

**UNIVERSITÉ DE NANTES**

---

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

---

Année 2014

N° 102

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Nicolas SALLET

Né le 22-02-1984 à Paris XII

---

Présentée et soutenue publiquement le 20 Novembre 2014

---

**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**

---

Président du Jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Membres du Jury : Madame le Professeur Laure VANWASSENHOVE

Monsieur le Professeur Jacques BARRIER

Directrice de thèse : Madame le Docteur Anne DEGLISE

*Des toutes les empreintes,  
Celle de l'éléphant est suprême,  
De toutes les contemplations de l'esprit,  
Celle de la mort est suprême.*

*Mahaparinirvana Sutra. Bouddha*

# REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont tout d'abord aux membres du Jury :

**Monsieur le Professeur Rémy SENAND**, vous me faites l'honneur de présider ce jury, acceptez pour cela mes plus sincères remerciements.

**Madame le Professeur Laure VANWASSENHOVE**, vous avez accepté de juger cette thèse et vous êtes arrangée pour être présente, pour ces raisons je vous remercie.

**Monsieur le Professeur Jacques BARRIER**, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et en cela je vous en suis reconnaissant.

**Madame le Docteur Anne DEGLISE**, merci d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, de m'avoir laissé le temps de mûrir longuement cette réflexion, et d'avoir été présente quand il a fallu m'aiguiller et m'accompagner dans cette aventure dont je garderai un souvenir formidable, pour toutes ces raisons je t'en serais éternellement reconnaissant.

Veillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de mon profond respect.

Mes remerciements vont également à mes proches :

Caroline, mon ange, je te remercie pour ta patience, tes encouragements, ton aide, ton soutien, ton amour formidable, et tout ce qui n'appartient qu'à nous.

Sylvie, Philippe, Geneviève et Odette, mes chers parents et grands-parents, je vous remercie pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour l'amour que vous me portez, de m'avoir permis de faire ces études magnifiques et toutes ces innombrables choses qui font ce que je suis aujourd'hui.

Ludovic, mon frère, pour tout ce que nous partageons et nos échanges que je chéris tellement.

À toute ma famille, pour tous ces moments partagés, passés et à venir, je vous aime.

Je remercie tous les amis que j'ai eu l'immense chance de rencontrer au fil des ans et pour lesquels l'éloignement physique n'a jamais été un frein à l'amitié que nous partageons : Florent, Pierre, Benny, Kevin, Romain, Raphaël, Antoine, Philippe, Arnaud, Céline, Julien, Les Nicolas, Guillaume, Jehanne, Géraldine, Cécile, Vincent, et tous ceux que j'ometts de citer.

Je remercie aussi tous les co-internes avec lesquels j'ai partagé de superbes moments lors de notre formation et en dehors : Guillaume, Sophie, Jeanne, Mathilde, Camille, Hélène, Irène, Maria, Florent, Thomas, et tous les autres...

Mes remerciements vont aussi à mes maitres :

Mme le Docteur Cathy NOTTEBAERT, Mme le Docteur Marie-Jeanne GRIT, M. le Docteur Eric DOREL, M. le Docteur Franck AMELINEAU, M. le Docteur Alain GUILLER, mes respectés maitres, je vous remercie pour vos enseignements et conseils, et pour m'avoir transmis toutes ces valeurs que je m'efforce de développer chaque jour auprès de mes patients.

Je remercie Mme le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC, Mme le Docteur Véronique BARBAROT, et Mme le Docteur Nathalie DENIS pour avoir initialement accepté de faire partie de mon Jury, bien que n'ayant pu y assister finalement.

# TABLE DES MATIÈRES

---

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX .....	8
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	9
1 INTRODUCTION .....	11
1.1 La mort.....	13
1.1.1 Définitions .....	13
1.1.2 Historique .....	13
1.1.3 La mort et la médecine.....	15
1.2 L'arrivée des soins palliatifs.....	17
1.2.1 Définitions .....	17
1.2.2 Historique .....	18
1.2.3 La place des médecins dans les soins palliatifs .....	22
1.3 La spiritualité .....	24
1.3.1 Définitions .....	24
1.3.2 Les besoins spirituels.....	24
1.3.3 La spiritualité laïque .....	26
1.4 Questions et problématiques .....	28
1.4.1 Hypothèse .....	28
1.4.2 Objectifs .....	28
1.4.3 État des lieux de la perception des médecins.....	28
1.4.4 Point sur la formation initiale au sein des facultés .....	29
2 MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	30
2.1 Les Entretiens Semi-dirigés.....	31
2.1.1 Population étudiée – recrutement.....	31
2.1.2 Recueil des données.....	32

2.1.3	L'entretien – Grille d'entretien .....	32
2.1.4	L'exploitation des données .....	33
2.2	Le Bilan de la Formation initiale .....	34
3	RÉSULTATS .....	35
3.1	Les entretiens .....	36
3.1.1	Définition de la spiritualité et circonstances d'abord de la spiritualité par les médecins généralistes.....	37
3.1.1.1	La spiritualité – définition des praticiens.....	37
3.1.1.2	La spiritualité et la fin de vie .....	37
3.1.1.3	Le rôle médical lors du décès et dans la préparation des obsèques .....	38
3.1.1.4	La famille, les accompagnants et le défunt .....	39
3.1.1.5	Les autres d'approches de la spiritualité en dehors de la fin de vie .....	39
3.1.2	L'approche spirituelle par les médecins généralistes .....	40
3.1.2.1	Cette question qui renvoie à sa propre spiritualité .....	40
3.1.2.2	L'implication personnelle concernant la spiritualité .....	41
3.1.2.3	Comment cette question est abordée.....	42
3.1.2.4	Les difficultés à aborder la question.....	43
3.1.2.5	L'humilité dans l'approche.....	43
3.1.2.6	Cette question qui dépasse le champ de la médecine .....	44
3.1.2.7	La connaissance globale de ses patients.....	45
3.1.2.8	Spiritualité et Psychiatrie .....	46
3.1.3	La formation en spiritualité.....	47
3.1.3.1	Ceux qui auraient souhaité plus au cours de leur formation initiale .....	48
3.1.3.2	Ceux qui souhaiteraient une formation continue sur la spiritualité .....	48
3.1.3.3	Les propositions suggérées.....	49
3.1.3.4	Critique de la médecine mécaniste .....	50

3.1.3.5	Autoformation .....	51
3.2	Bilan de la formation initiale .....	52
3.2.1	Facultés contactées .....	52
3.2.2	Le programme de l'Examen National Classant .....	53
3.2.3	Rapport ministériel en soins palliatifs.....	53
4	DISCUSSION.....	56
4.1	Les entretiens avec les médecins généralistes.....	57
4.2	La spiritualité .....	58
4.2.1	La définition donnée .....	58
4.2.2	Spiritualité et religion.....	58
4.2.3	La spiritualité dans un autre domaine que celui de la fin de vie .....	60
4.2.4	Spiritualité et psychiatrie .....	61
4.2.5	La spiritualité des patients nous renvoie à notre propre spiritualité .....	63
4.3	Formation .....	64
4.4	Réflexion sur l'euthanasie .....	66
5	CONCLUSION.....	68
	ANNEXES.....	71
	BIBLIOGRAPHIE.....	74

## TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

---

Figure 1 : Chronologie de l'évolution des soins palliatifs .....	21
Figure 2 : Pyramide de Maslow .....	25
Tableau 1 : Récapitulatif des entretiens .....	36
Tableau 2 : Nombre d'heures de formation en soins palliatifs au cours des études médicales selon les facultés en France .....	55
Tableau 3 : Croyance en Dieu en France en 1947, 2004 et 2011 .....	58
Tableau 4 : L'appartenance religieuse en France en 2011 .....	59

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

---

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies (10<sup>e</sup> édition)

CNAM / CPAM: Caisse Nationale/Primaire d'Assurance Maladie

DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DFASM : Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicale

DFGSM : Diplôme de Formation Générale en Science Médicale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins (anciennement DHOS)

D(I)U : Diplôme (Inter-)Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

DSM-IV : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (4<sup>e</sup> édition)

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EMPS : Equipes Mobiles de Soins Palliatifs

FMC : Formation Médicale Continue

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IFOP : Institut Français d'Opinion Public

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INED : Institut National d'Etudes Démographiques

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

JALMALV : Jusqu'à La Mort Accompagner La Vie

LISP : Lits Identifiés de Soins Palliatifs

LMD : Licence Master Doctorat

MGO : Médecine Chirurgie Obstétrique

PACES : Première Année Commune des Etudes de Santé

PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

TCS : Test de Concordance de Script

UE : Unité d'Enseignement

UFR : Unité de Formation et de Recherche

USP : Unité de Soins Palliatifs

## 1 INTRODUCTION

---

Ce travail de thèse porte sur la question de la prise en charge des besoins spirituels des patients par les médecins généralistes. Plus précisément, j'ai étudié la prise en considération de ces besoins spirituels pour les patients en soins palliatifs. Cette question a déjà été explorée par plusieurs thèses depuis une vingtaine d'années (1)(2)(3)(4)(5). La majeure partie des thèses réalisées jusqu'à présent se sont focalisées sur les équipes de soins palliatifs ou de soignants en milieu hospitalier. Je n'ai pas trouvé d'étude explorant directement l'approche des médecins généralistes sur ce domaine, et cela m'a orienté dans ce travail. Lors des entretiens réalisés j'ai souhaité ouvrir la question des besoins spirituels hors du cadre de la fin de vie et j'ai questionné ces besoins dans la pratique courante.

Pourquoi ce thème ?

Il s'agit d'une réflexion qui date de mon premier semestre d'internat de médecine générale où je me suis retrouvé confronté à la prise en charge de patients en fin de vie ainsi qu'à leur accompagnement jusqu'à leur mort. J'ai essayé le plus humainement possible de les soigner, de leur apporter du réconfort, à eux et à leur famille. Mais malgré l'application de mes connaissances en médecine, la prise en charge de la douleur, de leur éventuelle souffrance psychique, j'avais l'impression de passer à côté de quelque chose. Certainement en lien avec une réflexion spirituelle personnelle, j'avais la sensation de ne pas avoir été assez exhaustif dans mon approche de soignant. Qu'en était-il de leur souffrance spirituelle ? Je ne l'avais pas abordée. Pourquoi ? Je me suis longtemps posé la question. Pauvreté de ma réflexion à l'époque ? Peur de l'aborder ? Le fallait-il ? Était-ce de mon domaine ? De ma responsabilité ?

Toutes ces questions m'ont amené à des recherches bibliographiques, durant lesquelles j'ai appris qu'en effet, l'abord de la question de la spiritualité, du moins de la question de la souffrance spirituelle est de notre responsabilité en tant que médecin. C'est ce que conseille la recommandation HAS sur les modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs de 2002 (6). Mais alors pourquoi n'en étais-je pas informé ? Y-a-t-il un manque dans notre formation de médecin sur ce domaine, expliquant que cette démarche n'ait pas été naturelle ? Donner de la morphine et du midazolam à ces patients, même si je tâtonnais sur les posologies, me semblait évident, mais évoquer avec eux leur spiritualité ne l'était pas. C'est pourquoi j'ai choisi de faire un travail dans ce domaine. Certes sans prétention aucune, mais avec l'envie d'explorer ce manque supposé de formation.

Toutes ces questions portant sur la prise en charge de la mort, de la spiritualité et des soins palliatifs sont intriquées. Je vais les évoquer afin d'avoir une vision globale de la situation actuelle.

Il semble important dans un premier temps de rappeler l'histoire de la médecine et de la place de la mort et des soins palliatifs au cours des siècles afin de mettre en avant la situation actuelle. Puis de revenir sur les définitions des besoins spirituels que nous évoquons dans ce travail.

## 1.1 LA MORT

### 1.1.1 Définitions

Dans le Larousse on trouve : « Perte définitive par une entité vivante (organe, individu, tissu ou cellule) des propriétés caractéristiques de la vie, entraînant sa destruction. » ou encore « Cessation complète et définitive de la vie d'un être humain, d'un animal ».

Au niveau médical, depuis 1968, une personne est considérée comme morte lorsque son cerveau est mort (7). C'est ce que l'on nomme la « mort encéphalique ».

### 1.1.2 Historique

Cette réflexion sur la relation de la mort et de la médecine est ancestrale, le serment d'Hippocrate nous dit : « Je ne donnerai pas la mort délibérément ». On y trouve également un passage qui précise « j'apaiserai les souffrances ». L'absence de précision concernant les souffrances à apaiser laisse entendre de toutes les inclure.

Pour illustrer succinctement l'évolution de la mort dans notre société occidentale, je m'appuie sur le livre de Philippe ARIES<sup>1</sup> : *Essais sur l'histoire de la mort en occident* (8). Il reprend dans cet ouvrage publié en 1975, l'évolution de la place de la mort dans notre société à travers son œil d'historien. Il explique que pendant des siècles (il évoque des livres allant du moyen-âge aux années 1970) nous étions les maîtres de notre mort, dans le sens où l'on savait

---

<sup>1</sup> Philippe Ariès (1914-1984), était un journaliste, essayiste et Professeur d'histoire français (Toulouse)

qu'on allait mourir et on s'y préparait. « L'homme a été pendant des millénaires, le maître souverain de sa mort et des circonstances de sa mort. Il a aujourd'hui cessé de l'être [...]. »

Au moyen âge, l'homme qui mourait savait qu'il était mourant, en dehors d'une mort brutale, et alors se mettait en place tout un rituel avec notamment la transmission des connaissances, l'expression de derniers mots d'affection, de conseils, de pardons... Cette mort était entourée par les proches, les amis, les voisins. Le corps était exposé, sur le seuil de la porte, à la vue de tous. On savait qu'un homme était mourant, et quand il était mort, tous les proches en étaient informés. Cette mort entourée permet de comprendre le mot de PASCAL « on mourra seul », qui « a perdu pour nos contemporains beaucoup de sa force parce qu'aujourd'hui on meurt presque toujours seul ». Le deuil existait et était intégré dans une normalité du vivant. On naît, on vit et on meurt.

Au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, la mort était également publique et rassemblait les proches au lit du mourant. P. ARIES décrit le deuil à cette époque comme une « période de dolorisme exalté, de manifestation dramatique et mythologie funèbre ». G. GORER<sup>2</sup> dans son article « Pornography of Death » décrit qu'il était peu commun pour un individu de cette époque, du fait du haut taux de mortalité, de n'avoir pas vu un mort (9). « Les enfants étaient encouragés à penser à la mort, à leur propre mort ainsi qu'au passage en outre-tombe des autres, que celui-ci soit instructif ou soit plus ressenti comme un avertissement » (9). Les funérailles étaient un moment de rassemblement des différentes classes sociales, du travailleur, de l'homme de classe moyenne jusqu'à l'aristocrate.

P. ARIES explique que le tournant de la considération vis à vis de la mort a eu lieu vers le milieu du XX<sup>e</sup> siècle après la seconde guerre mondiale (8). Ce recul pris face au mourant est décrit dans de nombreuses sociétés occidentales en parallèle. La mort devient un tabou, comme le sexe l'était auparavant (9), tels des vases communicants. La mort devient gênante et sort de notre quotidien. On ne dit plus aux mourants qu'ils le sont. Quand malheureusement la mort est imminente, c'est à bas mots qu'on le fait savoir à la famille.

Le Professeur Didier SICARD<sup>3</sup> lors d'une conférence en 2005 (10), évoque la négation de la mort dans notre société moderne : « J'étais alors jeune médecin, [...] le président de

---

<sup>2</sup> Geoffrey Gorer (1905-1985), était un anthropologue et écrivain anglais.

<sup>3</sup> Didier Sicard est un Professeur de Médecine française (Paris Descartes), ancien chef de médecine interne à l'hôpital Cochin, ancien président du Comité consultatif national d'éthique (1999-2008).

l'hôpital Pompidou m'a dit : dans cette hôpital il n'y aura pas de mort ». « Un hôpital où les gens meurent n'est pas un hôpital moderne, [...] c'est un hôpital où la technologie est insuffisante ». Malgré sa normalité et son inéluctabilité dans le cycle du vivant, la place de la mort dans notre société occidentale est devenue un tabou (11) et ainsi à tendance à sortir de notre vie quotidienne.

Qu'en est-il alors du lien du médecin avec la mort ?

### **1.1.3 La mort et la médecine**

Mon objectif ici n'est pas de reprendre toute l'évolution de la place du médecin vis-à-vis de la mort au travers des âges, mais bien de montrer que son rôle auprès des malades et notamment des mourants a évolué.

P. ARIES dont les propos sont à modérer car écrits en 1975, explique : « le médecin a renoncé au rôle qui fut longtemps le sien, sans doute au XVIII<sup>e</sup> siècle. Au XIX<sup>e</sup> siècle, il ne parle que si on l'interroge, et déjà avec quelques réserves » (8).

La place du médecin dans le quotidien des patients a été bouleversée par la prise de pouvoir du « médecin d'hôpital » qui a peu à peu pris la place de « l'ancien médecin de famille, celui de Balzac, était avec le prêtre et la famille, l'assistant du mourant ». P. ARIES explique que ces anciens médecins de famille avaient « une fonction morale qu'ils partageaient avec le prêtre » et que par l'augmentation des décès hospitaliers, le moderne « médecin généraliste » s'est alors retrouvé éloigné de la mort qu'il ne côtoie plus, sauf accident.

On peut noter également l'évolution de la place de la religion dans notre société occidentale, qui voit ses fidèles diminuer. Si ni le prêtre, ni le médecin ne sont là pour accompagner les mourants, qui le fera ?

Pour le patient, cela induit qu'il « est retiré à son angoisse existentielle et il est mis en condition par la maladie et la médecine, et il s'habitue à ne plus penser clairement comme un individu menacé, mais à penser comme les médecins ».

La modification radicale de la place de la médecine, qui s'est déroulée courant du XX<sup>e</sup> siècle, est attribuée à l'amélioration de la connaissance médicale, des pathogènes, des mécanismes fins du vivant qui permettent peu à peu la guérison dans bien des cas. De cette

amélioration des techniques médicales découle une nécessité absolue de soigner et par-dessus tout de guérir les malades. La mort est alors considérée comme embarrassante. Cette toute-puissance que prend alors la médecine sur la maladie et presque sur la mort, lorsqu'elle s'efforce de la repousser le plus tard possible, induit une pression implicite de devoir guérir le malade et peut-être le mourant. La mort devient alors un échec dans la pratique médicale.

« La mort n'est pas la fin de la vie, c'est : il s'est passé quelque chose » (10). Le Professeur D. SICARD explique qu'il « voit très bien la mort vécue comme un échec, comme un échec thérapeutique ». « La mort n'est plus l'évènement final de la vie, la mort est rattachée à une pathologie ».

Le médecin est formé à lutter contre l'inéluctable, à faire reculer la mort. Le sentiment d'échec médical lors du décès d'un patient est souvent majeur (12)(13).

Le Professeur Anne CAROL<sup>4</sup>, précise le paradoxe résultant de l'évolution de la place du médecin au cours du XIX<sup>e</sup> siècle. En effet « la médecine est désormais sollicitée à la fois pour retarder l'échéance et pour adoucir les derniers instants. Or, il y a peut-être là les germes d'un malentendu fondamental. » (14)

Un rapport sur la mort à l'hôpital de 2009 critique que, malgré la part non négligeable des décès hospitaliers, « La prise en charge de la mort ne figure pas explicitement parmi les missions de l'hôpital » (7) , encore qu'il soit bien légalement du ressort du médecin de rédiger le certificat de décès.

Mais peut-être que la bonne question n'est pas tant celle de la prise en charge de la mort que celle des mourants ?

L'état des lieux actuel retrouve une offre de soins en constante évolution. La considération des besoins des mourants et de la nécessité d'accompagnement dans la mort a aujourd'hui pris une place reconnue. Les soins palliatifs semblent être apparus en réponse à ce changement de société, peut-être pour redonner un sens à la mort.

---

<sup>4</sup> Anne Carol est une agrégée d'Histoire française, Professeure d'Histoire (Aix-Marseille), membre senior de l'Institut Universitaire de France, travaille à l'institut universitaire d'histoire de la médecine et de la santé public (Lausanne)

## **1.2 L'ARRIVEE DES SOINS PALLIATIFS**

### **1.2.1 Définitions**

Le Larousse précise : les Soins palliatifs sont l'ensemble des actions destinées à atténuer les symptômes d'une maladie dont, en particulier, la douleur qu'elle provoque, sans cependant la guérir.

Si l'on reprend la définition de l'HAS : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes » (6)

Cette recommandation précise : « Il est essentiel d'aborder les questions spirituelles (sens de la vie, culpabilité, peur de la mort, perte de contrôle des événements, aspects religieux) avec les patients en favorisant l'expression des croyances et représentations, en particulier lors de l'aggravation de la maladie et/ou à l'approche de la mort. Il est recommandé un accompagnement éclairé, une assistance affective et spirituelle, dans le respect des convictions du patient : respect des opinions philosophiques et religieuses, respect de sa dignité et de son intimité jusqu'au bout, dans la discrétion, la confidentialité. » (6).

Le guide de bonne pratique d'une démarche palliative publié par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2004 (DHOS alors) reprend les cinq composantes principales de la démarche de soins palliatifs (15) :

- Une évaluation globale des besoins du patient.

- La mise en œuvre d'un projet personnalisé de prise en charge du patient et de ses proches.
- La mise en place de réunions pluriprofessionnelles de concertations et de précision.
- Le soutien des soignants en particulier en situation de crise.
- La réalisation de formations multidisciplinaires et pluriprofessionnelles au sein des unités de soins

### 1.2.2 Historique

Je vais reprendre dans cette partie l'évolution des soins palliatifs, d'abord selon leur apparition au niveau international, et par la suite plus précisément en France.

En 1834 en Irlande, à Dublin, Sœur Mary AIKENHEAD<sup>5</sup> fonde le St. Vincent Hospital lequel consacre ses soins aux plus défavorisés et aux mourants.

En 1967, le Dr Cicely SAUNDERS<sup>6</sup> fonde à Londres l'hospice St. Christopher, précisant le souhait de prise en charge des besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans les soins des mourants (16).

En 1975, le Dr Balfour MOUNT<sup>7</sup> fonde, au sein de l'Hôpital Royal Victoria de Montréal, un programme de soins palliatifs. Il s'agit de la première unité spécialisée au sein d'un hôpital universitaire qui prend en charge les patients en fin de vie et leur famille endeuillée. Le terme de soins palliatif vient du nom éponyme qu'il donna à son service (17).

En 1983, on note la création en France de l'association : Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV). Cette association est de nos jours encore présente pour de nombreux accompagnements de fin de vie.

En 1984, le père Verspieren<sup>8</sup>, dans un article de la revue *Etudes*, dénonce les pratiques euthanasiques dans les hôpitaux (18).

---

<sup>5</sup> Mary Aikenhead (1787-1858), était une sœur irlandaise, fondatrice de l'institut Religieux Catholique, des Sœurs de la Charité et du St. Vincent's Hospital (Dublin).

<sup>6</sup> Cicely Saunders (1918-2005), était une Médecin anglaise et un écrivain.

<sup>7</sup> Balfour Mount est un médecin québécois, Officier de l'Ordre national du Québec, Officier de l'Ordre du Canada, ayant reçu les prix Mérite et Reconnaissance de l'Association québécoise de soins palliatifs.

<sup>8</sup> Patrick Verspieren, père Jésuite français, rédacteur à la revue *Etudes*, responsable du Département d'éthique biomédicale des Facultés jésuites de Paris (1985-2011) et Maître-assistant émérite en philosophie morale.

En 1985, le secrétaire d'état auprès des Affaires sociales et de la solidarité nationale, Edmond HERVE<sup>9</sup> confie à Mme G. LAROQUE<sup>10</sup> la direction d'un groupe pluridisciplinaire pour étudier la fin de vie et proposer des mesures concrètes. Et en 1986, paraît la « circulaire Laroque », relative à l'organisation et à l'accompagnement des malades en phase terminale (19).

En 1987, est créée, par le Dr M. ABIVEN<sup>11</sup>, la première unité française au sein de l'hôpital de la cité universitaire à Paris (20).

En Octobre 1989, est fondée, la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) (20).

En 1993, paraît le rapport Henri DELBECQUE<sup>12</sup>, à la demande du Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité, Claude EVIN<sup>13</sup>, et du Ministre délégué à la Santé, Bruno DURIEUX<sup>14</sup> ; rapport rendu public par le ministre de la santé, Bernard KOUCHNER<sup>15</sup>. Trois axes ressortent des 88 propositions : le développement des soins palliatifs à domicile, la planification des centres de soins palliatifs, et l'enseignement des soins palliatifs (21).

Le 8 Avril 1998, un second plan en faveur des soins palliatifs, est annoncé par le Docteur Bernard KOUCHNER, avec la parution de la circulaire DGS/DH n° 98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés (22).

---

<sup>9</sup> Edmond Hervé est un homme politique français, ancien ministre de la Santé.

<sup>10</sup> Geneviève Laroque (1930-2012), était une Haut fonctionnaire française, ancienne présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie, Chevalier de l'ordre des Palmes académiques, Officier de la Légion d'honneur.

<sup>11</sup> Maurice Abiven (1924-2007), était Médecin français, chef de service de médecine interne (Cité universitaire), participa à la fondation de la SFAP qu'il présida (1989-1993).

<sup>12</sup> Henri Delbecque, est un médecin français (Dunkerque), ancien chargé de mission sur les soins palliatifs et l'accompagnement des malades en fin de vie (1990-1993), président de la coordination régionale du Nord Pas de Calais pour l'accompagnement et les soins palliatifs.

<sup>13</sup> Claude Evin est un homme politique et un avocat français, ancien ministre des affaires sociales et de la solidarité, Chevalier de la Légion d'honneur.

<sup>14</sup> Bruno Durieux est un polytechnicien, homme politique français, ancien ministre délégué auprès du ministre des Affaires sociales et de Solidarité.

<sup>15</sup> Bernard Kouchner est un médecin et homme politique français, cofondateur de Médecin sans frontière et de Médecin du monde, ancien député européen, ancien ministre de la Santé, ancien ministre des Affaires étrangères et européennes.

En 1999, paraît un rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement, par Lucien NEUWIRTH<sup>16</sup>, commission des Affaires sociales.

Le 9 Juin 1999, est adoptée à l'unanimité, par l'Assemblée Nationale et le Sénat, la Loi n° 99-477 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (23). « Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement » (Art. 1A). Les différents articles renforcent la circulaire Laroque : Intégration des soins palliatifs dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) (Art. 2), Organisation de l'enseignement (Art. 7), Elaboration de recommandations (Art. 9), Organisation du bénévolat (Art. 10), Congé d'accompagnement (Art. 11 et 12) (21).

Le 22 Mars 2000, on note la parution de la circulaire DAR n°5-2000 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour favoriser le maintien à domicile, dans le cadre des soins palliatifs, avec deux dotations spécifiques allouées aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) (24).

Le 30 Mai 2000, paraît de la Circulaire DH/EO2/2000/295, qui vient renforcer les mesures de l'HAD (25).

En 2002, le plan triennal par Bernard KOUCHNER est reconduit et paraît la recommandation ANAES sur les modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs.

Le 4 Février 2003, la circulaire CIR-21/2003, vient renforcer celle la circulaire de 2000, toujours dans le but de développer le maintien à domicile dans le cadre des soins palliatifs (26).

Le 5 mai 2004, paraît la circulaire DHOS/02 n° 035601, relative à la diffusion du guide de bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements.

Le 9 juin 2004, paraît la circulaire DHOS/02 n° 2004-257, relative à la diffusion du guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs.

---

<sup>16</sup> Lucien Neuwirth (1924-2013), était un homme politique français, connu pour la Loi Neuwirth légalisant la contraception le 28 décembre 1967.

Le 22 avril 2005, est votée la Loi n° 2005-370, dit Loi LEONETTI<sup>17</sup>, relative aux droits des malades et à la fin de vie (27) qui met en avant les directives anticipées.

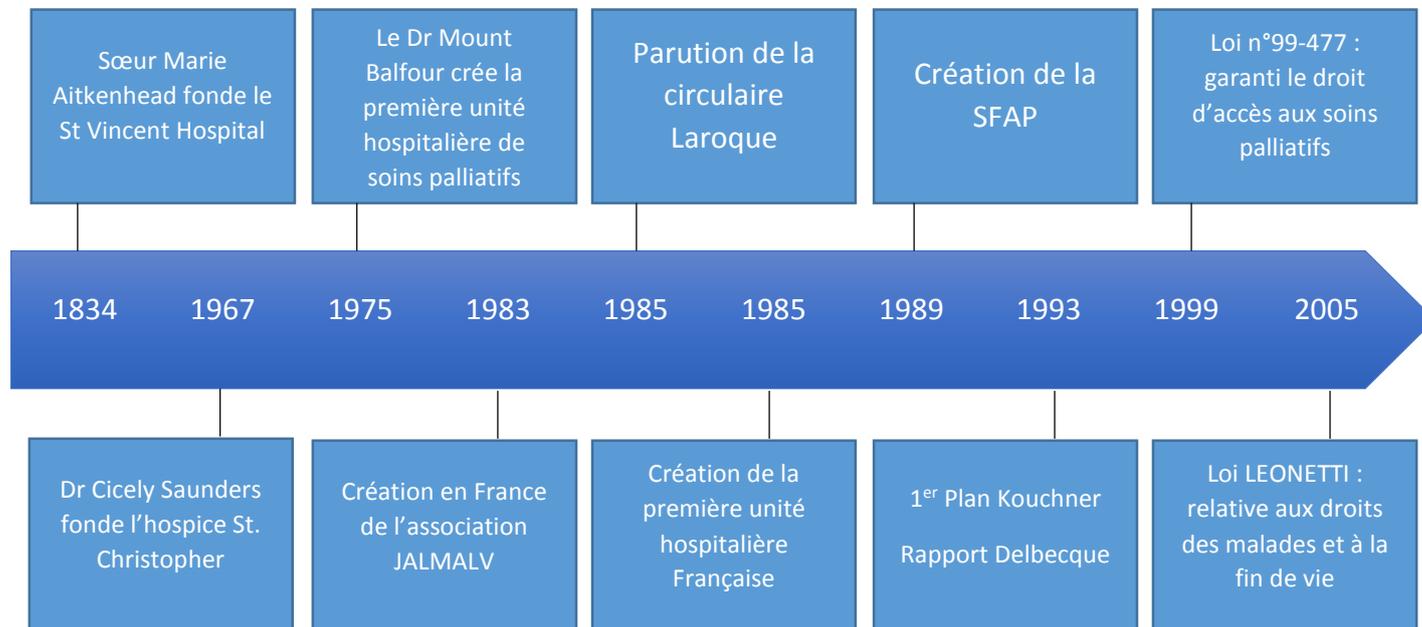
Le 6 février 2006, paraît le décret n° 2006-119, relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie modifiant ainsi le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

Le 1er décembre 2006, paraît la circulaire DHOS/O3 no2006-506, relative à l'hospitalisation à domicile.

Le 25 mars 2008, paraît la circulaire N°DHOS/O2/2008/99, relative à l'organisation des soins palliatifs (15).

Sur la figure 1 sont regroupées les principales dates de l'évolution des soins palliatifs et les évènements correspondants.

**Figure 1 : Chronologie de l'évolution des soins palliatifs**



<sup>17</sup> Jean Leonetti est un homme politique français, ancien ministre délégué auprès du ministre d'Etat et auprès du ministre des Affaires étrangères et européennes.

On peut souligner le nombre de démarches et de lois mises en œuvre afin de renforcer la prise en charge des patients en soins palliatifs. Qu'en est-il de la place du médecin au sein de cette organisation des soins palliatifs ?

### **1.2.3 La place des médecins dans les soins palliatifs**

L'émergence des soins palliatifs comme on a pu le voir, a été progressive. Etudions la place du médecin au sein de l'organisation des soins palliatifs en France.

De plus en plus fréquent en milieu hospitalier, l'accompagnement de fin de vie est essentiellement dédié aux médecins spécialistes du fait de la proportion de décès hospitaliers. En effet un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) rapporte qu'« environ 58% des français meurent dans un établissement de santé (49,5% dans un hôpital public ou privé et 8,4% en clinique privée) » et que « 27% des français environ meurent à domicile », (16% domicile privé et 11% en maison de retraite). (7).

Or pour les patients exprimant le souhait de mourir au domicile, il semble important et juste de pouvoir leur proposer un soin complet au moins équivalent à celui proposé en milieu hospitalier.

Au niveau de la prise en charge hospitalière, « seulement 20% des malades qui meurent à l'hôpital bénéficient de soins palliatifs financés, et il s'agit dans plus de 80% des cas de cancéreux »(7).

Le médecin a donc un rôle crucial dans l'architecture des soins palliatifs actuellement en France.

Voyons comment est répartie l'offre de soins palliatifs actuelle, en nous référant au dernier rapport de L'Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 (28).

Il existe de fortes disparités dans l'offre actuelle. « Associées aux facteurs géographiques (relief, réseau routier, etc.), ces disparités interrégionales se traduisent par une forte variation des temps d'accès à l'offre de soins ».

L'offre de soins est graduée et déterminée par le degré de complexité de la prise en charge. On trouve des prises en charge dans tous les établissements sanitaires et médicaux sociaux, ainsi qu'au domicile.

On note quatre composantes dans l'offre de prise en charge en soins palliatifs au niveau hospitalier :

- Les services hospitaliers non dédiés aux soins palliatifs qui restent confrontés à la plus grande partie des décès intervenant en établissement de santé.
- Les services de soins confrontés aux situations de fin de vie fréquentes et relativement complexes peuvent bénéficier de Lits Identifiés de Soins Palliatifs (LISP). On en compte 4826 en 2010 dont 70% sont en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). On note de fortes disparités régionales. Dans certaines régions, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) ont fixé un objectif à 5 lits pour 100000 habitants.
- Les Unités de Soins Palliatifs (USP) qui se consacrent entièrement à la prise en charge des patients en soins palliatifs présentant les situations les plus complexes. On en compte 107 en 2010, pour un total de 1176 lits. On note une évolution de 20 USP sur 3 années (2008-2011).
- Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs (EMSP), qui sont implantées dans les établissements de santé et apportent un soutien technique et éthique aux équipes soignantes impliquées dans la prise en charge de soins palliatifs. Elles sont une composante transversale efficace dans l'amélioration de la prise en charge des patients en soins palliatifs. On en compte 353 en 2010 contre 320 en 2007.

Au niveau des établissements médicaux sociaux et des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), la prise en charge est réalisée par l'équipe soignante sur place, avec la possibilité d'être appuyée d'une EMSP ou d'un réseau de santé en soins palliatifs. Les Etablissements médicaux sociaux tous confondus recensent 140000 décès par an, soit près d'un quart des décès en France chaque année. Les soins palliatifs y sont encore trop peu développés. On compte 124 réseaux de santé en soins palliatifs en 2010.

À domicile, les patients sont accompagnés par leur médecin traitant et par des professionnels de santé libéraux, avec la possibilité d'être accompagnés par une équipe

d'Hospitalisation À Domicile (HAD). On trouve aussi la possibilité de recours à de l'Hospitalisation De Jour (HDJ).

Il ne faut pas oublier le rôle crucial des aidants et du bénévolat d'accompagnement, dont la mise en réseau est en train de se développer, avec la formation des responsables des premiers intervenants soignants.

L'organisation actuelle des soins palliatifs ne précise que faiblement la place du médecin généraliste. En effet, il est noté comme coordinateur au niveau des soins palliatifs lors des soins ambulatoires, mais sa mission reste très vague.

### 1.3 LA SPIRITUALITE

#### 1.3.1 Définitions

Le terme spirituel vient du latin *spiritus*, le souffle, le principe vital. La spiritualité, du latin *spiritualitas*, désigne ce qui se réfère au souffle de vie, à l'âme, à l'esprit.

Dans le Larousse on trouve : Qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité (29).

#### 1.3.2 Les besoins spirituels

La notion de besoin est définie par le Larousse comme une « exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique », ou encore comme une « chose considérée comme nécessaire à l'existence » (30).

Une théorie de la hiérarchisation des besoins humains, bien connue en médecine, est celle d'Abraham MASLOW<sup>18</sup>. Elle s'illustre par la pyramide de Maslow (figure 2). On retrouve les besoins spirituels en haut de cette pyramide ; cela suppose que la satisfaction des autres besoins doit être assouvie avant de pouvoir répondre à la question du sens de sa vie.

---

<sup>18</sup> Abraham Harold Maslow (1908-1970), était un psychologue américain, connu pour son approche Humaniste et sa théorie de hiérarchisation des besoins.

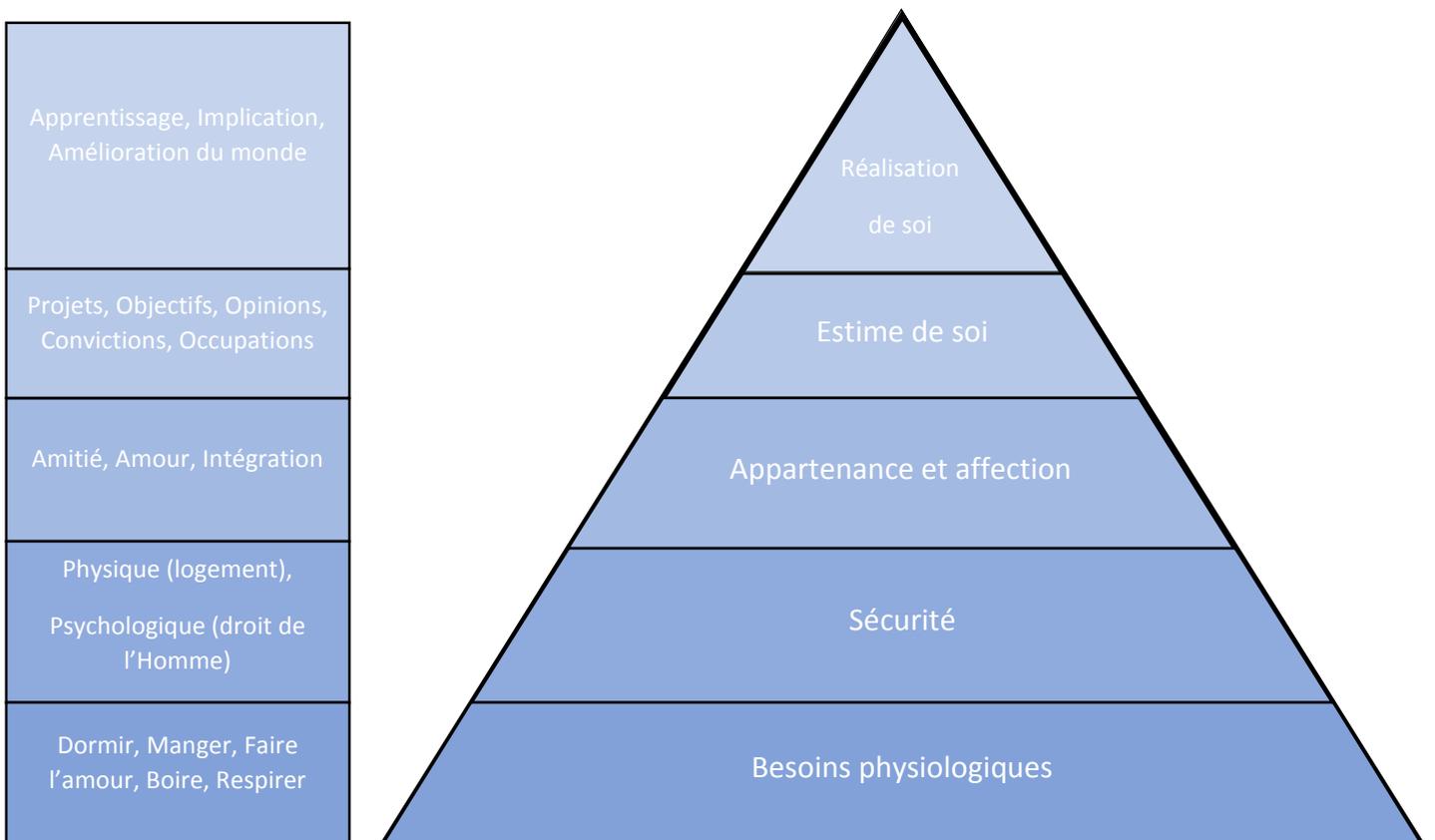
Comme on a pu l'évoquer plus tôt, les recommandations en soins palliatifs nous rappellent de prendre en charge également les besoins spirituels. La seule recommandation en médecine évoquant la prise en charge de la spiritualité ou des besoins spirituels l'évoque dans le contexte de la fin de vie.

Cette quête de sens peut avoir été travaillée par l'individu tout au long de sa vie, ou pour certains s'éveiller à l'approche de sa mort, de sa propre finitude.

C. G. Jung<sup>19</sup>, dans *Ma vie : souvenir, rêves et pensées* dit : « ni je désire, ni je ne désire pas que nous ayons une vie après la mort [...], mais il me faut constater que sans que je ne fasse rien pour cela, des idées de ce genre s'agitent en moi ».

Il semble qu'en effet ces questions du sens de la vie, de l'après vie, soient universelles. Du moins chacun établit une croyance qui lui est propre, qu'elle soit en lien ou non avec un précepte religieux.

**Figure 2 : Pyramide de Maslow**



<sup>19</sup> Carl Gustav Jung (1875-1961), était médecin, Professeur en psychiatrie, psychologue et essayiste suisse. Connu pour ses réflexions métapsychologiques et psychanalytiques.

C'est initialement V. HENDERSON<sup>20</sup>, en 1969, qui a développé la notion de « besoins spirituels » lorsqu'elle inclut le fait d' « Agir selon ses croyances et ses valeurs » dans le modèle des *quatorze besoins fondamentaux* qu'elle a défini (31).

Le père J-H. THIEFFRY<sup>21</sup> développe ces besoins spirituels et propose de les présenter en six items (32) :

- Etre reconnu comme une personne
- Souhaiter relire sa vie
- Rechercher un sens à sa vie
- Se libérer de sa culpabilité
- Se réconcilier
- S'ouvrir à la transcendance et percevoir un au-delà aux limites de sa propre vie.

M. RAOUL<sup>22</sup> et C. ROUGERON<sup>23</sup> ont décrit que les besoins spirituels « s'articulent autour d'une redéfinition du rapport au temps. Le passé devient pour les patients le temps à relire pour y découvrir le sens de leur vie ; le futur, pour improbable qu'il est, demeure un temps à fabriquer, par l'espoir, la confrontation avec sa finitude et la préparation à sa mort ; et enfin le présent est le temps à vivre, intensément, au travers de relations, de l'affirmation de soi comme personne à part entière et d'une tentative de contrôle sur ce qui reste contrôlable. » (33)

### 1.3.3 La spiritualité laïque

Quelles que soient les croyances individuelles, on trouve l'émergence du concept de spiritualité laïque.

Le terme laïc vient du grec *laikos*, et signifie le peuple, ce qui n'est pas clergé, par opposition à *klerikos*, le clergé.

---

<sup>20</sup> Virginia Henderson (1897-1996), était une infirmière américaine.

<sup>21</sup> Jean-Hubert Thieffry est un curé français (Région de Nice), Docteur en Médecine, diplômé d'une licence de Théologie et de Philosophie.

<sup>22</sup> Magali Raoul est une sœur consacrée française et Docteur en Médecine.

<sup>23</sup> Claude Rougeron est un Professeur en Médecine générale français, Docteur ès Sciences en Ethique médicale, essayiste et Directeur du Collège National des Généralistes Enseignants.

Dans son livre, le philosophe André COMTE-SPONVILLE<sup>24</sup> : *L'Esprit de l'athéisme* (34), explique que la spiritualité est une expérience et, en ce sens, elle est universelle. C'est d'ailleurs pour lui « ce qui distingue la spiritualité de la religion, qui n'est qu'une de ses formes ». Il précise : « Que vous croyiez ou non en Dieu, au surnaturel ou au sacré, vous n'en serez pas moins confronté à l'infini, à l'éternité, à l'absolu – et à vous-même ».

D'après ses termes, la confrontation individuelle à la quête de sens de la vie ne se limite pas à la rencontre avec Dieu ou toute autre force supérieure. Et c'est à mon avis en ce sens que la spiritualité naturelle peut être considérée comme laïque.

Cette spiritualité laïque, que nous abordons, permet de considérer l'existence d'une spiritualité universelle, et nous permet d'avoir une approche systématique avec chaque patient. Pour une majeure partie de patients, il s'agira d'aborder leur croyance religieuse, leur religion, et pour d'autres cela ouvrira à des échanges sur une croyance personnelle unique, n'ayant pas forcément de fondements communautaires mais pouvant exprimer le sens intime qu'ils donnent à leur vie.

Le respect de cette réalité propre à chacun semble fondamental. Il semble important d'aborder la spiritualité dans sa globalité, où la religion n'est qu'une partie de ce qu'est la spiritualité.

---

<sup>24</sup> André Comte-Sponville est un philosophe français, membre du Comité consultatif national d'éthique (2008-2014)

## **1.4 QUESTIONS ET PROBLEMATIQUES**

Face à l'existence des besoins spirituels et de l'importance de leur prise en charge pour les patients en fin de vie (6), j'ai souhaité explorer la réalité de cette prise en charge par les médecins généralistes.

### **1.4.1 Hypothèse**

L'Hypothèse de ce travail est qu'il existe actuellement en France un besoin de formation concernant la question de la spiritualité pour les médecins généralistes et un manque de formation dans ce domaine au cours des études médicales.

### **1.4.2 Objectifs**

Ce travail a été divisé en deux parties. La première a consisté en une étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes afin d'explorer l'approche de la question des besoins spirituels et de la formation des médecins généralistes en ce qui concerne la spiritualité. La seconde partie correspond à une recherche de l'état actuel de la formation initiale proposée dans les différentes facultés de médecines françaises.

### **1.4.3 État des lieux de la perception des médecins**

Il m'a semblé intéressant d'explorer cette question auprès des médecins généralistes. Quelle est leur approche de la prise en charge de la spiritualité avec leurs patients (et leur entourage) ?

Y-a-t-il un besoin spirituel d'après eux ? Le prennent-ils en charge ?

Et évoquent-ils un manquement lors de leur formation initiale pour pouvoir prendre en charge ce domaine avec plus d'aisance ?

Comme précisé précédemment, les souffrances que les médecins sont supposés prendre en charge, du moins lors de la fin de vie, sont de différentes natures : physiques, morales et spirituelles (6). Il semble donc juste que nous sachions comment les prendre en charge. Cela nous amène à nous questionner sur la formation actuelle. Nous permet-elle de prendre en

charge la souffrance spirituelle ? Avons-nous les formations et acquérons-nous les connaissances nécessaires au cours de nos études pour cela ?

#### 1.4.4 Point sur la formation initiale au sein des facultés

Il semble pertinent d'explorer la question de la formation initiale actuelle. En effet il semble difficile de pouvoir prendre en charge une notion dont nous n'avons, pour ainsi dire, jamais entendu parler au cours de notre formation.

Qu'en est-il aujourd'hui de la formation initiale en matière de soins palliatifs au sein des facultés de médecine en France ? Il existe des disparités de formation. Existe-t-il des cours spécifiques sur la spiritualité ?

Ce travail de recueil de données a été réalisé afin de répondre à notre questionnement, à notre hypothèse. Les médecins souhaiteraient-il des moyens de formations supplémentaires pour pouvoir prendre en charge avec plus de facilité cette facette des soins palliatifs ? Quels seraient-ils ?

Faut-il renforcer la formation initiale en médecine générale sur ce domaine ? Qu'en pensent les médecins généralistes ?

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

---

## **2.1 LES ENTRETIENS SEMI-DIRIGES**

Le travail réalisé durant cette thèse a consisté en une étude qualitative par des entretiens semi dirigés auprès de Médecins généralistes du Maine et Loire. Ils ont été réalisés entre Juin 2014 et Septembre 2014.

L'idée générale était d'explorer l'approche de la spiritualité des patients en fin de vie par les médecins vus en entretiens, et d'ouvrir cette question à la pratique hors des soins palliatifs. Puis en un second temps d'explorer la formation qu'ont reçue ces médecins concernant la spiritualité.

Initialement, ce travail avait été imaginé avec des questionnaires, mais du fait du peu d'études réalisées sur ce sujet, une étude qualitative a été préférée. En effet l'approche qualitative est préférable si l'objectif est exploratoire, si l'on cherche à comprendre ce qui sous-tend les pratiques médicales.

Dans une étude qualitative, nous sommes supposés partir sans hypothèse et explorer les données progressivement dès leur recueil (35).

L'hypothèse évoquée en introduction a tout de même sous-tendu ce travail : il existe actuellement en France un besoin de formation concernant la question de la spiritualité pour les médecins généralistes et un manque de formation dans ce domaine au cours des études médicales.

En aucun cas cette étude n'a cherché à juger l'activité des médecins généralistes actuellement en activité mais a plutôt essayé de comprendre le sens que peut avoir la spiritualité dans leur pratique auprès des patients en fin de vie et plus généralement dans leur pratique quotidienne avec tous leurs patients.

### **2.1.1 Population étudiée – recrutement**

Par souci logistique, le choix des médecins interrogé a été réalisé en Maine et Loire.

La sélection des médecins à interroger s'est déroulée de la façon à avoir un échantillon le plus disparate possible. L'utilisation des « pages jaunes », a permis d'avoir les renseignements sur la localisation géographique, l'exercice de médecine générale, et le sexe des médecins

interrogés. L'âge restant un facteur aléatoire lors de la sélection, et n'était pas demandé lors du contact avec le secrétariat des différents cabinets médicaux.

Il a été question de voir des médecins sur Angers même et également dans les villes alentours afin d'explorer des exercices différents : urbain et rural ou semi-rural.

Chaque médecin était contacté en passant par le cabinet médical, souvent par le secrétariat, en expliquant le travail de thèse en cours de réalisation, tout en apportant une précision sur le sujet abordé : « Mort et spiritualité en médecine générale » et également sur la durée des entretiens fixée à 15-20 minutes, le temps d'une consultation.

Initialement la durée des entretiens avait été fixée à 30 minutes, pour laisser à chacun le temps d'exprimer ses idées, mais la réalité de l'activité libérale généraliste, et le fait que presque tous les médecins m'ont demandé de préciser la durée des entretiens, avec une pression implicite, m'a fait réduire le temps proposé à 20 minutes.

L'objectif de cette inclusion était d'avoir un panel varié de médecins interrogés, en diversifiant le type d'exercice, l'âge et le sexe.

### **2.1.2 Recueil des données**

Les entretiens ont tous été réalisés aux cabinets médicaux respectifs de chaque médecin généraliste interrogé.

Avant le début de l'entretien, chaque médecin rencontré a donné son accord pour être enregistré durant ce temps. L'anonymat a été précisé lors de la retranscription des verbatim et le fait qu'ils ne sont pas présents dans la thèse, mais uniquement remis au jury. Tous les médecins interrogés ont accepté l'enregistrement.

### **2.1.3 L'entretien – Grille d'entretien**

La grille d'entretien a été réalisée en collaboration avec ma directrice de thèse, le Dr Anne DEGLISE.

Une première partie de généralités demandait systématiquement l'âge et l'ancienneté dans l'exercice médical généraliste (remplacement et installation confondus).

Une seconde partie questionnait sur l'abord de la spiritualité des praticiens interrogés. Il était demandé aux praticiens de définir ce qu'était pour eux la spiritualité. Puis de savoir comment ils l'abordaient avec leurs patients, d'abord en précisant le contexte de la fin de vie puis en ouvrant à la pratique courante. Au cours de cette partie de l'entretien, il a été décidé, en s'appuyant sur l'expérience d'autres thèses, de préciser ce qu'il était entendu par le terme de spiritualité, toujours après avoir laissé le praticien donner sa définition de la spiritualité : « L'évocation de la spiritualité fait référence à une qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité. La spiritualité considérée comme indépendante de la religion mais pouvant selon l'expression individuelle être intriquée à celle-ci ». Cette définition correspond à celle du Larousse (29), et l'ouverture permet de préciser l'abord de la spiritualité dans sa globalité afin de ne pas restreindre l'interlocuteur lors de l'entretien.

Une dernière partie permettait de questionner la formation initiale des praticiens rencontrés, en leur demandant de préciser ce qu'il en était de leur formation en matière de spiritualité afin de savoir s'ils auraient souhaité ou souhaiteraient avoir une formation complémentaire dans ce domaine.

Nous avons préféré des questions courtes, les plus ouvertes possibles. Si certaines questions attendaient une réponse fermée, des sous questions permettaient d'ouvrir à l'échange.

Les trois premiers entretiens ont permis de valider les questions et d'enrichir la grille d'entretien par des questions complémentaires ou du moins par d'autres éléments mis en lumière par ces entretiens.

La grille d'entretien complète est fournie en annexe.

#### **2.1.4 L'exploitation des données**

Les enregistrements ont tous été retranscrits. Les verbatim ainsi obtenus ont servi de référence pour l'exploitation des données. L'analyse des données a été réalisée par une seule personne.

Dans un souci d'anonymat, les verbatim ne sont pas présents dans les annexes.

## **2.2 LE BILAN DE LA FORMATION INITIALE**

Afin de répondre à l'hypothèse évoquée en introduction et d'évaluer la formation initiale en matière de spiritualité au niveau national, nous nous sommes basés sur le rapport de 2010 sur la situation des soins palliatifs en France et avons contacté par téléphone les différentes unités de formation et de recherche (UFR) de médecine.

Auprès des UFR de médecine, les informations demandées par téléphone étaient :

- Intitulé des cours du module de soins palliatifs au cours de deux premiers cycles des études médicales (externat).
- Volume horaire de la formation sur les soins palliatifs et plus précisément le nombre d'heures consacrées à un éventuel enseignement sur la spiritualité.

Un contact a été pris auprès de différentes facultés de médecine, en passant par la scolarité, ou par les secrétariats des UFR de médecine régionales.

Une référence aux items de l'Examen Classant National (ECN) qui clôture les deux premiers cycles des études médicales a été réalisée : vérification de la présence dans ce programme de l'existence ou non de la notion de spiritualité.

### 3 RÉSULTATS

---

### 3.1 LES ENTRETIENS

Au total, onze Entretiens semi-dirigés ont été réalisés.

Parmi les médecins contactés, tous ont accepté de me rencontrer à l'exception d'une seule personne qui a exprimé clairement son désintérêt du sujet abordé.

Tous les entretiens ont été enregistrés et réalisés au cabinet des différents médecins généralistes rencontrés.

Le plus court a duré 7 minutes et 44 secondes, et le plus long 27 minutes.

L'âge des médecins rencontrés varie de 31 à 60 ans pour une moyenne d'environ 41 ans.

Le nombre moyen d'années d'exercice en médecine générale des médecins rencontrés est de 13 années.

6 Hommes et 5 Femmes ont été vus en entretien.

Le tableau (Tableau I) ci-après reprend l'ensemble de ces données.

**Tableau I : Récapitulatif des entretiens**

	Age*	Exercice en médecine générale*	Sexe	Durée des entretiens†
<b>Entretien 1</b>	60	30	Homme	19,78
<b>Entretien 2</b>	38	10	Femme	17,56
<b>Entretien 3</b>	45	17	Femme	13,76
<b>Entretien 4</b>	39	12	Homme	8,76
<b>Entretien 5</b>	43	14	Homme	27
<b>Entretien 6</b>	43	14	Homme	10,03
<b>Entretien 7</b>	57	23	Homme	27,9
<b>Entretien 8</b>	37	10	Femme	14,61
<b>Entretien 9</b>	34	5	Femme	7,73
<b>Entretien 10</b>	33	5	Homme	19,68
<b>Entretien 11</b>	31	3	Femme	22,23
Moyenne	<b>41,8</b>	<b>13</b>		<b>17,2</b>

\* : en année, † : en minutes

### 3.1.1 Définition de la spiritualité et circonstances d'abord de la spiritualité par les médecins généralistes

#### 3.1.1.1 *La spiritualité – définition des praticiens*

Les entretiens ont mis en avant de nombreuses définitions de ce que les médecins entendaient sous le terme de spiritualité :

- Religion. Ce terme a été employé par six des onze praticiens rencontrés. Sans pour autant être employé de façon restrictive, mais comme étant une des premières idées survenant à l'évocation de la spiritualité.
- Le terme de Croyance est apparu au cours de trois entretiens.
- La notion d'Humanisme à deux reprises.
- La question du sens de la vie également à deux reprises. Un praticien a précisé : « d'où vient-on ? Que fait-on ? Et où va-t-on ? »
- Certains ont défini la spiritualité comme tout « ce qui touche à l'esprit », ou bien « tout ce qui va être impalpable », ce qui « se détache du matériel ».
- Un médecin a défini la spiritualité comme étant le rapport à une « instance supérieure »
- La question de « l'après mort », ou encore « le principe de la vie après la mort » ont été évoqués.
- On peut regrouper les propositions suivantes faites par trois praticiens : « une façon d'être », « un mode de vie », « une philosophie de vie ».
- La notion de spiritualité apparaît pour certains praticiens comme « une pensée qui viendrait guider », « une aide dans certaines situations difficiles », ou encore « ce à quoi on se raccroche quand on perd pied ».
- Et enfin un praticien a fait le lien à l' « appartenance à un tissu social ».

#### 3.1.1.2 *La spiritualité et la fin de vie*

Pour la plupart des médecins, l'évocation de la spiritualité, ou du moins l'existence de besoins spirituels de leur patient leur apparaissaient comme en lien particulier avec la fin de vie.

« Ça permet de questionner l'approche lors du décès d'un proche, un décès brutal, qu'est-ce que le patient a pu envisager de ce qui se passait. »

« Je trouve ça essentiel comme question... La question des vivants et des morts, c'est une question qui se pose tout le temps, enfin je veux dire : on est médecin, donc forcément les gens ils arrivent ici, et forcément que la question de la mort elle est toujours présente. »

Certains médecins renvoient la faible fréquence des suivis de soins palliatifs : « ça m'est arrivé. C'est une fois par an mais pas plus que ça. »

« Quand on est en stade de soins palliatifs, c'est important je pense, s'ils ont envie d'aborder le sujet, de voir un petit peu leur vécu... Ce dont ils ont cru dans leur vie ou pas ? Laisse tomber ? Repris ? Ou s'ils se reposent des questions en fin de vie. Alors ça peut être intéressant de leur donner des pistes, s'ils le souhaitent, de réflexion, dans ce qu'ils recherchent. »

« C'est vrai qu'en fin de vie, ils ont besoin de se raccrocher à quelque chose. Quand on est obligé de parler de la mort, on va essayer d'être rassurant par rapport à ce qu'il peut y avoir derrière. On parle de choses qui ne sont pas très concrètes. »

### *3.1.1.3 Le rôle médical lors du décès et dans la préparation des obsèques*

Trois médecins ont spontanément évoqué leur rôle dans la préparation, avec leurs patients et plus ou moins leur famille, de leurs obsèques. Et il semblait normal d'échanger avec leur patient de ce qu'il allait advenir de leur corps après leur décès. Est-ce qu'ils allaient « au cimetière » ? Avec la nécessité organisationnelle de savoir ce qu'avait prévu leur patient, et quelle était leur volonté.

« Parce qu'on va leur demander dans le cadre du décès s'il y a un enterrement, ou est-ce qu'ils veulent être enterré, des petites choses importantes quand même. Donc on essaie de se renseigner un petit peu. Savoir comment ils ont prévu les choses. »

« J'évoque ça pas mal, autour des rituels funéraires, c'est-à-dire, « vous avez évoqué être incinéré ? D'être enterré ? » Voilà, « si vous êtes incinéré, est-ce que vous pensez qu'on va disperser vos cendres ? Et où ? Vous voulez les mettre quelque part ? » Je trouve que ça c'est important. »

« Par rapport à leur propre mort. Donc ça peut être quelles sont leurs volontés ? Pour leur enterrement ou des choses comme ça. »

#### **3.1.1.4 La famille, les accompagnants et le défunt**

A trois reprises, l'évocation de l'accompagnement de la personne en fin de vie renvoyait à une prise en charge au sein du tissu familial et amical. Que ce soit au cabinet ou en visites à domicile.

« Elle était bien entourée par sa famille... une famille présente. »

« C'est la famille qui des fois, se retourne vers le curé de la paroisse, etcetera, pour discuter. Et puis comment accompagner la personne quand elle était croyante, ou justement pas croyante, quand la famille, elle, est croyante ? »

« Il y a la fille, le fils qui appelle, le frère, le frangin, le grand oncle. On fait en sorte que tout le monde se recontacte, et accompagne le mieux la personne qui va partir. Pour qu'il n'y ait pas trop de heurts, parce qu'il y a des sensibilités différentes. »

« C'est aussi important de savoir comment va l'entourage. Comment il fait vivre ça à son entourage ? Parce que l'entourage on l'aura après le décès. »

« Quand on rentre dans le domaine du palliatif, de toute façon, il y a un moment ou un autre, soit avec le patient, soit avec sa famille, où l'on va s'approcher de ça [...] C'est souvent des gens qu'on va voir chez eux, et on est rarement tout seul avec eux. »

#### **3.1.1.5 Les autres d'approches de la spiritualité en dehors de la fin de vie**

Une question ouvrait le cadre de la fin de vie et cherchait à savoir si les praticiens étaient confrontés à des questionnements spirituels avec leur patient dans d'autres cadres.

- La notion du ramadan est survenue à trois reprises. En effet, cette spécificité de la religion musulmane entraîne une prise en considération de l'accompagnement du patient durant cette période, comme par exemple le fait de prévoir « un traitement qui se donne matin et soir » et de se positionner pour « rester médecin » mais respecter les croyances du patient.

- La question de « l'Interruption volontaire de grossesse (IVG) », des « grossesses » en général est apparue à trois reprises. La « contraception » a été abordée par un praticien.  
« Et puis la spiritualité, ce n'est pas forcément, en fin de vie, moi je travaille aussi dans un centre d'IVG, du coup spiritualité, on en a pas mal, avec pas mal de questionnement, sur la vie, quand est-ce qu'elle commence, la vie, et quand est-ce qu'on peut l'arrêter. Il y a des familles, des religions, avant six semaines, ça va, après six semaines, non, l'âme est présente et donc avorter, c'est pêcher. »
- Un praticien a évoqué les demandes de circoncision rituelle. « Les demandes de circoncision non pas pour raison médicale, mais pour raison religieuse, ou spirituelle »
- Les notions de « parentalité », de « séparation entre parents et enfants », et de « relation avec les enfants » ont été évoquées par 3 médecins.  
« Reprendre avec les parents, qu'est-ce que c'est de mettre au monde, et puis jusqu'où ça va cette histoire ? Qu'est-ce qui se passe après ? Intégrer l'idée de la finitude... ou pas, ça après chacun voit, mais voir comment c'est perçu par l'autre. »
- Le lien entre la spiritualité et l' « annonce diagnostique » est ressorti lors d'un entretien.

Un praticien rapporte ne pas aborder la question de la spiritualité hors de la circonstance de fin de vie : « En dehors du cadre de la religion et de la fin de vie j'en parle jamais, j'ai jamais évoqué ça avec qui que ce soit [...] Enfin, sur le plan professionnel en tout cas. »

### 3.1.2 L'approche spirituelle par les médecins généralistes

#### 3.1.2.1 Cette question qui renvoie à sa propre spiritualité

Neuf médecins sur onze ont spontanément évoqué leur propre spiritualité au cours de l'entretien et plus spécifiquement lorsque la question sur la définition de la spiritualité leur était posée.

« Moi qui ne me considère pas comme quelqu'un de très spirituel, ou étant dans une recherche personnelle de spiritualité, j'ai plutôt pour idée qu'il y ait, en tout cas de mon point de vue à moi, quelque chose qui commence et quelque chose qui s'arrête. Et que tant qu'on

est là, présent, on va essayer de semer des graines quelque part pour générer des choses plutôt positives. C'est plutôt ça mon idée à moi du fonctionnement. »

« Les patients m'ont aidé à travailler sur ma démarche personnelle, je trouve ça plutôt intéressant. »

« Parce que moi je suis pas du tout là-dedans, mais j'entends bien ce qu'ils me disent. »

« Je suis ni croyant, je suis très terre à terre [...] J'ai été élevé comme ça. Ce genre de choses, ça vient de l'éducation. J'ai été élevé dans une famille de cartésiens »

« Moi-même, voilà, je suis croyant. »

« Moi j'ai besoin de me raccrocher à quelque chose. C'est peut être moi qui en ai besoin. Je ne sais pas trop. Et j'ai le sentiment que ça peut les aider, parce que moi intimement ça m'a aidé. »

« Je ne suis pas très attiré par ça moi [...] Je suis très terre à terre. »

« Je ne suis pas croyante. En fait ma croyance, enfin celle qui m'importe, j'aimerais pouvoir rester humaine, ou humaniste, enfin [...] être dans le souci de l'être humain en fait. Voilà, c'est comme ça que je vois ma spiritualité. »

### *3.1.2.2 L'implication personnelle concernant la spiritualité*

Les médecins qui avaient déjà réfléchi à la question de leur spiritualité ou de celle de leur patient semblaient plus à l'aise lors de cette approche avec leurs patients.

« Je pense que, j'avais participé, ça me revient, j'avais participé à des groupes d'éthiques [...] où on abordait effectivement les grandes questions, de la mort, de la vie, de la liberté, pour le patient, etcetera... le patient par rapport aux traitements, tout ce qui a trait à l'éthique. J'ai fait ça pendant deux ans mais ce n'était pas du tout fait dans le cadre officiel, c'était des étudiants qui faisaient ça. »

« Je pense que ça vient de soi »

### **3.1.2.3 Comment cette question est abordée**

Sur la façon d'aborder la question de la spiritualité avec leur patient, la totalité des médecins interrogés adoptent une attitude d'écoute, et sont prêts à parler de la spiritualité de leur patient si ceux-ci en font la demande ou l'évoque lors d'une consultation.

Trois médecins évoquent cette question par une approche directe, en allant directement questionner la spiritualité de leur patient.

« Moi je laisse toujours la parole aux gens et ils me disent ce qu'ils ont envie de me dire, mais si ils m'en parlent, je veux bien les accompagner dans cette direction-là. [...] Il y a des choses qui se sont dites quand même, sans l'évoquer de façon si précisément que vous le faites. »

« C'est moi qui vais aborder le sujet, les gens ils n'abordent que rarement le sujet religieux au cabinet médical. »

« C'est de l'accompagnement simple, c'est plus de l'empathie la médecine générale. On écoute les uns et les autres. »

« On peut renvoyer une réflexion, une question, quelque chose qui appelle de leur part une réponse pour préciser un peu les choses. Et puis après [...] soit les personnes font une pirouette parce qu'on comprend qu'ils n'ont pas envie d'aller plus loin, soit ils sont prêts à discuter un petit peu plus. »

« Comme quoi il faut quand même ouvrir les portes. »

« Ça m'a donné un peu plus de possibilité d'aborder la question quand il y en a besoin. »

« S'ils m'en parlent, moi je suis à l'écoute. »

« C'est rare honnêtement que je prenne l'initiative de parler de choses qui sont moins concrètes, moins dans le soin. Quand on en parle avec les patients, c'est à leur initiative, je pense, la plupart du temps. »

« L'idée, c'est un peu comme pour tous, moi je suis très, on va dire à l'écoute, je n'initie pas grand-chose en fait. »

#### **3.1.2.4 Les difficultés à aborder la question**

Un médecin évoquait avoir été mis en difficulté par le prosélytisme de certains patients : « il y en a un qui m'a cassé les pieds, en me disant par exemple, tu verras un jour tu viendras à la mosquée. Donc euh, une fois j'ai rien dit, deuxième fois j'ai dit que ça m'étonnerait et troisième fois pour qu'il me laisse tranquille, parce qu'il m'imaginait dans un cadre catho ou je ne sais quoi, je lui ai dit, et bien non, je suis bouddhiste [...] Alors, c'est pour ça que je lui ai dit ça, ça m'est venu comme ça, d'abord, pour qu'il me foute la paix, et puis pour être plus fidèle à ce que je pensais moi. »

Il a été évoqué la crainte potentielle par moment de l' « extrémisme religieux » et de la position à prendre en tant que soignant.

Un praticien rapporte : « je ne vois pas comment l'aborder ».

Certains précisent que le manque de pratique et de formation au moment de leur installation en libéral leur a posé problème et qu'il leur a fallu acquérir plus d'expérience pour pouvoir aborder la question plus sereinement : « Enfin que c'est une question qu'il fallait savoir aborder de temps en temps. Parce qu'au début, on a un peu tendance à la fuir, parce qu'on ne sait pas trop comment réagir, comment y répondre, comment faire. »

« On vit parfois des choses difficiles en médecine générale et il y a des fois, c'est difficile de se débrouiller tout seul et parfois on manque de notion je pense. »

#### **3.1.2.5 L'humilité dans l'approche**

Globalement, tous les médecins étaient humbles devant cette approche avec leurs patients. La nécessité de rester « neutre » est apparue à plusieurs reprises : « on ne peut pas dire soi ce que l'on pense des choses ».

« Dans un respect, je ne veux pas être intrusive non plus par rapport à ça, c'est la dimension vraiment spirituelle, elle est propre à chacun. »

« Il ne s'agit pas en fin de vie, de convertir quelqu'un à quelque chose au dernier moment. »

« Je ne prétends pas être un accompagnateur, un être spirituel extraordinaire. Mais voilà, on est obligé quand même avec la personne humaine... »

« Même si chacun après a sa réponse. »

« Je ne fais pas du tout de prosélytisme. »

« Pour moi, mon rôle, ce n'est pas d'influencer les patients ou quoi que ce soit là dedans, c'est de les laisser vivre leur croyance comme ils ont envie de les vivre. »

### *3.1.2.6 Cette question qui dépasse le champ de la médecine*

Quatre praticiens laissent entendre que cette question va au-delà de la médecine quand on évoque la question de la spiritualité, sans pour autant dire que cela ne doit pas être évoqué par le médecin.

« A la fois, c'est intéressant pour notre développement personnel et puis effectivement par rapport à ce qu'on peut apporter au patient. Tout en, je vous dis, en étant très prudent parce que spiritualité, ça rejoint vite le côté religieux et à ce moment-là, on ressent une espèce de... au tout cas, c'est peut être moi qui la met, cette espèce de limite qui fait que là on va au-delà de la médecine. »

« C'est du commun des mortels qui vient me parler de ses difficultés, de ses souffrances, et oui il y a de la spiritualité. Parce qu'il y a plein de fois la demande elle dépasse largement le champ de la médecine ».

« Ce n'est pas très médical dans ces moments là, on se base plus sur son expérience de vie et sur sa pratique, que sur les cours ou l'objectivité de nos cours. »

« Au début, je pense j'avais peur d'induire des choses mauvaises, je mettais un gros poids sur le fait de sortir du médical et de l'objectif. J'avais peur d'être nocive »

« Là on voit que la demande elle n'est pas biomédicale, parce que ce ne sont pas de choses qu'on a appris dans les livres, et là du coup ce n'est pas forcément évident. »

**3.1.2.7 La connaissance globale de ses patients**

Plusieurs médecins ont mis en avant l'importance de la connaissance globale du patient et plus précisément de connaître leur spiritualité.

Ils ont précisé le bénéfice au niveau de l' « alliance thérapeutique ». « On en tient compte dans notre décision avec eux [...] sinon il n'y a pas d'adhésion au projet thérapeutique ».

Evoquer la spiritualité, « ça fait partie de la globalité de la prise en charge ».

« On est au cœur de la vie des gens, donc c'est quand même assez important d'aller voir ce qu'il s'y passe ».

« Moi je suis partenaire de soins avec le patient, donc il faut bien que je le rencontre ».

« Moi j'aborde ça assez facilement [...] Ca amène pleins de questions. Et donc cette question-là. « Ha bas non, moi de toute façon, je suis voilà, je suis pentecôtiste, je suis machin, moi je suis musulman », ça vient aussi des fois réduire les choses, et ce n'est pas grave, c'est comme ça qu'ils sont. Moi ça me permet de pouvoir le noter dans un coin du dossier, dans un coin de ma tête et de me dire qu'effectivement pour ce patient, il y a quelque chose qui se passe là. »

« Il est hors de question de demander à une dame que j'ai vu ce matin qui est congolaise si elle a fait le ramadan par exemple, pour elle c'est une insulte suprême, elle est chrétienne, elle est catholique, il est absolument hors de question [...] d'aller lui demander si elle a fait le ramadan... Parce qu'au niveau de l'alliance thérapeutique avec ce genre de phrase, on peut briser dix ans de suivis. »

« Je pense que c'est essentiel. Ca nous évite beaucoup de prescription de psychotropes. »

« C'est ce que je dis aux étudiants, c'est qu'on a l'avantage en médecine générale, d'être, si on le veut, au quotidien des patients. C'est-à-dire savoir ce qui se passe, on peut savoir ce qui se passe chez eux, dans leur chambre à coucher, dans leur cuisine, comment ils mangent, comment ils dorment, comment ils éliminent les urines, qu'est-ce qu'ils ingèrent, est-ce qu'ils dorment, voilà, leur sexualité. Toutes ces questions-là, elles sont possibles ici. Donc on a quand même une grande fenêtre de vue sur ce qui se passe dans la société et dans le monde, et forcément, on peut supposer que les choses sont à peu près différentes à chaque fois et que

on ne peut pas se limiter à « est-ce que vous croyez en Dieu », Ce n'est pas suffisant à mon avis. »

« C'est un sujet qui est rarement abordé directement. Peut-être parfois par des patients que l'on connaît depuis longtemps. »

« Qu'est-ce qui mène leur vie ? C'est toujours important pour nous aussi. Parce que pour tout ce qui est purement médical ça a quand même un petit peu des conséquences dans leur conception des soins. Parce qu'il y a ceux qui sont jusqu'au-boutiste, il y a ceux qui de par leur spiritualité quelle qu'elle soit, le sont peut-être moins. Donc nous on en tient compte dans notre décision avec eux. Sinon il n'y a pas d'adhésion au projet thérapeutique. »

« Ça dépend déjà de ce que je sais de ce qu'ils pensent, de ce qu'on a déjà vécu avec eux en entretien. Dans la vie qu'on a eue avec eux. De la façon dont on les connaît. Donc parfois, on sent bien qu'ils veulent aborder un petit peu la question, sous la forme d'une expression ou d'une peur, ou de nous dire au contraire : « je vous rassure docteur, de toute façon, je n'ai pas peur de la mort ». »

« Et juste d'essayer d'avoir l'information, pour que moi j'essaie de mieux comprendre comment ils vivent la chose. Et puis après d'en tenir compte si on a des décisions à prendre avec d'autres soignants. »

« Quand c'est un patient qu'on voit comme ça ponctuellement, qu'on n'a jamais vu avant et qu'on n'a pas suivi pour sa maladie, je pense que c'est vraiment pas pareil que si c'est un patient avec qui il y a une longue histoire auparavant. »

### **3.1.2.8 Spiritualité et Psychiatrie**

Au cours de quatre entretiens, lorsqu'une question sur la spiritualité était évoquée, la réponse reprenait la notion de « psychologie » ou de « psychiatrie ».

« On s'en sert énormément. Parce qu'on fait énormément de soutien psychologique, de suivi psycho-socio-éducatif. »

« Il y a toujours un moment où on aborde des choses qui sont plus de l'ordre de la spiritualité. Dans le sens où l'on va parler de « Pourquoi on est là ? Pourquoi on vit ? Pourquoi

on a fait tel ou tel choix ? » Et là je suis plus dans du psychiatrique, parce que quand ça relève de la pathologie psychiatrique, à un moment je passe la main. La thérapie, ce n'est pas moi qui vais la faire. »

Un praticien a pu préciser qu'il percevait la différence entre spiritualité et psychiatrie lorsqu'il rapprochait les deux dans son discours.

### 3.1.3 La formation en spiritualité

Dix des onze praticiens interrogés disent ne pas avoir entendu parler de spiritualité au cours de leur externat. Trois parmi eux utilisent le mot « zéro » pour décrire leur formation en spiritualité lors des deux premiers cycles des études médicales.

« Bah zéro, zéro en matière de spiritualité. Ce qui pouvait, je dirais, un peu élever l'âme, c'était les cours de psychiatrie, psychanalyse, qui permettaient de mettre un peu une dimension de l'ordre du psychique, et éventuellement de déborder dans des phénomènes, dans des thèmes philosophiques. »

« Je n'ai absolument aucun souvenir, enfin, je suis même sûr qu'on a eu aucun cours sur tout ce qui est éthique, accompagnement spirituel. On n'avait même pas de cours de philosophie, on n'avait rien à l'époque. Tout était scientifique. Tous les cours étaient scientifiques à l'époque. »

Le seul praticien évoquant l'enseignement de la spiritualité au cours de son externat y fait référence via des cours sur l'« approche multiculturelle », sans évoquer précisément l'utilisation du terme « spiritualité ».

Au cours de l'internat, six n'ont pas eu plus d'informations concernant la spiritualité (Age de 31 à 60 ans, quatre de plus de 40 ans).

Ainsi, cinq praticiens déclarent avoir développé leurs connaissances pour aborder cette question avec leurs patients au cours de leur formation (Age de 33 à 45 ans, quatre ayant moins de 40 ans). Un des médecins précise l'importance de cette approche au cours des stages praticiens et SASPAS. D'autres ont été internes dans des services de médecine avec des prises en charge palliatives.

Parmi ceux ayant des formations continues, un seul médecin reconnaît avoir évoqué cette question en FMC et un autre explique, lors d'échanges d'expériences en groupe de pairs « effleurer plus le champ de la spiritualité », lorsque les réflexions de situations complexes sortent du champ du médical.

« Effectivement, j'ai appris durant ma formation médicale des choses médicales. »

### **3.1.3.1 *Ceux qui auraient souhaité plus au cours de leur formation initiale***

Huit des onze médecins interrogés auraient souhaité une formation plus importante au cours de leur formation initiale.

« Je pense que c'est toujours intéressant, et on est toujours curieux de ce qu'on peut nous apporter parce que c'est vrai qu'on est dans une médecine très mécaniste, très scientifique et qu'on ne va pas beaucoup au-delà... »

« Je pense que ça sert tout au long de la vie professionnelle. »

« Moi si j'ai été le chercher à l'extérieur, c'est que je ne l'ai pas eu à la fac. Si je l'avais eu à la fac ça aurait été très bien. »

« Ça devrait même être intégré dans les études de médecine. »

### **3.1.3.2 *Ceux qui souhaiteraient une formation continue sur la spiritualité***

Neuf des onze praticiens interrogés seraient intéressés par une formation concernant la spiritualité si on leur en proposait une actuellement.

On note la limite évoquée par plusieurs médecins du temps disponible à consacrer aux formations continues du fait de l'activité de médecine générale demandant déjà un investissement conséquent. Il en résulte une sélection des thèmes de formation, liée à ce qui correspond à l'activité principale du praticien. Bien que neuf praticiens semblent intéressés par une formation sur le thème de la spiritualité, le manque de temps, le coût de l'absence d'activité professionnelle durant les temps de formation non rémunérés sont évoqués. Un praticien évoque également l'importance d'un enseignement rigoureux, ciblé pour les

médecins généralistes, et modéré par un médecin généraliste afin de rester dans un domaine « utile » à notre pratique.

« Je suis toujours preneur, de tout ce qui est nouveau, et que je ne connais pas. »

« Peut-être pousser un peu plus sur la spiritualité des gens : Comment l'aborder ? »

### **3.1.3.3 Les propositions suggérées**

Parmi toutes les propositions évoquées par les praticiens, il ressort une préférence pour la formation en post externat. La formation fondamentale au cours de l'externat sur la spiritualité n'est soutenue que par un seul praticien pour qui cette formation devrait être « intégrée aux études de médecine ». La majorité des médecins pensent que cet enseignement doit plutôt être abordé « après la confrontation au patient et à ses questions ».

« Je pense qu'il faut d'abord se confronter au patient et à ses questions, avant d'avoir un cours purement théorique, si ça ne fait pas écho avec une pratique, ça serait peut-être un peu dommage. »

« Essayer d'axer sur des choses qui vont être de notre quotidien [...] Trouver un sujet qui nous interpelle sur la fin de vie et puis surtout, comment l'aborder avec les gens. »

L'ensemble des propositions sur la forme que pourraient prendre cette formation est hétéroclite :

- Conférences avec des intervenants extérieurs
- Cas cliniques avec échanges et réflexions
- Groupes de pairs
- DU de soins palliatifs
- Journée de formation
- Soirée FMC, éventuellement au sein d'une formation soins palliatif.
- Groupes Balint
- Aller se confronter dans un centre de soins palliatifs à des patients avec un accompagnement professionnel

On retrouve la proposition d'aborder ce thème en FMC à trois reprises.

L'importance d'avoir des interlocuteurs « experts », des intervenants « spécialistes » a été proposée à trois reprises.

« Des rencontres avec des religieux, de théologie « Qu'est-ce que c'est que l'espace religieux actuellement ? Qu'est-ce que ça signifie d'être malade ? Qu'est-ce que ça signifie la mort ? La naissance ? Le baptême ? »

« En groupe de pairs [...] On a aussi beaucoup de fois abordé les relations aux patients qui ont été compliquées, ou des attitudes qui nous ont posées question et du coup, on va parler du champ... on va effleurer plus le champ de la spiritualité. »

Un des médecins conclut l'entretien en faisant référence à la spiritualité : « ce dont on vient de parler, je pense c'est important. »

#### **3.1.3.4 Critique de la médecine mécaniste**

L'évocation d'une formation de la médecine trop « mécaniste », ou « carrée », durant laquelle « tout était scientifique » a été évoquée à cinq reprises.

« Plutôt que de se faire rabâcher pour la 365<sup>ème</sup> fois l'hypertension, l'insuffisance rénale ou je ne sais quoi, si on pouvait avoir accès à des trucs comme ça, ce serait pas mal »

« Je vois que déjà, la médecine, les doyens, les enseignants, ont pris conscience que les maths et la chimie ça suffisaient pas pour soigner les gens »

« [...] ce serait pas mal parce que ça nous ferait sortir un petit peu de cette médecine fondée sur les preuves, et réfléchir un petit peu d'une autre façon ».

« C'est vrai la spiritualité ça peut faire du bien parce qu'on vit dans ce monde super matérialiste, matériel, terre à terre, je trouve... la croissance, euh, l'économie, tout ça, et finalement, on ne parle pas beaucoup de spiritualité, c'est vrai et c'est un peu dommage. On parle pas beaucoup de spiritualité, d'humanité, de ces choses qui sont finalement importantes en fait ».

Un médecin propose que l'enseignement en médecine s'ouvre au « rapport humain, en général », et suggère une formation « dans la communication aussi ».

« La spiritualité, c'est une bonne question, parce qu'on se la pose pas tous les jours. Effectivement. C'est vrai qu'on est dans des études qui sont beaucoup plus axées sur la maîtrise fondée sur les preuves. »

« Ce serait pas mal parce que ça nous ferait sortir un petit peu de cette médecine fondée sur les preuves, et réfléchir un petit peu d'une autre façon. Alors après, c'est vraiment au sens large, on va dire, réfléchir sur des choses un peu plus abstraites sur notre pratique. »

« C'est vrai la spiritualité ça peut faire du bien parce qu'on vit dans ce monde super matérialiste, matériel, terre à terre, je trouve... la croissance, l'économie, tout ça, et finalement, on ne parle pas beaucoup de spiritualité, c'est vrai et c'est un peu dommage. On ne parle pas beaucoup de spiritualité, d'humanité, de ces choses qui sont finalement importantes en fait. Du bonheur, voilà. C'est sûr, c'est important. »

#### **3.1.3.5 Autoformation**

Quatre praticiens évoquent spontanément leurs lectures personnelles comme étant source de leur formation en matière de spiritualité.

« Je vous dis, tout ce que j'ai acquis, moi c'est juste ce que j'ai acquis par moi-même. Sur les ouvrages que j'ai pu lire et les questions que je me suis posées. Du côté médical, que ce soit la formation universitaire, la formation para universitaire, avec tous les groupes de FMC, tout ça, ce n'est pas abordé. »

« Effectivement certaines paroles, de guide ou de bouquins peuvent venir apporter des nouvelles orientations, faire mûrir tout ça. »

« Spiritualité au sens large, c'est des sujets que je lis. »

## **3.2 BILAN DE LA FORMATION INITIALE**

Initialement, le recueil des données devait se faire en contactant chaque UFR de médecine, et en listant l'ensemble des intitulés précisant la notion de spiritualité, de mort, de soins palliatifs.

### **3.2.1 Facultés contactées**

L'objectif était d'explorer précisément le nombre d'heures de cours durant lesquelles était évoquée la spiritualité ainsi que de récupérer le nombre d'heure de formation en soins palliatifs et sur la mort. L'approche Ethno-sociale ainsi que des cours sur les rituels mortuaires pourraient être retenus comme approche spirituelle.

Quand était évoquée la formation initiale, il semblait souhaitable de se focaliser sur la formation de l'externat, dont l'enseignement est plus reproductible inter-facultés, et dont l'ensemble des cours semblait plus facilement récupérable. Les enseignements de troisième cycle sont, du fait de l'internat, supposés plus spécifiques à chaque université.

De plus, les enseignements de premier et de deuxième cycle concernent tous les étudiants en médecine, et pas seulement les futurs médecins généralistes. Cela ouvrirait le bilan de formation aux différents médecins et pas seulement aux généralistes.

Aucune des cinq premières UFR de médecine contactées n'a été en mesure de préciser l'intitulé des cours concernant la spiritualité. Chaque formation est gérée au niveau local par les enseignants responsables. Le nombre d'heures ainsi que les items abordés dans les différents modules sont également variables selon les facultés. Il n'existe vraisemblablement pas de programme officiel national.

Par conséquent, il a été décidé de ne pas poursuivre la recherche d'informations par ce moyen. Les données possiblement récupérées n'auraient pas été significatives.

Il n'a donc pas été possible de faire un inventaire complet des cours évoquant la spiritualité au cours des études de médecine en France.

### 3.2.2 Le programme de l'Examen National Classant

Il existe un remaniement conséquent des études médicales actuellement en cours (36).

Une modification importante avait eu lieu en 2009 avec la mise en place de la Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) (37).

Le premier cycle et le deuxième cycle des études médicales a été reformaté afin d'harmoniser au niveau français et européen les études sous le format : Licence, Master, Doctorat (LMD). On trouve maintenant le Diplôme de Formation Générale en Science Médicale (DFGSM) qui correspond au PCEM1 (ou PACES), au PCEM2 ainsi qu'au DCEM1 et délivre un grade de licence. Et le Diplôme de Formation Approfondie en Science Médicale (DFASM) regroupe les années de DCEM2, DCEM3, DCEM4, et délivre un grade de master.

Lorsque l'on regarde les intitulés des programmes de l'ECN en cours ou à venir, concernant la formation des soins palliatifs, aucune référence à la spiritualité n'en ressort.

Que ce soit dans le *Module6 : Douleur, soins palliatifs, accompagnement*, (38) actuellement en vigueur (ECN 2004-2015) ou dans l'*UE5 : Handicap, vieillissement, dépendance, douleur, soins palliatifs, accompagnement* (39) qui sera en vigueur dès 2016, aucune référence n'est faite à un éventuel enseignement concernant les besoins spirituels conformément à la recommandation ANAES de 2002 sur les soins palliatifs.

### 3.2.3 Rapport ministériel en soins palliatifs

Dans l'état des lieux de formation médicale initiale de 2010, il est décrit une offre de formation initiale très variable. Il existe, de façon spécifique à certaines facultés, des enseignements optionnels en premier cycle ou en deuxième cycle des études médicales. « De nombreux doyens décrivent la difficulté des étudiants à investir des formations concernant les aspects éthiques et soins palliatifs du simple fait de leur faible impact pour l'Examen National Classant (ECN) » (28). Le volume horaire étant en 2010 très variable selon les facultés. De plus le troisième cycle ne reconnaît que trop peu les stages validants en USP.

Il existe depuis 2008, un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) « médecine palliative, médecine de la douleur ».

On décompte 14 diplômes Inter-Universitaires (DIU) d'accompagnement et de Soins palliatifs au sein des 30 facultés de médecine.

En 2010, une expérimentation d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) était en cours sur trois régions sur le thème : « Approche éthique de la prise de décision en soins palliatifs : formation pluridisciplinaire ».

Malgré le développement des formations en soins palliatifs, la recherche dans ce domaine en est à son balbutiement.

Les résultats par faculté du rapport de 2010 sur l'état des lieux du développement des soins palliatifs en France (28) sont résumés sur le tableau 2, sur lequel on retrouve le nombre d'heures d'enseignement en soins palliatifs.

**Tableau 2 : Nombre d'heures de formation en soins palliatifs au cours des études médicales selon les facultés en France**

Région	Faculté de médecine	Nombre d'heures de formation au cours des études médicales
<b>Alsace</b>	Strasbourg	6h intégré au programme de formation initiale
<b>Aquitaine</b>	Bordeaux	non précisé
<b>Auvergne</b>	Clermont-Ferrand	4h (module 6), 4h (D3)
<b>Basse-Normandie</b>	Caen	4h (P1), 30h (P2), séminaire douleur / SP 18h
<b>Bourgogne</b>	Dijon	8h douleur et 8h SP (module 6)
<b>Bretagne</b>	Brest / Rennes	non précisé
<b>Centre</b>	Tours	non précisé
<b>Champagne-Ardenne</b>	Reims	35h (module 6)
<b>Corse</b>	pas de faculté de médecine	pas de faculté de médecine
<b>Franche-Comté</b>	Besançon	8h (P1), 16h (P2) + 48h (P2 optionnelles), 4h (module 6)
<b>Ile-de-France</b>	Toutes facultés parisiennes	12h à 36h (module 6) selon les facultés
<b>Languedoc-Roussillon</b>	Montpellier	6h (module 6)
<b>Limousin</b>	Limoges	séminaire de 2 jours (module 6)
<b>Lorraine</b>	Nancy	6h douleur et 6h SP (module 6)
<b>Midi-Pyrénées</b>	Toulouse	un module (PCEM), 8h (module 6)
<b>Nord-Pas-de-Calais</b>	Lille	2h (P1), 6h-10h (module 6)
<b>Haute-Normandie</b>	Rouen	56h (module 6), séminaire (DCEM2)
<b>Pays-de-la-Loire</b>	Nantes / Angers	non précisé
<b>Picardie</b>	Amiens	non précisé
<b>Poitou-Charentes</b>	Poitiers	3h douleur et 3 h SP (module 6)
<b>Provence-Alpes-Côte-D'azur</b>	Nice / Marseille	non précisé
<b>Rhône-Alpes</b>	Grenoble / Lyon / St Etienne	non précisé
<b>Antilles-Guyane</b>	Guyane	non précisé
<b>Réunion</b>	pas de faculté de médecine	pas de faculté de médecine

## 4 DISCUSSION

---

#### 4.1 LES ENTRETIENS AVEC LES MEDECINS GENERALISTES

Les entretiens ont été réalisés auprès des médecins généralistes uniquement localisés sur Angers et les villes environnantes.

Concernant la méthodologie, l'étude s'est arrêtée à onze entretiens car la saturation des données semblait atteinte. En effet, les derniers entretiens n'apportaient pas de nouveaux éléments au niveau de la question de la spiritualité. De même, les praticiens proposaient des formations dont les données avaient déjà été évoquées.

Les critères d'inclusions semi aléatoires ont permis un panel assez varié en termes de pratique urbaine ou rurale. En revanche on peut noter que seulement trois médecins interrogés avaient plus de 45 ans. Cela est dû au hasard de l'inclusion. Il est possible que d'autres idées aient pu être obtenues avec l'entretien de médecins plus expérimentés. On peut noter qu'un des entretiens le plus long ait été réalisé par un médecin de 43 ans.

Certains entretiens ont été bien plus courts que prévu, on note trois entretiens de moins de 11 minutes. Il a été parfois difficile de développer le sujet de la spiritualité pour certains médecins. Etant le seul à avoir réalisé les entretiens, il se peut que dans ces situations où l'élaboration était difficile à mettre en place, mon manque d'expérience pour mener ce type d'entretien ait pu limiter les données recueillies.

Nous avons essayé de répartir également à l'inclusion le nombre d'hommes et de femmes interrogés. Il n'était pas attendu de différences dans ces sous-groupes et nous n'en avons pas relevé à ce niveau. Cette donnée a été précisée à titre indicatif. Si l'on reprend les données de l'INPES sur le bilan de l'activité médicale généraliste, on note une répartition de 70% d'hommes contre 30% de femmes (40). Il n'y avait donc probablement pas d'intérêt à faire une répartition paritaire à l'inclusion.

## 4.2 LA SPIRITUALITE

### 4.2.1 La définition donnée

Lors des entretiens, nous avons eu une grande variété de réponse, la compréhension globale du terme spiritualité était spontanée pour la plupart des médecins. Cependant, certains médecins interrogés ont été gênés par la définition du Larousse qui était précisée lors des entretiens. Il m'est arrivé lors de certains entretiens de devoir préciser que l'on pouvait également entendre par spiritualité : la question du sens de la vie. Malgré ces précisions, la complexité de ce que peut représenter la notion de spiritualité, a probablement pu perturber le recueil de données.

### 4.2.2 Spiritualité et religion

On peut noter le rapprochement souvent évoqué entre spiritualité et religion. Il existe actuellement dans notre société une modification des mentalités concernant l'aspect spirituel. Une étude de l'Institut Français d'Opinion Public (IFOP) : *Les français et la croyance religieuse*, d'Avril 2011, met en avant la diminution de la croyance en Dieu des Français. Ci-dessous la réponse des français à la question : « Vous personnellement, croyez-vous en Dieu ? » (41).

**Tableau 3 : Croyance en Dieu en France en 1947, 2004 et 2011 (source IFOP)**

	En Décembre 1947 (%)	En Avril 2004 (%)	En Avril 2011 (%)
<b>Oui</b>	66	55	56
<b>Non</b>	20	44	44
<b>Ne se prononce pas</b>	14	1	0

Il existe en France un ancrage de l'histoire judéo-chrétienne. Notre pays est certes laïque, dans le sens où chacun peut y exercer la croyance de son choix, il n'en demeure pas moins que la France a été gouvernée par des rois qui partageaient le pouvoir avec l'Eglise. On trouve une église dans presque chaque village et chacun a entendu parler de religion sans forcément avoir reçu d'enseignement religieux. Si l'on reprend l'étude IFOP de 2011, on peut confirmer

une forte majorité de Catholiques en France vis-à-vis des autres croyances. Les données de ce que les français ont répondu à la question « Vous personnellement, êtes-vous... ? » sont reportés sur le Tableau 4 (41).

La majorité religieuse française (Les Catholiques), tend à diminuer, comme illustré par une autre étude IFOP : *Le catholicisme en France en 2010*, qui montre le recul de la religion Catholique, passant de 81% en 1952 à 65% en 2006 (42).

**Tableau 4 : L'appartenance religieuse en France en 2011 (source IFOP)**

	Ensemble (%)
<b>Total Catholique</b>	61
- Catholique pratiquant	15
- Catholique non pratiquant	46
<b>Protestant</b>	4
<b>Musulman</b>	7
<b>Juif</b>	1
<b>Autre religion</b>	2
<b>Sans religion</b>	25
<b>Ne se prononcent pas</b>	0

Parmi les français n'ayant pas d'appartenance religieuse (25%), certaines pourraient être définis comme des athées fidèles, selon l'expression d'André Comte-Sponville (34). Ce dernier se définit ainsi comme non croyant, mais avec une forme de fidélité, qu'il décrit comme le respect des valeurs enseignées par son éducation et par l'imprégnation religieuse dans laquelle il a été élevé.

Nous aurions pu étudier la demande des patients qui souhaitent évoquer la spiritualité lors de consultations médicales. Plusieurs études ont été menées à ce propos aux Etats-Unis. En 2003, une étude (sur 456 patients) montre que la proportion des patients qui accueillent l'exploration de leur spiritualité varie de 33% au cabinet médical, à 40% en hospitalisation et à 70% en soins palliatifs (43). On note également que 19% des patients accepteraient, avec leur médecin, de partager une prière au cabinet médical, contre 50% en fin de vie.

D'après une étude de 1991 (sur 135 patients), 30% des patients interrogés pensent que leur médecin devrait évoquer avec eux leur questionnement religieux (44).

En 1994, une étude (sur 203 patients) retrouvait que 70% des patients estimait que leur médecin généraliste devrait considérer les besoins spirituels de leurs patients (45). L'article précisait que 37% d'entre eux souhaiteraient que leur médecin évoque leur croyance religieuse plus régulièrement et 48% voulaient que leur médecin prie avec eux. 68% de ces patients rapportent n'avoir jamais échangé de leurs croyances avec leur médecin.

Ces différentes études, qu'il faut pondérer car non réalisées en France, laissent entendre un besoin exprimé, par les patients, que leur médecin généraliste aborde plus la question de la spiritualité avec eux. Certes la France et les Etats-Unis ont un rapport différent par rapport à la religion, mais leurs médecines ne sont pas tellement éloignées sur l'aspect théorique.

Nous sommes formés à rester neutres dans notre pratique, régis par une éthique nécessaire et fondamentale : le respect de l'expression des croyances individuelles. Il semble donc important d'aborder cette question de la spiritualité en étant détaché de la religion.

### 4.2.3 La spiritualité dans un autre domaine que celui de la fin de vie

La plupart des médecins interrogés ont mis en avant d'autres domaines que celui de la fin de vie durant lesquels la spiritualité était abordée avec leurs patients. On retrouve dans leurs propositions : la natalité, la parentalité, les approches rituelles... Tous ces moments qui questionnent le sens de la vie semblent en effet être en lien avec des questions d'ordre spirituel.

Le domaine de l'approche spirituelle avec les patients semble en effet aller au-delà de l'approche de la fin de vie et de la question de la mort. Ce travail a été axé en un premier temps sur les soins palliatifs, en effet il n'existe pas d'autres recommandations françaises que celles de 2002, qui stipulent aux médecins de prendre en charge les besoins spirituels de leurs patients. L'intérêt de ce travail a également été de mettre en avant la présence dans notre activité quotidienne de questions en lien directe avec la spiritualité dans d'autres contextes que celui de la fin de vie.

On trouve dans le *Guide pancanadien de pratique clinique sur l'évaluation des besoins en soins psychosociaux du patient adulte atteint de cancer*, datant de Mai 2009, de multiples références à la prise en charge des besoins spirituels (46). « Le guide présente des

recommandations aux fournisseurs de soins de santé au sujet des évaluations régulières, systématiques ou normalisées des besoins en soins psychosociaux, ce qui comprend les besoins physiques, affectifs, sociaux, psychologiques, spirituels et pratiques ainsi que les besoins en information. »

Cette réflexion de la spiritualité dans la médecine au sens large, a été développée depuis plus d'un millier d'années par la médecine tibétaine. Ils évoquent l'importance de la « paix de l'esprit ». On peut résumer ainsi : « L'idée maîtresse de la pratique bouddhiste est précisément d'éliminer ces états d'esprit négatifs et de cultiver les états positifs, transformant ainsi notre esprit et nos émotions et, par là-même, guérissant notre être tout entier : corps, parole, esprit et cœur » (47). Il est certes difficile d'aborder une réflexion orientale dans notre médecine occidentale, mais cette ouverture à la compréhension de ce que nous ignorons, pourrait compléter notre pratique.

#### 4.2.4 Spiritualité et psychiatrie

Au cours de plusieurs entretiens, le rapprochement a été fait entre la spécialité médicale de la psychiatrie et les questions de spiritualité. Est-ce une confusion ? Ou bien est-ce que ces deux approches ne sont en fait pas si éloignées ?

On peut constater que les souffrances psychologiques et spirituelles sont parfois rapprochées, voir confondues, sans doute entraînent-elles le médecin dans un domaine non palpable, éthéré. En effet, il est difficile pour le praticien de distinguer le tableau clinique d'un patient souffrant psychologiquement, de celui d'un patient en souffrance spirituel. Nous nous appuyons classiquement sur des arguments diagnostics lors de notre pratique médicale, qui ne sont pas définis dans le cadre de la souffrance spirituelle. Nous sommes supposés prendre en charge ces besoins spirituels, sans pouvoir nous appuyer ni sur des diagrammes, ni sur des critères, ni sur des signes spécifiques, car ils ne nous ont classiquement jamais été enseignés.

Comme nous avons pu le voir en introduction, plusieurs auteurs se sont penchés sur la question des besoins spirituels. Certains courants de la psychiatrie se sont également intéressés à cette question.

Sans reprendre les nombreux courants psychiatriques, et la complexité de l'évolution de la psychiatrie au travers des siècles, on peut préciser que pendant de nombreuses années, le rapprochement entre psychiatrie et spiritualité était décrié. Sigmund FREUD<sup>25</sup> a développé de nombreuses réflexions et critiques sur la religion qui ont eu tendance à mettre de côté cet abord en psychiatrie. Il explique que « la raison dernière du besoin de religion m'a frappé comme étant l'impuissance de l'enfant [...] il ne peut se représenter le monde sans parents et il s'octroie un Dieu juste et une nature bonne » et il estime que le « besoin de religion » relève d'une pathologie du narcissisme primaire (48).

Contrairement à S. FREUD, qui estimait que la quête de sens était une manifestation névrotique, V. FRANKL<sup>26</sup>, ancien déporté des camps de la mort, considère que ce questionnement est salutaire et bénéfique. Ce dernier développe la *logothérapie* et explique que la frustration existentielle peut en cas de forte intensité provoquer des névroses dites « névroses noogéniques », par opposition aux névroses traditionnelles ou psychogéniques. « Il existe une frustration existentielle, [...] c'est-à-dire le sentiment d'absence de sens de sa propre existence. [...] La frustration existentielle, ou, comme nous pourrions l'appeler également, la frustration du besoin de sens, n'a donc rien de pathologique : au contraire, cette revendication humaine d'une existence qui ait la plus grande signification possible est si peu pathologique en elle-même qu'elle peut - et doit - être mobilisée dans une action thérapeutique ». (49)

D'autres médecins ont développés cette approche, notamment I. YALOM<sup>27</sup> qui introduit la *Thérapie existentielle*. Ce dernier considère que « nous sommes des créatures essentiellement attachées à la recherche du sens », et que « la raison d'être de la psychothérapie est toujours cette souffrance existentielle - et non pas, comme on l'affirme souvent, le refoulement des impératifs sexuels ou les épines encore aiguës d'un vécu douloureux ». (49)

---

<sup>25</sup> Sigmund Freud (1856-1939), était un Professeur autrichien de médecine, neurologue, fondateur de la psychanalyse. Prix Goethe (1930)

<sup>26</sup> Viktor Emil Frankl (1905-1997), était un Professeur autrichien de neurologie et de psychiatrie, fondateur de la logothérapie.

<sup>27</sup> Irvin David Yalom est un Professeur américain de psychiatrie (Stanford), psychothérapeute et écrivain. Prix Oscar Pfister (2002)

Le Professeur M. LEIJSSSEN<sup>28</sup>, dans un article de 2006, propose cette réflexion : « La problématique omniprésente de la recherche du sens ne renvoie toutefois pas uniquement à des caractéristiques personnelles. Les chiffres élevés de suicides, la dépression qui touche un adulte sur cinq, le stress, le syndrome du « burn out » (syndrome d'épuisement professionnel), les dépendances, l'augmentation de la criminalité, etcetera, sont autant de symptômes produits par une société qui a perdu sa dimension humaine. Ces phénomènes néfastes ne peuvent être enrayerés que si la société prête davantage attention à ce dont les gens ont besoin, à la fois pour trouver un sens à leur vie quotidienne et pour conférer un sens ultime à leur existence ». (50)

En 1994, on voit apparaître dans la classification DSM-IV, le diagnostic : « Religious or Spiritual Problem » (51). Il n'existe pas de correspondance dans la classification CIM-10 (52).

Actuellement, certaines études s'intéressent à l'impact de la prise en considération de la spiritualité dans les soins psychiatriques, avec des résultats encourageants. Cependant, ces études sont encore trop peu nombreuses, et méritent d'être approfondies (53). Dans un article de 2013, une approche psycho-analytique propose d'aborder la spiritualité des patients comme est explorée le reste de la vie psychique (54).

Quel que soit le domaine de prise en charge des besoins spirituels, qu'ils soient inclus ou non en psychiatrie, il semble nécessaire de ne pas les mettre de côté dans notre pratique médicale.

#### 4.2.5 La spiritualité des patients nous renvoie à notre propre spiritualité

Un des éléments principaux qui ressort des entretiens, est que la question de la spiritualité de nos patients nous renvoie à notre propre spiritualité. La quasi-totalité des médecins rencontrés ont spontanément évoqué, sans que la question ne leur soit posée, leur façon personnelle et intime, de donner du sens à la vie. Cette question ne peut sans doute pas être abordée sans avoir pensé soi-même à sa propre spiritualité.

Cela peut expliquer la difficulté exprimée par certains médecins dans des cas de prosélytismes de la part de leurs patients à leur égard.

---

<sup>28</sup> Mia Leijssen est un Professeur belge de psychologie (Leuven) et psychothérapeute.

Dans *Le livre tibétain de la vie et de la mort*, Sogyal RINPOCHE<sup>29</sup> explique qu'« assister les mourants nous fait prendre conscience, de façon poignante, non seulement de leur condition mortelle, mais aussi de la nôtre. Tant de voiles et d'illusions nous séparent de la connaissance abrupte de l'imminence de notre propre mort. Lorsque, enfin, nous réalisons que nous sommes en train de mourir et qu'il en est de même pour tous les êtres sensibles, nous commençons à éprouver le sentiment aigu, presque déchirant, de la fragilité et de la valeur inestimable que revêtent chaque moment et chaque être » (55). Il semble difficile dans notre pratique médicale de faire l'économie de ce que nous renvoie le patient sur nos réflexions personnelles, qu'il s'agisse de la mort ou de la spiritualité.

Le précepte « Connais-toi toi-même », gravé à l'entrée du temple de Delphes, repris par Socrate, semble illustrer ce qui nous incombe en tant que médecin. Peut-être nous devons-nous de mieux nous connaître, connaître notre spiritualité, nos fondements de vie, afin d'avoir plus de facilité à pouvoir aborder ces questions avec nos patients.

### 4.3 FORMATION

Il semble que cette spiritualité universelle ne soit pas abordée dans notre société à quelque moment que ce soit au cours de notre éducation scolaire. Je pense que c'est probablement se priver d'une partie essentielle de ce qui nous définit en tant qu'humain : notre monde intérieur spirituel. Cette réalité purement subjective qui est mise de côté par l'éducation scolaire, n'est souvent abordée que dans le cadre privé ou familial, et parfois plus tard via une quête personnelle de sens.

Les médecins que nous sommes, dont la formation repose sur l'« evidence based-medicine » (« médecine basée sur les preuves »), ne trouvent pas toujours de réponses, dans leur seule formation médicale initiale, face à certaines demandes de leurs patients.

En revanche, au cours de nos études médicales, de nombreux messages passent de manière informelle. Au-delà de notre apprentissage théorique, nous sommes également

---

<sup>29</sup> Sogyal Lakar Rinpoché est un lama tibétain.

formés par nos maitres, nos aînés et nos expériences. En stages pratiques, au contact des patients, nous apprenons à écouter, à comprendre, à avoir de la compassion et à développer notre bienveillance. Nous acquérons progressivement ces compétences que nous pourrions nommer ainsi : humanité ou spiritualité. Plusieurs médecins interrogés ont repris le terme d'humanisme pour définir la spiritualité. Au cours de l'internat, la transmission de ces valeurs par nos pairs nous aide à aborder l'individu, sous ses différents aspects et spécificités. Peut-être est-ce cela la spiritualité du médecin, un humanisme qui permet de prendre en charge ses patients, de les comprendre quand les demandes dépassent le corps.

Comme l'explique le Professeur D. MALLET<sup>30</sup> dans l'article : *La formation en soins palliatifs : une chance pour la médecine ?* (56), la formation en soins palliatifs pourrait se développer en trois axes. Tout d'abord « permettre aux étudiants de s'approprier les pratiques de soins palliatifs ». Puis développer le fait « de découvrir, à travers l'analyse des pratiques de soins palliatifs, des traits communs à l'exercice de la fonction soignante, quels que soient les lieux d'activités ». Il y précise alors la nécessité de « concevoir une réflexion épistémologique sur la science et la médecine », afin de ne pas perdre la « pertinence et l'opérativité des technosciences » au sein de la réflexion humaine palliative. Le troisième axe qu'il décrit serait l'accompagnement de « l'étudiant dans une dynamique personnelle afin qu'il construise et s'approprie sa propre pratique professionnelle sur son lieu de soin. Cette créativité mise en œuvre serait pratique et réflexive. Afin d'être réellement insérée dans le réel, ce cheminement devra tenir compte du contexte professionnel et des données socioculturelles. »

Concernant certaines modifications à venir au niveau de notre formation initiale, on peut noter que les réformes de l'ECN, mettent en place de nouveaux types d'évaluations dont un des principaux objectifs est de développer le raisonnement clinique et la vision globale du patient. Par exemple, Le Test de Concordance de Script (TCS), est une technique d'évaluation qui permet de mesurer la capacité à résoudre des problèmes mal définis, cette technique évalue l'organisation des connaissances et non uniquement les connaissances factuelles (57)(58). Cela semble contribuer à la démarche globale de l'enseignement qui tend à développer et à favoriser l'analyse et la réflexion chez les futurs médecins.

---

<sup>30</sup> Donatien Mallet est médecin interniste, Professeur associé en soins palliatifs (Tours), Docteur en philosophie pratique, responsable de l'Unité de soins palliatifs (Tours), responsable du collège national des étudiants en soins palliatifs. Prix d'éthique Maurice Rapin (2005).

#### 4.4 REFLEXION SUR L'EUTHANASIE

La question du droit à mourir dans la dignité soulève la question de l'euthanasie. La loi LEONETTI de 2005 (27), introduit plusieurs dispositions :

- Elle reconnaît le droit pour le patient de refuser un traitement qu'il estime « déraisonnable » au vu des bénéfices à en attendre et le droit au médecin de suspendre ou de ne pas entreprendre des « traitements inutiles, disproportionnés, ou n'ayant d'autre objet que le maintien artificiel de la vie ».
- Elle renforce le droit pour toute personne dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et admet, sous certaines conditions, que le soulagement des souffrances puisse nécessiter des médicaments qui peuvent avoir pour effet secondaire non recherché de réduire la durée de vie du patient.
- Elle renforce le principe « d'autonomie de la personne malade » : un patient en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, considéré comme capable d'exprimer sa volonté, peut refuser tout traitement et le médecin a l'obligation de respecter ce refus. Si le patient n'est pas en état d'exprimer sa volonté, le médecin peut limiter ou arrêter un traitement mais il doit prendre en compte les directives anticipées éventuelles, recueillir l'avis de la personne de confiance (si elle a été désignée) ou, à défaut, de la famille ou des proches, se concerter avec l'équipe de soins et obtenir l'avis motivé d'un autre médecin.

Une étude de l'Institut National d'Etudes Démographiques (INED) de 2010, soit cinq ans après la parution de la loi LEONETTI, met en avant les pratiques médicales dans le cadre de la fin de vie (59). On peut lire que dans 48% des cas, le médecin déclare avoir pris une décision médicale en ayant conscience qu'elle était susceptible d'abrégé la vie du patient. Soit il y a eu une abstention d'un traitement visant à prolonger la vie (15%), soit un arrêt d'un traitement visant à prolonger la vie (4%), soit une intensification de traitement de la douleur et des symptômes (28%), soit une administration de médicaments pour mettre délibérément fin à la vie (<1%). Dans les autres cas (52%), soit une décision a été prise sans considérer qu'elle pourrait hâter la mort du patient (23%), soit il a été décidé de tout faire pour prolonger la vie (12%), soit le décès a été soudain (17%).

Ce qui ressort de cette étude, c'est que la décision prise quelle qu'elle soit, a été collective dans neuf cas sur dix. Dans près de 80% des cas, ces décisions ont fait l'objet d'une discussion

avec le patient. On peut s'étonner de voir que seuls 2.5% des patients avaient rédigé des directives anticipées, alors que lorsqu'elles étaient présentes, elles ont été un élément important dans 72% des décisions médicales de fin de vie. Cela questionne clairement la connaissance de la loi qui permet justement la prise en considération de ces directives anticipées et leur appropriation par les patients mais également par les professionnels de santé.

La réflexion de l'euthanasie est un sujet complexe, dont les débats évoluent constamment. Il est possible que la difficulté à trouver une réponse satisfaisante à ce questionnement reflète l'évolution actuelle des réflexions sociétales face à la mort.

## 5 CONCLUSION

---

Comme nous avons pu le voir, l'évolution sociétale nous a peu à peu mis à distance de la prise en charge de la mort dans notre pratique quotidienne. Nous avons pu observer que l'approche actuelle de la spiritualité est médecin dépendant.

Nous sommes confrontés de par notre exercice à ces deux aspects, la mort et la spiritualité, qui me paraissent fondamentaux. Il nous faut affronter ce paradoxe qui nous incite à repousser la mort tout en accompagnant le mourant. Cette ambivalence participe à la beauté de notre engagement, pouvoir être présent tout au long du parcours de vie de nos patients, et jusqu'à la mort accompagner la vie.

La spiritualité semble être un élément essentiel de la vie de certains patients et, en ce sens, fait partie de l'approche globale en médecine générale. « Le tout est plus que la somme des parties ». Cette pensée holistique permet de nous rappeler la complexité des individus que nous prenons en charge. Peut-être est-ce nécessaire d'accepter la part d'impalpable, d'éthéré, voire d'ésotérique de chacun, pour répondre aux besoins spirituels des patients. En effet, si nous ne nous y consacrons pas, qui le fera ?

Encore faut-il pouvoir reconnaître ces besoins, ces éventuelles souffrances, et pour cela, la poursuite du développement des formations qui sont en train de se multiplier, semble nécessaire. Comme l'ont souligné de nombreux médecins interrogés, cette approche permet d'avoir une meilleure connaissance de nos patients et de renforcer l'alliance thérapeutique nécessaire à l'adhésion aux projets de soins. Ainsi cette démarche ne se limite pas aux soins palliatifs.

Notre enseignement, qui jusqu'à présent, tendait à se concentrer uniquement sur le biomédical, semble être progressivement remis en question. De plus en plus de médecins et formateurs se positionnent pour ouvrir le champ de la médecine aux sciences humaines. Formations et études se multiplient dans ces domaines, favorisant ainsi le développement de nos qualités humaines.

La majorité des praticiens rencontrés auraient souhaité bénéficier d'une formation initiale plus conséquente concernant la spiritualité. Une formation continue dans ce domaine, dont la forme serait à préciser, semblerait répondre à leurs attentes.

Pour conclure, je souhaite partager une réflexion de S. RINPOCHE (55) : « Chacun d'entre nous n'a-t-il pas le droit, en fin de vie, de voir traiter avec respect non seulement son corps,

mais aussi son âme ? Et n'est-ce pas là le plus important ? L'un des droits essentiels de toute société civilisée ne devrait-il pas être, pour chaque citoyen sans exception, de mourir accompagné des meilleurs soins spirituels ? Pouvons-nous réellement nous appeler une « civilisation » tant que ce droit n'est pas devenu une norme admise ? Que signifie, en vérité, une technologie qui permet d'envoyer l'homme sur la lune, si nous ne savons pas comment aider nos semblables à mourir dans l'espérance et la dignité ? »

## ANNEXES

---

## GRILLE D'ENTRETIEN

### Introduction, précision de recrutement :

Age :

Sexe :            Femme             Homme

### Nombre d'années exercées en Médecine générale :

Type d'Exercice :    rural             urbain

### Approche de la pratique :

- Qu'est-ce qu'est pour vous la spiritualité ?
  - o Qu'entend le médecin sous le terme de « spiritualité »
  - o Comment le définit-il ?
  
- Comment traduiriez-vous ça en besoin spirituel chez vos patients ?
  - o Le médecin conçoit-il une notion de besoin spirituel pour son patient ?
  - o Qu'est-ce qu'il met sous cette notion ?

« Précision concernant la suite de l'entretien : L'évocation de la spiritualité fait référence à une qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité. La spiritualité considérée comme indépendante de la religion mais pouvant selon l'expression individuelle être intriquée à celle-ci »

- Abordez-vous avec vos patients en soins palliatifs la question de leur spiritualité / leurs besoins spirituels ?
  - o (Si oui/non pourquoi ?)
  - o Approche spécifique de la spiritualité des patients dans le contexte de la fin de vie
  
- Qu'en-est-il pour vos autres patients ?
  - o Dans quelles circonstances ?
  - o Approche de la spiritualité des patients dans un contexte différent de celui de la fin de vie. Ouverture.
  
- Vous sentez-vous à l'aise dans cet exercice ?
  - o Question faisant le lien avec la suite de l'entretien.

**La formation :**

- Quelle a été votre formation initiale ?
  - Question du parcours de formation cherchant la description de la formation initiale et d'éventuelles des formations annexes.
  - Externat / internat / DU / Capacité / Formations secondaires ?
  
- Quelle a été votre formation en matière de spiritualité ?
  - Cherche à préciser la formation spécifique concernant la spiritualité au cours des études médicales, initiale ou secondaires
  
- Auriez-vous aimé avoir plus de formation initiale sur la question de la spiritualité au cours de vos études ?
  - Sous quelle forme ?
  
- Si une formation continue était mise en place concernant la spiritualité aimeriez-vous y participer ?
  - Sous quelle forme ?

**Réponse libre :**

- Voudriez-vous réagir sur ce qu'on vient d'évoquer ?

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. BOYER F. VOCATION MEDICALE: ASPECTS SPIRITUELS [Thèse d'exercice]. [France]; 1984.
2. Déglise A. Les besoins spirituels des patients en fin de vie: les identifier et y répondre [Thèse d'exercice]. [Tours, France]: Université François-Rabelais; 2006.
3. Rougeron C. LA DIMENSION SPIRITUELLE DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS EN FIN DE VIE: BESOINS ET CHEMINS D'EXPRESSION DU PATIENT ; MISSIONS DES ACCOMPAGNANTS [Thèse de doctorat]. [France]; 1999.
4. Kurt S. Accompagnement spirituel de la personne en fin de vie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2005.
5. Geschwind H. Aspects de la spiritualité en médecine palliative: son rôle dans la pratique des soignants [Thèse de doctorat]. [Paris, France]: École des hautes études en sciences sociales; 2004.
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs [Internet]. 2002 [cited 2014 Jul 20]. Available from: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt\\_soins\\_palliatifs\\_recommandations\\_finales\\_mise\\_en\\_ligne.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_finales_mise_en_ligne.pdf)
7. Dr LALANDE F, VEBER O. La mort à l'hôpital [Internet]. 2009 [cited 2014 Jul 27]. Report No.: RM2009-124P. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La\\_mort\\_a\\_l\\_hopital\\_-\\_lgas\\_-\\_Tome\\_1\\_-\\_janvier\\_2010\\_.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_mort_a_l_hopital_-_lgas_-_Tome_1_-_janvier_2010_.pdf)
8. ARIES P. Essais sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Age à nos jours. Editions du seuil. 1975.
9. "The Pornography of Death", by Geoffrey Gorer, Encounter, October 1955, pp. 49-52 [Internet]. UNZ.org. [cited 2014 Sep 14]. Available from: <http://www.UNZ.org/Pub/Encounter-1955oct-00049>
10. La médecine et la négation de la mort [Internet]. [cited 2014 Sep 13]. Available from: [http://www.canal-u.tv/video/universite\\_bordeaux\\_segalen\\_dcam/la\\_medecine\\_et\\_la\\_negation\\_de\\_la\\_mort.1821](http://www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/la_medecine_et_la_negation_de_la_mort.1821)
11. Rosset PG, Rosette Poletti, Claude Reverdin, Géraldine. La mort restituée. Labor et Fides; 84 p.
12. Prieur-Bertrand M. Le deuil des soignants. Études Sur Mort. 2001 Mar 1;119(1):147–53.

13. Pr. Elger B, Mechkour A, Anthonioz Y, De Almeida F, Marie-Anne R. Ressentis du personnel soignant face au décès d'un patient [Internet]. 2010 [cited 2014 Aug 10]. Available from: [http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/arc\\_hives/2009\\_2010/travaux/10\\_r\\_ressentis\\_soignants.pdf](http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/arc_hives/2009_2010/travaux/10_r_ressentis_soignants.pdf)
14. Carol A. Prêtres et médecins face à la mort et aux mourants en France, xixe-1e moitié du xxe siècle. *Rives Méditerranéennes*. 2005 Oct 15;(22):109–24.
15. Ministère de la santé, des la jeunesse, des sports et de la vie associative. Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 [Internet]. 2008 [cited 2014 Sep 14]. Available from: <http://www.sfap.org/pdf/III-B6b-pdf.pdf>
16. Dame Cicely Saunders [Internet]. [cited 2014 Jul 27]. Available from: <http://www.stchristophers.org.uk/about/damecicelysaunders>
17. Hamilton J. Dr. Balfour Mount and the cruel irony of our care for the dying. *CMAJ Can Med Assoc J*. 1995 Aug 1;153(3):334–6.
18. Jésus C de. Études (1945) [Internet]. Gallica. 1945 [cited 2014 Jul 27]. Available from: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k441999b>
19. Direction Générale de la santé (DGS). circulaire relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale [Internet]. 1986 Aug [cited 2014 Jul 27]. Available from: <http://www.cnrd.fr/Circulaire-DGS-3D-du-26-aout-1986.html>
20. Site de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) [Internet]. [cited 1984 Jul 27]. Available from: <http://www.sfap.org/content/histoire-de-la-sfap>
21. Wary B. Le mouvement palliatif français, petite histoire et évolution. [cited 2014 Aug 10];(69). Available from: <http://www.sfap.org/pdf/I-C2-pdf.pdf>
22. NEUWIRTH L. Rapport d'information sur les soins palliatifs et l'accompagnement [Internet]. 1998 1999 [cited 2014 Aug 10]. Available from: [http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207\\_mono.html#toc4](http://www.senat.fr/rap/r98-207/r98-207_mono.html#toc4)
23. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs [Internet]. Available from: <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000212121>
24. PHELIPPEAU JP. circulaire DAR n°5-2000 [Internet]. 2000 [cited 2014 Aug 10]. Available from: <http://www.sfap.org/pdf/VI-A8e-pdf.pdf>
25. AUBRY M, GILLOT D. Circulaire DH/EO2/2000/295 [Internet]. 2000 [cited 2014 Aug 10]. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_295\\_300500.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_300500.pdf)

26. GAILLARD G. Circulaire CIR-21/2003 [Internet]. 2003 [cited 2014 Aug 10]. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire\\_de\\_la\\_CNAM\\_noCIR-21-2003\\_en\\_date\\_du\\_4\\_fevrier\\_2003\\_relative\\_au\\_financement\\_du\\_dispositif\\_de\\_maintien\\_a\\_domicile\\_dans\\_le\\_cadre\\_des\\_soins\\_palliatifs.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_de_la_CNAM_noCIR-21-2003_en_date_du_4_fevrier_2003_relative_au_financement_du_dispositif_de_maintien_a_domicile_dans_le_cadre_des_soins_palliatifs.pdf)
27. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000446240&categorieLien=id>
28. AUBRY R. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 [Internet]. 2011. Available from: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Etat\\_des\\_lieux\\_du\\_developpement\\_des\\_soins\\_palliatifs\\_en\\_France\\_en\\_2010.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Etat_des_lieux_du_developpement_des_soins_palliatifs_en_France_en_2010.pdf)
29. Définitions : spiritualité - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2014 Sep 25]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/spiritualit%C3%A9/74250>
30. Définitions : besoin - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2014 Oct 5]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>
31. Cours - Soins Infirmiers - Virginia HENDERSON [Internet]. Infirmiers.com. [cited 2014 Oct 23]. Available from: <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>
32. Thieffry J-H. Les besoins spirituels au cours des maladies graves. In : Manuel de soins palliatifs. 2ème édition. DUNOD; 2001.
33. Raoul (MD) M, Rougeron C. Chapitre 6. Besoins spirituels des patients en fin de vie à domicile, à propos d'une étude qualitative auprès de 13 patients. J Int Bioéthique. 2007 Sep 1;18(3):63–83.
34. Comte-Sponville A. L'Esprit de l'athéisme, Introduction à une spiritualité sans Dieu. Albin Michel. 2006.
35. Frappé P. Initiation à la recherche. CNGE - GMSANTE. 2011.
36. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027343762&dateTexte=&categorieLien=id>

37. LOI n° 2009-833 du 7 juillet 2009 portant création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorientation des étudiants [Internet]. 2009-833 juillet, 2009. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020828203&dateTexte=&categorieLien=id>
38. Module 6 : Douleur, Soins palliatifs, Accompagnement [Internet]. Remede.org. [cited 2014 Oct 4]. Available from: <http://www.remede.org/documents/module-6-douleur-soins-palliatifs.html>
39. UE5 : Handicap - Vieillesse - Dépendance - Douleur - Soins palliatifs - Accompagnement [Internet]. Remede.org. [cited 2014 Oct 4]. Available from: <http://www.remede.org/documents/ue5-handicap-vieillesse.html>
40. INPES. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. 2009 [cited 2014 Sep 15]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
41. Ifop. Les Français et la croyance religieuse [Internet]. 2011 [cited 2014 Sep 15]. Available from: [http://www.ifop.com/media/poll/1479-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/1479-1-study_file.pdf)
42. Ifop. Le catholicisme en France en 2010 [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 15]. Available from: [http://www.ifop.com/media/pressdocument/238-1-document\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/pressdocument/238-1-document_file.pdf)
43. MacLean CD, Susi B, Phifer N, Schultz L, Bynum D, Franco M, et al. Patient Preference for Physician Discussion and Practice of Spirituality. *J Gen Intern Med*. 2003 Jan 1;18(1):38–43.
44. Maugans TA, Wadland WC. Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *J Fam Pract*. 1991 Feb;32(2):210–3.
45. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract*. 1994 Oct;39(4):349–52.
46. Nouveau guide d'évaluation des soins de soutien | Partenariat canadien contre le cancer [Internet]. [cited 2014 Oct 23]. Available from: <http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/2010/01/28/new-supportive-care-assessment-guideline-available/>
47. Rinpoche S. The spiritual heart of Tibetan medicine: its contribution to the modern world. *Altern Ther Health Med*. 1999 May;5(3):70–2.
48. Simon M-C. Job comme figure d'un narcissisme bien tempéré. *Cah Jungiens Psychanal*. 2009 Feb 1;128(1):17–26.
49. Lecomte J. Les thérapies fondées sur le sens. *Gd Doss Sci Hum*. 2009 Jun 1;15(6):28–28.

50. Leijssen M. Les dimensions personnelles de la recherche de sens. *Approche Centrée Sur Pers Prat Rech.* 2010 Jul 6;11(1):46–53.
51. Turner RP, Lukoff D, Barnhouse RT, Lu FG. Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *J Nerv Ment Dis.* 1995 Jul;183(7):435–44.
52. Madelon G. La CIM10 Version 2011 ! | [Internet]. [cited 2014 Oct 21]. Available from: <http://www.departement-information-medicale.com/2011/04/la-cim10-de-2011-en-excel/>
53. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 2013 Feb;12(1):26–32.
54. Rizzuto A-M, Shafranske EP. Addressing religion and spirituality in treatment from a psychodynamic perspective. In: Pargament KI, Mahoney A, Shafranske EP, editors. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol 2): An applied psychology of religion and spirituality.* Washington, DC, US: American Psychological Association; 2013. p. 125–46.
55. Rinpoche S. *Le livre tibétain de la vie et de la mort.* éditions de la table ronde. 2003.
56. Mallet D, Amar S, Béal J-L, Hubault P, Lassaunière J-M, Leboul D. La formation en soins palliatifs : une chance pour la médecine ? *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* 2007 Oct;6(5):289–98.
57. Bienvenue sur le portail SIDES [Internet]. [cited 2014 Oct 25]. Available from: <http://www.side-sante.org/>
58. Des épreuves classantes nationales numériques pour les étudiants en médecine en 2016 - ESR : enseignementsup-recherche.gouv.fr [Internet]. [cited 2014 Oct 25]. Available from: <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid77736/des-epreuves-classantes-nationales-numeriques-pour-les-etudiants-en-medecine-en-2016.html>
59. Les décisions médicales en fin de vie en France [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cited 2014 Oct 21]. Available from: <http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/decisions-medicales-fin-vie-france/>

## SERMENT MEDICAL

**Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.**

**Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.**

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

**J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.**

**Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.**

**Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.**

**Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.**

**Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.**

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

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

**NOM : SALLET**

**PRÉNOM : Nicolas**

**Titre de Thèse : 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.**

---

### **RÉSUMÉ**

L'approche de la mort et de la spiritualité sont en évolution dans la société française. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'approche de la spiritualité des médecins généralistes dans le contexte de la fin de vie. De plus cette étude a permis de recueillir les données concernant la formation médicale initiale actuelle. Une étude par entretiens semi-directifs auprès de onze médecins généralistes de Maine-et-Loire de Juin à Septembre 2014 et un bilan de la formation médicale initiale ont été réalisés. Ce travail a permis de mettre en évidence que l'approche de la spiritualité avec le patient renvoie le praticien à sa propre spiritualité. Tandis que l'abord de la spiritualité semble spécifique à chaque médecin, la majorité partage une approche d'écoute humaniste de leurs patients qui inclue la notion de spiritualité. Plusieurs praticiens ont également évoqué diverses circonstances d'abord de la spiritualité hors du contexte de la fin de vie. Il en ressort l'intérêt d'aborder la spiritualité au cours de la formation médicale initiale. La majorité des médecins interrogés seraient intéressés par une formation médicale continue abordant cette thématique. L'inclusion de la spiritualité dans la vision globale du patient semble renforcer l'alliance thérapeutique.

---

### **MOTS-CLÉS**

**Accompagnement, fin de vie, formation médicale, quête de sens, soins palliatifs, spiritualité**