



HAL
open science

Place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient : étude épidémiologique transversale auprès de 461 médecins généralistes en région Auvergne-Rhône Alpes

Anselme Hahling

► To cite this version:

Anselme Hahling. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient : étude épidémiologique transversale auprès de 461 médecins généralistes en région Auvergne-Rhône Alpes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02319185

HAL Id: dumas-02319185

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02319185>

Submitted on 17 Oct 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.



AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

Année : 2019

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS
SPIRITUELS DU PATIENT :

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE TRANSVERSALE AUPRES DE 461 MEDECINS
GENERALISTES EN REGION AUVERGNE-RHONE ALPES

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Anselme HAHLING

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE
GRENOBLE

Le : 11/10/2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Thomas DECAENS - PU-PH (UGA)

Membres :

M. le Professeur Yves ZERBIB - PU-MG (Lyon 1)

M. le Docteur Yoann GABOREAU - MCU-MG (UGA)

M. le Dr Vincent REBEILLE BORGELLA - MG (Lyon) (*Directeur de thèse*)

M. Louis SCHWEITZER, enseignant de théologie et d'éthique (FLTE-Vaux-sur-Seine), et ancien membre du Comité Consultatif National d'Éthique (*Membre invité au jury*)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs

Doyen de la Faculté : **Pr. Patrice MORAND**

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIE TERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophtalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers

MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers

PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale

MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A Mr le Professeur Thomas Decaens, vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie de votre intérêt et de votre confiance qui m'ont encouragé et rassuré.

A Mr le Professeur Yves Zerbib, je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de faire partie des membres de ce jury. Votre intérêt pour le sujet et votre enthousiasme malgré la distance et la difficulté du sujet m'ont encouragé.

A Mr le Docteur Yoann Gaboreau, merci d'avoir été patient à mon égard. Je vous suis reconnaissant pour votre aide lors des ateliers à la Faculté tout au long de mon cursus et particulièrement dans la préparation de cette thèse. Vos conseils m'ont été précieux.

A Mr le Docteur Vincent Rebeille-Borgella, je te suis infiniment reconnaissant d'avoir osé accepter de m'accompagner dans ce travail fastidieux et risqué, merci d'avoir accepté d'être Directeur de cette thèse. Il est très agréable de travailler sous ta direction.

A Mr le Docteur Matthieu Cretinon, ta disponibilité, tes retours nombreux et pertinents m'ont été d'une précieuse aide. Merci pour la confiance et le temps que tu m'as accordé.

A Mr Louis Schweitzer, votre soutien me fait un honneur.

A vous tous les médecins généralistes en Région Auvergne-Rhône-Alpes ayant accepté de participer à cette étude en m'accordant de votre précieux temps. Merci de l'authenticité dans vos réponses. J'espère en avoir été fidèle au travers de cette rédaction.

A Madame le Professeur Frédérique Letué, Mr le Professeur Luc Bosson, Mr le Docteur Arnaud Seigneurin, et Mr le Docteur Aurélien Kamendjé, vos conseils statistiques m'ont été d'une très grande utilité. Merci de vous être rendus disponibles pour répondre à mes nombreuses questions de méthodologie.

A ma famille : à mon père Christophe et ma sœur Raphaëla, merci pour vos retours et votre travail de relecture si précieux et important. Merci de votre patience malgré les nombreuses *coquilles orthographiques récidivistes*.

A grand papa Jean, pour ton soutien, ton intérêt, ton enthousiasme éternel et tes prières.

A Myriam, mon épouse, ta présence à mes côtés au quotidien est une source d'encouragement et d'inspiration. Ta confiance dans tous mes projets, et en particulier dans cette thèse, a été au rendez-vous.

A mes amis musiciens et artistes : Floriane, Typhaine, Quentin, Chyc Polhit, Augustin, Vianney ; les nombreux spectacles avec les *Trombinoznotes* ont été un ressourcement plus d'une fois. La qualité de notre amitié et la beauté de nos projets m'ont apporté la joie et l'inspiration au retour de nos tournées quand il a fallu replonger dans ce travail de thèse.

A mes maîtres de stages : Dr Golosetti, Dr Verdet, Dr Ribakowsky, Dr Masse Navette, Dr Pujade, Dr Baillet-Papin, Dr Genin, de m'avoir fait aimer ce métier de médecin généraliste !

A Léa K, merci pour ta précieuse aide dans la traduction.

A mes amis (ex)internes : Anne B, Hélène P, Amandine M, Vincent, Marie R, Jibus L, Olivier H, et tous les autres.

A tous mes amis, pour votre soutien, vos encouragements, de m'avoir supporté, écouté, compris, motivé : Stephanie, Anne So M, Lucas M, Thierry M, Etienne P, Jérémie N, Nello C, Luc B, Guillaume B, Claire L, et tant d'autres.

Au plus grand Médecins, toi qui sais mieux que quiconque soigner corps, esprit et âme.

TABLE DES MATIERES

DIPLOME D'ETAT	1
REMERCIEMENTS	6
ABREVIATIONS	9
RESUME	10
ABSTRACT	11
ARTICLE	12
INTRODUCTION.....	12
MATERIEL ET METHODE.....	15
RESULTATS.....	18
DISCUSSION.....	23
CONCLUSION.....	30
CONCLUSION SIGNEE	32
BIBLIOGRAPHIE	33
FIGURES ET TABLEAUX	38
Figure 1 : Diagramme de flux et protocole.....	38
Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population de l'étude.....	39
Tableau 2: Caractéristiques professionnelles et personnelles de la population de l'étude.....	40
Tableau 3 et Figure 2 : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient.....	41
Tableau 4 : Facteurs influençant la place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels : analyses bivariées et multivariées.....	42
Tableau 5 : Etat des connaissances et compréhension des notions.....	44
Tableau 6 : Place et considération des besoins spirituels dans le soin.....	45
Tableau 7 : Modalités de prise en charge des besoins spirituels.....	46
Tableau 8 : Enjeux et difficultés de la prise en charge des besoins spirituels.....	47
Tableau 9 : Influence de la spiritualité du médecin généraliste sur sa prise en charge des besoins spirituels.....	48
Tableau 10 : Profil du médecin généraliste sensibilisé.....	50
ANNEXES	52
Annexes 1 et 2 : Fiches synthèses 1 et 2 : Les besoins spirituels et leurs prise en charge.....	52
Annexe 3 : Conférence de consensus de Pasadena (2009).....	54
Annexe 4 : Classification des échelles de spiritualité selon Monod (2011).....	55
Annexe 5 : Echelle de bien être spirituel : WHOQOL-SRPB (OMS).....	56
Annexe 6 : Echelle de bien être spirituel : FACIT -sp-12.....	57
Annexe 7 : Echelle des besoins spirituels : SpNQ.....	58

Annexe 8 : Point sur la laïcité et son application en France	59
Annexe 9 : Fiche d'information aux participants et mail d'invitation	61
Annexe 10 : Questionnaire (version <i>Lim Survey</i> ®)	65
Annexe 11 : Boîte à outils inspirée du guide des soins palliatifs (Suisse - 2008)	68
SERMENT D'HIPPOCRATE	69
QUATRIEME DE COUVERTURE (résumés)	70

ABREVIATIONS

Art. : Article

AuRA : Région Auvergne-Rhône Alpes-France

BS : Besoins Spirituels

CDOM : Conseil(s) Départemental de l'Ordre des Médecins

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de la Santé Publique

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DU : Diplôme Universitaire

IC : Intervalle de Confiance

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odd Ratio

p : *p value*

PEC : Prise En Charge

UGA : Université Grenoble Alpes

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

WONCA : World Organization of Family Doctors = Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien ou conflit d'intérêt relatif au sujet traité qui compromettrait l'intégrité des résultats.

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS SPIRITUELS DU PATIENT :

ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE TRANSVERSALE AUPRES DE 461 MEDECINS GENERALISTES EN REGION AUVERGNE-RHONE ALPES

RÉSUMÉ :

Contexte

La dimension spirituelle fait partie de la définition de la santé et impacte la qualité de vie, le bien-être physique, psychologique, et sociale du patient. La prise en compte des besoins spirituels du patient fait partie des missions du médecin généraliste et nécessite d'être étudiée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient.

Méthode

Une étude descriptive transversale par auto-questionnaire a été réalisée en 2019 auprès de médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes en France.

Résultats

Parmi les 5192 médecins contactés, 461 réponses complètes ont été analysées (taux de réponse 8,9 %). Un tiers des médecins estimaient qu'ils n'avaient pas de place dans cette prise en charge (33%) ; un tiers estimaient leur place importante (36%) ; et un tiers avaient exprimé le besoin de clarifier leur place (31%). Les facteurs influençant leurs postures étaient principalement leur confrontation au sujet (>4 fois/mois - OR 3,25 [1,36-7,76] ; $p=0,008$) et l'importance donnée à la spiritualité dans le processus de guérison (OR 2,59 [1,15-5,84] ; $p=0,022$). La spiritualité du médecin et son degré de connaissance au sujet des besoins spirituels influençaient aussi sa posture et sa prise en charge.

Conclusion

Ces résultats encouragent le développement d'outils et de formations pour les médecins généralistes au sujet de la prise en charge des besoins spirituels. Cela permettrait d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin d'appréhender le soin de premier recours en respectant les singularités spirituelles du patient et s'inscrivant dans un modèle bio psycho social et spirituel.

MOTS CLÉS : spiritualité, besoins spirituels, soins holistiques, soins spirituels, médecin généraliste

FILIÈRE : médecine générale

THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE PATIENT'S SPIRITUAL CARE :
TRANSVERSAL DESCRIPTIVE STUDY AMONG 461 GENERAL PRACTITIONERS
FROM THE AUVERGNE-RHONE ALPES REGION IN FRANCE

ABSTRACT :

Background

The spiritual dimension is included in the very definition of health and greatly impacts the patient's quality of life as well as their physical, psychological and social well-being. Taking into account the patient's spiritual needs is part of the general practitioner's missions and needs to be studied. The goal of this study was to assess the general practitioner's perception of their role in the patient's spiritual care.

Methods

In 2019, a transversal descriptive study by self-administered questionnaire was conducted among general practitioner's from the Auvergne Rhône-Alpes region in France.

Results

Among the 5,192 general practitioner's contacted, 461 complete responses were analyzed (8,9% response rate). One third of the doctors considered they have no role in this spiritual care (33%) ; one third considered their role important (36%) ; and one third expressed their need to clarify their role (31%). Their postures were mainly influenced by their confrontation to the subject (>4 times/month ; Odd Ratio (OR) 3,25 [1,36-7,76] ; $p=0,008$) and the importance given to spirituality in the healing process (OR 2,59 [1,15-5,84] ; $p=0,022$). The doctor's spirituality and their own knowledge regarding the spiritual needs also impacted their posture and decisions.

Conclusion

These results should prompt the development of tools and trainings aimed at general practitioners about how to care for their patients' spiritual needs. They could then see their knowledge and skills improve and feel more comfortable in handling primary care in the respect of the patient's spiritual singularities and within a bio-psychological and spiritual model.

KEYWORDS : Spirituality, spiritual needs, holistic health , spiritual care, General practitioners, general practice physicians, family physician

INTRODUCTION

Les Besoins spirituels

La spiritualité est un concept récent dans la littérature scientifique. Depuis les années 2000, les recherches sur la relation entre la médecine et la spiritualité ou la religion se sont considérablement accrues. Cette augmentation de l'attention pour la spiritualité et la religion est due à la reconnaissance de l'importance de ces concepts dans la prise en charge des patients (1) (2). La dimension spirituelle fait partie de la définition de la santé, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (3) et la charte de Bangkok : « Le concept positif et complet de la santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain sans discrimination, il est un déterminant de la qualité de vie, et recouvre également le bien être mental et *spirituel*. » (4)

La spiritualité est une notion plus large que la religion, et ne l'implique pas forcément : elle est possible sans elle (5). Ce point de vue est largement documenté par les philosophes, les anthropologues (6), l'OMS (3), les chercheurs (7) et les patients (8).

Elle inclue :

- les questionnements et réflexions existentiels : le sens et le but de la vie, l'identité, la souffrance, la liberté, l'amour ;
- les notions de transcendance, les considérations religieuses et leurs fondements (foi, croyances et pratiques, la relation avec Dieu ou l'ultime) ;
- les considérations et attitudes fondées sur les valeurs : relation à soi, la famille, les amis, le travail, la nature, l'art et la culture, l'éthique, la morale et la vie elle-même.

En prenant en compte ce qu'en disent les patients (8) (9), ainsi que les échelles de mesures existantes (3) (10) (11) (12) (13) (14) , il est possible d'établir les éléments de définitions des besoins spirituels (*Fiche synthèse 1 - Annexe 1*).

Une approche holistique du soin

La non prise en compte de ces besoins spirituels (BS) peut se manifester par une souffrance (15). Elle s'intègre à la notion de souffrance globale, comme le soulignait déjà Cicely Sanders et Mary Barnes – pionnières des soins palliatifs en Grande Bretagne (16).

Cette souffrance peut s'exprimer et se traduire par (17) : une désorientation face à la maladie ; une perte du sens et du but de la vie ; une perte ou un questionnement des valeurs ; une perte de transcendance (croyances profondes) ; une perte d'identité ; une perte de confiance ; une culpabilité . La prise en compte de cette souffrance spirituelle devrait être considérée avec la même attention que la prise en charge (PEC) de la douleur. Elle devrait être considérée comme

l'un des signes vitaux du patient et traitée avec la même urgence. Etant au cœur de la santé à toutes les étapes de la vie (18), elle devrait être systématiquement examinée et évaluée (19) (20).

De nombreux outils d'évaluation de la spiritualité des patients et de son impact sur la santé (11) ont permis d'établir son rôle positif sur la qualité de vie, le bien-être physique, psychologique, et social du patient (21) (22). (*Annexes 4 à 7*)

Des études ont montré un impact positif de la prise en compte de la spiritualité dans la prévention et l'adaptation des maladies mentales (23) (24). La spiritualité renforcerait les capacités d'adaptation et comportements positifs pour faire face à une difficulté ou maladie (« coping »). Elle serait corrélée à une morbidité (25) et une mortalité plus basse (26). L'évaluation spirituelle serait une aide pour identifier les critères favorisant l'observance à un traitement et promouvoir l'adhésion à ce traitement (27) (28).

La prise en compte des besoins spirituels du patient est un facteur important dans une approche holistique du soin (29) (30) et s'inscrit dans le modèle biopsychosocial et spirituel du soin. Elle fait partie intégrante des soins de santé (18). Elle nécessite une considération globale du patient et de son entourage (31).

A partir de ces éléments et des multiples recommandations des sociétés savantes (15) (17) (18) (32), les enjeux et les champs d'actions de la prise en charge de ces BS peuvent être résumés. (*fiche synthèse 2 – Annexe 1*)

Les acteurs de la prise en charge : le rôle du médecin généraliste

Cette PEC se baserait essentiellement sur les relations humaines (18). Elle ne dépendrait pas du statut du soignant (33). Elle ne devrait pas être réservée à des « spécialistes » et devrait être abordée de façon interdisciplinaire (17) (32). Les soignants seraient appelés à être des « facilitateurs » de l'expression des besoins spirituels, en pratiquant par exemple des temps d'*anamnèse* de la spiritualité du patient. En plus des professionnels de santé, les membres d'associations de bénévoles et les aidants pourraient également être sollicités (15).

L'influence de la spiritualité a été particulièrement étudiée dans des populations souffrant de maladies chroniques graves (VIH, cancer, épilepsie, douloureux chroniques), de troubles anxiodépressifs et autres maladies mentales (34), de dépendance (alcool), de situations sociales difficiles (milieu carcéral (21)), de situations palliatives, et de situations de fin de vie. La majorité des études ont été menées en milieu hospitalier et à l'étranger. Il s'agit d'un sujet peu abordé en soins primaires et peu abordé en France. La particularité française de la laïcité, son histoire, sa compréhension et son application en secteur libéral en font un sujet délicat et parfois

inconfortable. La non-discrimination et l'égalité d'accès aux soins pour tout patient est un des éléments clefs du code de la santé publique (CSP, Art.R4127-7 (35)). Cette obligation interroge sur la façon d'articuler le soin en considérant la spiritualité du patient et ses convictions personnelles. A ce sujet, le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) rappelle dans un article que la laïcité « est l'un des piliers incontournables d'une médecine de qualité au service de tous. » (36) (*Annexe 8*)

Le médecin généraliste (MG) a une place privilégiée dans le soin, par le fait qu'il porte la vision globale de son patient, et que sa relation s'inscrit dans la durée. Il porte le rôle de coordinateur des soins. C'est dans cette relation de confiance privilégiée, qu'il instaure avec son patient, que s'intégrerait la considération des BS de celui-ci.

Selon l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (WONCA), la considération de la dimension existentielle du patient fait partie des missions du médecin généraliste (37). Elle déclare à ce propos que « les interventions qui ne s'attaquent pas à la racine du problème causent beaucoup d'insatisfaction au patient ».

Une revue de la littérature étrangère interrogeant les médecins généralistes a révélé que « de nombreux médecins se considèrent comme des défenseurs du bien-être spirituel des patients, mais manquent de connaissances et de compétences spécifiques pour effectuer une évaluation spirituelle et apporter des soins spirituels » (38). Plusieurs études concluent sur la nécessité d'améliorer la PEC des BS (29) (39), de clarifier le rôle du médecin généraliste (38) (40), de développer et d'évaluer des interventions en soins primaires (41) (42) (43).

Ainsi, dans le cadre de sa mission de soin holistique, de son rôle de coordinateur des soins, et de la relation privilégiée qu'il construit auprès de ses patients, la place du MG dans la PEC des BS nécessite d'être étudiée et évaluée. Nous avons donc proposé une étude permettant d'étudier la place des MG dans cette PEC ; les éléments de cette PEC et la façon dont cette dimension du soin s'articule avec la notion de laïcité française.

Objectifs de l'étude

Objectif principal :

- Evaluer la perception de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient, sur un échantillon de médecins généralistes exerçant en région Auvergne Rhône-Alpes (AuRA - France).

Objectifs secondaires :

- Evaluer les facteurs influençant leur posture.
- évaluer l'état des connaissances et la perception des médecins généralistes au sujet des notions de spiritualité, besoins spirituels et souffrance spirituelle.
- évaluer la place des besoins spirituels dans le soin en médecine générale.
- évaluer les éléments constituant de la prise en charge des besoins spirituels.
- évaluer les enjeux et difficultés de cette prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

Type d'étude et population

Une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale a été réalisée. Il s'agissait d'une enquête déclarative par auto questionnaire auprès des MG de la région Auvergne Rhône-Alpes (AuRA) en France.

Critères d'inclusions

Les sujets inclus devaient être des médecins généralistes exerçant dans la région Auvergne Rhône-Alpes. Ils pouvaient exercer une activité salariée, libérale, ou de remplacements.

Les médecins d'une autre spécialité étaient exclus (autre que DES de médecine générale ou équivalent).

Recueil de données

Un questionnaire anonyme et progressif leur a été envoyé par mail, via un lien *URL*, à partir de la liste des médecins libéraux de l'Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux (URPS) de la région AuRA. Une relance a été faite à 3 semaines après le premier renvoi, en utilisant les listes de médecins généralistes des conseils de l'ordre de Haute Savoie et d'Ardèche, ainsi que les médecins généralistes du bassin chambérien.

Les mails d'invitations et de relances contenaient un court texte explicatif, le lien *URL* vers le questionnaire anonyme et sécurisé en ligne, et une *fiche d'informations aux participants* contenant toutes les données relatives à l'étude et à la sécurité des données. (*Annexe 9*)

Questionnaire

La durée de mise en ligne du questionnaire a été de 2 mois : du 5 février au 4 avril 2019.

Le questionnaire a été réalisé à partir des données de la littérature sur le sujet. Il était composé essentiellement de questions à choix multiples en veillant à laisser un espace d'expression (réponses « *autres* », « *commentaires libres* »). Il a été testé au préalable auprès de 15 confrères MG afin d'en améliorer sa pertinence et sa compréhension.

Il a été mis en ligne en utilisant un serveur sécurisé auprès de l'Université Grenoble Alpes (UGA) avec le logiciel *LimeSurvey*®. Il a été conçu de manière progressive au vu de la sensibilité et de la complexité du sujet. Il était constitué de 4 parties, réparties sur 7 pages avec 33 questions au total (*Annexe 10*) :

- **Première partie** (1 page) : identifier les caractéristiques socio démographiques de la population de l'étude (profil des MG répondants).
- **Deuxième partie** (2 pages) : évaluer le degré de connaissances (définitions, perceptions). Aborder progressivement le sujet.
- **Troisième partie** (3 pages) : évaluer le critère de jugement principal : la place du MG dans la PEC des BS.
- **Quatrième partie** (1 page) : éléments de PEC, enjeux et difficultés.

Critères de jugements

Le critère de jugement principal était la réponse à la question *E1* : la place du MG dans la PEC des BS. Il a été défini selon les éléments de la littérature actuelle : place primordiale, importante, limitée, aucune. La classe « à clarifier » a été ajoutée (43).

Les critères de jugements secondaires étaient : les réponses aux autres questions (éléments de définitions, éléments de PEC, enjeux et difficultés de PEC).

Les termes « spiritualité », « besoins spirituels » et « souffrance spirituelle » n'ont volontairement pas été définis en début de questionnaire afin de ne pas influencer la perception initiale qu'en avaient les médecins. En effet, un des objectifs de l'étude était d'évaluer la perception qu'avaient les MG de ces notions et de leur prise en charge. De plus, il n'existe pas de consensus des sociétés savantes sur une définition exacte de chacune de ces notions.

Analyses statistiques

Le calcul du nombre de sujets nécessaire n'était pas utile car un maximum de réponses possibles était souhaité.

Seules les réponses complètes jusqu'à la 5^{ème} page du questionnaire au moins (critère de jugement principal) ont été incluses, ce qui correspond à au moins 70 % du questionnaire.

Les réponses aux variables quantitatives discrètes (âge, nombre de visites, nombres de situations soins palliatifs/spiritualité) ont été rangées par classes selon leur pertinence respective. Elles étaient décrites en utilisant la moyenne et l'écart type, ou la médiane et l'intervalle interquartile.

Les réponses aux variables qualitatives avec échelle de Lickert ont été utilisées pour former de nouvelles classes en fonction de leur pertinence respective. Elles étaient décrites avec la fréquence et le pourcentage (variables catégorielles).

Les réponses « autres formations » ont été utilisées pour former de nouvelles variables en fonction du nombre d'occurrence. Ainsi a été constituée la variable : *formations complémentaires avec approche globale*.

Les effectifs cumulés corrigés ont été calculés en regroupant les variables dans une seule classe :

- Place importante ou primordiale : place importante **et/ou** place primordiale.
- Place limitée ou pas de place : place limité **et/ou** pas de place.
- Place à clarifier : à clarifier **et/ou** autre **et/ou** pas de réponse **et/ou** réponses incohérentes (ayant répondu à la fois : place importante ou primordiale ET limité ou pas de place).

Les effectifs cumulés simplifiés ont été utilisés pour réaliser les analyses multivariées. La réponse apparaissant en premier a été utilisée afin de constituer une variable binaire.

- 0- place limitée ou aucune place dans la PEC (utilisée comme valeur référence)
- 1- place importante ou primordiale

Les MG ayant répondu seulement que leur place était « à clarifier » ont été exclus des analyses multivariées.

Les analyses bivariées ont été effectuées par régression logistique pour chaque variable : calcul khi2, Odd Ratio (OR), intervalle de confiance (IC) et significativité *p-value*.

Une analyse multivariée a été effectuée par régression logistique simple, en intégrant les variables qui s'étaient révélées statistiquement significatives en analyse bivariée.

Les caractéristiques socio démographiques de l'échantillon ont été comparées au rapport régionale de démographie médicale des médecins généralistes en AuRA (atlas de démographie médicale avril 2018- URPS(44)) en utilisant le test du *t-student* pour les variables quantitatives

discrètes ; et en utilisant le test paramétrique d'ajustement multinomial pour les variables qualitatives (comparaison de proportions).

Le seuil de significativité était fixé à 0,05 (*p value*).

Le temps médian et moyen de réponse au questionnaire a été calculé à partir des données fournies par le logiciel de recueil de données.

Les tableaux et graphiques ont été réalisés sous *Excel*®, avec le logiciel *XLStat*®.

Aspects médico légaux

Aucune adresse mail des participants n'a été communiquée à l'équipe de recherche, exceptées celles des participants qui exprimaient leur souhait de recevoir les résultats de l'étude, par un mail séparé et volontaire à l'équipe de recherche, à la fin du questionnaire.

Toutes les données collectées sont restées confidentielles. Chaque MG était représenté par un identifiant anonyme unique. Le consentement tacite était présumé pour les médecins qui acceptaient de participer. Les données indirectement identifiantes (données socio-démographiques) ont été séparées des autres données de l'enquête dans 2 fichiers distincts, stockés en 2 endroits différents.

Une convention a été signée avec l'URPS AuRA : elle comprenait l'envoi du mail d'invitation à l'ensemble des médecins généralistes de la région Auvergne Rhône Alpes dont elle possédait une adresse mail, et l'obligation de mentionner la participation de l'URPS dans l'étude. Une déclaration CNIL (Commission Nationale de l'Information et des Libertés) a été déposée auprès du Correspondant Informatique et Liberté de l'université Grenoble Alpes (UGA).

RESULTATS

Population de l'étude

Diagramme de flux (Figure 1)

Parmi les 5192 médecins généralistes contactés en région AuRA, 642 réponses ont été reçues : 166 étaient incomplètes et 15 n'étaient pas des généralistes (critère d'exclusion). Au total : 461 réponses complètes ont pu être intégrées dans l'analyse statistique, soit un taux de réponse complète de 8,9 %. Les répondants avaient mis en moyenne 15 minutes pour répondre au questionnaire. Parmi eux, 65 (14,1%) avaient exprimé leur souhait de recevoir les résultats de

l'étude par mail séparé ; et 38 (8,2%) avaient exprimé des commentaires libres en fin de questionnaire.

Caractéristiques socio démographiques de la population (Tableaux 1 et 2)

Les caractéristiques socio démographiques et professionnelles des répondants ont été décrites dans le *tableau 1* et le *tableau 2*. Cet échantillon n'était pas représentatif de la population de MG en AuRA, mise à part concernant la répartition du mode d'exercice (libéral/salarié ; $p=0,706$) et le nombre de visites à domicile (moyenne 5,1/semaines ; IC [4,5-5,8] ; $p=0,169$).

Concernant leurs formations et leurs pratiques : 24,5% avaient une formation complémentaire, dont 17,4 % une formation complémentaire avec approche globale (soins palliatifs, gériatrie, douleur, psychologie, homéopathie, phytothérapie, acupuncture).

Concernant leurs pratiques : 16,9% étaient souvent ou très souvent confrontés à des situations de soins palliatifs et 41,4% rarement ou jamais ; avec une moyenne de 1,2 situation par mois.

Concernant la spiritualité des médecins : 20% n'avaient aucune spiritualité, 40% avaient une spiritualité indépendante des structures religieuses, 17% appartenaient à une religion sans pratiquer, et 23% étaient religieux pratiquants.

Place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient

Posture du médecin généraliste : analyse univariée (Tableau 3 et Figure 2)

Parmi les 461 MG interrogés, 153 (33,1%) estimaient qu'ils n'avaient pas de place dans cette PEC ou que leur place était limitée ; 167 (36,2%) estimaient que leur place était importante ou primordiale, et 141 (30,6%) avaient exprimé le besoin de clarifier leur place.

Facteurs influençant la posture du MG : analyses bivariées (Tableau 4)

Les facteurs socio démographiques qui influençaient la posture du MG face à la PEC des BS étaient un faible nombre de visites à domicile (OR 1,70 ; IC [1,14-2,54] ; $p=0,01$), une formation complémentaire avec approche globale (OR 1,97 ; IC [1,11-3,49] ; $p=0,02$).

Une corrélation croissante était observée entre le degré de spiritualité du MG et la considération de sa place dans la PEC des BS : les MG avaient répondu plus souvent que leur place était importante ou primordiale s'ils avaient une spiritualité (OR 2,72 ; IC [1,51-4,92] ; $p<0,001$), une religion sans la pratiquer (OR 5,04 ; IC [2,48-10,23] ; $p<0,001$), et une religion qu'ils pratiquaient (OR 6,31 ; IC [3,22-12,36] ; $p<0,001$).

La majorité des paramètres étudiés avaient une influence statistiquement significative sur la considération qu'avaient les MG de leur place dans leurs PEC des BS.

Plus les MG étaient confrontés à des notions de spiritualité, plus ils pensaient que leur place était importante ou primordiale. Les MG qui étaient confrontés à 4 situations par mois évoquant la spiritualité avec leurs patients, avaient répondu 12 fois plus souvent que leur place était importante (OR 12,25 ; IC [6,53-22,98] ; $p < 0,0001$). En analyse bivariée (n=404 des effectifs cumulés simplifiés), les MG qui n'étaient jamais ou rarement confrontés à la dimension spirituelle dans le soin (34,6%) avaient répondu 4,6 fois plus souvent que ce n'était pas leur place de prendre en charge les BS de leurs patients, ou que celle-ci était limitée (OR 4,57 ; IC [2,91-7,16] ; $p < 0,0001$).

La perception de la laïcité avait également une influence : les MG qui considéraient que la spiritualité du patient (OR 72,56 ; IC [4-1330] ; $p = 0,004$) ou du médecin (OR 4,15 ; IC [2,28-7,54] ; $p < 0,0001$) peut être librement abordée avaient répondu plus souvent que leur place est importante ou primordiale.

Les MG qui accordaient de l'intérêt à connaître la spiritualité du patient (OR 3,06 ; IC [1,80-5,19] ; $p < 0,001$) et son degré d'importance (OR 2,79 ; IC [1,59-4,93] ; $p < 0,001$) avaient plus souvent considéré leur place comme importante ou primordiale. De la même manière : les MG qui abordaient eux-mêmes le sujet (OR 4,57 ; IC [2,99-6,98] ; $p < 0,0001$) ; ou qui pratiquaient un temps d'anamnèse spirituelle (OR 2,49 ; IC [1,47-4,21] ; $p = 0,001$) avaient plus souvent considéré leur place comme importante ou primordiale.

Modèle analytique multivarié (Tableau 4)

Après ajustement des variables en analyse multivariée, le profil des MG considérant leur place comme importante ou primordiale était les MG :

- qui étaient souvent confrontés à la notion de spiritualité (>4/mois) dans leurs consultations (OR 3,25 ; IC [1,36-7,76] ; $p = 0,008$) ;
- qui considéraient que la PEC avait un impact sur la guérison du patient (OR 2,59 ; IC [2,65-7,62] ; $p = 0,022$) ;
- qui pratiquaient moins de 4 visites / semaines (OR 2,06 ; IC [1,17-3,61] ; $p = 0,012$) ;
- qui étaient prêts à aborder eux-mêmes le sujet (OR 1,91 ; IC [1,02-3,58] ; $p = 0,044$).

Etat des connaissances et compréhension des notions (Tableau 5)

Plus de la moitié des MG interrogés (53,4%) étaient familiers avec la notion de BS ; tandis que pour 45,5% d'entre eux il s'agissait d'une notion floue ou inconnue.

Les MG définissaient la spiritualité comme large, indépendante des civilisations et cultures (65,5%), comprenant des réflexions existentielles (85,2%) et centrée sur la relation à soi et à l'autre (64,9%). Seul 18,0% assimilaient cette notion à la religion seule.

Les BS étaient définis majoritairement par la relation à soi (86,8%), les facteurs existentiels (77,2%) et la notion de transcendance (51,2%).

La souffrance spirituelle était définie majoritairement comme une perte de sens et de valeurs (80,7%), l'impossibilité de répondre aux BS (73,8%), l'expression de questionnements existentiels (63,1%), la perte ou la remise en question des convictions spirituelles ou religieuses (51,4%) et l'expression d'un désespoir (56,4%).

Place et considération des besoins spirituels dans le soin (Tableau 6)

Confrontation aux besoins spirituels

Les MG y étaient confrontés en moyenne 4 fois par mois, avec une grande variabilité puisque 71,0% y étaient confrontés moins de 4 fois par mois, et 29,0% 4 fois ou plus (*écart type* 11,5). Un tiers des MG interrogés (34,9%) n'étaient jamais ou rarement confrontés à la notion de spiritualité dans la relation de soins.

Considération pour les besoins spirituels

Pour la majorité des MG, la PEC des BS avait un impact sur le processus de guérison (75,7%) et sur la santé globale (85,0%). 68,8 % des MG étaient à l'aise pour aborder le sujet, et seul 8,2% n'étaient pas du tout à l'aise.

Un tiers des MG ne connaissait rarement ou jamais (27,3%) la spiritualité de leurs patients, et un tiers (32,5%) la connaissait souvent ou toujours. Son degré d'importance était souvent connu dans 18,2% des cas ; et seul 28,2% des MG estimaient important d'avoir ces informations.

La majorité des MG (77,2%) n'avaient jamais ou rarement lu des articles ou assisté à des conférences sur le sujet.

Modalités de prise en charge des besoins spirituels (Tableau 7)

Contexte de prise en charge

Près de la moitié des MG (46,9%) abordaient souvent les problématiques d'ordre spirituel dans des situations de soins palliatifs ou de fins de vie. Un quart des médecins l'abordaient souvent en cas de troubles axio-dépressifs (24,1%) et de situations de souffrance au travail - *burn out* (22,1%).

Acteurs et ressources

La moitié des MG (50,8%) n'abordaient rarement ou jamais le sujet avec leurs patients. Ils ne l'abordaient souvent que dans 19,1% des cas. Le patient, lui, abordait souvent le sujet de son initiative dans 30,6 % des cas.

Les principales ressources utilisées étaient l'entourage du patient (57,5%), les médecines douces (51,2%), le recours à un confrère psychologue ou psychiatre (49,9%). Les référents religieux/spirituels étaient sollicités dans 20,6% des cas, et 23,6% des médecins faisaient appel à des pratiques ésotériques.

La PEC était constituée essentiellement d'une écoute attentive et bienveillante du patient (81,1%) et 17,1% des MG pratiquaient un temps d'*anamnèse spirituelle*.

Enjeux et difficultés de la prise en charge des besoins spirituels (Tableau 8)

Difficultés rencontrées

Les difficultés, auxquelles les MG étaient confrontés, étaient principalement les limites venant du patient lui-même (49,9%) : absence de demandes, craintes associées (peur du jugement). Les MG avaient aussi exprimé leur manque de connaissances et de compétences sur le sujet (33,2%), et la difficulté à identifier les patients demandeurs (31,7%). Les MG craignaient d'être mal compris dans 20,6% des cas, et craignaient ne pas respecter le principe de neutralité dans 26,0% des cas. Seul 9,1% d'entre eux n'étaient pas à l'aise sur le sujet et 4,8% considéraient que cela mettait en péril leur vie privée.

Perception de la laïcité dans la relation de soins

La moitié des MG (48,8%) pensaient que les convictions spirituelles et/ou religieuses du patient pouvaient être librement abordées, et l'autre moitié (46,0%) que celles-ci devaient être laissées à l'initiative du patient. Une minorité (3,9%) estimait que celles-ci ne devaient pas se manifester.

Deux tiers des médecins (62,3%) pensaient que leurs convictions spirituelles/ou religieuses ne devaient pas se manifester ; et un tiers (33,2%) estimaient que celles-ci pouvaient être abordées librement (17,4%) ou à l'initiative du patient (15,8%).

Place de la spiritualité du médecin généraliste (Tableau 9)

Deux tiers des MG (63,1%) estimaient que leur propre spiritualité avait une influence dans leur démarche de soins (Tableau 8). Après ajustement des facteurs en analyse multivariée (Tableau 9), la spiritualité du MG avait une influence statistiquement significative sur le degré

de connaissances sur le sujet (OR 2,69 ; IC [1,54-4,70] ; $p < 0,001$) et la perception que leur place était importante ou primordiale dans cette PEC (OR 2,56 ; IC [1,49-4,40] ; $p = 0,001$).

Influence de la sensibilisation au sujet (Tableau 10)

Une analyse multivariée a montré que les MG qui avaient déjà assisté à des conférences ou lu des articles sur le sujet accordaient d'avantage d'importance à connaître la spiritualité de leurs patients (OR 2,83 ; IC [1,07-7,53] ; $p = 0,037$) et abordaient eux-mêmes plus souvent le sujet (OR 1.86 ; IC [1,04-3,34] ; $p = 0,037$).

DISCUSSION

Rappel sur les principaux résultats

La place du médecin généraliste

Cette étude révèle la disparité qu'il existe au sein du corps médical au sujet de la place du MG dans la PEC des BS. Parmi les 461 MG interrogés, 153 (33,1%) estimaient qu'ils n'avaient pas de place dans cette PEC ou que leur place était limitée ; 167 (36,2%) estimaient que leur place était importante ou primordiale ; et 141 (30,6%) avaient exprimés le besoin de clarifier leur place. Les MG qui considéraient leur place comme importante étaient ceux qui étaient souvent confrontés à la notion de spiritualité dans leurs consultations (OR 3,25 ; IC [1,36-7,76] ; $p = 0,008$), qui considéraient que cette PEC avait un impact sur la guérison du patient (OR 2,59 ; IC [2,65-7,62] ; $p = 0,022$), qui pratiquaient moins de 4 visites/ semaine (OR 2,06 ; IC [1,17-3,61] ; $p = 0,012$), et qui étaient prêts à aborder le sujet eux-mêmes (OR 1,91 ; IC [1,02-3,58] ; $p = 0,044$).

Intérêt et importance du sujet

Les MG interrogés ont confirmé leur intérêt pour le sujet. La majorité ont considéré la dimension spirituelle dans le soin comme importante et s'inscrivant dans le processus de soin : ils y étaient confrontés régulièrement (en moyenne 4 fois par mois), en particulier dans les situations de soins palliatifs ou de fins de vie (46,9%) ; et ils estimaient qu'elle a un impact dans le processus de guérison (75,7%) et la santé globale du patient (85%). Néanmoins, cette notion restait floue ou inconnue pour la moitié d'entre eux (45,5%) ; et peu de MG avaient assisté à des formations (articles, conférences) sur le sujet (22,8%).

Les besoins spirituels dans la relation de soins : enjeux et difficultés

Bien que la majorité des MG se disaient à l'aise pour aborder le sujet (68,8%), une minorité connaissait la spiritualité de leur patient (32,5%) et son degré d'importance (18,2%), et peu abordaient eux-mêmes le sujet (19,1%) .

Les MG estimaient que leur propre spiritualité avait une influence sur leur démarche de soin (63,1%). D'ailleurs, le degré de religiosité des MG influençait sur l'importance qu'ils accordaient à cette PEC (OR 2,56 ; IC [1,49-4,40] ; $p=0,001$) et sur leur degré de connaissances (OR 2,69 ; IC [1,54-4,70] ; $p<0,001$).

De la même manière, les MG sensibilisés au sujet (lecture d'articles, conférences) accordaient d'avantage d'importance à connaître la spiritualité de leurs patients (OR 2,83 ; IC [1,07-7,53] ; $p=0,037$) et abordaient eux-mêmes plus souvent le sujet (OR 1.86 ; IC [1,04-3,34] ; $p=0,037$). Mis à part une écoute attentive et bienveillante du patient (81,1%), les MG faisaient appel à l'entourage du patient (57,5%), aux médecines douces (51,2%) et aux confrères psychiatres ou psychologues (49,9%).

Les difficultés étaient liées aux patients : absence de demandes, craintes associées (49.9%) ; mais également au manque de connaissances et de compétences des MG (31,7%) : difficultés d'identifier les patients demandeurs (31,7%), crainte d'être mal compris (20,6%).

Les MG considéraient que les convictions spirituelles/ou religieuses des patients peuvent être abordées librement ou à leur initiative (94,8%). Concernant celles du médecin, la majorité considéraient que celles-ci ne doivent pas se manifester dans la relation de soin (62,3%), et 20,6% craignaient ne pas respecter le principe de neutralité.

Validité interne

Forces de l'étude

Cette étude aborde un sujet interrogeant une des missions du MG peu étudiée, a fortiori dans un contexte français. En interrogeant directement et de façon anonyme les MG sur leurs perceptions et leurs pratiques, cette étude est un bilan des connaissances actuelles sur le sujet. Le taux de réponse (12,3 % des MG contactés – *Figure 1*) est satisfaisant et significativement plus élevé que la moyenne quand on le compare à la littérature (45). Le temps moyen de réponse de 15 min révèle une application particulière des MG à répondre et montre leur capacité à s'intéresser au sujet.

Les 38 commentaires libres en fin de questionnaires ont révélé que la majorité des médecins étaient enthousiastes quant à la nécessité d'aborder le sujet ; leurs commentaires étaient positifs. Seul 6 (soit 1% des répondants) s'étaient avérés négatifs ou opposés à ce type de

questionnement ; ils avaient néanmoins répondu à la totalité du questionnaire, ce qui suggère à priori un intérêt pour le sujet.

En plus du nombre significatif de MG ayant répondu au questionnaire (N=461), tous ces éléments révèlent un réel intérêt pour le sujet et la nécessité de poursuivre les investigations.

Biais de l'étude

Biais de sélection :

Seul les MG ayant communiqué leurs coordonnées (mail) à l'URPS et/ou aux CDOM d'Ardèche et Haute Savoie ont pu répondre au questionnaire. Le recrutement par auto-sélection entraîne un biais de volontariat : il est probable que les répondants aient une affinité particulière pour le sujet (confrontation plus fréquente au fait spirituel ou religieux, patientèle plus demandeuse sur le sujet, intérêts personnels...). Les caractéristiques des répondants peuvent être différentes des MG qui décident de ne pas y participer : la comparaison de l'échantillon avec les données régionales confirme ce biais.

Il existe également un biais d'exclusion ou de *perdus de vues* puisque les mails d'erreurs reçus lors de l'envoi initial (n=181) n'ont pu être intégrés. De plus, les répondants n'ayant rempli que partiellement le questionnaire n'ont pas pu être relancés et leurs réponses n'ont pas pu être analysées ni intégrées dans l'étude (n=166 – 28%). Il s'agit de limites habituelles des études par sondages.

Biais de mesure :

Les réponses des MG étant déclaratives et anonymes, le biais de mesure et de mémorisation ne peut pas être écarté. En revanche, le choix d'un auto-questionnaire diffusé par mail permettait de s'affranchir du biais d'enquêteur et d'être plus objectif. Cette forme d'enquête était particulièrement adaptée et prenait en compte la part de subjectivité du sujet étudié.

Biais d'analyse :

Parmi les facteurs étudiés, certains étaient dépendants les uns des autres. La colinéarité des variables et la présence de facteurs de confusions étaient responsables d'un biais d'analyse.

Comme toutes les études épidémiologiques, il n'est pas possible de conclure à un lien direct entre la posture du MG dans la PEC des BS et les autres facteurs étudiés. Néanmoins, ces éléments peuvent servir de point de départ à une réflexion et à des études ultérieures.

De plus, les motifs de non réponses des MG n'ayant rempli que partiellement le questionnaire n'ont pas pu être étudiés ni analysés.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts dans ce travail de recherche.

Validité externe : comparaison avec la littérature

La place du médecin : pas de consensus

La diversité de posture des MG est concordante avec ce que l'on trouve dans la littérature étrangère (28) (43). Une étude française en milieu hospitalier palliatif conclue également à 2 attitudes possibles pour le médecin : ou bien le soignant n'a pas de rôle, si ce n'est d'appeler éventuellement un responsable spirituel ; ou bien le soignant a un rôle important en encourageant et accompagnant le patient dans ses démarches et rites spirituels (46). Il serait donc incorrect d'incriminer cette divergence d'opinion seulement à une différence de contexte socio-culturel ou religieux. La considération des motivations et du sens profond que donne chacun des médecins à sa profession est ici débattue.

La spiritualité du médecin

Parmi les facteurs influençant la posture du MG, les facteurs intrinsèques jouent un rôle important. En effet, cette étude confirme l'influence non négligeable de la spiritualité du soignant dans sa pratique. Cela questionne sur la possibilité réelle d'une neutralité dans la relation de soin. Rosset souligne dans son article qu'en matière de « prise en charge spirituelle des patients, la neutralité n'existe pas » (47).

Cette observation concorde avec plusieurs études. Une étude interrogeant 1485 soignants (médecins, pharmaciens) au Danemark (48), ainsi qu'une revue de la littérature (43) concluaient que la spiritualité du médecin influençait son approche et sa sensibilité pour aborder les problématiques d'ordre spirituel. Une autre étude qualitative française a conclu que les croyances des médecins généralistes influençaient leurs relations avec leurs patients (49). La spiritualité des patients renverrait les MG à leur propre spiritualité (50) et pourrait être ressentie comme une source de difficultés ou comme une aide et une ressource personnelle. Une enquête ethnographique auprès de soignants en France (51) précise leur besoin de donner sens à leur démarche. Ainsi, la considération spirituelle dans le soin est *médecin-dépendant* et a une répercussion à la fois sur le patient et sur le soignant.

Ces éléments révèlent la part de subjectivité du médecin dans sa pratique, intégrant sa philosophie, ses croyances, son psychisme, sa personnalité, son vécu, sa culture, son expérience. Cette prise de conscience pourrait être le chemin vers une plus grande sensibilité, une vision plus équilibrée et une prise en charge plus sereine des besoins spirituels du patient.

En revanche, le caractère personnel, ainsi que le respect des libertés et de la laïcité ne permettent pas de faire de la spiritualité du médecin un levier pour améliorer la PEC des BS du patient.

Un besoin de formation

Les MG interrogés dans cette étude ont exprimé leur manque de connaissances et de compétences sur le sujet, ainsi que l'inconfort qu'ils avaient à repérer les patients demandeurs. La lecture d'articles ou la participation à des conférences rendaient les médecins plus sensibles à connaître la spiritualité de leurs patients et les incitaient à aborder plus souvent le sujet. En plus de l'intérêt porté sur le sujet, tous ces éléments s'accordent avec d'autres études concluant à la nécessité d'améliorer la PEC des BS (29) et de clarifier le rôle du médecin généraliste (38) (40).

Le développement de formations initiales et continues à la PEC des BS participerait à améliorer le « savoir-faire » et le « savoir-être » du soignant, en y intégrant la dimension holistique recommandée et recherchée. La conférence de consensus de Pasadena (*Annexe 3*) encourage le développement de politiques institutionnelles pour « l'amélioration du dépistage, de l'évaluation et de la PEC des BS, en y incluant des formations spécifiques, ainsi que des aumôniers formés et certifiés » (20). Encourager le développement de formations et faciliter l'interdisciplinarité pourraient être des leviers pertinents pour agir sur ce facteur extrinsèque. C'est dans cette démarche que les institutions néozélandaises ont été motivées à développer des programmes de formations professionnelles à la PEC des BS (52).

Ces formations pourraient faire intervenir des experts de diverses disciplines apportant des perspectives médicales, psychiatriques, spirituelles et théologiques, des sciences humaines et sociales. Des ateliers en petits groupes favorisant l'interactivité et le partage d'expériences personnelles pourraient aussi être proposés, permettant à la fois un travail sur soi et une réflexion sur sa pratique (53). La réflexion pourrait même aboutir à proposer d'autres formats telles que des approches artistiques. En effet, la dimension spirituelle interroge le vécu et l'expérience propre à chacun. Ainsi, la Fédération internationale de soins palliatifs et la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs proposaient lors de leurs congrès (2019-Paris) un partage et un débat faisant suite à un spectacle de conte musical (musique, peinture, sculpture, danse) interrogeant le rapport à la vieillesse, la mort et la dimension existentielle dans le soin (54).

Le contenu de la PEC

Notre étude révèle que la plupart des MG proposaient un temps d'écoute attentive et bienveillant du patient, comme le suggèrent d'ailleurs plusieurs recommandations (17). En revanche, bien que *l'anamnèse spirituelle* soit largement encouragée et recommandée, notre étude révèle qu'elle est rarement pratiquée. Cette *anamnèse spirituelle* vise à encourager une revue de la vie du patient pour l'aider à identifier les buts, valeurs et sens de son existence. Le soignant est invité à faciliter l'expression religieuse, s'intéresser à la culpabilité, aux remords, au pardon, à la réconciliation (17). Certaines études étrangères suggèrent que cette PEC pourrait intégrer, de la part du soignant hospitalier ou du médecin généraliste, les éléments suivants : tenir la main du patient, rire avec lui, voire même prier ou lire des textes « sacrés », dans un but de réconfort et de soutien (46) (55) (17) (56). L'utilisation et la diffusion d'un questionnaire simple tel que le *SPIR* pourraient être pertinentes, comme c'est le cas dans d'autres pays (*Annexe 11*).

Les ressources humaines

Nos résultats démontrent le rôle important des familles et de l'entourage, ce qui est confirmé dans d'autres études (57). Cela confirme l'importance que le MG doit accorder à l'environnement et l'entourage de son patient ; ils sont un appui et une ressource importante qui doit s'intégrer dans la démarche de soin.

Le référent religieux était peu sollicité dans notre étude. De la même manière, une autre étude montrait que 41% des soins spirituels étaient fournis par la famille ou l'entourage ; seulement 29% par les soignants et 17% pas les aumôniers ou représentants spirituels (33). Bien que l'aumônerie ne soit pas présente dans l'exercice libéral, cela questionne sur la capacité à repérer les BS des patients en médecine générale. De la même manière qu'un entretien spirituel au cours d'une hospitalisation pourrait augmenter le recours à l'aumônerie (58), on peut supposer que le questionnement du MG au sujet des BS de son patient pourrait améliorer leurs considération et permettre l'adressage vers les personnes ressources adéquates.

Perspectives et ouverture

Médecine et société

En interrogeant la dimension existentielle de l'être humain, notre étude questionne la place du médecin dans la société. A qui revient la responsabilité de considérer cette dimension spirituelle inhérente qui définit et caractérise le cœur de l'humain ? Faudrait-il la considérer seulement en fin de vie ou en cas de maladie grave ? Serait-ce une affaire de spécialistes ou de religieux ?

Que veut-on soigner ? Mis à part le corps, existe-t-il un esprit et une âme à soigner comme le suggérerait Juvénal au premier siècle de notre ère : « la santé, c'est un esprit sain dans un corps sain. » ? C'était jadis la valeur de charité qui avait motivé le développement de nombreux hospices, en lien avec la spiritualité et la religion comme l'indique encore leurs noms (« hôpital *hôtel-Dieu* » par exemple). Aurait-on « jeter le bébé de la spiritualité avec l'eau du bain de la religion » ? (59)

La disparité de points de vue à ce sujet, réaffirmée par notre étude, témoigne que le soin est plus qu'une science : il s'agit d'une relation entre deux êtres humains bio-psycho-sociaux spirituels ; avec chacun sa particularité propre. Ce pourrait être la raison pour laquelle les sociétés savantes et la littérature abondent d'encouragements à prendre en compte cette dimension du soin ; et qui fait du soignant un des acteurs de cette prise en charge. L'un d'eux- le médecin- aurait reçu pour mission de la société de soulager l'autre -le patient-, en souffrance. Au-delà de sa technicité, la médecine serait alors l'art de composer avec la science, tout en y intégrant la fragilité, la complexité et la subjectivité de l'humain. Cette étude interroge les éléments constituant cette part immatérielle et existentielle du soin.

La laïcité républicaine est celle qui permet le partage des convictions dans le respect, au service d'une médecine profondément humaine qui a vocation de soigner l'homme dans son humanité et dans sa globalité. C'est dans le respect de la dignité, des convictions, et du secret professionnel que le patient pourra faire un premier pas sur le chemin de l'acceptation, du soulagement, et peut-être même vers la guérison ou un mourir plus paisible. Comment pourrait-on aborder les « racines des maux » (*cf* missions de la WONCA) sans parler de ce qui donne sens ou *non-sens* pour nos patients ; sans y intégrer leurs croyances profondes qui colorent leurs quotidiens et leurs perceptions du travail, de la famille, de la vie, de la maladie, du deuil, de la mort ? Peut-on faire l'économie de ce qui transcende l'homme, lui donne son identité, le ressource, le transforme et donne sens à sa vie ?

Si la place du médecin généraliste dans cette prise en charge peut encore être discutée, elle restera – il est certain – la mission de chaque individu qui partage notre humanité.

Une sensibilisation à la radicalisation

Face à l'intolérance et le danger de la radicalisation, savoir aborder le sujet de la spiritualité et de la religion avec sérénité, dans une démarche objective, scientifique et bienveillante est un point essentiel. Ainsi, la formation du personnel médical à la PEC des BS le rendrait plus attentif et plus efficace dans la prévention de la radicalisation (60).

Vers d'autres études

Cette étude ouvre d'autres perspectives de recherches :

- Interroger les patients sur leurs attentes concernant la considération de leurs besoins spirituels dans un contexte français afin de le comparer avec les nombreuses études étrangères. Comparer ses attentes en fonction du lieu d'exercice, du type de pratique et du profil de patients.
- Etudier les attentes exactes des médecins en termes de formation initiale et continue à ce sujet.
- Développer des formations adaptées aux contraintes et aux attentes des médecins, en prenant en considération la spécificité du sujet.
- Evaluer la pertinence des formations : évaluer par exemple les pratiques médicales avant et après la participation à une formation traitant de la PEC des BS.
- Développer des échelles de dépistage de la souffrance spirituelle.
- Développer ou encourager la diffusion d'outils d'aides à l'évaluation et la prise en charge des besoins spirituels.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'interroger 461 médecins généralistes à propos d'un sujet peu abordé en France. Elle révèle la disparité qu'il existe au sein du corps médical au sujet de la place du MG dans la PEC des BS. En effet, un tiers (33%) estimaient qu'ils n'avaient pas de place dans la prise en charge des besoins spirituels ; un autre tiers (36%) estimaient que leur place était importante ou primordiale, et le dernier tiers (31%) avaient exprimé le besoin de clarifier leur place (31%). Cette étude a confirmé l'influence de la spiritualité du MG dans sa relation de soin (63,1%) en ce qu'elle modifie sa posture (OR 2,56 ; IC [1,49-4,40] ; $p=0,001$) et son degré de connaissances (OR 2,69 ; IC [1,54-4,70] ; $p<0,001$).

La considération de l'importance des BS dans le processus de guérison (OR 2,59 ; IC [2,65-7,62] ; $p=0,022$) et la fréquence de confrontation à la dimension spirituelle au cabinet (>4/mois – OR 3,25 ; IC [1,36-7,76] ; $p=0,008$) étaient également des éléments influençant la posture des MG. En plus des difficultés liées aux patients (50%), les MG ont exprimé leur manque de connaissances et de compétences sur le sujet (31.7%) et la difficulté à identifier les patients demandeurs (31.7%), si bien que peu de MG abordaient eux-mêmes le sujet (19.1%).

Cette étude confirme l'intérêt que portent les médecins à la dimension spirituelle du soin, malgré la part de subjectivité inerrante et inévitable du sujet. Ces résultats révèlent la nécessité de poursuivre les investigations afin de clarifier le rôle du médecin généraliste. Ils suggèrent le manque de connaissances et de formations des médecins généralistes ; ainsi que le manque d'outils à leur disposition au sujet de la prise en charge des besoins spirituels. Il serait pertinent de développer des formations et des outils facilitants leur dépistage et leur prise en charge. Ceux-ci devraient répondre aux attentes et spécificités de la médecine de premier recours et devraient être évalués. Une prise en compte adéquate des besoins spirituels permettrait d'appréhender le soin de premier recours en respectant les singularités spirituelles du patient et s'inscrivant dans le modèle bio psycho social et spirituel.

THÈSE SOUTENUE PAR : Anselme HAHLING

TITRE :

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS
SPIRITUELS DU PATIENT :
ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE TRANSVERSALE AUPRES DE 461 MEDECINS
GENERALISTES EN REGION AUVERGNE-RHONE ALPES

CONCLUSION :

Contexte : La dimension spirituelle fait partie de la définition de la santé et impacte la qualité de vie, le bien-être physique, psychologique, et sociale du patient. La prise en compte des besoins spirituels du patient fait partie des missions du médecin généraliste (MG) et nécessite d'être étudiée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient.

Méthode : Une étude descriptive transversale par auto-questionnaire a été réalisée en 2019 auprès de MG de la région Auvergne Rhône-Alpes en France.

Résultats : Parmi les 5192 médecins contactés, 461 réponses complètes ont été analysés (taux de réponse 8,9 %). Un tiers des médecins estimaient qu'ils n'avaient pas de place dans cette prise en charge (33%) ; un tiers estimaient leur place importante (36%) ; et un tiers avaient exprimé le besoin de clarifier leur place (31%). Les facteurs influençant leurs postures étaient principalement leur confrontation au sujet (>4 fois/mois OR 3,25 ; $p=0,008$) et l'importance donnée à la spiritualité dans le processus de guérison (OR 2,29 ; $p=0,022$). La spiritualité du médecin et son degré de connaissance au sujet des besoins spirituels influençaient aussi sa posture et sa prise en charge.

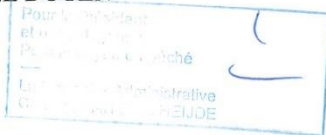
Conclusion : Ces résultats encouragent le développement d'outils et de formations pour les médecins généralistes au sujet de la prise en charge des besoins spirituels. Cela permettrait d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin d'appréhender le soin de premier recours en respectant les singularités spirituelles du patient et s'inscrivant dans un modèle bio psycho social et spirituel.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le :

5/9/19

LE DOYEN



Pr. Patrice MORAND

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

A large, stylized handwritten signature in blue ink, which appears to be "Thomas DECAENS".

Pr. Thomas DECAENS

BIBLIOGRAPHIE

1. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 10 févr 2007;25(5):555-60.
2. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *Journal of Pain and Symptom Management*. sept 2017;54(3):441-53.
3. World Health Organization D of MH. WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs. 1211 Geneva 27, Switzerland; 1998. Report No.: 98.2.
4. Charte de Bangkok. Bangkok (Thaïlande): Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé; 2005 août p. HPR017.doc CG/béal. Report No.: Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.
5. Julia D., Emblen Ph D. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *Journal of Professional Nursing*. 1 janv 1992;8(1):41-7.
6. Masson E. Représentation du spirituel dans les soins palliatifs. Proposition d'un repère et d'une méthodologie pour sa définition [Internet]. EM-Consulte. 2017 [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/265121/representation-du-spirituel-dans-les-soins-palliat>
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: A commentary on the WHOQOL SRPB group's "A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life" (62: 6, 2005, 1486–1497). *Social Science & Medicine*. août 2006;63(4):843-5.
8. Hermann CP. Spiritual Needs of Dying Patients: A Qualitative Study. 2001;28(1):7.
9. Montreuil, P., Tremblay, J., Bélanger, B., Charbonneau, C. Évaluation des besoins spirituels et religieux des usagers du réseau de la santé et des services sociaux de la région de Québec - Développement du Questionnaire sur les besoins spirituels et religieux (QBSR) et enquête exploratoire. Centre spiritualité Santé de la Capitale Nationale; 2004.
10. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *ann behav med*. 1 févr 2002;24(1):49-58.
11. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. 2 juill 2011;26(11):1345.
12. Mandhouj O, Etter J-F, Courvoisier D, Aubin H-J. French-language version of the World Health Organization quality of life spirituality, religiousness and personal beliefs instrument. *Health and Quality of Life Outcomes*. 19 avr 2012;10(1):39.
13. Büssing A, Balzat H, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *European Journal of Medical Research*. 28 juin 2010;15(6):266.
14. Tremblay J, Ph.D., Blanchette Martin N, Montreuil P, Berthelot F. Évaluation des croyances et des besoins spirituels et religieux des usagers du Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve. Québec; 2009.

15. ANAES, SFAP. L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches. Faculté Xavier-Bichat - Paris - France: ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées; 2004 janv. Report No.: Conférence de consensus.
16. Saunders C. , Baines M., Dunlop R. La vie aidant la mort. p6. Paris: Arnette Blackwell; 1995. (Arnette Blackwell).
17. Rivier E, Hongler T, Suter C - société vaudoise de médecine. La spiritualité en soins palliatif. Guide des soins palliatifs du médecin vaudois. 2008;(5).
18. NHS Education for Scotland. Spiritual Care Matters An Introductory Resource for all NHS Scotland Staf. Scotland; 2009.
19. Lunder U, Furlan M, Simonič A. Spiritual needs assessments and measurements. Curr Opin Support Palliat Care. sept 2011;5(3):273-8.
20. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. Journal of Palliative Medicine. oct 2009;12(10):885-904.
21. Mandhouj O. La place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI., 2015;Thèse:175.
22. Mytko JJ, Knight SJ. Body, mind and spirit: towards the integration of religiosity and spirituality in cancer quality of life research. Psycho-Oncology. 1 sept 1999;8(5):439-50.
23. Matthews DA, McCullough ME, Larson DB, Koenig HG, Swyers JP, Milano MG. Religious commitment and health status: a review of the research and implications for family medicine. Arch Fam Med. avr 1998;7(2):118-24.
24. Larson DB, Sherrill KA, Lyons JS, Craigie FC, Thielman SB, Greenwold MA, et al. Associations between dimensions of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry: 1978-1989. Am J Psychiatry. avr 1992;149(4):557-9.
25. Harris WS, Gowda M, Kolb JW, Strychacz CP, Vacek JL, Jones PG, et al. A randomized, controlled trial of the effects of remote, intercessory prayer on outcomes in patients admitted to the coronary care unit. Arch Intern Med. 25 oct 1999;159(19):2273-8.
26. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. Health Psychol. mai 2000;19(3):211-22.
27. Oji V, Hung LC, Abbasgholizadeh R, Terrell Hamilton F, Essien EJ, Nwulia E. Spiritual care may impact mental health and medication adherence in HIV+ populations. HIV/AIDS - Research and Palliative Care. avr 2017;Volume 9:101-9.
28. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. Ann Intern Med. 4 avr 2000;132(7):578-83.
29. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. Critical Care Clinics. juill 2004;20(3):487-504.
30. Lo R, Brown R. Holistic care and spirituality: potential for increasing spiritual dimensions of nursing. Aust J Holist Nurs. oct 1999;6(2):4-9.

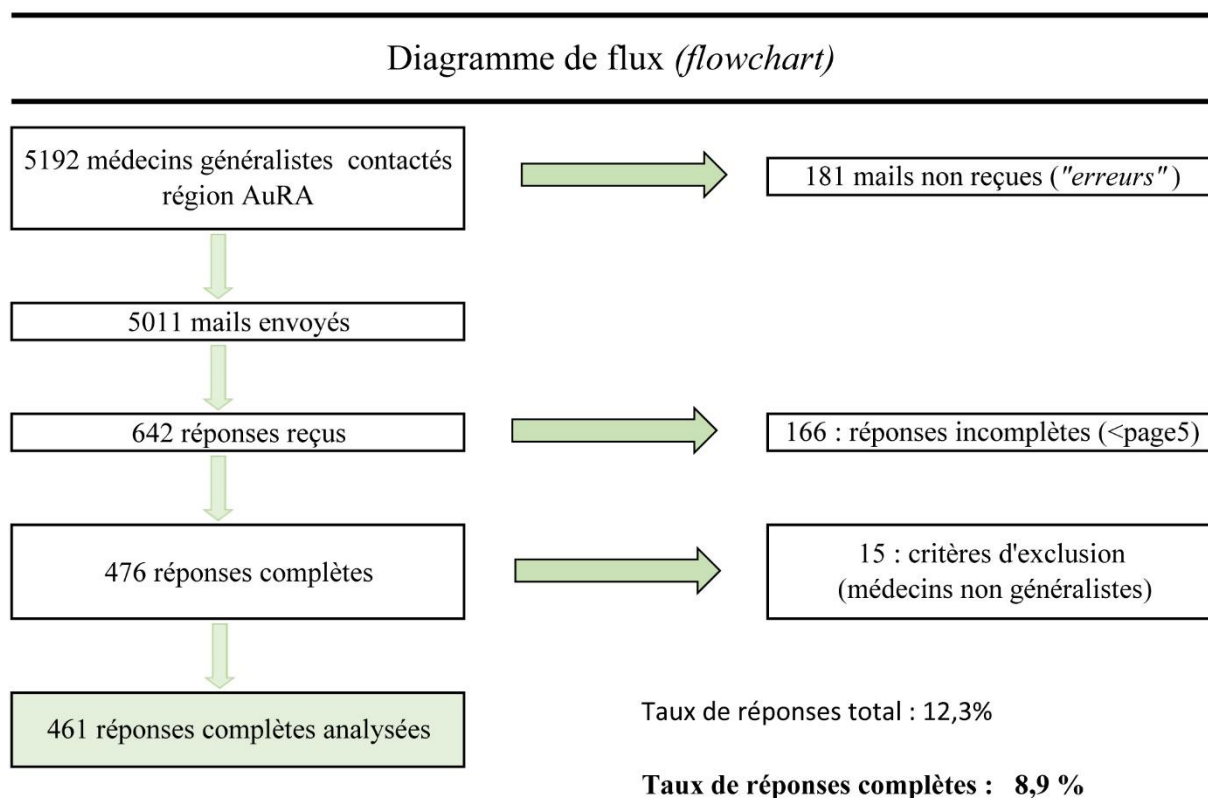
31. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Grant L, Highet G, Sheikh A. Archetypal trajectories of social, psychological, and spiritual wellbeing and distress in family care givers of patients with lung cancer: secondary analysis of serial qualitative interviews. *BMJ*. 9 juin 2010;340:c2581.
32. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. *Acta Endoscopica*. déc 2002;28(2):151-5.
33. Hanson LC, Dobbs D, Usher BM, Williams S, Rawlings J, Daaleman TP. Providers and Types of Spiritual Care during Serious Illness. *Journal of Palliative Medicine*. juill 2008;11(6):907-14.
34. Branchi S, Tarquinio C. Spiritualité, trouble anxieux-dépressifs et qualité de vie dans le champ de la santé et de la maladie [Internet] [Thèse de psychologie]. [Université de Lorraine - France]; 2014. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/DDOC_T_2014_0373_BRANCHI.pdf
35. Code de la santé public - Article R4127-7 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912868&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=>
36. Faroudja JM. Laïcité : comment concilier pratique médicale et religion ? *Médecins- Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins*. septembre 2013(31):22-7.
37. WONCA Europe, Heyrman J AJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. 2002;52.
38. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *British Journal of General Practice*. nov 2011;61(592):e749-60.
39. Murray SA, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton TF. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliat Med*. janv 2004;18(1):39-45.
40. Assing Hvidt E, Søndergaard J, Ammentorp J, Bjerrum L, Gilså Hansen D, Olesen F, et al. The existential dimension in general practice: identifying understandings and experiences of general practitioners in Denmark. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. déc 2016;34(4):385-93.
41. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C, Research Subgroup of European Association for Palliative Care Spiritual Care Taskforce. Research priorities in spiritual care: an international survey of palliative care researchers and clinicians. *J Pain Symptom Manage*. oct 2014;48(4):518-31.
42. Selman LE, Brighton LJ, Sinclair S, Karvinen I, Egan R, Speck P, et al. Patients' and caregivers' needs, experiences, preferences and research priorities in spiritual care: A focus group study across nine countries. *Palliative Medicine*. janv 2018;32(1):216-30.
43. Appleby A, Wilson P, Swinton J. Spiritual Care in General Practice: Rushing in or Fearing to Tread? An Integrative Review of Qualitative Literature. *Journal of Religion and Health*. juin 2018;57(3):1108-24.
44. URPS région Auvergne-Rhône-Alpes. Atlas de démographie médicale. 2018.
45. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Haller DM. Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 22 mars 2017;19(3).

46. Perruchot Thibaud. Quelle est la place du soignant vis-à-vis des besoins spirituels du patient en fin de vie ? Enquête qualitative auprès de personnes bien portantes et croyantes. [Université Paris Diderot - Paris 7 Faculté de Médecine]; 2016.
47. Rosselet F. Prise en charge spirituelle des patients : la neutralité n'existe pas. *Revue médicale de la Suisse romande*. 2002;122:175-8.
48. Van Randwijk CB, Opsahl T, Hvidt EA, Kørup 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. *Journal of Religion and Health* [Internet]. 2 juill 2018 [cité 20 nov 2018]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-018-0662-7>
49. Bouteiller CL, Reynard DS. Perception de l'influence des croyances religieuses dans l'exercice de la médecine générale : Etude qualitative auprès de médecins généralistes croyants. Thèse - France. 2 juin 2017;18.
50. Sallet N, Déglise A. Mort et spiritualité en médecine générale : entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes sur leur approche de la spiritualité dans un contexte de fin de vie et bilan de la formation initiale concernant la spiritualité. Thèse - France. 2014;
51. Foley R-A. L'accompagnement spirituel : entre dispositif de prise en charge et absence de discours. *InfoKara*. 2006;Vol. 21(3):109-13.
52. Egan R, MacLeod R, Jaye C, McGee R, Baxter J, Herbison P, et al. Spiritual beliefs, practices, and needs at the end of life: Results from a New Zealand national hospice study. *Palliat Support Care*. 2017;15(2):223-30.
53. Brandt PY, Besson J. Santé, médecine et spiritualité – Formation Continue UNIL-EPFL [Internet]. 2019 [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <https://www.formation-continue-unil-epfl.ch/formation/sante-medecine-spiritualite/>
54. SFAP, Trombinoznotes. Soirée grand public SFAP Bella la Belle | SFAP - site internet [Internet]. 2019 [cité 5 août 2019]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/actualite/soiree-grand-public-sfap-bella-la-belle>
55. Koenig HG. Religion, Spirituality, and Medicine: Application to Clinical Practice. *JAMA*. 4 oct 2000;284(13):1708-1708.
56. Oyama O, Koenig HG. Religious beliefs and practices in family medicine. *Arch Fam Med*. oct 1998;7(5):431-5.
57. Egan R, MacLeod R, Jaye C, McGee R, Baxter J, Herbison P, et al. Spiritual beliefs, practices, and needs at the end of life: Results from a New Zealand national hospice study. *Palliative and Supportive Care*. avr 2017;15(02):223-30.
58. Blum D. L'accompagnement spirituel religieux en Unité de Soins Palliatifs: effet d'un entretien spirituel sur le recours à l'aumônerie. *Médecine humaine et pathologie* 2014 dumas-01095976. 2014;Thèse.(Université Joseph Fourier ,Faculté de médecine de Grenoble):83.
59. Rosselet F. Il ne faudrait pas jeter le bébé de la spiritualité avec l'eau du bain de la religion ! *InfoKara*. 1 juin 2009;24(2):53-4.
60. Conseil national de l'ordre des médecins. Prévention de la radicalisation : ce qu'il faut retenir [Internet]. France; 2015. Disponible sur :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/actualite/zu2tf7/prevention_de_la_radicalisation_-_ce_quil_faut_retenir.pdf

61. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
62. Convention européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales (4 novembre 1950) [Internet]. Disponible sur: <http://www.libertereligieuse.com/droit.php>
63. Observatoire de la laïcité. <https://www.gouvernement.fr/observatoire-de-la-laicite>. <https://www.gouvernement.fr/observatoire-de-la-laicite>.
64. Sondage ifop - les Français et la laïcité - 2015 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ifop.com/publication/les-francais-et-la-laicite/>
65. Circulaire DHOS/G no 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020035.htm>
66. Observatoire de la laïcité. Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/02/laicite_et_gestion_du_fait_religieux_dans_les_etablissements_publics_de_sante_1.pdf
67. Conseil départemental de l'ordre des médecins, Haute-Garonne (31). Soins et laïcité au quotidien - livret [Internet]. 2015 [cité 19 sept 2019]. Disponible sur: http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/soins_et_laicite_au_quotidien_livret_2015-3.pdf
68. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire relative aux aumôniers des établissements [Internet]. DHOS/P1/2006/538 déc 20, 2006. Disponible sur: <http://www.legirel.cnrs.fr/spip.php?article124>
69. Professionnel ME. Le médecin effecteur n'est pas un collaborateur occasionnel du service public [Internet]. [macsf-exerciceprofessionnel.fr](http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr). [cité 31 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/medecin-effecteur-collaborateur-service-public>
70. Bernard Lo, MD; Timothy Quill, MD; and James Tulsky. Discussing Palliative Care with Patients , MD, for the ACP–ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. for the ACP–ASIM End-of-Life Care Consensus Panel.

Figure 1 : Diagramme de flux



Protocol	Effectifs		
Nombre mail envoyé (URPS)	5192	médecins contactés en AuRA	
Relance Ardèche	287		
Relance Haute Savoie	682		
Relance bassin Chambéry	148		
Mails d'erreurs (URPS)	181		
Nombre mail totaux reçus :	5011		
	Effectifs	proportions	Taux de réponses
Nombre réponses totales :	642	100,0%	12,3%
Non remplis	66	10,3%	
page 1	20	3,1%	
page 2	59	9,2%	
page 3	16	2,5%	
page 4	5	0,8%	
page 5	10	1,6%	
page 6	14	2,2%	
page 7 / complet	452	70,4%	
Total incomplets(1-4) /non remplis	164	25,5%	
Total page 5-6	24	3,7%	
Total pages 5-6-7 (inclus)	476	74,1%	9,2%
Critères exclusions (non MG)	15	2,3%	
mails de demande de résultats	65	14,1%	
Total de réponses analysés	461	71,8%	8,9%

Tableau 1 : Caractéristiques socio-démographiques de la population de l'étude

	Echantillon		Région		<i>P value</i>
	N=461	%	N=6201	%	
Sexe					
hommes	196	43%	3648	59%	} < 0,0001*
femmes	263	57%	2550	41%	
non renseigné	2	0%	3	0%	
Age					
			N=6198		
<40	159	34%	1308	21%	} < 0,0001*
40-49	112	24%	1141	18%	
50-59	92	20%	2006	32%	
≥60	96	21%	1743	28%	
non renseigné	2	0%	3	1%	
Moyenne	46,9		52		< 0,0001**
Médiane	45,0				
Ecart type	11,6				
Intervalle de confiance	[45,8 - 47,9]				
Mode d'exercice					
			N=6165		
Seul	114	25%	2196	36%	} < 0,0001*
En groupe	338	73%	3953	64%	
Remplacements	7	2%			
Non renseigné/autre	2	0%	16	0%	
			N =6201		
Libéral	420	91%	5648	91%	} 0,706*
Mixte	39	9%	526	9%	
Salarié	2	0%			
			N=7213		
Urbains	184	40%	4581	64%	} < 0,0001*
Péri-urbains	63	14%	1611	22%	
Semi-rural	135	29%	492	7%	
Rural	76	17%	529	7%	
Non renseigné	1	0%			
Nombre de visites/sem					
	N=456		N=7218		
moyenne	5,1		4,7		0,169**
médiane	3				
Ecart type	7,1				
Intervalle de confiance	[4,5 - 5,8]				
Répartitions géographique					
	N=461		N=6201		
Haute-Savoie	94	20,5%	612	9,9%	} < 0,0001*
Rhone-Lyon	83	18,1%	1373	22,1%	
Savoie	58	12,6%	417	6,7%	
Isère	57	12,4%	1041	16,8%	
Ardèche	43	9,3%	260	4,2%	
Puy-de-Dôme	27	5,9%	544	8,8%	
Loire	24	5,2%	592	9,5%	
Drôme	24	5,2%	392	6,3%	
Allier	21	4,6%	275	4,4%	
Ain	13	2,8%	386	6,2%	
Haute-Loire	10	2,2%	183	3,0%	
Cantal	1	0,2%	126	2,1%	
Autre/non renseigné	6	1,0%			

* test paramétrique d'ajustement multinomial = test d'adéquation de l'échantillon par rapport aux valeurs attendus dans la population (comparaison de proportions- valeurs qualitatives)

** test t de student pour comparer l'échantillon à la population (valeurs quantitatives discrètes)

Tableau 2 : Caractéristiques professionnelles et personnelles de la population de l'étude

	Effectif N=461	Prportions %	Proportions cumulées
Formation professionnelle			
DES médecine générale seul	348	75,5%	
Formations complémentaires	113	24,5%	
Soins palliatifs	26	5,7%	} 17,4%
Gériatrie/Douleur/psycho	27	5,7%	
Homéo/phyto/acupuncture	27	5,7%	
urgence / médecine du sport	27	5,7%	
Autre	39	8,5%	
Situations de soins palliatif			
(très) Souvent	78	16,9%	} 41,4%
Parfois	190	41,2%	
Rarement	166	36,0%	
Jamais	25	5,4%	
non renseigné	2	0,4%	
moyenne /mois	1,2		
médiane /mois	1		
Ecart type	1,4		
Spiritualité des médecins			
Aucune spiritualité	92	20%	
Indépendante de structure religieuse	184	40%	
En lien avec religion mais non pratiquant	78	17%	
Pratiquant une religion	105	23%	
Non renseignés	2	0%	
Temps de réponse au questionnaire			
temps moyen	15min20		
temp médian	9min23		

Tableau 3 : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient

	Effectifs N=461	Proportions en %	Effectifs cumulés n (%)	Effectifs cumulés corrigés ¹ n (%)	Effectifs cumulés simplifiés ² n (%)
Place du médecin généraliste					
Ce n'est pas sa responsabilité	73	15,8%	} 222 (48,1%)	153 (33,1%)	203 (44,0%)
Se résume à quelques situations limitées	149	32,3%			
Sa place est importante ³	161	34,9%	} 247 (53,6%)	167 (36,2%)	202 (43,8%)
Sa place est primordiale ⁴	86	18,7%			
Sa place est à clarifier					
à clarifier seul	32	6,9%	} 118 (25,6%)	} 141 (30,6%)	56 (12,1%)
à clarifier + autre réponse	54	11,7%			
Autre ⁵	32	7,8%			
Non renseignés	2	0,4%	} 23 (5,0%)		
réponses incohérentes ⁶	21	4,6%			

¹ En regroupant les variables dans une seule classe

² En considération les réponses arrivants en premier (pour analyse multivariée)

³ mais c'est au patient ou à ses proches de les aborder

⁴ et il doit y être particulièrement attentif, y compris en abordant le sujet s'il l'estime nécessaire

⁵ réponses *autres* seul ou associées (sauf "*autre + à clarifier*")

⁶ ayants répondu à la fois : place importante ou primordiale ET non responsable ou limité

Figure 2 : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient
Effectifs corrigés

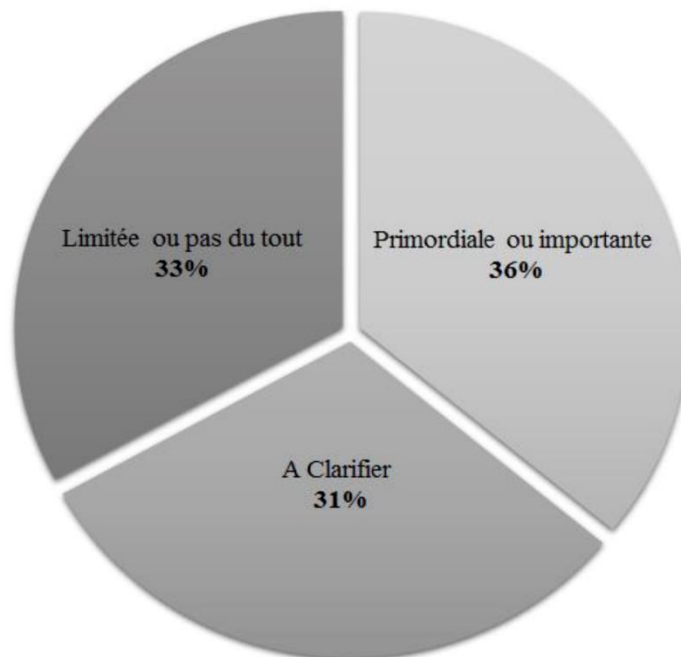


Tableau 4 : Facteurs influençant la place du MG dans la prise en charge des besoins spirituels

Analyses bivariée et multivariée

	Bivariée				Multivariée			N=328	
	N	OR	IC (95%) [inf sup]		P	OR	IC (95%) [inf sup]		P
Sexe	403								
hommes		1,10	0,74	1,63	0,64				
femmes									
Age	405								
<40		0,83	0,50	1,39	0,47				
40-49		0,72	0,41	1,25	0,24				
50-59		0,90	0,53	1,54	0,70				
≥60									
Mode d'exercice									
mode 1	404								
(péri) urbain		0,89	0,60	1,31	0,55				
(péri) rural									
mode 2	405								
libérale		1,14	0,57	2,25	0,72				
salaire ou mixte									
mode 3	403								
en groupe		1,26	0,81	1,94	0,30				
seul ou remplaçant									
Visites/semaine	402								
≥ 4 visites		1,70	1,14	2,54	0,01	2,06	1,17	3,61	0,012
< 4 visites									
Répartition géographique	402				>0,05				
Formation professionnelle	365								
formation MG seul		1,97	1,11	3,49	0,02	1,03	0,49	2,17	0,930
formations complémentaires									
avec approches globales : SP, gériatrie, douleur, psycho, homéopath, phytoth, acupuncture									
Formation soins palliatifs (SP)	405	2,09	0,82	5,28	0,12				
Spiritualité des MG	403								
aucune spiritualité		2,72	1,51	4,92	< 0,001	1,11	0,49	2,50	0,807
spiritualité indépendante *		5,04	2,48	10,23	< 0,0001	2,13	0,92	4,90	0,077
religion - non pratiquant		6,31	3,22	12,36	< 0,0001				
religion - pratiquant									
* hors cadre religieux									
Influence de la spiritualité des MG*	386								
non ¹		3,55	2,27	5,57	< 0,0001	1,33	0,70	2,54	0,381
oui ²									
* estiment que leur propre spiritualité a une influence dans leur démarche de soins									
Confrontation situations de soins palliatifs	403								
rarement ou jamais		1,20	0,78	1,84	0,40				
parfois		0,62	0,35	1,10	0,10				
souvent ou très souvent									
≤1/mois	401	1,16	0,76	1,79	0,49				
≥2mois									
Confrontation à la notion de spiritualité *	404								
rarement ou jamais		3,00	1,84	4,86	< 0,0001				
parfois		10,47	5,69	19,28	< 0,0001				
souvent ou très souvent									
* dans la relation de soins									
nbre de situations le mois dernier	397								
0		2,24	1,14	4,41	0,02				
1		2,99	1,52	5,84	< 0,0001				
2		5,76	2,71	12,26	< 0,0001				
3		12,25	6,53	22,98	< 0,0001	1,38	0,67	2,86	0,384
≥4						3,25	1,36	7,76	0,008

Tableau 4 : Facteurs influençant la place du MG dans la prise en charge des besoins spirituels (suite)

Analyses bivariée et multivariée

	Bivariée				Multivariée				N=328
	N	OR	IC (95%) [inf sup]		P	OR	IC (95%) [inf sup]		
Degré de connaissance *	401								
notion floue ou inconnue		1,82	1,22	2,71	< 0,0001	0,95	0,52	1,75	0,881
notion familière									
* sur la notion de besoins spirituels									
Degré de sensibilisation*	405								
rarement ou jamais		3,02	1,83	4,99	< 0,0001	1,10	0,54	2,26	0,790
parfois, souvent ou très souvent									
* lecture d'articles ou conférences sur la PEC des besoins spirituels									
Considération de la PEC des BS	405								
impact sur le processus de guérison									
non ¹									
oui ²		4,50	2,65	7,62	< 0,0001	2,59	1,15	5,84	0,022
impact sur la santé globale	405								
non ¹									
oui ²		6,96	3,43	14,12	< 0,0001	2,09	0,76	5,74	0,151
Degré d'aisance pour aborder le sujet	403								
non ³									
oui ⁴		2,53	1,62	3,96	< 0,0001	0,80	0,41	1,58	0,519
Degré d'intérêt dans la relation de soins	405								
Connaître la spiritualité du patient									
peu d'intérêt ⁵		1,80	1,09	2,96	0,02	0,71	0,31	1,64	0,422
intérêt modéré ⁶		3,06	1,80	5,19	< 0,0001	0,67	0,22	1,98	0,464
intérêt important ⁷									
Connaître son degrés d'importance	403								
peu d'intérêt						1,36	0,63	2,94	0,434
intérêt modéré		1,72	1,11	2,66	0,016	1,33	0,41	4,32	0,638
intérêt important		2,79	1,59	4,93	0,000				
Importance d'avoir cette information	404								
peu d'intérêt									
intérêt modéré		2,59	1,57	4,29	< 0,0001	1,06	0,52	2,17	0,879
intérêt important		6,21	3,49	11,05	< 0,0001	2,01	0,80	5,10	0,139
Le Médecin aborde le sujet	395								
non ⁸									
oui ^{6 7}		4,57	2,990	6,980	< 0,0001	1,91	1,02	3,58	0,044
PEC par temps d'anamnèse spirituelle	391								
non									
oui		2,49	1,467	4,212	0,001	1,00	0,48	2,07	0,999
Compréhension de la laïcité	400								
La spiritualité du patient									
ne doit pas se manifester									
doit être laissée à l'initiative du patient		21,46	1,2	393	0,039	4,76	0,18	126,7	0,351
peut être librement abordée		72,56	4,0	1330	0,004	8,47	0,31	230,1	0,205
La spiritualité du médecin	387								
ne doit pas se manifester									
doit être laissée à l'initiative du patient		2,85	1,63	4,98	< 0,0001	1,52	0,70	3,33	0,291
peut être librement abordée		4,15	2,28	7,54	< 0,0001	0,92	0,42	2,00	0,829

Notes :

- ¹ probablement ou sûrement pas, ne sait/se prononce pas
- ² probablement ou sûrement
- ³ plutôt pas ou pas du tout à l'aise
- ⁴ plutôt à l'aise ou très à l'aise
- ⁵ rarement ou jamais
- ⁶ parfois
- ⁷ souvent ou toujours
- PEC : Prise en Charge
- BS : Besoins spirituels
- MG : Médecins généralistes
- SP : Soins palliatifs

Modèle de l'analyse (réponse à la question E1) :

- 0 - Place limitée ou non responsable (référence)
- 1 - Place importante ou primordiale
- les réponses à clarifier ou autre n'ont pas été intégrés dans le modèle (n=56)
- N: nombre de sujets intégrés dans l'analyse (différent pour chaque variable)
- OR: Odd Ratio = la première ligne de chaque variable étant prise comme référence pour calculer l'OR

Interpretation :

- si OR>1 : X fois plus de médecins estiment que leur place est importante ou primordiale si la variable étudiée est présente

Tableau 5 : Etat des connaissances et compréhension des notions

Spiritualité - Besoins spirituels - Souffrance spirituelle

	Effectifs N=461	Proportions %	
Degrès de connaissance			
Notion familière	246	53,4%	} 45,5%
Notion flou*	179	38,8%	
Notion Inconnue	31	6,7%	
Autre	5	1,1%	
La spiritualité : une notion			
Comprenant des réflexions existentielles (sens de la vie, valeurs...)	393	85,2%	
Large, indépendante des civilisations et des cultures, impliquant ou non la religion	302	65,5%	
Centrée sur la relation à soi et à l'autre (être intérieur, relations, transcendance)	299	64,9%	
Comprenant essentiellement les convictions et pratiques religieuses propres à chacun	83	18,0%	
Autre	11	2,4%	
Les besoins spirituels			
Être en harmonie avec soi-même, trouver une paix intérieure (relation à soi)	400	86,8%	
Trouver un sens et un but à sa vie (facteurs existentiels)	356	77,2%	
Être en relation avec une entité extérieure/être ultime/le divin (transcendance)	236	51,2%	
Pratiquer une religion (communauté, rites, prières...)	197	42,7%	
Avoir la possibilité de vivre et partager ses émotions (amour, craintes, doutes...)	196	42,5%	
Avoir une place dans la société (relation aux autres : famille, travail, amis)	187	40,6%	
Avoir le sentiment de dignité et être valorisé	172	37,3%	
Avoir de l'espoir et des projets pour l'avenir]	162	35,1%	
Autre	13	2,8%	
La souffrance spirituelle			
La perte de sens et des valeurs personnelles	372	80,7%	
L'impossibilité de répondre à ses besoins spirituels	340	73,8%	
L'expression de questionnements existentiels **	291	63,1%	
La perte ou la remise en question des convictions spirituelles ou religieuses	283	61,4%	
L'expression d'un désespoir ou le sentiment que la vie n'est pas digne d'intérêt	260	56,4%	
L'expression de doutes, de peurs, ou le sentiment de perte de contrôle	228	49,5%	
Le sentiment d'inutilité	201	43,6%	
Le sentiment d'isolement ou d'abandon	199	4,2%	
La perte ou la remise en question de la transcendance	169	36,7%	
Le manque de confiance en soi	119	25,8%	
Des problèmes relationnels	85	18,4%	
Autre	15	3,3%	

* qui mériterait d'être approfondie

** de types : qu'ai-je fait pour mériter cela ? quelle est ma place ? pourquoi moi ?

Tableau 6 : Place et considération des besoins spirituels dans le soin

	Effectifs N=461	Proportions en %	Proportions cumulées en %
Fréquence de confrontation			
<i>Fréquence</i>			
Jamais	23	5,0%	} 35,0%
Rarement	138	30,0%	
parfois	189	41,0%	
(très) Souvent	109	23,6%	
non renseigné	2	0,4%	
<i>Nombre de situations le mois dernier</i>			
N=449			
Moyenne	4,1		
Médiane	2,0		
Ecart type	11,5		
aucune	123,0	27,3%	} 71,0%
1 à 3	196	43,7%	
≥4	130	29,0%	
Degré d'aisance pour l'aborder			
Non pas du tout	38	8,2%	} 30,4%
Pas très à l'aise	102	22,1%	
Plutôt à l'aise	260	56,4%	
Très à l'aise	57	12,4%	
non renseigné	4	0,9%	68,8%
Impact de sa prise en charge			
<i>Sur le processus de guérison</i>			
Oui *	349	75,7%	
non **	64	13,9%	
Ne sait pas	47	10,2%	
Non répondu	1	0,2%	
<i>Sur la santé globale</i>			
Oui *	391	85,0%	
non **	35	7,6%	
Ne sait pas	34	7,2%	
Non répondu	1	0,2%	
Degré d'intérêt			
<i>connaissance de la spiritualité du patient</i>			
rarement ou jamais	126	27,3%	
parfois	184	39,9%	
souvent ou toujours	150	32,5%	
non enseigné	1	0,2%	
<i>Connaissance de son degrés d'importance</i>			
rarement ou jamais	188	40,8%	
parfois	186	40,3%	
souvent ou toujours	84	18,2%	
non enseigné	3	0,7%	
<i>Importance d'avoir cette information</i>			
rarement ou jamais	126	27,3%	
parfois	203	44,0%	
souvent ou toujours	130	28,2%	
non enseigné	2	0,4%	
Sensibilisation-formation			
<i>Conférences ou lecture d'articles</i>			
souvent ou très souvent	38	8,3%	} 22,8%
parfois	67	14,5%	
rarement	90	19,5%	} 77,2%
jamais	266	57,7%	

* Sûrement ou probablement

** Sûrement pas ou probablement pas

Tableau 7 : Modalités de prise en charge des besoins spirituels du patient

	(très) souvent		parfois		rarement/jamais		non renseigné	
	N=461	n %	n %	n %	n %	n %	n %	
Contextes de prise en charge*								
Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie**	216	46,9%	137	29,7%	99	21,5%	9	2,0%
Burn out ou souffrance au travail	102	22,1%	128	27,8%	219	47,5%	12	2,6%
Troubles anxio-dépressifs	111	24,1%	137	29,7%	204	44,3%	9	2,0%
Symptômes inexpliqués	56	12,1%	120	26,0%	274	59,4%	11	2,4%
Situations d'échec du traitement	48	10,4%	113	24,5%	287	62,3%	13	2,8%
Autre	n=29							
Personne qui aborde le sujet								
Le patient	141	30,6%	201	43,6%	105	22,8%	14	3,0%
Un proche (famille, ami)	56	12,1%	172	37,3%	210	45,6%	23	5,0%
Le médecin	88	19,1%	126	27,3%	234	50,8%	13	2,8%
Autre***	2	0,4%	30	6,5%	213	46,2%	216	46,9%

* problématiques d'ordre spirituels (religieuses ou non religieuses)

** patients ou proches

*** incluant : un autre soignant :spécialiste, paramédical (IDE, AS), structures de soins (n=26)

	Effectif N=461	Proportion %
Ressources humaines		
Entourage du patient (famille et amis proches)	265	57,5%
Médecines douces et autres activités*	236	51,2%
Psychologue ou psychiatre	230	49,9%
Pratiques ésotériques**	109	23,6%
Référent religieux / aumônier	95	20,6%
Autre	72	15,6%
Le patient lui-même	6	1,3%
Le medecin généraliste	13	2,8%
Aucune	12	2,6%
Autre	22	4,8%
Non renseigné	19	4,1%
Elements de prise en charge		
Un temps d'écoute attentive et bienveillante du patient	374	81,1%
Un temps d'anamnèse spirituelles***	79	17,1%
Ne sais pas	57	12,4%
Autre	22	4,8%
Non renseigné	21	4,6%

* yoga, art-thérapie, massages, relaxation, exercices de respiration....

** coupeurs de feu, magnétiseur, médium, autre

*** sur la spiritualité/religion du patient et sa pratique : activités sacrées ou religieuses : musique, prière, lectures, rites...

Tableau 8 : Enjeux et difficultés de la prise en charge des besoins spirituels du patient

	Effectif N=461	Proportion %	Proportion cumulée %
Difficultés rencontrées			
Les limites venant du patient lui-même *	230	49,9%	
Manque de connaissances et de compétences sur le sujet	153	33,2%	
Difficulté à identifier les patients demandeurs	146	31,7%	
Crainte de ne pas respecter le principe de neutralité	120	26,0%	
Crainte d'être mal compris par le patient **	95	20,6%	
Autre	47	10,2%	
Malaise sur le sujet et crainte d'être mis en difficulté	42	9,1%	
Considération que cela met en péril la protection de ma vie privée	22	4,8%	
Non renseigné	17	3,7%	
Influence de la spiritualité ou religion du médecin			
<i>Dans la démarche de soins</i>			
Sûrement	119	25,8%	} 63,1%
Probablement	172	37,3%	
Probablement pas	48	10,4%	} 26,9%
Sûrement pas	76	16,5%	
Ne sait pas/ne se prononce pas	23	5,0%	
Autre	2	0,4%	
Non renseigné	21	4,6%	
Perception de la laïcité dans la relation de soins			
<i>Les convictions spirituelles et/ou religieuses</i>			
<i>Des patients</i>			
Peuvent être librement abordées	225	48,8%	} 94,8%
Doivent être laissées à l'initiative du patient	212	46,0%	
Ne doivent pas se manifester	18	3,9%	
Autre	5	1,1%	
non renseigné	1	0,2%	
<i>Du médecin</i>			
Peuvent être librement abordées	80	17,4%	} 33,2%
Doivent être laissées à l'initiative du patient	73	15,8%	
Ne doivent pas se manifester	287	62,3%	
Autre	18	3,9%	
Non renseigné	3	0,7%	
<i>Précisions-autres</i>	35	7,2%	

* l'absence de demande, les craintes associées (jugement, être incompris...)

** barrières culturelles ou sociales

Tableau 9 : influence de la spiritualité du MG sur sa prise en charge des besoins spirituels

Portrait du MG ayant une spiritualité de type "religion pratiquant ou non pratiquant"

Analyses bivariées et multivariée

	Univarié				Multivarié				N=354
	N	OR	IC (95%) [inf sup]		p	OR	IC (95%) [inf sup]		
Place du MG dans la PEC des besoins spirituels	403								
Place limité ou non responsable									
Place importante ou primordiale		2,83	1,87	4,29	< 0,0001	2,56	1,49	4,40	0,001
Degré de connaissance *	399								
notion flou ou inconnue									
notion familière		3,51	2,27	5,43	< 0,0001	2,69	1,54	4,70	<0,001
* sur la notion de besoins spirituels									
Formation professionnelle	403								
formation MG seul									
formations complémentaire		1,09	0,62	1,91	0,769				
avec approches globales : SP, gériatrie, douleur, psycho., homéopath., phytoth., acupuncture									
Formation soins palliatifs (SP)	403	1,45	0,60	3,51	0,405				
Confrontation situations de SP	401								
rarement ou jamais									
parfois		1,15	0,74	1,79	0,521				
souvent ou très souvent		1,02	0,57	1,83	0,949				
≤1/mois	399								
≥2mois		1,17	0,76	1,82	0,477				
Influence de la spiritualité des MG*	384								
non ¹									
oui ²		3,94	2,40	6,46	< 0,0001				
* estiment que leur propre spiritualité a une influence dans leur démarche de soins									
Degré de sensibilisation*									
rarement ou jamais									
parfois, souvent ou très souvent		2,48	1,54	3,99	0,000	1,15	0,62	2,14	0,653
* lecture d'articles ou conférences sur la PEC des besoins spirituels									
Confrontation à la notion de spiritualité *	402								
rarement ou jamais									
parfois		1,83	1,14	2,95	0,012				
souvent ou très souvent		1,66	0,97	2,83	0,066				
* dans la relation de soins									
Nbre de situations le mois dernier	395								
0									
1		2,20	1,15	4,22	0,018				
2		1,63	0,84	3,17	0,147	0,89	0,46	1,72	0,733
3		2,54	1,23	5,24	0,012				
≥4		1,98	1,13	3,48	0,017	0,55	0,25	1,23	0,147
Degré d'aisance pour aborder le sujet	401								
non ³									
oui ⁴		1,83	1,15	2,91	0,011	0,70	0,37	1,33	0,280

Tableau 9 : influence de la spiritualité du MG sur sa prise en charge des besoins spirituels (suite)

Portrait du MG ayant une spiritualité de type "religion pratiquant ou non pratiquant"

Analyses bivariées et multivariées

	Univarié				Multivarié				N=354
	N	OR	IC (95%) [inf sup]		p	OR	IC (95%) [inf sup]		
Degré d'intérêt dans la relation de soins									
Connaître la spiritualité du patient									
	403								
peu d'intérêt ⁵									
intérêt modéré ⁶		2,91	1,66	5,10	0,000	2,09	0,97	4,52	0,060
intérêt important ⁷		3,69	2,07	6,59	< 0,0001	1,90	0,74	4,92	0,185
Connaître son degrés d'importance									
peu d'intérêt									
	401								
intérêt modéré		1,89	1,19	2,99	0,007	0,91	0,46	1,82	0,796
intérêt important		2,43	1,38	4,29	0,002	0,94	0,35	2,55	0,903
Importance d'avoir cette information									
peu d'intérêt									
	402								
intérêt modéré		2,16	1,27	3,66	0,004	1,42	0,73	2,77	0,307
intérêt important		3,20	1,81	5,66	< 0,0001	1,53	0,66	3,56	0,320
Compréhension de la laïcité									
La spiritualité du patient									
	398								
ne doit pas se manifester									
doit être laissée à l'initiative du patient		8,21	1,06	63,5	0,044	1,32	0,75	2,33	0,329
peut être librement abordée		12,50	1,62	96,6	0,015	0,47	0,05	4,06	0,490
La spiritualité du médecin									
	385								
ne doit pas se manifester									
doit être laissée à l'initiative du patient		3,59	2,05	6,30	< 0,0001	0,93	0,40	2,13	0,855
peut être librement abordée		3,34	1,92	5,81	< 0,0001	0,54	0,28	1,03	0,062
Personne qui aborde le sujet									
Le Médecin aborde le sujet									
	394								
non ⁵									
oui ^{6 7}		2,38	1,57	3,60	< 0,0001	1,28	0,72	2,29	0,396
PEC par un temps d'anamnèse spirituelle									
	389								
non									
oui		2,91	1,74	4,87	< 0,0001	1,36	0,72	2,57	0,344

Notes :

- ¹ probablement ou sûrement pas, ne sait/se prononce pas
- ² probablement ou sûrement
- ³ plutôt pas ou pas du tout à l'aise
- ⁴ plutôt à l'aise ou très à l'aise
- ⁵ rarement ou jamais
- ⁶ parfois
- ⁷ souvent ou toujours
- PEC : Prise en Charge
- BS : Besoins spirituels
- MG : Médecins généralistes
- SP : Soins palliatifs

Modèle de l'analyse (type de spiritualité du MG) :

- 0 - aucune ou indépendante
- 1 - religion non pratiquant ou pratiquant
- les réponses à clarifier ou autre n'ont pas été intégrées dans le modèle (n=56)
- N: nombre de sujets intégrés dans l'analyse (différent pour chaque variable)
- OR: la première ligne de chaque variable étant prise comme référence pour calculer l'OR

Interpretation : "Les MG qui ont déclaré avoir une religion (pratiquants ou non) ont répondu X fois plus souvent la variable étudiée
"Y-a-t-il une différence de PEC entre les MG qui ont une religion et ceux qui n'en ont pas ?

Tableau 10 : profil du médecin généraliste sensibilisé

Influence de la lecture d'articles ou conférences concernant la spiritualité

Analyses bivariée et multivariée

10.1 Profil du MG sensibilisé	Bivariée				Multivariée N=316				
	N	OR	IC (95%) [inf sup]		p	OR	IC (95%) [inf sup]		p
Sexe	403								
femme									
homme		1,81	1,13	2,90	0,014	1,45	0,76	2,76	0,257
Age	405								
<40									
40-49		1,98	0,97	4,04	0,062				
50-59		3,69	1,82	7,46	0,000	1,16	0,57	2,36	0,683
≥60		4,11	2,08	8,14	<0,0001				
Formation professionnelle	405								
formation MG seul									
formations complémentaire avec approches globales : SP, gériatrie, douleur, psycho., homéopath., phytoth., acupuncture		4,60	2,05	10,34	0,000	2,62	1,04	6,61	0,041
Formation soins palliatifs (SP)	405	7,97	3,11	20,43	<0,0001	1,76	0,46	6,78	0,409
Confrontation à la notion de spiritualité *	404								
rarement ou jamais									
parfois		3,66	1,79	7,46	0,000				
souvent ou très souvent		8,15	3,91	16,97	<0,0001				
* dans la relation de soins									
Nbre de situations le mois dernier	397								
0									
1		1,63	0,65	4,09	0,295				
2		2,76	1,18	6,46	0,020	1,22	0,46	3,23	0,688
3		2,52	0,98	6,45	0,054				
≥4		5,12	2,47	10,61	<0,0001	1,67	0,59	4,74	0,336
Confrontation situations de soins palliatifs									
rarement ou jamais	403								
parfois		1,24	0,73	2,11	0,430				
souvent ou très souvent		2,06	1,08	3,92	0,028				
≤1/mois	401								
≥2mois		1,68	1,02	2,75	0,041				
Visites/semaine	402								
≥ 4 visites									
< 4 visites		0,94	0,59	1,51	0,798				
Répartition géographique	402				>0,05				
Spiritualité des MG	403								
aucune spiritualité									
spiritualité indépendante*		5,26	1,80	15,36	0,002	2,39	0,73	7,77	0,149
religion - non pratiquant		5,48	1,72	17,45	0,004	2,71	0,80	9,11	0,108
religion - pratiquant		12,7	4,26	37,69	<0,0001				
* hors cadre religieux									
Influence de la spiritualité des MG*	386								
non ¹									
oui ²		2,27	1,28	4,01	0,005	0,80	0,37	1,75	0,576
* estiment que leur propre spiritualité a une influence dans leur démarche de soins									

10.1 Profil du MG sensibilisé (suite)	Bivariée				Multivariée N=316				
	N	OR	IC (95%) [inf sup]		p	OR	IC (95%) [inf sup]		p
Considération de la PEC des BS	405								
impact sur le processus de guérison									
non ¹									
oui ²		4,60	2,05	10,34	< 0,001	2,56	0,80	8,24	0,115
impact sur la santé globale									
non ¹									
oui ²		3,21	1,34	7,70	0,009	0,74	0,20	2,71	0,649
Place du MG dans la PEC des BS	405								
Place limité ou non responsable									
Place importante ou primordiale		3,02	1,83	4,99	< 0,0001	1,27	0,63	2,57	0,499
Degré de connaissance *	401								
notion flou ou inconnue									
notion familière		6,21	3,37	11,46	< 0,0001	2,07	0,98	4,40	0,058
* sur la notion de besoins spirituels									
Degré d'aisance pour aborder le sujet	403								
non ³									
oui ⁴		6,63	2,96	14,82	< 0,0001	1,88	0,74	4,79	0,187
Compréhension de la laïcité	400								
La spiritualité du patient									
ne doit pas se manifester									
doit être laissée à l'initiative du patient		7,22	0,39	133,3	0,184	0,94	0,47	1,87	0,852
peut être librement abordée		14,9	0,81	273,8	0,069	0,63	0,03	14,70	0,771
La spiritualité du médecin	387								
ne doit pas se manifester		2,88	1,55	5,35	0,001	1,46	0,57	3,73	0,428
doit être laissée à l'initiative du patient		5,34	2,93	9,71	< 0,0001	0,72	0,31	1,67	0,444
peut être librement abordée									

10.2 Impact de la sensibilisation sur la prise en charge	Bivariée				Multivariée N=386				
	N	OR	IC (95%) [inf sup]		p	OR	IC (95%) [inf sup]		p
Degré d'intérêt dans la relation de soins	405								
Connaître la spiritualité du patient									
peu d'intérêt ⁵									
intérêt modéré ⁶		2,46	1,12	5,42	0,025	1,25	0,46	3,40	0,656
intérêt important ⁷		7,06	3,28	15,19	< 0,0001	2,05	0,66	6,38	0,214
Connaître son degré d'importance	403								
peu d'intérêt									
intérêt modéré		2,17	1,17	4,00	0,013	0,97	0,42	2,24	0,942
intérêt important		6,73	3,46	13,11	< 0,0001	1,87	0,64	5,43	0,249
Importance d'avoir cette information	404								
peu d'intérêt									
intérêt modéré		3,19	1,48	6,89	0,003	2,14	0,90	5,12	0,087
intérêt important		7,17	3,29	15,63	< 0,0001	2,83	1,07	7,53	0,037
Le Médecin aborde le sujet	395								
non ⁵									
oui ^{6 7}		3,43	2,05	5,71	< 0,0001	1,86	1,04	3,34	0,037
PEC par un temps d'anamnèse spirituelle	391								
non									
oui		2,73	1,59	4,71	0,000	1,57	0,85	2,91	0,151

Notes :

- ¹ probablement ou sûrement pas, ne sait/se prononce pas
- ² probablement ou sûrement
- ³ plutôt pas ou pas du tout à l'aise
- ⁴ plutôt à l'aise ou très à l'aise
- ⁵ rarement ou jamais
- ⁶ parfois
- ⁷ souvent ou toujours
- PEC : Prise en Charge
- BS : Besoins spirituels
- MG : Médecins généralistes
- SP : Soins palliatifs

Modèle de l'analyse (lecture d'artices-conférences) :

- 0 - rarement ou jamais
- 1 - parfois, souvent ou très souvent (=MG "sensibilisé")
- les réponses à clarifier ou autre n'ont pas été intégrées dans le modèle (n=56)
- N: nombre de sujets intégrés dans l'analyse (différent pour chaque variable)
- OR: Odd Ratio = la première ligne de chaque variable étant prise comme référence pour calculer l'OR
- Interpretation : la variable est retrouvée X fois plus souvent dans le groupe de MG sensibilisés

Annexes 1 et 2 : Fiches synthèses

FICHE SYNTHÈSE 1 : Les besoins spirituels

- Relation à la transcendance : croyances, foi, relation à une puissance supérieure/forces surnaturelles/ Dieu
- Relation à soi (auto transcendance) : paix intérieure, besoin d'espoir, tranquillité d'esprit face au présent et à l'avenir, sentiment de plénitude
- Relation à l'autre : être accompagné, aimer et se sentir aimé
- Des questionnements existentiels : sens et but de la vie
- Une cohérence singulière de la personne : identité profonde, vie intérieure, valeurs personnelles
- Les pratiques spirituelles : religiosité, prières, rites...

FICHE SYNTHÈSE 2 : La prise en charge des besoins spirituels

POURQUOI ? (buts-objectifs)

S'inscrire dans le modèle biopsychosocial et spirituel du soin - approche holistique.

Mieux connaître le patient et améliorer la relation de soin (« soignant-malade »).

Favoriser et renforcer les comportements positifs d'adaptations face à une maladie ou une difficulté de vie (*coping*).

Favoriser l'observance au traitement et aux éléments de prise en charge.

Avoir un impact positif sur la qualité de vie, le bien-être physique, psychologique et social du patient.

Participer à la guérison et améliorer la santé des patients.

POUR QUI ? (personnes concernés)

Pour tout patient. Sans distinction.

A tout stade de la maladie, et en particulier : en cas de problèmes de santé graves ou mettant la vie en danger, à l'approche de la mort, en cas de deuil, en cas de troubles anxiodépressifs, maladies chroniques, maladies graves, situations palliatives et de fin de vie, situations sociales difficiles.

FICHE SYNTHÈSE 2 (suite)

QUI ? (les acteurs)

Concerne tous les soignants : médecins, paramédicaux.

Concerne l'entourage du patient et les aidants.

Concerne les aumôniers (lieux publics).

Concerne les associations de patients et bénévoles.

QUOI ?

S'intéresser et encourager l'expression de la spiritualité, des croyances et des représentations du patient (*anamnèse* spirituelle du patient).

Aider le patient à identifier les buts, valeurs et sens de son existence.

Aborder les questions spirituelles avec les patients telles que : la peur de la mort, la perte de contrôle des événements, la culpabilité, les remords, le pardon, la réconciliation.

Faciliter l'expression des besoins spirituels et des pratiques religieuses du patient.

Pratiquer un temps d'écoute de qualité.

Proposer une présence authentique du soignant auprès du patient.

Proposer la visite d'un aumônier (lieux publics).

COMMENT ?

Etablir une relation de confiance entre le patient, l'entourage et l'équipe soignante.

Favoriser l'accès aux aumôniers et/ou référents spirituels du patient.

En respectant la dignité du patient et son intimité.

Dans le respect de la vie privée, en faisant preuve de discrétion et de confidentialité.

En respectant les convictions du patient (opinions philosophiques et religieuses).

Sans prosélytisme : ne pas chercher à imposer des systèmes de valeurs.

Avec impartialité, et sans distinction de patient (quelles que soient la maladie ou les convictions du patient).

Une prise en charge interdisciplinaire, coordonnée et intentionnelle.

Développer des formations spécifiques pour les soignants.

Développer des formations spécifiques pour former et certifier les aumôniers.

Accompagner et former l'entourage.

Encourager des politiques institutionnelles pour améliorer le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des besoins spirituels.

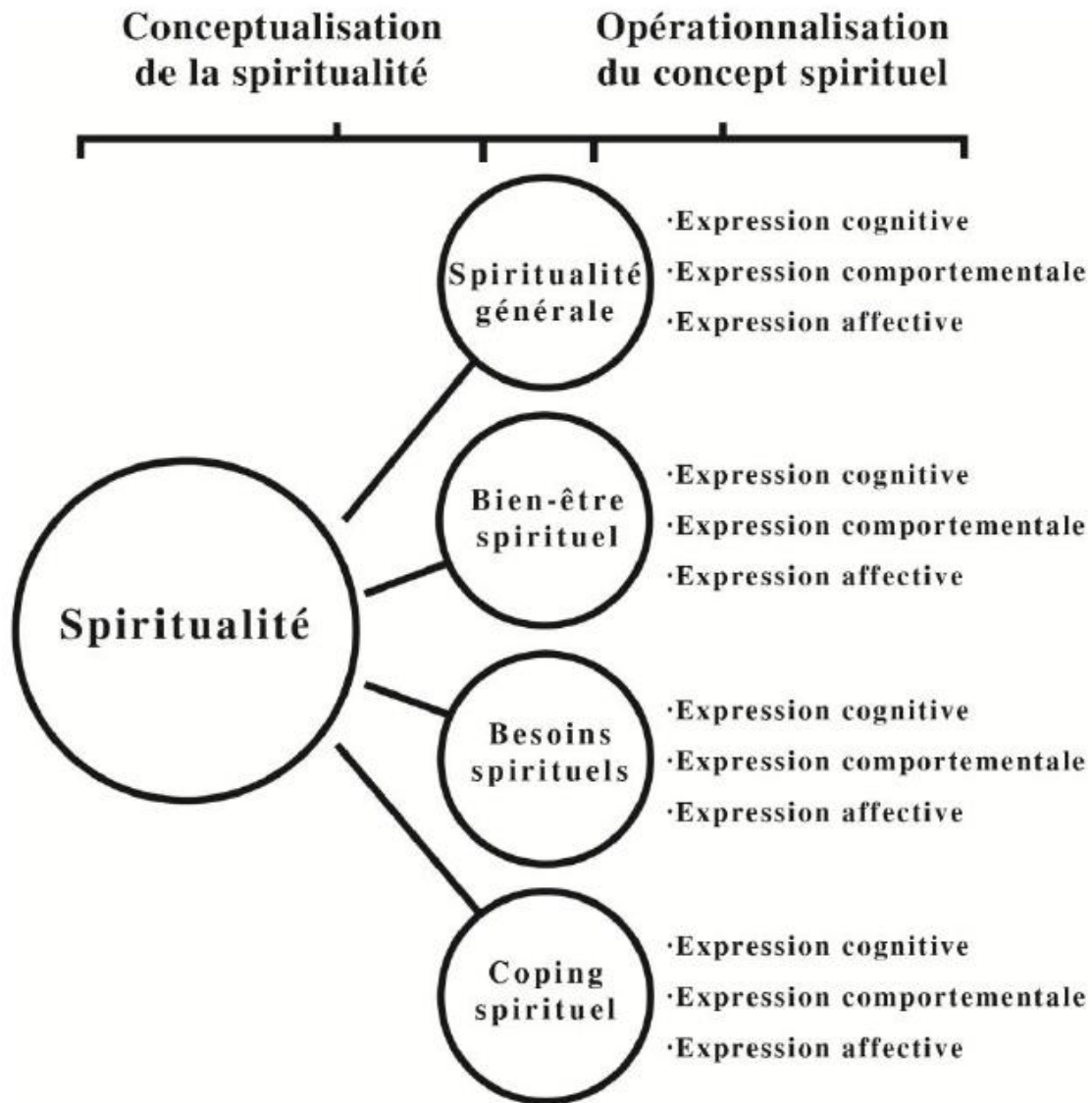
Annexe 3 : Conférence de consensus de Pasadena (2009) au sujet de la prise en charge des besoins spirituels des patients
extrait des recommandations (20)

«Tous les professionnels de santé doivent être formés au dépistage des besoins et antécédents spirituels dans le cadre d'évaluations de routine. Les prestataires de soins de santé devraient adopter et mettre en œuvre des outils d'évaluation structurés afin de faciliter la documentation des besoins et l'évaluation des traitements et de leur prise en charge.»

- 1- Les soins spirituels doivent faire partie intégrante de toute prise en charge et modèle de soins axés sur le patient.
- 1- Les modèles de soins spirituels doivent être basés sur le **respect de la dignité** de toutes les personnes et sur des soins empreints de **compassion**.
- 2- La détresse/souffrance spirituelle doit être traitée avec la **même intention et la même urgence que le traitement de la douleur** ou tout autre problème médical ou social.
- 3- La spiritualité doit être considérée comme un **signe vital** du patient. Tout comme la douleur est systématiquement dépistée, il en va de même pour la spiritualité.
Cette problématique doit faire partie **des soins de routine**. Des **politiques institutionnelles** pour améliorer le dépistage, l'évaluation et la prise en charge des besoins spirituels doivent être encouragées.
- 4- Les modèles de *soins spirituels* doivent être **interdisciplinaires** et inclure des formations spécifiques, ainsi que des aumôniers formés et certifiés.

Traduction libre par nos soins

Annexe 4 : Classification des échelles de spiritualité selon Monod (11)



Traduction libre selon Branchi (34)

Annexe 5 : Echelle de bien-être spirituel : WHOQOL-SRPB (OMS-1998) (3)

World Health Organization Quality of Life - spirituality, religiousness and personal beliefs

Table 1 French-language version of the WHOQOL-SRPB

Questionnaire sur la spiritualité, la religion et les croyances personnelles

L'espoir et l'optimisme

1. Est ce que vous vous sentez optimiste ?
2. Etes vous optimiste en ce qui concerne votre vie ?
3. Votre optimisme améliore-t-il la qualité de votre vie ?
4. Etes-vous capable de rester optimiste dans les moments d'incertitude ?

Le sens de la vie

5. Percevez-vous un sens à la vie, d'une façon générale ?
6. Le fait de vous occuper des autres donne-t-il un sens à votre vie ?
7. Est ce que vous ressentez que votre vie a un but ?
8. Pensez-vous qu'il existe une raison pour que vous soyez présent sur terre ?

L'émerveillement

9. Etes vous capable de vous émerveiller de ce qui vous entoure ? (Nature, art, musique)
10. Vous sentez-vous spirituellement touché par la beauté ?
11. Avez-vous des sentiments d'inspiration ou d'excitation dans votre vie ?
12. Avez-vous un sentiment de reconnaissance quand vous pensez aux choses qui vous font plaisir dans la nature ?

La paix intérieure

13. Vous sentez-vous en paix avec vous-même ?
14. Ressentez-vous une paix intérieure ?
15. Etes-vous capable de vous sentir paisible quand vous en avez besoin ?
16. Avez-vous l'impression qu'il existe une harmonie dans votre vie ?

La plénitude

17. Ressentez-vous une connexion entre votre esprit, votre corps et votre âme ?
18. Etes-vous satisfait de l'équilibre entre votre esprit, votre corps et votre âme ?
19. Avez-vous le sentiment que ce que vous vivez est en accord avec ce que vous pensez et ce que vous ressentez ?
20. Vos convictions personnelles vous aident-elles à créer une cohérence entre ce que vous faites, ce que vous pensez et ce que vous ressentez ?

Questionnaire sur la spiritualité, la religion et les croyances personnelles

La puissance spirituelle

21. A quel point ressentez vous de la force spirituelle intérieure ?
22. Pouvez-vous trouver de la force spirituelle dans les moments difficiles ?
23. A quel point cette force spirituelle vous aide-t-elle à mieux vivre ?
24. Votre force spirituelle vous aide-t-elle à vous sentir heureux dans la vie ?

La connexion à un être ou à une force spirituel(le)

25. Le fait de vous connecter à un être spirituel (Dieu, une puissance supérieure, une énergie, ou autre) vous aide-t-il à traverser les moments difficiles ?
26. Le fait de vous connecter à un être spirituel vous aide-t-il à supporter le stress ?
27. Le fait de vous connecter à un être spirituel vous aide-t-il à comprendre les autres ?
28. Le fait de vous connecter à un être spirituel vous apporte-t-il du réconfort ?

La foi

29. Dans quelle mesure la foi contribue-t-elle à votre bien-être ?
30. Dans quelle mesure la foi vous apporte-t-elle du réconfort dans votre vie quotidienne ?
31. Dans quelle mesure la foi vous donne-t-elle de la force dans la vie quotidienne ?
32. Dans quelle mesure la foi vous aide-t-elle à apprécier la vie ?

Réponses : pas du tout = 1, un peu = 2, modérément = 3, beaucoup = 4, fortement = 5.

Instructions : Les questions suivantes portent sur vos croyances spirituelles, religieuses et personnelles et leur impact sur la qualité de votre vie. Les questions portent sur votre vécu des 2 dernières semaines. Veuillez répondre à toutes les questions. Si vous n'êtes pas sûr de votre réponse, mettez la réponse qui vous paraît la plus appropriée.

Annexe 6 : Echelle de bien-être spirituel : FACIT -sp-12 (10)

The functional assessment of chronic illness therapy—spiritual well-being scale

N°	Version anglaise	Item	Version française
1)	I feel peaceful		Je me sens en paix
2)	I have a reason for living		J'ai des raisons de vivre
3)	My life has been productive		Ma vie a été productive
4)	I have trouble feeling peace of mind		J'ai du mal à sentir la tranquillité d'esprit
5)	I feel sense of purpose in my life		Je ressens un sentiment d'objectif dans ma vie
6)	I am able to reach down deep into myself for comfort		Je suis capable de rechercher profondément en moi pour du confort
7)	I feel a sense of harmony within myself		Je ressens un sentiment d'harmonie en moi
8)	My life lacks meaning and purpose		Ma vie a manqué de sens et d'objectifs
9)	I find comfort in my faith or spiritual beliefs		Je trouve du confort dans ma foi ou mes croyances spirituelles
10)	I find strength in my faith or spiritual beliefs		Je trouve de la force dans ma foi ou mes croyances spirituelles
11)	My illness has strengthened my faith or spiritual beliefs		Ma maladie a renforcé ma foi ou mes croyances spirituelles
12)	I know that whatever happens with my illness, things will be okay		Je sais que quoi qu'il arrive avec ma maladie, les choses iront bien

libre traduction française selon Branchi (34)

Annexe 7 : Echelle des besoins spirituels : SpNQ (13)

Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ version 1.2.)

N°	Item
Religious needs	
N18	pray with someone
N20	pray for yourself
N19	someone prays for you
N21	participate at a religious ceremony (i.e. service)
N22	read religious / spiritual books
N23	turn to a higher presence (i.e. God, angels ...)
Need for Inner Peace	
N7	dwell at a place of quietness and peace
N2	talk with others about my fears and worries
N8	find inner peace
N6	plunge into beauty of nature
N1	higher devotion by others
Existentialistic needs (Reflection / Meaning)	
N4	reflect your previous life
N11	talk with someone about the question of meaning in life
N5	dissolve open aspects of your life
N10	find meaning in illness and/or suffering
N12	talk with someone about the possibility of life after death
Actively Giving	
N14	give away something from yourself
N15	solace someone
N13	turn to someone in a loving attitude
N24	* being complete and safe
N17	* be forgiven

- un facteur religieux (alpha=.92) : se connecter à l'être transcendant, pratiques privées telles que la prière pour soi et pour les autres et la lecture de textes religieux/spirituels, participer à des pratiques publiques telles que la fréquentation de l'église et de la présence lors de cérémonies rituelles ;
- un facteur paix intérieure (alpha=.82) : trouver la paix intérieure par le biais d'un lieu spécifique, se plonger dans la beauté de la nature, confier ses préoccupations à autrui ;
- un facteur existentiel (alpha=.82) : questionnement relatif au sens de la vie, à la souffrance, et à la vie après la mort, et
- un facteur dons actifs/généralité (alpha=.74) : intention de reconforter autrui, de donner de soi et de se connecter à autrui.

libre traduction française par Branchi (34)

Annexe 8 (1): Point sur la laïcité et son application en France

1/ Aspect juridique

A l'échelle internationale, la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 précise que « nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi. » (article 10) (61)

La Convention européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales (1950) souligne que « toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de manifester sa religion individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites. » (62)

En France, depuis 1905, plusieurs lois et ajustements définissent la laïcité et le cadre qu'elle implique : « elle repose sur trois principes : la liberté de conscience et la liberté de culte, la séparation des institutions publiques et des organisations religieuses, et l'égalité de tous devant la Loi, quelles que soient leurs croyances ou leurs convictions. La laïcité n'étant pas définie comme une opinion ou une conviction, mais comme le principe qui les autorise toutes, sous réserve du respect de l'ordre public. » (63) De cette séparation se déduit la neutralité de l'Etat, des collectivités territoriales et des services publics, mais non de ses usagers. La République laïque assure ainsi l'égalité des citoyens face à l'administration et aux services publics, quelles que soient leurs convictions ou croyances.

La laïcité « à la française » est souvent mal comprise, et perçue parfois comme un principe d'interdit, qui refuse le pluralisme religieux et son expression (64) . Il paraît donc important de préciser que « la laïcité n'est pas une opinion parmi d'autres mais la liberté d'en avoir une ». (63)

La dimension spirituelle et religieuse dans les soins doit s'intégrer dans une juste compréhension et application du principe de laïcité dans notre société.

2/ La laïcité dans les établissements public de santé

Les soignants

Comme tout autre fonctionnaire, le médecin est soumis au principe de neutralité du service public, instauré par le principe de laïcité. Ceci implique que les soignants ne doivent pas « manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire. Ce principe vise à protéger les usagers de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience ; particulièrement dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance.» (65)

Le code de la santé publique précise également le devoir de neutralité des bâtiments publics (L'article 28 de la loi du 9 décembre 1905).

Les patients

Les patients hospitalisés ont le droit au respect de leurs croyances.

Ils doivent être en mesure de participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène (CSP art R.1112-46).

Les services hospitaliers ont le devoir de prendre en charge le décès et donner la possibilité de procéder aux rites et cérémonies prévus par la religion des patients hospitalisés.

Les patients ont le droit au refus de certains soins. (66) (67)

Annexe 8 (2) : Point sur la laïcité et son application en France (suite)

Les aumôniers

« Les aumôniers sont désignés par les autorités cultuelles dont ils relèvent et recrutés par les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Ils ont la qualité d'agents contractuels. Ils ont la charge d'assurer dans les établissements le service du culte auquel ils appartiennent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille ou qui lors de leur admission ont souhaité déclarer qu'ils appartenaient à tel ou tel culte. Ils accompagnent aussi les familles et proches qui le souhaitent. Les personnels soignants sont attentifs à repérer et à transmettre d'éventuelles demandes. » (68)

3/ Laïcité et exercice libéral

Il n'existe pas de recommandations ou circulaires spécifiques à l'application de la laïcité dans l'exercice libéral. Mises à part quelques situations particulières, le médecin généraliste libéral n'est pas considéré comme un collaborateur du service public (69). Il n'est donc pas concerné de la même manière par le principe de laïcité qui s'y rattache, et une plus grande souplesse s'applique alors.

Cependant, les principes fondamentaux de la laïcité donnent le cadre nécessaire à l'exercice de la médecine libérale :

- La non-discrimination et l'égalité de traitement entre les patients. L'interdiction de toute discrimination fondée sur la religion (66) : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quelles que soient leur origine, (...) leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée (...) » (35).
- Le libre choix du médecin et de l'établissement par le patient, en dehors des situations d'urgences.
- La clause de conscience des médecins : le droit de refuser la réalisation d'un acte médical qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques, en dehors des situations d'urgences ; et en s'assurant de la continuité des soins, en donnant les moyens au patient de poursuivre sa PEC (CSP art L.1110-3, R. 4127-47).
- L'obligation d'assurer la qualité et la continuité des soins (CSP art. L.1110-1, L.1110-3, R.4127-47, L.6112-2)
- L'interdiction du prosélytisme : concerne le personnel médical et paramédical, les aumôniers, les patients et les visiteurs.

Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) rappelle dans un article que « la qualité de l'écoute, la pertinence d'une information claire, loyale et surtout appropriée, l'empathie manifestée par le soignant évitera la plupart du temps ces situations rares, désolantes, médiatisées et qui ne sauraient être tolérées. La laïcité, ensemble de droits et de devoirs permettant le "vivre ensemble", doit être sans cesse réaffirmée. C'est l'un des piliers incontournables d'une médecine de qualité au service de tous. » (36)

Annexe 9 : Fiche d'information aux participants et mail d'invitation

Fiche d'information aux participants

THESE : Prise en charge des **besoins spirituels** en médecine générale- janvier 2019

- 1-Résumé
- 2-Contenu du mail d'invitation
- 3-Contenu de l'écran d'accueil en début de questionnaire
- 4-Contenu de l'écran de conclusion en fin de questionnaire
- 5-Mentions légales et informations concernant cette étude

1 - Résumé :

Thèse de Médecine générale.

Prise en charge des **besoins spirituels** en médecine générale : Evaluer la perception des médecins généralistes en France.

Enquête par auto questionnaire progressif anonyme et volontaire.

2 - Contenu du mail d'invitation :

Objet : travail de thèse : *Un tabou à lever ensemble !*

La *spiritualité* au cabinet : *parlons-en !*

J'ai besoin de **vos réponses à ce questionnaire** anonyme s'inscrivant dans mon travail de thèse : cliquez sur le lien ci-dessous :

<https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/38589?lang=fr>

Conscient que chaque minute compte pour vous au cabinet.

Merci de votre aide et de votre participation.

Ce travail est déclaré et validé par le CIL (correspondant informatique et libertés – RGPD).

*En pièce jointe la **fiche d'information aux participants** avec toutes les mentions légales.*

Anselme HAHLING

Interne à l'Université Grenoble Alpes

[Données à caractère personnel]

3 - Contenu de l'écran d'accueil en début de questionnaire :

Evaluer la **perception** des médecins généralistes en France.

Thèse de Médecine générale.

Enquête par Auto questionnaire anonyme et progressif.

Plan :

- 1- Votre **perception** des besoins spirituels (*2min*)
- 2- La **place** du médecin : ce que vous en pensez (*2 min*)
- 3- Aller plus loin : ressources et freins (*2 min*)
 - Questions à **choix multiples** : cochez *la* ou *les* case(s) qui correspond(ent) à votre/vos réponses.
 - *Vous êtes libres de tout cocher si toutes les propositions vous paraissent justes.*
 - *Vous avez à tout moment la possibilité de sauvegarder vos réponses et terminer plus tard (icône en haut à droite)*

Dans le cas où les participants choisissent de terminer plus tard leur questionnaire : ils se verront recevoir un mail de rappel dans les jours qui suivent afin de les inviter à terminer le questionnaire. Les participants auront le droit de refuser de terminer le questionnaire.

4 - Contenu de l'écran de conclusion du questionnaire une fois terminé : cf questionnaire (Annexe 10)

5 - Mentions légales et informations concernant cette étude :

Titre : Place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient, en France.

Equipe de recherche :

- Anselme HAHLING (doctorant) : [Données à caractère personnel]
[Données à caractère personnel]

- Dr Vincent REBEILLE-BORGELLA (directeur de thèse ; RPPS :10003042479) : [Données à caractère personnel]
[Données à caractère personnel]

Affiliations institutionnelles : Université Grenoble Alpes, Faculté de Médecine

But de l'étude : Evaluer la perception de la prise en charge des besoins spirituels des médecins généralistes en France.

Début de l'étude :

- 23/01/2019 : mail d'invitation envoyé le 05/02/2019/ après demande d'autorisation à l'URPS et par son intermédiaire : mail de relance le 21/02/2019 via les CDOM de Haute Savoie et d'Ardèche.

- Fin du recueil des données : 04/04/2019

- Fin de l'analyse des données : 30/06/2019

- Fin de l'étude : 30/11/2019

Méthode de l'étude :

- Etude descriptive, transversale. Enquête épidémiologique, réalisée par auto-questionnaires **auprès de médecins généralistes** français.
- Questionnaire anonyme et progressif, d'une durée moyenne de 10 minutes, basé sur les données de la littérature.
- Méthode de recueil des données et d'identification de la population source :
 - ⇒ envoi d'une invitation par l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes.
 - ⇒ Base de contact : les adresses mails et coordonnées des médecins sont en possession de l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes seulement, et ont été recueillis par consentement et de façon volontaire au siège de l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes au moment du règlement des cotisations annuelles à l'URPS des médecins généralistes exerçant en Auvergne-Rhône-Alpes, étant inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins.
 - ⇒ Les membres de l'équipe de recherche ne disposent d'aucune de ses coordonnées et n'y auront à aucun moment accès.
 - ⇒ Le doctorant (membre de l'équipe de recherche) communiquera au siège de l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes : une invitation écrite informatique avec le lien du questionnaire. Ce questionnaire ne comporte aucune donnée nominative ni coordonnée personnelle (aucune adresse mail, aucun nom ni aucun prénom) .
 - ⇒ Les résultats seront communiqués via le logiciel de recueil de données sécurisé (*LimeSurvey*©) : sécurisé par un mot de passe que seul le doctorant (Anselme HAHLING) est en mesure de connaître. Aucune donnée ne sera communiquée au siège de l'URPS.
 - ⇒ Ainsi : **l'invitation à répondre au questionnaire est totalement indépendante du recueil des résultats et de leur analyse.** L'organisme qui envoie l'invitation à répondre au questionnaire (URPS) se contente d'envoyer un message avec le lien du questionnaire et la fiche d'information aux participants. Il n'intervient pas dans le recueil ni dans l'analyse des résultats.
 - ⇒ Ce mail d'invitation s'inscrit dans le cadre du soutien de l'URPS au travail de thèse dont il sollicite régulièrement (une fois par mois) tous ses membres par un mail en utilisant ce même procédé.
 - ⇒ Un mail de relance à J-15 et J-30 sera envoyé à la même base de données, en utilisant le même procédé, après autorisation de l'URPS.
 - ⇒ Les données indirectement identifiantes (sexe, âge, commune d'exercice) sont anonymisées par le logiciel de recueil de données *LimeSurvey*®.

- Logiciel : LimeSurvey®. Licence et droits via l'Université Grenoble Alpes (UGA). Accès sécurisé par mot de passe personnel.
- Conservation et sécurité des données :
 - ⇒ Données conservées sur le serveur sécurisé du logiciel de recueil des données (LimeSurvey®) protégé par un mot de passe individuel connu seulement par le doctorant.
 - ⇒ Une sauvegarde sur disque dur du doctorant (protégé par un mot de passe personnel et un antivirus à jour : AVAST anti virus@).
 - ⇒ L'ordinateur utilisé pour l'analyse des données et le disque dur de sauvegarde seront conservés dans un appartement fermé sous clé à triple verrou, avec assurance habitation à jour (contrat MACIF n° 7060797-74 depuis le 28/05/2018 valable jusqu'au 31/10/2019) au nom de Anselme HAHLNG - 46, avenue du grand port – 73100 Aix les Bains.
 - ⇒ Conservation des données : 3 mois selon feuille déclaration CIL, sur disque dur sécurisé par un mot de passe et conservé à l'adresse du doctorant. Données effacées du disque dur à 3 mois (selon données. Voir fiche CIL associée).

Randomisation : pas de randomisation. Analyse de toutes les données recueillies.

Critère d'inclusion : médecins généralistes thésés diplômés d'un DES de médecine générale ou équivalent, exerçant en France, inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des médecins français.

Critère de non inclusion/d'exclusion : tout médecin ne disposant pas d'un DES de médecine générale ou équivalent. Tout médecin n'exerçant pas en France.

Critère de jugement principal : réponses au questionnaire d'enquête anonyme et progressif, personnel, individuel et non obligatoire.

Pas de double aveugle ni de placebo : car ne correspond pas à une étude comparative.

Durée de l'étude : recueil des données pendant 3 mois. Analyse des données pendant 6 mois ; durée totale maximale de l'étude : 1 an à compter de la date du 16/01/2019.

Nombre de visites pour le patient :

- Aucune : car l'étude s'intéresse seulement aux médecins généralistes.
- Un mail d'invitation à répondre au questionnaire sera envoyé. Un mail de rappel sera envoyé à J-15 et J-30.

Aspects des soins liés à la recherche :

- éléments socio-démographiques du corps médical (afin de caractériser l'échantillon et d'établir sa significativité) sur simple déclaration anonyme et volontaire.
- éléments concernant la pratique de la médecine générale en cabinet : sur simple déclaration en répondant au questionnaire.
- éléments d'opinions et de perceptions propres à chaque médecin, concernant sa pratique personnelle de la prise en charge de ses patients au cabinet, sans obligation de répondre.
- La recherche s'intéresse à la perception des médecins généralistes sur la prise en charge des besoins spirituels avec leur patient. Elle est déclarative et anonyme.

Mesures de fin d'étude :

- Suppression de toutes les données.
- Analyse des résultats par statistiques univariées et multivariées.
- Publication potentielle dans une revue de médecine et présentation orale potentielle lors de congrès de médecine.

Bénéfices attendus :

Faire un état des lieux et étudier les pratiques des médecins généralistes en France.

Evaluer la façon dont les médecins généralistes français comprennent et perçoivent la notion de « besoins spirituels » et la façon dont ils appréhendent sa prise en charge dans le soin :

- afin de **mieux comprendre** les enjeux et freins qu'elle constitue dans la relation de soin ;

- afin d'apporter des **éléments de réflexion** pour sensibiliser et **améliorer** la formation à cette problématique ;
- afin **d'améliorer les pratiques**, en s'inscrivant dans une prise en charge holistique du patient en médecine de premier recours.

Risques potentiels : aucun risque car questionnaire simplement déclaratif, n'engageant aucune modification des pratiques de prise en charge des répondants. Aucune coordonnée personnelle directe ne sera à disposition de l'équipe de recherche.

Possibilité d'information des résultats de l'étude : oui en envoyant un mail indépendamment du questionnaire à l'équipe de recherche ; mail sécurisé et non associé aux résultats du questionnaire. Cette possibilité sera communiquée dans la dernière page en fin de questionnaire.

[Données à caractère personnel]

Sources de financement : aucune . Les seuls financements nécessaires sont liés aux frais de déplacement et d'inscription à l'Université de médecine de Grenoble UGA, aux frais du doctorant (Anselme HAHLING).

- Articles accessibles via les abonnements de la faculté UGA.

Conflits d'intérêts : un membre de l'équipe de recherche (le directeur de thèse : Dr Vincent REBEILLE-BORGELLA) est membre (secrétaire général) de l'URPS Auvergne-Rhône-Alpes (Union régionale des professionnels de santé médecins).

La participation au questionnaire est **volontaire**.

Les participants ont le **droit de refuser** de répondre.

Les participants ont le **droit de retirer** leur consentement et d'**arrêter** le questionnaire à tout moment sans être pénalisés.

Les participants (médecins généralistes) **sont informés** au moment de l'envoi du mail de toutes ces explications, des mentions légales sur la loi Informatique et Liberté et le RGPD. (Cette présente fiche d'information pour les participants sera en pièce jointe au mail).

C2. Les besoins spirituels incluent les notions suivantes :

Trouver un sens et un but à sa vie (facteurs existentiels)

Être en harmonie avec soi-même, trouver une paix intérieure (relation à soi)

Avoir une place dans la société (relation aux autres : famille, travail, amis)

Être en relation avec une entité extérieure/être ultime/le divin (notion de transcendance)

Avoir de l'espoir et des projets pour l'avenir

Avoir le sentiment de dignité et être valorisé

Avoir la possibilité de vivre et partager ses émotions (amour, craintes, doutes...)

Pratiquer une religion (communauté, rites, prières...)

Autre

Autre

C3. La souffrance ou détresse spirituelle inclue les notions suivantes (A):

L'impossibilité de répondre à ses besoins spirituels

La perte ou la remise en question de la transcendance

La perte ou la remise en question des convictions spirituelles ou religieuses

L'expression de questionnements existentiels (qu'ai-je fait pour mériter cela ? quelle est ma place ? pourquoi moi ?)

C4. La souffrance ou détresse spirituelle incluent les notions suivantes (B):

L'expression d'un désespoir ou le sentiment que la vie n'est pas digne d'intérêt

La perte de sens et des valeurs personnelles

L'expression de doutes, de peurs, ou le sentiment de perte de contrôle

Le sentiment d'isolement ou d'abandon

Le sentiment d'inutilité

Le manque de confiance en soi

Des problèmes relationnels

5

Autre

Autre

Partie D: 2 - La place du médecin généraliste

La suite du questionnaire s'intéresse à la façon dont vous articulez ces notions dans votre pratique quotidienne de médecin généraliste.

D1. A quelle fréquence êtes-vous confronté à des notions de spiritualité dans votre relation de soin (religieuses ou non religieuses) ?

Très souvent

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

D2. Pour être plus précis : à combien de situations le mois dernier ?
Par exemple : j'ai été confrontés 3 fois à des notions de spiritualité dans ma relation de soins le mois dernier ; notez « 3 »

D3. Vous sentez-vous à l'aise pour les aborder avec vos patients ?

Très à l'aise

Plutôt à l'aise

Pas très à l'aise

Non pas du tout

D4. Dans votre pratique quotidienne, connaissez-vous :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
La spiritualité ou religion de vos patients ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Son degré d'importance ou de pratique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Est-ce important pour vous d'avoir cette information ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

Partie E: 2 - La place du médecin généraliste

E1. Comment considérez-vous la place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient ?

Il n'est pas sa responsabilité d'aborder cette notion avec le patient

Sa place doit se résumer à quelques situations limitées

Sa place est importante, mais c'est au patient ou à ses proches de les aborder

Sa place est primordiale et il doit y être particulièrement attentif, y compris en abordant le sujet s'il l'estime nécessaire

Il faudrait clarifier le rôle du médecin généraliste dans cette prise en charge

Autre

Autre

E2. Vous considérez que les convictions spirituelles et/ou religieuses :

	<small>Ne doivent pas se manifester dans la relation de soins</small>		<small>Échouent très fréquemment à l'initiative du patient</small>		<small>Peuvent être efficacement abordés dans la relation de soins</small>	
De vos patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du médecin (les vôtres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3. Autre précisez :

Partie F: 2 - La place du médecin généraliste

F1. Dans quelles situations abordez-vous des problématiques d'ordre spirituel au cabinet (religieuses ou non religieuses) ?

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Soins palliatifs et accompagnement de fin de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burn out ou souffrance au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Troubles anxio-dépressifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes inexplicables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situations d'échec du traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F2. Autres situations :

Précisez la fréquence également

F3. Qui aborde le sujet :

	Très souvent	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
Le patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un proche (famille, ami)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F4. Autre : précisez

Précisez la fréquence également

Partie G: 3 - Pour aller plus loin

Ressources et freins de votre prise en charge des besoins spirituels. Quelques questions pour terminer :

G1. Quelles ressources humaines utilisez-vous pour aborder la dimension spirituelle avec vos patients ?

l'entourage du patient (famille et amis proches)

Le référent religieux et/ou l'aumônier

les médecines douces et autres activités : yoga, art-thérapie, massages, relaxation, exercices de respiration...

d'autres intervenants tel que : coupeur de feu, magnétiseur, médium, ou autres pratiques ésotériques

le psychologue ou psychiatre

8

Autre

Autre

G2. En quoi consiste la prise en charge des besoins spirituels de vos patients ?

- Un temps d'écoute attentive et bienveillante du patient
- Un temps d'anamnèse sur la spiritualité/religion du patient et sa pratique (activités sacrées ou religieuses : musique, prière, lectures, rites...)
- Je ne sais pas
- Autre

Autre

G3. Autres précisions que vous souhaitez apporter concernant votre prise en charge :

G4. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge des besoins spirituels de vos patients ?

- Je manque de connaissances et de compétences sur le sujet
- Je ne suis pas à l'aise sur le sujet et je crains d'être mis en difficultés
- Je considère que cela met en péril la protection de ma vie privée
- Je crains de ne pas respecter le principe de neutralité enseigné par les sociétés savantes
- J'ai du mal à identifier les patients demandeurs
- Je crains d'être mal compris par le patient (barrières culturelles ou sociales)
- Les limites venant du patient lui-même : l'absence de demande, les craintes associées (jugement, être incompris...)

9

Autre

Autre

G5. Votre propre spiritualité ou religion influence -t-elle votre démarche de soins :

- Sûrement
- Probablement
- Probablement pas
- Sûrement pas
- Ne sais pas / Ne se prononce pas
- Autre

Autre

G6. Commentaires libres :

concernant l'ensemble du questionnaire

10

Un grand Merci !

Si vous désirez recevoir les résultats de cette étude, merci de me l'indiquer par un mail séparé* à l'adresse suivante :

**Ceci n'influencera en aucun cas l'anonymat des résultats.*

Anselme Hahling

11

12

Annexe 11 : Boîte à outil inspirée du guide des soins palliatifs du médecin Vaudois (Suisse - 2008) (17)

Quatre questions-clés dans l'anamnèse spirituelle (Frick)

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

Quelques questions et propositions d'intervention ciblant la dignité (Chochinov)

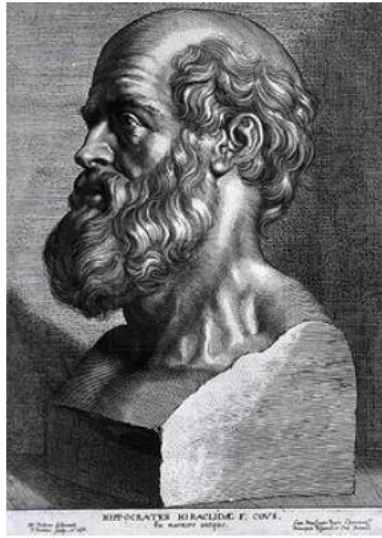
Domaines	Questions	Suggestions d'intervention
Détresse physique	<ul style="list-style-type: none"> • Êtes-vous confortable? • Y a-t-il quelque chose que nous puissions faire pour que vous vous sentiez plus confortable? 	<ul style="list-style-type: none"> → Attention au traitement des symptômes → Evaluation fréquente → Mise en route des soins de confort
Détresse psychologique	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous adaptez-vous à ce qui vous arrive? 	
Incertitude médicale	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il quelque chose de plus que vous souhaiteriez savoir à propos de votre maladie? 	<ul style="list-style-type: none"> → Fournir une information claire et compréhensible
Anxiété face à la mort	<ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il des aspects concernant les derniers stades de votre maladie que vous aimeriez discuter? 	
Préservation du rôle d'une génération à l'autre	<ul style="list-style-type: none"> • Avant d'être malade, quelles sont les choses que vous faisiez et quelles étaient les plus importantes pour vous? • Que souhaitez-vous que l'on retienne de vous? 	<ul style="list-style-type: none"> → Projet de vie (vidéo, écrire des lettres ou un journal, psychothérapie narrative)
Charge pour les autres	<ul style="list-style-type: none"> • Vous inquiétez-vous à l'idée d'être une charge pour les autres? Si oui, pour qui et de quelle façon? 	<ul style="list-style-type: none"> → Encourager des discussions de clarification

Quelques aspects pratiques pour aborder la spiritualité des patients

- Un environnement détendu et chaleureux
- Un langage non verbal qui témoigne de son attention et de son soutien au patient
- Un langage verbal clair, simple et authentique qui respecte les temps de silence
- Une présence vigilante qui témoigne d'une entière disponibilité
- Une écoute de tous les niveaux de communication
- Une ouverture à la narration
- Un éveil à la compassion en ressentant sa propre condition de mortel

Guide de l'American College of Physicians (70)

1. Est-ce que la religion/la spiritualité est importante à vos yeux actuellement?
2. Est-ce qu'elle vous a aidé à d'autres moments de votre vie?
3. Pouvez-vous aborder ces thèmes avec quelqu'un?
4. Est-ce que vous souhaiteriez en parler à quelqu'un?



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS SPIRITUELS DU
PATIENT :
ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE TRANSVERSALE AUPRES DE 461 MEDECINS GENERALISTES EN
REGION AUVERGNE-RHONE ALPES

Contexte : La dimension spirituelle fait partie de la définition de la santé et impacte la qualité de vie, le bien-être physique, psychologique, et sociale du patient. La prise en compte des besoins spirituels du patient fait partie des missions du médecin généraliste et nécessite d'être étudiée. L'objectif de cette étude était d'évaluer la perception de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des besoins spirituels du patient.

Méthode : Une étude descriptive transversale par auto-questionnaire a été réalisée en 2019 auprès de médecins généralistes de la région Auvergne Rhône-Alpes en France.

Résultats : Parmi les 5192 médecins contactés, 461 réponses complètes ont été analysées (taux de réponse 8,9 %). Un tiers des médecins estimaient qu'ils n'avaient pas de place dans cette prise en charge (33%) ; un tiers estimaient leur place importante (36%) ; et un tiers avaient exprimé le besoin de clarifier leur place (31%). Les facteurs influençant leurs postures étaient principalement leur confrontation au sujet (>4 fois/mois - OR 3,25 [1,36-7,76] ; p=0,008) et l'importance donnée à la spiritualité dans le processus de guérison (OR 2,59 [1,15-5,84] ; p=0,022). La spiritualité du médecin et son degré de connaissance au sujet des besoins spirituels influençaient aussi sa posture et sa prise en charge.

Conclusion : Ces résultats encouragent le développement d'outils et de formations pour les médecins généralistes au sujet de la prise en charge des besoins spirituels. Cela permettrait d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences afin d'appréhender le soin de premier recours en respectant les singularités spirituelles du patient et s'inscrivant dans un modèle bio psycho social et spirituel.

MOTS CLÉS : spiritualité, besoins spirituels, soins holistiques, soins spirituels, médecin généraliste

THE ROLE OF GENERAL PRACTITIONERS IN THE PATIENT'S SPIRITUAL CARE :
TRANSVERSAL DESCRIPTIVE STUDY AMONG 461 GENERAL PRACTITIONERS FROM THE
AUVERGNE-RHONE ALPES REGION IN FRANCE

Background : The spiritual dimension is included in the very definition of health and greatly impacts the patient's quality of life as well as their physical, psychological and social well-being. Taking into account the patient's spiritual needs is part of the general practitioner's missions and needs to be studied. The goal of this study was to assess the general practitioner's perception of their role in the patient's spiritual care.

Methods : In 2019, a transversal descriptive study by self-administered questionnaire was conducted among general practitioners from the Auvergne Rhône-Alpes region in France.

Results : Among the 5,192 general practitioners contacted, 461 complete responses were analyzed (8,9% response rate). One third of the doctors considered they have no role in this spiritual care (33%) ; one third considered their role important (36%) ; and one third expressed their need to clarify their role (31%). Their postures were mainly influenced by their confrontation to the subject (>4 times/month - Odds Ratio (OR) 3,25 [1,36-7,76] ; p=0,008) and the importance given to spirituality in the healing process (OR 2,59 [1,15-5,84] ; p=0,022). The doctor's spirituality and their own knowledge regarding the spiritual needs also impacted their posture and decisions.

Conclusion : These results should prompt the development of tools and trainings aimed at general practitioners about how to care for their patients' spiritual needs. They could then see their knowledge and skills improve and feel more comfortable in handling primary care in the respect of the patient's spiritual singularities and within a bio-psychological and spiritual model.

KEYWORDS : Spirituality, spiritual needs, holistic health , spiritual care, General practitioners, general practice physicians, family physician