

René Hefti

# La spiritualité – quatrième dimension ou facteur oublié du modèle biopsychosocial

**PrimaryCare publie une suite irrégulière d'articles sur «la médecine et la spiritualité»<sup>1</sup>. Ce sujet, encore souvent remis en question, gagne en présence et en importance au sein de la médecine de famille après avoir été banni de la médecine scientifique.**

Quelques précurseurs, comme le professeur Frank Nager, médecin-chef en médecine à l'Hôpital cantonal de Lucerne, ou le professeur Balthasar Staehelin, directeur de l'unité psychosomatique à la Polyclinique de médecine de l'Hôpital universitaire de Zurich, avaient déjà entrepris voici des années de réunir à nouveau les sciences humaines et les sciences naturelles. Le professeur Frank Nager, un des mes enseignants en médecine, avait pris pour devise «de la cardiologie à la cardiologie», entendant ainsi «de la médecine cardiaque à la médecine du cœur» [1], une approche qui comprend et qui soigne l'être humain aussi bien dans sa dimension humaine que religieuse («homo religiosus»). Le professeur Balthasar Staehelin avait développé le traitement de base psychosomatique qui s'appuie sur un concept spirituel («le Christ psychosomatique»)[2].

## Expériences personnelles

Le lien entre spiritualité et médecine m'avait déjà préoccupé durant mes études. Mais alors j'avais appris qu'il fallait clairement séparer ces deux dimensions. Dans mon expérience, j'ai constaté tout le contraire chez mes patients. Très vite dans mes premières années d'assistantat j'ai observé que de nombreux patients confrontés à des situations de santé sévères trouvaient force et soutien dans leur croyance: souvent ils m'étaient reconnaissants d'aborder ce sujet en tant que médecin et de les soutenir dans leur «stratégie d'ajustement religieux».

Certains patients ressentaient leur maladie comme une punition ou se sentaient rejetés de Dieu, d'autres acceptaient leur souffrance comme un cheminement guidé par Dieu. Ces attitudes agissaient visiblement sur la maîtrise de leur maladie. J'encourageais les patients à en discuter avec l'aumônier ou l'aumônère de l'hôpital, et je leur demandais la permission d'établir le contact. Mais à maintes reprises, il est arrivé que les patients préféraient s'entretenir avec moi, car entre nous la relation de confiance était déjà établie. Alors j'ai dû entrer dans la brèche et consentir, en tant que médecin, à prendre en charge des sujets de la compétence d'un directeur de conscience. Si j'avais éludé les questionnements existentiels et les besoins spirituels des patients, je les aurais «laissés tomber», comme l'avait exprimé Pierre Loeb dans son article d'introduction [3].

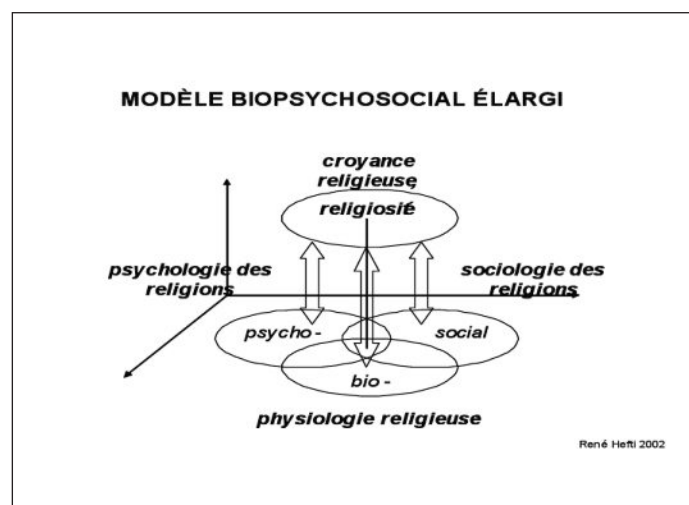
Je dois cependant avouer que parfois certaines erreurs m'ont échappé. Lorsque j'étais jeune assistant, j'avais communiqué à une patiente, qui s'était déclarée «croyante», qu'elle était atteinte d'un cancer: il était alors 19 heures. J'étais persuadé que sa croyance religieuse allait l'aider à assumer le diagnostic. Le lendemain matin,

le médecin chef m'a convoqué pour me demander ce que j'avais fait avec cette patiente. Elle n'a pas pu fermer les yeux de toute la nuit, selon le rapport de l'infirmière de nuit. Chez cette patiente, j'avais donc totalement surestimé la capacité de coping de la croyance religieuse afin d'amortir l'impact du diagnostic «cancer». Cet exemple tiré de mon expérience personnelle montre qu'il vaut la peine de rechercher une intégration de la religiosité et de la spiritualité – et de leur signification au sein de la maladie et de la guérison du patient – dans le cursus médical. Aux Etats-Unis, 50% des universités présentent déjà un tel programme.

## Le modèle de la clinique SGM Langenthal

Le Dr Kurt Batter, chirurgien orthopédiste, a créé en 1980 la Fondation pour une médecine holistique (SGM: Stiftung für ganzheitliche Medizin)<sup>2</sup>, avec l'objectif d'élargir le modèle biopsychosocial à la dimension religieuse/spirituelle (fig. 1). En 1987, cette fondation a créé la clinique de psychosomatique SGM de Langenthal, mettant en œuvre ce concept holistique de façon concrète ([www.klinik-sgm.ch](http://www.klinik-sgm.ch)). Dès le début, on y a effectué l'«anamnèse spirituelle», afin d'identifier les ressources spirituelles du patient ainsi que les facteurs qui pèsent sur lui, et de pouvoir les intégrer dans le traitement, avec son consentement. L'aumônier faisait partie intégrante de l'équipe thérapeutique interdisciplinaire.

Le concept de la clinique SGM de Langenthal a trouvé un appui scientifique dans une forme de recherche qui a pris pied aux Etats-Unis dans les années 1980, et qui examine l'influence de la croyance religieuse et de la spiritualité sur la santé et la maladie. Actuellement, il existe des centaines de travaux scientifiques publiés dans des revues spécialisées de haute réputation: ils sont résumés dans le «*Handbook of Religion and Health*» [4].



**Figure 1**  
Le modèle biopsychosocial élargi (René Hefti [5]).

<sup>1</sup> Vous trouverez les articles déjà parus de cette série en cherchant le mot-clé «spiritualité» à l'adresse [www.primary-care.ch/f/set\\_archive.html](http://www.primary-care.ch/f/set_archive.html).

<sup>2</sup> «Fondation pour une médecine holistique», membre de l'Alliance évangélique suisse AES

### L'Institut de recherche en spiritualité et santé

Inspiré par la branche américaine de recherche, l'Institut de recherche en spiritualité et santé a été créé et constitué en parallèle à la clinique SGM de Langenthal, en collaboration avec le professeur Harold Koenig de la Duke University (NC/USA). Cet institut se destine à la vérification scientifique du concept clinique holistique et à la mise en réseau de toutes les personnes intéressées par le sujet. A cet effet, l'institut publie un bulletin d'informations en anglais auquel on peut s'abonner gratuitement depuis le site de l'institut ([www.fisg.ch](http://www.fisg.ch)). En outre il a produit une offre d'enseignement et de formation continue servant à soutenir les chercheurs et les praticiens dans leur confrontation scientifique aux interactions entre spiritualité, maladie et santé. Elle se présente sous forme d'ateliers d'une durée de cinq jours ainsi que de congrès scientifiques bien-naux ([www.ecrsh.eu](http://www.ecrsh.eu)).

### L'anamnèse spirituelle

Le sujet «médecine et spiritualité» prend réalité dans l'«anamnèse spirituelle». Pour tirer au clair la signification que prend la spiritualité pour le patient confronté à la maladie, il faut commencer par une anamnèse spirituelle, qui peut être brève. L'*American College of Physicians* recommande les quatre questions suivantes [6]:

- Dans votre maladie, la croyance (religiosité, spiritualité) occupe-t-elle un rôle important pour vous?
- Y a-t-il eu d'autres périodes de votre vie où la croyance avait joué un rôle?
- Avez-vous déjà une personne avec qui parler de ces choses?
- Voudriez-vous discuter de vos questions religieuses avec quelqu'un de chez nous?

A côté de cette recommandation «du haut de la médecine», il existe encore toute une panoplie de petites séries de questions dont on peut se servir pour effectuer l'anamnèse spirituelle. Ce sont des instruments qui aident à parcourir l'anamnèse spirituelle et qui la facilitent. L'attitude décisive est cependant liée à la situation et focalisée sur le patient.

Personnellement, je donne la préférence au schéma suivant. Question initiale: «*Comment maîtrisez-vous la situation de maladie dans laquelle vous vous trouvez?*» Si le patient ne cite pas spontanément des aspects religieux: «*Est-ce que la religion ou la spiritualité jouent un rôle pour vous?*» Si le patient dit non, l'anamnèse spirituelle se termine là; s'il dit oui: «*Le point de vue religieux représente-t-il un problème ou une aide pour vous?*», «*Faites-vous partie d'une communauté religieuse?*», «*Cette communauté vous apporte-t-elle un soutien?*» Question finale: «*Désirez-vous intégrer cet arrière-plan religieux dans le traitement?*», «*Si oui, de quelle manière?*».

En principe, on peut poser ces questions à chaque patiente et à chaque patient, indépendamment de son orientation religieuse ou spirituelle.

### Références

- 1 Nager F. Das Herz als Symbol. Editiones Roche, 1993.
- 2 Staehelin B. Der psychosomatische Christus. Novalis Verlag, 1980.
- 3 Loeb P. Spiritualität oder die vierte Dimension. *PrimaryCare*. 2009;9(20):354.
- 4 Koenig H. Oxford University Press, 2000 (2.Band erscheint 2011).
- 5 Hefti R. Integrating Spirituel Issues into Therapy. In: Religion and spirituality in Psychiatry. Huguelet P, Koenig HG. Cambridge University Press; 2009.
- 6 Gurtner B. Spirituelle Anamnese – ein Tabu? *Schweiz Med Forum*. 2005;5:834.

### Anamnèse spirituelle – deux exemples

Un patient de 52 ans avec status postopératoire d'ablation de méningiome sphénoïdal et de déficiences neuropsychologiques consécutives nous est adressé pour réhabilitation. L'anamnèse d'entrée révèle, parmi d'autres déficiences, des troubles de la parole clairement perceptibles.

A la question, «*Comment donc maîtrisez-vous votre situation*», il répond spontanément qu'il est porté par la croyance religieuse et qu'il s'occupe davantage avec la bible. A la question suivante «*Souhaitez-vous que votre croyance soit également intégrée au traitement?*» Le patient répond «oui» d'un ton clair. L'accompagnement spirituel est ce qui compte le plus pour lui.

Que pouvons-nous conclure de cette brève anamnèse spirituelle?

- La croyance religieuse semble être une ressource importante pour ce patient, il en parle spontanément et il en fait son soutien dans sa situation de maladie.
- Cependant le patient manifeste une tendance probable à se focaliser unilatéralement sur la croyance et à exclure d'autres problématiques et d'autres propositions de traitement.

Un patient de 45 ans souffrant d'obésité et d'hypertension artérielle participe au groupe interdisciplinaire de l'hypertension. Dans l'entretien médical préliminaire, il parle d'une situation de conflit considérable avec un collègue à son poste de travail. Rien que de penser à lui, il voit rouge. Lorsque je demande au patient s'il a déjà tenté de désamorcer cette situation, il réagit avec irritation: non, l'autre n'a qu'à sentir sa colère. Je lui fais remarquer qu'il se peut que son hypertension artérielle ait un lien avec ce sentiment de colère et qu'une attitude profonde de réconciliation serait plus favorable à sa santé. Sa réponse fuse sans équivoque mais elle est aussi quelque peu surprenante: *il n'est pas religieux et ne veut rien avoir à faire avec la religion*.

Là encore, il s'agit d'une forme brève d'anamnèse spirituelle (même si elle advient spontanément). La religion et la réconciliation ne sont pas des sujets que le patient veut aborder pour l'instant avec moi. Il est intéressant de constater que c'est le patient lui-même qui a fait le lien entre ces deux thèmes et qu'il a réagi de manière très agressive. Il serait contreproductif de continuer à poser des questions maintenant, mais plus tard cela pourrait devenir tout à fait judicieux.

### Correspondance:

Dr René Hefti  
 Chefarzt Psychosomatik Klinik SGM Langenthal  
 Leiter Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit  
 Weissensteinstrasse 30  
 4900 Langenthal  
[rene.hefti@klinik-sgm.ch](mailto:rene.hefti@klinik-sgm.ch)