

La spiritualité en médecine générale : Une synthèse des preuves qualitatives

Auteurs

Mieke Vermandere, MD, assistant de recherche, Prof. Jan De Lepeleire, MD, PhD, Liesbeth Smeets, MD, GP, Wouter Van Mechelen, MD, et Prof. Bert Aertgeerts, MD, PhD, du Centre Académique pour la Pratique Générale de l'Université de Louvain (Belgique).

Karin Hannes, PhD, docteur assistant au Centre de Méthodologie de la Recherche en Sciences de l'Éducation de l'Université de Louvain (Belgique).

Franca Warmenhoven, MD, assistante de recherche, et Prof. Eric van Rijswijk, MD, PhD, de l'Université Radboud à Nijmegen (Pays-Bas).

Synthèse

Dans cet article, la spiritualité¹ est décrite comme une composante fondamentale du soin qui relève d'une exigence éthique. Pourtant, seule une petite partie de la recherche s'intéresse à la manière d'intégrer la spiritualité dans la pratique quotidienne des équipes multidisciplinaires. S'il existe peu de littérature sur cette question, il en existe encore moins sur la manière dont les médecins généralistes, à distance des équipes multidisciplinaires et des « spécialistes » du soin spirituel, fournissent ces soins.

Cette revue systématique a pour objectif de synthétiser un ensemble d'études qualitatives anglophones menées sur le point de vue perçu par les médecins généralistes de leur propre rôle à dispenser des soins spirituels, ainsi que sur les facteurs qui facilitent et limitent leur évaluation des besoins

¹ Dans cet article, les auteurs se réfèrent à la définition de la spiritualité de Puchalski, Ferrell, & Virani (2009) qui la considère dans un sens plus large que celui de la religion. Pour ces auteurs, la spiritualité se compose de plusieurs dimensions : la recherche et l'expression d'un sens et d'un but personnel à sa vie, et la manière dont l'individu exprime sa connexion « au moment, au soi, aux autres, à la nature, et au signifiant ou sacré » [traduction libre] (cité par Vermandere, De Lepeleire, Smeets, Hannes, Van Mechelen, Warmenhoven, Van Rijswijk, & Aertgeerts, 2011, p. 749).

spirituels. Il ressort de ces résultats qu'une majorité de médecins estiment qu'il en va de leur responsabilité de fournir des soins spirituels, de faciliter l'expression des valeurs et des ressources de leurs patients. En pratique, cela implique une attitude positive et authentique de soin, de même qu'une écoute respectueuse de l'intimité du patient. Concrètement, aborder les questions de spiritualité est facilité par l'attitude authentique, sensible et volontaire du médecin, ainsi que par des techniques de communication liées au langage et au corps. À l'inverse, la crainte « d'aliéner » le patient, de créer un inconfort, d'utiliser un vocabulaire inapproprié, ainsi que les croyances selon lesquelles la spiritualité se réduit à la religion ou influence peu la santé, suscitent les réticences de certains médecins à traiter des questions spirituelles avec leurs patients.

Les auteurs concluent que, dans une perspective de soin global, tous les professionnels de la santé devraient se soucier des besoins et des ressources spirituelles de leurs patients en utilisant des outils d'évaluations structurés et non-structurés. Afin de diminuer les réticences de certains, les auteurs suggèrent que les médecins généralistes puissent bénéficier d'une formation solide, qui devra être préalablement évaluée.

Critiques de la Plateforme MS3

Cette revue systématique présente une solide méthodologie. Se basant sur l'analyse de sept études qualitatives ayant fait l'objet d'un tri sélectif d'un ensemble d'articles provenant de cinq bases de données différentes, les auteurs font état du décalage existant entre le désir des médecins généralistes de fournir du *spiritual care* (« soins spirituels »), et les difficultés qu'ils rencontrent à le mettre en application. Afin de pallier au manque de connaissance des médecins sur les questions spirituelles, les auteurs mentionnent l'existence de formations spécialisées qui sont désormais dispensées, bien que leur validité n'a pas encore été évaluée. Hormis l'absence d'évaluation, se pose la question des enjeux d'une telle formation, du cadre (intra- ou extra-hospitalier) dans lequel elle devrait être donnée, ainsi que de la discipline (ou « des disciplines ») qui pourrait être en mesure de fournir ces enseignements.

Sept ans après la publication de cet article, un certain nombre d'études et d'articles d'opinions rendent compte de résultats identiques quant aux limites que rencontrent les médecins généralistes à fournir des soins spirituels, et à la nécessité d'une formation, sans toutefois aboutir à des implications concrètes pour la recherche ou la clinique (Hvidt, Hansen, Ammentorp, Bjerrum, Cold, Gulbrandsen, Olesen, Pedersen, Søndergaard, Timmermann, Timm, & Hvidt, 2017 ; Ellis, Campbell, Detwiler-breidenbach, & Hubbard, 2002 ; Lee-Poy, Stewart, Ryan, & Brown, 2016).

Néanmoins, Hamilton, Morrison et Macdonald (2017) semblent aller plus loin que ce constat et proposent une idée originale. Dans leur article, ils évoquent une étude qualitative qui a démontré que les membres de la communauté ecclésiale ayant bénéficié d'un entraînement donné par des professionnels du soin et des aumôniers fournissaient des soins dont les effets étaient plus positifs sur la qualité de vie de patients en fin de vie que ceux qui n'avaient pas bénéficié de cette formation (Goodhead, Speck, & Selman, 2016). Les auteurs suggéraient alors que les *primary care chaplaincy* (« soins aumônier primaires ») pourraient s'imposer comme une alternative à la thérapie cognitivo-comportementale. En reprenant cette idée, Hamilton et al. (2017) se demandent si, en plus de penser le rôle du médecin généraliste comme prestataire de soins spirituels, il ne faudrait pas repenser le rôle de l'aumônier dans la pratique générale, au sein de la communauté, et lui attribuer la responsabilité de former les médecins généralistes aux soins spirituels. Ainsi, ces auteurs dessinent les prémisses des enjeux de la transmission d'information entre les « généralistes » et les « spécialistes » du soin spirituel, ainsi que ceux du cadre intra- ou extra-hospitalier dans lequel elle doit être pensée.

Rédigé par une équipe de médecins et de chercheurs belges et néerlandais, cet article s'insère dans le silo disciplinaire médical. Cela dit, nous pourrions nous demander si les auteurs ne tendent pas à une certaine transversalité. En effet, bien qu'ils s'interrogent, avant tout, sur la pratique médicale, ils concluent sur le fait que tous les professionnels du soin devraient s'atteler à la tâche du *spiritual care*. Par ailleurs, les articles traités dans cette revue proviennent de cinq bases de données, rattachées à disciplines différentes, notamment les sciences infirmières et sciences religieuses. Il est intéressant de combiner les bases de données au niveau méthodologique. Cependant, nous pouvons nous demander dans quelle mesure ces articles s'adonnent à l'étude de la même thématique. Rappelons que les définitions de la spiritualité et du *spiritual care*, ainsi que de leur intégration dans la clinique diffèrent d'une discipline à l'autre. Nous pouvons donc nous demander ce qui justifie ce choix de mêler des articles et des points de vue provenant de silos disciplinaires différents. Est-ce là, le signe d'une méconnaissance des divergences qui existent entre les différentes disciplines sur la question ? Ou, au contraire, est-ce le souhait des auteurs de surmonter cette diversité d'opinion, et de rassembler les professionnels des différents silos disciplinaires autour d'une même pratique transversale du *spiritual care* ?

Références

Ellis, M. R., Campbell, J. D., Detwiler-breidenbach, A., & Hubbard, D. K. (2002). What Do Family Physicians Think About Spirituality In Clinical Practice?. *The Journal of Family Practice*, 51(3), pp. 249-254.

Goodhead, A., Speck, P., & Selman, L. (2016). 'I think you just learnt as you went along'—community clergy's experiences of and attitudes towards caring for dying people: A pilot study. *Palliative medicine*, 30(7), 674-683.

Hamilton, I. J., Morrison, J., & Macdonald, S. (2017). Should GPs provide spiritual care?. *Br J Gen Pract*, 67(665), pp. 573-574.

Hvidt, E. A., Hansen, D. G., Ammentorp, J., Bjerrum, L., Cold, S., Gulbrandsen, P., Olesen, F., Pedersen, S. S., Søndergaard, J., Timmermann, C., Timm, H., & Hvidt, N. C. (2017). Development of the EMAP tool facilitating existential communication between general practitioners and cancer patients. *European Journal of General Practice* 23:1, pp. 261-268.

Lee-Poy, M., Stewart, M., Ryan, B. L., & Brown, J. B. (2016). Asking patients about their religious and spiritual beliefs: Cross-sectional study of family physicians. *Canadian Family Physician*, 62(9), pp. 555–561.

Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., ... & Pugliese, K. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), pp. 885-904.

Vermandere, M., De Lepeleire, J., Smeets, L., Hannes, K., Van Mechelen, W., Warmenhoven, F., ... & Aertgeerts, B. (2011). Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract*, 61(592), pp. 749-760.