelle des pratiques soignantes*. Paris: S. Arslan; 2011. p.9.
15. Honoré B. *L'esprit du soin: la dimension spirituelle des pratiques soignantes*. Paris: S. Arslan; 2011.
16. Honoré B. *L'esprit du soin: la dimension spirituelle des pratiques soignantes*. Paris: S. Arslan; 2011. p.16.
17. Honoré B. *L'esprit du soin: la dimension spirituelle des pratiques soignantes*. Paris: S. Arslan; 2011. p.71.
18. Besson J, Brandt PY. *Spiritualité en milieu hospitalier*. Genève: Labor et fides; 2016. p.43.
19. Besson J, Brandt PY. *Spiritualité en milieu hospitalier*. Genève: Labor et fides; 2016. p.36.

20. Honoré B. L'esprit du soin: la dimension spirituelle des pratiques soignantes. Paris: S. Arslan; 2011. p.59.
21. Besson J, Brandt PY. Spiritualité en milieu hospitalier. Genève: Labor et fides; 2016. p.40.
22. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figeon S. Efficacité thérapeutique de « l'effet médecin » en soins primaires. *Presse Med.* 2006;35:967-73.
23. Franzen AB. Influence of Physicians' Beliefs on Propensity to Include Religion/Spirituality in Patient Interactions. *J Relig Health* 2018; 57(4): 1581-97.
24. Isaac KS, Hay JL, Lubetkin EI. Incorporating Spirituality in Primary Care. *J Relig Health* 2016; 55(3): 1065–77.
25. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in General Practice: A Qualitative Evidence Synthesis. *Br J Gen Pract* 2011; 61(592):749-60.
26. Best M, Butow P, Olver I. Why Do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *J Clin Med* 2016; 5:77).
27. MacLean CD, Susi B, Phifer N, Schultz L, Bynul D, Franco M, et al. Patient Preference for Physician Discussion and Practice of Spirituality. *J Gen Intern Med* 2003; 18(1): 38–43.
28. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing Spirituality with Patients: A Rational and Ethical Approach. *Ann of Fam Med* 2004; 2(4): 356–61.
29. Lee-Poy M, Stewart M, Ryan BL, Brown JB. Asking Patients about Their Religious and Spiritual Beliefs: Cross-Sectional Study of Family Physicians. *Can Fam Physician* 2016; 62(9): 555-561.
30. Hvidt EA, Ammentorp J, Sondergaard J, Timmermann C, Hansen DG, Hvidt NC. Developing and Evaluating a Course Programme to Enhance Existential Communication with Cancer Patients in General Practice. *Scand J Prim Health Care* 2018; 36(2): 142–51.
31. OMS, Conseil exécutif, 73. Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000: la dimension spirituelle. 1983.
32. OMS, Assemblée mondiale de la Santé, 37. Dimension spirituelle de la Stratégie mondiale de la Santé pour tous d'ici l'an 2000. 1984.
33. Zweig. Sigmund Freud : La guérison par l'esprit. Paris: Le Livre de Poche; 2013.
34. Brodziak A, Brewczyński PZ. How to Cope with the Deficit of Meaning: The Crucial Issue for Integration of Spirituality into Patient Care. *Pol Arch Med Wewn* 2014; 124(3): 140-42.
35. Balboni MJ, Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, Amobi A, Cahill J, et al. Religion, Spirituality, and the Hidden Curriculum: Medical Student and Faculty Reflections. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50(4): 507–15.

36. Salmoirago-Blotcher E, Fitchett G, Leung K, Volturo G, Boudreaux E, Crawford S, et al. An Exploration of the Role of Religion/Spirituality in the Promotion of Physicians' Wellbeing in Emergency Medicine. *Preventive Medicine Reports* 2016; 3: 189-95.
37. Ray C, Wyatt TR. Religion and Spirituality as a Cultural Asset in Medical Students. *J Relig Health* 2018; 57(3): 1062-73.
38. Honoré B. *L'esprit du soin: la dimension spirituelle des pratiques soignantes*. Paris: S. Arslan; 2011. p.13.
39. Dericquebourg R. *Les Religions de Guérison.Perspectives Sur Une Recherche*. *Religiologiques, Religiologiques* 1998; 18: 113-31.
40. Yoon JD, Shin JH, Nian AL, Curlin FA. Religion, Sense of Calling, and the Practice of Medicine: Findings from a National Survey of Primary Care Physicians and Psychiatrists. *South Med J* 2015; 108(3): 189-95.
41. Voltmer E, Bussing A, Koenig H, Al Zaben F. Religiosity/Spirituality of German Doctors in Private Practice and Likelihood of Addressing R/S Issues with Patients. *J Relig Health* 2014; 53(6): 1741–52.
42. Ramakrishnan P, Karimah A, Kuntaman K, Shukla A, Ansari BK, Rao PH, et al. Religious/Spiritual Characteristics of Indian and Indonesian Physicians and Their Acceptance of Spirituality in Health Care: A Cross-Cultural Comparison. *J Relig Health* 2015; 54(2): 649-63.
43. Van Randwijk CB, Opsahl T, Hvidt EA, Korup AK, Bjerrum L, Thomsen KF, et al. Characteristics of Religious and Spiritual Beliefs of Danish Physicians: And Likelihood of Addressing Religious and Spiritual Issues with Patients. *J Relig Health* 2018; 58(1): 333-42.
44. Trèves L. Professeur agrégé d'anglais, et ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure de Lyon en Langue, civilisation et littérature anglaises.
45. CHC. *Quelle Place Pour La Spiritualité Dans Les Soins?*. Symposium Liège 2009.p8.
46. Winslow GR, Wehtje-Winslow BJ. Ethical Boundaries of Spiritual Care. *Med J Aus* 2007 ; 186(10): 63.
47. Larger V. *Le médecin et le patient. Ethique d'une relation*. Paris: L'Harmattan; 2012.
48. Maslow AH. *Motivation and Personality*. New-York: Harper; 1954.
49. CHC. *Quelle Place Pour La Spiritualité Dans Les Soins?*. Symposium Liège 2009.p.10.
50. Koss-Chioino JD, Soto Espinosa J. Doctors Who Integrate Spirituality and CAM in the Clinic: The Puerto Rican Case. *J Relig Health* 2017; 56(1): 149-57.
51. Rassoulian A, Seidman, Löffler-Stastka H. Transcendence, Religion and Spirituality in Medicine: Medical Students' Point of View. *Medicine* 2016. *Medicine*; 95(38).
52. Auslender V. *Omerta à l'hôpital: Le livre noir des maltraitances faites aux étudiants en santé*. Paris: Michalon; 2017.
53. CHC. *Quelle Place Pour La Spiritualité Dans Les Soins?*. Symposium Liège 2009.p.9.

54. Cerceo E. The Spaces in Between. CMAJ 2017; 189(24): 838–39.
55. Best M, Butow P, Olver I. Creating a Safe Space: A Qualitative Inquiry into the Way Doctors Discuss Spirituality. Palliat Support Care 2016; 14(5): 519–31.
56. Ouaknin MA. Tsimitsoum : Introduction à la méditation hébraïque. Paris : Poche ; 1992.
57. Pujol N. Des limites du monde des soins pour penser la question spirituelle. Colloque La dimension spirituelle dans le soin : pluralité de regards et de pratiques 2014.
58. Rougeron C. La dimension spirituelle dans le soin. Résumé du cours du 1er mars 2001 par J.-J. Bezelgues, cité par Honoré B. L'esprit du soin: la dimension spirituelle des pratiques soignantes. Paris: S. Arslan; 2011

RESUME :

La spiritualité dans les soins est un sujet de recherche émergent. Des travaux récents redéfinissent les objectifs que la médecine se fixe et bousculent les barrières du rôle du médecin. Comment le médecin accueille-t-il cette dimension spirituelle ? L'objectif de cette étude était d'explorer la représentation et le vécu de la spiritualité en médecine par les médecins généralistes en cabinet.

Une étude qualitative a été menée par entretiens semi directifs longs : huit généralistes des Alpes-Maritimes ont été interrogés.

Evidente et subtile, la spiritualité était perçue par les médecins comme une composante humaine à la fois universelle et intime. Son lien avec la santé se faisait en tant qu'elle est une ressource face aux épreuves de la maladie pour le patient, face aux difficultés du métier pour le professionnel. Riches de leurs parcours spirituels personnels dans lequel nous avons identifié un certain rapport à la transcendance, les médecins témoignaient être disposés à créer un espace pour accueillir la spiritualité du patient. Les freins au dévoilement de la spiritualité étaient pour la plupart des conséquences de l'avènement de la médecine technico-scientifique aux dépens d'une vision holistique du malade. Aborder la spiritualité nécessitait de la part du médecin qu'il se dévête symboliquement de la blouse qui le détermine pour entrer dans une relation d'humanités réciproques avec le patient.

La question de la spiritualité rejoint la question de la re-personnification du médecin, et de la place de ses émotions et de son être au monde dans un système qui voudrait de lui performance et neutralité. Cela nous interroge sur la manière d'encadrer la vulnérabilité inhérente à l'être humain, même soignant, pour en faire un atout relationnel dans le système de soin.

Mots-Clés : spiritualité / médecine / médecine générale / médecins généralistes / santé holistique / relations médecin-patient

SUMMARY :

Spirituality is an current field of research in health. Such a recent advent of spirituality gives a new definition of what is medicine and what is the physician's role. How does the physician welcome the spiritual dimension of health ? The purpose of this study was to explore the representation and the real-life experience of spirituality in medicine by the general practitioners in clinics.

For this qualitative study, long semi-structured interviews have been realized : eight general practitioners in the area of Alpes-Maritimes (France) have been interviewed.

Both an obvious and subtle subject, physicians saw spirituality as both a universal and an intimate part of human beings. It was connected to health as a resource to cope with illness for the patient, with job challenges for the healthcare professional. Empowered by his own spiritual history and inspired by his connexion to the transcendent, the physician felt able to create a space to welcome patients' spirituality. The limits of considering spirituality were mostly the consequences of our current technical and scientific medicine, at the expense of a more holistic vision of the patient. Therefore, addressing spirituality required for the physician to leave out his uniform to enter into a mutual and a humane relationship with the patient.

The issue of spirituality is related to the question of the doctor's inner self and own intimacy, and asks how to deal with his emotions in a system where performance and neutrality are demanded. It challenges us to wonder how we should supervise vulnerability as an inherent human characteristic, even for healthcare professional, to make it an asset in our healthcare system.

Keywords : spirituality / medicine / general practice / general practitioners / holistic health / physician-patient relations