



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2016

Thèse N° : 108

Spiritualité et psychiatrie

À propos de 100 cas

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14 /06 /2016

PAR

Mr. **Ahmed GOURANI**

Né le 1 Octobre 1988 à SAFI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Spiritualité–religion– psychiatrie–troubles mentaux.

JURY

Mme. **F. ASRI**

Professeur de Psychiatrie

PRÉSIDENTE

Mme. **F. MANOUDI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. **I. ADALI**

Professeur agrégée de Psychiatrie

Mr. **A.BENALI**

Professeur agrégé de Psychiatrie

Mr. **S. AMAL**

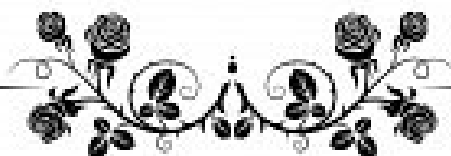
Professeur de Dermatologie

Mme. **N.TASSI**

Professeur agrégée d'Infectiologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





Serment d'hypocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

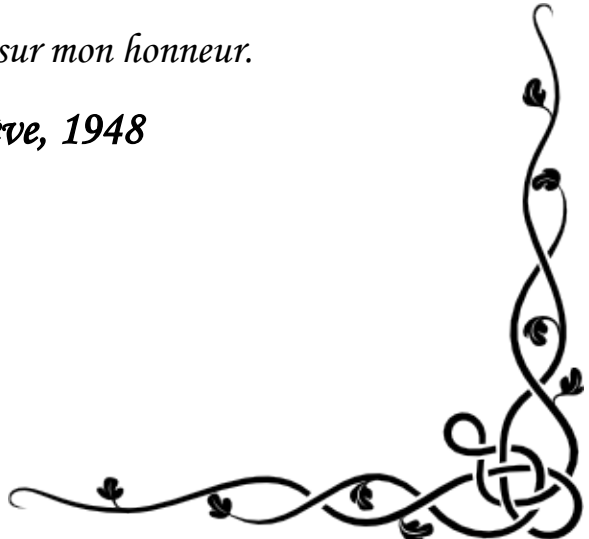
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



*LISTE DES
PROFESSEURS*

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr Badie Azzaman MEHADJI
: Pr Abdalheq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération : Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique : Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale : Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie– obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie

CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie

AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSEI Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie - Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUE Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSEI Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation
CHERIF IDRISSEI EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Nouredine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie

EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie - virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Miriame	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale

BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie – pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino – Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	OUERIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique

إهداء



إلى أمي وأبي ،

كل العبارات لا تسعفني لأداء واجب الشكر والامتنان أمام سنوات النضال التي كنتما فيها بجانبني، كنتما السند والمعين بعد الله ، وما رأيته منكما إلا العطاء ، ثم العطاء .

لكما مني اليوم كل الإجلال والعرفان، كما كان منكما بالأمس كل البذل والحنان .

كيف أوفي واجب الشكر ، وعطاؤكما فاق قدرتي على الشكر، فليست الآن أشكر لكم العطاء، بل أدعو الله أن يوفي لكم الشكر، شكر الله لكما ما كان منكما من حب ورفق وصبر وبذل وكرم ... و رزقكما الجنة .

إلى روح جدتي ،

لالة، صاحبة الفضل الحاجة فضيلة ، فاضلة الخلق ، مريحة الروح ، مؤمنة القلب لالة ، ذاكرة اللسان ،

و هي ، أم هاني ،

الطيبة ، البشوشة ، ذات اليد في تربية جيل ، وتحرير وطن ، تغمده الله بروحكما برحمته ، وأغدق عليكما من كرمه وثوابه ..

زوجتي ،

شكرا لك مريم ، إذ رافقتني في هذا العمل خطوة خطوة ، كنت دائما
الإصرار على مساعدتي ، شكرا لك على الدعم ، شكرا لك على الدعاء .

أخي ،

توأمي ولو فرقت بيننا السنوات ، حضورك الدائم ساعدني ، و نصحت
كان له أثر بليغ في الكثير من خطواتي، لك مني خالص التحية ، وصالح
الدعاء .

زملائي وزميلاتي في مصلحة الصحة النفسية ، أطباء وممرضين وإداريين ،
شكرا لكم على تعاملكم الطيب، شكرا لكم على كل حرفة تعلمتكم منكم ،
شكرا لكم على كلما قدمتموه لي من نصع وتوجيه ، فقد كان لكم فضل
كبير في كثير مما انا عليه الآن ... شكرا جزيلا لكم ..

أصدقائي

، أسامة ، معاذ ، مروان ، عبد الإله ، أحمد الله أن رزقني رفقة طيبة
مثلكم..

أصدقائي ،

شكيب ، مصطفى ، ومروان الغزاوي ، لن أنسى أيام الكلية، والتحضير
للامتحانات ، وسهر الليالي وفرح النجاح .

أحبابي جميعا ،

من ذكرت منكم ومن لم أذكر ، فما كان من ذكر لم يكن تفضيلا ، وما
كان من نسيان لم يكن تجاهلا ، شكرا لكل من ساعدني وعلمني ، شكرا
لمن شجعني ، شكرا لمن دعاني ... شكرا لكم جميعا ..



REMERCIEMENTS



*A notre maître et présidente de thèse :
Pr. Fatima Asri , professeur de psychiatrie
A hôpital Ibn Nafis*

Grand est l'honneur que vous nous faites en acceptant sans la moindre hésitation de présider et de juger ce modeste travail de thèse. Votre sérieux, votre compétence et votre dévouement nous ont énormément marquée. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines. Ce travail est pour nous l'occasion de vous témoigner notre profonde gratitude.

*A notre maître et rapporteur de thèse :
Pr. Fatima Manoudi , professeur de psychiatrie
A hôpital Ibn Nafis*

Ce que nous vous devons dépasse de loin les quelques mots que nous vous adressons. Nul mot ne saurait exprimer à sa juste valeur le profond respect que nous vous portons.

Vous nous avez fait le grand honneur de nous confier ce travail et de le diriger avec pertinence malgré vos obligations. Nous espérons avoir été à la hauteur de votre confiance et de vos attentes.

*A notre maître et juge de thèse :
Pr. Imane Adali , professeur de psychiatrie*

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger parmi nos membres de jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous nous accordez un très grand honneur. Veuillez accepter l'expression de nos considérations les plus distinguées.

*A notre maître et juge de thèse :
Pr. Abdessalam Benali, professeur de psychiatrie*

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger parmi nos membres de jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous nous accordez un très grand honneur. Veuillez accepter l'expression de nos considérations les plus distinguées.

*A notre maître et juge de thèse :
Pr. Saïd Amal, professeur de Dermatologie*

*Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger
parmi nos membres de jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous
nous accordez un très grand honneur. Veuillez accepter l'expression de
nos considérations les plus distinguées.*

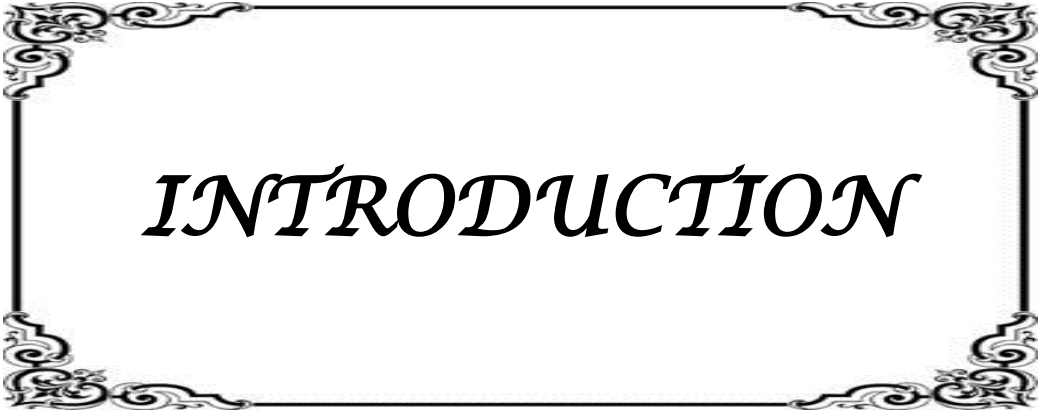
*A notre maître et juge de thèse :
Pr. Noura Tassi, professeur d'infectiologie*

*Nous vous remercions d'avoir répondu à notre souhait de vous voir siéger
parmi nos membres de jury. En acceptant d'évaluer notre travail, vous
nous accordez un très grand honneur.
Veuillez accepter l'expression de nos considérations les plus distinguées.*

*A notre maître:
Pr. Latifa Adarmouch, professeur de Médecine communautaire*

*Nous vous remercions de nous avoir orienté dans notre travail , et de
nous avoir accompagné par vos conseils , votre disponibilité et votre
communication , Veuillez accepter l'expression de nos considérations les
plus distinguées.*

INTRODUCTION	1
PATIENTS ET MÉTHODES	5
I. Participants de l'étude :	6
1. Type de l'étude :	6
2. L'échantillon :	6
3. Le questionnaire :	6
4. Le déroulement de l'enquête :	7
5. Considérations éthiques :	7
II. Méthode statistique :	8
RÉSULTATS	9
I. Analyse uni-variée :	10
1. Résultats chez les patients :	10
2. Résultats de l'étude sur les praticiens :	35
II. Analyse bi-variée (corrélations):	42
1. Les patients :	42
2. Les praticiens :	57
DISCUSSION	64
I. GÉNÉRALITÉS:	65
1. contexte historique :	65
2. Définitions :	66
3. spiritualité et psychisme :	68
4. psychiatrie et spiritualité :	70
II. DISCUSSION DES RESULTATS :	74
1. Discussions des résultats chez les patients :	74
2. Discussions des résultats chez les praticiens :	84
CONCLUSION	88
ANNEXES	90
RÉSUMÉS	97
BIBLIOGRAPHIE	102



INTRODUCTION

S'il y a une chose sur laquelle les différents auteurs s'accordent, c'est sur la difficulté d'établir une définition qui exprime de façon adéquate la profondeur, la richesse et la complexité de l'expérience spirituelle. Il s'agit d'un concept subjectif et difficile à mesurer puisqu'il prend des significations diverses selon les personnes. [1]

Le spirituel est considéré comme le non-matériel, donc le non-mesurable. Il ne peut pas être objet de méthodes empiriques. D'où la réticence classique des sciences médicales par rapport à tout ce qui touche les croyances, la religion et la spiritualité. [2]

La psychiatrie est une discipline qui voit l'humain dans sa globalité : biologique, psychologique, émotionnelle, intellectuelle, mais aussi pourquoi pas, spirituelle ; car cette dimension génère des processus qui influencent sa vie psychique, et donc elle doit être considérée dans sa prise en charge. [3]

On peut trouver chez des patients qui ont des maladies psychiatriques, que la spiritualité était largement considérée comme facteur aggravant ses troubles, renforce un délire, culpabilise sa morale, générant des questions existentielles. Cependant; une possible valeur ajoutée sur la prise en charge est rarement abordée.

Dans la pratique médicale en général, la prise en compte de la dimension spirituelle dans la prise en charge des patients soignés est entrée par la porte des soins palliatifs.

C'est ainsi que les recommandations concernant les soins palliatifs parlent à la fois du respect des convictions des patients et d'une prise en compte des problèmes spirituels qui devrait faciliter leur expression: « Il est essentiel d'aborder les questions spirituelles (sens de la vie, culpabilité, peur de la mort, perte de contrôle des événements, aspects religieux) avec les patients en favorisant l'expression des croyances et représentations, en particulier lors de l'aggravation de maladie et/ou à l'approche de la mort. Il est recommandé un accompagnement éclairé, une assistance affective et spirituelle, dans le respect des convictions du patient : respect des opinions philosophiques et religieuses, respect de sa dignité et de son intimité jusqu'au bout, dans la discrétion, la confidentialité.

L'élaboration d'une réflexion au sein de l'équipe est fondamentale afin d'établir une relation de confiance et d'engagement entre l'équipe soignante, le patient et son entourage et de rechercher le soutien le plus adapté dans le respect de sa vie privée» [4]

Dans la même dynamique de vouloir réconcilier la pratique médicale scientifique et les besoins spirituels des patients et de leurs proches ;les recommandations ont précisé que : « La personne malade et ses proches doivent être reconnus dans leur convictions. Ne pas répondre aux besoins spirituels (religieux, philosophiques et autres) peut générer une véritable souffrance.

Les professionnels de santé et les membres d'associations de bénévoles peuvent être sollicités dans un tel accompagnement. Ils doivent y satisfaire avec respect et retenue sans jamais imposer leurs propres systèmes de valeurs. Il convient de faciliter les pratiques religieuses au même titre que les attachements culturels.» [4]

Or, Les conduites thérapeutiques dans les secteurs de soins psychiatriques ne sont pas encore parvenues à des méthodes optimales pour gérer les demandes spirituelles des patients, d'où l'intérêt de s'intéresser encore plus par ce type de demandes et de la manière adéquate d'y répondre. [4]

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

On peut se demander ce qu'il en est des patients en psychiatrie qui sont aux prises avec le délitement de leurs vies en terme de sens, de relations, de valeurs, de cognitions d'émotions, de comportement, n'ont-ils pas légitimement des demandes spirituelles? La psychiatrie aurait-elle aussi pu, ou du, être parmi les premières disciplines à se saisir de ces questions?

L'intérêt de ce travail est de concrétiser ces demandes émanant des patients consultants en psychiatrie, les caractériser, et d'évaluer la réponse des praticiens à leurs propos.

Ce travail comporte trois parties : une partie qui s'intéresse à la revue de la littérature, apportant des définitions dans la thématique de la spiritualité et de la religion et de certaines notions qui s'y rapportent et les secteurs dans lesquels elles sont intégrées, dans le domaine de la personnalité, l'addiction, les neurosciences, la pratique psychiatrique. Une autre partie va définir le protocole de l'étude qui donnera une justification de notre enquête, un aperçu sur nos objectifs et sur les méthodes que nous avons utilisées. Enfin, une partie va traiter les résultats et la discussion. Nous terminerons par une brève conclusion.

*PATIENTS
ET
MÉTODES*

I. Participants de l'étude :

1. Type de l'étude :

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive et analytique.

2. L'échantillon :

L'étude a concerné 100 patients recrutés lors des consultations externes de psychiatrie, ainsi que certains malades hospitalisés à l'hôpital psychiatrique Ibn Nafis de Marrakech.

L'étude s'est intéressée également aux médecins exerçant dans le même centre hospitalier, et qui étaient 23 médecins, entre enseignantes, spécialiste exerçant la fonction publique, résidents et internes.

3. Le questionnaire :

Il s'agit de deux questionnaires anonymes, le premier destiné aux patients, et le deuxième pour les praticiens.

3.1. Questionnaire des patients :

Comporte quatre parties :

- 1.1– Caractéristiques sociodémographiques des patients
- 1.2– Caractéristiques médicales des patients
- 1.3– Histoire spirituelle des patients
- 1.4– Importance de la religion chez les patients (dans leurs vies, pour faire face à la maladie...)

3.2. Questionnaire des praticiens :

Comporte trois parties :

- 2.1– Le statut hiérarchique et la qualification scientifique du praticien
- 2.2– La religion et la spiritualité dans la vie privée et professionnelle
- 2.3– L'attitude devant une question de nature spirituelle soulevée par le patient.

4. Le déroulement de l'enquête :

4.1. durée de l'étude :

L'étude d'est déroulée sur une période de onze mois : de Mars 2015 à Février 2016.

4.2. modalités d'inclusion :

Les patients suivis en ambulatoire ou hospitalisés au centre hospitalier psychiatrique Ibn nafis, pendant la durée située entre Mars 2015 et Février 2016, quelle que soit la pathologie psychiatrique concernée.

L'âge des patients variait entre 18 et 70 ans.

Le recrutement se faisait par ordre consécutif après les consultations externes, et tout patient ayant accepté de participer à l'enquête était inclus.

4.3. modalités d'exclusion :

Les patients exclus de l'enquête sont ceux qui étaient instables sur le plan psychiatrique, et ceux qui refusaient de participer à l'enquête.

5. Considérations éthiques :

Les patients recrutés dans cette étude ont exprimé leur consentement verbal , tenus au courant de l'anonymat de chaque questionnaire .

Les questions en rapport avec l'enquête ne commençaient qu'après la fin de la consultation et que le patient aie son ordonnance, et cela afin d'éviter toute crainte subjective de la part du patient que sa prise en charge soit altérée par son refus de participer à l'étude.

II. Méthode statistique :

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes :

- 1) Une analyse descriptive à deux variables : qualitative et quantitative.
- 2) Une analyse bi-variée : la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques :
 - le test de khi2
 - le test de Phi de Cramer.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est le SPSS 17 .0 , avec un seuil de signification fixé à 5%.



RÉSULTATS

I. Analyse uni-variée :

1. Résultats chez les patients :

1.1. Caractéristiques sociodémographiques :

a. L'âge :

La tranche d'âge entre 31 et 40 ans était la plus représentée par 29%, suivie de celle entre 21 et 30 ans par 26 % et celle de 41 à 50 ans par 25 %.

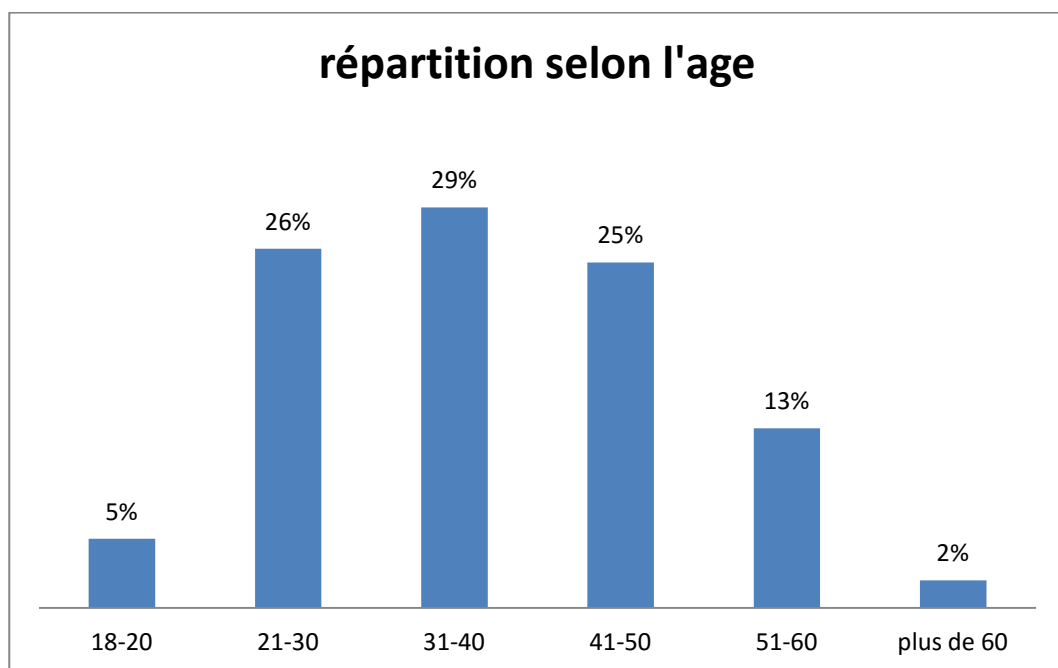


Figure 1 : distribution des patients selon l'âge

b. Sexe :

Plus de la moitié de la population étudiée étaient des hommes (56%).

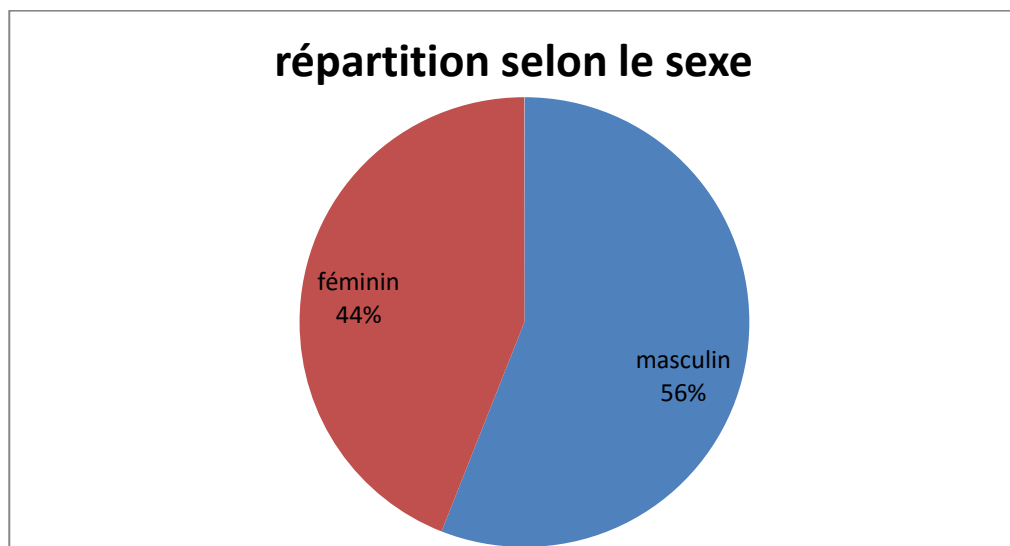


Figure 2 : répartition des patients selon le sexe

1.2. Caractéristiques médicales :

a. Les diagnostics figurant dans les dossiers des patients:

La schizophrénie représentait la pathologie la plus rencontrée chez nos patients par 37%, suivie de la dépression par 27 %, ensuite le trouble bipolaire 11 %, le trouble obsessionnel compulsif par 6%, et le TAG 3 %.

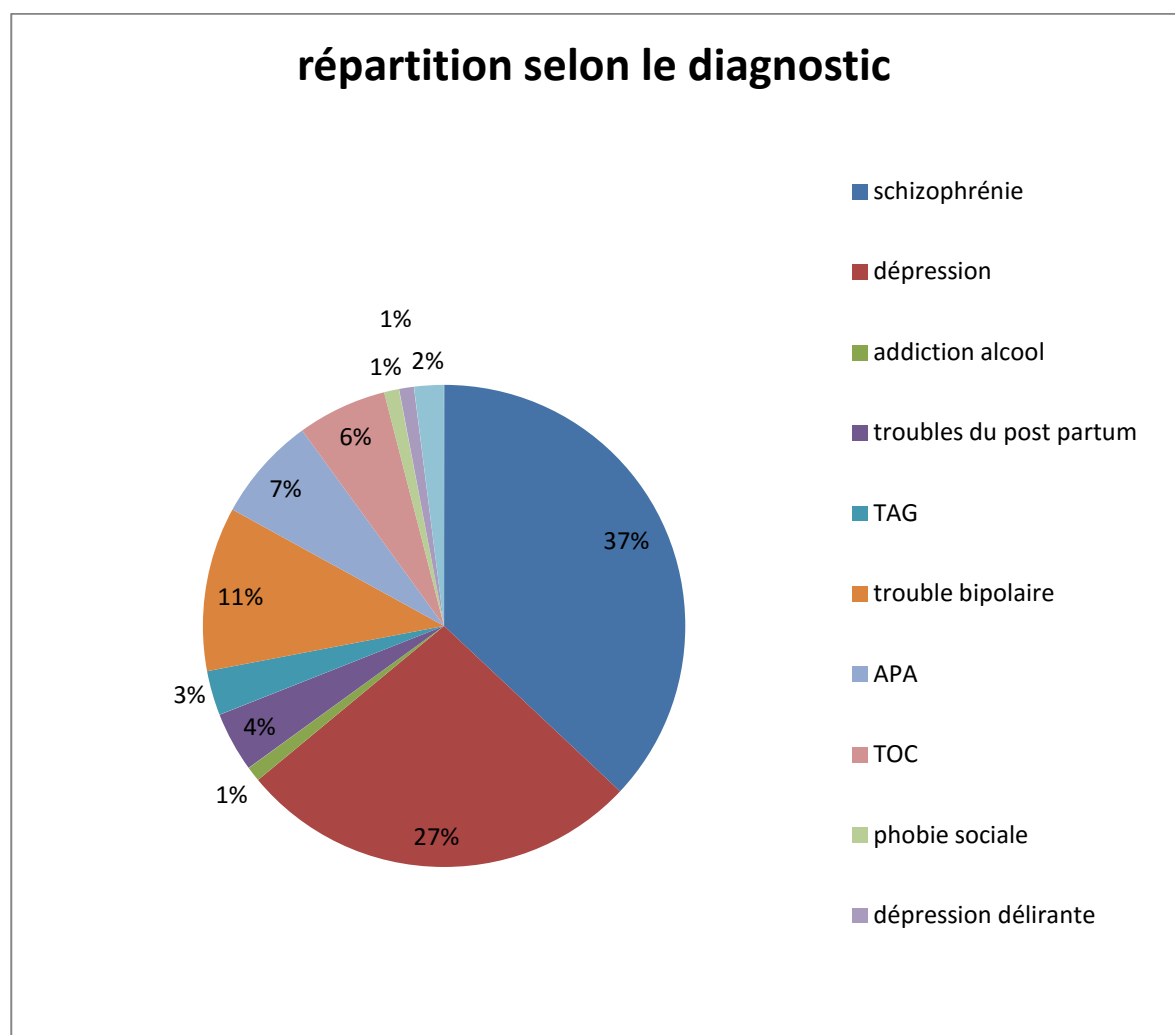


Figure 3 : les diagnostics figurants dans les dossiers des patients :

b. Les stratégies pour faire face à la maladie :

b.1. Les difficultés actuelles :

Les patients ont rapporté diverses difficultés, la dépression a été rapportée par 30 % des patients, suivie des difficultés liées à la schizophrénie par 27 %, ensuite les difficultés familiales 20 %, les troubles du sommeil 18%, et l'anxiété 17%.

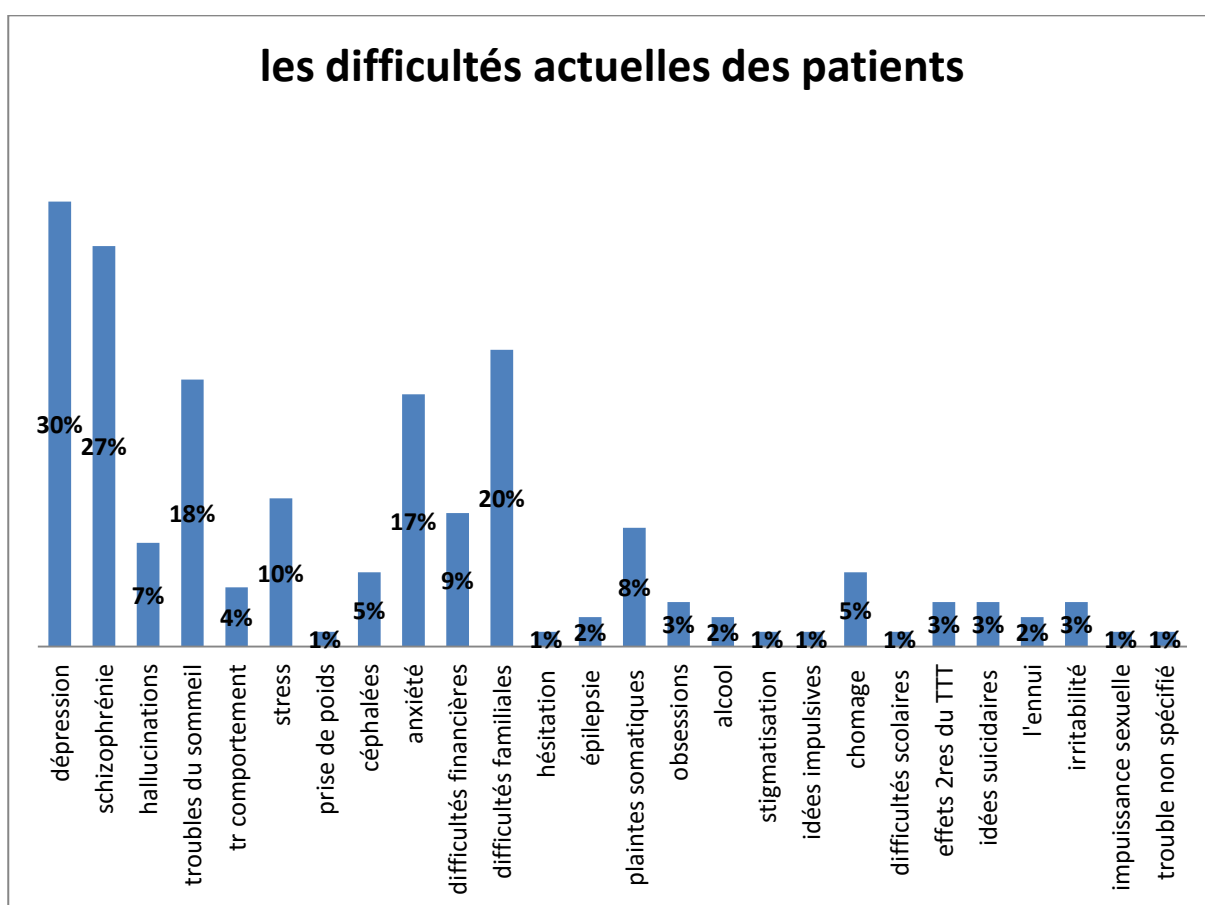


Figure 4 : difficultés actuelles des patients

b.2. Les stratégies adoptées pour faire face aux difficultés :

Le recours aux soins était la première stratégie adoptée par les patients de notre étude, rapportée par 70% des patients, suivie de la foi en DIEU rapportée par 61% des patients, l'entourage représentait une aide face à la maladie selon 27 % des patients.

L'effort personnel représentait une aide selon 14 % des patients, et le tabac selon 14 % des patients.



Figure 5 : stratégies adoptées par les patients pour faire face aux difficultés

1.3. Histoire religieuse et spirituelle :

a. Religion des parents :

Tous les parents de nos patients sont musulmans.

b. La religion d'enfance :

La religion d'enfance est l'islam chez tous nos patients.

c. Pratiques religieuses collectives durant l'adolescence :

Les patients qui n'avaient pas de pratique religieuse collective au cours de leur adolescence représentaient 55%, contre 45 % qui avaient une pratique collective.

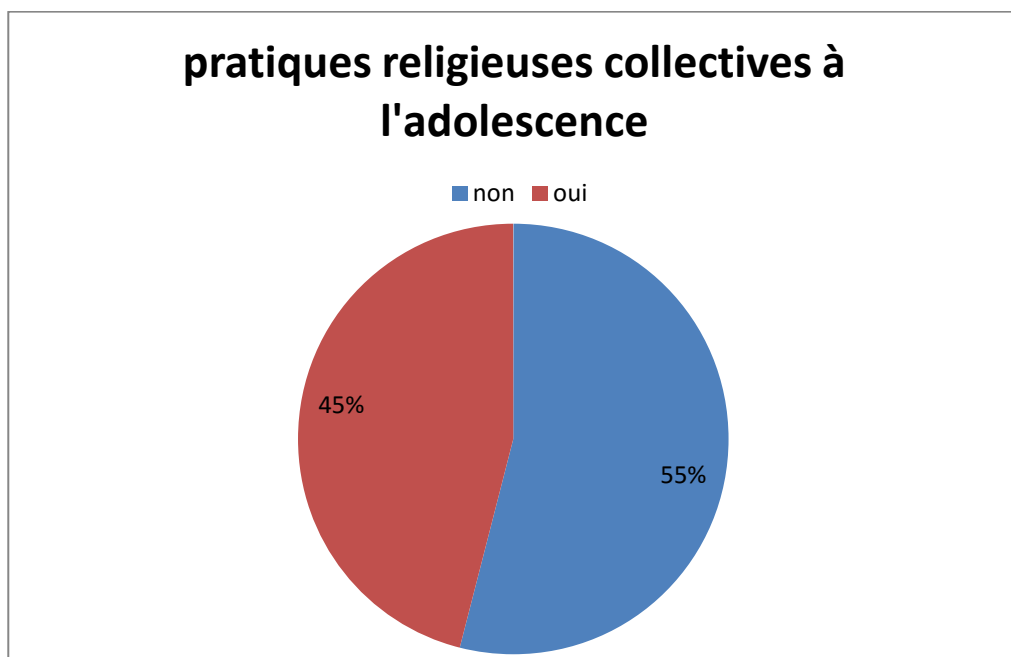


Figure 6 : Pratiques religieuses collectives durant l'adolescence :

d. Types des pratiques religieuses collectives dans l'adolescence :

Parmi 45 patients qui avaient des pratiques religieuses collectives lors de l'adolescence, ceux qui pratiquaient la prière collective représentaient 91 %, la lecture collective du coran représentait 37%, 8,9% des patients avaient des activités dans des associations, et 6,7% assistaient à des conférences sur des thèmes religieux..

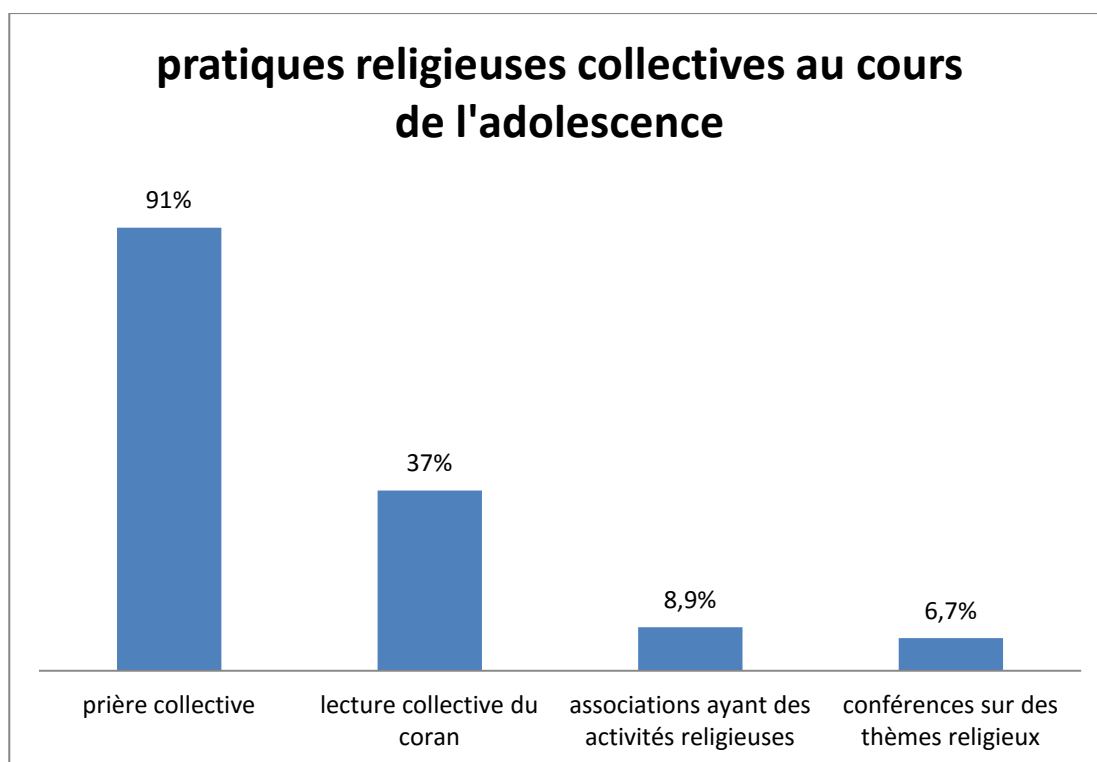


Figure 7 : Types des pratiques religieuses collectives durant l'adolescence

e. Changements dans la vie spirituelle :

Près des 2/3 (61%) des patients avaient rapporté la notion du changement dans leur histoire spirituelle, alors que 39% n'avaient aucun changement.

Les patients qui avaient plus d'investissement pour la religion et la spiritualité représentaient 23%

Les patients qui avaient moins d'investissement pour la religion et la spiritualité représentaient 19%.

Certains sont devenus plus intéressés par la prière et ils représentaient 9%, 2% sont devenus athées, et 3% ont changé de doctrine.

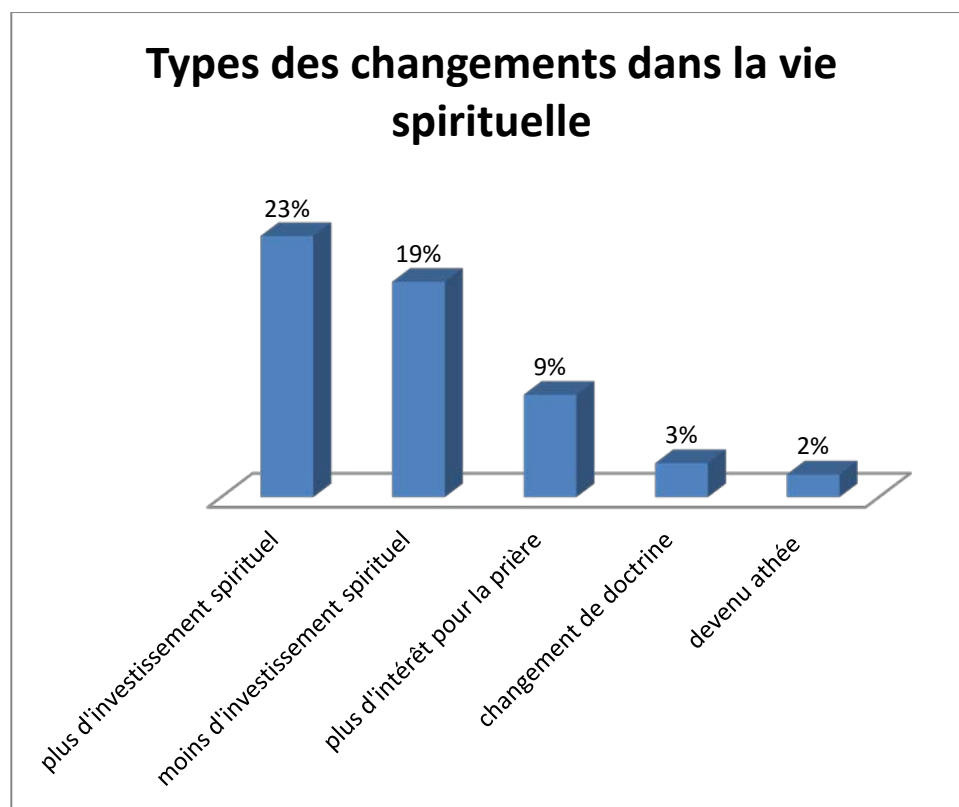


Figure 8 : types de changements dans la vie spirituelle :

f. circonstances des changements dans la vie spirituelle :

Les patients qui ont vécu des changements dans leur vie spirituelle avant l'apparition de la maladie représentaient 28%, et 32% les ont vécu après la maladie.

La cause du changement dans la vie spirituelle était la maladie selon 28% des patients, 14% des patients avaient besoin de plus de spiritualité, 7% avaient pris de nouvelles convictions, les autres ont expliqué ce changement par certains évènements de la vie, tels que la mise en prison, l'accident de travail, les difficultés familiales ...

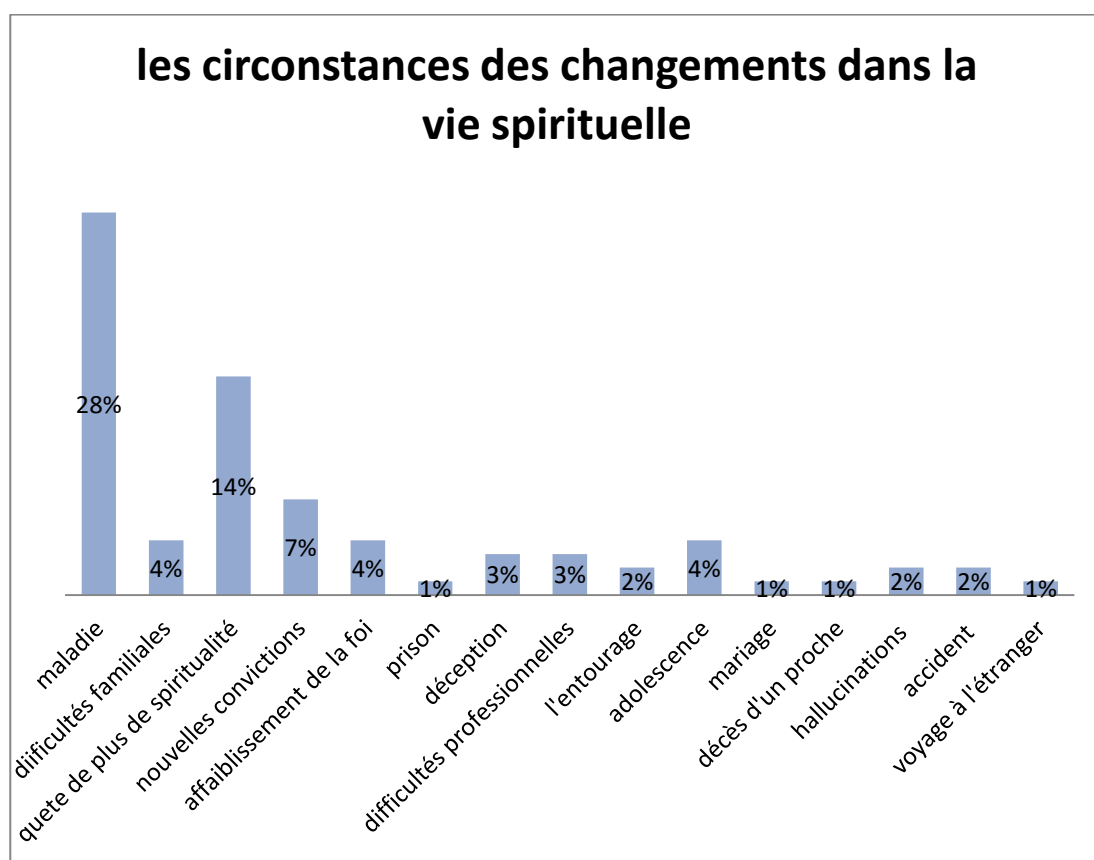


Figure 9 : circonstances des changements dans la vie spirituelle

g. Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles :

g.1. Affiliations religieuses actuelles :

Tous nos patients affirmaient qu'ils étaient musulmans.

g.2. Pratique religieuse collective :

Les sujets ayant des pratiques religieuses collectives représentaient 46% .

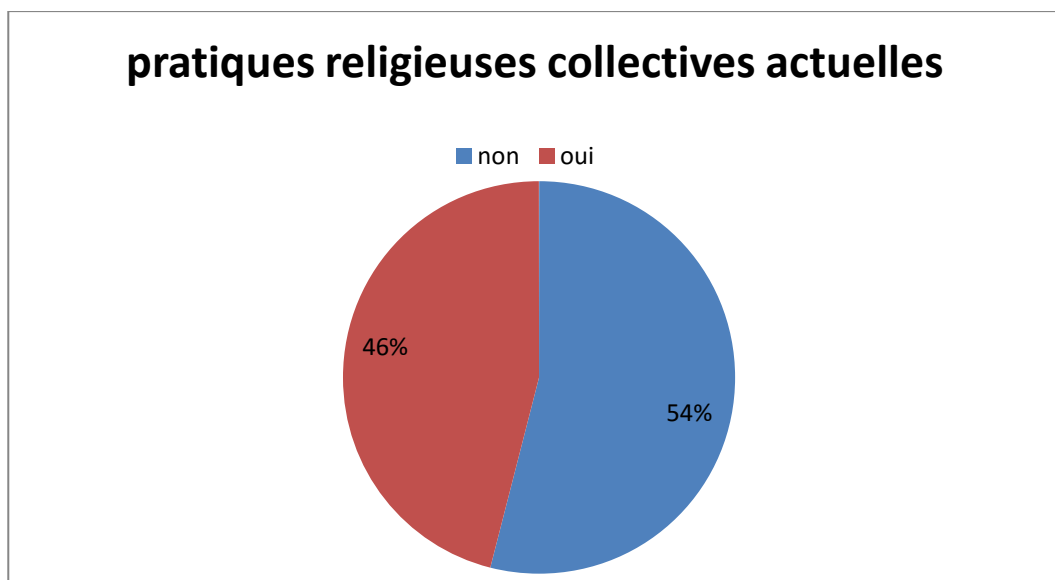


Figure 10 : pratiques religieuses collectives

g.3. Types des pratiques religieuses collectives actuelles :

Parmi les patients qui avaient des pratiques religieuses collectives actuelles, 89% des sujets pratiquaient la prière en groupe, 28 % lisaient ou récitaient le coran avec d'autres personnes, 8,7% assistaient à des conférences dans des sujets religieux et éducatifs, 4,3% des patients ont fait le pèlerinage.

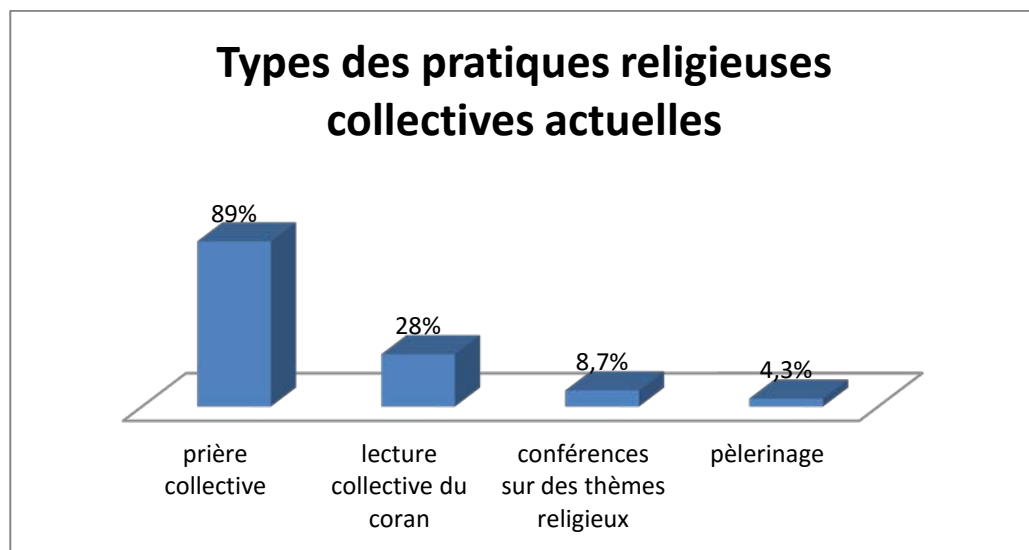


Figure 11 : Types des pratiques religieuses collectives actuelles

g.4. Fréquence des pratiques religieuses collectives actuelles des patients :

Seulement 15% des patients avaient des activités religieuses collectives quotidiennes, 21 % le faisaient chaque semaine, 4% avaient une activité collective chaque mois, 5% pratiquaient chaque Ramadan, et 5% de temps à autre.

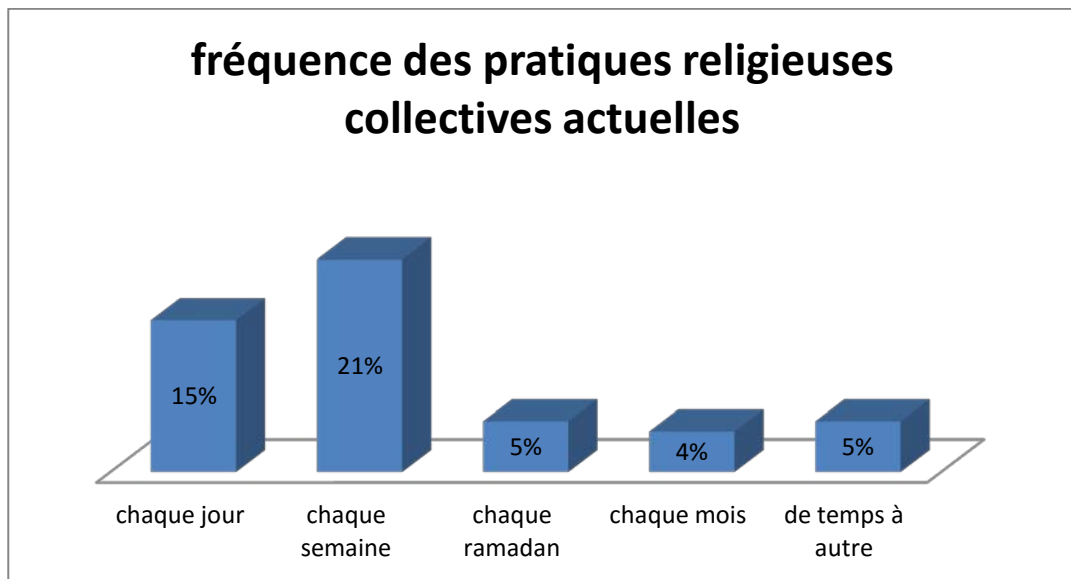


Figure 12 : Fréquence des pratiques religieuses collectives actuelles des patients

g.5. Pratique religieuse individuelle actuelle :

La majorité des patients (87%) avaient des activités religieuses individuelles.

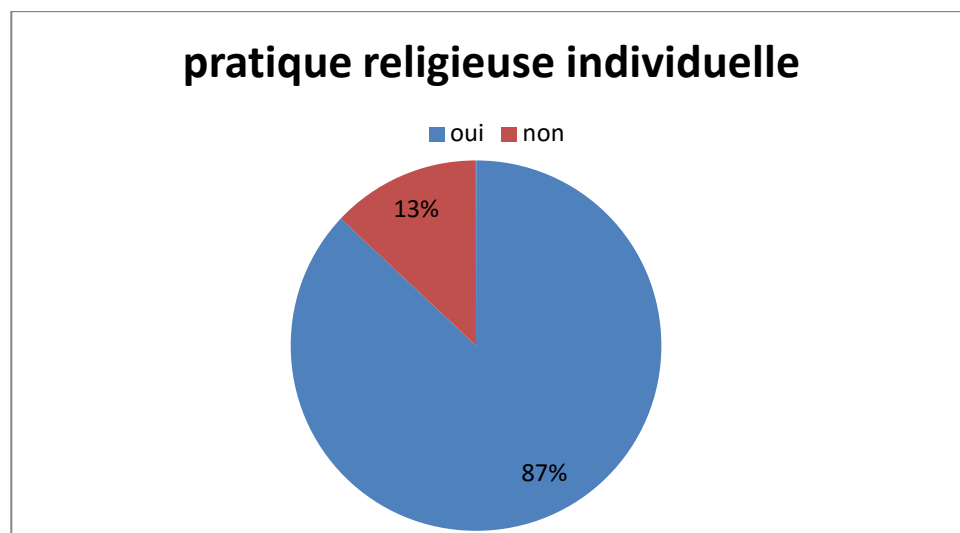


Figure 13 : Pratique religieuse individuelle actuelle

g.6. Types de pratiques religieuses individuelles des patients :

Pour 78% des patients la prière était présente dans leurs activités religieuses individuelles, 39% lisaient le coran, 41% faisaient des récitation de nature religieuse (Dikr, demande d'aide de DIEU), et les patients qui jeunaient représentaient 31 % .

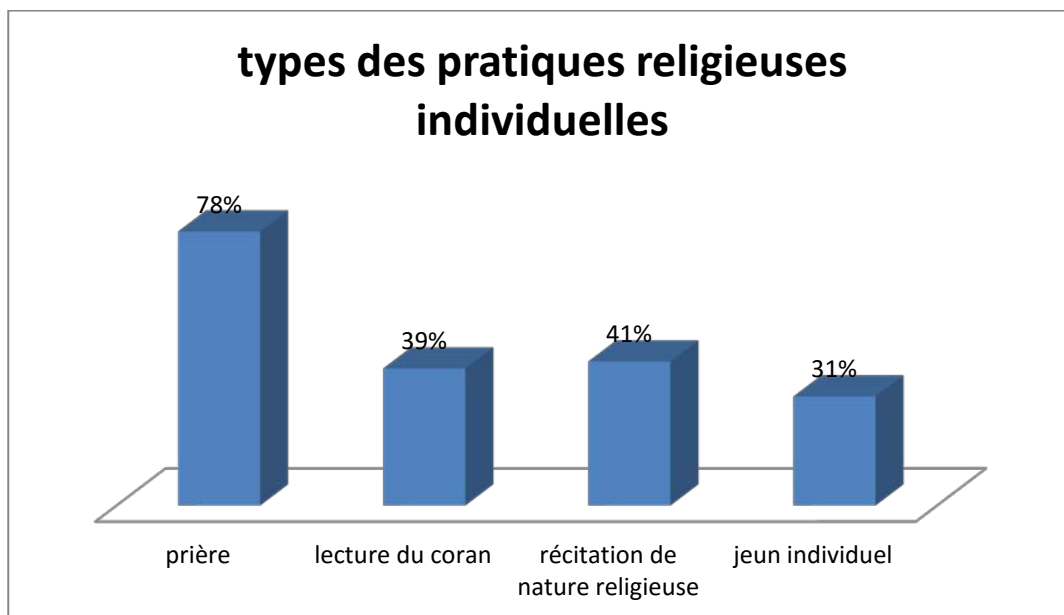


Figure 14 : Types de pratiques religieuses individuelles

g.7. Fréquence des pratiques religieuses individuelles :

Les patients qui avaient une pratique religieuse individuelle quotidienne représentaient 62% des cas , les patients qui avaient une pratique hebdomadaire représentaient 6% des cas , ceux qui avaient une pratique religieuse mensuelle représentaient 3% des cas , 4 % des patients avaient une pratique annuelle , et 13% des patients pratiquaient de temps à autre .

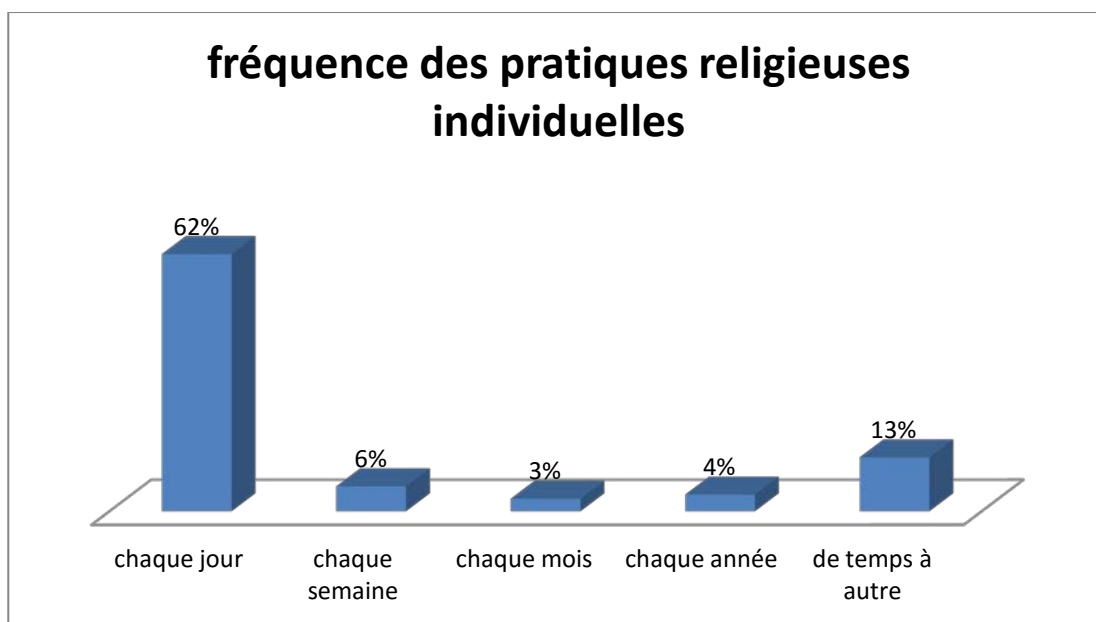


Figure 15 : Fréquence des pratiques religieuses personnelles

g.8. Importance subjective de la religion :

➤ Dans la vie quotidienne :

La religion était un élément essentiel dans la vie d'après 53 % des patients, elle était très importante pour 18 % d'entre eux, 13% des patients la considéraient d'importance moyenne dans la vie.

Pour 8% des patients la religion était de faible importance dans la vie, et 8% des patients la trouvaient sans aucune importance.

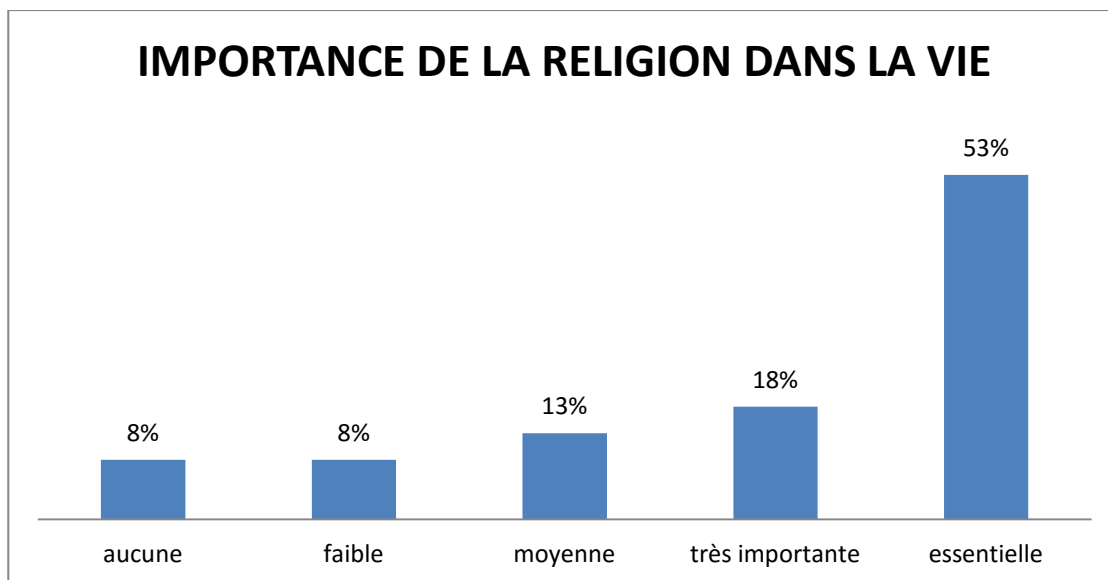


Figure 16 : importance de la religion dans la vie quotidienne

➤ Dans le fait de donner un sens à la vie :

La religion était essentielle pour donner un sens à la vie selon 40% de nos patients, 28% d'entre eux disaient qu'elle était très importante, elle était de moyenne importance selon 16% des patients. Pour 7% des patients la religion était de faible importance, et 9% des patients ne trouvaient aucun sens de la vie à travers la religion.

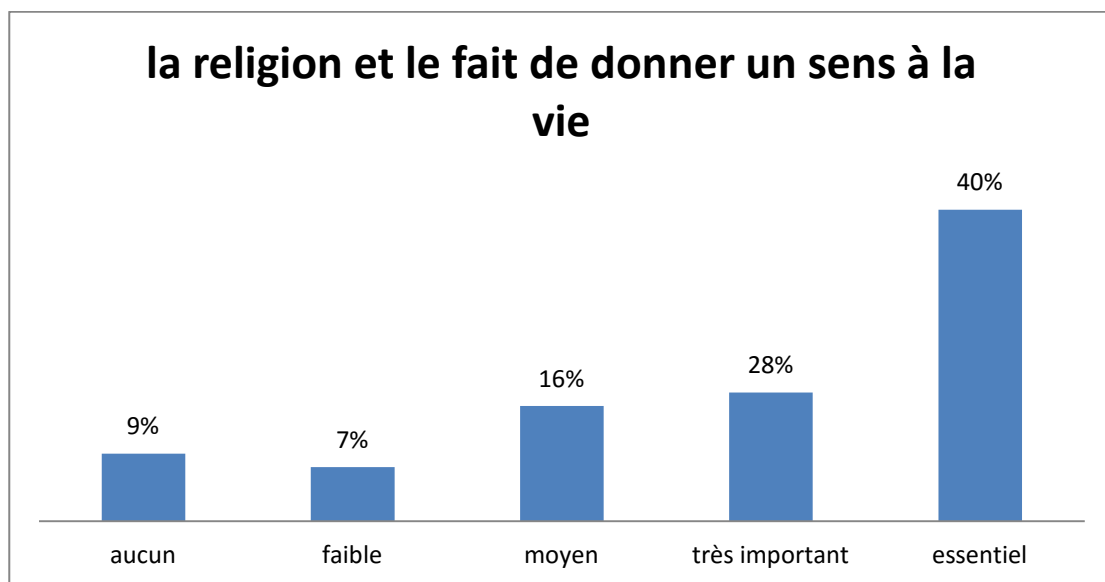


Figure 17 : importance de la religion dans le fait de donner un sens à la vie

g.9. Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie :

➤ Degré d'implication des croyances pour faire face à la maladie :

La religion représentait une aide totale pour faire face aux difficultés selon 39% des patients, elle représentait une aide moyenne selon 26%.

Selon 21% des patients, la religion les aidait un peu pour faire face aux difficultés, et selon 5% des patients la religion ne représentait pas du tout un moyen pour faire face aux difficultés.

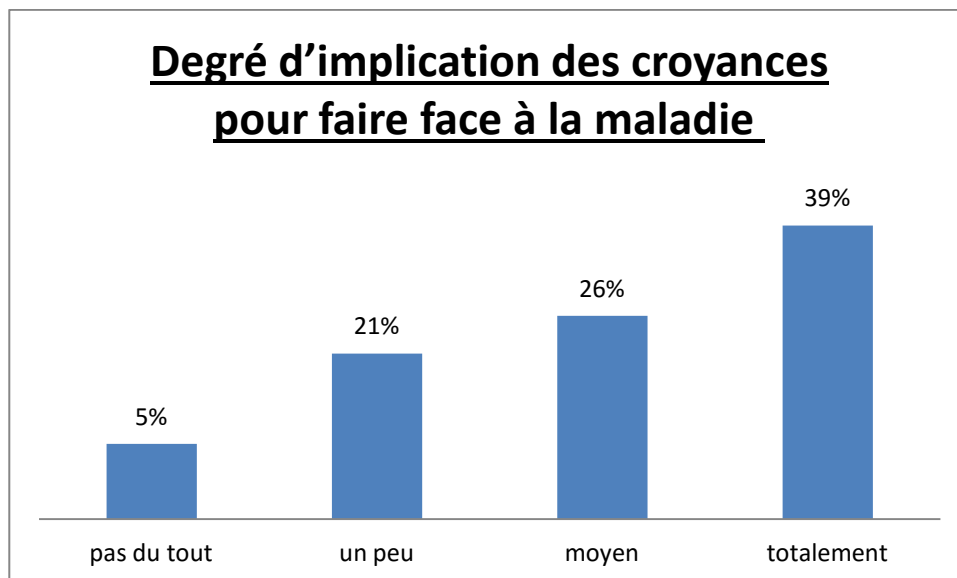


Figure 18 : Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie

➤ l'importance des croyances dans le fait de donner un sens à la maladie :

Selon 38% des participants, la religion les aidait totalement à donner un sens à la maladie, elle représentait une aide moyenne pour 31% des patients. Selon 15% des patients la religion donnait un peu de sens à la maladie, et elle ne donnait aucun sens à la maladie pour 7% des patients.

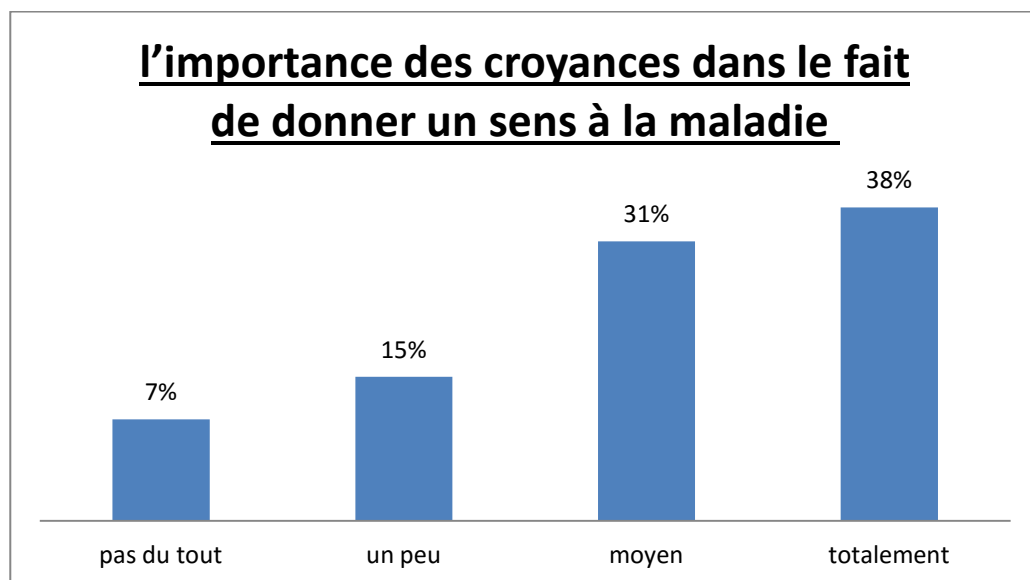


Figure 19 : l'importance des croyances dans le fait de donner un sens à la maladie

➤ Impact des croyances sur la maîtrise des difficultés liées à la maladie :

La religion permettait une maîtrise totale des difficultés chez 31% des patients .Pour 37% des patients la religion les aidait moyennement à maîtriser les difficultés liées à la maladie, 17% des patients disaient que la religion permettait une faible maîtrise des difficultés, et 5% ne trouvaient pas dans la religion un moyen pour maîtriser les difficultés liées à la maladie.

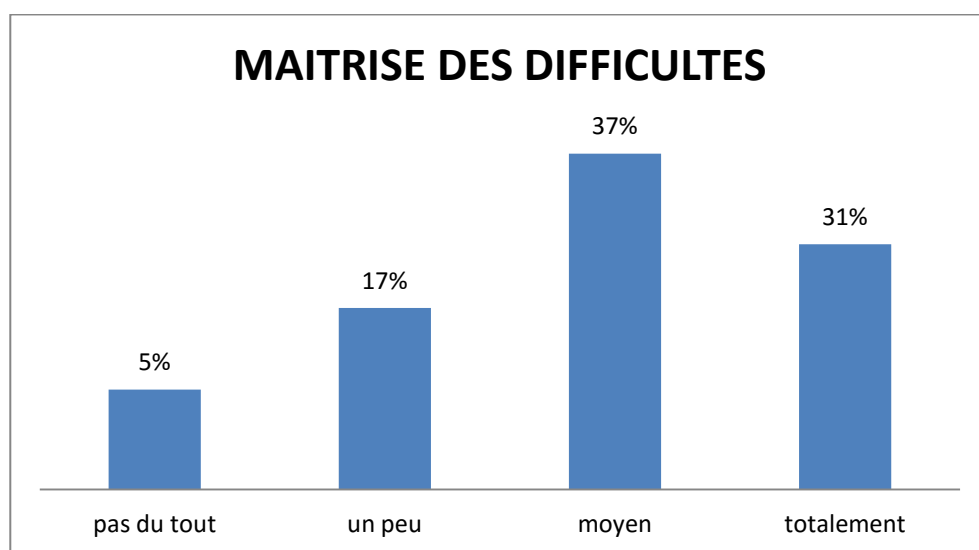


Figure 20 : Impact des croyances sur la maîtrise des difficultés liées à la maladie

➤ Implication des croyances dans le réconfort face à la maladie:

La religion était un moyen de réconfort total face à la maladie pour 42% des patients, elle permettait un réconfort moyen pour 25%, pour 19 % des patients le réconfort était faible, et 4% ne trouvaient dans la religion aucun réconfort face à leur maladie.

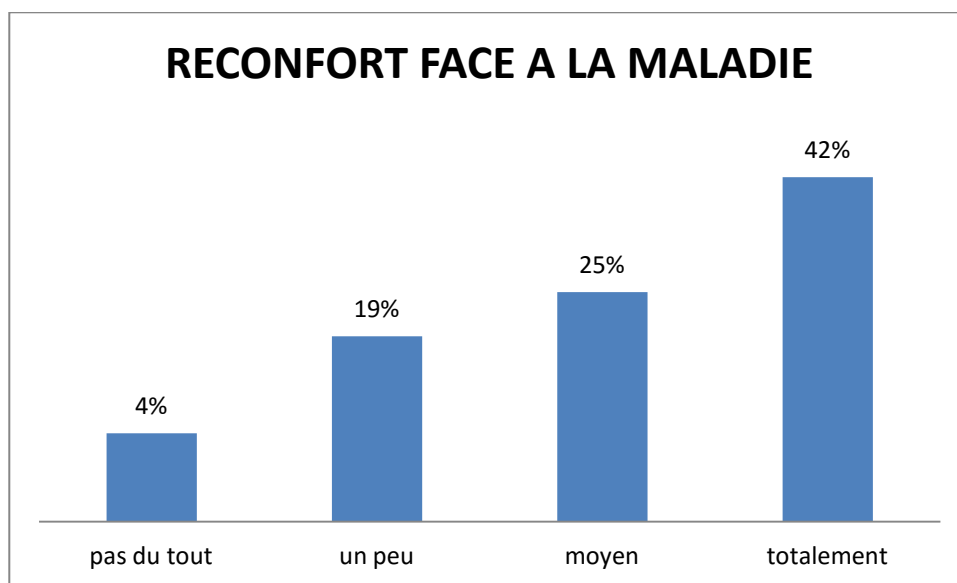


Figure 21 : Implication des croyances dans le réconfort face à la maladie

- Implication des membres de la communauté religieuse pour faire face aux difficultés :

Les patients qui trouvaient une aide totale de la part de leur communauté religieuse face à leurs difficultés représentaient 13%, ceux qui avaient une aide moyenne représentaient 15% des patients, 12% étaient peu aidés par leur communauté, et 19% des patients ne trouvaient aucune aide.

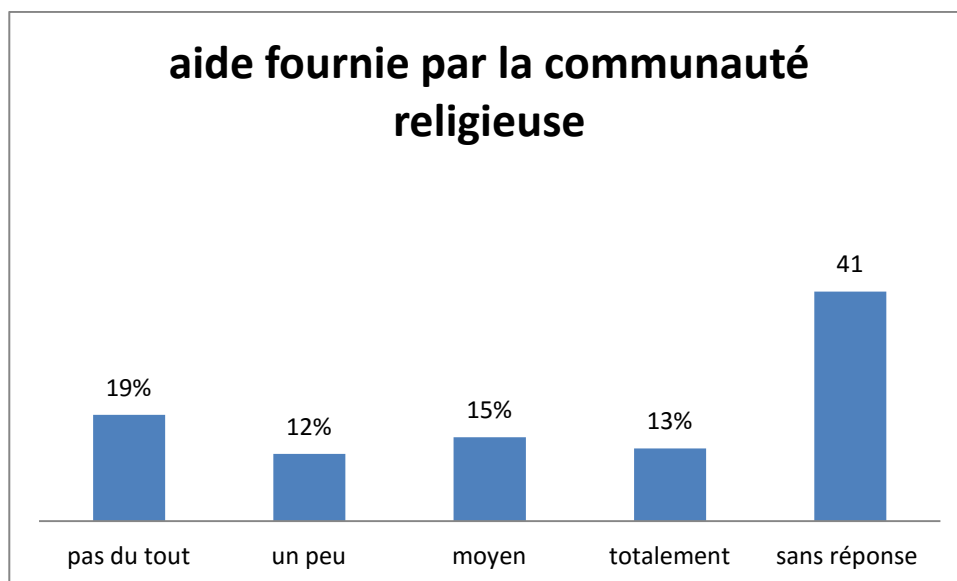


Figure 22 : Implication des membres de la communauté religieuse pour faire face aux difficultés

g.10. Synergie de la religion avec les soins psychiatriques :

➤ Aisance à parler des croyances personnelles avec le médecin :

Près du tiers (31%) des patients se trouvaient totalement à l'aise en parlant de leurs croyances à leurs médecins, 19% étaient moyennement à l'aise, 8% étaient un peu à l'aise, et 31% n'étaient pas du tout à l'aise de parler de leurs croyances en présence de leurs médecins.

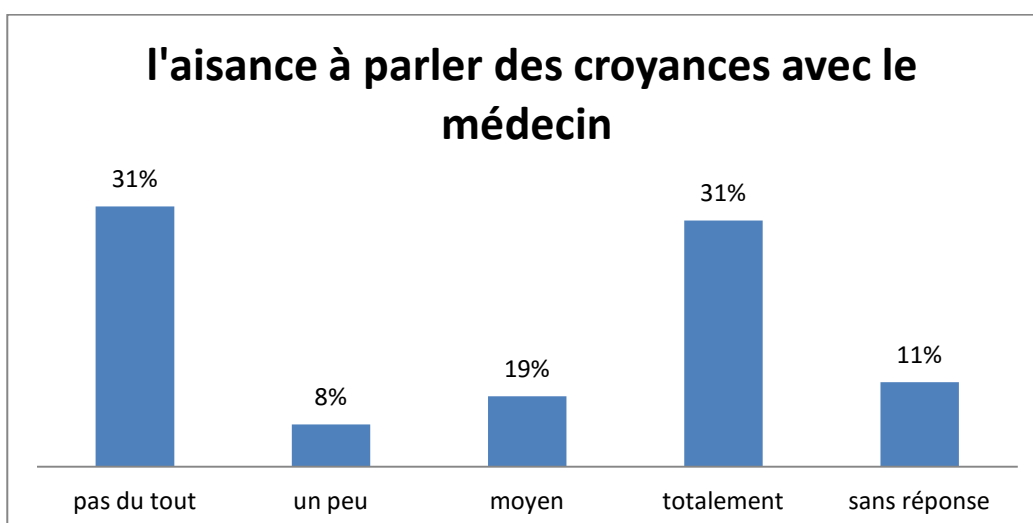


Figure 23 : Aisance à parler des croyances personnelles avec le médecin

➤ Incompatibilité des croyances avec le traitement médicamenteux :

La majorité des patients (83%) ne trouvaient pas d'incompatibilité entre leurs croyances et le traitement médical, 4% des patients les trouvaient moyennement incompatibles. Selon 2% des patients les croyances et le traitement médical étaient un peu incompatibles, et 2 % trouvaient qu'ils étaient totalement incompatibles.

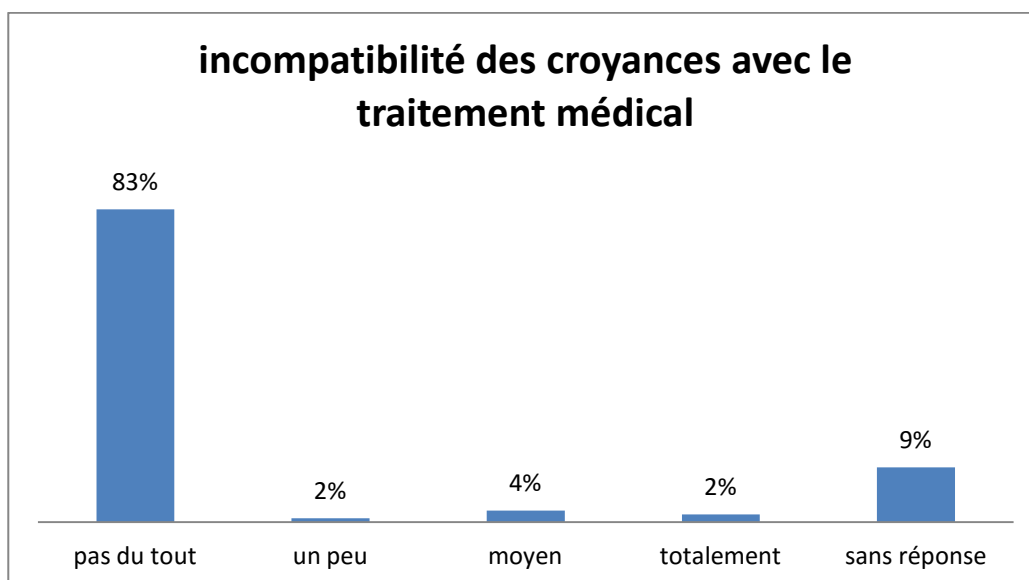


Figure 24 : Incompatibilité des croyances avec le traitement médicamenteux

➤ Incompatibilité des croyances avec les entretiens avec le médecin :

- ❖ La majorité des patients (84%) ne trouvaient pas d'incompatibilité entre leurs croyances et les entretiens avec leurs psychiatres, 3% des patients les trouvaient moyennement incompatibles. Selon 3% des patients les croyances et les entretiens psychiatriques étaient un peu incompatibles, et 2 % les trouvaient totalement incompatibles.

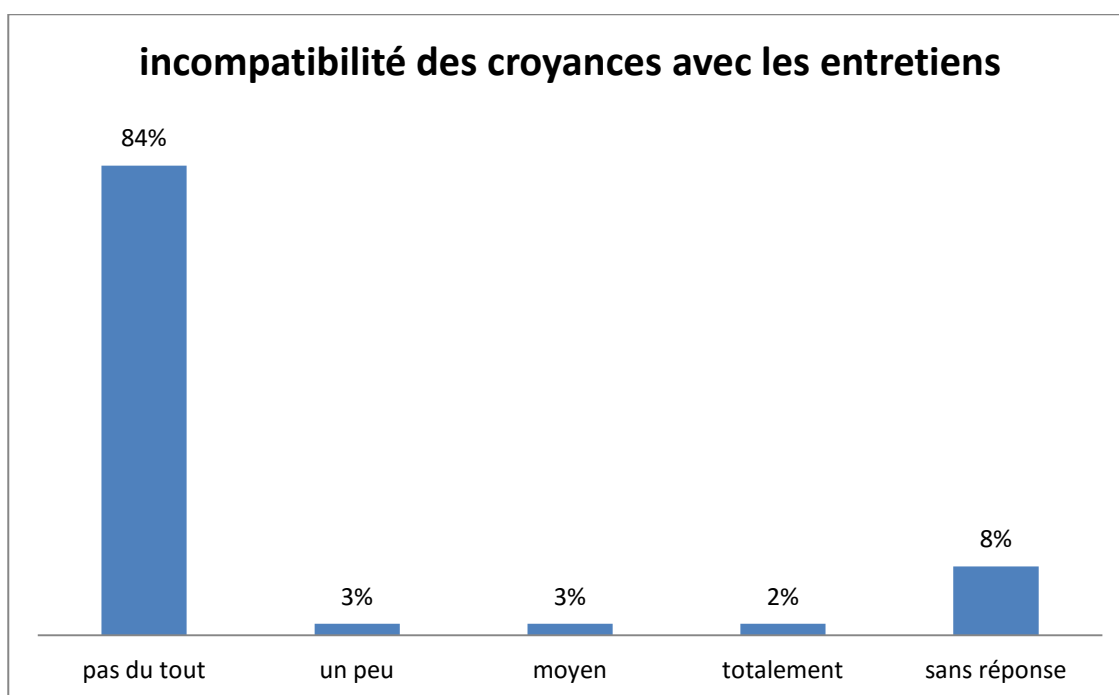


Figure 25 : Incompatibilité des croyances avec les entretiens avec le médecin

2. Résultats de l'étude sur les praticiens :

2.1. Répartition selon les qualificatifs des praticiens :

Il y avait 23 praticiens, dont 3 enseignantes soit 12,5%, 13 résidents soit 54%, 6 internes soit 29%, et 1 seul spécialiste soit 4,16%.

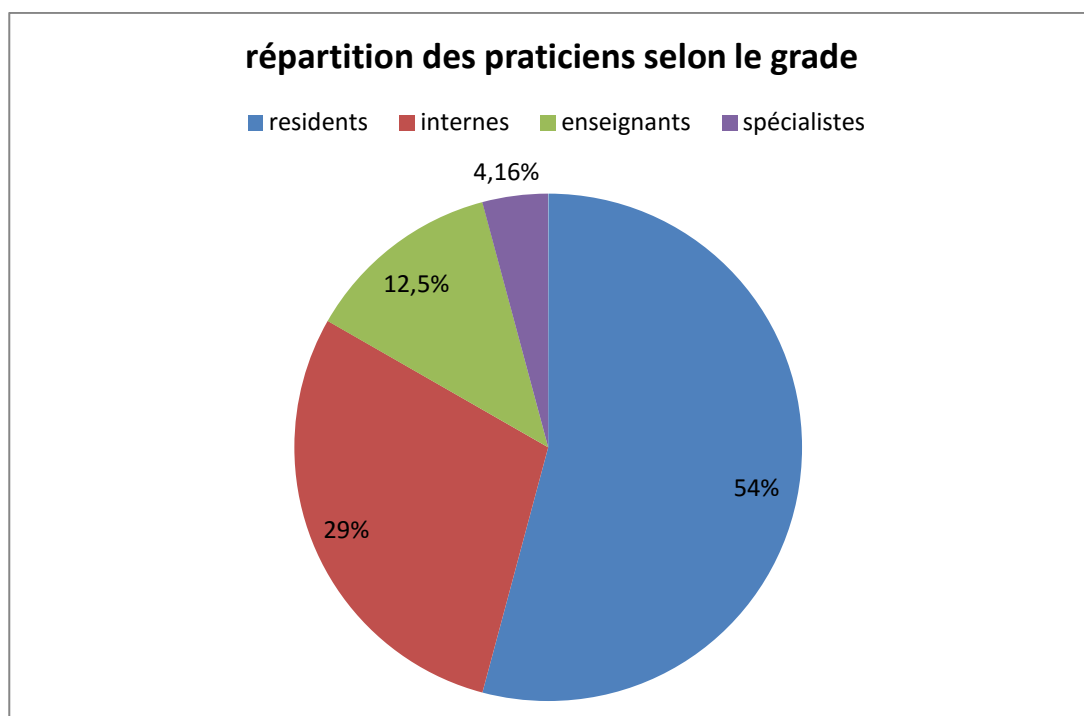


Figure 25 : répartition des praticiens selon le grade

2.2. Répartition des praticiens selon leur type d'activité :

Tous nos praticiens exerçaient dans le secteur public au service de psychiatrie à l'hôpital Ibn Nafis.

2.3. Répartition selon l'ancienneté dans la profession :

L'ancienneté des praticiens variait de 6 mois à plus de 20 ans de service. Les postes récents allant de 6 mois à 4 années étaient majoritaires avec 83,33 % avec un effectif de 20. L'ancienneté intermédiaire (entre 7 et 18 ans) représentait 8,3% , et 8,3% des postes étaient tenus pendant 20 ans et plus .

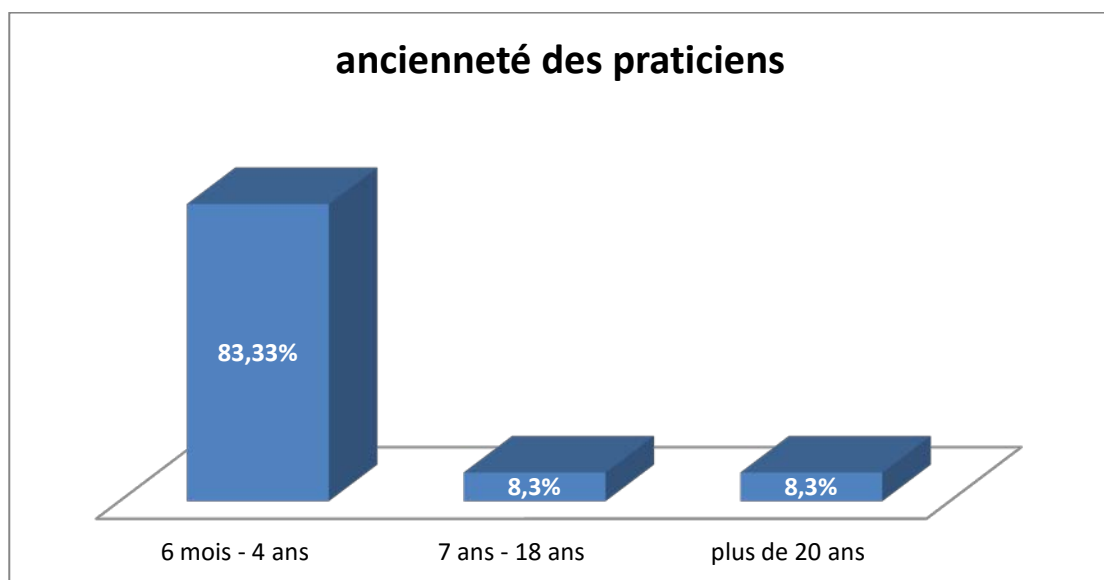


Figure 26 : Répartition selon l'ancienneté dans la profession

2.4. Etude du degré de religiosité ou de spiritualité des praticiens :

En réponse à la question : « Vous vous définissez au sens le plus large comme une personne croyante/religieuse ou ayant une forme de spiritualité » 70,83% des praticiens ont répondu « oui », 25 % ont répondu « plutôt oui », 1 seule personne a répondu « plutôt non » soit 4,16 %, et aucun praticien n'a répondu « non ».

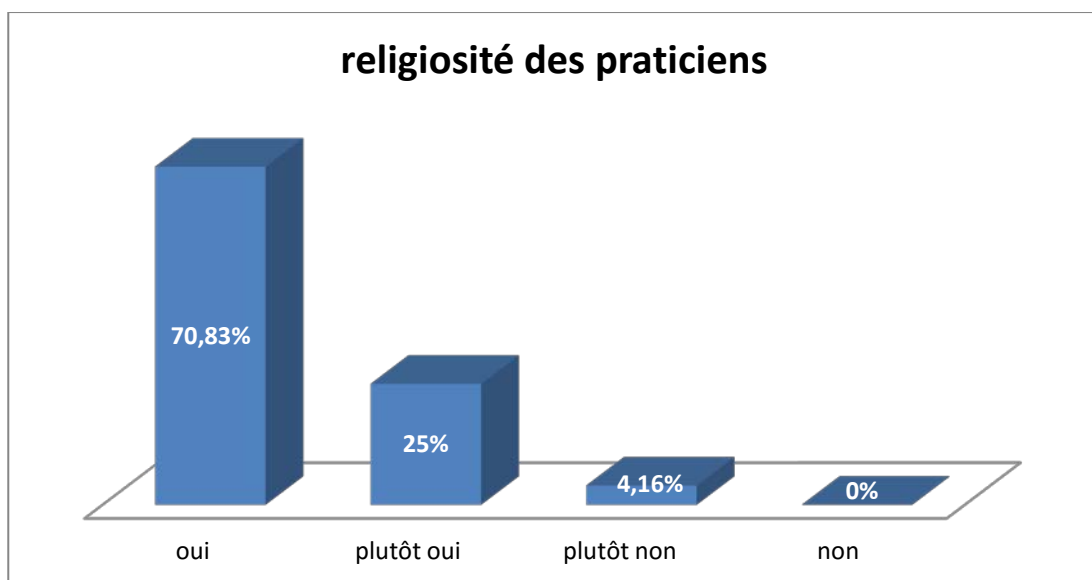


Figure 27 : degré de religiosité des praticiens

2.5. La place de la spiritualité dans la vie des praticiens :

En réponse à la question si la spiritualité avait une place dans leur vie, 19 personnes ont répondu par «oui » soit 79%, 4 personnes ont répondu par « plutôt oui » soit 16% et 1 seule personne a répondu par « plutôt non » soit 4,16%.

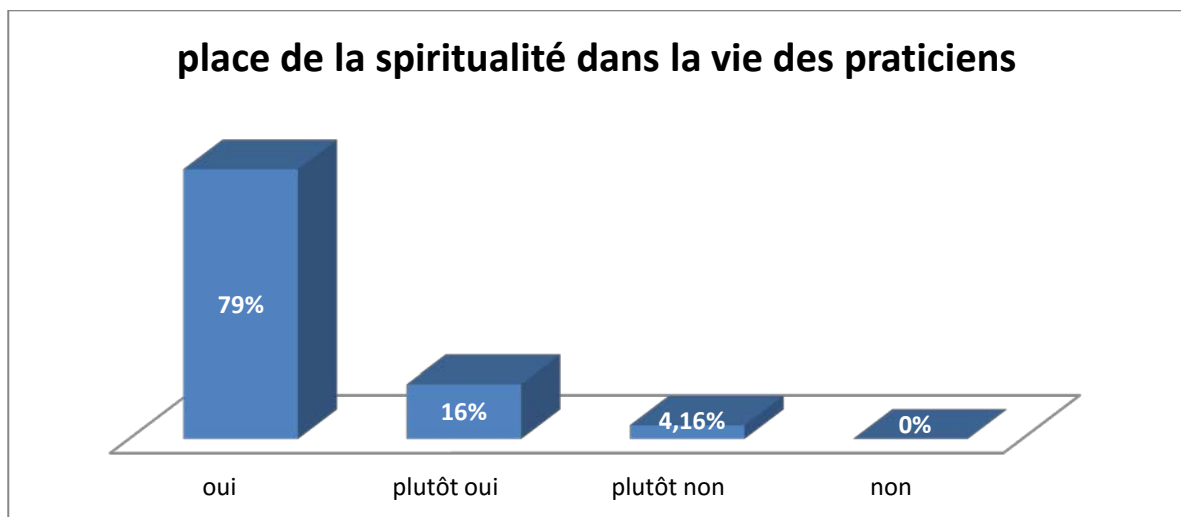


Figure 28 : La place de la spiritualité dans la vie des praticiens

2.6. La place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique :

A la question si la spiritualité avait une place dans leur pratique psychiatrique, 16,6 % des praticiens ont répondu « oui », 41,6 % ont répondu « plutôt oui », 16,6 % ont répondu « non », et 25 % ont répondu « plutôt non ».

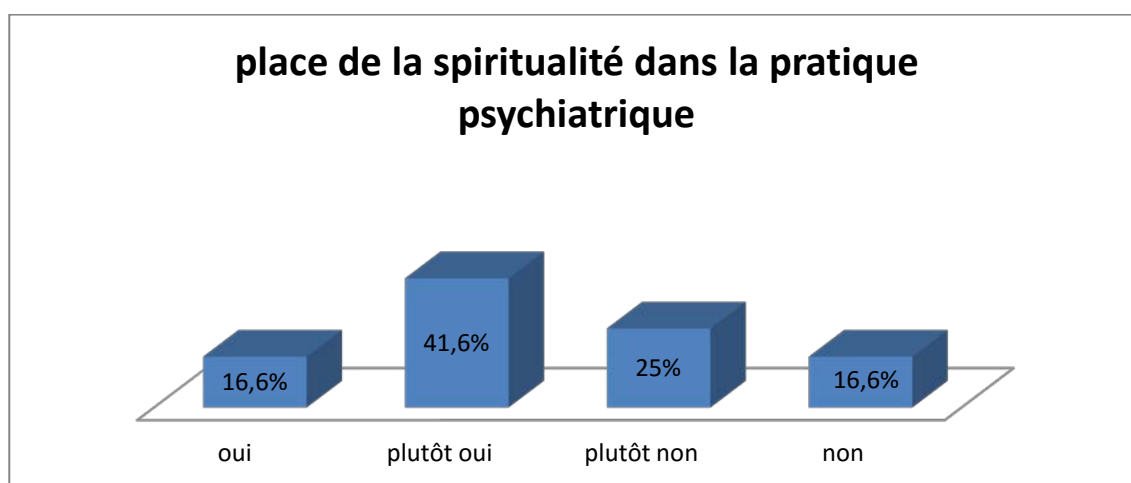


Figure 29 : La place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique

2.7. La fréquentation d'une communauté spirituelle :

Les praticiens qui fréquentaient une communauté spirituelle représentaient 8,3 %, ceux qui ont répondu par « plutôt oui » représentaient 16,6%.

Plus de la moitié 54 % ont répondu « non », et 20 % ont répondu « plutôt non ».

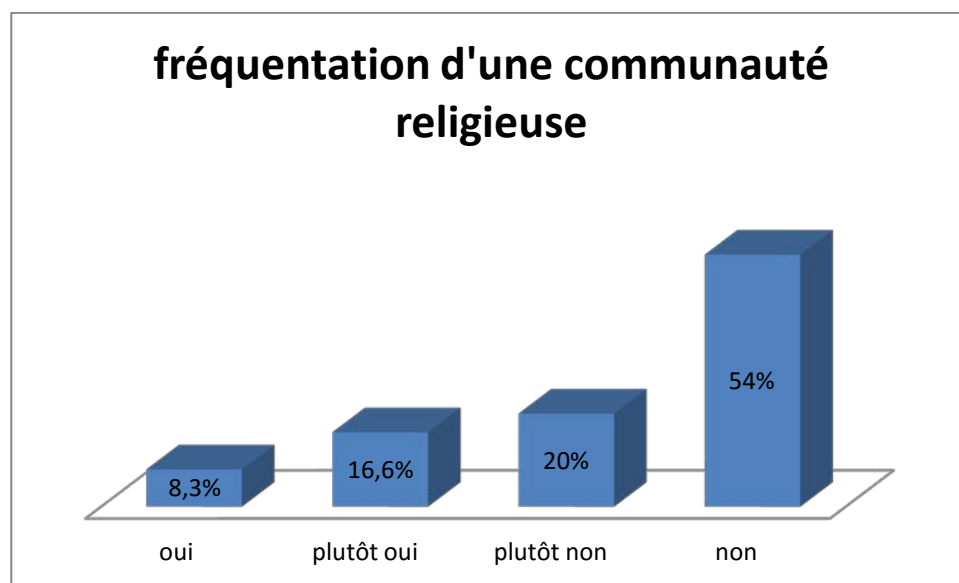


Figure 30 : La fréquentation d'une communauté spirituelle

2.8. Attitude des praticiens face à l'abord d'une question de la dimension spirituelle par les patients :

La majorité des praticiens (70%) acceptaient sans difficulté qu'une question de dimension spirituelle survienne durant l'entretien et adoptaient volontairement une attitude d'écoute bienveillante, et 20% d'entre eux acceptaient que la question soit abordée par le patient et l'utilisaient comme une ressource à intégrer dans le projet de prise en charge globale si cela s'avérait compatible avec l'état du patient.

Et seulement 8% des praticiens préféraient que la question ne soit pas abordée dans les entretiens et donnaient des raisons différentes. (Parce que c'est une question d'ordre personnel et privé, par peur d'induire des susceptibilités liées à des divergences de croyances, crainte de renforcer un délire ou accroître une angoisse chez le patient).

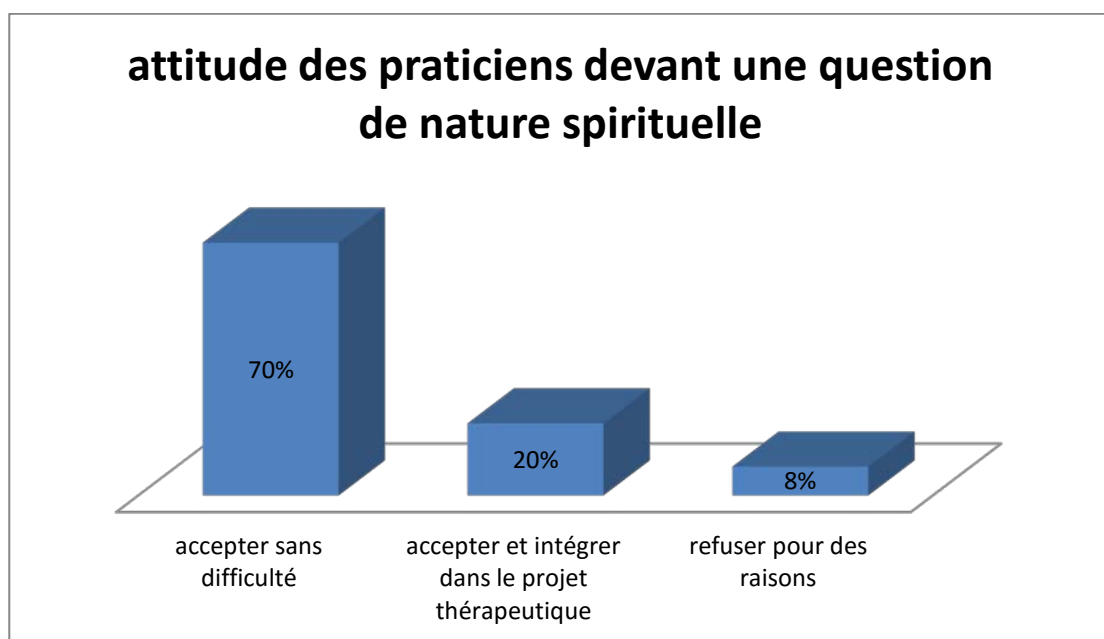


Figure 31 : Attitude des praticiens face à l'abord d'une question de la dimension spirituelle par les patients

II. Analyse bi-variée (corrélations):

1. Les patients :

1.1. Le sexe :

a. Sexe – stratégie face aux difficultés :

Les patients qui avaient recours à la foi en Dieu pour faire face à leurs difficultés représentaient 61% , 35% étaient des femmes, alors que les hommes représentaient 26%.

Ce résultat est statistiquement significatif ($p : 0,01$).

Les hommes représentaient 41% des patients ayant recours aux soins comme moyen pour faire face à la maladie, les femmes représentaient 33%, soit 74 % de l'échantillon avaient recours aux soins.

Le recours au tabac pour confronter les difficultés a été rapporté par 14% de nos patients, prédominé par les hommes (13%) , les femmes représentaient 1%.

Ce résultat est statistiquement significatif ($p : 0,02$).

Les hommes représentaient 4% des patients ayant recours à l'alcool comme moyen pour faire face à la maladie, et aucune femme ne l'a rapporté.

On a noté une prédominance féminine en terme de recours à l'entourage, par 17% de l'échantillon étudié, les hommes représentaient 11%.

Ce résultat est statistiquement significatif ($p : 0,036$).

Les hommes étaient devancés par les femmes dans le recours à la guérison par le coran « rokia », et représentaient 2%, alors que les femmes représentaient 5%.

Les patients ayant recours aux loisirs pour faire face à leurs difficultés représentaient 3%, dont 2% des hommes et 1% des femmes.

Les patients qui ont rapporté l'effort personnel comme moyen pour faire face aux difficultés de la vie représentaient 18% de l'échantillon, les hommes représentaient 10% et les femmes 8%.

Parmi les patients interrogés, 9% avaient recours au travail, les hommes représentaient 5% et les femmes 4%.

Tableau 1 : Corrélation entre le sexe et la stratégie face aux difficultés

	foi	soins	tabac	alcool	entourage	rokia	loisirs	Effort	travail
Femmes	35%	33%	1%	0%	17%	5%	1%	8%	4%
Hommes	26%	41%	13%	4%	11%	2%	2%	10%	5%

b. Sexe- importance de la religion dans la vie quotidienne :

La religion n'avait aucune importance dans la vie selon 8% de nos patients, dont 6% étaient des hommes, et 2% étaient des femmes.

Les patients qui ont qualifié la religion comme « peu importante » représentaient 8%, dont 7% étaient des hommes et 1% étaient des femmes.

Les patients qui ont qualifié la religion comme « moyennement importante » représentaient 13%, dont 8% étaient des hommes et 5% étaient des femmes.

Les patients qui ont qualifié la religion comme « très importante » représentaient 18%, dont 9% étaient des hommes et 9% étaient des femmes.

Les patients qui ont qualifié la religion comme « essentielle » représentaient 53%, dont 26% étaient des hommes et 27% étaient des femmes.

Tableau 2 : Corrélation entre le sexe et l'importance de la religion dans la vie quotidienne

	Aucune importance	Peu importante	Moyennement importante	Très importante	Essentielle
Femmes	2%	1%	5%	9%	27%
Hommes	6%	7%	8%	9%	26%

c. Sexe- le fait que la religion aide à faire face à la maladie :

La religion ne représentait aucune aide pour faire face aux difficultés de la vie selon 5% de nos patients, qui étaient tous des hommes.

La religion aidait « un peu » pour faire face aux difficultés de la vie selon 21% des patients, dont 12% étaient des hommes et 9% étaient des femmes.

Les patients qui pensaient que la religion aidait « moyennement » pour faire face aux difficultés représentaient 26%, dont la moitié (13%) étaient des hommes .

Les patients qui pensaient que la religion aidait « totalement » pour faire face aux difficultés représentaient 39%, dont 19% étaient des hommes et 20% étaient des femmes.

Tableau 3 : Corrélation entre le sexe et le fait que la religion aide à faire face à la maladie

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	totalement
FEMMES	0%	9%	13%	20%
HOMMES	5%	12%	13%	19%

d. Sexe- être à l'aise de parler de la religion avec le médecin :

Les patients qui ne se sentaient pas à l'aise en parlant de leurs croyances à leurs médecins représentaient 31% de nos patients, dont 15% étaient des hommes et 16% étaient des femmes.

Les patients qui se sentaient « un peu » à l'aise en parlant de leurs croyances à leurs médecins représentaient 8% de nos patients, dont 6% étaient des hommes et 2% étaient des femmes.

Les patients qui se sentaient « moyennement » à l'aise en parlant de leurs croyances à leurs médecins représentaient 19% de nos patients, dont 10% étaient des hommes et 9% étaient des femmes.

Les patients qui se sentaient « totalement » à l'aise en parlant de leurs croyances à leurs médecins représentaient 31% de nos patients, dont 16% étaient des hommes et 15% étaient des femmes.

Tableau 4 : Corrélation entre le sexe et le fait d'être à l'aise de parler de la religion avec le médecin

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Totalement
Femmes	16%	2%	9%	15%
hommes	15%	6%	10%	16%

1.2. Le diagnostic :

a. Le diagnostic – stratégie face à la maladie :

les patients qui avaient recours à la foi en Dieu pour faire face à leurs difficultés représentaient 61% , avec une prédominance des patients suivis pour dépression par 26% , les patients suivis pour schizophrénie représentaient 13% ,les patients qui avaient un trouble bipolaire représentaient 8%, les patients suivis pour un TOC représentaient 5%, les patientes suivies pour troubles psychiques du post partum représentaient 4% .

Les patients ayant recours aux soins comme moyen pour faire face à la maladie représentaient 74%, avec une prédominance des patients atteints de schizophrénie par 29%, les patients suivis pour dépression représentaient 21%, les patients qui avaient un trouble bipolaire représentaient 8%, les patients qui avaient un TOC représentaient 4%, et les patients qui avaient un ATCD d'APA représentaient 5 %.

Le recours au tabac pour confronter les difficultés a été rapporté par 15% de nos patients, les patients suivis pour schizophrénie représentaient 9%, les patients suivis pour trouble bipolaire représentaient 2% ,et les patients suivis pour TOC représentaient 2% .

Les patients qui avaient recours à l'alcool comme moyen pour faire face à la maladie représentaient 4%, dont 2% étaient suivis pour schizophrénie , 1% étaient suivis pour trouble bipolaire , et 1% avaient une addiction à l'alcool.

Ce résultat est statistiquement significatif (p :0,01).

On note une prédominance des patients suivis pour schizophrénie en terme de recours à l'entourage, ils représentaient 11% de l'échantillon étudié, les sujets suivis pour dépression représentaient 10%, les patients suivis pour trouble bipolaire représentaient 2%, et les patients suivis pour un TOC représentaient 2%.

Le recours à la « rokia » pour confronter les difficultés a été rapporté par 7% de nos patients, dont 3% étaient suivis pour schizophrénie, les patients suivis pour dépression représentaient 2%, les patients qui avaient un TOC représentaient 1% et les patients suivis pour trouble bipolaire représentaient 1%.

Les patients qui avaient recours aux loisirs pour faire face à leurs difficultés représentaient 3%, ils étaient tous suivis pour dépression.

Les patients qui ont rapporté l'effort personnel comme moyen pour faire face aux difficultés représentaient 18% de l'échantillon, dont 5% étaient des sujets suivis pour dépression, les sujets qui avaient un TOC représentaient 4 % , les patients suivis pour trouble bipolaire représentaient 3%, les patients suivis pour schizophrénie représentaient 2%, et les patients qui avaient un TAG représentaient 2% .

Ce résultat est statistiquement significatif (p :0,04)

Parmi les patients interrogés, 9% avaient recours au travail, dont 3% étaient suivis pour schizophrénie, les sujets suivis pour dépression représentaient 2%, et les sujets qui avaient un trouble bipolaire représentaient 2 %.

Tableau 5 : Corrélation entre le diagnostic et la stratégie face à la maladie

	foi	soins	tabac	Alcool	entourage	rokia	Loisirs	effort	travail
schizophrénie	13%	29%	9%	2%	11%	3%	0%	2%	3%
dépression	26%	21%	1%	0%	10%	2%	3%	5%	2%
alcoolisme	1%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%
TAG	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	2%	0%
Phobie sociale	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Troubles psychiatriques liés à l'épilepsie	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Troubles du post partum	4%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%
Trouble bipolaire	8%	8%	2%	1%	2%	1%	0%	3%	2%
TOC	5%	4%	2%	0%	2%	1%	0%	4%	1%
Accès psychotique aigu	1%	5%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	1%

b. Diagnostic – rapport avec la religion :

Les patients qui avaient une pratique religieuse de temps à autre représentaient 39%, dont 12% étaient suivis pour dépression, les patients suivis pour schizophrénie représentaient 17%, les patients qui avaient un ATCD d'APA représentaient 3%, les patients suivis pour trouble bipolaire représentaient 2% , et les patientes suivies pour troubles psychiques du post partum représentaient 2%.

Les patients qui se sont définis comme étant des pratiquants assidus représentaient 36%, dont 13% étaient suivis pour dépression, les patients suivis pour schizophrénie représentaient 6% , les sujets qui avaient un trouble bipolaire représentaient 7%, et les patients suivis pour un TAG représentaient 2% .

Les patients qui ont dit qu'ils étaient des croyants non pratiquants représentaient 20%, dont 8% étaient suivis pour schizophrénie, des sujets suivis pour dépression représentaient 3%, et les patients qui avaient un TOC représentaient 4%.

Les patients qui étaient indifférents par rapport à la religion représentaient 4%, ils étaient tous suivis pour schizophrénie.

Tableau 6 : Corrélation entre le diagnostic et le rapport avec la religion

	Pratique assidue	Pratique de temps à autre	Croyant mais non pratiquant	Indifférent
schizophrénie	6%	17%	8%	4%
dépression	13%	12%	3%	0%
alcoolisme	0%	1%	1%	0%
TAG	2%	1%	1%	0%
Phobie sociale	1%	0%	1%	0%
Troubles psychiatriques liés à l'épilepsie	1%	0%	1%	0%
Troubles du post partum	2%	2%	1%	0%
Trouble bipolaire	7%	2%	1%	0%
TOC	2%	1%	4%	0%
Accès psychotique aigu	2%	3%	0%	0%

c. Diagnostic –survenue des changements avant la maladie :

Les patients qui avaient des changements dans leur vie spirituelle avant la survenue de la maladie représentaient 28%, dont 6% étaient suivis pour schizophrénie, les patients suivis pour dépression représentaient 7% , les sujets qui avaient un trouble bipolaire représentaient 5%, les patients suivis pour APA représentaient 5%, et 1% dans chacun des troubles suivants : TAG, phobie sociale, addiction à l'alcool, troubles du post partum et TOC.

d. Diagnostic –survenue des changements après la maladie :

Les patients qui avaient des changements dans leur vie spirituelle après la survenue de la maladie représentaient 32%, dont 11% étaient suivis pour schizophrénie , les patients suivis pour dépression représentaient 6% , les patients suivis pour un trouble bipolaire représentaient 5% , 4% avaient un TOC, 3% avaient des troubles du post partum, et 2% avaient un TAG.

Tableau 7 : Corrélation entre le diagnostic et la survenue des changements avant ou après la maladie

	Avant la maladie	Après la maladie
schizophrénie	6%	11%
dépression	7%	6%
alcoolisme	1%	0%
TAG	1%	2%
Phobie sociale	1%	0%
Troubles psychiatriques liés à l'épilepsie	0%	0%
Troubles du post partum	1%	3%
Trouble bipolaire	5%	5%
TOC	1%	4%
Accès psychotique aigu	5%	0%

e. Diagnostic -Importance de la religion dans la vie quotidienne :

La religion était essentielle dans la vie selon 53% des patients, dont 18% étaient suivis pour dépression, 12% étaient suivis pour schizophrénie, les patients qui avaient un trouble bipolaire

représentaient 7%, 5% avaient un TOC, et 4% étaient suivies pour des troubles du post partum.

Les patients qui considéraient la religion comme très importante représentaient 18%, dont 5% étaient suivis pour schizophrénie, 5% avaient une dépression, et 4% étaient suivis pour un trouble bipolaire.

Les patients qui trouvaient que la religion était moyennement importante dans la vie représentaient 13%, prédominés par les patients suivis pour schizophrénie qui représentaient 7%, les sujets ayant une dépression représentaient 3%, et ceux qui étaient suivis pour APA représentaient 3%.

Les patients qui trouvaient que la religion avait peu ou pas d'importance dans la vie représentaient 16%, dont 12% étaient suivis pour schizophrénie, les sujets ayant une dépression représentaient 2%, et les patients ayant un TOC représentaient 1%.

Tableau 8 : Corrélation entre le diagnostic et l'importance de la religion dans la vie quotidienne

	Pas ou peu d'importance	Moyennement importante	Très importante	Essentielle
schizophrénie	12%	7%	5%	12%
dépression	2%	3%	5%	18%
alcoolisme	0%	0%	1%	1%
TAG	0%	0%	1%	2%
Phobie sociale	1%	0%	0%	1%
Troubles psychiatriques liés à l'épilepsie	0%	0%	0%	1%
Troubles du post partum	0%	0%	1%	4%
Trouble bipolaire	0%	0%	4%	7%
TOC	1%	0%	0%	5%
Accès psychotique aigu	0%	3%	1%	2%

f. Diagnostic – importance de la religion pour faire face à la maladie :

Plus des deux tiers de nos patients (39%) trouvaient que la religion les aidait totalement à faire face à la maladie, dont 13% étaient suivis pour dépression, 11% étaient suivis pour schizophrénie, 6% étaient suivis pour un trouble bipolaire et 3% avaient des troubles du post partum.

Les patients qui considéraient que la religion les aidait moyennement beaucoup face à la maladie représentaient 26%, dont 6% des sujets étaient suivis pour schizophrénie, 8% étaient suivis pour dépression, 4% avaient un trouble bipolaire, et 2% avaient un TOC ou un TAG.

Les patients qui ont dit que la religion les aidait un peu face à la maladie représentaient 21%, dont 11% étaient suivis pour schizophrénie, 5% étaient suivis pour dépression, et 2% avaient un TOC ou un APA.

La religion ne représentait aucune aide face à la maladie selon 5% des patients, dont 3% étaient suivis pour schizophrénie, et 1% étaient suivis pour trouble bipolaire ou APA.

**Tableau 9 : Corrélation entre le diagnostic et l'importance de la religion
pour faire face à la maladie**

	Aucune	Un peu	Moyennement beaucoup	Totalement
schizophrénie	3%	11%	6%	11%
dépression	0%	5%	8%	13%
alcoolisme	0%	0%	0%	0%
TAG	0%	0%	2%	1%
Phobie sociale	0%	0%	1%	2%
Troubles psychiatriques liés à l'épilepsie	0%	1%	1%	1%
Troubles du post partum	0%	0%	1%	3%
Trouble bipolaire	1%	0%	4%	6%
TOC	0%	2%	2%	1%
Accès psychotique aigu	1%	2%	1%	1%

g. Diagnostic –le fait d'être à l'aise en parlant de ses croyances avec son médecin :

Les patients qui disaient qu'ils étaient totalement à l'aise de parler de leurs croyances avec leur médecin représentaient 31% de l'échantillon, dont 8% étaient des patients suivis pour schizophrénie, et le même pourcentage pour les sujets suivis pour dépression et pour trouble bipolaire, 3% avaient des troubles du post partum, et 2% étaient suivis pour un TOC ou un APA.

Les patients qui disaient qu'ils n'étaient pas du tout à l'aise d'aborder un sujet religieux avec leurs médecins représentaient 31%, dont 8% étaient suivis pour schizophrénie, 10% avaient une dépression, 3% étaient suivis pour trouble bipolaire, 3% étaient suivis pour un TOC, 2% avaient un APA, et 2% avaient des troubles psychiques liés à l'épilepsie.

Les patients qui étaient un peu à l'aise d'aborder un sujet religieux avec leurs médecins représentaient 8%, dont 6% étaient suivis pour schizophrénie, 1% étaient suivis pour dépression, et 1% étaient suivis pour un TAG.

Les patients qui étaient moyennement à l'aise de parler de leurs croyances avec leurs

médecins représentaient 19%, dont 7% étaient suivis pour schizophrénie, 7% étaient suivis pour dépression, 3% étaient suivis pour APA, 1% avaient un TAG et 1% avaient un TOC.

Tableau 10 : Corrélation entre le diagnostic et le fait d'être à l'aise en parlant de ses croyances avec son médecin

	Pas du tout	Un peu	Moyennement beaucoup	Totalement
schizophrénie	8%	6%	7%	8%
dépression	10%	1%	7%	8%
alcoolisme	1%	0%	0%	0%
TAG	1%	1%	1%	0%
Phobie sociale	1%	0%	0%	0%
Troubles psychiatriques liés à l'épilepsie	2%	0%	0%	0%
Troubles du post partum	0%	0%	0%	3%
Trouble bipolaire	3%	0%	0%	8%
TOC	3%	0%	1%	2%
Accès psychotique aigu	2%	0%	3%	2%

1.3. L'AGE :

a. Age –stratégie face à la maladie :

Les patients ayant recours à la foi en Dieu pour faire face à leurs difficultés représentaient 61%, avec une prédominance des sujets de la tranche d'âge entre 31 et 40 ans dans 24% des cas , suivis des sujets de 21 à 30 ans dans 14% des cas , 13% des patients avaient entre 41 et 50 ans ,et 8% des patients avaient entre 51 et 60 ans.

Les patients ayant recours aux soins comme moyen pour faire face à la maladie représentaient 74%, avec une prédominance des patients âgés de 31 à 40 ans dans 22% des cas , suivis des sujets qui avaient entre 21 et 30 ans dans 19% des cas , suivis des patients qui avaient entre 41 et 50 ans dans 17% des cas , 12% des patients avaient entre 51 et 60 ans, 3% avaient entre 18 et 20 ans, et 1 % avaient plus de 60 ans .

Le recours au tabac pour confronter les difficultés a été rapporté par 15% de nos patients, 6% avaient entre 41 et 50 ans, 3% avaient entre 21 et 30 ans, 3% avaient entre 31 ans et 40 ans, et 2 % avaient entre 18 et 20 ans.

Les patients ayant recours à l'alcool comme moyen pour faire face à la maladie représentaient 4%, dont 3% avaient entre 41 et 50 ans, et 1% avaient entre 31 et 40 ans.

Les patients qui ont rapporté l'effort personnel comme moyen pour faire face aux difficultés de la vie représentaient 18% de l'échantillon, dont 7% étaient âgés de 31 à 40 ans, 5 % avaient entre 41 et 50 ans, 4% avaient entre 21 et 30 ans, et 2% étaient âgés de 51 à 60 ans.

On note une prédominance des patients âgés entre 31 et 40 ans en terme de recours à l'entourage dans 11% des cas , suivis des sujets entre 21 et 30 ans dans 8% des cas , les patients qui avaient entre 41 et 50 ans représentaient 5%, et les patients qui avaient entre 51 et 60 ans représentaient 4%.

Le recours à la « rokia » pour confronter les difficultés a été rapporté par 7% de nos patients, 3% étaient âgés de 31 à 40 ans, les patients ayant entre 21 et 30 ans représentaient 2% , 1% des patients avaient entre 41 et 50 ans ,et le même pourcentage chez les patients âgés entre 51 et 60 ans.

Les patients qui avaient recours au travail représentaient 9%, dont 3% étaient âgés entre 21 et 30 ans, 2% avaient entre 31 et 40 ans, et le même pourcentage chez les patients qui avaient entre 41 et 50 ans, et entre 51 et 60 ans.

Tableau 11 : Corrélation entre l'âge et la stratégie face à la maladie

	foi	soins	tabac	alcool	entourage	rokia	loisirs	effort	travail
18-20 ans	1%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
21-30 ans	14%	19%	3%	0%	8%	2%	2%	4%	3%
31-40 ans	24%	22%	3%	1%	11%	3%	1%	7%	2%
41-50 ans	13%	17%	6%	3%	5%	1%	0%	5%	2%
51-60 ans	8%	12%	1%	0%	4%	1%	0%	2%	2%
>60 ans	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

b. Age – importance de la religion dans la vie :

La religion était essentielle dans la vie selon 53% des patients , dont 19% étaient âgés entre 31 et 40 ans, les patients qui avaient entre 41 et 50 ans représentaient 15% , 11% avaient entre 21 et 30 ans, 6% avaient entre 51 et 60 ans, et 2% étaient âgés de 18 à 20 ans.

Les patients qui considéraient la religion comme très importante représentaient 18%, dont 6% étaient âgés entre 41 et 50 ans, 4% avaient entre 21 et 30 ans, le même pourcentage chez les patients qui avaient entre 31 et 40 ans, et 3% des patients avaient entre 51 et 60 ans.

Les patients qui trouvaient que la religion était moyennement importante dans la vie représentaient 13%, dont 6% avaient entre 21 et 30 ans, 3% avaient un âge entre 31 et 40 ans, et 2% avaient entre 51 et 60 ans.

Les patients qui trouvaient que la religion avait peu ou pas d'importance dans la vie représentaient 16%, dont 5% avaient un âge entre 31 et 40 ans, 4% avaient entre 21 et 30 ans, 3 % avaient entre 41 et 50 ans, 1% avaient entre 18 et 20 ans ,et 1 % avaient un âge supérieur à 60 ans.

Tableau 12 : Corrélation entre l'âge et l'importance de la religion dans la vie

	Pas ou peu d'importance	Moyennement importante	Très importante	Essentielle
18-20 ans	1%	1%	1%	2%
21-30 ans	4%	6%	4%	11%
31-40 ans	5%	3%	4%	19%
41-50 ans	3%	1%	6%	15%
51-60 ans	0%	2%	3%	6%
>60 ans	1%	0%	0%	0%

c. Age – importance de la religion pour faire face à la maladie :

Plus des deux tiers de nos patients (39%) trouvaient que la religion les aidait totalement à faire face à la maladie, dont 15% étaient âgés entre 31 et 40 ans, 11% avaient entre 41 et 50 ans, 7% avaient entre 21 et 30 ans, 5% avaient entre 51 et 60 ans, et 1% étaient âgés de 18 à 20 ans.

Les patients qui considéraient que la religion les aidait moyennement face à la maladie représentaient 26%, dont 9% étaient âgés de 41 à 50 ans, 7% avaient entre 21 et 30 ans, 5% avaient entre 31 et 40 ans, 3% avaient entre 51 et 60 ans et 2% avaient un âge inférieur à 20 ans.

Les patients qui ont dit que la religion les aidait un peu face à la maladie représentaient 21%, dont 8% avaient entre 21 et 30 ans, 7% avaient entre 31 et 40 ans, 4% avaient entre 51 et 60 ans, et 2% avaient un âge inférieur à 20 ans.

La religion ne représentait aucune aide face à la maladie selon 5% des patients, qui étaient tous âgés entre 41 et 50 ans.

Ce résultat est statistiquement significatif ($p : 0,01$).

Tableau 13 : Corrélation entre l'âge et l'importance de la religion pour faire face à la maladie

	aucune	Peu	moyenne	Totale
18-20 ans	0%	2%	2%	1%
21-30 ans	0%	8%	7%	7%
31-40 ans	0%	7%	5%	15%
41-50 ans	5%	0%	9%	11%
51-60 ans	0%	4%	3%	5%
>60 ans	0%	0%	0%	0%

d. Age – le fait d’être à l’aise de parler de ses croyances avec le médecin :

Les patients qui étaient totalement à l’aise de parler de leurs croyances avec leur médecin représentaient 31% , dont 10 % étaient âgés entre 41 et 50 ans , suivis par les sujets âgés entre 31 et 40 ans dans 9% des cas , les patients qui avaient entre 51 et 60 ans représentaient 6% , 5% étaient âgés entre 21 et 30 ans et 1% avaient un âge inférieur à 20 ans.

Les patients qui ont dit qu’ils n’étaient pas du tout à l’aise d’aborder un sujet religieux avec leurs médecins représentaient 31% , dont 11% étaient âgés entre 31 et 40 ans , 10% avaient entre 41 et 50 ans , 6% avaient entre 21 et 30 ans , 2% avaient plus de 60 ans ,et 2% avaient moins de 20 ans.

Les patients qui étaient moyennement à l’aise de parler de leurs croyances avec leurs médecins représentaient 19%, dont 6% étaient âgés entre 21 et 30 ans , et le même pourcentage pour les patients qui avaient entre 31 et 40 ans , 4% avaient entre 41 et 50 ans , 2% avaient entre 18 et 20 ans, et 1% avaient plus de 60 ans.

Les patients qui étaient un peu à l’aise d’aborder un sujet religieux avec leurs médecins représentaient 8%, dont 4 % avaient entre 21 et 30 ans, 2% avaient plus de 60 ans, 1% avaient entre 31 et 40 ans, et 1% avaient entre 41 et 50 ans.

Tableau 14 : Corrélation entre l’âge et le fait d’être à l’aise de parler de ses croyances avec le médecin

	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Totalement
18–20 ans	2%	0%	2%	1%
21–30 ans	6%	4%	6%	5%
31–40 ans	11%	1%	6%	9%
41–50 ans	10%	1%	4%	10%
51–60 ans	0%	0%	0%	6%
>60 ans	2%	2%	1%	0%

2. Les praticiens :

2.1. Place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique :

Parmi les 23 praticiens interrogés, 13 ont dit que la spiritualité avait une place dans leur pratique, alors que 10 praticiens l'ont infirmé.

a. Ancienneté :

Parmi les praticiens qui disaient que la spiritualité avait une place dans la pratique psychiatrique, 3 médecins avaient une ancienneté de plus de 7 ans, 10 avaient une ancienneté de moins de 7 ans.

Tableau 15 : Corrélation entre la place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique et l'ancienneté du praticien

	Ancienneté >7 ans	Ancienneté < 7 ans
La spiritualité a sa place dans sa pratique	3	10
La spiritualité n'a pas de place	1	9

b. Attitude devant une question de nature spirituelle :

Les praticiens qui acceptaient les questions spirituelles sans difficultés étaient au nombre de 16 , dont 10 impliquaient la spiritualité dans leur pratique .

Il y a des praticiens (9 médecins) qui acceptaient les questions de nature spirituelle mais préféraient les utiliser comme une ressource à intégrer dans le projet de prise en charge globale du patient, 6 parmi eux disaient qu'ils impliquaient la spiritualité dans leur pratique .

Les praticiens qui préféraient que les questions de nature spirituelle ne figuraient pas dans l'entretien avec les patients étaient au nombre de 5 , plusieurs raisons ont été avancées par ces derniers, notamment : le fait d'altérer la relation médecin malade , ou que l'entretien psychiatrique n'est pas le cadre adapté pour ce genre de questions , ou par manque de compétence dans le domaine religieux.

Tableau 16 : Corrélacion entre la place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique et l'attitude devant une question spirituelle

	Accepter sans difficulté	Accepter et intégrer dans la prise en charge	Préfère ne pas recevoir ces questions pour des raisons
La spiritualité a sa place dans sa pratique	10	6	0
La spiritualité n'a pas sa place dans sa pratique	6	3	5

2.2. Attitude du praticien devant une question de nature spirituelle :

a. Les praticiens qui acceptaient sans difficulté de recevoir des questions de nature spirituelle :

a.1. L'ancienneté :

Les praticiens qui acceptaient sans difficultés les questions spirituelles des patients étaient au nombre de 16, 3 d'entre eux avaient une ancienneté de plus de 7 ans, et 13 praticiens avaient une ancienneté inférieure à 7 ans .

Les praticiens qui n'acceptaient pas de recevoir des questions spirituelles étaient au nombre de 7, dont un praticien qui avait plus de 7 ans d'ancienneté, et 6 avaient moins de 7 ans.

Tableau 17 : Corrélacion entre les praticiens qui acceptaient sans difficulté de recevoir des questions de nature spirituelle et l'ancienneté

	>7 ans	<7 ans
Accepter sans difficulté	3	13
N'accepte pas	1	6

a.2. La religiosité du praticien :

Parmi les 16 praticiens qui acceptaient ces questions, 15 se définissaient comme personnes religieuses au large sens du terme, alors qu'une seule personne ne se définissait pas ainsi.

Les 7 médecins qui n'acceptaient pas d'aborder ces questions, se sont tous définis comme personnes religieuses.

Tableau 18 : Corrélation entre les praticiens qui acceptaient sans difficulté de recevoir des questions de nature spirituelle et la religiosité du praticien

	Personne religieuse	Personne non religieuse
Accepte facilement	15	1
N'accepte pas	7	0

a.3. La place de la spiritualité dans la vie quotidienne :

La majorité des praticiens qui avaient un aspect spirituel dans leur vie acceptaient des questions d'ordre spirituel, ils étaient 15 médecins parmi 22.

Les praticiens qui n'acceptaient pas la survenue de ces questions étaient au nombre de 7, et ils avaient tous une place à la spiritualité dans leur vie.

Tableau 19 : Corrélation entre les praticiens qui acceptaient sans difficulté de recevoir des questions de nature spirituelle et place de la spiritualité dans la vie quotidienne du praticien

	Personne ayant une spiritualité dans sa vie	Personne non spirituelle
Accepte facilement	15	1
N'accepte pas	7	0

a.4. La place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique :

Parmi les praticiens qui acceptaient ces questions (16médecins), 10 avaient une place de la spiritualité dans leur pratique, et 6 disaient qu'il n'y avait pas de place de la spiritualité dans leur pratique.

Parmi les 7 médecins qui n'acceptaient pas ces questions, 3 croyaient que la spiritualité avait sa place dans leur pratique, et 4 disaient le contraire.

Tableau 20 : Corrélation entre les praticiens qui acceptaient sans difficulté de recevoir des questions de nature spirituelle et la place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique

	La spiritualité a sa place dans la pratique psychiatrique	La spiritualité n'a pas de place dans la pratique
Accepte facilement	10	6
N'accepte pas	3	4

- b. Les praticiens qui acceptaient de recevoir des questions spirituelles et les utilisaient comme ressource à introduire dans la prise en charge du patient :

b.1. L'ancienneté :

Parmi les médecins qui adoptaient cette méthode (au nombre de 9) , 2 avaient une ancienneté de plus de 7 ans, et 7 praticiens avaient moins de 7 ans d'ancienneté .

Les praticiens qui n'adoptaient pas cette attitude étaient au nombre de 14 , dont 2 avaient une ancienneté de plus de 7 ans, et 12 avaient moins de 7 ans d'exercice.

Tableau 21 : corrélation entre les praticiens qui acceptaient de recevoir des questions spirituelles et les utilisaient comme ressource à introduire dans la prise en charge du patient et l'ancienneté :

	Ancienneté >7 ans	Ancienneté < 7 ans
Accepter et intégrer dans la prise en charge	2	7
Ne pas accepter	2	12

b.2. La religiosité des praticiens :

Tous les médecins qui acceptaient cette attitude se sont définis comme religieux au large sens du terme, et ils étaient au nombre de 9.

Ceux qui ne l'acceptaient pas étaient au nombre de 14 , 13 parmi eux se sont définis comme religieux.

Tableau 22 : corrélation entre les praticiens qui acceptaient de recevoir des questions spirituelles et les utilisaient comme ressource à introduire dans la prise en charge du patient et la religiosité du praticien :

	Personne religieuse	Personne non religieuse
Accepter et intégrer dans la prise en charge	9	0
Ne pas accepter	13	1

b.3. La place de la spiritualité dans la vie quotidienne du praticien :

Tous les médecins (au nombre de 9) qui acceptaient cette attitude se sont définis comme ayant une spiritualité dans leur vie quotidienne.

Ceux qui ne l'acceptaient pas étaient au nombre de 14, 13 parmi eux se sont définis comme ayant une spiritualité dans leur vie quotidienne.

Tableau 23 : corrélation entre les praticiens qui acceptaient de recevoir des questions spirituelles et les utilisaient comme ressource à introduire dans la prise en charge du patient et la place de la spiritualité dans la vie du praticien :

	La spiritualité a sa place dans la vie	La spiritualité n'a pas de place
Accepter et intégrer dans la prise en charge	9	0
Ne pas accepter	13	1

b.4. La place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique :

Parmi les 9 médecins qui acceptaient cette attitude, 6 médecins disaient que la spiritualité avait sa place dans leur pratique psychiatrique.

Les praticiens qui ne l'acceptaient pas étaient au nombre de 14, dont la moitié disaient que la spiritualité avait sa place dans leur pratique psychiatrique.

Tableau 24 : corrélation entre les praticiens qui acceptaient de recevoir des questions spirituelles et les utilisaient comme ressource à introduire dans la prise en charge du patient et la place de la spiritualité dans la pratique du praticien :

	Place à la spiritualité dans la pratique psychiatrique	Pas de place
Accepter et intégrer dans la prise en charge	6	3
Ne pas accepter	7	7

c. Les praticiens qui préféraient que les questions de nature spirituelle ne soient pas abordées dans l'entretien psychiatrique

- Les praticiens qui préféraient que les questions de nature spirituelle ne soient pas abordées dans l'entretien psychiatrique, mais considéraient que c'est leur devoir d'y répondre car c'est une des dimensions de la personne qui mérite d'être prise en compte :

Un seul praticien adoptait cette attitude, il s'agissait d'un interne du CHU, qui se définissait comme personne religieuse, chez qui la spiritualité avait une place dans sa vie, ne fréquentait pas de communauté religieuse, et pour lui la spiritualité n'avait pas de place dans la pratique psychiatrique.

- Les praticiens qui préféraient que la question ne survienne pas en entretien mais disaient qu'ils allaient expliquer au patient que ça n'avait pas vraiment sa place dans l'entretien médical et allaient préciser le cadre de soins :

Un seul praticien adoptait cette attitude, il s'agissait d'un interne du CHU, qui s'est défini comme personne religieuse, chez qui la spiritualité avait une place dans la vie quotidienne sans avoir une place dans la pratique psychiatrique.

Ce médecin fréquentait une communauté religieuse, et ce résultat était statistiquement significatif ($p : 0,05$).

- Les praticiens qui préféraient que la question ne soit pas abordée dans les entretiens parce que cela pourrait altérer la relation thérapeutique :

Un seul praticien adoptait cette attitude, il s'agissait d'un interne du CHU, qui s'est défini comme personne religieuse, chez qui la spiritualité avait une place dans sa vie, mais sans avoir de place dans la pratique psychiatrique.

Ce médecin fréquentait une communauté religieuse , et ce résultat était statistiquement significatif (p : 0,05)

- Les praticiens qui préféraient que la question ne soit pas abordée dans les entretiens pour éviter d'éventuelles susceptibilités en lien avec des divergences d'opinions et des croyances :

Un seul praticien adoptait cette attitude , il s'agissait d'un interne du CHU , qui s'est définissait comme personne religieuse, chez qui la spiritualité avait une place dans sa vie, sans avoir une place dans sa pratique psychiatrique .

Ce médecin fréquentait une communauté religieuse , et ce résultat était statistiquement significatif (p : 0,05)

- Les praticiens qui préféraient que la question ne soit pas abordée dans les entretiens parce que ce n'était pas leur champs de compétences, et dans ce cas ils allaient l'orienter vers quelqu'un de qualifié en la matière :

Un seul praticien adoptait cette attitude, il s'agissait d'un interne du CHU, qui s'est défini comme personne religieuse, chez qui la spiritualité avait une place dans sa vie, et pour lui la spiritualité n'avait pas de place dans la pratique psychiatrique.

Ce médecin fréquentait une communauté religieuse, et ce résultat était statistiquement significatif (p : 0,05).



DISCUSSION

I. GÉNÉRALITÉS :

1. contexte historique :

Historiquement, il y a des raisons à ce que des questions d'ordre religieux et ou spirituel ne soient pas prises en compte par une médecine exigeante aspirant à délaisser l'irrationnel au profit du rationnel.

La psychiatrie a progressivement émergé de sa carapace d'histoire et d'un empirisme lié à la nature particulière de la maladie mentale. Les écoles médicales de l'antiquité, essentiellement grecques avaient amorcé la connaissance clinique en refusant le fatalisme de l'époque. Car bien que de nombreuses découvertes indiquent que des pratiques médicales existaient en Mésopotamie et en Egypte notamment dès le troisième millénaire avant J-C, c'est Hippocrate qui jette en quelque sorte les bases de la médecine moderne, faites de sémiologie, de physiologie et de thérapeutique empirique. [4]

Le millénaire suivant était envahi par les croyances surnaturelles, la démonologie qui était un outil qui expliquait les troubles de l'esprit. En occident, les interdits religieux qui concernaient la connaissance du corps, étaient à l'origine du retard de la médecine par rapport aux progrès qu'elle connaissait dans le reste du monde (la médecine de la civilisation arabe par exemple). [4]

Au XVe siècle, on a commencé à voir les maladies mentales comme " naturelles" avec une objectivation de leurs aspects cliniques, la création des premières institutions consacrées aux malades mentaux [5].

Avec le début du XXe siècle, on a connu l'avènement de la description des mécanismes de l'inconscient et de leurs rôles dans la compréhension du fonctionnement du psychisme, avec Freud (1856- 1939) qui était à l'origine de la psychanalyse. [4]

La découverte historique qui objective le rôle du neurone comme étant l'unité fondamentale du cerveau grâce aux travaux de Jan Evangelista Purkinje (1787-1869) et de l'anatomopathologiste et neuroscientifique Santiago Ramon y Cajal (1852- 1934), a été le point de départ des sciences du cerveau, suivie de la synthèse de la chlorpromazine en 1950. [4].

2. Définitions :

2.1. Spiritualité :

Le mot spirituel prend sa source du latin « spiritus », soit le souffle : le souffle vital, le principe de la vie, l'essence de la vie. C'est un concept qui fait référence aux questions de sens et aux valeurs, à ce qui relie la personne au monde et la guide au delà de l'humain comme être physique, social et psychosocial. [1]

La spiritualité est un concept variable, qui connaît un changement permanent, puisqu'il s'agit d'un processus personnel, un espace subjectif où chacun construit le sens de sa vie, et cherche des réponses sur son existence et la présence éventuelle d'une vie après la mort.

Elle renvoie à cet espace intérieur où s'élaborent de façon dynamique la quête de sens, les croyances et les sources d'espérance. Elle se traduit entre autres par le rapport de la personne avec la transcendance, avec ce qui donne un sens ou une direction à sa vie et avec les différentes formes d'engagement et de pratiques qui en découlent. [1]

Il y a des auteurs qui considèrent la spiritualité comme une démarche cognitive de l'homme, en terme de la recherche d'un sens et d'un but pour son existence. Une recherche de sens qui peut être basée sur des croyances, religieuses ou non, ou sur une attitude philosophique, morale, artistique ou scientifique. [6], [7]

Dans l'approche philosophique, elle rejoint le concept de l'opposition de la matière et de l'esprit ou encore de l'intériorité et de l'extériorité : « délimiter la notion de spiritualité et se demander à quels champs de signification elle se rattache , la notion d'âme , l'opposition matière et esprit , l'opposition intériorité et extériorité. »[8]

Des études se sont intéressées à étudier les moyens d'expression de la spiritualité.

Les domaines concernés comportent le soutien religieux, les valeurs et croyances, le pardon, les pratiques religieuses en privé, l'engagement, les expériences spirituelles journalières, les préférences religieuses ou les pratiques institutionnelles. [9]

En outre, certains auteurs parlent d'une spiritualité indépendante de la foi en Dieu, « la notion de spiritualité est neutre par rapport à celle de foi en Dieu. » [10] [11] [12]

Pour l'OMS : « On qualifie de "spirituels" les aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels. Ce n'est pas la même chose que le – religieux –, quoique pour de nombreuses personnes la dimension spirituelle de leur vie comporte un élément religieux. L'aspect spirituel de la vie humaine... est souvent perçu comme ayant un rapport avec le sens et le but de l'existence... » [13]

2.2. Religion :

La religion est l'ensemble des croyances, sentiments, dogmes et pratiques qui définissent les rapports de l'être humain avec le sacré ou la divinité. Une religion particulière est définie par les éléments spécifiques à une communauté de croyants : dogmes, livres sacrés, rites, cultes, sacrements, prescriptions en matière de morale, interdits, organisation, etc. [4]

Le mot religion prend sa source du latin « religare » qui signifie : qui attache ou relie, donc qui relie l'humain à la divinité. Koenig et ses collègues (2002) décrivent les caractéristiques de la religion comme étant un système organisé, centré sur des pratiques et des comportements, et s'appuyant sur une doctrine. Pour Fallot (1998) il s'agit d'une adhésion aux croyances et aux pratiques d'une institution religieuse, influencée par l'ethnie et la culture. Dans cette perspective, la dimension religieuse est l'expression de la vie spirituelle. Mais une personne peut vivre une expérience spirituelle sans association avec une religion quelconque. [1]

Selon le dictionnaire des religions, le mot religion est dérivé du latin "religio" (ce qui attache ou retient, lien moral, inquiétude de conscience, scrupule).

D'après Cicéron, ça vient de « relegere » (relire, revoir avec soin) dans le sens de "considérer soigneusement les choses qui concernent le culte des dieux". Il s'agit du « fait de s'occuper d'une nature supérieure que l'on appelle divine et de lui rendre un culte.»[14]

Donc la religion est considérée comme tout ce qui a trait avec la relation entre Dieu et l'humanité.

2.3. Nuances entre le spirituel et le religieux :

Le terme « spirituel » est plus ample que le terme « religieux » qui dénote l'aspect institutionnel et communautaire, les contenus partagés avec une tradition auquel le sujet appartient (Breitbart, 2005).alors que la spiritualité n'est pas réductible à une catégorie du penser. Elle est l'expression même de la vie, de toute vie ; elle est consubstantielle à la nature humaine, introduite autour les questions existentielles de sens, d'espérance et de transcendance. (3)

La religion fait référence au concept du « sacré », personnes ou événements considérés comme en dehors de l'ordinaire, et donc qui méritent de la vénération. [15], [16]

La religion a été définie classiquement, comme un système de croyances et de pratiques sociales telles que les rites [17], un système de symboles qui formule des conceptions d'ordre général. C'est-à-dire, elle comporte une dimension sociale et collective importante [17] et implique l'appartenance à une organisation, avec des dogmes et des symboles transmis et partagés avec une communauté. Alors que la spiritualité est considérée comme la partie personnelle et subjective de la vie religieuse [15], l'expérience individuelle de cette recherche du sacré. [18]

3. spiritualité et psychisme :

3.1. Spiritualité et neurosciences:

La neurothéologie est une discipline qui a vu le jour dans les années 1990, et qui a pour intérêt de mettre en exergue les mécanismes mentaux qui poussent l'individu à croire en la présence de Dieu [19].

Dans les expériences en rapport avec la transcendance, les neurosciences visent à comprendre ce qui se passe dans le cerveau pendant l'expérience avec une réalité transcendante. Des écrits sur ce sujet existent. Parmi eux The « God » Part of the brain [20], The God Gene [21].

Andrew Newberg, dans son livre *Pourquoi Dieu ne disparaîtra pas* [22] a fait des observations sur des personnes en méditation transcendantale par le biais de l'imagerie cérébrale fonctionnelle. D'après ce travail, il a élucidé qu'un certain nombre d'expériences mystiques, comme le sentiment de fusion avec l'absolu, d'union avec Dieu, ou l'éveil, peuvent être expliquées par un état de disposition particulière du cerveau.

Il a utilisé également une technique d'imagerie cérébrale, le SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography) pour mesurer l'activité cérébrale d'un certain nombre de méditants tibétains. Au terme de leur méditation ou de leur prière, lorsqu'ils ressentent une sorte de « fusion avec l'univers, de disparition des limites entre elles mêmes et le monde environnant », il a été observé une augmentation d'activité au niveau du lobe préfrontal (impliqué dans l'attention) , avec une baisse d'activité dans le lobe pariétal supérieur postérieur (impliqué dans l'orientation du corps dans l'espace et la perception du « soi »).

3.2. Spiritualité et personnalité :

Une étude [23] s'intéressant à la relation entre la religiosité et le modèle de 16 facteurs de personnalité de Cattell a conclut que l'attitude positive envers la religion est associée à des scores élevés sur cinq des facteurs de personnalité qui sont : le facteur G (conscience et respect des conventions), le facteur I (sensibilité) et facteur Q3 (perfectionnisme, autodiscipline). La religiosité est aussi associée aux scores bas en facteur E (soumission), facteur F (sérieux, retenue) [23]

Pour certains auteurs (Emmons, 2005) [24] et (Snyder, Sigmon, & Feldman, 2002) [25], la religion apporte un sens à la vie des individus en leur permettant d'avoir des objectifs et des systèmes de valeurs [24] ; (Roccas, 2005). [26] Une étude menée par Francis et Jackson (2003) [27] avait pour but d'objectiver les liens entre la religiosité et la dimension de névrotisme d'Eynseck. Dans cette étude, ils cherchaient les liens entre la religiosité et les sept composantes du névrotisme: basse estime de soi, mécontentement, anxiété, dépendance, hypocondrie, culpabilité et obsessionnalité. Ils ont conclu qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la

dimension globale de névrotisme et la religiosité. En outre, lors de l'étude des sept composants séparément, ils trouvent une corrélation positive entre religiosité et culpabilité, ainsi qu'une corrélation négative entre religiosité et mécontentement [27]

3.3. Spiritualité et adaptation psychologique :

Une étude réalisée à propos de 1607 personnes âgées de 60 ans et plus, montre que plus les difficultés de santé augmentent, la place de la religion dans la vie devient plus importante.

L'implication religieuse dans ce contexte est interprétée comme une stratégie d'adaptation pour faire face aux difficultés de santé. [32]

Koenig a conclu dans ses études que la pratique religieuse favorise la diminution du besoin d'alcool et de drogue, en rendant les personnes moins vulnérables au stress et en augmentant leurs capacités d'adaptation [7] .

4. psychiatrie et spiritualité :

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

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

Une étude pilote d'un cours sur l'interface entre la spiritualité, la religion et la psychiatrie [86] a été faite dans le but d'accroître la compréhension des questions spirituelles et religieuses par les résidents de psychiatrie et de leur faciliter l'abord de ces questions dans leur travail clinique. Un cours de 6 heures, obligatoire, a été mis en place pour les résidents en psychiatrie

de troisième et quatrième année à l'Université de la Colombie Britannique. Les séances d'enseignement se composaient de modules didactiques et de cas cliniques.

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

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

Pour examiner la relation entre les caractéristiques religieuses des médecins et de leurs attitudes et comportements en matière de religion et spiritualité, une enquête transversale [87] conduite sur un échantillon aléatoire stratifié de 2000 médecins praticiens américains de toutes les spécialités a été menée en 2007 par Curlin et ses collaborateurs. Les variables prédictives ont été la religion personnelle, la spiritualité et l'appartenance religieuse. Les variables principales étaient la pratique du dialogue d'ordre spirituel et la prière avec les patients.

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

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

les médecins.

Une étude faite en 2000 par Curlin et ses collaborateurs, rapportée par Eichelman [88] sur les médecins américains et leurs croyances, ainsi que l'intégration de cela dans leur pratique clinique a fait usage d'un questionnaire d'auto-évaluation. L'étude a démontré un certain assouplissement de ce qui a été perçu comme une posture antireligieuse par la psychiatrie.

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

Une étude menée au royaume uni [41] regroupant les membres de la Faculté de gériopsychiatrie en 2002 avait pour objectif d'étudier les attitudes professionnelles et leurs relations avec les valeurs spirituelles dans la mise en route de soins par les gériopsychiatres.

Les membres avaient été invités à remplir un questionnaire semi-structuré de 21 questions. Les analyses quantitatives et qualitatives ont été menées sur les réponses reçues. Avec un taux de réponses de 46%, l'étude a été significative. En effet, la majorité des répondants (92%) reconnaissaient l'importance de la dimension spirituelle dans les soins de la personne âgée, ayant des besoins spécifiques en santé mentale. Un quart des répondants semblaient considérer le fait d'orienter les patients vers un service d'aumônerie pour répondre à leurs besoins spirituels.

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

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

De cette étude, il en est ressorti que les psychiatres avaient un niveau de croyances et de

pratiques religieuses plus bas que les patients et la population en général.

Dans le groupe des praticiens et le groupe des patients combinés, 47% estimaient qu'il y avait toujours ou souvent lieu d'inclure la spiritualité dans une évaluation psychiatrique. Toutefois, 53% des patients estimaient qu'aborder ces questions pouvait poser un problème.

24% considèrent même que les intérêts d'un psychiatre envers les questions spirituelles est important dans le choix d'un psychiatre.

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

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

En Australie, D'Souza et son équipe [43] ont fait une étude basée sur des enquêtes auprès de patients psychiatriques afin d'examiner le besoin d'inclure la dimension spirituelle et religieuse dans leurs soins psychiatriques. Elle visait aussi à proposer des paramètres dans lesquels cette dimension pourrait être appliquée.

La phénoménologie de la spiritualité et de sa pertinence pour la psychiatrie a été considérée.

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

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

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

II. DISCUSSION DES RESULTATS :

1. Discussions des résultats chez les patients :

1.1. Caractéristiques des patients :

a. Age :

Dans notre enquête, les patients ayant recours à la foi en Dieu pour faire face à leurs difficultés représentaient 61%, avec une prédominance des sujets de la tranche d'âge entre 31 et 40 ans dans 24% des cas , suivis des sujets de 21 à 30 ans dans 14% des cas , 13% des patients avaient entre 41 et 50 ans ,et 8% des patients avaient entre 51 et 60 ans.

Nous avons également trouvé que la religion était essentielle dans la vie selon 53% de nos patients , dont 19% étaient âgés entre 31 et 40 ans, les patients qui avaient entre 41 et 50 ans représentaient 15% , 11% avaient entre 21 et 30 ans, 6% avaient entre 51 et 60 ans, et 2% étaient âgés de 18 à 20 ans.

Chez Huguelet [47] , qui a fait une étude sur l'implication de la spiritualité dans le coping positif face à la maladie sur un échantillon de 100 patients suivis pour schizophrénie dans un hôpital publique à Genève , les patients de la tranche d'âge entre 40 et 49 ans avaient plus de recours à la spiritualité , ils représentaient 28,9%, suivis des patients de plus de 60 ans qui représentaient 7%. [47].

D'après la littérature, [4] , [30], [31] la quête spirituelle devient plus importante quand le sujet vieillit, là où il devient plus intéressé par le sens de la vie, et l'intérêt de son existence. Selon la théorie de Maslow, tous les besoins physiologiques peuvent être comblés à un certain âge mais le besoin spirituel peut persister.

b. Les stratégies pour faire face à la maladie :

Dans notre étude, Le recours aux soins était la première stratégie adoptée par les patients, rapportée par 74% des patients, suivie de la foi en DIEU rapportée par 61% des patients interrogés, l'entourage représentait une aide face à la maladie selon 28% des patients , suivi par l'effort personnel 18 % et le tabac 13 % .

Dans l'étude de Djaber, les patients qui avaient recours aux soins pour faire face à la maladie représentaient 45% des cas. La présence et le soutien de l'entourage représentait une stratégie pour faire face à la maladie selon 24% des patients , et 24% des patients évoquaient leur foi en Dieu comme stratégie pour surmonter leur maladie. [4]

L'étude menée par MOHR et ses collaborateurs à Genève [46] faite sur 115 patients suivis pour schizophrénie a permis de développer un outil de mesure des relations entre spiritualité, pratiques religieuses et coping. Cette étude a montré que la religion a eu un effet positif pour 71% des patients.

Dans notre étude, 18% des patients (au nombre de 13) suivis pour schizophrénie avaient recours à la foi en DIEU comme stratégie pour faire face à la maladie.

1.2. histoire religieuse et spirituelle :

a. Pratique religieuse durant l'adolescence :

Dans notre enquête, Les patients qui n'avaient pas de pratique religieuse collective au cours de leur adolescence représentaient 55% , contre 45 % qui avaient une pratique collective.

Dans l'étude de djaber on note que 59% des patients n'avaient aucune pratique religieuse en compagnie d'autres personnes durant leur adolescence. Par contre 33% affirmaient avoir pratiqué des activités religieuses collectives. [4]

b. Types des pratiques religieuses dans l'adolescence :

Dans notre étude, Parmi 45 patients qui avaient des pratiques religieuses collectives lors de l'adolescence, ceux qui pratiquaient la prière collective représentaient 91 %, ceux qui lisaient le coran représentaient 37%, 8,9% avaient des activités dans des associations, 6,7% assistaient à

des conférences sur des thèmes religieux.

Dans l'enquête menée par djaber, 59 participants ont déclaré ne pas avoir eu des pratiques religieuses particulières à l'adolescence. Parmi les 41 qui ont déclaré en avoir eu, la messe représentait à elle seule 65,85% et la prière concernait 12,20% des pratiques.. [4].

c. Changements dans la vie spirituelle :

Dans notre enquête 61% des consultants interrogés avaient rapporté la notion du changement dans leur vie spirituelle, alors que 39% n'avaient aucun changement.

Les patients qui avaient plus d'investissement pour la religion et la spiritualité représentaient 23%.

Les patients qui avaient moins d'investissement pour la religion et la spiritualité représentaient 19% , certains sont devenus plus intéressés par la prière et ils représentaient 9% , 2% sont devenus athés , et 3% ont changé de doctrine .

Chez djaber, La majorité des patients (61%) ont rapporté la notion de changements par rapport à leurs croyances au cours de leur vie.

d. circonstances des changements dans la vie spirituelle

Dans notre enquête La cause du changement dans la vie spirituelle était la maladie selon 28% des patients, 14% des patients avaient besoin de plus de spiritualité, 3% avaient pris de nouvelles convictions, les autres ont expliqué ce changement par certains événements de la vie, tels que la mise en prison, accident de travail , difficultés familiales ...

Les patients qui ont vécu des changements dans leur vie spirituelle avant l'apparition de la maladie représentaient 28% , et 32% les ont vécu après .

Dans l'étude de djaber , l'insatisfaction menant à une plus grande quête de spiritualité était une des causes mentionnées par 16, 39 % des patients. La détresse morale et la déception étaient à l'origine de ces changements chez 11,48% des patients. La maladie elle-même était responsable du changement chez 9,84% des patients.

Le changement de religion à cause d'un mariage ou l'intérêt porté sur de nouveaux dogmes était évoqué par 8,20% des patients. [4]

La littérature [77] , [95] montre que la plupart du temps les gens tendent à se rapprocher de la religion lors d'événements traumatiques (Shaw, Joseph et Linley, 2005) [77] allant jusqu'à en tirer des bénéfices, comme le « posttraumatic growth» (Tedeschi & Calhoun, 2004) [95] ou l'expérience d'un changement positif à la suite d'un événement éprouvant. Cependant, d'autres auteurs mentionnent la tendance contraire, c'est-à-dire, l'éloignement de la religion ou l'apparition d'idées négatives par rapport à celle-ci (Boehnlein, 2007 ; Shaw et al., 2005 ; Schwartzberg & Janoff-Bulman, 1991) [76], [77] [78].

1.3. Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles :

a. Pratique religieuse collective :

Dans notre étude, les sujets qui avaient des pratiques religieuses collectives représentaient 46 % .

Dans l'étude de djaber , les patients qui avaient une activité religieuse collective représentaient 41 % . [4]

Dans notre étude, 27,77 % des sujets suivis pour schizophrénie avaient une activité religieuse collective.

Huguelet a trouvé dans son enquête que 44% des patients suivis pour schizophrénie avaient une activité religieuse collective, et plus de la moitié 56% n'avaient pas de pratiques religieuses avec d'autres personnes. [47]

b. Types des pratiques religieuses collectives actuelles :

Dans notre travail, parmi les patients qui avaient des pratiques religieuses collectives actuelles, 89% des sujets pratiquaient la prière en groupe , 28 % lisaient ou récitaient le coran avec d'autres personnes , 8,7% assistaient à des conférences dans des sujets religieux et éducatifs , 4,3% des patient avaient fait le pèlerinage .

Dans l'étude faite par djaber, la pratique la plus prédominante était la messe avec 39,02% suivie par la prière 26,83%, les baptêmes 12,20%, les séminaires 7,32%, la chorale 4,88%, les groupes de prières 4,88%, le pèlerinage 2,44% et les œuvres caritatives 2,44%. (4)

c. Fréquence des pratiques religieuses collectives actuelles des patients :

Dans notre travail , 15% des patients avaient des activités collectives quotidiennes , 21% le faisaient chaque semaine, 4% avaient une activité collective chaque mois , 5% chaque Ramadan , et 5% de temps à autre .

Parmi les patients interrogés dans l'étude de djaber, 19% affirmaient avoir une pratique religieuse hebdomadaire, 12% avaient une pratique annuelle, 6% avaient une pratique mensuelle et 2% avaient une pratique quotidienne. [4]

Dans notre étude, 30% des sujets suivis pour schizophrénie avaient une pratique religieuse collective quotidienne, 60% pratiquaient chaque semaine, et 10% avaient une pratique collective mensuelle.

L'étude de Huguelet a montré que 20% des patients suivis pour schizophrénie avaient une activité religieuse collective hebdomadaire, et seulement 3% des patients qui l'avaient d'une façon quotidienne, ceux qui avaient une activité religieuse mensuelle représentaient 10% et 11% le faisaient une fois par an. [47]

d. Pratique religieuse individuelle actuelle :

Parmi les patients ayant participé à notre étude, 87% avaient une activité religieuse individuelle.

Selon l'étude de djaber, les patients qui avaient une activité religieuse individuelle représentaient 61%. [4]

Dans notre travail, 77% des patients suivis pour schizophrénie avaient une pratique religieuse individuelle.

Huguelet a trouvé dans son étude que presque les 3/4 des patients suivis pour

schizophrénie 74% avaient une pratique religieuse individuelle. [47]

e. Fréquence des pratiques religieuses personnelles :

Dans notre étude, Les patients qui avaient une pratique religieuse individuelle quotidienne représentaient 62% , 6% avaient une pratique hebdomadaire , ceux qui avaient une pratique mensuelle représentaient 3% , et les patients qui avaient une pratique chaque année représentaient 4 % .

Dans l'étude de djaber 37% des patients affirmaient avoir une pratique religieuse personnelle quotidienne, 10% avaient une pratique hebdomadaire, 11% pratiquaient chaque mois et 11% le faisaient chaque année. [4]

Dans notre étude, 69% des patients suivis pour schizophrénie avaient une activité religieuse individuelle quotidienne, 13% avaient une activité hebdomadaire, 8,69 % avaient une activité mensuelle, 8,69 % avaient une pratique chaque année.

Dans le travail de Huguelet , plus de la moitié des patients suivis pour schizophrénie (52%) avaient une activité religieuse individuelle quotidienne , 9% avaient une activité hebdomadaire, 10% avaient une activité mensuelle , et 3% avaient une activité annuelle. [47]

1.4. Importance subjective de la religion :

a. Dans la vie quotidienne :

Dans notre étude , La religion était un élément essentiel dans la vie de plus de la moitié de nos patients qui représentaient 53 % , elle était très importante pour 18 % d'entre eux , 13% la considéraient d'importance moyenne, elle était de faible importance pour 8% des patients , et 8% de patients la trouvaient sans aucune importance .

Dans l'étude de djaber , la religion était très importante dans la vie quotidienne pour 38% des patients . Elle était essentielle pour 19% , elle avait une faible importance pour 16% , elle était d'importance moyenne pour 13% , et pour 14% elle n'avait aucune importance. [4]

Dans notre étude, nous avons objectivé que 29% des sujets suivis pour schizophrénie

(soit 12% de l'échantillon global) considéraient la religion comme essentielle dans leur vie , 17% (soit 7% de l'échantillon global) la trouvaient moyennement importante ,et 12 %(soit 5% de l'échantillon global) la trouvaient très importante .

Dans l'étude de Huguelet , 40% des patients suivis pour schizophrénie ont dit que la religion était essentielle dans leur vie , 19% la trouvaient très importante , et 18% ont exprimé qu' elle était importante dans leur vie . [47]

b. Dans le fait de donner un sens à la vie :

Dans notre étude, 40% des patients trouvaient que la religion était essentielle pour donner un sens à la vie, 28% disaient qu'elle était très importante, elle était de moyenne importance selon 16% ,elle avait une faible importance pour 7% des patients , et 9% ne trouvaient aucun sens à la vie à travers la religion .

Selon l'étude faite par djaber, La religion donnait un sens à la vie de manière très importante pour 37% des patients, elle était essentielle pour 18% des patients, elle avait une importance moyenne pour 15% des patients , 14% des patients la trouvaient de faible importance , et 16% des patients trouvaient que la religion n'avait aucune importance dans le fait de donner un sens à la vie. [4]

1.5. Importance subjective de la religion pour faire face à la maladie :

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

D'après notre étude, La religion aidait totalement les patients à faire face à la maladie dans 39% des cas, 26% des patients trouvaient qu'elle aidait moyennement beaucoup , selon 21% des patients elle les aidait un peu , et pour 5% la religion n'était pas du tout un moyen pour faire face aux difficultés liées à la maladie .

Dans l'étude de djaber ,la religion intervenait beaucoup pour faire face à la maladie selon 53% des patients ,elle intervenait moyennement beaucoup dans 21% des cas , et totalement dans 24% des cas . [4]

Dans notre travail , 35% des patients suivis pour schizophrénie (soit 11% de l'échantillon

global) trouvaient que la religion les aidait totalement pour faire face à la maladie , 25% (soit 6% de l'échantillon global) la trouvaient moyennement importante , 35% (soit 11% de l'échantillon global) croyaient qu'elle était peu importante , et 9% (soit 3% de l'échantillon global) ne trouvaient aucune importance à la religion pour faire face à leur maladie.

Selon l'étude de Huguelet[47], la moitié des patients suivis pour schizophrénie(50%) ne trouvaient pas dans la religion un moyen pour faire face à la maladie , 6% trouvaient qu'elle avait peu d'importance , 19% lui accordaient une importance moyenne , elle était très importante dans 13% des cas , et 13% des patients trouvaient la religion essentielle pour faire face à la maladie . [47]

b. L'importance de la religion dans le fait de donner un sens à la maladie :

Selon 38% des participants dans notre étude , la religion les aidait totalement à donner un sens à la maladie ,elle aidait moyennement beaucoup dans 31% des cas , elle donnait un peu de sens à la maladie pour 15% des patients , et elle ne donnait aucun sens à la maladie selon 7% des patients .

Dans l'étude de djaber, les patients qui affirmaient que la religion était beaucoup impliquée dans le fait de donner un sens à leur maladie représentaient 54%, pour 23% des patients la religion était impliquée totalement pour donner un sens à la maladie , et 20% des patients trouvaient que la religion était impliquée moyennement beaucoup pour donner un sens à la maladie . [4]

c. Impact de la religion sur la maîtrise des difficultés liées à la maladie :

Dans notre étude, la religion permettait une maîtrise totale des difficultés de 31% des patients, elle permettait une maîtrise moyenne pour 37% , 17% des patients avaient une faible maîtrise de leurs difficultés à l'aide de la religion ,quant à 5% des patients , ils ne trouvaient pas dans la religion un moyen pour maîtriser leurs difficultés .

Dans l'étude de djaber , les patients qui rapportaient que leurs croyances religieuses avaient beaucoup d'impact sur la maîtrise de leurs difficultés représentaient 54% des patients. Pour 23%, cet impact était moyen,et pour 21% des patients l'impact était total. [4]

d. Implication des croyances dans le réconfort face à la maladie :

Dans notre enquête, la religion était un moyen de réconfort total face à la maladie chez 42% des patients, elle permettait un réconfort moyen pour 25% , pour 19 % le réconfort était faible, et 4% des patients ne trouvaient dans la religion aucun réconfort face à leur maladie .

Dans l'étude de djaber, 54% trouvaient que leurs croyances les réconfortaient beaucoup face à leurs difficultés. Pour 26% des patients ce réconfort était total , et pour 20% le réconfort était moyen . [4]

1.6. Synergie de la religion avec les soins psychiatriques :

a. Aisance à parler des croyances personnelles avec le médecin :

Dans notre étude ,31% des patients étaient totalement à l'aise en parlant de leurs croyances à leurs médecins, 19% étaient moyennement à l'aise, 8% des patients étaient un peu à l'aise , et 31% n'étaient pas du tout à l'aise de parler de leurs croyances en présence de leurs médecins .

Dans l'étude de djaber, 43% des patients étaient totalement à l'aise de parler de leurs croyances personnelles avec leurs médecins, 33% des patients disaient qu'il était beaucoup facile d'en parler, et 20% trouvaient que c'était moyennement facile. [4]

Dans notre travail ,27% des patients suivis pour schizophrénie (soit 8% de l'échantillon global) étaient totalement à l'aise de parler de leurs croyances avec leurs médecins , 24% (soit 7% de l'échantillon global)étaient moyennement à l'aise, ce qui rend un taux de réponses positives à 51 % , 20% (soit 6% de l'échantillon global) étaient un peu à l'aise de parler de leurs croyances avec leurs médecins et 27% (soit 8% de l'échantillon global) n'étaient pas du tout à l'aise de le faire .

Chez Huguelet , 56% des patients suivis pour schizophrénie étaient à l'aise de parler de leurs croyances avec leurs médecins, 44 % préféraient ne pas en parler . [47]

b. Incompatibilité des croyances avec le traitement médicamenteux :

Dans notre étude, 83% des patients ne trouvaient pas d'incompatibilité entre leurs croyances et le traitement médical, 4% des patients trouvaient une incompatibilité moyenne, et 2 % trouvaient que c'étaient totalement incompatibles.

Dans l'étude de djaber, la totalité des patients trouvaient qu'il n'y avait aucune incompatibilité de leurs croyances avec le traitement médicamenteux. [4]

Dans notre étude, 86% des patients suivis pour schizophrénie ne trouvaient pas d'incompatibilité entre les croyances et le traitement médicamenteux, et 10% les trouvaient moyennement incompatibles.

Dans l'étude de Huguelet ,81% des patients suivis pour schizophrénie ne trouvaient pas d'incompatibilité entre les croyances et le traitement médicamenteux, et seulement 19% trouvaient qu'ils étaient incompatibles. [47]

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

Dans notre étude, 84% des patients ne trouvaient pas d'incompatibilité entre leurs croyances et les entretiens avec leurs psychiatres, 3% des patients trouvaient qu'ils étaient moyennement incompatibles, et 2 % trouvaient que leurs croyances et les entretiens avec leurs psychiatres étaient totalement incompatibles.

Chez djaber ,la grande majorité des patients (99%) ne trouvaient aucune incompatibilité entre leurs croyances et les entretiens avec leur médecin , 1% trouvaient qu'ils étaient moyennement incompatibles . [47]

Dans notre étude , 90% des patients suivis pour schizophrénie ne trouvaient pas d'incompatibilité entre leurs croyances et l'entretien psychiatrique , ceux qui les trouvaient un peu incompatibles représentaient 6% ,et les patients qui les trouvaient totalement incompatibles représentaient 3% .

Chez Huguelet , 88% des patients suivis pour schizophrénie ne trouvaient pas d'incompatibilité entre leurs croyances et l'entretien psychiatrique , et seulement 12% les trouvaient incompatibles . [47]

2. Discussions des résultats chez les praticiens :

2.1. Répartition selon les qualificatifs des praticiens :

Dans notre étude, il y avait 23 praticiens ,dont 3 enseignantes , soit 12,5% , 13 résidents soit 54% , 6 internes , soit 29%, et 1 seul spécialiste , soit 4,16%

Dans l'étude de djaber , il y avait 32 praticiens hospitaliers ,soit 63% , 11 internes , soit 22%, 3 assistants , soit 6% . [4]

2.2. Répartition des praticiens selon leur type d'activité :

Tous nos praticiens exerçaient dans le secteur public.

Dans l'étude de djaber, 98% des praticiens exerçaient dans le secteur public. Un seul praticien effectuait une activité mixte. [4]

2.3. Répartition selon l'ancienneté dans la profession :

Dans notre travail, l'ancienneté des praticiens variait de 6 mois à plus de 20 ans de service. Les postes récents allant de 6 mois à 4 années étaient majoritaires à 83,33 % avec un effectif de 20 . L'ancienneté intermédiaire (entre 7 et 18 ans) représentait 8,3%. les postes tenus pendant 20 ans et plus représentaient 8,3% .

Dans l'étude de djaber l'ancienneté des praticiens variait de 2 semestres à 40 années de service. Les postes récents allant de 1 à 10 années étaient majoritaires à 66 % ainsi que les postes tenus pendant 20 ans et plus pour 18%. L'ancienneté intermédiaire (entre 10 et 20 ans) représentait 14%. [4]

2.4. Etude du degré de religiosité ou de spiritualité des praticiens :

En réponse à la question : « Vous vous définissez au sens le plus large comme une personne croyante/religieuse ou ayant une forme de spiritualité » 70,83% des praticiens de notre

série ont répondu « oui », 2,5 % ont répondu « plutôt oui », 1 seule personne a répondu « plutôt non » soit 4,16 % , et aucun praticien n'a répondu « non » .

Dans l'étude de djaber , 39% des praticiens ont répondu « oui », 8% ont répondu « plutôt oui », 20% ont répondu « non »,et 29% ont répondu « plutôt non ». [4]

2.5. La place de la spiritualité dans la vie des praticiens :

Dans notre étude, les praticiens qui ont répondu à la question si la spiritualité avait une place dans leur vie par un «oui » étaient 18 personnes soit 79% , 4 ont répondu « plutôt oui » soit 16% et 1 seule personne a répondu par un « plutôt non » soit 4,16% .

Dans le travail de djaber ,les praticiens qui ont répondu à la question si la spiritualité avait une place dans leur vie par un «oui » représentaient 35% , 18% ont répondu « plutôt oui », 16% ont répondu par « non », et 27% ont répondu par un « plutôt non ». [4]

Huguelet a trouvé dans son étude que 12% des praticiens estimaient que la spiritualité était essentielle dans leur vie , 26% la trouvaient très importante , 21 % croyaient qu'elle était importante , 18% trouvaient qu'elle était peu importante et 23% la trouvaient sans aucune importance dans la vie . [47]

2.6. La place de la spiritualité dans la pratique psychiatrique :

A la question si la spiritualité avait une place dans leur pratique psychiatrique, 16,6 % des praticiens de notre étude ont répondu « oui », 41,6 % ont répondu « plutôt oui », 16,6 % ont répondu « non », et 25 % ont répondu « plutôt non ».

Dans l'étude de djaber , 12% des praticiens ont répondu « oui », 29% ont répondu « plutôt oui », 27% ont répondu « non », et 27% ont répondu « plutôt non ». [4]

Dans l'étude de Huguelet , 46% des praticiens ne trouvaient pas d'incompatibilité entre les croyances spirituelles et les soins psychiatriques , 39% trouvaient que c'était incompatible. [47]

Dans la même étude [47], 75% des praticiens ne trouvaient pas d'incompatibilité entre les croyances spirituelles des patients et l'entretien psychiatrique, 5% seulement trouvaient que c'est incompatible.

2.7. La fréquentation d'une communauté spirituelle :

Les praticiens de notre série, qui fréquentaient une communauté spirituelle représentaient 8,3 % , ceux qui ont répondu par « plutôt oui » représentaient 16,6% . Plus de la moitié 54 % ont répondu « non » , et 20 % ont répondu « plutôt non ».

Parmi les praticiens interrogés dans l'étude de djaber, 16% fréquentaient une communauté spirituelle, ceux qui ont répondu par « plutôt oui » représentaient 6%. Plus de la moitié 61% ont répondu « non », et 14% ont répondu « plutôt non ». [4]

Chez Huguelet , 44% des médecins avaient une activité religieuse avec d'autres personnes de leur communauté religieuse . [47]

2.8. Attitude des praticiens face à l'abord d'une question de la dimension spirituelle par les patients :

Dans notre étude, 70% des praticiens acceptaient sans difficulté qu'une question de dimension spirituelle survienne durant l'entretien et adoptaient volontairement une attitude d'écoute bienveillante, 20% des praticiens acceptaient que la question soit abordée par le patient et l'utilisaient comme une ressource à intégrer dans le projet de prise en charge globale si cela s'avérait compatible avec l'état du patient, 8% des praticiens préféraient que la question ne soit pas abordée dans les entretiens et donnaient des raisons différentes. (parce que c'était une question d'ordre personnel et privé, par peur d'induire des susceptibilités liées à des divergences de croyances, crainte de renforcer un délire ou accroître une angoisse chez le patient).

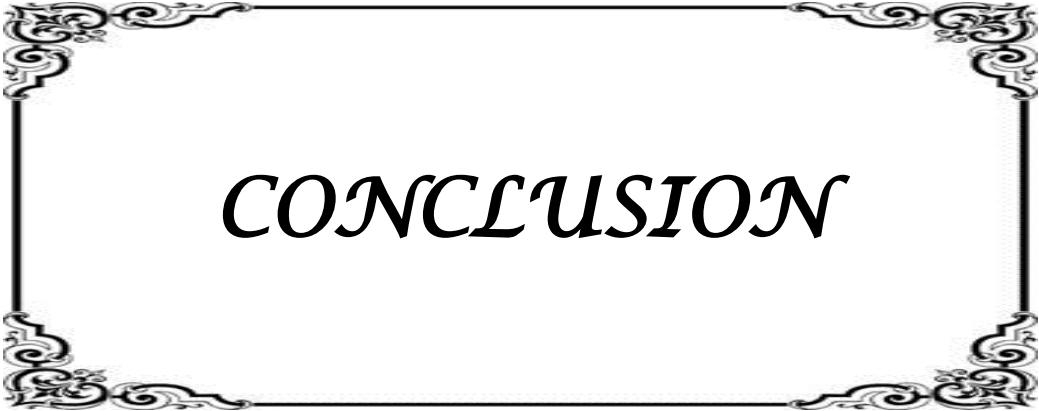
L'enquête de djaber a révélé que 45% des praticiens acceptaient sans difficulté qu'une question de dimension spirituelle survienne durant l'entretien et adoptaient volontairement une attitude d'écoute bienveillante, 39% des praticiens acceptaient que la question soit abordée par le patient et l'utilisaient comme une ressource à intégrer dans le projet de prise en charge globale si cela s'avère compatible avec l'état du patient, 6% des praticiens préféraient que la

question ne soit pas abordée mais y répondaient quand même . [4]

Enfin, 8% des praticiens préféraient que la question ne soit pas du tout abordée dans les entretiens et donnaient des raisons différentes. (Parce que c'était une question d'ordre personnel et privé, l'institution était laïque, par manque de temps, ou par peur d'induire des susceptibilités liées à des divergences de croyances). [4]

Pour examiner la relation entre les caractéristiques religieuses des médecins et de leurs attitudes et comportements en matière de religion et spiritualité, une enquête transversale [87] conduite sur un échantillon aléatoire stratifié de 2000 médecins praticiens américains de toutes les spécialités a été menée en 2007 par Curlin et ses collaborateurs.

L'étude a montré que (91%) des médecins disaient qu'il était approprié de discuter la religion et la spiritualité avec leurs patients si le patient soulevait la question.



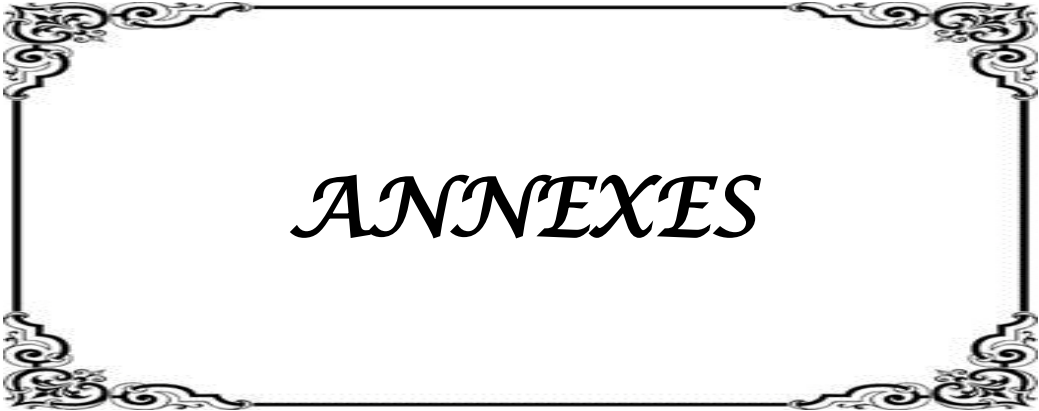
CONCLUSION

Plusieurs auteurs expriment l'intérêt d'étudier la place de la spiritualité dans le domaine psychiatrique, puisque c'est une partie non séparable du psychisme de l'humain, et un maillon essentiel dans son développement psychique et social.

Durant notre étude , une proportion importante des patients ont exprimé leur intérêt permanent vis-à-vis de la spiritualité , en la considérant comme élément essentiel dans leurs vie, mais aussi un moyen important pour apaiser leur souffrance , notamment celle due à la maladie psychiatrique ; et d'ici émane leur demande que ce sujet soit abordé avec leur médecins , car on constate que la majorité d'entre eux veulent bien le discuter avec une grande aisance .

De la part des médecins, nous avons noté que la majorité ne trouvent pas d'embarras si le patient aborde une question de nature spirituelle en pleine consultation, il y en a même ceux qui considèrent que la spiritualité a sa place dans leur pratique psychiatrique, et beaucoup parmi eux acceptent sans barrières ce genre de questions.

Au terme de ce travail, nous avons constaté l'importance dédiée à la spiritualité aussi bien de la part des patients que de leurs médecins , il reste alors que d'autres études viennent ce baser sur ces données de la littérature , et avancer les investigations pour mieux éclaircir cette question de spiritualité et psychiatrie , et donner des réponses plus exhaustives sur plusieurs questions ouvertes sur la recherche : quelle est l'attitude adaptée face à de telles questions ? Quelle réponse pour quel profil de patients ? Quel est le moment opportun au cours de la prise en charge globale ? Tout en respectant les convictions du patients, le stade de sa maladie, et en préservant une alliance thérapeutique surtout durable et efficace.



ANNEXES

I) Le questionnaire destiné aux patients :

Entretien concernant les croyances spirituelles et les pratiques religieuses des patients

N° D'INCLUSION ----- Classification DSM -----

SEXE ----- AGE ----- DATE -----

1. Stratégie pour faire face à la maladie

A-Quelles sont vos difficultés actuelles ?

Dépression	☐	anxiété	☐	alcoolisme	☐	Troubles du sommeil	☐
Céphalées	☐	Stress	☐	phobie	☐	Schizophrénie	☐
Hallucinations	☐	Trouble du comportement	☐			Cardiopathie	☐
Epilepsie	☐	Douleurs Physiques	☐			Trouble non spécifié	
☐							
		Difficultés familiales	☐			Difficultés financières	
☐							

autres (préciser vos difficultés) :

B- Qu'est-ce qui vous aide pour faire face à vos difficultés ?

Loisirs	☐	foi en Dieu	☐	recours aux soins	☐	tabac	☐	alcool	☐
effort personnel	☐	Entourage	☐			travail	☐		

-autres moyens (préciser) :

2. Histoire spirituelle et religieuse

A- Quand vous étiez enfant

1- quelle était la religion de votre père ?

Islam	☐	judaïsme	☐	christianisme	☐
Athée	☐	autre :			

2- Était-il pratiquant ou pas ?

oui ☐ non ☐

B- Quand vous étiez enfant

1-quelle était la religion de votre mère ?

Islam	☐	judaïsme	☐	christianisme	
☐					

Athée ☐ -autre :

2-Etait-elle pratiquante ou pas ?

oui ☐ non ☐

C- Quand vous étiez enfant

1- quelle était votre religion?

Islam ☐

judaïsme ☐

christianisme

☐

Athée ☐

autre :

2- Etiez -vous pratiquant(e) ou pas ? oui ☐

non ☐

D- Quel rapport entreteniez-vous avec la religion ?

a- Je suis foncièrement athée

b- Je pratique assidument

c- Je pratique de temps à autre

d- Je me sens culturellement proche de ma religion d'origine mais je ne suis pas croyant

e- Je suis croyant mais je ne pratique pas ou plus

f- Les religions m'indiffèrent

E- Quand vous étiez adolescent

1-participiez-vous à des services religieux ou à des activités religieuses avec d'autres personnes ?

oui ☐

non ☐

2- si oui, lesquels :

prière collective ☐

lecture collective du coran ☐

pèlerinage ☐

conférences ☐

associations ayant une activité religieuse ☐

activités des « zawia » ☐

visite de tombeaux (les darih) ☐

cinagogue ☐

autres (preciser)

3- A quelle fréquence ?

chaque jour ☐

chaque semaine ☐

chaque mois ☐

chaque année ☐

jamais ☐

F- 1-Avez-vous vécu des changements par rapport à vos croyances spirituelles au cours de votre vie ?

oui ☐

non ☐

2- si oui, lesquels ?

changement de religion ☐

changement de doctrine ☐

moins d'investissement pour la vie spirituelle ☐

devenu athée ☐

autres :

3-Et quelles étaient les circonstances de ces changements :

Plaisirs de la vie ☐

nouvelles convictions ☐

La maladie ☐

Changements de centres d'intérêts ☐ manque de temps ☐
Détresse morale ☐ Déception ☐ Quête de plus de spiritualité ☐
Décès de proches ☐ Crise spirituelle ☐ Affaiblissement de la foi ☐
Divorce des parents ☐ Difficultés conjugales ☐ Adolescence ☐
Pas de circonstance précise ☐
autre :

4-A quel âge ?

Avant le début de la maladie psychique ☐ Après le début de la maladie psychique ☐

3.Croyances spirituelles et pratiques religieuses actuelles

A- Quelles sont vos croyances actuelles ?

Islam ☐ christianisme ☐ judaïsme ☐ athée ☐
autres

B-1- Participez-vous à des activités religieuses avec d'autres personnes ?

oui ☐ non ☐

2-si oui ,lesquelles?

prière collective ☐ lecture collective du coran ☐ pèlerinage ☐ conférences ☐

associations ayant une activité religieuse ☐ activités des « zawia » ☐

visite de tombeaux ☐ cinagogue ☐

autres (preciser)

3-A quelle fréquence ?

chaque jour ☐ chaque semaine ☐ chaque mois ☐

chaque année ☐ jamais ☐

4- Avez-vous, seul, des pratiques spirituelles ou religieuses :

oui ☐ non ☐

5-Si oui ,lesquelles :

la prière ☐ la méditation ☐ dikr ☐
jeun ☐ la lecture de nature religieuse (coran par exemple) ☐

autre : à préciser

6-A quelle fréquence :

chaque jour ☐ chaque semaine ☐ chaque mois ☐
chaque année ☐

jamais ☐

4. Importance de la religion dans la vie

A-1-De manière générale, quelle est l'importance de la religion dans votre vie quotidienne ?

Aucune ☐ faible ☐ moyenne ☐ très importante ☐ essentielle ☐

2-Dans quelle mesure la religion donne-elle un sens à votre vie ?

Aucune ☐ faible ☐ moyenne ☐ très importante ☐ essentielle ☐

Note : estimation de la religion dans la vie du patient.

Arrêter l'entretien à ce stade, si la religion est absente ou marginale, selon les critères suivants :

la religion n'a jamais été importante dans la vie du patient, il a peu ou pas de pratiques religieuses et il n'y accorde pas ou peu d'importance dans sa vie.

Religion absente ou marginale

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

A- Dans quelle mesure, la religion vous aide-elle à faire face à vos difficultés ?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

B- dans quelle mesure, donne-elle du sens ou une signification à vos difficultés?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

C-Dans quelle mesure, la religion vous aide-elle à avoir une certaine maîtrise sur vos difficultés ?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

D-Dans quelle mesure, la religion vous reconforte-elle par rapport à vos difficultés ?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

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

E- Dans quelle mesure, les membres de votre communauté religieuse vous aident ils à faire face à vos difficultés ?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

F- Synergie de la religion avec les soins psychiatriques :

1- Dans quelle mesure, vous sentez-vous à l'aise de parler de «vos croyances » avec votre médecin ?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

2- Dans quelle mesure, « vos croyances » sont-elles incompatibles avec le traitement médicamenteux ?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

3- Dans quelle mesure, « vos croyances » sont-elles incompatibles avec les entretiens avec votre médecin ?

Pas du tout ☐ Un peu ☐ Moyennement Beaucoup ☐ Totalelement ☐

II) Le questionnaire destiné aux praticiens :

Evaluation de la réponse des praticiens aux demandes spirituelles des patients suivis en consultation psychiatrique
--

Grade du médecin :

Enseignant ☐ Résident ☐ Interne ☐ Spécialiste ☐

Secteur d'activité : Publique ☐ libéral ☐

Ancienneté :

Religiosité ou spiritualité des praticiens

	Oui	Plutôt oui (Parfois)	Plutôt non	non
1. Vous vous définissez, au sens le plus large du terme, comme une personne croyante / religieuse ou ayant une forme de spiritualité.				
2. La spiritualité a sa place dans votre vie.				
3. La spiritualité trouve son importance dans le contexte de votre pratique psychiatrique.				
4. Vous fréquentez une communauté spirituelle.				

Spiritualité au cour de l'entretien psychiatrique
--

A- Un de vos patients aborde une question spirituelle avec vous en entretien. Quelle sera votre attitude ?

1. Vous acceptez sans difficulté que la question survienne en entretien et vous adoptez une attitude d'écoute bienveillante ☐

2. Vous acceptez que cette question survienne en entretien et vous l'utilisez comme une ressource à intégrer dans le projet de prise en charge globale, si cela s'avère compatible avec l'état du patient ☐

3. Vous préférez que la question ne survienne pas en entretien, mais :

3.1- Vous estimez que c'est de votre devoir d'y répondre car c'est une des dimensions de leur personne qui mérite d'être prise en compte ☐

3.2- Vous expliquez au patient que ça n'a pas vraiment sa place dans un entretien médical et vous précisez le cadre de soins ☐

4. Vous préférez plutôt que la question ne soit pas abordée dans les entretiens pour une ou plusieurs des raisons suivantes :

- a) Parce que c'est une question qui relève du domaine personnel et privé ☐
- b) Parce que cela pourrait altérer la relation thérapeutique ☐
- c) Parce que cela pourrait faire « flamber un délire » chez un psychotique ☐
- d) Parce que cela pourrait angoisser un anxieux ☐
- e) Parce que ce sujet demande à avoir du temps et vous n'en avez pas ☐
- f) Pour éviter d'éventuelles susceptibilités en lien avec des divergences d'opinions et des croyances ☐
- g) Parce que ce n'est pas votre champ de compétence dans ce cas, vous orientez le patient vers quelqu'un de qualifié en la matière : ☐



RÉSUMÉS

Résumé

La revue de la littérature dans la relation du spirituel et le religieux avec le domaine psychiatrique montre de grandes interférences entre ceux-ci, à partir de la structuration de la personnalité, sa maturation, la quête du sens et tous les changements spirituels qui en découlent, jusqu'à la confrontation des difficultés de la vie, et les maladies psychiques en l'occurrence.

Après un bref rappel des définitions du champ de la spiritualité et de sa place en psychiatrie, nous présentons deux études descriptives et analytiques.

La première vise à évaluer les croyances et besoins spirituels des consultants du centre hospitalier Ibn nafs (n=100) en utilisant un guide d'entretien semi-structuré validé (Mohr et al., 2006).

Les résultats de cette première étude montrent que pour 53% des patients, la religion a une place essentielle dans la vie et 61% évoquent leur foi en Dieu pour faire face à la maladie. Les patients qui ont une pratique religieuse de groupe sont 54% , tandis que 87% ont une pratique religieuse individuelle. 50% des patients se disent à l'aise (moyennement à totalement à l'aise) d'aborder des sujets de nature religieuse dans l'entretien , et 83% des patients ne trouvent pas d'incompatibilité entre leur spiritualité et les entretiens avec leurs médecins .

les patients qui ont une pratique religieuse régulière représentent 36% , et ici on note une prédominance des patients suivis pour dépression par 13% , alors que les patients suivis pour schizophrénie représentent 6% .

les patients suivis pour schizophrénie étaient devancés par les sujets suivis pour dépression en terme de recours à la foi en Dieu , ils représentent 13% , alors que les patients suivis pour dépression représentent 26 % .

La deuxième avait pour but d'évaluer les réponses de psychiatres du centre hospitalier Ibn nafs (n=23) interrogés par questionnaire sur leurs attitudes face à des demandes de nature spirituelle de la part de leurs patients. Un auto-questionnaire a été élaboré à cette fin. Le recueil des réponses des praticiens a montré que la majorité d'entre eux (70%) ne trouvent aucun problème en recevant une question de nature spirituelle de la part de leurs patients.

Les praticiens qui acceptent sans difficulté qu'une question spirituelle survienne de la part du patient sont au nombre de 16, dont 3 ont une ancienneté de plus de 7 ans , et 13 ont une ancienneté de moins de 7 ans .

Les praticiens qui n'acceptent pas la survenue de ces questions ont une ancienneté moins de 1 an.

Après avoir mis le point sur la place de la spiritualité dans la vie des patients , et surtout son implication face à leurs difficultés , et après avoir vu l'attitude plutôt favorable de la majorité des praticiens vis-à-vis des questions de cette nature , nous estimons qu'il est utile d'élargir les champs de recherche de ces études , pour avoir plus de détails dans le sujet ,et afin de faire des conclusions plus raffinées telles que la manière avec laquelle il faut répondre à une question de cette nature ? Quand et avec quel profil de patients?

Abstract

The review of the literature in the relationship between spirituality and the psychiatric field shows great interference between them , from the structuring of personality, maturation, the search for meaning and the confrontation of the challenges of life.

After a brief definition of the field of spirituality and its place in psychiatry, we present two descriptive and analytical studies.

The first is to assess the beliefs and spiritual needs of the hospital consultants (n=100) using a semi-structured interview guide (Mohr and al. , 2006).

The results of this first study show that religion has an important place in life of 53% of patients , and 61 % mention their faith in God to deal with the disease. Patients who have a religious practice group were 54 %, while 87% have an individual religious practice. 50% of patients say they are comfortable (moderately to totally comfortable) to discuss religious subjects with there doctors .

The second study was to evaluate the responses of psychiatrists of the hospital Ibn nafis (n= 23) surveyed by questionnaire on their attitudes to the spiritual requests from their patients.

The practitioner's responses collection has shown that the majority of them (70%) find no problem in receiving a question of a spiritual nature from their patients.

After placing the point on the place of spirituality in the lives of patients , especially his involvement facing their difficulties, and after seeing the rather favorable attitude of the majority of practitioners in receiving a question of a spiritual nature from their patients , we believe it is useful to expand the search fields of the studies, for more details in the subject, and in order to more refined conclusions such as the way in which we must answer a question of this nature ? When and with what type of patients ?

ملخص

البحث في المؤلفات العلمية التي تطرقت لعلاقة الدين والروحانيات بالصحة النفسية ، يظهر لنا وجود تقاطعات بين المجالين، ابتداء من تكوين شخصية الإنسان، مروراً بمرحلة النضج، ثم البحث عن المعنى و مواجهة مشاكل الحياة.

في هذا العمل قمنا بدراستين، الأولى حول المرضى المستفيدين من الفحوصات الطبية بمستشفى ابن النفيس الذين كان عددهم مئة مريض ، حيث قمنا بتقييم حاجاتهم الروحية ومعتقداتهم ، والوسائل التي يلجئون إليها لمواجهة صعوبات الحياة ومكانة الدين بين هذه الوسائل .

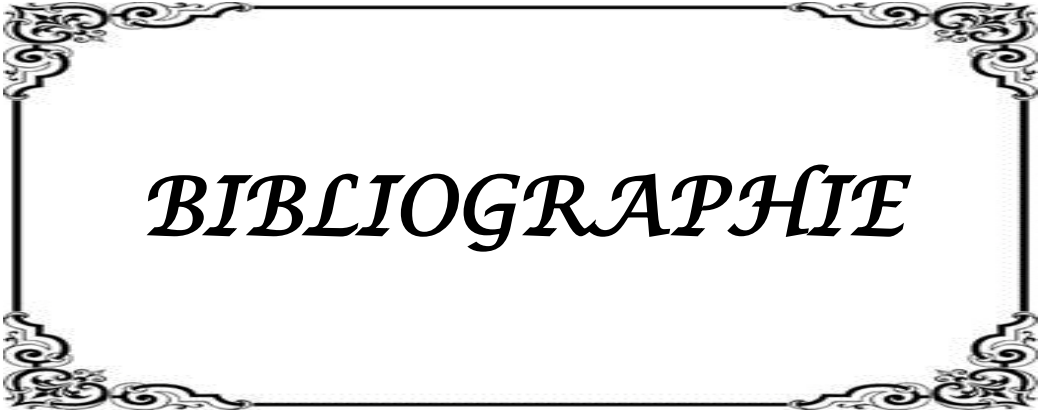
أظهرت نتائج هذه الدراسة أن الدين له مكانة أساسية في الحياة بالنسبة لـ 53 في المئة من المرضى المستجوبين ، وأن 61 في المئة منهم يلجئون إلى الإيمان بالله لمواجهة الصعوبات المرتبطة بالمرض .

كما أننا توصلنا إلى أن 87 في المئة من المرضى لديهم ممارسات دينية فردية و 54 في المئة لديهم ممارسات دينية جماعية ، و 50 في المئة يعبرون عن ارتياحهم التام في الكلام مع الطبيب عن مواضيع ذات أبعاد روحية ودينية .

الدراسة الثانية تهدف إلى تقييم أجوبة الأطباء الممارسين في المركز الاستشفائي ابن النفيس ، الذين كان عددهم 23 طبيباً وطبيبة .

تم استجواب الأطباء عن موقفهم تجاه طلبات ذات بعد روحاني أو ديني من طرف المرضى ، وقد أظهرت النتائج أن 70 في المئة منهم لا يجدون أي حرج في استقبال أسئلة من هذا النوع من طرف المرضى الذي يشرفون على حالاتهم .

بعد الاطلاع على مدى أهمية الدين في حياة المرضى ، ومدى لجوئهم إلى ممارسات ذات أبعاد روحانية للتغلب على صعوبات الحياة ، وبعد البحث في المواقف المختلفة للأطباء تجاه الطلبات الروحية للمرضى والتي في أغلبها إيجابية، نرى أنه من الضروري التعمق في البحث في هذا الموضوع والقيام بدراسة أكثر تفصيلاً في طريقة التعامل الناجعة مع هذا النوع من الأسئلة مع احترام طبيعة المرض و خصوصيات المريض .



BIBLIOGRAPHIE

1. **Saint-Arnaud, J.-G. (2001).**
Quitte ton pays: l'aventure de la vie spirituelle. Ottawa, Canada: Médiaspaul, 238 p.
2. **Zittoun R (2005)**
Comment répondre aux attentes des malades atteints de cancer en matière de croyance et de spiritualité? Rev Francoph Psycho-Oncol 4:296-98
3. **Eckhard Frick,**
conférence SFPO LILLE 2005
4. **Psychiatrie et spiritualité.**
Evaluation des croyances, des besoins spirituels et religieux des usagers d'un Centre Medico-psychologique pour adulte et de la réponse des psychiatres à des demandes de nature spirituelle.djaber abderrahmane,université de Nancy 2011 .
5. **Brenot Philippe :**
500 ans de Psychiatrie Ed. l'esprit du temps).
6. **Gall TL, Charbonneau C, Clarke NH, Grant K, Joseph A, Shouldice L.**
Understanding the nature and role of spirituality in relation to coping and health: conceptual framework. Can Psychol. 2005. 46, 88-104.
7. **Koenig, H. G., McCullough M. E., Larson, D. B. (2001).**
Alcohol and drug use. In Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press, 603-626
8. **Réginald Richard, Christine Dézé,**
Psychologie et spiritualité: à la recherche d'une interface, Presses de l'Université Laval, 1992 p. 1
9. **Fetzer Institute.**
Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research. US Department of Health and Human Services, 1999.
10. **Comte-Sponville A.,**
L'esprit de l'athéisme: introduction à une spiritualité sans Dieu, Albin Michel, 2006
11. **Sonier L.,**
Une spiritualité sans dieu, Maison De Vie, 2005

12. **Costa-Lascoux J., Lombard P., Levaï I., Houziaux A.,**
Peut-il y avoir une spiritualité sans Dieu ?, Éditions de l'Atelier, 2006 p. 15
13. **Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle.**
Organisation Mondiale de la Santé, 2000; 87 p
14. **Grondin J.**
La philosophie de la religion. PUF, coll. Que sais-je ? n° 3839, Paris. 2009.
15. **Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003).**
Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research.
American Psychologist, 58(1),64-74.
16. **Pargament, K. I., Magyar-Russell, G. M., & Murray-Swank, N. A. (2005).**
The Sacred and the Search for Significance: Religion as a Unique Process.
Journal of Social Issues, 61(4),665-687.
17. **Durkheim, E. (1968).**
Les formes élémentaires de la vie religieuse (5 ed.).
Paris: Presses Universitaires de France.
18. **Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001).**
Handbook of Religion and Health.
New York: Oxford University Press
19. **DIRE-intro p.01-05 www.ficsum.qc.ca/...neurotheologie...sybille-lepper/download**
Consulté en ligne le 20 octobre 2011
20. **Alper M.,**
The "God" Part of the Brain: A Scientific Interpretation of Human Spirituality and God,
Brooklyn, Rogue Press, 2001.
21. **Hamer D.,**
The God Gene, New York, Random House Inc., 2004.
22. **Newberg A.,**
Eugene d'Aquili et Vince Rause, Pourquoi "Dieu" ne disparaîtra pas : Quand la science explique la religion, traduit de l'américain par Kengan D. Robert, Vannes, Sully, 2003.

23. **Francis, L. J., & Bourke, R. (2003).**
Personality and Religion: Applying Cattell's Model among Secondary School Pupils. *Current Psychology*, 22(2), 125–137.
24. **Emmons, R. A (2005a).**
Striving for the Sacred: Personal Goals, Life Meaning, and Religion. *Journal of Social Issues*, 61(4), 731–745.
25. **Snyder, C. R, Sigmon, D. R, & Feldman, D. B. (2002).**
Hope for the sacred and vice versa: Positive goal-directed thinking and religion. *Psychological Inquiry*, 13(3), 234–238.
26. **Roccas, S. (2005).**
Religion and Value Systems. *Journal of Social Issues*, 61(4), 747– 759.
27. **Francis, L. J., & Jackson, C. J. (2003).**
Eysenck's dimensional model of personality and religion: are religious people more neurotic? *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1), 87–100
28. **Cloninger, R. C. & Svrakic, D. M.**
(1997) Role of personality self-organisation in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 881–906.
29. **Hansenne, M. (2007).**
Psychologie de la personnalité, 3e ed, Bruxelles, deBoeck. p. 213
30. **Savourey-Alezra M, Brisson P.**
Recréer les liens familiaux : médiation familiale et soutien à la parentalité. Presses Université Laval, 2002 – 187 p.
31. **Miller FP., Vandome AF., McBrewster J.**
Pyramide Des Besoins de Maslow. Alphascript Publishing. 2010 – 80 p.
32. **Krause, N.**
(1991). Stress, religiosity, and abstinence from alcohol. *Psychology and Aging*. 6, 134– 144.
33. **Bowlby, J. (1969).**
Attachment and loss: Attachment. (Vol. 1). New York: Basic Books.

34. **Bowlby, J. (1973).**
Attachment and loss: Separation: Anxiety and Anger. (Vol. 2).
New York, NY, US: Basic Books.
35. **Bowlby, J. (1980).**
Attachment and loss: Loss: Sadness and depression.
New York: Basic Books.
36. **Kirkpatrick, L. A (1999).**
Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.),
Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. (pp. 803–822). New
York, NY, US: Guilford Press.
37. **Kirkpatrick, L. A (1992).**
An attachment–theory approach to the psychology of religion. International Journal for
the Psychology of Religion, 2(1), 3–28.
38. **Ventis, W. L. (1995).**
The relationships between religion and mental health.
Journal of Social Issues, 51(2), 33–48.
39. **Myers, O. G. (1992).**
The pursuit of happiness. New York: Morrow.
40. **Granqvist, P. (2002).**
Attachment and Religion: An Integrative Developmental Framework. Uppsala: Acta
Universitatis Upsaliensis. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the
Faculty of Social Sciences 116.
University of Uppsala.
41. **Lawrence RM, Head J, Christodoulou G et al.**
Clinicians' attitudes to spirituality in old age psychiatry.
Int Psychogeriatr. 2007; 19(5):962–73
42. **Baetz M, Griffin R, Bowen R, Marcoux G.**
Spirituality and psychiatry in Canada: psychiatric practice compared with patient
expectations.
Can J Psychiatry. 2004; 49(4):265–71.
43. **D'Souza R, George K.**
Spirituality, religion and psychiatry: its application to clinical practice. Australas
Psychiatry. 2006;14(4):408–12.

44. **Ey H., Bernard P., Brisset C.:**
Manuel de psychiatrie, Ed.: Masson;7eme éd., 2010
45. **McCullough, Michael; Larson, David,**
Religion and depression: a review of the literature, vol. 2, Australian Academic Press
46. **Mohr S, Huguelet P.**
The relationship between schizophrenia and spirituality and its implications for care.
Swiss Med Wkly 2004; 134:369–76.
47. **Huguelet P., Mohr S., Borrás L., M.D., Gillieron Ch. and Brandt P-Y.**
Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians, Psychiatr Serv 57:366–372, March 2006
48. **Galanter M.**
Spirituality and addiction: A research and clinical perspective.
The Am J Addiction. 2006 ;15, 286–292.
49. **Miller, W. R. (1998).**
Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction, 93, 979–990.
50. **Miller, W. R., (2003).**
Spirituality, treatment and recovery.
In Galanter, M. (Ed). Recent Development in Alcoholism, 16, 391–404.
51. **Brown, H. P., et Peterson, J. H. (1991).**
Assessing spirituality in addiction treatment and follow- up: Development of the Brown– Peterson Recovery Progress Inventory (BPRI). Alcohol Treatment Quarterly, 8, 21–50.
52. **Cook, C. C. H. (2004).**
Addiction and spirituality. Society for the Study of Addiction, 99, 539–551.
53. **Getsinger, S. H. (1998).**
Spiritual dimensions in rehabilitation from addiction.
Journal of Ministry inAddiction and Recovery, 5(1), 13–29.
54. **Miller, W. R., & Bogenschutz, M. P. (2007).**
Spirituality and addiction.
Southern Medical Journal,100, 433–436

55. **Muffler, J., Langrod, J.G., Larson, D. (1992).**
There is a balm in Gilead: religion and substance abuse treatment. In J.H. Lowenson, P. Ruiz, R.B. Millman, J.G. Landrod Substance Abuse:
A comprehensive textbook, Baltimore: Williams & Wilkins, 584–595
56. **Falardeau M.**
Huit clés pour la prévention du suicide chez les jeunes .
PUQ. 2002 ;184 :131
57. **Stanguennec A.**
Le questionnement moral de Nietzsche . Presses Univ Septentrion.2005 ; 367 :330
58. **Nietzsche F., Kremer–Marietti A.,**
Humain, trop humain, Ed. : Le Livre de Poche (1 avril 1995) Collection : Classiques de la philosophie Poche: 768 p.
59. **Neeleman J, Lewis G.**
« Suicide, religion and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990 ».
in J Epidemiol Community Health, vol. 53, n°4, avril 1999, p. 205–206
60. **Hillbrand M, Young JL.**
Instilling hope into forensic treatment: the antidote to despair and desperation. J Am Acad Psychiatry Law. 2008; 36(1): 90–4.
61. **Freud, S. (1948).**
Le malaise dans la culture. Paris: Quadriges / PUF.
62. **Ellis, A (1986).**
The case against religion: A psychotherapist's view and the case against religiosity. Austin: American Atheist Press.
63. **Freud Sigmund:**
Psychopathologie de la vie quotidienne, Ed. Payot, p324).
64. **Freud Sigmund :**
L'avenir d'une illusion (1927), traduction Marie Bonaparte, Ed. PUF, Coll. Quadrige, 1993, pp 43–44.
65. **Freud, S. (1995).**
L'avenir d'une illusion (6ème ed.). Paris: PUF.

66. **Freud, S. (2001).**
Totem et tabou, Ed. Payot & Rivages
67. **Pargament, K. I. (1997).**
The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice. NY, London: The Guilford Press.
68. **Pargament, K. I., & Maton, K. I. (2000).**
Religion in American life: A community psychology perspective. In J. Rappaport & E. Seidman & J. E. Rappaport & E. E. Seidman (Eds.), Handbook of community psychology. (pp. 495–522). Dordrecht Netherlands: Kluwer Academie Publishers.
69. **Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003).**
Advances in the Conceptualization and Measurement of Religion and Spirituality. Implications for Physical and Mental Health Research. American Psychologist, 58(1),64–74.
70. **C. A (2003).**
Dimensions of Religiosity and Their Relationship to Lifetime Psychiatric and Substance Use Disorders. American Journal of Psychiatry, 160(3), 496–503.
71. **Paloutzian, R. F., & Park, C. (2005).**
Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality. I\IY: Guilford Press Park, C. (2005). Religion as a meaning-making framework in coping with life stress. Journal of Social Issues, 61(4),707–729.
72. **Paloutzian, R. F., & Park, C. (2005).**
Integrative Themes in the Current Science of the Psychology of Religion. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality (pp. 3–20). NY: Guilford PressPark, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. Review of General Psychology, 1(2), 115–144.
73. **Simmonds JG.**
Heart and spirit: research with psychoanalysts and psychoanalytic psychotherapists about spirituality. Int J Psychoanal. 2004; 85: 951–71.
74. **Wagenfeld-Heintz E.**
One mind or two? How psychiatrists and psychologists reconcile faith and science. J Relig Health. 2008 Sep; 47(3):338–53.

75. **Hart CW, Div M.**
Present at the creation: the clinical pastoral movement and the origins of the dialogue between religion and psychiatry. *J Relig Health*. 2010 Dec; 49(4):536–46.
76. **Boehnlein, J. K. (2007).**
Religion and Spirituality after Trauma. In L. Kirmayer & R. Lemelson & M. Barad (Eds.), *Understanding Trauma: Integrating Biological, Clinical, and Cultural Perspectives* (pp. 259–274). Cambridge: University Press.
77. **Shaw, A, Joseph, S., & Linley, P. A (2005).**
Religion, spirituality, and posttraumatic growth: a systematic review. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(1), 1–11.
78. **Schwartzberg, S. S., & Janoff-Bulman, R (1991).**
Grief and the search for meaning: Exploring the assumptive worlds of bereaved college students. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 10(3), 270–288.
79. **Sistiva-Castro, D. L., & Sabatier, C. (2005).**
Violence sociopolitique, ESPT et Coping religieux: Une étude comparative en Colombie. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 5(2), 97–107.
80. **Sistiva, D., & Rousseau, C. (2008).**
Trauma, culture et religion: le rôle de la religion dans la reconstruction des femmes rwandaises et salvadoriennes réfugiées à Montréal. Rapport de recherche non publié. Montréal: Hôpital d'Enfants de Montréal, Université McGi.
81. **Janoff-Bulman, R. (1992).**
Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. New York: The Free Press.
82. **Barus-Michel, J. (2004).**
Souffrance, sens et croyance: l'effet thérapeutique. Paris: Eres.
83. **Boehnlein, J. K. (2000).**
Psychiatry and religion: The convergence of mind and spirit. Washington, OC, US: American Psychiatrie Publishing, Inc.
84. **Sparr, L. F., & Fergusson, J. F. (2000).**
Moral and spiritual issues following traumatization. In J. K. Boehnlein (Ed.), *Psychiatry and religion: The convergence of mind and spirit*. (pp. 109–123). Washington, OC, US: American Psychiatrie Publishing, Inc.

85. **Park, C., & Folkman, S. (1997).**
Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115–144.
86. **Grabovac A, Clark N, McKenna M.**
Pilot study and evaluation of postgraduate course on "the interface between spirituality, religion and psychiatry. *Acad Psychiatry*. 2008; 32(4):332–7.
87. **Curlin FA, Lawrence RE, Odell S et al.**
Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1825–31.
88. **Eichelman B. Religion, spirituality, and medicine.**
Am J Psychiatry Religion, spirituality, and medicine. 2007; 164(12):1774–5.
89. **Lucet JC.**
La religion catholique. Kessinger Publishing. 2010. 234
90. **Washburn–Ormachea JM, Hillman SB, Sawilowsky SS.**
Gender and gender–role orientation differences on adolescent's coping with peer stressors. *J Youth Adolesc*, 33 (1),31–40
91. **Worell J.**
Encyclopedia of Women and Gender Vol1. Elsevier. 2001. 1256:60
92. **Meador KG, Koenig HG.**
Spirituality and religion in psychiatry practice: parameters and implications. *Psychiatr Ann*. 2000; 30(8):549–55.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف والأحوال

بإذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، بإذلاً رعايتي الطبية للقريب

والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان.. لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة
الطبية

مُتعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها

تجاه الله ورسوله والمؤمنين.

و الله على ما أقول شهيد

الروحانيات و الطب النفسي

بخصوص 100 حالة

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 14 / 06 / 2016

من طرف

السيد أحمد الكرعاني

المزاداد في 1 أكتوبر 1988 بآسفي

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

الروحانيات – الدين- الطب النفسي-الاضطرابات النفسية.

اللجنة

الرئيسة

المشرفة

الحكام

السيدة ف.عصري

أستاذة في الطب النفسي

السيدة ف.منودي

أستاذة في الطب النفسي

السيدة إ.عدالي

أستاذة مبرزة في الطب النفسي

السيد ع.بنعلي

أستاذ مبرز في الطب النفسي

السيد س.آمال

أستاذ في طب الأمراض الجلدية

السيدة ن.الطاسي

أستاذة مبرزة في طب الأمراض التعفننية