La place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions

Olfa Mandhouj

▶ **To cite this version:**

Olfa Mandhouj. La place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions. Psychiatrie et santé mentale. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2015. Français. NNT : 2015PA066093 . tel-01166330

HAL Id: tel-01166330

https://theses.hal.science/tel-01166330

Submitted on 22 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Pierre et Marie Curie

Ecole doctorale 3 C

Département de psychiatrie et d'addictologie- Hôpital Paul Brousse

LA PLACE DE LA SPIRITUALITE DANS LA PRISE EN CHARGE DES MALADIES MENTALES ET DES ADDICTIONS

Par : Olfa MANDHOUJ

THESE DE SCIENCES

pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ Paris IV

Spécialité : Médecine-Psychiatrie

Dirigée par **: Mr le Professeur Henri Jean AUBIN**

Présentée et soutenue publiquement :

Le 23 Janvier 2015

Devant un jury composé de :

Mr le Professeur Charles-Siegfried PERETTI

Mme le Professeur Lucia ROMO **Rapporteur**

Mr le Professeur Philippe HUGUELET **Rapporteur**

Mr le Professeur Michel REYNAUD

Mr le professeur Bruno FALISSARD

Mr le Professeur Roland DARDENNES

Mr le Professeur Jean Paul WILLAIME

Mr Le Professeur Henri Jean AUBIN

Mr Le Docteur Philippe NUSS

PRODUCTIONS SCIENTIFIQUES SUR LE TRAVAIL

A. Articles

Articles publiés

1. Mandhouj O, Aubin HJ, Amirouche A, Perroud NA, Huguelet P. Spirituality and Religion Among French Prisoners: An Effective Coping Resource? Int J Offender Ther Comp Criminol. 2013 Jun 18. *PMID:* 23782706

2. Huguelet P, Mandhouj O. Spiritual assessment as part of routine psychiatric evaluation: Problems and implications. World Psychiatry. 2013 Feb;12(1):35-6. doi: 10.1002/wps.20008. *PMID:* 23471794

3. Huguelet P, Mandhouj O. Religion et suicide. Revue de littérature.

4. Mandhouj O, Etter JF, Courvoisier D, Aubin HJ. Franch-language version of the World Health Organization quality of life spirituality, religiousness and personal beliefs instrument. Health Qual Life Outcomes. 2012 Apr 19;10(1):39. *PMID: 22515747*

5. Aubin HJ, Mandhouj O, Reynaud M. Depression not related to lower religious involvement in bipolar disorders? Bipolar Disord. 2010 Aug;12(5):582; author reply 583-4. *PMID: 20712761*

Article soumis

1. Huguelet P., Mandhouj O.. Religion and suicide. Review. (sous press)

2- Mandhouj O., Perroud N, Aubin HJ, Younes N, Huguelet P. Spriritуality among suicide attempters. (soumis)

Article en préparation

1- Mandhouj O, Bettache H, Aubin HJ. Spirituality among alcoholic anonymous

2- Mandhouj O. Spirituality and tobacco. Review

B. Communications orales

- O Mandhouj. Place de la spiritualité dans le traitement des troubles mentaux. 7ème congrès Francophone de Médecine et Spiritualité. Lyon, Octobre 2014.

- O Mandhouj. Qualité de vie et tabagisme. GEST. Paris, Janvier 2012

- O Mandhouj. Spiritualité et religion des détenus : cohabitation des religions, particularités et évolution des croyances. Congrès des 5 continents -Lyon 2011.

- O Mandhouj. Spiritualité et religiosité : implication dans la prise en charge des patients souffrant de conduites addictives. Congrès Français de Psychiatrie- 2ème Edition,17-20 Novembre 2010, Lyon.

- O Mandhouj. Tabac et Spiritualité/ Religiosité/ Religion.. 4ème congrès de la SFT – 4 et 5 Novembre 2010.

3. Communication écrite

O Mandhouj, JF Etter, D Courvoisier, HJ Aubin. Faut-il intégrer la spiritualité/religiosité parmi les dimensions prises en charge dans le traitement des addictions? Congrès de l'Encéphale 2011, Paris.

REMERCIEMENTS

Je remercie ici tous ceux qui m'ont aidée dans cette traversée.

Le professeur Henri Jean Aubin, pour avoir dirigé cette thèse. Il ne réalise pas tout ce qu'il m'a donné, en sciences et à titre personnel, par son accueil, son énergie positive, son encouragement, sa disponibilité, sa façon d'être pour m'autonomiser et sa rigueur.

Le Professeur Philippe Huguelet, qui m'a soutenu le long de ce travail et dans les moments les plus délicats et me donne la chance de participer à quelques uns de ses beaux projets.

Le Professeur Bruno Falissard qui m'a accueillie, conseillé et soutenu chaque fois que j'ai sollicité. Son intérêt à ce travail m'a été de grand soutien et tout ce que j'ai appris avec lui au cours de mon Master m'a été des ressources très précieuses.

Le professeur Charles Peretti, le professeur Michel Reynaud, Le professeur Roland Dardennes et le Dr Philippe Nuss qui m'ont fait l'honneur de participer au jury.

Le professeur Lucia Romo, rapporteur de cette thèse.

A mon cher ami Bruno Tranchant, pour la relecture de ce travail.

A l'équipe de psychiatrie du CH André Mignot toute plus ou moins liée à ce travail, surtout à Dr Nadia Younes, qui a veillé au bon déroulement de l'étude menée dans son service et avec laquelle j'ai eu un immense plaisir de travailler, aux professeurs Marie Christine Hardy Baylé et Christine Passerieux, à mes amies et collègues Sonia Belaid, Yassaman Montazami et Marion Larquet.

A l'équipe de l'hôpital Charcot, secteur 13, surtout à Dr Martine Sprung qui m'apporte beaucoup de son savoir être et de son savoir faire et à mes collègues Florence Danzin, Pascale Marmey, Eric Caillon, Mathieu Hajbi, et Djilali Adda ainsi qu'à toutes l'équipe des psychologues et toute l'équipe soignante et surtout à nos charmantes secrétaires les deux Brigitte et Béryl.

A Dr Wiltzer, Dr Kapsambellis et Dr Plas, mes anciens chefs de service qui m'ont beaucoup aidé dans ma formation de psychiatre et dans ma carrière professionnelle.

A toute l'équipe du SMPR de Bois d'Arcy et tous les collègues des différents secteurs de l'hôpital Charcot à Plaisir.

A Mme Le professeur Saida Douki Dedieu qui est mon modèle et celui des femmes franco-tunisiennes et tunisiennes qui défendent les valeurs morales et humanitaires.

A tous mes enseignants de l'école primaire jusqu'à mon doctorat.

A mes très chers parents pour leur soutien inconditionnel et pour le sens de la recherche existentielle et scientifique qui les guide.

A mes très chères et magnifiques sœurs Daad, Selsabil et Nada, mes très chers et charmants frères Onsi et Rayan, mes beaux frères Sami et Atef et mes belles sœurs Siwar et Imène.

A mon cher neveu Elyes et ma chère nièce Sarah.

A tous mes amis, avec mes amitiés et ma reconnaissance à tout ce que vous m'apportez au quotidien, surtout : Aida, Aurélie, Catherine ma maman d'adoption , Chiraz et son mari Adnène, Corrine, Erika, Foudil et sa femme Malika, Imène, Hadhem et son mari Mondher, hamid, Hayet, Jean Phélix, Kais, Kawthar la plus chère cousine, Lamine, Manel que son âme est très présente dans ce travail, Ma brise, Marie Agnes ma lumière et mon ange gardien et son mari Pierre, Marie Noëlle et son mari Mourad, Marina, Micheline et Patrick, Mon coach sportif et psychologique, Mouna et son fiancé Nizar, Nadia, Nacera, Nathalie, Nunu, Sarah, Selma, Sophie mon cadeau du ciel, Sawssen, Samy, Sana, Salwa, Sihem, Sonia, Tcheslave, Ténin et Véronique.

A mes chers amis à la clinique d'Yveline surtout Dr Cruanes, Dr Alexandre, Dr Maouch, Dr Abbas, Mme Sebagh, Cathy et Anita.

TABLE DES MATIERES

I- PREMIERE PARTIE : ETAT DE LA QUESTION

I-1- INTRODUCTION

I-2- DEFINITIONS

I-3- RELIGIOSITE EN FRANCE ET DANS LE MONDE

1-4- SPIRITUALITE/ RELIGIOSITE ET SANTE

- Spiritualité/Religiosité et bien-être
- Spiritualité/Religiosité : effets négatifs sur la santé
- Spiritualité/Religiosité et maladies mentales
- Spiritualité/Religiosité et suicide
- Spiritualité/Religiosité et addictions
- Spiritualité/Religiosité : Attitude des praticiens

II- DEUXIEME PARTIE : MESURE DE LA SPIRITUALITE ET DE LA RELIGIOSITE

II-1- Les outils de mesure de la spiritualité/Religiosité

II-2- Choix du questionnaire WHOQOL-SRPB

II-3- Etude de la validation du questionnaire WHOQOL-SRPB en langue française

III- TROISIEME PARTIE : SPIRITUALITE/RELIGIOSITE DANS DES POPULATIONS SPECIFIQUES :

1. **Etude de la spiritualité dans une population de « suicidants »**
2. **Etude de la spiritualité des soignants et de leur attitude envers l'inclusion de la spiritualité dans la prise en charge des patients**

3- **Etude sur la spiritualité en milieu carcéral**

4- **Etude de la spiritualité chez des patients souffrant d'addiction**

3-1- Les addictions dans la population générale

3-2- Spiritualité chez les alcooliques anonymes

IV- CONCLUSION ET PERSPECTIVES

V- BIBLIOGRAPHIE

VI- ABREVIATIONS

VII- **ANNEXES**

I- PREMIERE PARTIE : ETAT DE LA QUESTION

I-1- INTRODUCTION

Cette thèse est le fruit d'un questionnement sur le rôle de la religiosité et de la spiritualité dans les maladies mentales et les addictions. Elle s'insère dans le cadre des recherches cliniques du service d'addictologie de l'hôpital Paul Brousse et de l'unité INSERM 669. L'idée est partie de la constatation de la faible fréquentation des alcooliques en France des groupes des alcooliques anonymes (AA) et de l'hypothèse que c'est l'aspect spirituel de ces groupes qui seraient un obstacle à leur intégration. Bien que la religion joue un rôle dans la vie humaine depuis plus de 500 000 ans, que c'est la plus ancienne forme de la pratique médicale [Miller WR, 1999 ; Sulmasy DP, 2009], aujourd'hui, elle est devenue « un sujet tabou », le plus souvent évité par les praticiens. Je commence par chercher l'histoire de la séparation, ensuite de la « réconciliation » entre la médecine et la religion. Il s'avère qu'avant le développement de la médecine, les personnes se soignaient par les guérisseurs. Il s'agissait de consulter un leadership spirituel comme « les chasseurs », « Curandero et curandera » au Mexique, ou d'aller dans un lieu de pèlerinage comme à Lourdes ou à Chimayo [Miller WR , 1999]. Les chamans étaient les traditionnels guérisseurs des tribus. Leurs soins consistaient à des rituels religieux [Sulmasy DP, 2009]. Dans de nombreuses cultures, une vision holistique de l'être humain demeure prédominante telle que le cas de la médecine chinoise.

L'émergence de la médecine expérimentale moderne au XIXème siècle a été accompagnée de l'abandon du vitalisme et d'une séparation explicite de la science et de la religion. Différentes polémiques ont développé l'idée de l'incompatibilité entre la science et la religion et ont encouragé l'idée que la religion ne peut pas avoir de place dans la médecine. On pourrait citer les livres de John William Drapers: "History of the conflict between Religion and Science" (1874) et celui de Andrew Dickson White: "A History of the Warfare of Science with Theology in Christendom" (1896). Le modèle de technologie médicale a émergé comme un paradigme dominant en médecine, mais aussi en psychologie et en d'autres disciplines médicales. Ce modèle consiste à établir le diagnostic, à identifier le trouble ou la maladie, à chercher sa

cause et à trouver le traitement qui éradique la cause. Ce modèle est efficace pour traiter certaines maladies comme les maladies infectieuses. Toutefois, ce modèle se montre inefficace quand la cause de la maladie ou des symptômes est sociale, environnementale, psychologique, ou comportementale.

Avant les années 1990, les chercheurs mesuraient souvent des variables sur la religion et la spiritualité et les exposaient dans les résultats de leurs études mais, ils ne les considéraient pas comme des dimensions légitimes dans leur recherches (ne les incluaient pas dans les titres ou les abstracts de leurs publications). Quelques études ont mesuré la religion et la spiritualité et étudié leurs effets sur la santé mentale. Toutefois, la qualité de ces études était assez médiocre [Miller WR &Thoresen CE, 2003].

Les années 1970 ont été marquées par le développement de la « Médecine Alternative » et depuis les années 90, les recherches sur la relation entre la médecine et la spiritualité et la religion s'est considérablement accrue. A partir des années 1990, aussi bien la quantité des études sur la relation entre la religion et la santé, que la qualité méthodologique de ces études ont largement augmenté.

Le développement de la recherche sur la spiritualité a amené l'assemblée mondiale de la santé (World Health Assembly) à incorporer le bien-être spirituel dans la définition de l'OMS de la santé [O'Connell KA & Skevington SM, 2009].

Dans les vingt dernières années, ont été publiées de nombreuses études portant sur la relation entre la spiritualité et la santé dans différentes disciplines telles que la médecine, le *nursing*, la sociologie, la psychologie, la théologie etc.

Entre 1995 et 2005, il y a eu 600% d'augmentation du nombre d'articles avec les mots clefs « Spirituality AND health » [Visser A et al., 2009]. Cette augmentation de l'attention pour la spiritualité et la religion est due à la reconnaissance de l'importance de ces concepts dans la prise en charge des patients [Balboni TA et al., 2007].

De nombreuses études ont montré l'existence d'une association positive entre la religiosité et la santé, aussi bien physique que mentale. La spiritualité est une source de *coping* (façon de faire face à une difficulté) et une composante de la qualité de vie pour beaucoup de patients, essentiellement ceux qui souffrent de maladies

chroniques ou de maladies graves. L'utilisation des ressources spirituelles est de plus en plus fréquente dans la prise en charge de plusieurs maladies tel que les cancers, la dépendance à l'alcool et les addictions aux drogues. [Koenig HG, McCullough ME & Larson D, 2001; Pargament K, 1997; Ferrell BR, Dow KH & Grant M, 1995; Miller WR, 1998; O'connor AP, Wicker CA & Germino BB, 1990; Shafranske EP& Malony HN, 1990, Bussing A, Ostermann Th& Matthiessen PF, 2005].

Ce domaine de recherche, émergent depuis une vingtaine d'années, a été rarement exploré en Europe ; la grande majorité des études a été menée en Amérique du Nord [Nicholson A, Rose R & Bobak M, 2009 ; Nicholson A, Rose R & Bobak M, 2010]. Les résultats de ces études ne peuvent pas être généralisés sur d'autres populations et dans d'autres cultures. Au moment ou je débute ce travail de recherche, il y avait quasiment pas d'études françaises portant sur la spiritualité et la religion dans le domaine de la santé mentale et des addictions. Cette thèse vise, donc, à explorer la dimension spirituelle et religieuse dans le contexte français, laïque, multiculturel et multi-religieux.

Le premier pas était de dépasser le constat que la religion est un sujet tabou en pratique clinique et de pouvoir aborder la spiritualité, dans son sens large en évitant sa confusion avec la religion. Pour commencer, je rappellerai quelques éléments de définition concernant la religion, la religiosité et la spiritualité ainsi que la difficulté de définir ces concepts. Ensuite, je préciserai les particularités des croyances en France, après avoir présenté les croyances dans le monde. Une revue de la littérature a fait l'objet d'une publication [Huguelet P & Mandhouj O, 2014] que je complèterai par des données plus détaillées sur la spiritualité/religiosité et la santé, en abordant les principaux domaines dans lesquels la spiritualité/religiosité joue un rôle important (bien-être, maladies mentales, suicides, addictions), ainsi que l'attitude des praticiens envers ce sujet.

Dans la première étape de cette recherche, il me fallait sélectionner un outil de mesure parmi les dizaines de questionnaires qui existent dans la littérature. Celui pour lequel j'ai opté était le WHOQOL-SRPB (World Health Organization Quality Of Life - Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs), développé par l'OMS. Les

premiers résultats porteraient sur l'étude de la validation de cet outil de mesure en langue française.
La validation de cette échelle de mesure a permis de mener des études dans des groupes spécifiques.

La première étude portera sur des patients suicidants recrutés à l'unité 72h de psychiatrie au CH André-Mignot. La deuxième étude portera sur une population de détenus recrutés au centre médico psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt des Yvelines à Bois d'Arcy. Le troisième travail de recherche portera sur les alcooliques anonymes, la population d'étude était des répondants à notre questionnaire mis en ligne sur leur site.

Le choix de ces populations a été motivé par plusieurs facteurs :

- Le fait que le suicide et l'alcoolisme soient parmi les problèmes de santé publique majeurs dans notre pays (selon les études épidémiologiques qui vont être détaillées plus tard).
- Le fait que la spiritualité soit, selon la littérature, un mécanisme de coping qui semble important pour faire face à ces problèmes et que l'on dispose pas d'études françaises qui peuvent confirmer ou infirmer ce rôle.
- L'accès facilité à ces populations, généralement difficiles d'accès, par le fait que je travaillais auprès d'elles au moment de ces enquêtes.

I-2- DEFINITIONS

Il n'existe pas de consensus quant aux définitions des termes « spiritualité » et « religion ». Il est difficile de donner aux termes « religion » et « spiritualité » une définition qui pourrait satisfaire tout le monde. Larson DB, Swyers JP& Mc Cullaugh ME (1997) pensent qu'aussi bien la religion que la spiritualité ont une origine sacrée qui consiste à des croyances, des expériences, un comportement visant la recherche du sacré. Le terme « sacré » fait référence à un « être divin » ou à « la vérité ultime ».

- **Définition de « la religion » :**

Dans les dictionnaires français « LE ROBERT » et « Grand Larousse Illustré », on trouve les définitions suivantes:

- La religion est un ensemble déterminé de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'homme avec le sacré.
- La religion est un ensemble de pratiques et de rites spécifiques propres à chacune de ces croyances.

La religion est défini par 3 principales caractéristiques : des croyances, des pratiques religieuses et des sentiments religieux (foi, union à une communauté particulière qui partage la même foi).

Les religions sont classées en deux principales catégories : les religions orientales (Hindouisme, Bouddhisme, Shinto, Confucianisme, Taôisme…) et les religions monothéiques (Judaïsme, Christianisme et Islam).

- **Définition de « la spiritualité » :**

Dans les dictionnaires français « LE ROBERT » et « Grand Larousse Illustré », on trouve les définitions suivantes:

- La spiritualité est le caractère de ce qui est spirituel, de ce qui est dégagé de toute matérialité.
- Croyances et pratiques qui concernent la vie de l'âme, la vie spirituelle.
- Vie de l'esprit, aspiration aux valeurs morales.
-

- **Religiosité**

En vieux français, le terme "religiosité" désignait un scrupule religieux extrême. La religiosité est comprise comme étant l'ensemble des pratiques vécues par une personne à l'intérieur d'une religion donnée. Son sens a cependant évolué, et actuellement, on pourrait définir la religiosité comme étant une attirance sentimentale pour ce qui évoque la religion et la divinité ou pour ce qui est en rapport avec ces deux notions. Selon la pensée humaniste, la religiosité se définit quelque peu différemment: si elle désigne effectivement une orientation de la pensée vers une direction transcendante, elle ne comporte pas nécessairement la croyance en la divinité, d'où l'existence, selon certains, d'une ***"religiosité sans religion".***

- **Agnosticisme**

C'est une doctrine qui considère que l'absolu est inaccessible à l'esprit humain et qui préconise le refus de toute solution aux problèmes métaphysiques.

- **Athéisme**

C'est une doctrine qui nie l'existence de Dieu (Cette position philosophique ne se confond ni avec l'agnosticisme, qui est le refus de prendre parti dans les débats métaphysiques, ni avec le panthéisme, qui implique que Dieu puisse exister partout dans l'univers et se confondre avec lui).

- **Différences entre spiritualité et religion**

Il est important de différencier la spiritualité de la religion. La spiritualité renvoie à une relation de transcendance et serait un attribut des individus. A l'opposé, la religion est une entité sociale organisée [Miller WR &Thoresen CE, 2003].

A l'opposé de la religion, la spiritualité est difficile à définir. Le terme spiritualité est devenu plus populaire que celui de la religion qui est souvent reliée aux notions de guerre, conflits, fanatisme etc.

Comme la personnalité et la santé, la spiritualité est un concept complexe. On ne peut pas la définir par un simple continuum, mais on peut la comprendre comme un concept multidimensionnel [Larson BD, Swyers JP, Mc Cullough ME, 1997, Buck HG, 2006].

La religion est caractérisée par ses limites et ses frontières tant dis que la spiritualité est caractérisée par la difficulté d'en définir des frontières. La spiritualité n'implique pas forcément la religion. Chaque personne définit sa spiritualité différemment. On peut parler d'une expérience spirituelle dans un moment de contemplation de la nature, une randonnée en montagne, une intime connexion avec un être aimé etc.

Dans les différentes définitions de la spiritualité on retrouve des composantes principales comme les croyances, les valeurs, le sens et le but de la vie, la notion de transcendance, la notion de connexion (avec l'univers, avec une puissance supérieure, avec sa communauté, avec la matière…) [Buck HG, 2006 ; Colucci E & Martin G,2008]).

Selon Dein S (2005), l'expérience spirituelle peut être atteinte par différentes manières comme la méditation, la prière, l'art, la littérature, la poésie.

Beaucoup d'individus se décrivent spirituels et non religieux [Koenig HG, 2009], ce qui amène à considérer la spiritualité comme une notion individuelle et séculaire. Cette considération contemporaine du terme spiritualité est différente de son sens d'origine. Des philosophes contemporains comme Comte-Sponville A (2006) défendent une spiritualité sans Dieu, sans dogmes, sans Eglise, une spiritualité athée, qui prémunirait autant du fanatisme que du nihilisme. Il s'agirait de « *Notre rapport fini à l'infini ou à l'immensité, notre expérience temporelle de l'éternité, notre accès relatif à l'absolu* ».

L'organisation mondiale de la santé (OMS) propose la définition suivante : « « *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… »

Koenig HG et collaborateurs (2001) schématisent la spiritualité et la religion par ce diagramme suivant

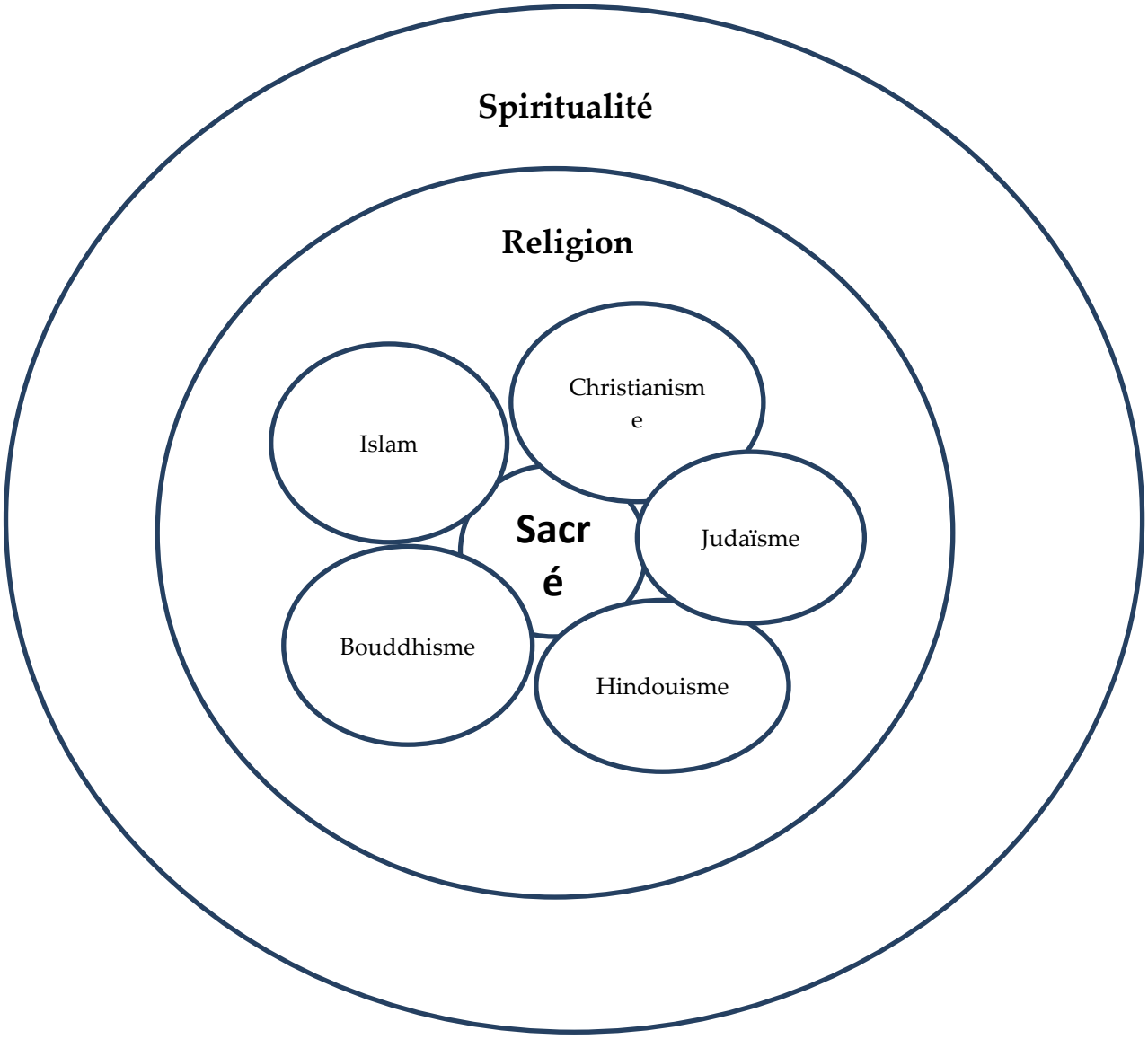


Figure 1 : Distinction entre la religion et la spiritualité (Koenig HG et al., 2001).

Selon Koenig HG, la religion est un système organisé de croyances, de pratiques, de rituels, de symboles désignant le sacré (Dieu, La puissance supérieure, La vérité ultime …). Ce système définit les relations avec autrui et la responsabilité de chacun dans sa communauté.

La spiritualité est un questionnement personnel pour essayer de répondre aux questions concernant la vie, le sens de la vie, la relation avec le sacré, la transcendance. Ceci peut ou pas amener à développer certains rituels religieux et des activités avec sa communauté religieuse.

La religion et la religiosité ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour définir la spiritualité aujourd'hui et on peut affirmer actuellement, que toute personne a une dimension spirituelle, qu'elle ait ou non une appartenance religieuse [Monod S, Rochat E & Büla C, 2006].

Yawar A (2001) suggère de percevoir l'être humain comme ayant deux domaines existentiels : l'un est « extérieur », qui consiste à l'interaction de l'être humain avec le monde, et l'autre domaine est « intérieur » et consiste à l'interaction de l'être humain avec la transcendance qui peut être un être divin, un idéal faisant allusion à une expérience d'amour, d'émerveillement, de beauté etc.

Dans les sociétés occidentales, marquées par des multicultures et des multi-religions, il y a une dichotomie entre le domaine intérieur ou la religion peut ou pas avoir une influence et le domaine extérieur, qui est sécularisé, et marqué par l'influence majeure de l'utilitarisme.

I-3- Religion en France et dans le monde

1-3-1- la religion dans le monde

On estime que, 90% de la population mondiale a des pratiques religieuses ou spirituelles. Les personnes non religieuses comptent à moins de 1% dans le moyen orient et les pays africains. Uniquement 8 pays sur 238 ont une prévalence de population non religieuse supérieure à 25%. L'athéisme est actuellement répandu à travers le monde. Plus de 30 pays reportent avoir 0% d'athéisme et uniquement dans 12 pays sur 238, le taux d'athéisme dépasse 5% de la population. Au canada, 12.5% de la population est « non religieuse » et 1.9% est athée [Zuckerman P, 2007 ; http://wordchristiandatabase.org/wcd/]

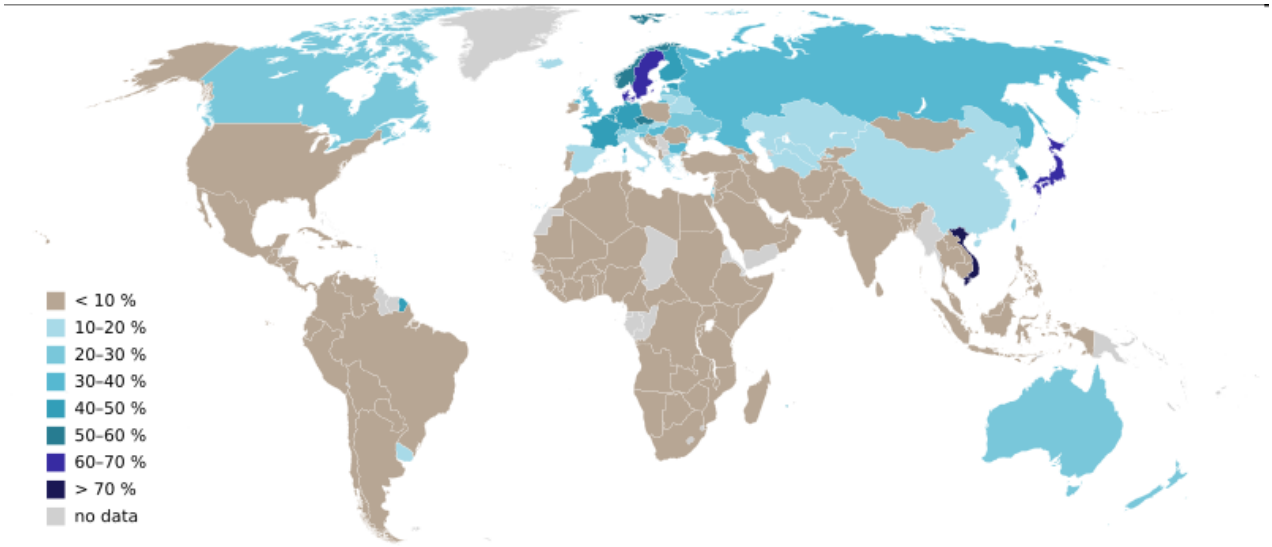


Image:BlankMap-World6, compact.svg.

1-3-2- la religion en France

- ***Panorama de l'implantation religieuse en France***

Il est difficile de connaître exactement la composition religieuse de la population française : les seules informations disponibles concernant l'appartenance religieuse proviennent des sondages d'opinion, dont les résultats restent toujours des estimations.

La France a longtemps été un pays presque exclusivement catholique, et reste marquée par cette culture. Par exemple, les jours fériés ont leur origine dans les enseignements de l'Eglise catholique. On peut noter également que la Bible vient en première place des livres cités comme "livre fondateur" en France et que 37% des foyers français possèdent une Bible (sondage IPSOS pour ABF 2010, « Les Français et la Bible ») [Site de L'Alliance biblique française, dernière consultation le 29 septembre 2014 : http://www.la-bible.net/page.php?ref=Sondage/Ipsos/ABF].

Les sondages les plus récents confirment la place dominante des catholiques en France (61 % selon les résultats du sondage IFOP de 2011, les français et la croyance religieuse). On note cependant la diminution constante du nombre de catholiques depuis une cinquantaine d'années (Il était encore de 81% en 1965).

Bien que la France compte, aujourd'hui encore, plus de personnes déclarant croire en Dieu (56%) que de personnes déclarant ne pas y croire, ce chiffre a cependant sensiblement diminué depuis 1947 où il était de 66%.

D'autres groupes religieux, numériquement moins importants, certains sont en augmentation. En effet, selon le sondage IFOP de 2011, « Les français et la croyance religieuse », 7 % des personnes interrogées se déclarent de religion musulmane, 4 % de religion protestante, 1 % de religion juive. Enfin, 2 % appartiennent à une autre religion, sans précision. On trouve notamment un certain nombre de bouddhistes, d'hindouistes, de chrétiens orthodoxes, de témoins de Jéhovah, ainsi que de nombreux groupes de type "nouveaux mouvements religieux" [http://www.eurel.info/spip.php?rubrique352].

- ***Le principe de laïcité***

La laïcité est un principe de rang constitutionnel en France. Ce principe inspiré par Ferdinand Buisson est fondé sur la séparation de l'église et de l'état en vue de prendre en compte la diversité des hommes afin de les unir dans la société pour garantir leur coexistence.

Les français restent très attachés à la laïcité. Selon une enquête réalisée en février 2005 sur les français et la loi de 1905, 79% des français estiment que la laïcité est importante à l'école, et à 75 % pensent que la laïcité est un élément essentiel à l''identité de la France. Par ailleurs, 58 % d'entre eux estiment qu'elle est en danger en France. Enfin, un sondage IFOP, réalisé en octobre 2004, portant sur les français et la laïcité, montre notamment que la majorité des français sont opposés à ce que la constitution européenne fasse référence à l'influence de la religion chrétienne [http://www.eurel.info/spip.php?rubrique356]

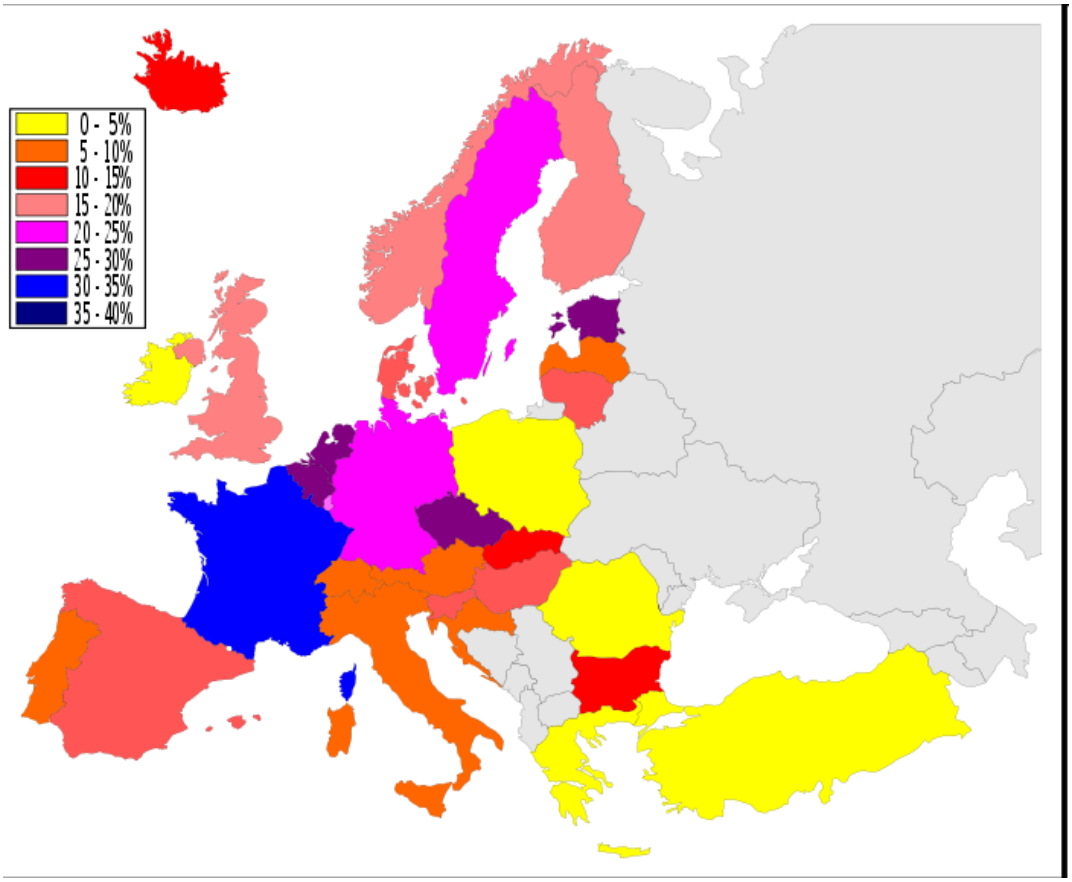
- ***Diminution de l'appartenance religieuse, notamment chez les jeunes***

Même si la religion catholique reste majoritaire en France, on constate une diminution régulière de celle-ci au profit d'autres religions ou d'un changement du sentiment religieux.

L'appartenance religieuse est en diminution, non seulement dans l'Eglise catholique, mais de façon générale. Selon l'enquête européenne sur les valeurs (European Value Survey), 57 % des français déclaraient appartenir à une religion en 1999, alors qu'ils étaient 62 % en 1990. Les informations concernant le taux d'appartenance religieuse des jeunes confirment cette baisse. Ainsi, l' «*International Social Surveys Program* » de 1998 consacré aux religions (ISSP 1998) note que plus de la moitié (58%) des jeunes adultes âgés entre 18 et 29 ans se déclarent "sans religion". De même, selon l'enquête "Les Français et la religion" : si 73 % des français déclarent avoir une religion, ce chiffre s'élève à 84,5 % pour les plus de 75 ans, mais tombe à 60,4 % des chez les jeunes de 18-24 ans [http://www.eurel.info/spip.php?rubrique354].

- ***L'athéisme en France***

Actuellement, plus du quart de la population française (27,6%) dit n'être proche d'aucune religion, selon l'étude IFOP sur l'implantation des religions en France. Selon les résultats de l'Eurobaromètre 2005, on retrouve la France dans la tranche de 30 à 35% d'athéisme.



[Eurobaromètre, 2005].

Ces taux élevés d'athéisme seraient dû à la baisse de l'importance du christianisme dans la société contemporaine, mais on peut également corréler la présence d'une implantation forte des mouvements politiques de gauche, notamment du Parti Communiste, et l'importance de la présence des personnes se disant "sans religion". Ainsi, le côté Ouest du Massif Central (Limousin, Dordogne, Lot), le Centre, la Champagne-Ardennes, l'Oise ou encore les Côtes d'Armor sont actuellement des régions de faible présence religieuse, ainsi que l'Ile-de-France et le Midi, traditionnellement de forte présence communiste.

On constate aussi un lien entre l'urbanisation et le recul de la religion (la Loire, l'Ile-et-Vilaine ou le Rhône en sont des exemples). C'est dans le Val de Marne que le recul du catholicisme est le plus marqué (seulement 47 % de personnes se disant catholiques).

L'Est de la France (Franche-Comté, Alsace et Lorraine) échappe pour le moment à ce recul du christianisme. Cette région est aujourd'hui la partie de la France où les religions sont le plus présentes.

- ***Le contenu des croyances est également en évolution***

Le « European Value Survey » [http://www.europeanvaluesstudy.eu/] a posé, dans ses trois enquêtes de 1981, 1990, 1999, une question explicite sur l'athéisme. Quatorze pourcent des personnes interrogées se disent "athée convaincu" en 1999. Dans cette même enquête, 35 % des français déclarent ne pas croire en Dieu et 42,5 % ne pas appartenir à une religion. L'éloignement de la religion ne signifie donc pas toujours l'abandon des croyances, ainsi, 34 % des français croient par exemple en une vie après la mort.

Cette évolution des croyances est marquée par une prise de distance par rapport aux enseignements chrétiens. Parmi les 52 % de catholiques qui considèrent que Dieu existe, ils sont en effet 79 % à penser qu'il s'agit d' « une force, une énergie, un esprit » , et seulement 18 % à considérer qu'il s'agit d' « un Dieu avec qui je peux être en relation personnelle ».

Cela confirme la distance prise par les catholiques vis-à-vis des croyances fondatrices de leur religion. De même, ils ne sont que 58 % à croire en la résurrection du Christ, et 37 % à croire en la Trinité, et un tiers d'entre eux seulement savent à quoi correspond la fête de la Pentecôte [http://www.eurel.info/spip.php?rubrique356].

I-4- Spiritualité, Religiosité et santé

Plusieurs études mettent en évidence des corrélations entre l'engagement religieux et un meilleur *coping* face aux maladies, un taux de mortalité et de morbidité plus bas, une diminution des troubles émotionnels, un support social renforcé, une plus grande stabilité des couples, moins d'abus de substances et moins de comportement destructeur dans les relations interpersonnelles [Koenig, 2001 ; Lavis GK & Northcott HC, 1987 ; Larson DB, Swyers JP& McCullough ME, 1997 ; Lyon JL et al., 1976 ;

Maselko J & Kubzansky LD, 2006 ; Matthews DA, McCullough ME & Larson DB, 1998 ; McCullough Me et al., 2000 ; Miller WR, 1998 ; Nicholson A, Rose R & Bobak, 2010 ; Phillips RL, 1975 ; Ruff CD & Singer B, 1998 ; Fleming J & Ledogar RJ, 2008 ; Hill PC & Hood RJ, 1999, Hall DE, Meador KG & Koeing HG, 2008 ; Sloan RP, Bagiella E & Powell T, 1999].

Koenig HG (2001) a développé un modèle explicatif :

- Les croyances spirituelles donnent un sens aux évènements de vie qui promeut l'espoir.
- Les institutions religieuses jouent un rôle de contrôle social dans le sens ou elles encouragent certains comportements et en rejettent d'autres.
- Les pratiques spirituelles telles que la méditation, les prières et la louange produisent des émotions positives, réduisent le stress et sont des sources de plaisir.
- La communauté religieuse, soutient en général ses membres, même les plus démunis.

Selon le Fetzer Institute (1999), la religion et la spiritualité peuvent influencer la santé physique et mentale par les dimensions suivantes :

- L'expérience d'être avec Dieu ou le divin au quotidien
- Le sens spirituel donné aux joies et aux peines de la vie
- Les valeurs morales
- Les croyances spirituelles par rapport à la souffrance et à la mort
- Le pardon (la confession de ses fautes, le sentiment d'être pardonné par Dieu et par les autres, se pardonner à soi-même et pardonner les autres)
- Les pratiques religieuses individuelles (la prière, la méditation, les lectures religieuses, en relation avec la foi, l'écoute des émissions sur la religion)
- Les manières spécifiques, spirituelles et religieuses de faire face aux évènements de vie difficiles

- Le soutien de la communauté religieuse
- L'éducation religieuse reçue à l'enfance et les changements vécus au niveau religieux et spirituel
- L'importance de l'engagement religieux et spirituel dans la vie quotidienne
- La participation et l'engagement dans une institution religieuse
- L'affiliation religieuse.

Des relations entre ces différentes dimensions et la santé sont envisageables :

- Au niveau des comportements : la spiritualité et la religion peuvent protéger contre certaines maladies indirectement, en promouvant un style de vie sain.
- Au niveau social : la communauté religieuse offre un soutien social
- Au niveau psychologique : les croyances religieuses et spirituelles contribuent au bien-être psychologique et à l'adaptation aux évènements de vie.
- Au niveau physiologique : certaines pratiques religieuses telles que les prières et la méditation induisent un état de relaxation.

Une méta-analyse de 46 études concernant des individus ayant à faire face à des évènements de vie stressants a montré que la religion a un effet positif dans 34% des cas, un effet négatif dans 4% des cas et n'a pas d'effet dans 62% des cas [Pargament K & Brant C, 1998]. Les stratégies qui aident les personnes sont le fait de trouver un réconfort dans ses croyances, un soutien social dans sa communauté et de donner une interprétation bénéfique à l'évènement. Les stratégies qui aggravent les difficultés de la personne sont le mécontentement envers Dieu ou les forces spirituelles et envers la communauté, une interprétation spirituelle de l'évènement comme une punition du Dieu.

Ainsi, la religion représente une ressource importante pour faire face aux évènements de vie difficile mais elle peut aussi aggraver les difficultés de certaines personnes. Les croyances spirituelles et les pratiques religieuses sont associées à un plus faible taux de suicide, de troubles dépressifs, de troubles anxieux, à une meilleure qualité de vie, un meilleur niveau d'espoir, du sens à la vie et de la satisfaction dans les relations sociales avec un meilleur soutien social [Koenig HG, 2009]. Cependant, la religion peut aussi interférer avec la demande de soins et l'adhérence aux traitements médicaux proposés, par des conflits entre les croyances spirituelles et la prise en charge médicale [Koenig HG, 2003].

I-4-1- Spiritualité, Religiosité et bien-être

L'investissement religieux peut impliquer des comportements et des attitudes qui augmentent la satisfaction et le bien-être général et ceci par plusieurs mécanismes :

- Le statut marital

Plusieurs études ont montré que les personnes religieuses divorcent et se séparent moins que les personnes non religieuses et ont tendance à avoir une stabilité familiale [Strawbrigde WJ et al., 1997].

- La santé

Les personnes religieuses consomment moins d'alcool et de drogues et ont moins de problèmes d'hypertension artérielle, de maladies cardiaques, de cancers et une plus longue longévité. Une meilleure santé physique implique un meilleur bien-être ainsi qu'une meilleure santé mentale [Koenig HG, 2001].

- Le support social

Les personnes religieuses sont moins sédentaires, font plus d'activités bénévoles et sont plus actives dans la vie sociale et communautaire. Plusieurs études ont montré que la participation aux activités religieuses améliore la vie sociale, solidifie le support social et procure une satisfaction et un bien-être surtout chez les personnes âgées [Ellison CG, 1994].

- L'espoir et l'optimisme

  Plusieurs croyances religieuses améliorent l'optimisme et les pensées positives. Plusieurs études ont montré une relation positive entre la religiosité et l'espoir [Koenig HG, 2001].

- Un but et un sens à la vie

  La religion donne un sens et un but à la vie. Les enseignements religieux apprennent que l'existence n'est pas le fruit du hasard mais l'œuvre d'un créateur.

  Ellison C et son équipe (1989) ont conduit un des meilleurs travaux sur la relation entre l'investissement religieux et le bien-être, et ceci dans un échantillon de personnes âgées de plus de 18 ans, randomisées de la population générale des Etats Unis. La religiosité a été mesurée par le type d'affiliation, les activités religieuses (fréquentation des églises, fréquence des prières, relations avec les organisations religieuses…). Les auteurs ont trouvé des relations positives entre la satisfaction de la vie et les pratiques religieuses après le contrôle des variables sociales.

  La grande majorité des études menées sur la relation entre la religion et le bien-être ont montré une corrélation positive entre la religiosité, l'investissement religieux et le bonheur, la satisfaction de la vie et d'autres mesures du bien-être [Phillips RL, 1975 ; Ruff CD & Singer B, 1998 ; Koenig HG, 2001 ; Shmueli A & Tamir D, 2007 ; Curlin FA, 2006].

I-4-2- Effets négatifs de la spiritualité et religiosité sur la santé

Les croyances religieuses peuvent avoir un impact négatif sur la santé, en particulier sur la santé physique, et ceci par différents mécanismes :

- Utilisation de la religion à la place des soins classiques de médecine traditionnelle. En effet, dans certains groupes religieux, on peut décider d'arrêter les médications afin de prouver sa foi. De tels comportements sont basés sur des textes bibliques isolés relatant la nécessité de dépendre entièrement du Dieu et de ne pas dépendre des méthodes humaines pour se soigner. Par conséquent, on voit certains diabétiques arrêter leur insuline, certains asthmatiques arrêter leur bronchodilatateurs etc. et ceci

au nom de la religion et de leur foi, avec souvent des conséquences désastreuses [Thoresen CE & Eagleston JR, 1985].

- Certaines personnes religieuses croient à l'efficacité des cures miracles basées sur la foi et sur des activités religieuses (prières particulières, etc) et se retournent vers ces pratiques en délaissant leurs soins médicaux ce qui peut mettre leur santé en péril, retarder le diagnostic ou le traitement et engendrer des graves problèmes de santé.

- Certaines croyances religieuses peuvent engendrer une forte culpabilité, angoisse, et peur d'un Dieu qui représente la vengeance, la colère etc. Elles peuvent ainsi, avoir un impact psychologique négatif et même augmenter le risque de suicide [Swinton J, 2001].

- Chez les personnes âgées ou les patients en fin de vie, on observe une « détresse religieuse et spirituelle » qui se manifeste par des sentiments négatifs tels que l'impression d'être abandonné ou « puni » (Dieu me met à l'épreuve). Plusieurs études ont montré que les personnes en détresse spirituelle présentent une mortalité plus élevée [Monod S, 2006].

- Refus des transfusions sanguines : c'est une pratique commune aux témoins de Jéhovah qui croient qu'une personne ne peut pas sauver sa vie par le sang d'une autre personne. Ils ne distinguent pas le fait de boire le sang d'une personne au fait de le recevoir directement de ses veines. Dans leur croyance, le Dieu tourne le dos à celui qui accepte de prendre le sang d'une de ses créatures [Koenig HG, 2001].

- Dans certaines croyances, la vaccination des enfants est interdite, ce qui peut avoir des conséquences parfois graves et de nombreux cas de mortalité par la rougeole, rubéole, coqueluche etc.

- Refuser les soins prénataux et les soins de fin de vie

- Autoriser l'abus des enfants (torturer voire tuer les enfants pour des raisons religieuses, abus sexuels des prêtres envers les enfants, empêcher les enfants de recevoir des soins de la médecine traditionnelle pour des raisons religieuses…) [Koenig HG, 2001].

- Remplacer les soins psychiatriques par des soins religieux : Dans les états psychotiques aigus chez des schizophrènes ou dans les manies délirantes, le patient peut croire être Jésus christ, Dieu ou une autre puissance supérieure, ou un être divin. Certains patients souffrant d'hallucinations acoustico-verbales peuvent entendre Dieu ou le démon leur parler. Certains patients souffrant de mélancolie délirante peuvent penser qu'ils ont commis un péché impardonnable et qu'ils sont condamnés à vie. Les patients souffrants de TOC peuvent se mettre à prier, à dépenser beaucoup de temps dans des rituels religieux avec une anxiété et une culpabilité intolérables [Koenig HG, 2001 ; Mohr S et al., 2006, Mohr S et al., 2010].

  On peut penser que certaines croyances religieuses peuvent être la cause des maladies mentales ou le résultat aussi d'une maladie mentale. C'est un sujet qui demeure à débat.

I-4-3- Spiritualité, religiosité et maladies mentales

L'influence de la spiritualité et de la religiosité sur les maladies mentales a été ignorée dans la recherche en psychiatrie. Entre les années 1978 et 1982, uniquement 2,5% des articles scientifiques publiés dans les quatre principaux journaux de psychiatrie (*American Journal of Psychiatry, British Journal of Psyhiatry, Canadian journal of Psychiatry et Archives of General Psychiatry*) incluaient une mesure de la religion (Larson BD et al., 1997). Entre 1991 et 1995, le pourcentage était même plus faible, soit 1,2% pour les mêmes journaux [Flannelly KJ et al., 2010]. Ceci est expliqué essentiellement par le fait que les professionnels de santé mentale tendent à accorder moins d'importance à la religion, sont moins croyants et moins pratiquants que la population générale [Neeleman J & King MB, 1993]. D'une autre part, la formation des soignants ne leur permet pas de prendre en compte la dimension spirituelle dans leur pratique [Lukoff D, Lu F & Turner R, 1992]. En l'absence d'une formation spécifique, les psychothérapeutes abordent cette question en fonction de leurs expériences personnelles et de nombreux soignants ont tendance à considérer la dimension spirituelle sous l'angle exclusif de la pathologie [D'Souza R, 2007 ; Ellis MR, Vinson DC & Ewingman B, 1999 ; Shafranske EP & Malony HN, 1990].

La psychiatrie a été fortement influencée par des auteurs qui ont classé le religieux parmi les phénomènes psychopathologiques. Freud S (1927), par exemple, considérait la religion en termes de névrose. Ellis A (1980), qui a fortement influencé les approches cognitivo-comportementales, déclarait que moins un individu s'investissait dans la religion, plus il est sain d'un point de vue émotionnel. Watters W (1992) pensait que la doctrine chrétienne conduisait à des troubles schizo-affectifs et Mandel AJ (1980) reliait le phénomène religieux à un dysfonctionnement du lobe temporal.

Depuis la fin des années 90, un mouvement d'intégration de la dimension spirituelle en psychiatrie se manifeste et on a commencé à reconnaitre l'existence d'un impact de la spiritualité sur la santé mentale [Koenig HG, 1998]. Dans la révision du DSM-IV [APA, 1995], un code additionnel a été introduit pour ne plus étiqueter comme pathologiques les consultations psychiatriques demandées pour des problèmes relatifs à la religion. Sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, la dimension spirituelle et religieuse est systématiquement évalue dans la mesure de la qualité de vie [WHO, 1998]. La dimension spirituelle et religieuse est donc devenue un facteur significatif dans la recherche [Fetzer Institute, 1999].

La religion peut être soit bénéfique soit néfaste ou n'avoir aucun lien avec la santé mentale. Elle peut être une forme de thérapie, la socialisation religieuse peut conduire à la suppression de certains comportements déviants ; la religion peut servir de protection contre les troubles mentaux comme elle peut être une expression de troubles mentaux et causer des troubles mentaux [Spilka B, Spangler JD & Nelson CB, 1983].

Religion et dépression

Plus de 100 études quantitatives ont examiné la relation entre la religion et la dépression [koenig HG, 2001]. Les deux tiers de ces études ont trouvé des taux plus bas des troubles dépressifs chez les personnes religieuses. Sur les 34 études qui n'ont pas trouvé de relation positive entre la religion et la dépression, uniquement 4 études ont montré que la religiosité est significativement associée à un taux de dépression

plus élevé. Sur 22 études longitudinales, 15 ont trouvé qu'une religiosité élevée en début de l'étude était reliée à des faibles symptômes dépressifs et à une rémission plus rapide de l'état dépressif.

Religion et psychopathologie

L'influence de la religion et de la spiritualité sur la psychopathologie est l'aspect le plus exploré dans les recherches scientifiques.

Les délires et les hallucinations à thèmes mystiques peuvent contenir des thèmes religieux (prières, pêché, possession) ou des figures religieuses (Dieux, Jésus, le diable, le prophète). Ils peuvent contenir des thèmes plutôt supernaturels avec des références mystiques plus générales (magie noire, esprits, démons, fantômes, sorciers etc…) [Gearing RE et al., 2011]. Les études ayant porté sur les délires et les hallucinations à thèmes religieux et mystiques chez les schizophrènes ont montré des taux de prévalence qui varient entre 6 et 63,3 % selon les pays [Grover S, Davluri T & Chakraborti S, 2014]. Les thèmes délirants les plus communs sont la persécution (par des entités spirituelles), l'influence (être contrôlé par une entité spirituelle) et la culpabilité (pêché). Plusieurs études ont montré que les patients présentant des délires mystiques sont hospitalisés plus longtemps, mettent plus de temps à se rétablir, reçoivent plus de médicaments, ont des symptômes envahissants et des symptômes productifs importants avec un faible fonctionnement. Ils sont moins satisfaits par les soins psychiatriques et moins compliants à leur traitement [Siddle R et al.,2002 ; Grover S, Davluri T & Chakraborti S, 2014]. Plusieurs auteurs ont étudié l'influence de la religion sur la sévérité de la psychopathologie. Les résultats sont contradictoires. Certains auteurs trouvent que les croyances et les activités religieuses sont plus importantes chez les personnes qui ont des symptômes psychotiques sévères [Mohr S, et al., 2007]. D'autres auteurs trouvent que l'augmentation des activités religieuses est associée à une atténuation des symptômes [Tepper L et al., 2001].

Huguelet P et ses collaborateurs (2007) ont trouvé que la majorité des patients psychotiques de leur étude rapportent que la spiritualité est importante dans leur vie quotidienne. Uniquement 39 % ont parlé de leur spiritualité à leur psychothérapeute. Beaucoup de ces patients utilisent la religion comme un mécanisme de *coping* et 71 % d'entre eux rapportent que leurs croyances donnent de l'espoir, un sens à leur vie, améliore leur intégration sociale (28 %) et réduit le risque suicidaire (33 %) ainsi que le risque d'abus de substances (14 %). La religion leur permet aussi une meilleure compliance au traitement (16%).

1-4-4- la religion et le suicide

Nous déterminons au cours de notre développement une "vision du monde" qui nous est propre, influencée notamment par le contexte social et religieux dans lequel nous évoluons [Josephson AM & Peteet JR, 2004]. Cette "vision du monde" (*world view* en anglais) comprend notre représentation (parfois faite de certitudes, d'autres fois plutôt de doutes) concernant les raisons de notre présence sur terre, et le sort qui nous sera réservé après notre mort. Considérant ce dernier point, près de 90% des individus d'une société industrielle comme la notre croient en une « suite » par delà la mort [Perkins HS, Cortez JD, Hazuda HP, 2012]. Les déterminants de cette « vision du monde » sont parfois forgés de manière individuelle. Sans doute, depuis des millénaires, les religions nous ont fourni un matériel pré-formaté à même de nous "guider" dans nos croyances sur le sujet.

Le suicide est un acte menant en cas de "réussite" à la mort. On peut assez légitimement penser que ce que nous suggère notre "vision du monde" quant aux résultats de cet acte, va forcément avoir une grande influence sur notre détermination à l'accomplir. Il est en effet difficile de douter qu'une démarche menant à la mort va être envisagée de manière différente selon qu'on croie qu'il n'y a tout simplement rien après ou qu'on croie que mourir va nous conduire vers un au-delà idyllique ou alors vers l'enfer.

La religion contribue à la "vision du monde" de beaucoup d'individus, vision qui met en image le but du voyage qu'impose notre disparition.

Dans une perspective plus générale, la plupart des philosophes font l'hypothèse d'une religion inventée par les hommes dans le but de fournir des réponses aux questions existentielles que chacun se pose, avatar de la capacité de l'Homme à se méta-représenter sa situation et l'évolution de cette dernière après la vie. Ainsi Onfray M (2005) décrit bien cette fonctionnalité de la religion, qui pourrait sembler louable si elle ne finissait pas par "névroser le monde" selon sa démonstration. Comte-Sponville A (2006) rappelle que les chrétiens croient en général à une vie après la mort (comme dans beaucoup d'autres religions d'ailleurs). Il tente toutefois de montrer que la religion est moins efficace pour rassurer les croyants face à leur propre mort, que pour les aider à affronter celles de leurs proches. Le spécialiste de l'évolution Dawkins (2006) a tenté de décrire l'intérêt de la religion dans une logique darwinienne. Dans cette perspective, les préceptes religieux pourraient être un produit dérivé d'une fonction d'obéissance spontanée (utile pour la sécurité des enfants qui ne comprennent pas toujours le bien fondé des limites qui leurs sont fixées), déplacée sur une source subjective. En ce qui concerne la question de l'après-vie, il décrit le concept d'"irrationnalité constructive" (les êtres humains ont tendance à voir ce qu'ils veulent voir et ont du mal à reconnaitre les choses à connotation négative). Ainsi la religion serait un produit dérivé de cette particularité cognitive, par ailleurs utile d'un point de vue évolutionniste.

Au total donc, le contexte religieux d'un individu va très probablement jouer un rôle fondamental dans son choix d'un acte suicidaire. Dans ce chapitre, nous détaillerons d'abord les processus par lesquels la religion est susceptible d'influencer le risque suicidaire. Puis nous résumerons la recherche sur le sujet. Enfin nous détaillerons quelques situations cliniques particulières.

Influence de la religion sur le suicide

Dans la plupart des religions du monde, le suicide est prohibé, essentiellement dans les trois religions monothéistes (Judaïsme, Christianisme et Islam). La condamnation du suicide a évolué avec le temps et même au sein des religions.

Au début du christianisme, le martyre était le symbole de l'amour et de la fidélité au Dieu. C'est uniquement au 4ème siècle, avec Saint Augustin, que l'église catholique a commencé à désapprouver le suicide.

En 1943, le Pape a condamné le suicide et l'a considéré comme « un grave pêché ». [Pescosolido BA & Georgianno S, 1989]. Dans le judaïsme, le suicide est perçu comme un crime plus grave que l'homicide [Kaplan K & Ross L, 1995].

L'islam a une attitude réprobatrice envers le meurtre, aussi bien le suicide que l'homicide. Le suicide est un crime selon l'islam et implique que la personne suicidée sera empêchée d'accéder au Paradis. C'est également un acte honteux pour les familles et dans certains pays musulmans, les tentatives de suicide entraînent des poursuites judiciaires [Khan M & Reza H, 2000].

Dans le bouddhisme et l'hindouisme le suicide est institutionnalisé [Wholley MA et al., 1964]. Ces croyances pensent à la transmigration de l'âme après la mort. La philosophie des Karmas et de réincarnation signifie que la mort n'est pas la fin mais le début d'autres vies. Ceci facilite l'acceptation du suicide qui ne serait pas la fin, mais le début d'une autre vie [Bolz W, 2002].

Malgré cette quasi unanime condamnation du suicide par les différentes traditions religieuses, il n'est pas exclu que dans certaines situations la religion puisse inciter au suicide. Cette tendance, difficile à mettre en évidence par l'épidémiologie, ressort toutefois de travaux qualitatifs [Huguelet et al., 2007]. Par exemple, en cas de problèmes existentiels majeurs, certains sujets peuvent être tentés d'en finir avec la vie pour accéder au monde parfait proposé par leur tradition religieuse. D'autres peuvent voir leur culpabilité augmentée – donc leur mal-être- eu égard à des comportements incompatibles avec les valeurs de leur église. D'autres, enfin, confrontés à des traumatismes majeurs, peuvent se sentir déçus de Dieu.

Le cas particulier des « attentats suicides » parfois réalisés au nom de la religion n'est pas abordé dans ce chapitre dès lors que un tel comportement n'est, en général, pas considéré comme assimilable à la définition usuelle du suicide.

Nous détaillons ci-après les différentes manières par lesquelles les croyances et les pratiques religieuses sont susceptibles d'influencer le risque de suicide.

Influences psychologiques *:* La plupart des suicidants souffrent de trouble psychiatrique. Le manque d'espoir est un symptôme largement associé au risque suicidaire. Le suicide est en outre souvent précipité par des événements de vie défavorables, comme par exemple le divorce ou des problèmes professionnels ou financiers. La religion a démontré son rôle préventif par rapport au divorce. Aussi, les patients religieux voient leur trouble dépressif ou leur problème addictif manifester une évolution plus favorable [Borras L et al., 2010]. Cette influence passe généralement par un coping psychologique inspiré par la religion [Pargament K & Brant C, 1998], c'est-à-dire que le sujet va utiliser la religion pour faire face à ses épreuves.

Rôle social *:* L'isolement social et le manque de support sont des facteurs de risque bien établis du suicide. La plupart des études mettent en évidence que les personnes engagées sur le plan religieux bénéficient de plus de support par des pairs.

Influence sur les comportements *:* La plupart des grandes religions condamnent les abus de drogues ou d'alcool. Or ces problèmes addictifs sont généralement associés à un risque suicidaire augmenté. Il a été clairement établi qu'il existe un lien inverse entre la religiosité et la prise de drogues ou d'alcool.

Influence de la santé physique *:* Les sujets souffrants de maladie médicale chronique ou de handicap physique sont plus à risque de suicide. Les personnes impliquées sur le plan religieux sont, comme mentionné plus haut, moins susceptibles de boire de l'alcool, de consommer des drogues ou de fumer. Ils sont en outre plus souvent adeptes d'un mode de vie sain. C'est pourquoi il est possible qu'à long terme l'engagement religieux puisse indirectement prévenir le risque suicidaire par le biais de son effet sur la santé physique.

Recherche sur le lien entre religion et suicide

Les différents mécanismes par lesquels la religion est susceptible d'influencer le risque suicidaire trouvent dans une certaine mesure confirmation dans la littérature succinctement décrite ci-après :

L'association entre religion et suicide est revue dans Koenig et al. (2012). En ce qui concerne d'abord l'influence de la dénomination religieuse sur le risque suicidaire, celle-ci n'apparait pas déterminante au terme d'une revue de près de quarante cinq articles. Il existe à ce jour environ cent cinquante études qui ont tenté de mettre en évidence une relation entre religiosité et taux de suicide, dont 54% étaient de bonne qualité selon les auteurs. Les trois quart de celles-ci montrent une association entre le fait d'être plus religieux et une attitude moins positive par rapport au suicide, moins de tentatives de suicide ou de suicides aboutis. Les auteurs tentent d'expliquer le fait que d'autres études n'ont pas montré d'association ou alors une association positive entre religion et suicidalité par des insuffisances méthodologiques ou par un risque réellement augmenté dans certaines populations, notamment par les mécanismes décrits plus haut (perspective d'une vie meilleure, culpabilité basée sur des préceptes religieux, colère contre Dieu en cas de perte sévère ou autre traumatisme).

Situations particulières

Suicide religiosité et troubles de l'humeur

Le suicide est une complication bien connue des troubles dépressifs. Les reconstitutions rétrospectives montrent que près de 90% des sujets décédés par suicide souffraient de troubles mentaux (dont des épisodes dépressifs) au moment du passage à l'acte [Cavanagh JT et al., 2003]. Ainsi, en plus des facteurs généraux décrits plus haut, concernant le lien entre religion et passage à l'acte suicidaire, il est raisonnable de penser que la religiosité peut influencer le risque suicidaire des sujets déprimés via l'impact qu'elle peut avoir sur le trouble dépressif lui-même. Dans une méta-analyse portant sur près de cent mille sujets, Smith TB et al (2003) montrent une corrélation entre la religiosité et les symptômes dépressifs, dans le sens que plus de religiosité est associé à moins de symptômes. Ces résultats ne sont pas modérés par

le genre, l'âge ou l'ethnicité, mais par le fait d'avoir ou pas subi des stress récents. Cette association a une taille d'effet de R= -0.10, qui peut être qualifiée de légère. La littérature sur la relation entre dépression et religion confirme donc que la religiosité n'aide pas forcément en cas de dépression. Les facteurs qui permettent de comprendre le rôle – positif ou négatif – de la religion par rapport à l'évolution de la dépression et par-là même le risque suicidaire sont les suivants :

1 Facteurs sociétaux : la religion est plus susceptible d'aider les sujets vivant dans des sociétés plus religieuses, alors que dans les cultures où la religion est moins acceptée, le recours à la religion peut s'accompagner d'un certain rejet des pairs.

2 Facteurs religieux : la doctrine religieuse du sujet va lui proposer des ressources aux conséquences positives ou négatives selon leurs contenus (p.ex. culpabilisation).

3 Types de facteurs de stress : Les facteurs de stress « moraux » (abus de substances, problèmes maritaux, grossesse non désirée….) en lien avec un trouble dépressif sont a priori moins susceptibles de générer de l'aide de la communauté religieuse. Par contre, les sujets déprimés suite à des difficultés sans connotation morale (maladie somatique, perte sociale, problèmes économiques…..) sont plus susceptible de recevoir un appui religieux.

4 Style cognitif : chaque individu se sert - ou pas de la religion à sa manière ; ceci en fonction de ses traits de personnalité.

Maladies somatiques chroniques, maladies terminales

Les maladies somatiques chroniques entrainent des douleurs, une perte de vigueur et parfois un handicap et des changements de rôles familiaux et socioprofessionnels. Elles remettent en cause des buts de l'existence et suscitent une inquiétude face à l' « après ». On observe donc fréquemment en ces circonstances une perte du sens de la vie. De fait, près de la moitié des patients souffrant de maladies chroniques sévères présentent un état dépressif. Ils ne sont que rarement adressés au psychiatre [Koenig HG et al., 2007]. Lors de maladies graves, la religion peut jouer un rôle positif (baisse du risque suicidaire) ou négatif (renforcement de la culpabilité, fatalisme inapproprié). Dans une étude portant sur huit cent trente cinq américains d'un âge moyen de 73 ans [Cook JM et al., 2002], les idées de suicide passives (désir de mourir

sans plan actif) étaient corrélées à la gravité de la dépression des sujets, de même qu'à leur coping religieux bas (c'est-à-dire à une utilisation absente ou restreinte de la religion pour faire face aux difficultés). Les idées suicidaires actives étaient quant à elles associées à une basse satisfaction face à la vie et à nouveau à un coping religieux bas.

Cette association inverse entre religiosité et idéation suicidaire est également trouvée chez les patients souffrant d'un cancer en phase terminale. Une étude publiée dans le Lancet [McClain CS et al., 2003] a montré que le « bien-être spirituel » avait une vertu protectrice contre le désespoir lié à la fin de vie, tout en étant accompagné de moins d'idées suicidaires. De toutes les variables étudiées, le « bien-être spirituel » était le facteur prédicteur le plus puissant, plus encore que la sévérité de la dépression.

Suicide et trouble psychotique

Contrairement aux idées reçues, les patients souffrants de psychose chronique sont largement susceptibles d'utiliser la religion de manière positive par rapport à la gestion de leurs symptômes, pour trouver un sens à leur vie et dans une moindre mesure pour contribuer à leur socialisation [Mohr S et al., 2006]. Même si certains patients présentent des délires à thèmes mystiques, il n'y a pas d'argument pour penser que la religion joue un rôle majoritairement défavorable, y compris dans les situations où un délire mystique peut s'accompagner d'une utilisation par ailleurs positive de la religion [Mohr S et al., 2010]. A signaler enfin le cas particulier des hallucinations suggérant ou imposants une conduite suicidaire. Celles-ci ne représenteraient qu'une portion très limitée des facteurs précipitant les conduites suicidaires [Huguelet P et al., 2007].

L'étude du coping religieux chez des patients souffrant de psychose chronique et chez des patients hospitalisés non psychotiques montre que la religion joue un rôle protecteur dans 25 % des cas, alors que chez 11 % des patients, elle est susceptible d'augmenter ce risque [Huguelet P et al., 2007]. L'analyse qualitative des entretiens des patients révèle que la religion est utilisée pour faire face au désespoir, qu'elle peut

redonner un sens à la vie et que certains patients sont sensibles à la condamnation du suicide par leur religion.

De manière peu surprenante, le rôle incitatif de la religion est en lien avec le souhait de vivre près de Dieu ou l'espoir d'une meilleure vie après la mort. Certains patients disent avoir voulu mourir du fait de leur colère contre Dieu ou après avoir perdu la foi. Enfin, certains patients disent avoir tenté de se suicider suite à une rupture sociale d'avec leur communauté religieuse. Même si les comportements suicidaires en lien avec un contexte hallucinatoire semblent en général très minoritaires, l'étude relève qu'une petite minorité de patients avait voulu se donner la mort dans le contexte d'un délire à thème mystique.

Religion et conduites suicidaires chez les détenus

Le suicide est une préoccupation omniprésente en milieu carcéral. Le taux de suicide est jusqu'à 14 fois plus élevé chez les personnes détenues par rapport à la population générale [Shaw J et al., 2004]. Le risque de suicide en prison est associé au fait de souffrir de pathologies psychiatriques, au désespoir, aux addictions et à l'environnement carcéral en soi (promiscuité, hétéroagressivité, manque d'activités, hygiène de vie défectueuse…) [Anasseril ED, 2006]. Plusieurs auteurs ont montré que la religiosité pouvait influencer favorablement le risque suicidaire en donnant une motivation pour supporter la peine et l'isolement, ainsi qu'en aidant les détenus à améliorer leur image de soi. Dans cette perspective, des programmes religieux ont été mis en place dans plusieurs établissements pénitentiaires, afin d'atténuer l'effet des privations physiques et psychologiques dues à l'emprisonnement et d'offrir aux détenus un espace de parole [Kerley KR & Copes H, 2009 ; Dammer HR,2002].

Les détenus qui participent à des activités religieuses ont un taux de dépression significativement plus bas que celui des détenus qui ne participent pas. Ils ont également un taux plus faible de violence physique, d'agressivité, de coups et blessures et d'infractions institutionnelles [Levitt L & Loper AB, 2009 ; Allen RS et al.,2008].

Je présente dans le chapitre III-3 l'étude que j'ai menée auprès d'un groupe de détenus dans la maison d'arrêt des Yvelines (Ouest parisien), pour évaluer le rôle de la spiritualité pour faire face aux difficultés carcérales, au risque suicidaire et à la récidive carcérale.

Conclusion

A la lumière de ce qui précède, l'investigation du contexte religieux et spirituel nous semble indispensable dans l'évaluation psychiatrique du risque suicidaire. Ceci parce que 1) la religion peut offrir un cadre protecteur par rapport à ce risque, 2) parfois la religiosité d'un patient peut contribuer au risque d'un éventuel passage à l'acte, et 3) la manière dont le patient se représente ce qui va se passer « après » doit forcément entrer en ligne de compte dans sa décision de mettre fin à ses jours. Au travers de quelques situations représentatives d'une population psychiatrique consultante, nous avons tenté de souligner à quel point la manière dont chaque patient intègre sa religiosité dans son vécu et son éventuel choix suicidaire lui est spécifique.

I-4-4- Spiritualité, religiosité et addictions

a)- Addictions dans les religions

Dans le judéo-christianisme : il n'ya pas de condamnation de l'alcool. Au contraire, le vin est considéré comme faisant partie de la vie ordinaire et même recommandé dans certaines cérémonies. « *The central sacremental observances* » aussi bien dans le judaïsme que dans le christianisme incluent la consommation de vin. Les enseignements judéo-chrétiens approuvent la consommation modérée de l'alcool. Toutefois, il existe des textes bibliques qui interdissent la consommation d'alcool vu qu'il engendre du mal, des dégâts, du handicap [Miller WR, 1999]. Ça serait l'utilisation excessive et l'abus qui sont dénoncés par les enseignements religieux, comme pêchés. L'utilisation des substances psychoactives, l'ivresse et l'utilisation de l'alcool de manière à causer des dégâts ou des handicaps est considérée comme un pêché vu le risque pour soi et pour autrui.

La consommation d'alcool et de certaines drogues est strictement prohibée, et considéré comme injonction religieuse pour les religions suivantes : islam,

pentecôtistes, mormons, les adventistes du 7ème jour et certains bouddhistes [Marsiglia FF et al., 2005]. Dans certaines religions, la consommation de substances hallucinogènes permet la transcendance et le contact avec la force divine (religions hawaiiennes et polynésiennes) [Miller WR, 1996].

b)- Religion, religiosité et abus de substances chez les adolescents :

La majorité des addictions commencent à l'adolescence. Les 2 drogues les plus fréquemment consommées sont l'alcool et le cannabis.

En raison de la forte prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les adolescents et des conséquences que ceci engendre, les chercheurs ont étudié les facteurs qui pourraient prévenir et protéger les jeunes d'être tentés par ces substances. Parmi les facteurs, la religion a été largement étudiée vu qu'elle est source d'un contrôle social [Koenig HG, 2001, Albercht SA et al., 2002]

Adlaf EM & Smart RG (1985) ont examiné la relation entre la consommation de drogues et l'affiliation religieuse (protestant, catholique, aucune), la religiosité (forte, moyenne, faible) et la fréquence des fréquentations des églises. Ils ont trouvé que les étudiants catholiques étaient les moins consommateurs de drogues par rapport aux protestants ou à ceux sans affiliation religieuse et ceci pour le cannabis, les médicaments, les drogues hallucinogènes. Ils ont trouvé que la religiosité et la fréquentation des églises sont fortement liées à la consommation de drogues. Ceux qui se considèrent très religieux étaient les moins consommateurs d'alcool et d'autres drogues : 61% *versus* 80% pour l'alcool, 8% *versus* 39% pour le cannabis, 6% *versus* 31% pour les prescriptions médicamenteuses (non les drogues), 10% *versus* 20% pour les médicaments et 2% *versus* 22% pour les drogues hallucinogènes.

Amoeteng AY & Bahr SJ (1986) ont fourni une nouvelle évidence pour l'hypothèse de la relation entre drogues et religions. Ils ont analysé 17000 étudiants universitaires. Ils ont étudié différentes variables : alcool, drogues, éducation des parents, travail de la mère, nombre de personnes vivant sous le même toit, religiosité, affiliation religieuse, sexe et race. Ils ont trouvé que l'affiliation religieuse est reliée à la consommation de

drogues : les mormons étaient le groupe le moins consommateur de drogues. Les baptistes et les fondamentalistes avaient aussi un taux faible. Ceux qui n'ont aucune affiliation religieuse étaient les plus consommateurs de cannabis.

L'investissement religieux est relié à la consommation de toutes les drogues : tabac, alcool, cannabis, LSD, cocaïne, amphétamines, BZD, héroïne etc [Miller L et al., 2000, Koenig HG, 2012]

Les recherches sur les adolescents et les jeunes adultes montrent une relation évidente et inverse entre les différentes mesures de la religion (attitudes, croyances, affiliation et comportements) et la consommation d'alcool et de drogues [Azaiza F, Bar-Hamburger R & Abu-Asbeh K, 2010, Baron-Epel O et al., 2004].

Les jeunes qui fréquentent les services religieux, ceux qui reportent que la religion est importante pour eux, dans leur vie, consomment moins de drogues que ceux qui sont moins religieux. Les associations des pairs pourraient être un des mécanismes par lesquels la religion exerce un effet sur la consommation de drogues [Koenig HG, 2012, Azaiza F, Bar-Hamburger R & Abu-Asbeh K, 2010, Baron-Epel O et al., 2004].

c)- <u>Religiosité et abus de substances chez les adultes</u>

Comme les études chez les adolescents et les jeunes adultes, les études chez les adultes et les personnes âgées ont trouvé une relation inverse entre l'investissement religieux et l'abus de substances [Koenig HG, 2001, Borras L et al., 2008 ; Galanter M, Larson d & rubenstone E, 1991 ; Galanter M, 2006 ; Galety I, 2003 ; Gillum F, Obisesan TO & Jarret NC, 2009].

Khavari KA & Harman TM (1982), ont mené une étude sur 4853 personnes et ont trouvé une forte relation entre le degré de religiosité et la consommation aussi bien d'alcool que de psychotropes. La différence la plus importante était entre les groupes « très religieux » et « non religieux du tout ». La consommation de tabac, cannabis, amphétamines et d'alcool était significativement plus élevée chez les groupes non religieux.

Koenig HG et al. (1998), ont examiné l'association entre la religiosité et l'abus et la dépendance à l'alcool chez 2969 personnes âgées de 18 à 97 ans au Nord de Carolina. Ils ont étudié la religion par les variables suivantes :

1. fréquence de lecture de la bible
2. fréquence des prières
3. fréquence de la fréquentation des églises
4. temps passé à regarder et à écouter les programmes religieux : télé, et radio
5. importance de la religion
6. dénomination religieuse

Le problème d'alcool était significativement moins fréquent chez ceux qui fréquentent les églises une fois par semaine, et chez ceux qui lisent la bible et font des prières privées régulièrement.

d)- Relation entre la religiosité et l'abus de substances

Les mécanismes qui expliqueraient le lien entre la religiosité et l'abus de substances consistent à certains effets directs de la religiosité et à d'autres effets qui joueraient un rôle indirect [Gillum RF, 2005 ; Gillum RF & Paul Sullins D, 2008 ; Nonnemaker J et al., 2006 ; Hasanovic M & Pajevic ,2010, Gonzales D et al., 2007]

- **Les effets directs de la religiosité sur l'abus de substances**
    - La prohibition de la consommation de substances chez certains groupes religieux tels que les adventistes et les « Mormons ».
    - La religion fournit un « Code Moral » et implique un comportement moral approprié. Elle est associée à un comportement et à des attitudes morales spécifiques et les religieux croient à l'immoralité de la consommation des drogues en général.
    - Les activités de promotion da la santé sponsorisés par les églises, avec des messages anti-tabac et la pression des communautés religieuses renforcent les bons comportements et évitent l'usage des drogues. Généralement, les habitudes qui nuisent à la santé comme le tabagisme et les drogues sont

dissuadés dans les enseignements religieux. A force d'entendre les messages décourageants, les consommateurs pourraient arrêter la consommation des drogues.

- La croyance à une puissance supérieure donnerait une force et un support pour résister aux tentations et pour maintenir l'abstinence des substances addictives. Elle semble être associée à un moindre « craving » pour le tabac et les autres drogues.
- En raison de l'association fréquente du tabac avec l'abus d'alcool et le jeu, plusieurs cultes protestants dissuadent fortement la consommation de tabac depuis les années 1940 essentiellement chez les femmes et les jeunes. Après la 2ème guerre mondiale, le tabagisme est devenu socialement accepté. Toutefois, les effets délétères du tabac sur la santé, décrits dans le « Surgeon General's Report : The 1964 Report on Smoking and Health », ont incité les leaders et les membres des institutions religieuses à lutter contre le tabagisme.

- **Les effets indirects de la religiosité sur l'abus de substances**

  - Les pratiques religieuses réduiraient l'impact émotionnel des évènements de vie stressants et préviendraient la dépression. Ceci réduirait le besoin de consommer les drogues dans le but de gérer son stress.
  - La religion aide à donner un sens à sa souffrance et aux évènements de vie stressants et permet de faire face aux échecs, séparations, chagrins, problèmes de santé etc.
  - La religiosité renforce la résistance, c'est-à-dire la capacité de se remettre et de se rétablir plus facilement des évènements de vie stressants, mais aussi de pouvoir arrêter les addictions plus facilement.
  - La religion promeut un style de vie sain.
  - Le lien entre la force supérieure augmente le sentiment d'efficacité personnelle.

- Les communautés religieuses offrent un support social permettant d'adopter des comportements sains tel que l'évitement du tabagisme et des drogues.

- La religiosité offre des opportunités d'avoir des activités sociales, qui, elles-mêmes promeuvent les actions antidrogues.

- Développement de groupes de pairs spécifiques qui vont éviter la fréquentation des groupes déviant de leurs normes.

- Les communautés religieuses sont caractérisées par une sorte de « groupes sociaux fermés » : les parents connaissent les groupes de pairs de leurs enfants, leurs fréquentations et les parents se connaissent entre eux…

- La participation à des pratiques religieuses est une opportunité pour établir des relations sociales avec d'autres personnes qui partagent les mêmes croyances et les mêmes valeurs.

e)- Spiritualité et traitement des addictions

L'incorporation des thèmes spirituels dans le traitement augmente significativement l'efficacité de la prise en charge.

- **Les programmes de 12 étapes**

  Ce programme, très développé aux Etats-Unis, et dans une moindre mesure dans le reste du monde, est considéré comme efficace dans le traitement des addictions notamment l'alcool. Ce programme est fondé sur un travail spirituel (Cf Partie III).

- **La méditation**

  La pleine conscience est un concept dérivé du bouddhisme et est actuellement considéré un des traitements des addictions [Skanavi S, Laqueille X & Aubin HJ, 2011]. C'est un état mental et spirituel caractérisé par la pleine conscience du moment présent, concept dérivé du bouddhisme qui est au cœur de plusieurs techniques de méditation. Des interventions basées sur la méditation ont été reportées par certaines

études et ont montré l'effet positif du programme de « méditation transcendante » [Alexander MJ et al., 1994 ; Leigh J, Bowen S & Marlatt GA,2005].

I-4-5- Attitude des professionnels de la santé envers la spiritualité et la religiosité

Nous rappelons que la charte du patient hospitalisé garantit en France la liberté de religion du patient. La prise en compte de la dimension spirituelle dans la prise en charge des patients est recommandée dans les soins palliatifs. En effet, la Haute Autorité de Santé recommande le respect des convictions des patients en soins palliatifs, mais aussi la prise en compte des problèmes spirituels [HAS, 2002] : « *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 »

La conférence de consensus de 2004 autour de la thématique de « L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches » a souligné l'importance de la prise en compte des besoins spirituels des personnes [HAS, 2004]: « « *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.* »

Lukoff D et al. (1992) ont trouvé que 90% à 95% de la population générale aux Etats Unis sont croyants alors que, uniquement 30% à 40% des professionnels de santé le sont. Une telle divergence entre les patients et les soignants pourrait-elle affecter

l'alliance thérapeutique ? Est-ce que la dominance de l'athéisme dans les institutions psychiatriques peut avoir une influence sur les pratiques cliniques ?

Les points de vue des professionnels de santé seraient basés sur leurs croyances, opinions et sur leur expérience clinique. Il est évident que les croyances propres des professionnelles influencent leurs pratiques.

Il a été montré un taux plus élevé des non croyants chez les psychiatres et les psychologues [Shafranske EP & Malony HN 1990 ; Neelmen J & King MB, 1998]. Les affiliations religieuses des psychiatres et des psychologues peuvent être différentes de celles de la population générale dans une même culture. En effet, Mark & Spray (1969) ont mené une étude auprès de 1371 psychiatres, 1465 psychologues cliniciens et 1154 travailleurs sociaux en psychiatrie à Chicago, Los Angelos et New à Chicago, Los Angelos et New York. Ils ont trouvé 21.3% de protestants, 9.5% de catholiques, 33.6% de juifs, 10.6% d'agnostiques et 10.4% d'athées (Dans la population générale, il y a 60% de protestants, 25% de Catholiques, 3% de juifs et moins de 10% de personnes agnostiques, athées ou sans affiliation religieuse). Il y a donc plus de juifs et de non croyants parmi les professionnels de la santé mentale.

Neelman J and king MB (1993) ont trouvé que 73% des 231 psychiatres interrogés à Londres n'ont pas d'affiliation religieuse, contre 38% de leurs patients. Les croyances étaient plus élevées chez les femmes psychiatres que chez les hommes psychiatres (39% contre 19%). Par ailleurs, 92% de ces psychiatres pensent que la religion et la maladie mentale sont reliées et qu'il faudra tenir compte de l'aspect religieux dans la prise en charge des patients. Parmi ces psychiatres, 42% pensent que la religiosité peut engendrer des maladies mentales et 58% disent qu'ils n'ont jamais pensé avoir recours à un religieux.

Même s'ils pensent que la spiritualité est importante pour la prise en charge des problèmes de santé, les professionnels ne sont pas toujours prêts à engager une discussion sur la spiritualité avec leurs patients [Ellis MR et al., 1999].

Les facteurs impliqués dans l'absence de la prise en compte de la dimension spirituelle dans la prise en charge des patients sont [Shafranske EP & Malony HN, 1990 ; Swinton J, 2001].

Les psychiatres ont rarement une affiliation religieuse et ont moins d'activités religieuses que la population générale. Certains professionnels de la santé mentale trouvent la religion irrationnelle, différente de la logique de la pensée rationnelle. Ils peuvent aussi la considérer comme un paradigme rivalisant pour comprendre le comportement humain et même comme un danger pour le métier de médecin. Certains professionnels peuvent penser que la religion peut être utilisée comme un véritable moyen thérapeutique et empêcher les patients de se soigner correctement par les moyens médicaux. Ils peuvent considérer leurs collègues qui tiennent compte de la dimension spirituelle de leurs patients comme marginaux.

- Manque de connaissance sur les différentes religions
- Tendance à considérer les comportements de patients qui se réfèrent à une dimension spirituelle comme pathologique, surtout en milieu psychiatrique.
- Manque de temps
- Peur d'être incompétent ou de ne pas être crédible, en parlant d'un domaine différent de son domaine professionnel
- Peur d'être intrusif dans la vie privée du patient
- Peur d'aborder le sujet au cours du traitement, considérant que les patients seraient vulnérables à ce moment là.

Baetz M et *al. (2002)* ont mené une étude auprès de psychiatres qui étaient tous membres de « Christian Medical and Dental Society ». Ils ont trouvé que 80% des psychiatres déclarent qu'ils s'intéressent souvent ou toujours aux croyances religieuses de leurs patients. Les deux tiers d'entre eux disent se sentir capables d'intégrer la spiritualité dans leurs pratiques clinique.

Dans une autre étude [King DE, et al., 1992] ont montré que les praticiens qui ont des fortes croyances religieuses déclarent pouvoir discuter des thèmes religieux avec leurs patients. Toutefois, uniquement le un tiers de ces praticiens dit poser des questions sur la foi de leurs patients.

Un mouvement qui s'appelle « The Christian Psychiatry Mouvement » a fait apparition aux USA et s'est développé par 2 psychiatres à l'université de Duke et celle de Georgie dans les années 1970-1980. Ces fondateurs ont organisé un programme de formation des psychiatres qui s'intéressent à la pratique de « la psychiatrie chrétienne », une forme de psychiatrie qui intègre les croyances chrétiennes dans les pratiques de la psychothérapie et dans le traitement des maladies mentales [Koenig HG, 2001].

En 1992, uniquement 4 facultés de médecine sur 125 aux Etats unis enseignaient des cours sur la religion et médecine. En 1999, plus de 60 facultés enseignent ce type de cours. Cet enseignement apprend aux jeunes médecins des données sur les croyances et sur les pratiques religieuses des patients et comment celles-ci seraient reliées à la santé et à la maladie [Koenig HG, 2001].

Les compétences attendues des médecins face au besoin spirituel du patient [Larimone WL, Parker M & Growther M, 2002, Lawrence RT & Schmit DW, 2004 ; Moreira-Almeida A, Neto FL & Koenig HG, 2006 ; Post SG, Puchalski CM & Larson D, 2000 ; Russell D'S, 2007, Mohr S el al., 2006] :

- Intégrer les concepts couvrant le domaine du spirituel
- Etre attentif, ouvert à une éventuelle demande ou questionnement du patient
- Reconnaitre la dignité, la valeur du patient
- Agir en respectant l'intimité du patient et en étant accueillant à ce besoin
- Eviter tout prosélytisme

- Permettre une prise en charge par des spécialistes : aumôniers, prêtres, pasteurs ou responsable de communautés religieuses auxquelles appartient le patient.

- Travailler en interdisciplinarité.

DEUXIEME PARTIE : MESURE DE LA SPIRITUALITE ET DE LA RELIGION

II-1- les instruments de mesure de la spiritualité/religiosité dans la littérature

Il existe plus de 100 instruments de mesure de la spiritualité et de la religiosité utilisés dans la littérature en médecine, en sociologie, en psychologie etc. La quasi-totalité de ces questionnaires ont été développés en Amérique du Nord, où le contexte culturel religieux diffère sensiblement du contexte européen. D'une autre part, aucun questionnaire ne peut être adapté à tout type de croyances spirituelles et de pratiques religieuses [Fetzer Institute, 1999].

Monod S et al. (2011) a mené une étude dans laquelle elle a étudié les différents instruments utilisés dans la recherche clinique pour mesurer la spiritualité et a essayé de proposer une classification de ces instruments et d'identifier ceux qui fournissent des informations sur la nécessité d'une intervention de nature spirituelle auprès des patients. Les auteurs ont sélectionné 35 instruments, en se basant sur une revue de la littérature à partir de MEDLINE, CINHAL, PsycINfo, ATLA et EMBASE, avec les mots clefs « Spirituality » et « Adults ». La recherche a été limitée aux articles portant sur des études cliniques et utilisant des échelles de mesure de la spiritualité. Ils ont trouvé que les instruments les plus utilisés sont le « FACIT-Sp » (*Fonctional Assessment of Chronic Illness Therapy Spiritual Well Being*) et le « *Spiritual Well-Being scale* ». Parmi les 35 instruments, 22 mesurent la spiritualité en général, 4 mesurent la spiritualité et le bien-être, 4 mesurent le *coping* spirituel et 4 mesurent les besoins spirituels. Trois instruments semblaient intéressants pour mesurer le besoin d'une intervention spirituelle.

II-2- Le questionnaire WHOQOL-SRPB

Le WHOQOL est un instrument de mesure de la qualité de vie, couvrant 25 facettes de la qualité de vie qui sont organisées en 6 domaines : physique, psychologique, indépendance, social, environnemental et spirituel [WHOQOL Group, 1993].

Dans les années 90, la division de la santé mentale de l'OMS (The Division of Mental Health at the World Health Organization) a initié le projet d'élaborer la spiritualité

avec le WHOQOL dans le but de mettre en place un concept compréhensible qui pourrait être utilisé dans diverses cultures, groupes spirituels et religieux.

Le domaine de la spiritualité a été inclus dans le WHOQOL suite aux recommandations des focus groupes dans les 18 pays différents. Ensuite, une étude pilote [WHOQOL SRPB Group, 2006] a ensuite confirmé que le concept de la spiritualité, religion et croyances personnelles est fortement relié à la qualité de vie. Il a été démontré, aussi bien par les patients que par les professionnels de santé que ce concept est un aspect de la qualité de vie. Il a été affirmé que les personnes agnostiques et athées ont recours à la spiritualité comme un mécanisme de *coping*.

WHOQOL-SRPB est l'instrument qui a été validé à la plus large échelle et chez des populations les plus diverses par rapport aux instruments de mesure utilisés dans la littérature. En effet, il a été validé en incluant 5087 participants dans 18 centres et dans 15 pays différents de l'Amérique, le Moyen Orient, l'Europe et l'Asie. Il a été développé par un groupe de travail, et suite à un consensus international.

Le groupe de travail sur le WHOQOL ne relie pas la spiritualité à la religion. Il considère que les personnes agnostiques et athées peuvent avoir une vie spirituelle riche. Ce point de vue est largement documenté par les philosophes et les anthropologues [WHOQOL SRPB Group, 2006].

Les personnes agnostiques peuvent croire à l'existence d'une puissance supérieure au-delà du monde matériel sans identifier sa nature et qui n'implique pas une religion particulière. Les personnes athées peuvent avoir une philosophie personnelle, éventuellement fondée sur une théorie scientifique (darwinisme, psychanalyse…) ou une cause morale (féminisme, environnementalisme, marxisme, un style de vie particulier etc).

L'étude de la spiritualité doit permettre une flexibilité pour s'adapter aux changements des positions spirituelles des personnes durant leur vie. Par exemple, le même individu peut rejeter à l'âge de 19 ans le christianisme qu'il a appris à son enfance, pour s'approcher plus de la psychanalyse. Il peut être influencé par le féminisme à 27 ans, l'environnementalisme à 38 ans, et découvre et s'implique dans le

bouddhisme à 58 ans. Les concepts inclus dans le WHOQOL-SRPB sont multiculturels, validés suite à un consensus international. Ceci est considéré comme un des points forts de cette échelle. Par conséquent, le WHOQOL-SRPB a l'avantage de pouvoir être adapté à toutes les croyances spirituelles, religieuses, marxisme, psychanalyse etc, du moment où ces croyances constituent une stratégie de *coping* et donnent un sens à la vie et influencent la qualité de vie de la personne [Skevington SM et al., 2004 ; Skevington SM et al, 2012 ; Fleck MP, 2007].

La version finale du questionnaire comporte 32 items qui mesurent 8 facettes. Chaque facette contient 4 items qui sont évalués par une échelle de Likert à 5 points.

Les facettes sont les suivantes :

- La connexion à un être spirituel
- Le sens de la vie
- La paix et sérénité
- L'émerveillement
- La plénitude
- L'espoir et optimisme
- La force spirituelle
- La foi

Le score d'une facette est la moyenne des réponses aux 4 items. Le score d'un domaine est la somme des moyennes des facettes, divisée par le nombre de facettes qui le composent et multiplié par 4, pour obtenir des valeurs de scores variant entre 4 et 20 [WHOQOL SRPB Group, 2006].

Une validation partielle de l'instrument (analyse en composante principale et consistance interne) a été publiée à partir d'une étude internationale, ne comprenant pas de pays francophones. Il est donc nécessaire de s'assurer que la version française de l'instrument est valide avant d'envisager de l'utiliser dans des études ultérieures.

Avec le professeur Henri Jean Aubin, Nous avons constitué une équipe de travail pour traduire et valider le questionnaire, comme décrit dans ce qui suit.

II-3- Etude de la validation du questionnaire WHOQOL-SRPB en langue française

1- La population d'étude

Pour une étude de validation d'échelle de mesure, il n'est pas nécessaire de disposer d'un échantillon représentatif de la population générale, un échantillon de convenance suffit. Après l'accord de Jean François Etter, le responsable du site web www.stop-tabac.ch , qui est le 5ème site sur l'arrêt de tabagisme visité au monde, il a été convenu que l'échantillon choisi sera formé par des internautes visitant le site [Etter JF, 2006 ; Wang J & Etter JF, 2004]. Le questionnaire a été mis en ligne sur le site, précédé d'un préambule présentant l'outil et invitant les visiteurs du site à répondre au WHOQOL- SRPB, ainsi qu'à certaines questions portant sur l'âge, le sexe, les caractéristiques socio-économiques, la présence d'une maladie et la consommation de tabac, et de drogues (Annexes I). Les participants qui souhaitent répondre à nouveau au questionnaire, 2 semaines plus tard (pour l'analyse de fiabilité *test-retest*), devaient indiquer leur adresse e-mail. Nous avons visé une participation de 500 personnes lors du premier questionnaire et de 200 personnes lors du questionnaire de suivi à 2 semaines.

2- Méthodologie de l'étude

- **La traduction et le pré-test**

Nous avons suivi les procédures de traduction indiquées par l'OMS. La traduction a été faite selon les recommandations du groupe de travail sur le SRPB (un groupe de travail formé de personnes bilingues, monolingues et de traducteurs, a réalisé des traductions et des « back-traductions »). Le questionnaire traduit a déjà été testé sur une trentaine de personnes pour vérifier la compréhensibilité et la clarté des questions, mieux formuler les questions et réaliser une étude statistique préliminaire..

L'analyse statistique du pré-test a montré l'absence « d'effet plafond » et « d'effet plancher » ainsi que l'absence de réponses à « tendance centrale ». La version définitive a été mise sur le site pour être testée sur un échantillon de plus grande taille, afin de procéder à l'étude de la validation.

- **Etude de la fiabilité *test-retest* « Reliability »**

L'étude de la fiabilité « *test-retest* » a été faite pour toutes les dimensions de l'échelle, en comparant les mesures de base aux mesures 2 semaines plus tard. Nous avons également vérifié, comme ceci est recommandé, si le coefficient « *alpha de Cronbach* » n'a pas excédé 0,7 [Nummally JC & Bernstein IH, 1994].

- **L'analyse factorielle**

Pour évaluer la structure du WHOQOL-SRPB, nous avons réalisé une analyse factorielle exploratoire avec une rotation *promax*. Pour déterminer me nombre de facteurs à retenir, nous avons procédé par le test « *Velicer's MAP* », « *Horn Parallel Analysis* », « *the criterion of eigenvalue* >1 » et « *criteria of interpretability* » [O'Connor BP, 2000].

- **Biais de désirabilité sociale**

Pour étudier un éventuel biais de désirabilité sociale (contrôler le fait que les participants ne tendent pas à donner des réponses perçues comme conformes aux normes sociales), nous avons corrélé l'échelle WHOQOL-SRPB et l'échelle de désirabilité sociale de « Marlowe- Crowne » (Forme courte de l'échelle, à 13 items, en langue française) [Crowne DP & Marlowe, 1960 ; Valla J et al., 1997].

- **La validité du construit**

Nous avons étudié les associations entre les scores de l'échelle WHOQOL-SRPB et les affiliations religieuses, ainsi que les pratiques religieuses ; vu qu'on s'attendait à trouver des scores SRPB plus élevés chez les participants qui ont une affiliation religieuse (Catholiques, Protestants, Juifs, Musulmans, Bouddhistes) et qui ont des

pratiques religieuses régulières par rapport aux personnes athées et agnostiques et celles qui n'ont pas de pratiques religieuses. Nous avons également comparé les scores SRPB chez les personnes qui ont eu un problème de santé grave, mettant leur vie en danger (n=103), à ceux qui n'en ont jamais eu (n=410). Toutes les associations entre les scores SRPB ont été étudiées en fonction de l'âge des participants, leur genre et leur niveau d'études [WHOQOL SRPB Group, 2006 ; Van der Linden WJ, 1997].

- **L'analyse statistique**

Nous avons utilisé les tests *t de student* pour comparer les moyennes, les tests F de l'analyse de variance pour la comparaison des moyennes des groupes dépassant 2 échantillons, le test Chi carré pour la comparaison des pourcentages. Des modèles de régression linéaire ont été utilisés pour tester les associations entre les scores SRPB et l'âge. L'analyse factorielle a été conduite en utilisant le logiciel R statistical Software ; les autres analyses ont été réalisées en utilisant le logiciel SPSS 18.0.

- **Problèmes d'ordre éthique**

Les participants qui ont souhaité répondre à nouveau au questionnaire (2 semaines après la 1ère réponse) ont indiqué leur adresse e-mail. Les participants ont été encouragés à utiliser une adresse ne mentionnant ni leur nom ni celui de leur entreprise (tom@google.com plutôt que jean-dupont@monemployeur.fr). Ces adresses ont été utilisées uniquement pour cette enquête. Elles ont été détruites avant l'analyse des données. Ainsi, le fichier informatique pour l'analyse était anonyme. Seul les investigateurs et un informaticien placé sous leur responsabilité avaient accès à ces adresses. Toutes les mesures ont été prises pour protéger ces données. Il n'y a, à notre avis, pas d'autre problème d'ordre éthique lié à cette étude.

3- RESULTATS

3-1 – Caractéristiques de la population d'étude

Cinq cent soixante et un volontaires avaient répondu au questionnaire et 231 parmi eux avaient accepté de répondre, à nouveau, deux semaines après.

La majorité des participants était des femmes (66,1%). La majorité également avait un niveau d'études universitaire (71 %). Plus de la moitié des répondants (57%) vivaient en France, 24 % en Suisse, 7 % en Belgique, 4 % au Canada et 8% dans d'autres pays.

La majorité des répondants était, évidemment, des fumeurs et très peu (7,3 %) n'ont jamais fumé. Environ un quart (25,3%) avaient un problème de santé sévère (Tableau I) .

Tableau I : *Caractéristiques des participants, ayant répondu à la version française du SRPB*

Caractéristiques	
Nombre des répondants	561
Age, années (moyenne, DS)	**42.2 (11,6)**
Sexe féminin (%)	**66,1%**
Niveau d'études universitaire	**70,6**
Statut professionel (%)	
Cadre	29.9
Employé	29.9
Cadre moyen	12.3
Absence d'activité professionnelle	10.6
Retraité	5.7
Chômage	5.3
Autre	6.3
Avez- vous un problème de santé sévère (Oui, %)	**25.3**
Statut tabagique (%)	
Fumeur régulier	28.3
Fumeur occasionnel	3.9
Ex-fumeur	58.3
N'a jamais fume	7.3

En ce qui concerne l'affiliation religieuse, 28,7 % ont répondu être catholiques, 8 % protestants, 14,8 % musulmans, 18,7 % agnostiques et 18,4 % athées. Si 11,6% des répondant disaient avoir des pratiques religieuses régulières, 33,2% disaient avoir

uniquement un sentiment d'appartenance et 42,8% disaient n'avoir ni pratiques religieuses ni un sentiment d'appartenance (Tableau II).

Tableau II : Affiliations et pratiques religieuses

Pratiques religieuses (%)	
Regulières	11.6
Occasionelles	10.7
Pas de pratiques, mais sentiment d'appartenance	33.2
Ni pratiques ni sentiment d'appartenance	42.8
Affiliation religieuse (%)	
Catholique	28.7
Protestant	8.0
Juif	2.0
Musulman	4.1
Bouddiste	14.8
Agnostique	18.7
Athée	18.4

3-2 – Distribution des variables de l'étude

Le taux de valeurs manquantes n'a pas dépassé 4.3 % pour tous les items. Les 8 dimensions ont été renseignées par 98.8 à 100 % des répondants.

Nous n'avons pas noté d'effet plancher, ni d'effet plafond. La distribution des différentes variables était symétrique.

3-3 – Le « *Test-Retest Reliability* »

A l'exception de la dimension « Emerveillement » (corrélation *test-retest* = 0,69), les scores de « *Test-Retest Reliability* » étaient tous supérieurs à 0,70. De rares items, comme « Espoir et optimisme » avaient des coefficients *test -retest* $r < 0,6$ (Tableau III).

Tableau III : Propriétés psychométriques de la version française de l'échelle WHOQOL-SRPB

Abbreviated item content	**Correlation with social desirability**	**Test-retest reliability coefficient**	**Cronbach's alpha or alpha if item deleted** [a]	**Rather sure + not sure of their answer (%)**	**"Not at all" (%)**	**"An extreme amount" (%)**	**Mean (SD)**
Hope & Optimism							
1. Hopeful	0.23***	0.59***	0.72	39.0	5.2	8.6	3.25 (0.94)
2. Hopeful about life	0.25***	0.73***	0.72	35.1	3.9	8.9	3.29 (0.94)
3. Optimistic, quality of life	0.15***	0.48***	0.80	24.4	4.6	24.1	3.67 (1.05)
4. Optimistic in uncertainty	0.28***	0.63***	0.77	32.9	11.4	3.4	2.80 (0.91)
Meaning of life							
5. Finds meaning in life	0.22***	0.72***	0.69	27.7	10.7	20.0	3.39 (1.22)
6. Taking care of others	0.21***	0.58***	0.82	20.6	3.7	25.5	3.75 (0.94)
7. Life has a purpose	0.19***	0.76***	0.66	29.0	15.3	20.3	3.16 (1.29)
8. Here for a reason	0.12**	0.74***	0.77	29.9	28.3	21.7	2.95 (1.46)
Awe							
9. Experiences awe	0.18***	0.61***	0.70	11.9	0.7	50.4	4.23 (0.81)
10. Touched by beauty	0.08 ns	0.69***	0.68	22.6	8.2	30.8	3.70 (1.14)
11. Feelings of inspiration	0.06 ns	0.60***	0.66	24.9	2.5	21.9	3.59 (0.89)
12. Grateful for things	0.17 ***	0.73***	0.69	24.0	10.2	23.9	3.54 (1.23)
Inner Peace							
13. Peaceful with yourself	0.27***	0.78***	0.85	31.9	9.4	11.1	3.19 (1.07)
14. Has inner peace	0.25***	0.73***	0.83	31.4	14.4	8.6	2.98 (1.11)
15. Feels peaceful	0.29***	0.66***	0.87	33.7	9.2	6.0	2.94 (0.94)
16. Sense of harmony	0.23***	0.73***	0.87	34.4	11.6	8.0	3.07 (0.96)
Wholeness							
17. Connection mind body	0.21***	0.76***	0.81	30.9	20.7	16.8	3.10 (1.27)
18. Balance mind body soul	0.22***	0.66***	0.73	33.4	20.0	7.1	2.77 (1.18)
19. Way you live consistent	0.28***	0.61***	0.75	29.7	14.8	8.9	3.07 (1.10)
20. Creates coherence	0.19***	0.54***	0.77	27.4	5.9	18.4	3.36 (1.07)
Spiritual Strength							

21. Feels spiritual strength	0.19***	0.75***	0.94	31.9	19.6	12.8	2.96 (1.30)
22. Strength difficult times	0.18***	0.81***	0.92	28.7	18.4	10.3	2.88 (1.24)
23. Helps to live better	0.11***	0.86***	0.91	27.6	19.4	12.7	2.98 (1.34)
24. Feels happy in life	0.14***	0.76***	0.92	27.9	22.1	10.5	2.86 (1.32)
Connectedness							
25. Gets through hard times	0.12**	0.82***	0.93	22.3	32.8	16.0	2.71 (1.49)
26. Tolerates stress	0.14***	0.80***	0.93	26.3	43.5	6.2	2.33 (1.30)
27. Understands others	0.16***	0.83***	0.93	25.2	42.1	9.8	2.48 (1.42)
28. Comforts, reassures	0.12**	0.87***	0.92	24.4	36.9	12.5	2.56 (1.47)
Faith							
29. Contributes well-being	0.15***	0.92***	0.97	23.0	38.9	10.7	2.51 (1.46)
30. Gives you comfort	0.18***	0.91***	0.97	22.6	39.9	7.7	2.37 (1.40)
31. Gives you strength	0.17***	0.89***	0.97	20.3	39.8	9.8	2.42 (1.43)
32. Helps you enjoy life	0.17***	0.88***	0.98	20.0	39.8	12.1	2.49 (1.48)
					Skew	**Kurtosis**	
Hope & Optimism	0.29***	0.75**	0.80	--	-0.54	0.24	3.33 (0.78)
Meaning of Life	0.21***	0.79***	0.79	--	-0.24	-0.79	3.33 (1.04)
Awe	0.15***	0.69***	0.74	--	-0.56	0	3.84 (0.81)
Inner Peace	0.30***	0.81***	0.89	--	-0.20	-0.56	3.02 (0.95)
Wholeness	0.27***	0.76***	0.81	--	-0.15	-0.70	3.07 (0.97)
Spiritual Strength	0.15***	0.84***	0.94	--	-0.22	-1.11	2.94 (1.22)
Connectedness	0.15***	0.88***	0.95	--	0.29	-1.37	2.51 (1.35)
Faith	0.17***	0.92***	0.98	--	0.41	-1.29	2.43 (1.39)
Total score, 32 items	0.22***	0.90***	0.96	--	0.09	-0.78	3.05 (0.83)

[a]. Cronbach's alpha for scales. For each item, alpha of the corresponding subscale if this item was deleted.

* p≤0.05; ** p≤0.01; *** p≤0.001

3- 4 – La consistance interne

Le coefficient « Alpha de *Cronbach* » était élevé pour tous les scores des différentes dimensions (varie entre 0,74 et 0,98). Les scores les plus élevés ont été retrouvés dans les dimensions « Connexion spirituelle », « force spirituelle » et « foi » (Tableau III).

3-5 – Analyse factorielle

L'analyse factorielle a montré qu'on peut retenir 8 facteurs par « *The rule of eigenvalue >1* », 3 facteurs par « *Horn's parallel Analysis* » et 7 facteurs par « *Velicer's MPP test* ». Huit facteurs expliquent 65 % de la variance.

Chaque dimension se définit par un facteur à l'exception de la dimension « Plénitude » qui se définit par 2 facteurs différents.

La dimension « Sens de la vie » se définit par 3 items. L'Item « S'occuper des autres » se retrouve dans un facteur différent. Il existe une corrélation entre les items « Foi » et « connexion à un être spirituel » ($r = 0,88$), « Foi » et « force spirituelle » ($r = 0,73$), « connexion à un être spirituel » et « force spirituelle » ($r = 0,77$) et « paix et sérénité » et « Plénitude » ($r = 0,74$) ($p < 0,001$) pour toutes ces corrélations (Tableau IV).

Tableau IV : Analyse Factorielle

Abbreviated item content	**Factor 1**	**Factor 2**	**Factor 3**	**Factor 4**	**Factor 5**	**Factor 6**	**Factor 7**	**Factor 8**
Hope & Optimism								
1. Hopeful				85				
2. Hopeful about life				74				
3. Optimistic, quality of life				62				35
4. Optimistic in uncertainty		32		65				
Meaning of life								
5. Finds meaning in life						83		
6. Taking care of others								88
7. Life has a purpose						83		
8. Here for a reason						69		
Awe								
9. Experiences awe					90			
10. Touched by beauty			47		59			
11. Feelings of inspiration					77			
12. Grateful for things					40			
Inner Peace								
13. Peaceful with yourself		96						
14. Has inner peace		82						
15. Feels peaceful		92						
16. Sense of harmony		49						
Wholeness								
17. Connection mind body			49					
18. Balance mind body soul		59					31	
19. Way you live consistent							73	
20. Creates coherence							79	

Spiritual Strength		
21. Feels spiritual strength		79
22. Strength difficult times		83
23. Helps to live better		87
24. Feels happy in life		77
Connectedness		
25. Gets through hard times	69	
26. Tolerates stress	78	
27. Understands others	82	
28. Comforts, reassures	86	
Faith		
29. Contributes well-being	100	
30. Gives you comfort	100	
31. Gives you strength	99	
32. Helps you enjoy life	96	

3-6 – Désirabilité sociale

Les corrélations entre le score de désirabilité sociale « *Social Desirability score* » et les différents scores de l'échelle WHOQOL-SRPB étaient significatifs (p = 0,001). Toutefois, ces corrélations étaient faibles avec $r \leq 0,30$. Les corrélations les plus élevées ont été retrouvées pour les dimensions « Paix et sérénité» (r = 0,30) et « Espoir et optimisme » (r = 0,29) (Tableau III).

3-7 – Les tests de la validité du construit « *Construct Validity* »

Nous avons comparé les 65 répondants qui ont renseigné avoir des pratiques religieuses régulières aux 240 répondants n'ayant ni pratiques religieuses ni un sentiment d'appartenance à une affiliation religieuse. Les scores des dimensions « Foi », « Connexion à un être spirituel », « Force spirituelle », « Sens de la vie », étaient significativement plus élevés chez les répondants qui ont des pratiques

religieuses régulières. Des différences assez minimes ont été observées pour les scores « Espoir et optimisme », « Plénitude », et « Paix et sérénité ».

Nous avons également comparé les 323 répondants qui ont déclaré avoir une affiliation religieuse (catholicisme, protestantisme, judaïsme, islam, bouddhisme) aux 103 répondants qui ont déclaré être athées. Des différences très significatives ont été constatées entre ces deux groupes concernant les dimensions « Foi », « Connexion à un être spirituel», « Force spirituelle », « Sens de la vie ».

Les répondants qui ont signalé aussi avoir un problème grave de santé avaient des scores élevés pour les dimensions « Plénitude » et « Sens de la vie », par rapport aux répondants qui n'ont jamais eu un problème de santé grave.

Nous n'avons pas trouvé de corrélations entre les scores WHOQOL-SRPB et l'âge des répondants, ni leur sexe. Toutefois, une corrélation négative a été constatée entre le niveau scolaire (obtention d'un diplôme donnant accès à des études universitaires) et les scores des dimensions « Connexion à un être spirituel » et « Foi », ainsi que certains items des dimensions « Sens de la vie » et « Plénitude » (Tableau V).

Tableau V: "Validité du Construit"

Abbreviated item content	Differences between regular vs no religious practice or belonging	Differences between religious affiliation vs. atheists	Ever vs. never had a life-threatening health problem	Diploma giving access to University (difference between yes / no)
Hope & Optimism				
1. Hopeful	0.34**	0.17 ns	-0.09 ns	-0.18*
2. Hopeful about life	0.46**	0.16 ns	-0.06 ns	-0.12 ns
3. Optimistic, quality of life	0.51**	0.32**	0.20 ns	-0.18 ns
4. Optimistic in uncertainty	0.30*	0.16ns	-0.07 ns	-0.06 ns
Meaning of life				
5. Finds meaning in life	1.17***	0.66 ***	0.13 ns	-0.14
6. Taking care of others	0.53**	0.37**	0.36 **	-0.07
7. Life has a purpose	1.36***	0.74***	0.27 ns	-0.21
8. Here for a reason	2.05***	1.54***	0.17 ns	-0.50***
Awe				
9. Experiences awe	0.18 ns	0.17*	0.19 *	0.07
10. Touched by beauty	0.85***	0.82***	0.22 ns	0.04
11. Feelings of inspiration	0.30*	0.30**	0.15 ns	-0.11
12. Grateful for things	0.96**	1.02***	0.39 **	-0.35**
Inner Peace				
13. Peaceful with yourself	0.59***	0.09 ns	-0.06 ns	-0.03
14. Has inner peace	1.07***	0.35**	-0.15 ns	-0.01
15. Feels peaceful	0.63***	0.23*	0.07 ns	-0.07
16. Sense of harmony	0.71***	0.30*	-0.20 ns	-0.12
Wholeness				
17. Connection mind body	1.32***	1.07***	0.18 ns	-0.24
18. Balance mind body soul	0.94***	0.52***	-0.17 ns	-.012
19. Way you live is consistent	0.62***	0.17 ns	-0.01 ns	0.02

20. Creates coherence	0.69***	0.25*	-0.05 ns	0.05
Spiritual Strength				
21. Feels spiritual strength	1.67***	1.28***	0.26 ns	-0.20
22. Strength in difficult times	1.88***	1.30***	0.20 ns	-0.14
23. Helps live better	1.96***	1.46***	0.23 ns	-0.19
24. Feels happy in life	1.84***	1.38***	0.07 ns	-0.21
Connectedness				
25. Gets through hard times	2.61***	2.03***	0.22 ns	-0.39**
26. Tolerates stress	2.04***	1.57***	0.10 ns	-0.37**
27. Understands others	2.59***	1.73***	0.11 ns	-0.32**
28. Comforts, reassures	2.62***	1.96***	0.12 ns	-0.48***
Faith				
29. Contributes to well-being	2.87***	1.94***	0 ns	-0.35**
30. Gives you comfort	2.67***	1.76***	0.01 ns	-0.46***
31. Gives you strength	2.64***	1.85***	0.07 ns	-0.38**
32. Helps you enjoy life	2.69***	1.93***	0.02 ns	-0.48***
Hope & Optimism	0.40***	0.20*	0 ns	-0.14 ns
Meaning of Life	1.30***	0.84***	0.24 *	-0.22*
Awe	0.58***	0.58***	0.25 **	-0.08 ns
Inner Peace	0.76***	0.25*	-0.08 ns	-0.05 ns
Wholeness	0.89***	0.47***	-0.01 ns	-0.08 ns
Spiritual Strength	1.83***	1.35***	0.21 ns	-0.18 ns
Connectedness	2.45***	1.83***	0.14 ns	-0.40**
Faith	2.71***	1.87***	0.02 ns	-0.40**
Total score, 32 items	1.35***	0.91***	0.09 ns	-0.19*

* p≤0.05; ** p≤0.01; *** p≤0.001

4-DISCUSSION

Nous avons développé une version du WHOQOL-SRPB en langue française et nous avons testé sa validité.

Les résultats de l'étude de validation sont favorables. En effet, la version en langue française retient beaucoup de propriétés de la version originale, en particulier les coefficients du « *Test- retest reliability* » et de «A*lpha de Cronbach* » qui étaient élevés et l'analyse factorielle qui étaient interprétable.

Par ailleurs, il existe certaines limites de cette version de l'échelle WHOQOL-SRPB. Par exemple, on na pas retrouvé la structure factorielle originale et on a noté aussi une redondance de certains items. Cette échelle pourrait être simplifiée sans risque de perte d'information. Une version plus courte pourrait être intéressante dans le sens où elle permettrait d'évaluer la spiritualité de manière rapide et claire.

Nombre de facteurs

Dans la version originale du WHOQOL-SRPB, les auteurs n'ont pas montré les résultats de l'analyse factorielle confirmatoire et n'ont pas indiqué la raison d'avoir identifié le nombre de dimensions de l'échelle [WHOQOL-SRPB Group, 2006].

Nos analyses suggèrent que l'échelle WHOQOL-SRPB peut contenir moins de 8 dimensions. En effet les dimensions « Foi », « Connexion à un être spirituel» et « Force spirituelle » étaient fortement corrélées, de même pour les dimensions « Paix et sérénité » et « Plénitude ». De nouvelles versions, avec moins de dimensions et d'items seraient à explorer dans des études ultérieures.

« Reliability »

Les coefficients « *alpha de Cronbach* » des différentes dimensions sont plus élevés (0.74 à 0.98) que ceux reportés dans la version originale de l'échelle (0.77 à 0.95) [WHOQOL-SRPB Group, 2006].

Toutefois, pour certaines dimensions, le coefficient de « alpha de Cronbach » est très élevé (> 0.9), ce qui évoque l'existence de redondances et que certains items peuvent être supprimés dans les prochaines versions de l'échelle.

Les items qui avaient de faibles coefficients *test-retest* et ceux pour lesquels les participants n'étaient pas sûrs de leurs réponses doivent être revus ou supprimés.

« Désirabilité sociale »

Les corrélations des scores de la « désirabilité sociale » et du WHOQOL- SRPB étaient très élevées. Ceci suggère qu'une partie de la variance du WHOQOL-SRPB peut être expliquée par la « désirabilité sociale », en particulier pour les dimensions « Paix et sérénité » et « espoir et optimisme ».

« La validité du construit »

Comme nous l'avons suspecté, les scores des dimensions « Foi », « Connexion à un être spirituel » étaient plus élevés chez les participants ayant une affiliation religieuse et des pratiques religieuses que chez les participants athées ou n'ayant pas de pratiques religieuses.

Toutefois, des différences mineures ont été observées entre ces deux groupes concernant les dimensions « Espoir et optimisme » et « Paix et sérénité ».

Dans les différentes dimensions, plusieurs items n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes.

Ces résultats confirment que la spiritualité est un concept plus large que la religiosité. En effet des personnes non religieuses peuvent avoir une spiritualité riche [Koenig HG, 2008].

En ce qui concerne les autres caractéristiques de la population d'étude, nous avons trouvé que le fait d'avoir un problème de santé grave, menaçant la vie, a été associé à des scores élevés dans les items « sentiment de gratitude » et « Le fait de s'occuper des autres donne un sens à sa vie ». Aucune différence significative n'a été notée entre les hommes et les femmes. Plusieurs études ont retrouvé des différences entre les deux sexes essentiellement une religiosité plus élevée chez les femmes [Maselko J& Kubzansky LD, 2006 ; McCullough ME et al., 2009].

5-LIMITES DE NOTRE ETUDE

Les données de notre étude ont été collectées sur un site Web d'arrêt du tabagisme. Les répondants ont été essentiellement des fumeurs ou des ex-fumeurs, en majorité des femmes et des personnes ayant un haut niveau d'études. La quasi majorité des répondants n'ont pas de problèmes de santé. Nos résultats doivent être interprétés avec précaution et ne peuvent pas être généralisés à d'autres populations telles que les personnes âgées, les personnes de bas niveau d'éducation, les personnes malades etc. Il est difficile de savoir dans quelle mesure le tabagisme chez les répondants influence les résultats de notre étude. Certaines études ont démontré que la spiritualité et la religiosité protègent contre le tabagisme [Koenig HG et al, 1998, Borras L et al., 2008].

EN CONCLUSION

La version en langue française du WHOQOL-SRPB retient plusieurs caractéristiques de la version originale. Elle pourrait être simplifiée en réduisant certains items redondants.

Après cette étude de validation du WHOQOL-SRPB et les discussions de ses résultats avec les collaborateurs, nous avons conclu qu'il serait très intéressant de tester l'échelle dans des populations spécifiques et d'étudier la spiritualité dans des groupes différents.

Nous avons opté pour utiliser l'échelle complète, sans suppression des items redondants dans un premier temps.

Dans ce qui suit, je présenterai les résultats des études menées dans des groupes spécifiques, en mesurant la spiritualité par l'échelle WHOQOL-SRPB et par d'autres mesures qualitatives. Les groupes d'études étaient : des suicidants, des détenus, des alcooliques.

III- TROISIEME PARTIE : SPIRITUALITE DANS DES POPULATIONS SPECIFIQUES

III-1 - Etude de la spiritualité dans une population de suicidants »

Etat de la question

Tous les ans, plus de 800 000 personnes décèdent par suicide dans le monde. Ceci correspond à un suicide toutes les 40 secondes. Le suicide est la troisième cause de décès des personnes âgées entre 15 et 44 ans dans plusieurs pays et la 2ème cause de décès des jeunes entre 10 et 24 ans. Selon l'organisation mondiale de la santé, les déterminants du suicide sont complexes. Plusieurs facteurs sont impliqués, touchant les domaines : psychologique, social, biologique, culturel et environnemental [World Health Organization ; Courtet P, 2010].

Les principaux facteurs de risque en Europe et en Amérique du nord sont les troubles mentaux, en particulier la dépression, l'abus de drogues et la dépendance alcoolique [Nock MK et al., 2008 ; blazer D, 2007 ; Brenner LA et al., 2009].

Le taux de suicide en France était estimé à 17 pour 100 000 habitants en 2006 (25,5 pour 100 000 hommes et 9 pour 100 000 femmes). Le suicide représente 2% des décès toutes causes confondues. C'est la cause de 20% des décès des jeunes hommes et 15% des décès des jeunes femmes (entre 25 et 29 ans). Entre 1999 et 2003, la fréquence des tentatives de suicide a été estimée à 9% pour les femmes et à 6% pour les hommes. Les principaux facteurs de risque sont les troubles mentaux, les problèmes psychosociaux et les addictions [Courtet P, 2010].

La relation entre le suicide et la religion a été étudiée depuis 1897 par le sociologiste français Emile Durkheim [Durkeim E, 1897/2002]. Celui-ci a démontré l'effet protecteur de la religion par une intégration et une régulation sociale dans les groupes de personnes catholiques. Depuis Durkheim, la majorité des études sur la relation entre la religiosité et les conduites suicidaires ont montré un effet protecteur de la religion et des pratiques religieuses. De nombreux aspects sociaux semblent associés à la réduction du risque de la dépression et de la suicidalité chez les personnes religieuses [Bostwick JM & Rummans TA, 2007].

La prise en compte des dimensions religieuses et spirituelles dans la perspective clinique des conduites suicidaires est souvent négligée bien que le support spirituel est bien reconnu comme une importante ressource de *coping* [Huguelet P, et al., 2007].

Les études épidémiologiques, sociologiques et cliniques suggèrent que les pratiques religieuses et spirituelles diminuent le risque de passage à l'acte suicidaire [Fournier RR, 1999 ; Dervic K et al., 2004 ; Clarke CS, Bannon FJ& Denihan MB, 2003 ; Goldney RD et al., 1997 ; Goldston BD et al., 2008 ; Hill PC & Pargament K, 2003 ; Grossehme DH & Springer LS, 1999].

Koenig HG (2009) a trouvé que sur 68 études qui ont cherché une relation entre la spiritualité/religiosité et le suicide, 57 ont montré que le taux de suicide est plus faible chez les personnes à forte religiosité. La spiritualité/religiosité peut prévenir le suicide du fait que les doctrines religieuses l'interdissent, du fait que la religion donne un sens à la vie, permet de faire face au désespoir. L'investissement religieux pourrait prévenir le suicide car la personne bénéficie d'un entourage soutenant et d'un support communautaire.

Les études sur la spiritualité/religiosité sont, pour la quasi- totalité, Nord-américaines. Or du fait de la culture laïque et du taux élevé d'athéisme et agnosticisme, il est difficile de transposer leurs résultats dans notre pays.

Les cliniciens appréhendent le sujet de la spiritualité/religiosité, même avec les suicidants, pour lesquels le sens de la vie et de la mort sont dans le cœur de leurs souffrances. Il a été démontré que l'évitement de parler de la SR est du à plusieurs raisons telles que la crainte d'être incompétent pour répondre aux questions du patient, le manque de temps, la crainte d'imposer son propre point de vue ou de toucher une sphère intime du patient, une vision négative de la religion ou un manque d'intérêt [Swinton J, 2001 ; Shafranske EP &Malony HN, 1990 ; Monod S, 2006, Mohr S et al., 2006 ; Neeleman J & Persaud, 1995].

Toutefois, une évaluation spirituelle permettrait de renseigner la représentation qu'a le sujet sur son existence sur terre et donc de sa motivation d'y rester et d'évaluer le degré du soutien spirituel dont il bénéficie. Elle permettrait également de pouvoir

adresser certains patients en détresse spirituelle à un aumônier ou à un prêtre de son affiliation. Evaluer leur importance devrait améliorer la prévention tertiaire du suicide chez les suicidants et modifier leurs prises en charge.

A notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur le rôle des croyances spirituelles et religieuses dans la prévention du suicide en France.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

OBJECTIF PRINCIPAL

Etudier la relation entre la spiritualité/religiosité et le suicide chez des personnes hospitalisées suite à des tentatives de suicide.

OBJECTIFS SECONDAIRES

- Etudier les particularités de la spiritualité/religiosité chez les suicidants : comment définissent-ils la spiritualité ? Ont-ils une vie spirituelle indépendamment des croyances religieuses ? Quelle vision ont-ils de la mort ? Souhaitent-ils parler de leur spiritualité avec leurs soignants ?
- Etudier le sens et les objectifs de la vie chez les suicidants.
- Essayer d'identifier les facteurs qui expliqueraient les tentatives de suicide chez les personnes à « forte spiritualité ».

CRITERES DE JUGEMENT :

- Critère de jugement principal : score SRPB
- Critères de jugement secondaires : Réponses à des questions ouvertes et semi-ouvertes d'un questionnaire construit ad-hoc (voir annexes).

CRITERES D'ELIGIBILITE DE LA POPULATION :

L'étude a eu lieu à l'U72h du service de Psychiatrie du CH de Versailles. Elle a porté sur toutes les personnes hospitalisées pour des tentatives de suicide entre Avril et Septembre 2012.

Une tentative de suicide correspond à un acte autoagressif destiné à mettre fin à sa vie auquel le sujet survit. Le suicidant désigne la personne qui vient de commettre une tentative de suicide [Younes N et al., 2013].

CRITÈRES D'INCLUSIONS POUR LES SUJETS

- Consentement pour répondre aux questionnaires, après la présentation de l'étude
- Bonne compréhension de la langue française

CRITÈRES DE NON INCLUSION

- Absence d'intentionnalité suicidaire (appel au secours, idées suicidaires sans intention de suicide, appel à l'aide, IMV…)
- Patient refusant de participer à l'étude
- Diagnostic de psychose, de trouble bipolaire, de mélancolie délirante, de pathologie neurologique.
- Etat d'agitation, d'excitation psychomotrice, d'incapacité à répondre à un questionnaire.

SCHEMA ET CONDUITE DE LA RECHERCHE :

MODE DE RECRUTEMENT

L'échantillonnage a été exhaustif, portant sur toutes les personnes hospitalisées à l'U72h pour des tentatives de suicides. Tous les matins, je prenais la liste des patients admis la veille pour des tentatives de suicide et je les recevais en entretien dont l'objectif était de valider les critères d'inclusion dans l'étude. Je leur présentais l'étude et je les invitais à répondre aux questionnaires et à me le remettre et en discuter, ce qui me permettait de vérifier l'exhaustivité des réponses et de le compléter avec eux si besoin. Un consentement écrit n'a pas été demandé vu que notre étude est observationnelle. Seuls les patients qui ne se sont pas opposé à la participation et qui répondent aux critères d'inclusion ont été inclus dans notre étude.

CONDUITE DE LA RECHERCHE POUR CHAQUE PATIENT : DONNÉES À RECUEILLIR ET QUESTIONNAIRES ADMINISTRÉS.

Les participants ont été invités à répondre à différents questionnaires :

- Le WHOQOL- SRPB

- L'échelle BDI (Beck Depression Inventory)

- L'échelle de la suicidalité RUD (Risque, Urgence, Dangerosité). Le RUD est un outil élaboré par les professeurs Terra et Séguin dans le cadre de la campagne nationale de prévention du suicide, mesure le potentiel suicidaire en déclinant 3 dimensions de « risque, urgence, dangerosité » [Terra, 2010].

- Un questionnaire *ad hoc (voir annexes): Comportant* 4 parties

1- Collecte de données générales sur les caractéristiques de la population (age, sexe, niveau d'étude, profession) et des données sur les addictions.

2- Questions portant sur les antécédents des pratiques religieuses et les pratiques religieuses actuelles.

3- Questions sur la place de la spiritualité dans leur vie

4- Questions ouvertes : demander de définir les mots suivants : La spiritualité, la religion, la représentation du DIEU

ANALYSE STATISTIQUE

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel STATA V12, avec un seuil de signification choisi est de 5%.

Pour comparer les scores du WHOQOL-SRPB entre les suicidants et la population de référence (la population des 561 personnes francophones qui ont participé à l'étude de la validation de l'échelle WHOQOL-SRPB), nous avons procédé par une régression linéaire avec un ajustement sur l'âge.

Les suicidants ont été divisés en deux groupes en se basant sur le score total du WHOQOL-SRPB. Les personnes qui ont un score supérieur ou égal au 75ème percentile de l'échelle ont été catégorisées comme ayant une forte spiritualité (N=26). Les autres personnes ont été catégorisées comme ayant une faible spiritualité (N=62). Nous avons comparé les caractéristiques démographiques et cliniques des deux groupes en utilisant le test de *Fisher exact* pour la comparaison des pourcentages et le test *t de Student* pour la comparaison des moyennes. Une régression logistique a été réalisée

pour tester l'association entre les variables démographiques et cliniques et la récurrence des tentatives de suicide.

RÉSULTATS

I – Description de la population d'étude

1 – Caractéristiques socio-démographiques de la population

Notre population d'étude a comporté 88 suicidants, dont la majorité était des femmes (69,3 % de femmes versus 30,7 % d'hommes). L'âge moyen était de 36,5 ans ± 12,9 ans. La moitié des patients avaient un niveau universitaire (51,1 %) et la moitié environ travaillait comme cadres supérieurs ou cadres moyens.

Plus d'un tiers des suicidants étaient célibataires (37,5 %), 22,7 % étaient en couple, 20,5 % étaient mariés et 19,3 % étaient séparés (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques de la population des suicidants

Caractéristiques	Nombre (Fréquence %)
Sexe	
Masculin	27 (30,7)
Féminin	61 (69,3)
Niveau d'études	
- Primaire	5 (5,7)
- Secondaire	38 (43,2)
- Universitaire	45 (51,1)
Profession	
- Cadre supérieur	13 (14,8)
- Cadre moyen	31 (35,2)
- Ouvrier	17 (19,3)
- Chômage	15 (17,0)
- Retraite	2 (2,3)
- Etudiant	10 (11,4)
Statut marital	
- Célibataire	33 (37,5)
- En couple	20 (22,7)
- Marié	18 (20,5)
- Séparé	17 (19,3)

2- Consommation de produits toxiques

Cinquante sept patients étaient fumeurs (64,8 %), dix consommaient du cannabis de manière régulière (11,4 %) et uniquement cinq patients (5,7 %) disaient avoir consommé des drogues illicites ou des traitement substitutifs des opiacés (Méthadone ou Subutex).

Tableau II : Consommation de produits toxiques

Produit	Fréquence (%)
Tabac :	
Oui	57 (64,8)
Non	31 (35,2)
Cannabis :	
Oui	10 (11,4)
Non	68 (77,3)
Occasionnel	10 (11,4)
Drogues illicites ou traitement substitutif des opiacés :	
Oui	5 (5,7)
Non	82 (93,2)
Occasionnel	1 (,1)

En ce qui concerne la consommation d'alcool, elle a été explorée par le score DETA.

Les résultats sont les suivants :

Score = 0	62 (70,5 %)
Score = 1	3 (3,4 %)
Score = 2	3 (3,4 %)
Score = 3	3 (3,4 %)
Score = 4	17 (19,3 %)

On rappelle qu'un score supérieur ou égal à 2 témoigne d'une consommation excessive d'alcool (ce test a 76 % de spécificité et 78 % de sensibilité). Ceci implique que 26,1 % de la population présente une consommation excessive d'alcool.

3 – Les diagnostics

La majorité des patients souffraient de dépression. Le diagnostic a été posé cliniquement chez 64 patients. Seize patients présentaient un trouble de l'adaptation (suite à un deuil récent, une séparation, une perte d'emploi etc.) Chez 11 patients, le diagnostic d'un état limite a été posé par le psychiatre traitant (tableau III).

Tableau III : Diagnostic clinique posé par le psychiatre soignant (codé dans le compte rendu d'hospitalisation par le CIM 10).

Diagnostic	Nombre	Fréquence (%)
Etat dépressif majeur	64	72,72
Trouble de l'adaptation	16	18,18
Personnalité pathologique		
Etat limite	11	12 ,5
Autre	10	11 ,36
Troubles anxieux généralisés	3	3,41
Autre	3	3,41

Par ailleurs, la dépression a été explorée par l'échelle BDI. On rappelle qu'un score entre 0 et 9 signifie l'absence de dépression, un score entre 10 et 18 signifie une dépression légère, un score entre 18 et 29 signifie une dépression moyenne et un score supérieur ou égal à 30 signifie une dépression sévère.

Chez aucun patient, le score BDI n'était inférieur à 10. La majorité des patients, soit 70,5 %, avaient un score ≥ 30 ce qui signifie une dépression sévère (Tableau IV).

Tableau IV – Evaluation de la dépression par l'échelle BDI

Score BDI	Nombre	Fréquence (%)
Absence de dépression	0	0
Dépression légère	12	13,6
Dépression moyenne	14	15,9
Dépression sévère	62	70,5
TOTAL	88	100

4 – Les moyens utilisés dans les actes suicidaires

Les moyens utilisés pour les tentatives de suicide étaient essentiellement les médicaments (84,1 %) suivis par les phlébotomies (6,8 %). Trois patients ont essayé de se pendre, un a essayé de se jeter d'un pont et un a essayé de provoquer un accident (Tableau V).

Tableau V : Moyens suicidaires utilisés dans la population d'études

Moyens pour se suicider	Nombre	Fréquence (%)
Médicaments	74	81,1
Phlébotomie	6	6,8
Pendaison	3	3,4
Saut dans le vide	1	1,1
Provoquer un accident	1	1,1
Autre (gaz, poudre de mort aux rats)	3	3,4

5 – Le risque suicidaire

Le risque suicidaire a été évalué par le RUD (Risque, Urgence, Dangerosité). Les résultats montrent que le risque a été élevé pour plus d'un tiers des suicidants (Tableau VI).

Tableau IV – Risque suicidaire évalué par le RUD

RUD	Nombre	Fréquence (%)
Faible	11	12,5
Modéré	44	50,0
Elevé	33	37,5
TOTAL	88	100

6 – <u>Désespoir, sens de la vie, sentiment de vide</u>

Pour explorer le sentiment de désespoir, le sens de la vie des patients, nous avons posé des questions pour lesquelles les patients devaient coder leur ressenti sur une échelle visuelle analogique (entre 0 et 10). On note chez les suicidants un manque de sens et d'objectifs à la vie, un ressenti de vide, un grand désespoir (Tableau VII).

Tableau VII : Ressentis des suicidants

Ressentis	Moyenne	Médiane
Je ressens que mon existence manque de sens, n'a pas d'objectifs.	5,90 ± 2,95	6
Je ressens un grand vide dans ma vie actuelle	7,32 ± 2,89	8
Je ressens un grand désespoir dans ma vie actuelle	7,26 ± 2,78	8
J'espère une vie meilleure après la mort	4,50 ± 2,84	4,50

7 – Les pratiques religieuses

La moitié des patients avaient des pratiques religieuses hebdomadaires pendant leur enfance. Uniquement 33 % continuent à voir des pratiques hebdomadaires pendant leur adolescence. A l'âge adulte, 59 patients (63,9 %) déclarent ne pas avoir de pratiques religieuses. Uniquement 10,2 % ont des pratiques hebdomadaires actuelles et 13,6 % déclarent avoir des pratiques moins d'une fois par an (Tableau VIII).

Tableau VIII : Pratiques religieuses

Activités religieuses	**Enfance** **Nb (%)**	**Adolescence** **Nb (%)**	**Age adulte** **Nb (%)**
Jamais	26 (29,5)	37 (42)	56 (63,6)
Chaque jour	5 (5,7)	2 (2,3)	1 (1,10)
Chaque semaine	44 (50)	29 (33)	9 (10,2)
Chaque année	5 (5,7)	12 (13,6)	10 (11,4)
Moins d'une fois par an	8 (9,1)	8 (9,1)	12 (13,6)
TOTAL	88 (100)	88 (100)	88 (100)

Quand on demande aux patients comment est-ce qu'ils qualifient leur activité religieuse, 35,2 % répondent qu'elle est régulière, 11,4 % qu'elle est occasionnelle, 9,1 % qu'ils n'ont pas de pratique religieuse mais expriment un sentiment d'appartenance à une religion. La majorité, soit 44,3 % disent qu'ils n'ont pas de pratique religieuse, ni de sentiment d'une appartenance religieuse (Tableau IX).

Tableau IX : Comment qualifier son activité religieuse

Pratiques religieuses	**Nombre**	**Fréquence (%)**
Régulière	31	35,2
Occasionnelle	10	11,4
Pas de pratique, mais sentiment d'appartenance	8	9,1
Pas de pratique et pas de sentiment d'appartenance	39	44,3
Total	88	100

Quand à l'affiliation religieuse, 46 % des patients déclarent être catholiques et 33 % déclarent être athées. Les différentes affiliations religieuses sont illustrées dans la figure 1.

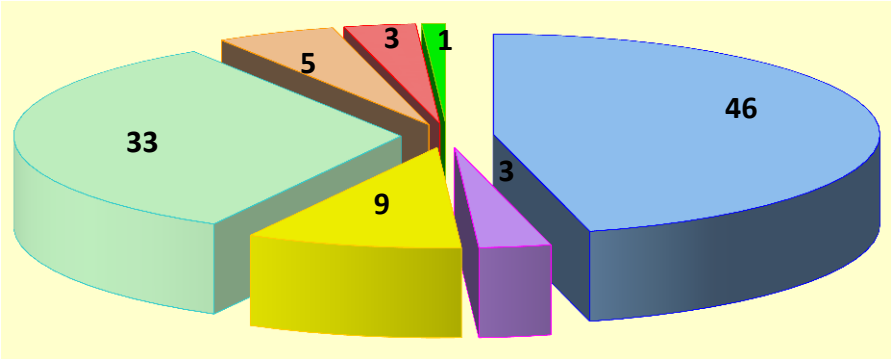


Figure 1 : affiliations religieuses de la population d'étude

Nous avons interrogé les patients sur leurs croyances. Quarante et un (46,6 %) ont répondu qu'ils croient à une puissance supérieure, six (6,8 %) à une force spirituelle, dix (11,4 %) à une philosophie, treize (14,8 %) à une morale et quatre (4,7 %) à une théorie scientifique.

Par ailleurs, 35,2% ont déclaré avoir des doutes et des incertitudes concernant leurs croyances et 22,7 % disent être en questionnement permanent sur leurs croyances.

Si 65,9 % des suicidants disent ne ressentir aucun besoin de parler de leur spiritualité, 5,7 % souhaitent en parler avec leur psychiatre, 11,4 % souhaitent en parler avec un prêtre ou un représentant de leur religion, 9,1 % souhaitent en parler à un ami et 8 % souhaitent en parler avec un membre de leur famille.

II – Spiritualité chez les suicidants

1-Définitions des suicidants de la religion, spiritualité, la mort

Nous avons demandé aux patients de définir le terme « Spiritualité ». Environ la moitié a répondu qu'ils ne savent pas. Douze (13,6%) personnes ont dit qu'ils ne font pas la différence entre le terme spiritualité et le terme foi. Huit patients (9,1%) qualifient la spiritualité par ce qui n'est pas matériel, ce qui concerne l'esprit et sept

(8%) patients pensent que la spiritualité est le bien-être de l'esprit ou le bien-être intérieur.

En ce qui concerne le terme « Religion », 28 personnes (31,8%) le définissent comme le fait de croire en Dieu, en un être divin, un être supérieur, un être suprême. Pour 10 patients (11,36%), c'est une appartenance, un choix, ou un mode de vie. Vingt six (29,54%) ont répondu qu'ils ne savent pas définir ce terme et 11 (12,5%) pensent que c'est un dogme, une politique, un opium, une manipulation des masses, une invention humaine.

Nous avons demandé aux patients de décrire ce qui donne le plus un sens à leur vie. La majorité (60% environ) place leur famille au 1er rang. Le travail et la vie professionnelle vient en 2ème rang et donne un sens à la vie de 11,36% des patients. Le mot « amour » a été déclaré par 15% environ des personnes, comme la chose la plus importante dans la vie. Pour 17% des suicidants, il n'y a rien qui donne sens à leur vie.

La mort est la fin de la vie, la séparation du corps de l'âme pour 30,68% patients. C'est le soulagement des souffrances pour 17,04% d'entre eux, le début d'une autre vie et le commencement d'une autre pour 8% et c'est le vide, le néant, la peur pour 12,5%.

Nous avons demandé aux patients d'imaginer ce qui se passera après la mort. Plus du tiers ont répondu qu'ils ne savent pas, et un tiers environ ont dit qu'il ne se passera rien, c'est le néant. Neuf patients (10,22%) imaginent une nouvelle vie ou une réincarnation, sept (8%) souhaitent retrouver des proches (parents, amis, tantes, fils), et six (6,8%) imaginent qu'il y aura un jugement et qu'ils iront au paradis ou à l'enfer, en fonction des pêchés commis sur terre.

L'envie d'arrêter de souffrir, de ne plus réfléchir, de ne plus avoir peur, de ne plus subir de l'injustice, de se reposer, de trouver la paix et la sérénité étaient les motivations les plus citées par les suicidants pour expliquer leur geste suicidaire (62,5%). Le désespoir de la vie vient en 2ème lieu, et concerne 12,5% des suicidants.

2- Effets de la spiritualité sur le bien-être et rôle de la spiritualité dans la vie.

La spiritualité semble jouer un rôle réduit chez les suicidants. Pour une minorité d'entre eux, elle contribue au bien être, aide à surmonter les difficultés, aide à garder l'espoir et l'optimisme. Pour une minorité également, elle pourrait protéger du suicide et elle donne un sens à la vie (Tableau X).

Tableau X : Effets bénéfiques de la spiritualité

	Moyenne (±DS)	**Médiane**
Votre spiritualité vous aide à surmonter les difficultés	3,07 ± 3,22	2
Votre spiritualité contribue à votre bien-être	2,74 ± 3,04	2
Votre spiritualité vous protège du suicide	2,99 ± 3,69	1
Votre spiritualité vous aide à garder l'espoir et l'optimisme	3,06 ± 3.26	2,50
Votre spiritualité donne un sens à votre vie	3,08 ± 3,18	2,50
Importance du lien social avec votre communauté religieuse	1,74 ± 2,78	0

3-Spiritualité chez les suicidants comparée à la population générale

Le score WHOQOL-SRPB total était de 8,92 ± 3,52 chez les suicidants. Pour toutes les dimensions (« Connexion à un être spirituel », « Force spirituelle », « Foi », « Sens de la vie », « Emerveillement », « Plénitude », « Paix et sérénité », « Espoir et optimisme », les scores étaient significativement plus bas chez les suicidants que chez la « population générale ». Nous concluons que les suicidants ont une spiritualité plus faible que les contrôles (Tableau XI).

Je rappelle que la « population générale » est la population de référence chez laquelle nous avons mené l'étude de la validation du WHOQOL-SRPB [Mandhouj O et al., 2012].

Tableau XI : La comparaison des scores de l'échelle WHOQOL – SRPB entre les suicidants et la population générale.

Dimensions	Suicidants (88)	Population générale ** (561)	p
Connexion spirituelle	7,90 ± 4,60	10,08 ± 5,39	< 0,001
Sens de la vie	11,11 ± 4,43	13,26 ± 4,10	<0 ,0001
Emerveillement	11,98 ± 4,60	15,30 ± 3,22	<0,0001
Plénitude	7,87 ± 3,58	12,25 ± 3,89	< 0,0001
Force spirituelle	8,49 ± 4,27	11,78 ± 4,85	< 0,0001
Paix et sérénité	7,55 ± 3,76	12,12 ±3,78	< 0,0001
Espoir et optimisme	9,10 ± 4,14	13,33 ± 3,10	<0,0001
Foi	7,71 ± 4,76	9,70 ± 5,57	< 0,002
Total score WHOQOL-SRPB	8,96 ± 3,52	12,15 ± 3.24	<0,0001

** Les résultats sont ajustés à l'âge.*

*** données de la référence : "Mandhouj O, Etter JF, Courvoisier D, Aubin HJ. French-Language Version of the World Health Organization Quality Of Life Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs Instrument. Health Qual Life Outcomes. 2012;10(1):39".*

4- Comparaison des populations de suicidants avec une « forte spiritualité » avec ceux ayant une « faible spiritualité ».

Je rappelle que nous avons constitué deux groupes :

- Un groupe à « forte spiritualité » : > 75ème percentile du score total du WHOQOL-SRPB
- Un groupe à « faible spiritualité » : < 75ème percentile du score total du WHOQOL-SRPB

4-1- Comparaison des caractéristiques générales

On constate que dans le groupe à « forte spiritualité », on retrouve plus de personnes au chômage, plus de personnes célibataires ou séparées, plus de problèmes de dépendance à l'alcool, plus de fumeurs, plus de diagnostics de troubles de l'adaptation et de personnalité pathologique (Tableau XII).

Tableau XII : comparaison des groupes à forte et à faible spiritualité concernant les caractéristiques générales

Caractéristiques	Suicidants avec une « faible spiritualité »	Suicidants avec une « forte spiritualité »	*P*
	N (%)	N (%)	
Sexe féminin	41 (66,13)	20 (76,92)	0,32
Niveau d'études donnant accès à l'université	31 (50,00)	14 (53,85)	0.74
Statut professionnel :			
En activité	44 (70,97)	17 (65,38)	
Chômage	7 (11,30)	8 (30,77)	0,03
Etudiant/retraité	11 (17,74)	1 (3,85)	
Statut marital :			
Marié/en couple	28 (45,16)	10 (38,46)	
Célibataire/séparé	34 (54,84)	16 (61,54)	0,0004
Troubles psychiatriques			
Etat dépressif majeur	50 (80,65)	14 (53,85)	
Personnalité pathologique	5 (8,06)	7 (26,92)	0,02
Troubles de l'adaptation	7 (11,29)	5 (19,23)	
Abus de substance			
Dépendance à l'alcool	14 (22,58)	12 (46,15)	0,027
Cannabis	18 (29,03)	2 (7,69)	0,029
Tabac	38 (61,29)	19 (73,08)	0,291
Autres	5 (8,06)	1 (3,85)	0,474
Risque suicidaire (RUD)			
Bas	5 (8,06)	6 (23,08)	
Moyen	32 (51,61)	10 (46,15)	0,14
Elevé	25 (40,32)	8 (30,77)	

Le groupe à « forte spiritualité » présente moins de manque de sens et d'objectifs à la vie, moins de sentiment de vide. Dans ce groupe, les suicidants espèrent aussi souvent une meilleure vie après la mort (Tableau XIII).

Tableau XIII : comparaison des groupes des suicidants concernant les ressentis actuels

	Suicidants à « faible spiritualité » (N = 62)	**Suicidants à « forte spiritualité » (N = 26)**	**P**
Je ressens que mon existence manque de sens, n'a pas d'objectifs	6,71 ± 2,36	3,96 ± 3,35	< 0,0001
Je ressens un grand vide dans ma vie actuelle	8,31 ± 2,31	4,96 ±2,82	< 0,0001
J'espère une vie meilleure après la mort	3,82 ± 4,13	6,11 ± 4,14	< 0,0001

4-2- Affiliations et pratiques religieuses

En ce qui concerne les pratiques religieuses, les antécédents et les affiliations religieuses, on trouve plus de catholiques, musulmans, protestants et bouddhistes dans le groupe à haute spiritualité, et sans surprise, moins de personnes athées. Dans le groupe de forte spiritualité, on trouve plus de personnes qui ont des antécédents de pratiques religieuses pendant leur enfance, leur adolescence et leur vie adulte et plus de pratiques actuelles qui sont régulières, voire occasionnelles (Tableau XIV) .

Tableau XIV : comparaison des pratiques religieuses entre les 2 groupes de suicidants

	Suicidants avec une « faible spiritualité » (N = 62)	**Suicidants avec une « forte spiritualité » (N = 26)**	**P**
Pratiques religieuses			
Régulière	21 (33,87)	10 (38,46)	
Occasionnelles	2 (3,23)	8 (30,77)	0,0004
Absentes	39 (62,9)	8 (30,77)	
Affiliation religieuse			
- Catholicisme	24 (38,11)	16 (61,54)	
- Islam/bouddhisme/protestantisme	6 (9,68)	9 (34,62)	0,0002
- Agnosticisme	4 (6,45)	0 (0)	
- Athéisme	28 (45,16)	1 (3,85)	
Antécédents de pratiques religieuses			
Durant l'enfance	43 (69,35)	19 (73,08)	0,024
Durant l'adolescence	32 (51,61)	19 (73,08)	
Durant la vie adulte (et actuellement)	14 (22,58)	18 (63,23)	

4-3- WHOQOL-SRPB : Comparaison entre les suicidants de « faible spiritualité » et les suicidants de « forte spiritualité ».

Pour toutes les dimensions de WHOQOL-SRPB, les scores sont significativement plus hauts dans le groupe à « forte spiritualité » (Tableau XV).

Tableau XV : comparaison du WHOQOL entre les 2 groupes de suicidants

Dimension du WHOQOL-SRPB	**Suicidants à « faible spiritualité » (N = 62)**	**Suicidants à « forte spiritualité » (N = 26)**	***p***
Connexion spirituelle	5,62 ± 2,24	13,38 ± 4,13	< 0,0001
Sens de la vie	9,11 ± 3,51	15,88 ± 2,23	< 0,0001
Emerveillement	10,25 ± 4,23	16,11 ± 2,01	< 0,0001
Plénitude	6,11 ± 2,12	12,03 ± 2,84	< 0,0001
Force spirituelle	6,46 ± 2,96	13,26 ± 2,86	< 0,0001
Paix et sérénité	5,91 ± 2,34	11,46 ± 3,63	< 0,0001
Espoir et optimisme	7,34 ± 3,06	13,31 ± 3,27	< 0,0001
Foi	5,29 ± 2,08	13,50 ± 4,36	< 0,0001
Score total	7,02 ± 1,87	13,62 ± 1,61	< 0,0001

4-4 - Rôle de la spiritualité dans le bien-être

La spiritualité semble jouer un rôle très important dans la vie des personnes appartenant au groupe « forte spiritualité ». En effet, elle contribuerait à leur bien-être, elle les aiderait à surmonter les difficultés, elle les protègerait du suicide, les aiderait à garder l'espoir et l'optimisme et donne un sens à leur vie.

A l'opposé, dans le groupe à « faible spiritualité », la spiritualité a un rôle très négligeable et ne semble pas être une ressource pour aider à affronter les difficultés et à trouer un sens à la vie. Le lien social avec la communauté religieuse semble assez important pour le groupe à « forte spiritualité » (Tableau XVI).

Tableau XVI : comparaison des 2 groupes de suicidants concernant le rôle de la spiritualité dans leur bien-être

	Suicidants à « faible spiritualité » (N = 62)	Suicidants à « forte spiritualité » (N = 26)	P
Votre spiritualité vous aide à surmonter les difficultés	1,56 ± 2,01	6,65 ± 2,72	< 0,0001
Votre spiritualité contribue à votre bien-être	1,35 ± 1,87	6,04 ± 2,86	< 0,0001
Votre spiritualité vous protège du suicide	1,50 ± 2,88	6,04 ± 2,83	< 0,0001
3,38Votre spiritualité vous aide à garder l'espoir et l'optimisme	1,62 ± 2,15	6,46 ± 2,94	<0,0001
Votre spiritualité donne un sens à votre vie	1,77 ± 2,3	6,19 ± 2,84	< 0,0001
Importance du lien social avec votre communauté religieuse	0,46 ± 1,14	4,76 ± 3,38	< 0,0001

III – Suivi des patients et recherche de la récurrence suicidaire.

Un an et demi après la collecte des données, nous avons cherché si les patients qui ont participé à l'enquête ont été ré-hospitalisés pour une crise suicidaire.

La recherche a été faite aussi bien au niveau des urgences psychiatriques et de l'unité 72 h (sur le registre d'admission), que sur les registres d'admission du principal hôpital du secteur (CH Charcot à Plaisir) et de la clinique du secteur (la clinique d'Yveline à Vieille Eglise en Yvelines).

Nous avons trouvé que 23 patients parmi les 88 (soit 26,1 %) ont été ré-hospitalisés pour une nouvelle crise suicidaire.

Les variables significativement associées à une récurrence suicidaire sont « le sens de la vie » (OR = 0,60 ; p= 0,05), le score WHOQOL-SRPB (OR = 0,65 ; p = 0,05).

Tableau XVII : suivi des suicidants

	OR	P	IC 95%
Sens de la vie	0,60	0,05	[0,37 -0,99]
WHOQOL-SRPB, score total	0,56	0,05	[0.32 -0.99]
Tabagisme	0,37	0,05	[0.14-0.99]

On constate qu'un score WHOQOL-SRPB élevé protégerait du risque de récidive suicidaire. C'est surtout la dimension « Sens de la vie » qui semble protectrice. Plus on a un sens dans la vie (lié à la spiritualité) moins on a de chance de refaire une TS.

DISCUSSION

Les conduites suicidaires représentent un problème de santé public majeur et un phénomène complexe impliquant des facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels.

Dans notre étude, nous avons essayé de chercher la relation entre la spiritualité, la religiosité et le suicide dans une population de personnes hospitalisées suite à des tentatives de suicide. Nos principaux résultats ont montré que la spiritualité des suicidants est faible par rapport à la population générale.

Facteurs de risque suicidaires

Notre population d'étude était relativement jeune (moyenne d'âge = 36,5 ± 12,9 ans). Elle était constituée d'une majorité féminine (69,3%). La moitié avaient un niveau universitaire mais uniquement 14,8% travaillaient comme cadres supérieurs et 17% étaient au chômage.

Ces caractéristiques sont similaires à celles de la population de suicidants en France. En effet, celle-ci est généralement caractérisée par un âge jeune ; Les morts par suicide occupent la 1ère place jusqu' 'à 35 ans pour se situer en 2ème position de 35 à 44 ans, après les tumeurs. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes, alors que le taux de suicide est plus élevé chez les hommes. Les cadres supérieurs sont les moins touchés et on note une augmentation progressive des taux de suicide des cadres moyens aux employés et ouvriers. La catégorie la plus atteinte est celle des personnes inactives [Courtret P, 2010].

La majorité des patients souffraient d'un état dépressif sévère (72,7%), avec 70,5% de scores de BDI ≥ 30. La consommation de tabac était très élevée et concernait 64,8% des suicidants. Celle de l'alcool était également élevée avec un quart de suicidants qui avaient un score DETA à 4. Le risque suicidaire, évalué par le RUD, était élevé pour 37,5% et modéré pour la moitié des patients. La majorité des suicidants ont exprimé un grand sentiment de désespoir et de vide.

Une méta-analyse [Arsenault-Lapierre G, 2004] a classifié les diagnostics psychiatriques liés au suicide. Elle a montré que la dépression est le premier facteur de risque suicidaire (43,2% des suicides), suivie par la consommation abusive des drogues (25,7% des suicides).

Suicide et religion

Dans notre population, la fréquence des personnes catholiques était inférieure à celle de la population générale en France (46% vs 61%). La fréquence des personnes athées étaient, à l'opposé, supérieure à celle de la population générale en France, selon les sondages les plus récents (33 % vs 27,6 %).

Il est connu que toutes les grandes religions prohibent le suicide. Le christianisme, l'islam et le judaïsme sont clairs par rapport à cette règle morale. Les traditions bouddhistes et taoïstes sont généralement opposées au suicide. Toutefois certains bouddhistes considèrent cette démarche admissible une fois que « *l'illumination* » a été atteint [Koenig et al., 2001 ; La sainte Bible ; Le Coran ; Colucci E & Martin G, 2008]. Quant aux Ecritures hindoues, elles condamnent le suicide, considéré comme un évitement de la vie et une cause potentielle d'un mauvais karma. Les personnes qui n'ont aucune affiliation religieuse acceptent mieux le suicide que les personnes religieuses. En revanche, les personnes qui croient en une religion qui prohibe le suicide semblent avoir un risque suicidaire plus faible [Bagley C & Ramsey RF, 1989 ;; Clarke CS, 2003, Dervic K et al., 2004, Wahl RA, Cotton S & Harrison-Monreo P, 2008 ; Walker PL & Bishop S, 2005, Rasic DT et al., 2009 ; Tacey D, 2005].

L'investissement religieux et le suicide

Cinquante neuf patients (63,9 %) ont déclaré ne pas avoir de pratiques religieuses. Uniquement 10,2% avaient des pratiques religieuses hebdomadaires et 13,6 % ont déclaré avoir des pratiques moins d'une fois par an. La majorité, soit 44,3 % ont dit qu'ils n'avaient pas de pratique religieuse, ni de sentiment d'une appartenance religieuse.

L'investissement religieux est négativement associé aux suicides, aux conduites suicidaires, aux idées suicidaires dans plusieurs populations et plusieurs nations [Koenig HG, 2001 ; Stark R et al., 1983 ; Dervic K et al., 2004 ; Nisbet PA et al., 2000 ; Pettet J, 2007 ; Rasic D et al., 2011 ; Sisask M et al., 2010, Simpson ME & Conklin GH, 1988]. Les mécanismes les plus importants par lesquels l'investissement religieux peut dissuader de se suicider seraient que les croyances religieuses encouragent pour accéder à une meilleure vie après la mort, donnent un sens à la vie et une bonne estime de soi, donnent des modèles pour surmonter les crises et les événements de vie stressants et des ressources pour lutter contre les difficultés de la vie [Kleiman EM & Liu RT, 2014 ; Stark R et al., 1983].

Place de la spiritualité chez les suicidants

Pour toutes les dimensions du WHOQOL-SRPB (« Connexion à un être spirituel », « Force spirituelle », « Foi », « Sens de la vie », « Emerveillement », « Plénitude », « Paix et sérénité », « Espoir et optimisme », les scores étaient significativement plus bas chez les suicidants que chez la population générale.

Pour une minorité des suicidants, la spiritualité semblait contribuer au bien être, aider à surmonter les difficultés, aider à garder l'espoir et l'optimisme. Pour une minorité également, elle pourrait protéger du suicide et elle donnait un sens à la vie.

Nous avons trouvé que les suicidants qui ont une forte spiritualité sont le plus souvent sans emploi, souvent célibataires ou séparées, ont plus de problèmes de dépendance à l'alcool et de tabagisme. Ils souffrent plus de troubles de l'adaptation et de personnalités pathologiques.

Ceci évoque le fait que ce groupe cumule plus de facteurs de risque de suicide et nous laisse penser que même si la spiritualité est un facteur protecteur contre le suicide, l'accumulation de facteurs de risque entraîne à la longue un désespoir et une crise suicidaire.

La récurrence suicidaire

Le suivi des patients, 18 mois après leur inclusion dans l'étude, a montré que le taux de récurrence suicidaire était de 26.1%. La récurrence suicidaire est le principal facteur de risque de suicide ; 30 à 40% des suicidants refont des tentatives de suicide et 10% d'entre eux meurent par suicide dans les 10 ans [Zahl DL, 2004]. Les facteurs de récurrence suicidaire décrits dans la littérature sont l'âge, le sexe et les maladies mentales [Christiansen E & Jensen BF, 2007].

Dans notre étude, les facteurs de récurrence suicidaires étaient le score du WHOQOL-SRPB et surtout la dimension « Sens de la vie » qui semble protectrice contre la récidive des TS (Plus on a un sens dans la vie (lié à la spiritualité) moins on a de chance de refaire une TS). Nous avons constaté, aussi bien dans l'évaluation

qualitative que dans l'évaluation quantitative, un grand manque de sens de la vie chez les suicidants.

Le besoin de sens semble indispensable. En effet, les personnes qui ressentent un sens de vie large et profond sont plus satisfaits de leur vie, ont une meilleure santé mentale et physique [Reker GT, 1994 ; Crumbaugh JC, 1977 ; Petersen LR & Roy A, 1985]. En revanche, le manque de sens personnel peut engendrer un sentiment de vide chez l'individu et l'absence de buts pour continuer à vivre et donc impliquer le désespoir, l'aliénation et le suicide [Frankl VE, 1963; Marsella AJ, 1999 ; Yalom I, 2008]. La promotion du sens de vie permettrait de réduire de nombreux problèmes comme l'alcoolisme, la consommation de drogues et le suicide [Wong PT & Prem SF,1998 ; Ventegodt S, Kandel I, Neikrug S, Merrick J, 2005].

Conclusion

Les études sociologiques, épidémiologiques et cliniques suggèrent que les pratiques religieuses et spirituelles diminuent dans une certaine mesure le risque de passage à l'acte suicidaire. L'investissement religieux est négativement associé aux conduites suicidaires. Les données qualitatives nous donnent des pistes sur les mécanismes impliqués, mais l'effet protecteur de la spiritualité et de la religion demeure insuffisamment connu. La spiritualité et la religion interagissent avec des facteurs psychologiques comme la dépression, l'estime de soi, l'attitude négative envers le suicide et avec des facteurs sociaux comme le support social plus solide, un taux de divorce moins élevé etc.

Quand les facteurs de risque suicidaires sont nombreux, la spiritualité semble insuffisamment protectrice contre le suicide même si elle parait comme une ressource importante pour faire face aux difficultés de la vie, pour donner de l'espoir et de l'optimisme et pour donner un sens à la vie.

Le suivi de nos patients a montré que le principal facteur de récidive suicidaire était le manque du sens à la vie.

L'évaluation spirituelle des personnes qui ont des conduites suicidaire semble impérative afin de connaitre la représentation qu'elles ont de leur rôle sur terre et donc des objectifs et du sens qu'ils donnent pour y rester.

III-2- ETUDE DE LA SPIRITUALITE/RELIGIOSITE EN MILIEU CARCERAL

A- ETAT DE LA QUESTION :

Il existe environ 9 millions de personnes emprisonnées dans le monde dans 191 établissements de privation de liberté. Plus de 2 millions sont incarcérés aux Etats Unis, 70 000 en Grande Bretagne et 75 200 en France [CEMKA-AVAL, 2004 ; Fazel S & Danesh J, 2002].

Plusieurs études ont montré que les détenus ont, en général, une mauvaise santé physique et que la prévalence des pathologies mentales est plus élevée par rapport à la population générale [Fazel S & Danesh J, 2002 ; Fazel S & Lubbe S, 2005 ; Singleton N et al., 2000].

La détention est une situation de stress majeur qui peut engendrer des troubles de l'adaptation et qui peut déclencher des troubles mentaux plus ou moins sévères ou aggraver des troubles préexistants.

Une revue systématique qui a porté inclus 23 000 détenus dans 12 pays occidentaux [Fazel S & Danesh J, 2002] a trouvé que, un détenu sur sept souffre d'un trouble psychotique ou d'un état dépressif majeur, et que, un sur deux détenus présente une personnalité pathologique de type antisociale.

Le suicide est une occupation omniprésente en détention. Le taux de suicide est entre 5 à 8 fois plus élevé en milieu carcéral par rapport à la population générale [Blaauw E, Kerkhof AJ, & Hayes LM, 2005]. Selon les auteurs, ce risque peut s'élever à 14 fois plus que la population générale. Le taux de suicide a augmenté de manière dramatique depuis les années 1980 et il représente actuellement la 3ème cause de décès dans les prisons aux Etats Unis [Anasseril ED, 2006]. Les principaux facteurs de risque de suicide en prison sont les maladies mentales, le désespoir, l'abus de drogues, et l'environnement carcéral [Fernander A, Wilson JF, Staton M, & Leukefelt C, 2004 ; Anasseril ED, 2006].

La France a le taux de suicide le plus élevé en Europe, avec 37 suicides pour 10 000 détenus entre 2006 et 2008 [Dammer HR, 2002]. L'étude la plus récente, réalisée en

2004 a montré que 24 % des détenus souffrent d'une dépression, d'un état maniaque, ou d'un autre trouble de l'humeur et que 32 % ont un trouble de la personnalité [CEMKA-EVAL, 2004].

Afin de réduire la souffrance mentale et le taux de suicide, il est important de faciliter l'accès à toutes les ressources de *coping* possibles et disponibles en détention.

Le support spirituel est bien reconnu comme une des ressources de *coping*. Une littérature abondante démontre que la religion et la spiritualité sont des ressources de *coping* importantes, permettant de faire face aux événements de vie stressants. Il a été démontré que a spiritualité et la religion ont un effet protecteur contre le suicide [Koenig HG, 2003, 2009 ; Wortzel HS, et al., 2009], jouent un rôle important dans le sevrage des drogues et dans la sobriété [Galanter M, 2006 ; Miller WR, 1996 ; Miller WR, 1998, Miller WR, Davies M & Greenwald S, 2000]. Pargament K (1997) rapporte que la religiosité peut avoir plusieurs avantages : donner un sens à la vie, des objectifs, de l'espoir, une meilleure estime de soi, un meilleur support social et une meilleure gestion des émotions. La spiritualité peut avoir un effet positif (les prières peuvent diminuer l'anxiété, des croyances religieuses peuvent faire arrêter la consommation d'alcool…) ou un effet négatif (sentiment d'abandon du Dieu, peur de la vengeance du Dieu…). Tepper L, Rogers SA, Coleman EM & Malony HM (2001) ont montré que 80% des patients qui ont des troubles mentaux persistants utilisent des croyances ou des activités spirituelles pour surmonter certaines difficultés ou frustrations.

La relation entre la spiritualité, la religion et les maladies mentales chez les détenus a été rarement étudiée. Dans une méta-analyse récente [Eytan A, 2011], l'auteur a conclu que la spiritualité et la religion sont associées à une plus faible fréquence et sévérité des épisodes dépressifs chez les détenus, mais ne semblent pas réduire le risque suicidaire.

B- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE :

OBJECTIF PRINCIPAL

Etudier les particularités de la spiritualité et de la religiosité des détenus, de manière qualitative et quantitative et la relation entre leur spiritualité et le risque suicidaire.

OBJECTIFS SECONDAIRES

Identifier les enjeux engendrés par l'incarcération et les changements des croyances et des pratiques religieuses depuis l'incarcération.

C- METHODOLOGIE

C-1- CRITERES DE JUGEMENT :

- ***CRITÈRE DE JUGEMENT PRINCIPAL :*** *SCORE* SRPB
- ***CRITÈRES DE JUGEMENT SECONDAIRES :*** *RÉPONSES À DES QUESTIONS OUVERTES D'UN QUESTIONNAIRE CONSTRUIT* AD-HOC *(VOIR ANNEXES).*

C-2- CRITERES D'ELIGIBILITE DE LA POPULATION :

L'étude a eu lieu à la maison d'arrêt des Yvelines – Ouest de l'IDF (Ile de France).

Elle a porté sur des détenus suivis au centre médico-psychologique régional (SMPR) localisé dans l'établissement et rattaché à l'EPS Charcot (Hôpital psychiatrique aux Yvelines Sud).

C-3- CRITERES D'INCLUSIONS POUR LES SUJETS

- Consentement pour répondre aux questionnaires, après présentation de l'étude
- Pathologie psychiatrique stable
- Absence d'un évènement de vie existentiel stressant actuel (décès ou suicide d'un proche…)
- Bonne compréhension de la langue française
- Affiliation à un régime de sécurité sociale

C-4- CRITÈRES DE NON INCLUSION

- Patient ambivalent ou souhaitant rejoindre sa cellule avant le blocage
- Diagnostic de psychose ou de pathologie psychiatrique aigue

C-5- ANALYSE STATISTIQUE :

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur le logiciel SPSS 14.0.

Le test Chi2 ou le test exact de *Fisher* a été utilisé pour la comparaison des pourcentages et les tests *t de student* et l'analyse de variance vont être utilisés pour la comparaison des moyennes. Le seuil de signification choisi est de 5%.

C-6- SCHEMA ET CONDUITE DE LA RECHERCHE :

MODE DE RECRUTEMENT

L'échantillonnage a été aléatoire. L'étude a été présentée à la fin de la consultation du psychiatre investigateur, pour les patients qui sont appelés juste avant les blocages des mouvements dans l'établissement. En effet, le patient devra choisir de quitter le centre médico-psychologique et rejoindre sa cellule avant le blocage ou de rester avec le psychiatre pour répondre aux différents questionnaires proposés, le temps du blocage des mouvements (1h environ).

A noter que l'ordre d'appel des patients est aléatoire. Seule une liste des patients qui ont des RDV est donnée aux surveillants du SMPR. On ne donne pas d'horaire des RDV. Les appels sont gérés en fonction de la disponibilité des surveillants des étages et des activités du patient, variables dans la semaine.

Les patients ont été informés de l'étude. Un consentement écrit n'a pas été demandé vu que notre étude est observationnelle. Les patients qui ne s'opposent pas à la participation et qui répondent aux critères d'inclusion ont été inclus dans notre étude.

CONDUITE DE LA RECHERCHE POUR CHAQUE PATIENT : DONNÉES À RECUEILLIR ET QUESTIONNAIRES ADMINISTRÉS.

Les participants ont été invités à répondre à différents questionnaires :

- Le WHOQOL-SRPB :
- Le MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) pour l'identification des troubles psychologiques [Sheehan DV et al., 2004]

- Le SCID II : pour l'identification des troubles de la personnalité éventuels [First MB et al., 1997].

- Un questionnaire *ad hoc (voir annexes):*

  Comportant 4 parties

  1- Questions portant sur l'importance de la spiritualité/religiosité au cours de l'incarcération : réponses demandées sur une échelle visuelle analogique (de 0 à 10).

  2- Questions portant sur les antécédents de pratiques religieuses.

  3- Collecte de données générales sur les caractéristiques de la population (âge, niveau d'étude, profession, infraction, nombre d'infractions) et des données sur les addictions.

  4- Des questions ouvertes : demander de définir : La spiritualité, la religion, la représentation du DIEU, la foi et demander s'il y a des changements de ces définitions, de ses croyances, de ses pratiques depuis l'incarcération.

D- RESULTATS

1 – Caractéristiques de la population d'étude

Trente détenus ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen était de 31,5 ± 9,6 ans. La majorité avait un bas niveau socio-économique (76,7%) et un bas niveau d'éducation (83,3%). Uniquement 16,6% des détenus avaient un niveau de baccalauréat ou ont fait des études universitaires. Sept détenus, soit 23,3% étaient au chômage. Le nombre moyen d'incarcérations était de 3,2 ± 3,6. Les principales infractions étaient des vols, des vols aggravés, des trafics de drogues, des conduites sans permis, des conduites en état d'ivresse aiguë ou des actes de violence sur autrui.

En ce qui concerne les pathologies amenant les détenus à être suivis au centre médico- psychologique, les troubles de l'humeur étaient les plus fréquents (33,3%), suivis des troubles de l'adaptation (10%), des troubles du sommeil (10%) et du jeu pathologique (6,7 %). Une personnalité antisociale a été retrouvée chez 40% des détenus.

La consommation de drogues était très fréquente. Uniquement 7 détenus (23,3 %) disent n'avoir jamais consommé de drogues. Dix détenus (33,3 %) ont un problème de dépendance alcoolique, 12 (40 %) consomment le cannabis de manière régulière et 23 (76,7 %) sont des fumeurs. Le nombre moyen de cigarettes consommées est de 12,2 ± 9,7 cigarettes (Tableau I).

Des comportements tabagiques nocifs ont été notés (consommation de cigarettes roulées, sans filtre, se passer les cigarettes et les joints entre eux…).

***Tableau I** : Caractéristiques de la population d'étude (N=30)*

Age, années (DS)	**31,5 (DS=9,6)**
Niveau d'étude : Baccalauréat /universitaire (N (%))	**5 (16,7%)**
Profession (N (%))	
Employés	**23 (76,7%)**
Sans activité	**7 (23,3%)**
Nombre d'incarcérations, moyenne (SD)	**3.23 (DS =3,57)**
Infractions (N (%))	
- **Vols, vols aggravés**	**10 (33,3%)**
- **Trafic de drogues**	**4 (13,3%)**
- **Conduite en état d'ivresse**	**4 (13,3%)**
- **Violence**	**7 (23,3%)**
- **Autres**	**5 (16,5%)**
Pathologie psychiatrique (N (%))	
- **Troubles de l'humeur**	**10 (33,3%)**
- **Troubles de l'adaptation**	**3 (10%)**
- **Troubles du sommeil**	**3 (10%)**
- **Jeu pathologique**	**2 (6,7%)**
Personnalité antisociale (N (%))	**12 (40%)**
Abus de substances (N (%))	
- **Dépendance à l'alcool**	**10 (33,3%)**
- **Abus d'alcool**	**4 (13,3%)**
- **Cannabis**	**12 (40%)**
- **Tabac**	**23 (76,7%)**

2 – Spiritualité, religion et religiosité

La majorité des sujets étaient musulmans (50%), 23,3% étaient catholiques, 3,3% étaient juifs, 10 % étaient agnostiques, 10% étaient athées et 3,3% étaient bouddhistes.

Plus de la moitié des détenus ont déclaré avoir eu des pratiques religieuses pendant leur enfance (53,3%) et uniquement 40% d'entre eux ont continué à avoir des pratiques religieuses durant leur adolescence. La moitié des détenus dit avoir des pratiques religieuses à l'âge adulte. La moitié également dit avoir des pratiques religieuses à la prison (Tableau II).

Les scores des différentes dimensions du WHOQOL-SRPB calculés chez des détenus ont été comparés aux scores obtenus dans « la population générale », dans laquelle l'échelle a été validée en langue française.

Je rappelle que « la population générale » a été composée de 561 répondants qui ont renseigné des données socio-démographiques et rempli l'échelle WHOQOL-SRPB mise en ligne sur le site www.stop-tabac.ch [Mandhouj O et al., 2012 ; Etter JF, 2006 ; Wang J & Etter JF, 2004]

Cette population était caractérisée par une majorité féminine (71%), par un niveau éducationnel élevé (76% des sujets ont un niveau baccalauréat ou plus). La majorité a déclaré ne pas avoir de pratiques religieuses (76%) et 37% d'entre eux étaient agnostiques ou athées.

Tableau II : Affiliations et pratiques religieuses

Pratiques religieuses		
- Régulières	11	(36,7%)
- Occasionnelles	7	(23,3%)
- Pas de pratiques mais sentiment d'appartenance	8	(26,7%)
- Pas de pratiques, pas de sentiment d'appartenance	4	(13,3%)
Affiliation religieuse		
- Catholique	7	(23,3%)
- Juif	1	(3,3%)
- Musulman	15	(50%)
- Bouddhiste	1	(3,3%)
- Agnostique	3	(10%)
- Athée	3	(10%)
Antécédents des pratiques religieuses		
- Pratiques religieuses pendant l'enfance	16	(53,3%)
- Pratiques religieuses pendant l'adolescence	12	(40%)
- Pratiques religieuses pendant l'âge adulte	15	(50%)
- Pratiques religieuses durant l'incarcération	15	(50%)

En comparant cette « population générale » à celle des détenus, on trouve des scores significativement plus élevés pour les dimensions « Foi » et « Plénitude » chez les détenus. A l'opposé, les scores des dimensions « sens de la vie », « Espoir et optimisme », « Paix et sérénité » et « Emerveillement » sont significativement plus bas chez les détenus que chez la « population générale » (Tableau III).

Tableau III : Comparaison des différentes dimensions du WHOQOL-SRPB entre les détenus et la « population générale »

Dimension du WHOQOL-SRPB	***Détenus (N=30)***	***Population générale (N= 561)***	*P*
Connexion à un être spirituel	11.80 ± 6.08	10.08±5.39	0.09
Le sens de la vie	5.18 ± 4.01	13.26 ± 4.10	<0,000001
L'émerveillement	12.67 ± 3.06	15.30 ±3.22	0.00001
La plénitude	10.37 ± 3.82	12.25 ±3.89	0.01
La force spirituelle	11.77 ± 4.82	11.78±4.85	0.989
La paix et sérénité	10.33 ± 3.11	12.12 ±3.78	0.011
L'espoir et optimisme	11.20 ± 3.23	13.33±3.10	0.0003
La foi	12.23 ± 5.25	9.70±5.57	0.015
Le score global SRPB	11.16 ± 3.13	12.15±3.24	0.107

3 – Le rôle des croyances spirituelles et religieuses chez les détenus.

Les détenus ont rapporté que leurs croyances religieuses jouent un rôle important pour les aider à faire face à leurs difficultés. Ils ont décrit un effet protecteur de leur croyance contre le suicide, ainsi que contre les récidives carcérales. Leurs croyances semblent également donner un sens à leur vie (Tableau IV).

Tableau IV : Importance de la religion et des croyances personnelles en détention

	Moyenne ± DS	**Médiane**
Est-ce que vos croyances vous aident à faire face à vos difficultés actuelles ?	5,17 ± 3,80	5
Est-ce que vos croyances ont induit une culpabilité de votre incarcération ?	4,21 ± 3,68	5
Pensez-vous que vos croyances peuvent vous aider à ne pas récidiver ?	5,48 ± 4,14	7
Quelle est l'importance de vos croyances dans votre vie quotidienne ?	4,41 ± 2,33	4
Est-ce que vos croyances permettent de vous préserver du suicide ?	6,21 ± 4,06	7
Dans quelle mesure vos croyances donnent-elles un sens à votre vie ?	5,17 ± 4,05	6
Dans quelle mesure les membres de votre communauté religieuse vous aident à faire face à vos difficultés ?	0,69 ± 2,14	0
Est-ce que les membres de votre communauté religieuse vous aident à ne pas récidiver ?	0,34 ± 1,85	0

Il existe une corrélation signification entre les scores WHOQOL-SRPB et les scores obtenus pour la question « Est-ce que vos croyances permettent de vous préserver du suicide ? » (r = 0,51 ; p = 0,003).

La majorité des dimensions du WHOQOL-SRPB sont associées à l'idée que les croyances personnelles des détenus peuvent les protéger du suicide : « Sens de la vie » (r = 0,66 ; p = 0,0001), « La connexion à un être spirituel » (r = 0,58 ; p = 0,0008),

« La paix et sérénité » (r = 0,39 ; p = 0,03), « La force spirituelle (r = 0,40 ; p = 0,02) et « La foi » (r = 0,70 ; p < 0,0001).

En ce qui concerne le rôle des croyances spirituelles pour aider les détenus à ne plus récidiver, les dimensions qui étaient significativement associées étaient : « Le sens de la vie » (r = 0,39 ; p = 0,03), « La connexion à un être spirituel » (r = 0,46 ; p = 0,01) et la « La foi » (r = 0,53 ; p = 0,002).

4 – La perception de la religion

Douze détenus (40%) ont décrit la religion comme un mécanisme de coping important. Ils pensent que leurs croyances et leurs pratiques religieuses les aident à supporter l'incarcération et les événements stressants, à ressentir une paix intérieure, à respecter les autres, à se montrer altruiste et à gagner le respect des autres.

A l'opposé, 7 détenus (23,3%) ont rapporté des effets négatifs de la religion. Ils pensent que les religions sont à l'origine des guerres et des violences, que le fait d'être croyant est une soumission, que la religion leur fait peur et représente un mauvais héritage de leurs parents. Certains pensent que les religions nuisent à l'humanité et que, réconcilier les différentes religions serait la mission la plus difficile sur terre.

Onze détenus (36,7%) ont une opinion neutre sur la religion. Ils pensent que la religion est une simple appartenance à un groupe, que c'est un choix personnel ou qu'elle consiste à une relation personnelle entre l'individu et le Dieu. Certains n'avaient aucune opinion personnelle, disent n'avoir jamais eu l'occasion de se poser des questions sur la religion ou n'ont jamais eu d'éducation religieuse (Tableau V).

Tableau V : Représentation de la religion

Représentation positive **N = 12 (40%)**	**Représentation neutre** **N = 11 (36,7%)**	**Représentation négative** **N = 7 (23,3%)**
- La religion est la chose la plus importante de ma vie - La religion m'aide à aider les autres - La religion implique l'altruisme et le respect des autres - La religion m'aide à trouver une paix intérieure - La religion m'aide à faire face aux événements de vie stressants - La religion m'aide à supporter l'incarcération - La religion m'aide à définir et respecter mes limites - La religion me rend optimiste	- La religion est une simple appartenance à un groupe - La religion est un libre choix - La religion est une relation personnelle entre l'individu et le Dieu - Je ne me suis jamais posé la question sur la religion - Il existe un Dieu unique, les religions ne sont pas importantes - Les croyances sont bénéfiques pour certains et nocives pour d'autres - Je n'ai pas reçu d'éducation religieuse	- La religion est la principale cause de guerres sur la terre - La religion me fait peur - J'évite de parler de ces sujets qui me perturbent - La religion est une soumission - La religion est un mauvais héritage - La religion est utilisée par certains contre l'humanité - Réconcilier les différentes religions est la chose la plus compliquée sur cette terre.

5 – Changements depuis l'incarcération

Onze détenus (36 ,7%) ont rapporté que leurs croyances et leurs pratiques religieuses n'ont pas changé depuis leur incarcération.

Par ailleurs, 6,6 % des détenus ont rapporté avoir perdu confiance en Dieu et ont peur de sa vengeance. D'autres détenus (10%) expriment un sentiment de culpabilité et souhaitent accéder au pardon du Dieu.

Certains détenus (43,3%) trouvent qu'il est facile de continuer leurs pratiques religieuses depuis leur incarcération (beaucoup de temps libre, absence d'accès aux drogues et à l'alcool). A l'opposé, 6,6% des détenus rapportent aussi avoir arrêté leurs pratiques religieuses en raison d'une humeur dépressive, d'une perte d'envie et d'intérêt. Certains trouvent des difficultés pour continuer leurs pratiques (peur de discrimination, peur d'être interrompus pendant leurs prières, choix alimentaires limités obligeant de manger par exemple de la viande qui n'est pas « halal » ou « cacher »).

Deux détenus ont décrit une honte et une auto-dévalorisation, se sentent indignes et qu'ils ne méritent pas le pardon du Dieu. Pour plusieurs détenus (43,3%), la religion est le principal sujet de discussion durant les promenades ou les activités collectives bien qu'ils trouvent qu'en parler risque de causer des problèmes avec d'autres détenus ou des surveillants, des désaccords pouvant aller jusqu'à la violence verbale, le sentiment de discrimination ou la haine de l'autre.

Une question récurrente que les détenus discutent souvent entre eux est : « Est-ce que l'incarcération est un destin ? ». Certains disent qu'ils ont décidé de profiter de leur incarcération pour une lecture approfondie de leur Livre Saint (Bible, Coran …). Une personne a déclaré être athée mais, en arrivant en prison, a demandé de voir rapidement un prêtre. Le prosélytisme semble être un objectif que certains détenus se fixent afin de donner un sens à leur incarcération.

Deux détenus ont déclaré qu'ils se sont convertis à l'islam en prison et un détenu dit avoir abandonné le catholicisme pour devenir bouddhiste.

6 – Le sens de la vie

Nous avons demandé aux détenus d'essayer de définir le sens de la vie. Onze d'entre eux (36,7 %) ont rapporté ne pas avoir un sens à leur vie. Environ la moitié (53,3%) pensent qu'avoir une famille et bien éduquer leurs enfants sont les choses les plus importantes et qui donnent un sens à leur existence.

Les autres réponses données ont été : retrouver une paix intérieure, aider les autres, trouver un travail, obéir à Dieu, résoudre ses dettes, protéger la planète.

7 – Spiritualité, foi et représentation du Dieu

Nous avons demandé aux détenus de définir les termes : spiritualité, foi et Dieu.

Vingt et un détenus (70%) étaient incapables de donner une définition au terme spiritualité ou ont rapporté n'avoir jamais entendu ce terme.

Les autres (30%) ont déclaré ne pas faire de différence entre les termes spiritualité et religion. Pour 16,7% des détenus, Dieu n'existe pas. Les autres décrivent le Dieu comme le créateur du monde ou celui à qui on a recours en cas de difficultés.

Pour 6,6%, le Dieu les a abandonné et va les punir et ils en ont peur.

Onze détenus (36,6%) rapportent ressentir une forte foi et la décrivent comme un fort sentiment qui leur confère une paix intérieure. Pour les autres (63,4%), aucune définition ne peut être donnée au terme foi et aucun sentiment ne peut être décrit pour la représenter.

E-DISCUSSION

Notre étude a essayé de décrire la spiritualité, la religion et les croyances personnelles d'un groupe de détenus incarcérés à la Maison d'Arrêt des Yvelines à Bois d'Arcy.

Nous avons évalué le rôle de la spiritualité et de la religion comme mécanismes de *coping* pour faire face aux difficultés de la détention, ainsi que les changements des croyances et des pratiques durant l'incarcération.

Les principaux résultats retrouvés étaient que la majorité des dimensions du WHOQOL-SRPB était significativement différente entre les détenus et la population générale.

En effet les détenus avaient des scores plus élevés pour les dimensions « foi » et « plénitude » que la population générale et des scores plus bas pour les dimensions « Sens de la vie », « Espoir et optimisme », « Paix et sérénité » et « Emerveillement ».

L'investissement religieux des détenus semble être associé à une réduction du risque de suicide, ainsi que celui de la rechute carcérale.

Pour 40% des détenus, la spiritualité et la religiosité sont bénéfiques tandis que 23% ont une vision négative de ces concepts et les trouvent même nocifs.

Les communautés religieuses essayent de promouvoir et d'enseigner les valeurs morales et éthiques et de décourager les conduites illégales [Koenig HG, Mc Cullough ME & Larson D, 2001]

En France, depuis le 17ème siècle, les communautés religieuses essayent d'implanter et de promouvoir une éducation catholique et jouent un rôle crucial dans les prisons et les institutions correctionnelles pour y enseigner les valeurs éthiques [Foucault M, 1998].

La religion encourage le développement des valeurs morales et la conformité avec les normes et les valeurs sociales et réprime les crimes et les délits.

Les études demeurent très peu concluantes en ce qui concerne la relation entre la religiosité et la délinquance. Plusieurs études ont trouvé qu'il y a moins de

délinquance chez les adolescents et moins de crimes chez les adultes parmi ceux les plus religieux [Koenig HG et al., 2001].

Plusieurs études ont montré que la religiosité réduit l'incidence de l'incarcération [Clear TR & Sumter MT, 2002 ; Koenig HG, 1995].

Notre étude a détecté certaines interactions entre la religion et la criminalité ainsi qu'une souffrance psychologique des détenus. Elle a été menée dans une prison en France, pays caractérisé par sa culture laïque, avec une forte prévalence de l'athéisme et de l'agnosticisme (plus de 30 % de la population). Les études sur la religiosité étaient pour la majorité menées en Amérique du Nord où la prévalence de la religiosité est assez forte.

Il est nécessaire de conduire des études dans des environnements différents et des cultures variées afin de pouvoir conclure sur les effets de la religion et de la spiritualité sur les difficultés carcérales et sur la criminologie.

Dans notre étude, 80% des détenus avaient une affiliation religieuse et 50% des détenus avaient des pratiques religieuses à la prison. Ces taux sont plus élevés que ceux que l'on retrouve dans la population générale en France où 27 à 29% des gens n'ont pas d'affiliation religieuse [Atlas des religions, 2007].

Ceci peut être expliqué par les caractéristiques des prisonniers en France. En effet 20% ne sont pas originaires de la France mais d'autres pays, en particulier l'Afrique du Nord [Baux D, 2010].

L'étude des résultats des différentes dimensions de l'échelle WHOQOL-SRPB a montré que les scores « Sens de la vie », « Emerveillement », « Espoir et optimisme », et « Paix et sérénité » sont plus bas chez les détenus que dans la population générale. Toutefois, les scores de la dimension « Foi » est plus élevé chez les détenus que chez la population générale.

La spiritualité, la religion et les croyances personnelles semblent jouer un rôle important pour faire face aux difficultés des détenus, pour les protéger du suicide et pour prévenir les récidives carcérales.

Koenig HG (1995) a trouvé que 64% des détenus pensent que la religion joue un rôle important dans leur vie. Un sur trois d'entre eux pense que la religion est le mécanisme de *coping* le plus important.

Il a été démontré que l'investissement religieux sert à surmonter les difficultés physiques et psychologiques engendrés par l'incarcération [Dammer HR, 2002 ; Fernander A et al., 2004], et contribue à s'adapter à l'emprisonnement ainsi qu'à réduire la mise en isolement (isoler le détenu suite à des violences ou en raison d'un risque d'auto ou d'hétéro agressivité) [Clear TR & Sumter MT, 2002 ; Eytan A, 2011 ; Kerley KR, Matthews TL & Blanchard TC, 2005 ; Kerley KR & Copes H, 2009]. La spiritualité et la religion permettent également de réduire la violence, les agressions, l'hostilité et l'auto et l'hétéro agressivité [Scarnati R et al., 1991].

Le suicide est une préoccupation omniprésente en détention. En France, il y a eu 37 suicides pour 10 000 détenus entre 2006 et 2008. Ce taux est le plus élevé en Europe [Duthé G, Hazard A, Kensey A & Pan Ké Shon J, 2009].

Dans notre population d'étude, les croyances religieuses semblent protéger du suicide. En effet, la majorité des dimensions du WHOQOL-SRPB étaient corrélées au score de la question « Est-ce que vos croyances vous protègent du suicide ? ».

La majorité des études qui ont examiné la relation entre la religion et le suicide ont trouvé que les personnes religieuses ont un taux de suicide plus bas et une attitude plus négative face au suicide que les personnes les moins religieuses [Colluci E & Martin G, 2008 ; Koenig HG et al, 2009].

Dans une revue récente, Eytan A (2011) a conclu que l'effet protecteur de la spiritualité et de la religion contre le risque suicidaire chez les détenus demeure insuffisamment clair. Nos résultats montrent, que pour certains détenus, la religion peut jouer un rôle protecteur contre le risque suicidaire.

Cette constatation ne doit pas être négligée par les praticiens et les chercheurs. En effet, il nous semble très important d'évaluer la spiritualité et la religiosité chez les patients ayant des facteurs de risque suicidaires ou des idées suicidaires. Le manque de sens de la vie de ces personnes est au cœur de leur souffrance.

Dans notre étude, plus du tiers des détenus ont déclaré ne pas avoir un sens à leur vie. Le fait d'avoir une famille, d'aimer et d'éduquer ses enfants, de trouver une paix intérieure, d'aider les autres, de trouver un travail étaient les principaux souhaits des détenus.

Le sens de la vie est en général relié aux buts et aux objectifs que les personnes souhaitent atteindre pendant leur vie.

Krause N (2004) a montré que le fait d'avoir un sens à sa vie, aide l'individu à surmonter les événements de vie stressants. Pour plusieurs auteurs, le sens de la vie est une composante primaire de la spiritualité des individus [Mental Health Foundation, 2006 ; Miller WR, 1999].

Ce concept a suscité l'intérêt de beaucoup de philosophes et d'écoles d'existentialisme. Une des approches les plus influençante est celle de Victor Frankl qui avait développé une approche thérapeutique nommée « la logothérapie » centrée sur le sens de la vie [Frankl VE; 1963].

Uniquement une minorité des détenus ne croient pas à l'existence du Dieu. Pour les autres, le Dieu est décrit comme le créateur du monde. Le Dieu est considéré, pour la majorité des détenus comme amour, miséricorde, protecteur. Toutefois, certains détenus pensent que le Dieu est en train de les punir ou bien qu'il les a abandonnés.

Allen RS, Phillips LL, Cavanaugh R et Doy L (2008) ont mené une étude auprès d'un groupe d'hommes âgés incarcérés. Ils ont trouvé que ceux qui ont des pratiques spirituelles quotidiennes se sentent moins abandonnés par le Dieu, expriment moins l'envie de mourir et présentent moins de symptômes dépressifs.

Vu la petite taille de notre échantillon, il ne nous a pas été possible de comparer le groupe qui conçoit un Dieu comme amour, pardon, miséricorde et celui qui conçoit un Dieu comme vengeance et punition. Flanelly KJ, Galek K, Ellison CG et Koenig HG (2010) ont montré que les individus qui conçoivent le Dieu comme étant amour, protection et pardon avaient moins de symptômes dépressifs, une meilleure humeur et une meilleure satisfaction de leur vie. A l'opposé, les individus qui conçoivent Dieu

comme celui qui les a abandonnés ou qui les punit, avaient des humeurs plus tristes et une qualité de vie plus mauvaise.

Nous avons trouvé que certains détenus se sont convertis pendant leur incarcération et que pour d'autres détenus, faire le prosélytisme donne un sens à leur incarcération.

Ce phénomène a déjà été rappporté dans la littérature. En effet, Dix-Richardson F (2002) estime que le nombre annuel de conversions à l'islam dans les prisons est de 30 000. Ce chiffre concerne les hommes africains- américains incarcérés.

Les femmes ne semblent pas être attirées par cette religion et pensent qu'elle défavorise les femmes.

Les détenus qui avaient la conviction que leurs croyances spirituelles les protègent des récidives carcérales avaient des scores élevés pour les dimensions « Sens de la vie », « Connexion à un être spirituel » et « Foi ».

Parsons ML et Warner-Robbins C (2002) ont étudié les facteurs qui déterminent une réinsertion sociale réussie dans les suites d'une incarcération. Ils ont trouvé que le facteur le plus dominant était les croyances et les pratiques religieuses. En fait, les auteurs n'avaient pas posé des questions sur la spiritualité des détenues et ont été surpris que 96 % des femmes ont décrit l'importance du rôle du Dieu dans leur vie.

Enache A(2009) a mené une étude auprès d'un groupe de femmes détenues. Il a trouvé que le développement des valeurs morales, familiales, sociales et spirituelles était bénéfique et augmente leur espoir pour une meilleure réintégration sociale.

LES LIMITES DE NOTRE ÉTUDE

La principale limite de cette étude est la petite taille de l'échantillon. La collecte des données était confrontée à de nombreuses difficultés, en particulier organisationnelles. En effet, les rendez-vous médicaux sont pris en fonction des activités des détenus, des temps de promenade, de l'ouverture de la circulation dans la maison d'arrêt, etc … Ces contraintes ont impliqué une grande difficulté de pouvoir garder les détenus après la consultation médicale pour administrer le questionnaire. Un certain nombre de détenus a refusé de participer à la recherche pour la simple raison de devoir aller à une autre activité ou pour aller en promenade (une seule promenade par jour est accordée pour la majorité des détenus ; et ces promenades semblent très précieuses pour les détenus).

Les données ont été collectées dans un seul site d'incarcération, comprenant beaucoup d'immigrés. Les résultats ne peuvent pas être généralisés sur la population carcérale en France. Il est nécessaire de répliquer cette étude afin de pouvoir conclure sur l'effet de la religion et de la spiritualité en détention.

Toutefois, aussi bien le rôle de la spiritualité et de la religiosité chez notre population d'étude, que les changements constatés durant leur incarcération, doivent être pris en compte par les praticiens et les chercheurs.

CONCLUSION

Très peu d'études ont porté sur la spiritualité et la religion chez les détenus. Les résultats demeurent non affirmatifs sur le rôle de la spiritualité et de la religiosité des détenus pour prévenir les risques de suicide et de récidive carcérale.

A notre connaissance, c'est la première étude en France qui a exploré la spiritualité et la religiosité dans une prison, en essayant d'évaluer ces concepts de manière quantitative et qualitative.

Il est nécessaire de mener des études longitudinales et des études de type cas-témoin afin de pouvoir examiner l'effet de la religion et de la spiritualité sur la réduction du risque suicidaire, la réinsertion sociale et la prévention des rechutes carcérales.

Notre étude a montré un effet bénéfique des croyances spirituelles chez les détenus et l'importance des ressources spirituelles pour faire face à leurs difficultés carcérales. Nous pensons qu'une collaboration entre les cliniciens, les représentants des religions et l'administration carcérale permettrait d'aider les détenus à mieux utiliser leurs ressources spirituelles, ainsi que d'éviter certains conflits entre les détenus ou entre certains détenus et leurs surveillants pour des problèmes reliés à des croyances ou à des pratiques religieuses.

Les programmes de prévention de suicide et de promotion de la santé mentale en milieu carcéral doivent tenir compte de la dimension spirituelle, comme ressource importante pour une certaine catégorie de détenus.

III- 4- Spiritualité et addictions

Dans ce chapitre, je présente deux études. La 1ère consiste en une analyse des résultats obtenus dans la population qui nous a servi à la validation de l'échelle de spiritualité WHOQOL-SRPB. La 2ème est une étude concernant une enquête en ligne réalisée auprès des alcooliques anonymes.

A- Etude de la relation entre la spiritualité/religiosité et les addictions dans une population francophone.

1- Rappel sur la méthodologie de l'étude

Dans ce qui suit, j'ai voulu étudier la relation entre la spiritualité et la religiosité et les addictions dans la population chez laquelle nous avons validé l'échelle WHOQOL-SRPB.

Je rappelle que l'étude de la validation du questionnaire a été conduite en 2010. Les répondants étaient 561 visiteurs du site http://www.stoptabac.ch [Etter JF, 2006 ; Etter JF, 2006 ; Wang J & Etter JF, 2004].

Il a été demandé aux répondants de renseigner leur âge, sexe, statut professionnel, niveau d'études. Ils ont indiqué leur affiliation religieuse et la régularité de leurs pratiques religieuses.

En ce qui concerne les addictions, nous avons demandé si ces personnes fument et si oui, combien de cigarettes par jour. La consommation d'alcool a été évaluée par le test AUDIT (The Alcohol Used Disorder Identification Test). L'AUDIT est un auto-questionnaire qui a été développé par l'organisation mondiale de la santé [Saunders JB et al., 1993]. Il contient 10 questions permettant le calcul d'un score. Ce score permet d'identifier les abus et les dépendances d'alcool. En effet, un score inférieur à 8 indique l'absence de problème d'alcool. Un score compris entre 8 et 12 indique un probable abus d'alcool. Un score supérieur ou égal à 12 indique une probable dépendance alcoolique [Saunders JB et al.,, 1993].

Les participants ont également renseigné la consommation de cannabis, de cocaïne, de crack, d'héroïne, d'ecstasy ou de traitement substitutif des opiacés.

La spiritualité a été évaluée par le WHOQOL-SRPB.

L'analyse statistique a été réalisée sur le logiciel SPSS.14, à l'aide de Delphine Courvoisier, un des auteurs de l'article de la validation, doctorante à la « Division d'Epidemiologie Clinique de Genève ».

2- Résultats

2-1- Caractéristiques sociodémographiques de la population Voir le chapitre II.

2-2- Addictions dans la population d'étude

La majorité des répondants se sont décrits comme ex-fumeurs (58,3%). Uniquement 7.3% ont déclaré ne jamais avoir fumé. Le test AUDIT montre que chez 8,8% des répondants, une dépendance alcoolique est suspectée et que 10,1% auraient une consommation abusive d'alcool.

Une consommation régulière du cannabis a été retrouvée chez 15,4% et la consommation de drogues illicites a été retrouvée chez 3%. Uniquement 6 participants (1,1%) ont reporté la consommation d'un traitement substitutif des opiacés (Méthadone ou Buprénorphine). Neuf participants (1,6%) ont déclaré participer au programme de 12 étapes des alcooliques anonymes [Tableau I].

Table I : Consommation d'alcool et de drogues dans la population d'étude

Nature de la substance	Nombre (%)
Tabac	
Consommation quotidienne	159 (28.3%)
Consommation occasionnelle	22 (3.9%)
Ex-fumeur	327 (58.3%)
Non fumeur (aucune consummation)	41 (7.3%)
Nombre de cigarettes (moyenne ± DS)	11.7 ± 9.9
Alcool	
Consommation non pathologique	304 (81.1%)
Consommation abusive	38 (10.1%)
Dépendance alcoolique	33 (8.8%)
Participation au programme de 12 étapes des alcooliques anonymes	9 (1.6%)
Cannabis	84 (15.4%)
Drogues illicites : héroine, cocaine, crack, ecstasy ...	17 (3.0%)
Traitement substitutif des opiacés (Méthadone or Buprénorphine)	6 (1.1%)

Nous avons comparé les caractéristiques des personnes qui consomment les drogues (quel que soit le type du produit consommé) et qui consomment l'alcool de manière abusive ou pathologique à celles qui ne consomment pas des drogues ni l'alcool ou ont une consommation non pathologique d'alcool. Vu que nous avons recruté notre échantillon dans un site d'aide à l'arrêt du tabac, nous avons décidé d'exclure le tabagisme des drogues vu l'important risque de biais.

Les résultats sont représentés dans le Tableau II. Nous n'avons pas trouvé de différences significatives entre les 2 groupes hormis le fait que ceux qui ont un problème de consommation de drogue et d'alcool sont plus jeunes (moyenne d'âge = 38,5 ± 11,9 ans *versus* 43,6 ± 11,2 ans, $p < 0{,}0001$). Le taux de femmes est significativement plus élevé dans la population « Absence de consommation de drogues et d'alcool ». Par ailleurs, aucune différence n'a été constatée concernant le statut professionnel, les pratiques religieuses et l'affiliation religieuse.

Tableau II : comparaison entre les groupes « présence d'addiction » et « absence d'addiction »

Caractéristiques	**"Consommation de drogues et consommation pathologique d'alcool"**	**"Absence de consommation de drogues et consommation non pathologique d'alcool"**	**Total**
Nombre des répondants, N(%)	401 (72.4)	153 (27.6)	561
Age, moyenne (DS) [en années]	38.5 ± 11.9	43.6 ± 11.2 **	42.2 ±11.6
Femmes, N (%)	83 (55.3%)	282 (70.5%) *	366 (66.3%)
Obtension d'un diploma donnant accès à des études universitaires N(%)	106 (69.7%)	290 (73.8%)	396 (722.7%)
Statut professionnel N(%)			
En activité	49 (32.2%)	119 (30.1%)	168 (30.7%)
Employé	46 (30.3%)	121 (30.6%)	167 (30.5%)
Cadre moyen	19 (12.5%)	50 (12.6%)	69 (12.6%)
Absence d'activité professionnelle	3 (2.0%)	10 (2.5%)	13 (2.3%)
Retraité	6 (3.9%)	26 (6.6%)	32 (5.8%)

Chômage	13 (8.6%)	27 (6.7%)	40 (7.4%)
Autres	16 (10.5%)	43 (10.9%)	59 (10.8%)
Pratiques religieuses N(%)			
Régulières	14 (9.2%)	50 (12.6%)	65 (11.6%)
Occasionnelles	16 (10.5%)	44 (11.1%)	60 (10.9%)
Pas de pratique, mais sentiment d'appartenance	44 (28.9%)	142 (35.7%)	186 (33.8%)
Ni pratique, ni sentiment d'appartenance	78 (51.3%)	162 (40.7%)	240 (43.6%)
Affiliation religieuse N(%)			
Catholique	32 (22.4%)	129 (33.3%)	161 (30.4%)
Protestant	13 (9.1%)	32 (8.3%)	45 (8.5%)
Juif	5 (3.5%)	6 (1.6%)	11 (2.1%)
Musulman	3 (2.1%)	19 (4.9%)	22 (4.2%)
Buddhiste	23 (16.1%)	60 (15.5%)	83 (15.7%)
Agnostique	33 (23.1%)	72 (18.6%)	105 (19.8%)
Athée	34 (23.8%)	69 (17.8%)	103 (19.4%)

** p<0,0001 , * p=0,001

3- Spiritualité, religiosité et addictions.

Nous n'avons pas trouvé d'influence des pratiques religieuses sur la consommation d'alcool ni de drogues. Une régression logistique a été pratiquée afin de tester la consommation d'alcool et de drogues en fonction du WHOQOL-SRPB. Les résultats sont difficilement interprétables. On peut noter que le tabagisme est corrélé aux scores de « Sens de la vie » (OR=0,82 ; p<0,02), «Plénitude » (OR = 0,75 ; p = 0,003), « Paix et sérénité » (OR = 0,7 ; p <0,0001) et «Espoir et optimisme » (OR = 0,74 ; p=0,01).

Aucune relation n'a été retrouvée entre les scores WHOQOL-SRPB et la consommation d'alcool et de cannabis.

L'étude des scores du WHOQOL-SRPB selon les différentes drogues ainsi que la consommation pathologique de l'alcool montre des relations statistiquement significative avec la dimension « sens de la vie » (OR=0,74 ; p = 0,002), «Plénitude » (OR = 0,81 ; p = 0,009).

Tableau III : Analyse multivariée des différentes addictions, selon les dimensions du WHOQOL-SRPB :

Dimensions WHOQOL- SRPB	Tabac		Alcool		Cannabis		Drogues illicites		Traitement substitutif des opiacés		Toutes les substances	
	OR	p	OR	P	OR	p	OR	p	OR	p	OR	P
Connexion	1,1	0,15	1,06	0,51	0,98	0,83	1,08	0,65	1,93	0.16	0.97	0.72
Sens de la vie	0.82	0,02	0.81	0.11	1,15	0.21	2,58	<0.0001	3,75	0.01	0.74	0.001
Emerveillement	0.99	0.93	0.99	0.97	0.93	0.67	1,68	0.06	4,07	0.005	0.89	0,35
Plénitude	0.75	0.003	0.86	0.28	1,08	0.49	1,86	0.01	3,02	0.03	0.81	0.03
Force spirituelle	1,06	0.43	0,95	0,67	0,98	0,89	1,04	0,81	1,44	0.32	0.93	0.42
Paix et sérénité	0.7	<0.0001	0.81	0.14	1,19	0.14	2,27	0.002	3,63	0.02	0.76	0.009
Espoir et optimisme	0.74	0.01	0.98	0.91	1,09	0.56	2,17	0.007	5,03	0.001	0.86	0,24
Foi	1,08	0.19	0.98	0.86	0.99	0.9	1,27	0.22	1,85	0.19	0.94	0.43

OR : odds ratio

Après ajustement sur l'âge, le sexe, les pratiques religieuses, la dimension « sens de la vie » demeure significativement associée à la consommation du tabac, d'alcool, de cannabis et la consommation de substances en général (Tableau IV).

Tableau IV : Analyse multivariée après ajustement sur l'âge, le sexe et les pratiques religieuses

Dimensions WHOQOL-SRPB	Tabac		Alcool		Cannabis		Toutes les substance	
	OR	P	OR	P	OR	P	OR	P
Connexion	1,22	0,21	1,64	0,04	0,84	0,45	1,37	0,07
Sens de la vie	0,69	0,01	0,68	0,05	1,47	0,03	0,59	<0,001
Emerveillement	1,15	0,39	1,37	0,18	0,66	0,06	1,24	0,2
Plénitude	0,78	0,15	1,11	0,65	0,81	0,36	1,07	0,68
Force spirituelle	1,16	0,29	0,8	0,29	1,21	0,32	0,88	0,41
Paix et sérénité	0,82	0,25	0,67	0,09	1,31	0,23	0,77	0,15
Espoir et optimisme	0,84	0,34	1,33	0,26	1,02	0,9	1,19	0,39
Foi	1,16	0,32	0,77	0,26	0,94	0,78	0,89	0,51

OR : odds ratio

Discussion

L'analyse de la population qui nous a servi de validation du WHOQOL-SRPB et nous a permis d'explorer la relation entre les différentes dimensions du WHOQOL-SRPB et la consommation d'alcool et de drogues.

Nous n'avons pas trouvé de relation entre l'affiliation religieuse et la consommation de substances. Les pratiques religieuses qu'elles soient régulières, occasionnelles, ou

absentes n'étaient pas reliées à la consommation d'alcool et de drogues. L'étude multivariée a montré la présence d'une relation statistiquement significative entre la dimension « sens de la vie » et la consommation d'alcool, de cannabis, de tabac et de drogues en général. Il est sans doute intéressant de mettre ce résultat en perspective avec le risque suicidaire élevé chez les consommateurs de substances et de tabac. Nous avons pu montrer à partir de nos propres données, ainsi que celles de la littérature, que l'absence de sentiment que son existence a un sens est un facteur de risque suicidaire [Zhang W & Wu LT, 2014 ; Tiet QQ, Ligen MA, Byrnes HF & Moos RH, 2006 ; Li D et al., 2012].

L'importance de la religiosité dans le traitement et dans la prise en charge des addictions a été largement citée. La religiosité est également un important facteur préventif qui limite l'initiation de la consommation de drogues chez les adolescents [Miller WR,1998 ; Miller WR,2000 ; Sanchez Z, Oliveira LG & Nappo SA, 2008 ; Arnold RM et al.,2002 ; Carter TM, 1998 ; Kandel BD, Adler I & Sudit M, 1981, Walker C, Ainette MG, Wills TA & Mendoza D, 2007 ; Yeug JW, Chan YC & Lee BL, 2009].

Je rappelle que dans la métaanalyse de Koenig [Koenig HG, 2001], 90% des 138 études qui ont examiné la relation entre la religiosité et l'abus de substances ont trouvé un effet protecteur de la religiosité.

Le sens de la vie est une composante de la spiritualité qui est intéressante aussi bien dans les contextes religieux que dans les contextes laïques. Cette composante sera étudiée plus profondément dans le Chapitre III.

Nos résultats ne peuvent pas être extrapolés sur la population générale en France vu que notre échantillon était peu représentatif, et composé pour la majorité, par des personnes ex-fumeuses, de haut niveau socio-économique et en bonne santé.

Des nouvelles études sont nécessaires pour étudier la relation entre la spiritualité, consommation de substances, et addictions dans le contexte culturel d'un France laïque.

B- Etude de la spiritualité chez les alcooliques anonymes (AA)

1- Rappel sur les alcooliques anonymes

1-1-Qui sont-ils

« Les Alcooliques anonymes sont une association d'hommes et de femmes qui partagent entre eux leur expérience, leur force et leur espoir dans le but de résoudre leur problème commun et d'aider d'autres alcooliques à se rétablir. Le désir d'arrêter de boire est la seule condition pour devenir membre des AA. Les AA ne demandent ni cotisation ni droit d'entrée ; nous nous finançons par nos propres contributions. Les AA ne sont associés à aucune secte, confession religieuse ou parti politique, à aucun organisme ou établissement ; ils ne désirent s'engager dans aucune controverse ; ils n'endossent et ne contestent aucune cause. Notre but premier est de demeurer abstinents et d'aider d'autres alcooliques à le devenir ».

Aujourd'hui, il existe plus de 116 000 groupes, répartis sur tous les continents, soit plus de deux millions de membres d'Alcooliques Anonymes à travers le monde. En 1986, on comptait 250 groupes AA en France. Dans les dix années suivantes, le nombre annuel d'ouvertures s'est stabilisé autour d'une vingtaine par an.

http://www.alcooliques-anonymes.fr

1-2-Programme des 12 étapes :

« Les Douze Étapes des AA offrent un plan d'action détaillé : admettre que l'alcool nous a battu, mettre sa vie en ordre, admettre ses fautes et faire ce qu'il faut pour les corriger, entretenir une relation avec qui ou quoi que ce soit à l'extérieur de soi qui peut nous aider à rester abstinents et travailler auprès d'autres alcooliques.

Les 12 étapes sont les suivantes :

1-Nous avons admis que nous étions impuissants devant l'alcool - que nous avions perdu la maîtrise de notre vie.

2- Nous en sommes venus à croire qu'une puissance supérieure à nous-mêmes pouvait nous rendre la raison.

3- Nous avons décidé de confier notre volonté et notre vie aux soins de Dieu tel que nous Le concevions.

4- Nous avons procédé sans crainte à un inventaire moral approfondi de nous-mêmes.

5- Nous avons avoué à Dieu, à nous-mêmes et à un autre être humain la nature exacte de nos torts.

6- Nous étions tout à fait prêt à ce que Dieu élimine tous ces défauts.

7- Nous Lui avons humblement demandé de faire disparaître nos défauts.

8- Nous avons dressé une liste de toutes les personnes que nous avions lésées et nous avons consenti à réparer nos torts envers chacune d'elles.

9- Nous avons réparé nos torts directement envers ces personnes dans la mesure du possible, sauf lorsqu'en ce faisant, nous risquions leur nuire ou de nuire à d'autres.

10- Nous avons poursuivi notre inventaire personnel et promptement admis nos torts dès que nous nous en sommes aperçus.

11- Nous avons cherché par la prière et la méditation à améliorer notre contact conscient avec Dieu, tel que nous Le concevions, Lui demandant seulement de connaître sa volonté à notre égard et de nous donner la force de l'exécuter.

12- Ayant connu un réveil spirituel comme résultat de ces étapes, nous avons alors essayé de transmettre ce message à d'autres alcooliques et de mettre en pratique ces principes dans tous les domaines de notre vie ».

http://www.aafrance.fr/qui-sont-les-aa/la-methode-aa/40-les-12-etapes

1-3-La prière de sérénité

A la fin de chaque réunion, les membres du groupe des alcooliques anonymes se tiennent entre eux et citent une prière, nommée la prière de sérénité : « Mon Dieu, donnez moi la sérénité d'accepter les choses que je ne peux changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence ».

http://www.aa-francophonie.org/prieres.html

II- Pourquoi s'intéresse-t-on aux alcooliques anonymes

La participation à des groupes d'entraide fait partie intégrante des solutions à proposer à un patient dépendant de l'alcool, qui souhaite arrêter sa consommation. Aux Etats-Unis, la majorité des participants à ces groupes sont adressés par des

médecins ou autres professionnels spécialisés dans la prise en charge des addictions [Thomassen L, 2002]. En effet l'APA [American Psychiatric Association, 1995], tout comme l'HAS [Haute Autorité de Santé, 2001] recommande l'orientation vers ces groupes, puisqu'ils ont montré une bonne efficacité dans la prévention de la rechute [O'Brien CP& McClellan AT, 1996]. L'HAS précise également que "les sensibilités religieuses, laïques, humanitaires, sociales et idéologiques, doivent être facilement identifiables par les patients et les professionnels."

Or les professionnels sont très peu formés et informés sur la nature de ces groupes d'entraide, et donc peu enclins à transmettre aux patients une information adaptée. Ainsi on observe que seul un faible pourcentage des patients adressés se présente aux réunions, et que ceux qui s'y présentent abandonnent rapidement [Kelly M, 2003].

Parmi les raisons dont les patients nous font part sur leur faible participation à ces groupes, on note des réticences face aux références à Dieu, et aux rituels de prière, qui sont des éléments centraux du programme en douze étapes, pratiqué par l'association des Alcooliques Anonymes. Pourtant la participation aux AA a montré une efficacité supérieure sur le maintien de l'abstinence, comparée aux autres groupes d'entraide, dans les études réalisées aux Etats-Unis [Ferri M, Amato L & Davoli M, 2006]. Ainsi ces appréhensions nous semblent à l'origine d'une perte de chance significative pour nos patients

L'objectif de cette étude était donc d'améliorer la qualité de l'orientation des patients par les professionnels de santé vers l'association des AA. Plusieurs travaux ont déjà été réalisés à ce sujet aux Etats-Unis, avec des méthodes d'adressage bien protocolisées (Programme de facilitation du Projet MATCH: TSF [Project MATCH Research Group, 1998], Making Alcoholics Anonymous Easier: MAAEZ [Kaskutas LA et al., 2009 ; Zemore SE & Kaskutas LA, 2009], Intensive referral to 12-Step self-help groups [Timko C, DeBenedetti A & Billow R, 2006 ; Humhreys & Kaskutas, 1998], méthodes motivationnelles d'orientation vers les AA [Cloud RN, Besel K & Ziegler C, 2006]. Ces programmes ont montré une bonne efficacité sur la participation des patients aux réunions, une nette diminution du taux d'abandon après quelques

réunions, et une meilleure efficacité dans la prévention de la rechute [Moos RH, 2008].

Ainsi ces programmes d'amélioration de l'adressage des patients aux AA visent à renforcer à la fois l'adhésion par une présentation très détaillée de l'association des AA, un coaching renforcé pour participer aux réunions, une mise en relation avec un membre des AA, l'invitation à choisir un parrain, l'invitation à lire la littérature des AA, à se familiariser avec les termes employés, et à commencer à appliquer les premières étapes du programme.

Cependant, à notre connaissance, aucune étude n'a été menée sur la manière de préparer les patients à ce qui semble pourtant susciter le plus de réticences et d'abandons, dans le contexte laïque français, à savoir la référence à "Une Puissance Supérieure", à "Dieu tel que nous Le comprenons", "à la prière et la méditation". Ces notions constituent le cœur de dix étapes sur douze, à l'exception de la première et de la dernière. Il semble donc difficile d'en faire abstraction.

Cette référence à Dieu n'est pas intégrée dans la norme culturelle en France, contrairement aux pays anglo-saxons. D'après une enquête récente [European-commission, 2005], environ un tiers des français se déclare athée, un autre tiers ne pas croire en Dieu mais en une force spirituelle. Le dernier tiers déclare croire en Dieu. Cette répartition est très différente de celle des Etats-Unis, où plus de 90% des personnes déclarent croire en Dieu. Ainsi on imagine la difficulté, pour bon nombre de patients, à se représenter ce "Dieu", à qui l'on doit se référer et adresser ses prières. Ces réticences sont également le fait des médecins, puisqu'il a été montré que les médecins adressent plus volontiers des patients croyants que des patients athées vers les AA [Vederhus et al., 2010 ; Winzelberg & Humphreys, 1999].

Nous avons souhaité explorer les modalités par lesquelles les personnes non croyantes arrivent à adhérer et à s'engager dans l'association des AA: Comment peut-on se représenter efficacement sa Puissance Supérieure ? Comment peut-on trouver un soutien spirituel sans référence à Dieu ? A défaut d'une croyance déterminée, doit-on avoir une certaine propension à la spiritualité?

III- Méthodologie de l'enquête

1- Echantillonnage

Le questionnaire s'adressait aux personnes fréquentant les réunions de l'Association des Alcooliques Anonymes en France. C'est un auto-questionnaire qui a été complété en ligne, conçu et diffusé grâce au logiciel de sondage en ligne Survey Monkey. Le lien vers le questionnaire a été distribué lors des réunions des Alcooliques Anonymes, dans tous les groupes locaux de France, par le modérateur de la réunion. Chaque groupe local a été informé de cette enquête, et du lien vers le questionnaire, par un courrier postal, rédigé par le Bureau des Services Généraux de l'Association des Alcooliques Anonymes France. L'information sur cette enquête pendant les réunions d'Alcooliques Anonymes a eu lieu de juillet à septembre 2012.

2- Elaboration du questionnaire

La rédaction du questionnaire a été précédée d'une enquête qualitative, comportant plusieurs modes de recueil de données : un focus group, sept entretiens individuels (d'une durée de deux heures en moyenne, dont une heure d'entretien libre et une heure d'entretien structuré), des observations directes en réunion d'alcooliques anonymes (dans une dizaine de groupes différents de la région parisienne). L'enquête qualitative s'est déroulée entre Juillet et Septembre 2011. Suite à l'enquête qualitative, un questionnaire-test a été mis en ligne, auquel 260 membres actifs des AA ont répondu. Ce questionnaire-test comportait des parties de texte libre, invitant à commenter et à critiquer les questions et les items choisis. Ces commentaires ont été rigoureusement analysés par l'analyse inductive de contenus. Suite à cette analyse, de nombreuses modifications ont été effectuées. La version finale du questionnaire a été présentée et adoptée par le Conseil d'Administration des Alcooliques Anonymes France. L'élaboration et la diffusion de ce questionnaire s'est déroulée dans un strict respect des règles établies par l'Association des AA, pour la collaboration à un projet de recherche, explicités dans le « Mémorandum sur la participation des membres des AA à la recherche et autres sondages non -AA ».

3- L'auto-questionnaire de l'étude

Il comporte 35 questions, qui explorent différents aspects de la participation aux réunions des Alcooliques Anonymes.

- La première partie explore l'adhésion à l'Association des AA (fréquence de participation aux réunions des AA, nombre de réunions fréquentées), ainsi que les facteurs d'adhésion et de non-adhésion aux réunions des AA.
- La seconde partie explore l'engagement aux AA : échelle d'engagement d'Humphrey (Alcoholics Anonymous Affiliation Scale, [Humphreys & Kaskutas, 1998], application du programme en douze étapes, étapes du programme pratiquées, ainsi que les facteurs d'engagement aux AA.
- La troisième partie explore les changements ressentis par le répondant, suite à sa participation aux réunions AA (obtention de l'abstinence, maintien de l'abstinence, changements de type comportementaux, relationnels, émotionnels, spirituels etc…).
- La quatrième partie explore la manière d'appréhender la dimension spirituelle des AA, et en particulier les modalités de conception d'une Puissance Supérieure.
- La cinquième partie évalue le degré de croyance et de religiosité (les items sont ceux de l'enquête Eurobaromètre 2005), ainsi que le degré de la spiritualité, évalué par l'échelle WHOQOL-SRPB [Mandhouj O et al., 2012].

4- Analyse statistique

L'analyse statistique a été faite sur le logiciel Spss 14.0. Pour la comparaison des groupes, le test Chi2 a été utilisé pour comparer les variables qualitatives et le test t de student pour comparer les variables quantitatives. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

Résultats

1- Caractéristiques de la population d'étude

Notre questionnaire a été complété par 700 AA, d'âge moyen 55,5 ans ± 10,2 ans, dont les deux tiers environ étaient des hommes (64.5%). La moyenne des années d'étude après la classe de 3ème était de 4,6 ans ± 3,7 ans. Plus que la moitié (55%) vivaient en couple, 33% étaient séparés et 15% étaient célibataires.

Le statut professionnel des répondants est représenté par la figure 1.

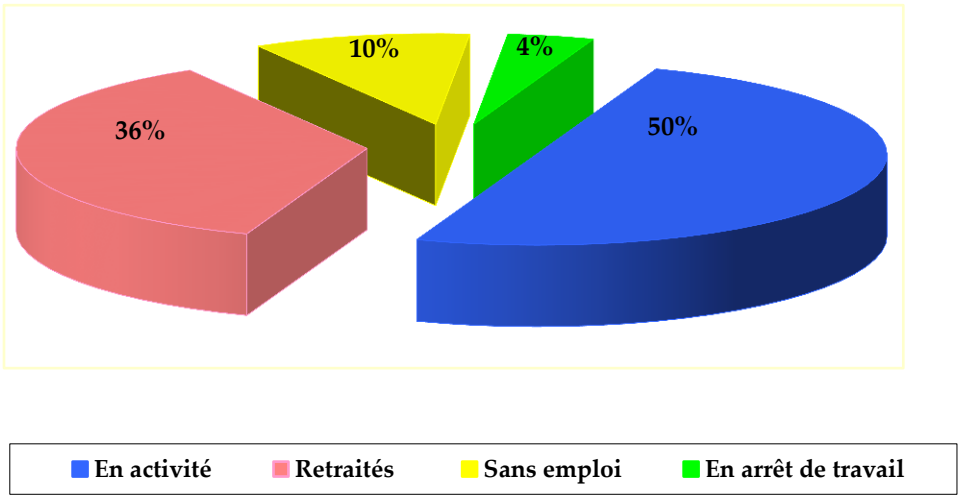


Fig 1 : Statut professionnel de la population d'étude

2- La consommation d'alcool dans la population d'étude

L'âge du début de la consommation d'alcool est de 35 ans en moyenne. La plupart étaient abstinents à l'alcool au moment de l'enquête (97,5%).

La répartition selon la durée de l'abstinence est représentée dans la figure 2.

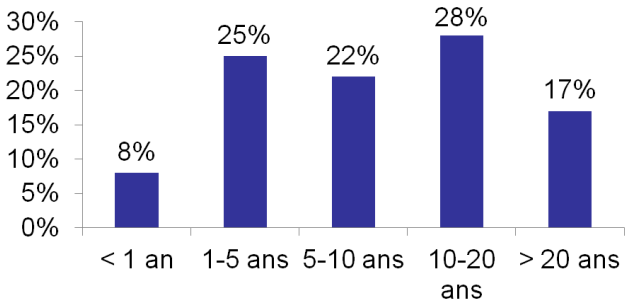


figure 2 : Répartition des AA selon la durée de l'abstinence (calculée par la date du dernier verre d'alcool consommé).

Nous avons demandé aux AA comment sont-ils parvenus à se sevrer de l'alcool. Les réponses étaient pour 51,3%, que c'était grâce aux AA. Pour les autres répondants, c'était avec l'aide d'une hospitalisation en addictologie, ou d'un service médical somatique ou d'un suivi ambulatoire qu'ils ont réussi à se sevrer (Tableau I).

Tableau I : aide reçue pour le sevrage alcoolique

	Nombre	Fréquence (%)
1- Avec l'aide d'un soignant, ou d'une autre association, sans aucun traitement médicamenteux	11	1,6
2- Avec l'aide d'un traitement pris à la maison (sevrage ambulatoire)	36	5,2
3- Avec l'aide d'une hospitalisation dans un service spécialisé en alcoologie ou addictologie	199	28,7
4- Avec l'aide d'une hospitalisation en milieu médical (hépato-gastro, médecine interne etc...)	35	5,0
5- Avec l'aide des AA, sans aucun traitement médicamenteux	**309**	**44,5**
6-Sans aucune aide d'un soignant, ni d'une association	12	1,7
Total	694	100,0

La première réunion AA a eu lieu avant le sevrage alcoolique pour 46% des répondants et après le sevrage alcoolique pour 54% d'entre eux.

Nous avons demandé aux AA après combien de temps de fréquentation des réunions avaient-ils « posé le verre ». Trente quatre pourcent disent avoir arrêté de boire après leur première réunion AA (Tableau II).

Tableau II : Délai entre l'arrêt de l'alcool et la fréquentation des AA

Délai entre l'arrêt de l'alcool et la fréquentation des AA	Nombre	Fréquence
A ma première réunion	**120**	**34,1%**
Dans le mois qui a suivi la première réunion	47	13,4%
Dans les trois mois qui ont suivi la première réunion	40	11,4%
Dans les six mois qui ont suivi la première réunion	25	7,1%
Lors de la première année	37	10,5%
Entre un et trois ans	48	13,6%
Plus de trois ans	35	9,9%

Uniquement 17,7% des AA ont été orientés par un professionnel de santé en alcoologie et 3,8% ont été orientés par leur médecin généraliste. Pour 31,3%, la fréquentation des AA était par leur propre initiative, pour 15%, sous le conseil d'un membre de leur famille ou de leur entourage, pour 14,5%, sur les conseils d'un membre AA rencontré en centre de soins, pour 12,7%, sur les conseils d'un membre AA de l'entourage.

3- Religiosité et spiritualité chez les AA

2-1- Les niveaux de religiosité chez les AA, comparée à la population générale française (Eurobarometer 2005)

Le niveau de religiosité des AA de France est comparable à celui de la population générale française. On peut en conclure que le niveau de religiosité n'est pas un déterminant de l'adhésion des patients à cette association. Autrement dit, ceux qui se déclarent athées adhèrent de la même façon que ceux qui ont une pratique religieuse (Tableau III).

Tableau III : les pratiques religieuses de la population d'AA.

	Population générale en France (%)	Population des AA
Pratique religieuse régulière	12	12,1
Pratique occasionnelle	11	18,3
Pas de pratique, mais sentiment d'appartenance	32	34,3
Ni pratique ni sentiment d'appartenance	42	35,3

2-2- Niveau de croyance chez les AA, comparée à la population générale française

Tableau IV : les croyances religieuses de la population d'AA.

	Population générale en France (%)	**Population des AA (%)**
Je crois que Dieu existe	34	38
Je ne crois pas en Dieu, mais en une sorte de force spirituelle ou une force de vie	27	49,3
Je ne crois en aucune sorte de force spirituelle, ni force de vie, ni Dieu	33	3,8
Je ne sais pas	5	8,9

Le tableau IV illustre les croyances religieuses des AA, comparées à celle de la population générale en France. Bien que nous n'aurons pas pu faire de comparaison statistique, on peut noter que :

- le nombre de personnes « croyantes » est équivalent

- le nombre de personnes « spirituelles » est plus faible chez la population générale par rapport aux AA (27% vs 49,3%).

- le nombre de personnes «non croyantes » est plus élevé chez la population générale par rapport aux AA (33% vs 3,8%).

2-3- Niveau de spiritualité des AA, comparée à la population générale française : résultats des différentes dimensions du WHOQOL-SRPB

L'étude des différentes dimensions du WHOQOL-SRPB montre que les AA sont significativement plus spirituels que la population générale (Tableau V).

*Tableau V : Etude du WHOQOL-SRPB chez les AA, comparé à la population générale**

Dimensions du WHOQOL-SRPB	Population générale N= 561 Moyenne (DS)	Population des AA N= 517 Moyennce (DS)	P
Connexion à un être spirituel	10.08 (5.39)	14.22 (4.25)	0.0001
Sens de la vie	13.26 (4.10)	14.73 (3.39)	0.0001
Emerveillement	15.30 (3.22)	15.93 (3.08)	0.001
Integration	12.25 (3.89)	13.87 (3.22)	0.0001
Force spirituelle	11.78 (4.85)	14.73 (3.64)	0.0001
Paix et harmonie	12.12 (3.78)	14.13 (3.17)	0.0001
Optimisme et espoir	13.33 (3.10)	14.10 (2.97)	0.0001
Foi	9.70 (5.57)	13.47 (4.93)	0.0001
Score total SRPB	12.15 (3.24)	14.46 (2.83)	0.01

* « la population générale » pour ce tableau est celle des 561 répondants qui ont renseigné des données socio-démographiques et rempli l'échelle WHOQOL-SRPB mise en ligne sur le site www.stop-tabac.ch [Mandhouj O et al., 2012 ; Etter JF, 2006 ; Etter JF, 2006 ; Wang J & Etter JF, 2004].

2-4- Notion de « l'éveil spirituel » (en référence à la douzième étape du programme)

Nous avons trouvé que 81,2% des AA, soit 526 personnes, ont rapporté être concernées par une expérience d'éveil spirituel depuis qu'elles participent aux réunions des AA.

L'étude de l'expérience de l'éveil spirituel, en fonction de la durée de l'abstinence, est représentée dans le tableau VI. On note que cette expérience augmente au fur et à mesure de la durée de l'abstinence.

Tableau VI : Eveil spirituel en fonction de l'ancienneté en AA

Ancienneté en AA	Nombre de répondants	Oui
Moins de six mois	12	66,7%
Entre six mois et un an	15	66,7%
Entre un an et cinq ans	133	71,4%
Entre cinq et dix ans	137	81,8%
Entre dix et vingt ans	185	88,6%
Plus de vingt ans	140	84,3%

2-5- Difficultés d'appréhender la dimension de spiritualité

Les personnes athées éprouvent plus de difficultés à appréhender la dimension spirituelle, comparées aux croyants. Cependant la plupart des personnes athées se déclarent « pas du tout gênés » par cet aspect spirituel. En revanche, la plupart des athées sont « très gênés » par l'emploi du mot Dieu, contrairement aux croyants. Ils sont « un tiers » à être gênés par la notion de Puissance Supérieure, contre seulement 4% des athées. Enfin la plupart des athées ne sont pas gênés par la prière de la sérénité (Tableau VII).

Tableau VII : Gênes des AA concernant les aspects spirituels

Au départ, avez-vous été gênés par les éléments suivants :	Pas du tout gêné		Modérément gêné		Très gêné	
	Athées	Croyants	Athées	Croyants	Athées	Croyants
La dimension spirituelle des AA	43,4% (89)	69,6% (160)	38,5% (79)	27,4% (63)	18,0% (37)	3,0% (7)
L'emploi du terme «Dieu »	15,5% (32)	60,9% (140)	29,5% (61)	24,8% (57)	55,1% (114)	14,3% (33)
La notion de Puissance Supérieure	35,9% (74)	68,4% (156)	36,4% (75)	27,6% (63)	27,7% (57)	3,9% (9)
La prière de la sérénité	52,2% (108)	76,9% (176)	37,7% (78)	19,2% (44)	10,1% (21)	3,9% (9)

Beaucoup de AA ont éprouvé des difficultés à concevoir une puissance supérieure : 24,4% ont décrit ces difficultés comme modérées, 17,2% comme grandes et 7 ,7% comme très grandes (Figure 3).

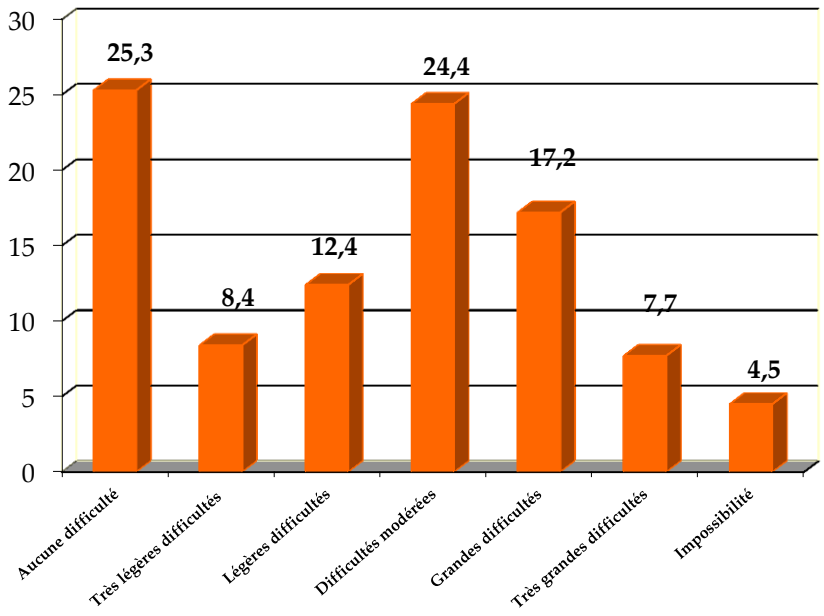


Figure 3 : difficultés des AA à concevoir une puissance supérieure

2-6- Représentation du « Dieu » ou de la puissance supérieure

Les représentations les plus fréquentes du Dieu ou de la force spirituelle correspondent à la force du groupe (44,8%), à une force intérieure (41,1%), à une énergie spirituelle universelle (40%) (Tableau VIII).

Tableau VIII : représentation du Dieu ou de la force spirituelle

Représentation du Dieu ou de la force spirituelle	**Fréquence (%)**
Force du groupe	44,8
Force intérieure	41,1
Une énergie spirituelle universelle	40
Dieu d'amour	34,6
Conscience du groupe	32,4
Ensemble des valeurs universelles	27,2
Force d'entraide	25,8
Ange gardien	22
Guide personnel	21,6
Force créatrice	20
Transmission des parents	15,6

En ce qui concerne les caractéristiques du Dieu ou de la force spirituelle, j'ai essayé de les classer en fonction de l'aspect positif ou négatif de cette représentation.

On constate (tableau IX) que la force spirituelle serait une source de bienveillance, de protection, d'aide pour lâcher prise, pour une compréhension de soi, pour travailler sur son égo, pour donner un sens à la vie. Rares les AA qui ont une représentation négative de la force spirituelle et la qualifient de punition, de soumission etc.

Tableau IX : représentation du Dieu ou de la force spirituelle.

Représentation positive		**Représentation négative**	
Permet de lâcher prise	74%	Envoie des épreuves	33%
Bienveillante	73%	Punit	5%
Aide à une meilleure compréhension du soi	69%	Exige que l'on la loue	3%
Aide à travailler sur son égo	68%	Exige qu'on craigne	3,6%
Protectrice	67%	Exige une pratique	9%
Utile au travail d'acceptation de son alcoolisme	66%		
Donne un sens à la vie	66%		
Véhicule de l'amour	65%		
Favorise les moments heureux	64%		
Autant plus présente que l'on travaille sur ses défauts	63%		
Entend les prières	50%		

IV- Discussion

Nos résultats montrent que les AA font une nette distinction entre la spiritualité et la religion. Si leur niveau de religiosité est équivalent à celui de la population générale française, leur niveau de « spiritualité » est nettement supérieur.

Les personnes athées rencontrent plus de difficultés à appréhender la dimension spirituelle. Toutefois, ceci ne constitue pas un obstacle infranchissable, puisque parmi le tiers de répondants qui se déclarent athées, 73,6% déclarent avoir connu « un réveil spirituel ». La dimension spirituelle s'acquiert et se renforce au fil du temps, car cela nécessite une longue maturation et de nombreux questionnements et réflexions

Les autres résultats de notre enquête décrivent cette maturation vers « une conception de la Puissance Supérieure », et tendent à montrer que cette dimension spirituelle est bien efficace pour initier et pérenniser une dynamique de changement.

La proportion de personnes ayant « connu un réveil spirituel » est élevée parmi les nouveaux participants. Ceci doit correspondre au fait d'avoir obtenu l'abstinence rapidement, ce qui est considéré comme « un miracle » pour la majorité des AA interrogés, qui se considéraient « perdus ».

Par réveil spirituel, les AA expliquent souvent par une prise de conscience qu'il s'est produit quelque chose de miraculeux. Effectivement cet aspect « miraculeux », qui, en tant que médecin, suscite soit notre curiosité, soit notre méfiance.

Par ailleurs, nos résultats montrent que, malgré les gênes exprimées par les AA au départ, 81,2% déclarent être concernés par un « réveil spirituel » : ils ont donc pu surmonter cette gêne, et apprendre à concevoir une Puissance Supérieure, autrement que sous la forme d'un Dieu.

En tant que médecins, lorsque nous adressons nos patients aux AA, il nous faut donc les préparer à ces aspects, car un tiers sont « modérément gênés » par les aspects de spiritualité, la notion de Puissance Supérieure, et la prière de la sérénité, et un tiers d'entre eux est « très gêné » par l'emploi du terme Dieu.

CONCLUSION

L'intérêt de ce travail ne réside pas uniquement dans l'analyse de ces résultats « chiffrés ». Il était surtout l'occasion d'une rencontre entre les médecins alcoologues et les Alcooliques Anonymes.

Selon nous, le résultat essentiel de cette enquête est le suivant : nous nous parlons, et nous parlons les uns des autres, aux personnes qui souffrent encore de leur alcoolisme.

Le rôle des médecins addictologues et de ceux qui interviennent auprès des personnes souffrants de la maladie alcoolique, est d'essayer de les encourager à participer aux réunions AA (pendant leur cure de sevrage, pendant leur sevrage ambulatoire, et au-delà du sevrage). Les soignants doivent aborder le sujet de la spiritualité avec les patients, explorer leurs croyances, distinguer leur spiritualité de leur religion, explorer leur définition de la puissance supérieure, ou de la force spirituelle. Il est indispensable de prévenir les patients des aspects de spiritualité présents en réunion des AA et de les aider à mieux appréhender cette dimension. On rappelle que la dimension spirituelle est compatible avec l'athéisme et avec l'agnosticisme.

Lorsqu'un patient adhère bien aux AA, ceci est considéré comme un facteur de bon pronostic vu l'efficacité largement démontré de ces groupes dans l'entraide pour le sevrage alcoolique et surtout pour la maintenance du sevrage. L'adressage vers un groupe d'entraide, et les AA en particulier, fait partie des éléments essentiels à travailler avec nos patients, en cure ou en consultation.

Nous souhaitons que l'expérience de cette complémentarité puisse être transmise à l'ensemble de la communauté médicale et soignante.

Conclusions et perspectives

Conclusions de ce travail

Au XXème siècle, la médecine, la psychiatrie, la psychologie et la sociologie ont remplacé la religion et la spiritualité par le naturalisme, l'empirisme et l'humanisme. La religion et la science ont été considérées par les scientifiques, les universitaires et les communautés médicales comme deux domaines séparés. La religiosité a été considérée par plusieurs scientifiques comme l'équivalent d'une pensée irrationnelle et d'un trouble émotionnel.

Vers la fin du XXème siècle, les chercheurs ont constaté que les croyances et les pratiques spirituelles et religieuses sont largement répandues dans la population de l'Amérique du Nord et que ces croyances et pratiques peuvent avoir une pertinence clinique. Pour ceci, on a vu l'apparition de nombreuses organisations de professionnels de santé sensibilisant sur le rôle de la spiritualité et de la religion dans la prise en charge des patients comme « The American Psychiatric Association » en 1989, « The American Psychological Association » en 1992, « The association of American medical Colleges » en 1998 etc.

On a vu également l'apparition d'une littérature abondante sur la spiritualité, religion et santé. La grande majorité des études a montré que les croyances religieuses et spirituelles sont significativement associées à une meilleure santé physique et mentale. Cependant, il faut noter qu'il n'y a pas de consensus sur l'importance de l'effet de la religion et de la spiritualité sur la santé.

Le concept de la santé s'est, depuis les dernières décennies, élargi bien au-delà de la seule notion d'absence d'une maladie biologique. La santé est fortement influencée par la culture de l'individu, ses relations personnelles intimes, son contexte social, la qualité des ses relations sociales, ses idées philosophiques incluant le sens qu'il donne à sa vie. Beaucoup d'individus souffrant de problèmes psychologiques, émotionnels, d'évènements de vie stressants se refugient dans la religion afin d'y trouver du réconfort, de l'espoir, un sens à leur vie. Ce refuge peut aider certaines personnes mais peut aussi aggraver les souffrances psychologiques de certaines personnes

vulnérables. En effet, les croyances religieuses, associées à un cadre moral normatif rigide, peuvent, chez certaines personnes augmenter leurs angoisses et leur sentiment de culpabilité.

Spiritualité chez les suicidants

La spiritualité et la religion interagissent avec des facteurs psychologiques comme la dépression, l'estime de soi, l'attitude négative envers le suicide et avec des facteurs sociaux comme le support social. Toutefois, l'effet protecteur de la spiritualité et de la religion demeure insuffisamment connu.

Quand les facteurs de risque suicidaires sont nombreux, la spiritualité semble insuffisamment protectrice contre le suicide même si elle parait comme une ressource importante pour faire face aux difficultés de la vie, pour donner de l'espoir et de l'optimisme et pour donner un sens à la vie. Le suivi de nos patients a montré que le principal facteur de récrrence suicidaire était le manque du sens à la vie.

L'évaluation spirituelle des personnes qui ont des conduites suicidaire semble impérative afin de connaitre la représentation qu'elles ont de leur rôle sur terre et donc des objectifs et du sens qu'ils donnent pour y rester.

Spiritualité chez les détenus

Notre étude a été menée chez un groupe de détenus d'une maison d'arrêt en France. Nous avons mis en évidence que la moitié des détenus considéraient la spiritualité comme étant le plus important mécanisme de *coping* pour faire face à l'incarcération et aux évènements de vie stressants. Les personnes croyantes, quelque soit leur religion, considéraient dans trois quart des cas que l'investissement religieux protégeait du risque de passage à l'acte suicidaire.

Le fait d'avoir la foi, un sens à sa vie et de ressentir une paix intérieure et une force spirituelle semblent donc protéger les détenus du suicide. Ces données donnent des arguments plutôt solides au fait de pratiquer une évaluation des ressources spirituelles dans le bilan psychiatrique des détenus. Cela afin de les aider à mobiliser

ces ressources pour faire face aux idées suicidaires, aux difficultés de la détention et au risque de récidive post carcérale.

Spiritualité et addictions

L'importance de la religiosité dans le traitement et dans la prise en charge des addictions a été largement citée. Dans notre première étude, réalisée dans la population chez laquelle nous avons validé l'échelle de mesure de la spiritualité WHOQOL-SRPB, nous n'avons pas trouvé de relation entre l'affiliation religieuse, les pratiques religieuses et la consommation de substances. Une relation statistiquement significative a été retrouvée entre la dimension « sens de la vie » et la consommation d'alcool, de cannabis, de tabac et de drogues en général.

Dans notre deuxième étude chez les AA, nous avons trouvé que ceux-ci ont un niveau de religiosité équivalent à celui de la population générale française mais que leur niveau de « spiritualité » est nettement supérieur. Si la dimension spirituelle a été gênante lors de l'intégration du groupe AA, celle-ci semble s'acquérir et se renforcer au fil du temps chez les personnes athées, qui ont déclaré, pour la majorité avoir connu « un réveil spirituel ».

Ce travail a été une occasion de rencontre entre les médecins alcoologues et les Alcooliques Anonymes. Lorsqu'un patient adhère bien aux AA, ceci est considéré comme un facteur de bon pronostic vu l'efficacité largement démontré de ces groupes dans l'entraide pour le sevrage alcoolique et surtout pour la maintenance du sevrage.
Le rôle des médecins addictologues et de ceux qui interviennent auprès des personnes souffrants de la maladie alcoolique, est d'essayer de les encourager à participer aux réunions AA. Il est indispensable de prévenir les patients des aspects de spiritualité présents en réunion des AA et de les aider à mieux appréhender cette dimension.

La place de la spiritualité dans la pratique clinique

Quasiment tout être humain sur terre veut vivre en parfaite santé, avec le minimum de maladies physiques et de souffrances psychologiques, avec un sentiment de paix intérieure, et tout en ayant un sens à sa vie et en étant satisfait de son existence. Si les

professionnels de santé négligent cette nature de l'être humain et se focalisent uniquement sur l'aspect matériel, le caractère biologique des maladies, ils peuvent passer à côté de besoins critiques chez leurs patients. Aider un patient, surtout en psychiatrie et en addictologie, c'est lui permettre d'avoir une meilleure santé physique, un meilleur *coping* psychologique, d'enrichir ses expériences positives, d'avoir un sens à sa vie et d'en être satisfait.

Les croyances spirituelles et religieuses encouragent les sentiments et les valeurs positives comme l'amour, l'honnêteté, la joie, la paix, l'espoir, la patience, la générosité, le pardon, la gentillesse, la bonté, la fidélité, la compassion etc. Toutes ces valeurs sont bénéfiques et ont des effets positifs sur la santé physique et psychologique et sur les interactions sociales. Toutefois, plusieurs effets négatifs sont imputés aux croyances spirituelles et religieuses : la rigidité, la torture, les guerres, les meurtres, la haine, les préjudices etc. Ces aspects ont comme conséquences de séparer les populations, de dissocier les communautés, favorisent l'exclusion et peuvent, bien évidemment, donner des effets négatifs sur la santé dans certains contextes.

En résumé, une spiritualité qui serait positive, pourrait réduire le manque d'estime de soi, de confiance en soi, et d'espoir qui peuvent accompagner des souffrances physiques. Elle peut réduire le stress et donner un sens à la vie. Les pratiques spirituelles peuvent réduire l'isolement du patient (prières collectives, visites des représentants de la religion etc). Beaucoup de patients souhaitent que leurs médecins prennent en compte leurs besoins spirituels et les soignent comme « une personne entière » c'est-à-dire en tenant compte les dimensions physiques, émotionnelles, sociales et spirituelles. Beaucoup de praticiens croient que les interventions spirituelles peuvent aider certains patients, mais ont des difficultés à en discuter.

Les cliniciens devraient s'enquérir les activités religieuses et spirituelles de leurs patients, apprécier et encourager les ressources qui permettent un meilleur fonctionnement psychologique et social. Les ressources spirituelles demeurent limitées et peuvent, chez certaines personnes vulnérables aggraver leurs souffrances et essayer de les mobiliser risque d'être contre-indiqué.

Les praticiens sont rarement formés pour traiter les aspects spirituels et religieux de leurs patients. Adresser vers un représentant de la religion du patient est parfois problématique. En effet, plusieurs représentants des religions manquent d'expertise psychiatrique et sont incapables de définir la limite entre ce qui est spirituel et ce qui relève du domaine médical.

Comment peut-on résoudre ce dilemme ? Deux approches sont possibles :

- La première est d'aider les institutions religieuses à développer leurs connaissances scientifiques et dans le conseil psychologique.
- La deuxième approche serait d'aider les praticiens à développer des compétences pour mieux comprendre les questions spirituelles et définir les limites entre ce qui est médical et ce qui est spirituel.
- Une troisième possibilité serait la coordination et la collaboration des professionnels de santé et des représentants spirituels.

Le clinicien a essentiellement besoin :

- D'accepter les problèmes spirituels de ses patients, sans jugement, en gardant sa relation empathique avec lui.
- D'accepter avec empressement de pendre le temps pour comprendre les problèmes spirituels de ses patients qui peuvent être reliés à leurs problèmes de santé.
- De connaître un minimum les différentes cultures, croyances et pratiques de ses patients.
- Poser des questions sur la spiritualité des patients et en parler de manière confortable.
- D'avoir la capacité de chercher des informations auprès des professionnels et de se coordonner avec eux.

S'impliquer dans la vie religieuse et spirituelle des patients n'est pas une pratique commune bien que reliée à des résultats positifs dans la prise en charge des patients, car l'investigation de cette sphère peut aider dans la compréhension de ces problèmes et permettre d'orienter le processus thérapeutique.

Peut-on imaginer, dans le futur, le développement d'une approche thérapeutique avec multiples perspectives : biomédicale, philosophique, sociologique et spirituelle ?

Perspectives

Les différents résultats de nos études me permettent de penser que :

- Considérer la dimension spirituelle comme faisant partie de la sphère individuelle de nos patients pourrait impliquer l'ignorance d'importantes ressources qui les aideraient à faire face à différentes difficultés de la vie, à soigner des addictions etc. Pour ceci, il est important de continuer à explorer les particularités de la spiritualité et de la religiosité dans le contexte français laïque et multiculturel.

  L'échelle WHOQOL-SRPB semble satisfaisante dans l'ensemble comme échelle de mesure de la spiritualité qui est facile à passer, rapide et claire. Il serait très pertinent de l'utiliser pour explorer la spiritualité dans des groupes d'âges différents (adolescents, jeunes adultes, personnes âgées), ainsi que dans des groupes de malades (maladies chroniques, soins palliatifs…).

  Ceci permettrait de mieux comprendre les dimensions de la spiritualité, leur évolution selon l'âge et de voir plus clairement la place de la spiritualité dans le bien être global et son importance comme ressource de *coping* pour faire face à la maladie et à la mort.

  Nous avons tenté dans l'étude chez les suicidants de définir un seuil, à partir duquel on peut parler d'une faible ou d'une forte spiritualité. Un seuil conventionnel semble être très pertinent, mais ceci n'est possible que si l'on dispose d'un échantillon suffisamment grand qui permettrait une classification des scores de l'échelle WHOQOL-SRPB. Toutefois, je pense, d'après cette petite expérience de recherche, que la mesure de la spiritualité ne peut pas se limiter à l'aspect quantitatif et doit toujours être couplée à une composante qualitative, dans laquelle le patient (ou le participant) peut décrire sa vie spirituelle et ses croyances personnelles.

- La quasi-totalité des études sur la religion et la spiritualité classent leurs populations d'étude en 2 catégories : « religieux » et « non religieux ». Nous avons opté, dans certaines de nos analyses au même classement, essentiellement en raison de la taille de nos échantillons. Le groupe de « non religieux » comprend les personnes athées, agnostiques, et ceux qui n'ont aucune pratique religieuse. Or, on sait bien que l'athéisme est un mouvement soutenu par de nombreux auteurs tel que Richard Dawkins et Sam

Harris, dont les ouvrages sont largement lus en Europe et en Amérique du Nord. L'athéisme, dans notre pays, concerne le un quart de la population. Le manque de spécificité de et l'hétérogénéité de la catégorie « non religieux » ne permet pas d'étudier, chez les personnes athées, la relation entre leur philosophie de vie et leurs bien-être, leur santé mentale etc. Nous avons bien souligné une richesse spirituelle chez les personnes athées dans notre étude et une ouverture pour l'enrichissement spirituel. Ces constatations suggèrent la pertinence de nouvelles études sur « la spiritualité athée » qui nous aideraient à mieux comprendre et différencier les besoins spirituels chez les personnes religieuses, agnostiques et athées.

- Le rôle des associations d'entraide à l'alcool est indiscutable dans la prise en charge des patients souffrant de dépendance alcoolique. Nous avons démontré que l'aspect spirituel des groupes des AA n'est pas un obstacle majeur et que la spiritualité évolue dans ces groupes parallèlement au processus de changement. Toutefois, dépasser une éventuelle gêne causée par l'aspect spirituel chez les personnes non croyantes est indispensable pour intégrer ces groupes. Franchir cette étape est l'apanage des soignants et doit être intégrée dans le travail psychothérapeutique.

  Il me semble indispensable d'étudier l'opinion des addictologues concernant l'intégration de la dimension spirituelle dans la prise en charge des alcooliques.

  Par la suite, on pourra envisager l'intégration de la dimension spirituelle dans le travail de psychothérapie et également étudier l'impact de ces interventions sur l'amélioration des soins, des prises en charge.

- Quand l'aspect spirituel est un véritable obstacle pour intégrer les groupes AA, il est légitime d'orienter les patients vers d'autres groupes d'entraide, dont le programme n'est pas explicitement spirituel comme Alcool Assistance (croix d'or), vie libre, croix bleue etc. Toutefois, il est curieux de savoir s'il existe d'éventuelles différences concernant les dimensions spiritualités de ces groupes, en comparaison avec les AA et la population générale. Ceci mérite d'être exploré.

- La dimension « sens de la vie » mériterait d'être développée davantage au vue de nos différentes études. Cette dimension était surtout, significativement liée à la

consommation de drogue et à la récurrence suicidaire. En clinique psychothérapeutique, la question du sens se pose très fréquemment. Certains patients présentent des troubles psychiatriques (épisodes dépressifs, troubles anxieux, addictions) qui surviennent en conséquence de facteurs de stress à thématiques existentielles, c'est-à-dire d'un manque de sens. D'autres études me semblent très pertinentes, dans lesquelles, on pourrait affiner la recherche sur cette dimension, surtout dans les populations des suicidants et en addictologie. Ceci permettrait, d'une part de savoir orienter les patients pour des thérapies existentielles, et d'autre part de mieux comprendre les conduites suicidaires qui peuvent être liées à l'absence d'un sens à la vie ou aussi une recherche de la spiritualité, recherche de Dieu et de la renaissance.

- Le contact que j'ai pu avoir avec des patients de différentes origines, cultures et religions me laisse penser à la nécessité de mener des études transculturelles aussi bien en France qu'en collaboration avec d'autres pays.

Le concept de la spiritualité est certainement très riche. Néanmoins, le travail sur la spiritualité est extrêmement enrichissant.

Bibliographie

1. Adlaf EM, Smart RG. Drug use and religious affiliation, feelings, and behaviour. British Journal of Addiction 1985;80:163-171.

2. Albercht SA, Reynaolds MD, Cornelius MD, Heidinger J, Armfield C. Connectedness of pregnant Adolescents who smoke. Journal of Child Adolesent Psychiatry Nursing 2002; 15(1):16-24.

3. Alexander MJ, Haugland G, Ashenden P, Knight E, Brown I, Coping with thoughts of suicide : techniques used by consumers of mental health services, Psychiatr Serv 2009 Sep ; 60(9):1214-21.

4. Allen RS, Phillips LL, Cavanaugh R, Day L. Religiousness/spirituality and mental health among older male inmates. Gerontologist 2008; 48(5):692-697.

5. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with substance abuse disorders. Am J Psychiatry 1995; 152:1-50.

6. Amoeteng AY, Bahr SJ. Religion, family, and adolescent drug use. Sociological Perspectives 1986; 29:53-76.

7. Anasseril ED. Preventing suicide in Prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff. J Am Acad Psychiatry Law 2006; 34:165-175.
8. Arnold RM, Avants SK, Margolin A, Marcotte D. Patient attitudes concerning the inclusion of spirituality into addiction treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 2002; 23:319-326
9. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry 2004; 4:37.
10. Atlas of Religions. The life and the world. Review. Inter Edition 2007: 122-123.
11. Azaiza F, Bar-Hamburger R, Abu-Asbeh K. Druze Adolescnet dropouts in Israel and their use of psychoactive substance. Journal of Ethnicity in substance abuse 2010; 9: 1-13.

12. Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Jokic R, Bowen R. religious psychiatry: the Canadian experience. Journal of Nervous & Mental Disease2002; 190 (8):557-559.

13. Bagley C, Ramsey RF. Attitude toward suicide, religious values and suicidal behavior: Evidence from a community survey. In: Diekstra RFW, Maris R, Platt S, Schmidtke A, Sonneck G, editors. Suicide and its prevention: The role of attitude and imitation. Leiden, Netherlands: E. J. Brill 1989 : 78–90.

14. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. Journal of Clinical Oncology 2007; 25 :555-560.

15. Baron-Epel O, Haviv Messika A, Tamir D, Kaluski DN, Green M. Multiethnic differences in smoking in Israel. European Journal of Public Health 2004; 14(4): 384-389.

16. Baux D. Les condamnations en 2010. Rapport du Ministère de la Justice et des Libertés. Service support et moyens du ministère, Sous-direction de la Statistique et des Études. P 217.

17. Blaauw E, Kerkhof AJ, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. Suicide and Life Threatening Behavior 2005; 35(1):63-75. From: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_stat_condamnations_en_2010.pdf

18. Blazer D. Spirituality, depression and suicide: a cross-cultural perspective. South Med J 2007; 100(7):735-6.

19. Bolz W. Psychological analysis of the Sri Lankan conflict culture with special reference to the high suicide rate. Crisis 2002;23(4), 167–170.

20. Borras L, Khazaal Y, Khan R, Mohr S, Kaufmann YA, Zullino D, Huguelet P. The relationship between addiction and religion and its possible implication for care. Subst Use Misuse 2010; 45: 2357-2410.

21. Borras L, Mohr S, Brandt PY, Gillieron C, Eytan A and Huguelet P. Influence of spirituality and religiousness on smoking among patients with schizophrenia or schizo-affective disorder in Switzerlan. Int J Soc Psychiatry 2008;54(6): 539-549.

22. Bostwick JM, Rummans TA. Spirituality, depression and suicide in middle age. South Med J 2007; 100(7):746-7.
23. Brenner LA, Homaifar BY, Adler LE, Wolfman JH, Kemp J. Suicidality and veterans with a history of traumatic brain injury: precipitants events, protective factors, and prevention strategies. Rehabil Psychol 2009; 54(4):390-7.
24. Buck HG. Spirituality: concept analysis and model development. Holist Nurs Pract 2006;20(6):288-292.
25. Büssing A, Ostermann Th, Matthiessen PF: Search for meaningful support and the meaning of illness in German cancer patients. Anticancer Res 2005; 25(2).
26. Carter TM. The effects of spiritual practices on reconvery from substance abuse. Journal of Psychiatric ans Mental Health Nursing 1998; 5:409-413.
27. Carter GL, Clover KA, Parkinson L, Rainbird K, Kerridge I, Ravenscroft P, Cavenagh J, McPhee J. Mental health and other clinical correlates of euthanasia attitudes in an Australian outpatient cancer population. Psychooncology 2007; 16: 295-303.
28. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. Psychological Medicine 2003; 33:395–405.
29. CEMKA-EVAL. Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral. Étude pour le Ministère de la Santé (Direction Générale de la Santé) et le Ministère de la Justice (Direction de l'Administration Pénitentiaire) Décembre 2004.
30. Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: e-register-based survival analysis. Aust N Z J Psychiatry 2007; 41(3):257-265.
31. Clarke CS, Bannon FJ, Denihan MB. Suicide and religiosity-Masaryk's theory revisited. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2003; 38:502–506.
32. Clear TR, Sumter MT. Prisoners, prison, and religion: Religion and adjustment to prison. Journal of Offender Rehabilitation 2002; 35(3-4):127-159.
33. Cloud, R.N., Besel K., Ziegler C. Adapting motivational interviewing strategies to increase post-treatment 12-step meeting attendance. Alcohol Treat Quart 2006; 24(3): 31-54.
34. Colucci E, Martin G. Religion and spirituality along the suicidal path. Suicide and Life-Threatening Behavior 2008; 38(2):229-244. Rewiew.
35. Comte-Sponville A., L'esprit de l'athéisme: introduction à une spiritualité sans Dieu 2006 ; Albin Michel, Paris.
36. Cook JM, Pearson JL, Thompson R, Black BS, Rabins PV. Suicidality in older African Americans: Findings from the EPOCH study. Am J Geriatr Psychiatry 2002; 10:437-446.
37. Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine Sciences Flammarion,éditions Lavoisier; 2010.
38. Crowne DP, Marlowe D: A new scale of social desirability independant of psychopathology. J Consult Psychol 1960; 24:349-354.

39. Crumbaugh JC. The Seeking of Noetic Goals test (SONG): A complementary scale to the Purpose in Life test (PIL). Journal of Clinical Psychology 1977; 33:900-907.
40. Curlin FA. Spirituality and Lifestyle: What Clinicians Need to Know. Southern Medical association 2006; 99(10):1170-1171.
41. Dammer HR. The reasons for religious involvement in the correctional environment. Journal of Offender Rehabilitation 2002; 35(3-4):35-58.
42. Dictionnaire Grand Larousse Illustré. Edition Larousse. édition 2014 (6 juin 2013).
43. Dictionnaire LE ROBERT. Desk Edition (17 mai 2014)
44. Drapers John William. History of the conflict between Religion and Science 1874. New York: D. Appleton.
45. Dawkins R: The God Delusion 2006;Houghton Mifflin Company, New York.
46. Dein S. Spirituality, psychiatry and participation: A cultural analysis. Transcultural Psychiatry 2005; 42: 526-544.
47. Dervic K, Oquendo MA, Grunebaum MF, Ellis S, Burke AK, Mann JJ. Religious affiliation and suicide attempt. Am J Psychiatry 2004; 161(12):2303-8.
48. Dix-Richardson F. Resistance to conversion to Islam among African American women inmates. Journal of Offender Rehabilitation 2002; 35(3-4):109-126.
49. D'Souza R. The importance of Spirituality in Medecine and its application to clinical practice. MJA 2007; 186(10): S57-S59.
50. Durkheim E.(1897/2002). Suicide: A study of sociology. London and NewYork: Routledge Classics.
51. Duthé G, Hazard A, Kensey A, Pan Ké Shon J. Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens. Population et Sociétés 2009; 462.
52. Ellis A. Psychotherapy and Atheisic values: A response to A Bergin's « Psychotherapy and religions values ». Journal of Consulting and Clinical Psychology 1980; 48:635-639.
53. Ellis MR, Vinson DC and Ewingman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physican's attitudes ans practice. Journal of Family Practice 1999; 48:105-109.
54. Ellison CG, Gay DA, Glass TA. Does religious commitment contribute to individual life satisfaction? Social forces 1989; 68:100-123.
55. Ellison CG. Religious involvement and subjective quality of family life among African Americans. In R.J. Taylor, JS. Jackson, L.M Chatters. Family life in black America. Thousand Oaks, Calif: Sage.
56. Enache A. Aspects regarding the hope for successful reintegration of female detainees. Legal Medicine (Tokyo) 2009;11(Suppl 1):S382–S385.
57. Etter JF, Perneger TV. A comparison of cigarette smokers recruited through the internet or by mail. Int J Epidemiol 2001; 30 (3): 521-525.
58. Etter JF. Internet-based smoking cessation programs. Int J Med Inform 2006; 75(1):110-116.
59. European-commission. Social values, sciences et technology. Eurobarometer 2005.
60. Eytan A. Religion and Mental Health During Incarceration: A Systematic Literature Review. Psychiatr Q 2011; 82(5):550-554.
61. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. Lancet 2002; 359(9306):545–550.
62. Fazel S, Lubbe S. Prevalence and characteristics of mental disorders in jails and prisons. Current Opinion Psychiatry 2005; 18(5):550–554.
63. Fernander A, Wilson JF, Staton M, Leukefeld C. An exploratory examination of the Spiritual Well-Being Scale among incarcerated black and white male drug users. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2004; 48(4):403-413.

64. Ferrell BR, Dow KH, Grant M: Measurement of the quality of life in cancer survivors. Qual Life Res 1995; 4(6):523-531.

65. Ferri M, Amato L, Davoli M, 2006. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3.

66. Fetzer Institute/ National Institute on Aging Working Group. Multidimensional measurement of religiousness/spirituality for use in health research 1999 [Retrieved 29 July 2003, from http://www.fetzer.org/Resources/resources_multidimens.htm]

67. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington:American Psychiatric Press Inc 1997.

68. Flannelly KJ, Galek K, Ellison CG and Koenig HG. Beliefs about God, psychiatric symptoms and Evolutionary Psychiatry. J Relig Health 2010; 49:246-261.

69. Fleck MP, Skevington S. Explaining the meaning of WHOQOL-SRPB. Rev Psiq Clin 2007; 34 (supl1):67-69.

70. Fleming J, Ledogar RJ. Resilience and Indigenous Spirituality: A Literature Review. Pimatisiwin. 2008; 6(2):47-64.

71. Foucault Michel. Surveiller et punir. Ed Gallimard.1998.

72. Fournier RR. Spirituality as a resource for suicide prevention: A response to a fellow suicidologist. American journal of Pastoral Counseling 1999; 2:49-74.

73. Frankl VE. Man's search for meaning: An introduction to logotherapy. Oxford, England: Washington Square Press 1963, p 220.

74. Freud S. Future of an illusion. In Strachey J. Standard Edition of the complete Psychological Works of Sigmund Freud. ([1927]-1962). London : Hogarth Press.

75. Galanter M, Larson D, Rubenstone E. Christian Psychiatry: the impact of evangelical belief on clinical practice. Am J Psychiatry 1991; 148:90–95.

76. Galanter M. Spirituality and addiction: a research and clinical perspective. Am J Addict 2006; 15:286-292.

77. Galety Iain. Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization, 2003, Grove press.

78. Gearing RE, Alonzo D, Smolak A, Mc Hugh K, Hormon S, Baldwin S. Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia : Implications for engagement and adherence. Schizophr Res 2011; 126:150-63.

79. Gillum RF and Paul Sullins D. Cigarette Smoking During Pregnancy: Independent Associations with Religious Participation. Southern Medical Journal 2008; 101(7):1-7.

80. Gillum RF. Frequency of attendance at religious services and cigarette smoking in American women and men: The Third National Health and Nutrition Examination Survey. Preventive Medicine 2005; 41: 607-613.

81. Gillum RF. Religiosity and the validity of self-reported smoking: The third National Health and Nutrition Examination Survey. Rev Relig Res 2005; 47:190-196.

82. Gillum F, Obisesan TO and Jarrett NC. Smokeless Tobacco Use and Religiousness. Int J Environ. Res Public Health 2009; 6: 225-231.

83. Goldney RD, Winefield A, Saebel J, Winefield H, Tiggeman M. Anger, suicidal ideation, and attempted suicide: a prospective study. Compr Psychiatry 1997; 38:264–268

84. Goldston DB, Molock SD, Whitbeck LB, Murakami JL, Zayas LH, Hall GC. Cultural considerations in adolescent suicide prevention and psychosocial treatment. Am Psychol 2008; 63(1):14-31. Review.

85. Gonzales D, Redtomahawk D, Pizacani B, Bjornson JS, Allen E, Lees P. Support for spirituality in smoking cessation: Result of pilot survey. Nicotine & Tobacco Research 2007; 9(2): 299-303.

86. Grossehme DH, Springer LS. Images of god used by self-injurious burn patients 1999; 25:443-448.

87. Grover S, Davuluri T and Chakraborti S. Religion, Spirituality and Schizohrénia: A review Indian Psychol Med 2014; 36(2): 119-124.

88. Hall DE, Meador KG, Koenig HG Measuring religiousness in health research: review and critique. Journal of Religion and Health 2008; 47(2):134-63.

89. Hasanovic M and Pajevic I. Religious moral beliefs as mental health protective factor of war veterans suffering from PTSD, depressiveness, anxiety, tobacco and alcohol abuse in comorbidity. Psychiatria Danubina 2010; 22(2): 203-210.

90. HAS, 2001. Modalités de l'accompagnement du sujet alcoolo-dépendant après un sevrage.

91. HAS / Service des recommandations et références professionnelles / décembre 2002 : http//www.has-sante.fr

92. Hill PC, Pargament K. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: implications for physical and mental health research. Am Psychol 2003; 58:64-74.

93. Hill PC, Hood RJ. Measures of religiosity. Birmingham, Ala: Religious Education press, 1999.

94. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272290/accompagnement-des-personnes-en-finde-vie-et-de-leurs-proches

95. http://www.europeanvaluesstudy.eu/ : Site European Value Study. Dernière consultation, le 29 septembre 2014.

96. http://www.eurel.info/spip.php?rubrique12 : Site EUREL des Données sociologiques et juridiques sur la religion en Europe, Rubrique 12 : données en France. Dernière consultation, le 29 septembre 2014.

97. Huguelet P, Mohr S, Jung V, Gillieron C, Brandt PY, Borras L. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders. Eur Psychiatry 2007; 22:188-194.

98. Huguelet P, Mohr S, Borras L, et al. Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. Psychiatr Serv 2006; 57:366–372.

99. Humphreys, Kaskutas. The Alcoholics Anonymous Affiliation Scale: Development, Reliability, and Norms for Diverse Treated and Untreated Populations. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22(5): 974-978.

100. Josephson AM, Peteet JR. Handbook of spirituality and worldview in clinical practice. American Psychiatric Publishing 2004; Washington D.C.

101. Kandel BD, Adler I, Sudit M. The epidemiology of adolescent drug use in France and Israel. AJPH 1981; 71(3): 256-265.

102. Kaplan K, Ross L. Life ownership orientation and attitude toward abortion, suicide, and capital punishment. Journal of Psychology and Judaism 1995; 19(2):177-193.

103. Kaskutas LA. Effectiveness of Making Alcoholics Anonymous Easier: A group format 12-step facilitation approach. Journal of Substance Abuse Treatment 2009; 37: 228- 239.

104. Kelly, Moos. Dropout from 12-step self-help groups: Prevalence, predictors, and counteracting treatment influences. Journal of Substance Abuse Treatment 2003; 24: 241-250.

105. Kerley KR, Matthews TL, Blanchard TC. Religiosity, religious participation, and negative prison behaviors. Journal for the Scientific Study of Religion 2005; 44(4):443-457.

106. Kerley KR, Copes H. ''Keepin' my mind right'' identity maintenance and religious social support in the prison context. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2009; 53(2): 228-244.

107. Khan M M, Reza H. The pattern of suicide in Pakistan. Crisis 2000; 21(1): 31–35.

108. Khavari KA, Harmon TM. The relationship between the degree of professed religious belief and use of drug. International Journal of the Addiction 1982;17:847-857.

109. King DE, Sobal J, haggerty J, Dent M, Patton D. Experiences and attitudes about faith healing among family physicians. Journal of family practice.1992.35:158-162.

110. Kleiman EM and Liu RT. Prospective prediction of suicide in a nationally representative sample : religious service attendance as a protective factor. BJ Psy, 2014; 204:262-266.

111. Koenig HG. Religion and older men in prison. International Journal of Geriatric Psychiatry 1995; 10(3):219–230.

112. Koenig HG, George LK, Cohen HJ, Hays JC, Blazer DG and Larson DB. The relationship between religious activities and cigarette smoking in older adults. Journal of gerontology 1998; 53A: M426-M434.

113. Koenig HG, Pargament KI, Nielson J: Religion coping and health status in medically ill hospitalized older people. Journal of Nervous and Mental Disease. 1998;186:513-521.

114. Koenig HG, McCullough ME and Larson D. Handbook of religion and health. Oxford University Press 2001.

115. Koenig HG. Religion, spirituality and health: an American physician's response. Med J Aust 2003; 178: 51-52.

116. Koenig HG: Physician attitudes toward treatment of depression in older medical inpatients. Aging Ment Health 2007;11:197-204.

117. Koenig HG: Concerns about measuring "spirituality" in research. J Nerv Ment Dis 2008; 196(5):349-355.

118. Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. Canadian Journal of Psychiatry 2009; 54(5):283-291.

119. Koenig HG, King DE, Carson VB : Handbook of religion and health, 2nd edition. Oxford University Press, New York, 2012.

120. Kok LP Race, religion and female suicide attempters in Singapore. Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology1988; 23:236-239.

121. Krause N. Religion, aging, and health: Exploring new frontiers in medical care. Southern Medical Journal 2004; 97:1215-1218.

122. L'atlas des religions. La vie, le monde 2007; p122-123.

123. La Sainte Bible, traduite d'après les textes originaux hébreu et grec, nouvelle version Segond révisée, Alliance Biblique Universelle.

124. Larimore WL, Parker M and Growther M. Should Clinicians Incorporate positive Spirituality Into their Practices? What Does the Evidence Say. Annals of Behavioral Medicine 2002; 24(1):69-73.

125. Larson DB, Swyers JP, Mc Cullough ME: Scientific research on spirituality and health: A consensus report. In. Rockville, MD: National Institute for Healthcare Research; 1997.

126. Lavis GK, Northcott HC. Religion and differences in morbidity and mortality. Soc Sci Med 1987; 25:813-24

127. Lawrence RT and Schmit DW. Principals to make a spiritual assessement work in your practice. The journal of Family Practice 2004; 53, 625-631.

128. Le Coran, traduit de l'arabe, éditions Flammarion

129. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. Addictive Behaviors 2005, 30 : 1335-1341.

130. Les Français et la Bible, sondage CSA/ La Croix réalisé par téléphone les 26 et 27 septembre 2001 auprès d'un échantillon national représentatif de 1004 personnes âgées de 18 ans et plus constitué d'après la méthode des quotas. Site de L'Alliance biblique française, dernière consultation le 29 septembre 2014 : http://www.la-bible.net/page.php?ref=Sondage/Ipsos/ABF

131. Lester D. Suicide as a search for spirituality. American Journal of Pasotoral Counseling 1998;1:41-47.

132. Levitt L, Loper AB. The influence of religious participation on the adjustment of female inmates. American Journal of Orthopsychiatry 2009; 79(1):1-7.

133. Li D, Yang X, Ge Z, Hao Y, Wang Q, Liu f et al. Cigarette smoking and risk of completed suicide : A meta-analysis of prospective cohort stydies. J Psychiatr Res 2012; 46(10):1257-66.

134. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM IV. Psychoreligious and Psychospiritual problems. J Nerv Ment Dis 1992; 180: 673-682.

135. Lutte antitabac, la prévention auprès des plus jeunes, Réforme N° 3061, janvier 2004

136. Lyon JL, Klauber MR, Gardner JW, Samrt CR. Cancer incidence in Mormons ans non-Mormons in Utah, 1966-1970. N Engl J Med 1976; 297:129-133.

137. Mandel AJ. Toward a psychobiology of transcendence : God in the brain 1980.

138. Mandhouj O, Aubin HJ, Amirouche A, Perroud NA, Huguelet P. Spirituality and religion among French prisoners: an effective coping resource? International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology 2013; 18,58(7):821-834.

139. Mandhouj O, Etter JF, Courvoisier D, Aubin HJ. French-Language Version of the World Health Organization Quality Of Life: Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs Instrument. Health Qual Life Outcomes 2012; 10(1):39.

140. Marsella AJ. In search of meaning. Some thoughts on belief, doubt, and wellbeing. The International Journal of Transpersonal Studies 1999; 18:41-52.

141. Marsiglia FF, Kulis S, Tanya N and Parsai M. God Forbid! Substance Use among religious and nonreligious youth. American Journal of Orthopsychiatry 2005; 75(4) : 585-598.

142. Maselko J, Kubzansky LD: Gender differences in religious practices, spiritual experiences and health: results from the US General Social Survey. Soc Sci Med 2006; 62(11):2848-2860.

143. Matthews DA, Mc Cullough ME, Larson DB. Religious Commitment and Health Status: A review of research and implications for family medicine. Archives of Family Medecine 1998; 7:118-124.

144. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. Lancet 2003;361:1603-1607.

145. McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C. Religious involvement and mortality : A meta-analytic review. Health Psychol 2000; 19:211-222.

146. Mental Health Foundation (MHF). The impact of spirituality on mental health, London, 2006.

147. Miller WR. Integrating spirituality into treatment: resources for practitioners. Washington,DC: American Psychological Association.1999.

148. Miller WR. Researching the spiritual dimensions of alcohol and other drug problems. Addiction 1998; 93(7):979-990.

149. Miller WR. Motivational interviewing: research, practice and puzzles. Addictive Behaviours 1996; 21:835-842.

150. Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2000; 39(9):1190-1197.

151. Miller WR, Thoresen CE: Spirituality, religion, and health. An emerging research field. Am Psychol 2003; 58(1):24-35.

152. Mohr S, Gillieron C, Borras L, et al. The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. J Nerv Ment Dis 2007; 195:247–153.

153. Mohr S, Borras L, Betrisey C, Pierre-Yves B, Gilliéron C, Huguelet P. Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping. Psychiatry 2010;73: 158-72.

154. Mohr S, Brandt Py, Bonas L, Gillieron C. Huguelet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychological dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry 2006; 163: 1952-1959.

155. Monod S, Rochat E, Büla C. Spirituality and elderly patients. Rev Med Suisse 2006; 1,2(85):2488-90.

156. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. J Gen Intern Med 2011; 26(11):1345-57.

157. Moos, R.H. (2008), Active ingredients of substance use-focused self-help groups. Addiction, 103: 387–396.

158. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Sep; 28(3):242-50. Epub 2006 Aug 15. Review.

159. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. Acta Psychiatr Scand.1993; 88:420–424.

160. Neeleman J, Persaud R. Why do psychiatrists neglect religion? Br J Med Psychol. 1995; 68:169–178.

161. Nicholson A, Rose R, Bobak M: Association between attendance at religious services and self-reported health in 22 European countries. Soc Sci Med 2009; 69(4):519-528.

162. Nicholson A, Rose R, Bobak M: Associations between different dimensions of religious involvement and self-rated health in diverse European populations. Health Psychol 201; 29(2):227-235.

163. Nisbet P A, Duberstein, P R, Conwell Y, Seidlitz L. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. The Journal of Nervous and Mental Disease 2000; 188(8): 543–546.

164. Nock MK, Borges G, Bromet EJ. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30:133-54.

165. Nonnemarker J, McNeely CA, Blum RWm. Public and private domains of religiosity and adolescent smoking transitions. Social Science and Medicine 2006; 62: 3084-3095.

166. Nunnally JC, Bernstein IH: Psychometric Theory. New York: McGraw-Hill; 1994.

167. O'Brien, C.P., McClellan, A.T. Myths about the treatment of addiction. Lancet 1996; 347: 237–240.

168. O'Connell KA, Skevington SM. Spiritual, religious and personal beliefs are important and distinctive to assessing quality of life : A comparison of theoretical models. BJHP 2009; 00:1-21.

169. O'Connor AP, Wicker CA, Germino BB: Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nurs 1990; 13(3): 167-175.

170. O'Connor BP: SPSS and SAS programs for determining the number of components using parallel analysis and velicer's MAP test. Behav Res Methods Instrum Comput 2000; 32(3):396-402.

171. Onfray M : Traité d'athéologie. Grasset, Paris, 2005.

172. Pargament K. The psychology of religion and coping: theory, research, practice. New York: The Guilford Press 1997.

173. Pargament K, Brant C: Religion and coping. In Handbook of religion and mental health. Ed H Koenig. San Diego: Academic Press 1998: 11-28.

174.Parsons ML, Warner-Robbins C. Factors that support women's successful transition to the community following jail/prison. Health Care Women Int 2002; 23(1):6-18.

175.Perkins HS, Cortez JD, Hazuda HP. Diversity of patients' beliefs about the soul after death and their importance in end-of-life care. South Med J 2012; 105: 266-272.

176.Pescosolido B A, Georgianna S. Durkheim, suicide, and religion: Toward a network theory of suicide. American Sociological Review1989; 54(1):33-48.

177.Peteet J. Suicide and spirituality: a clinical perspective. South Med J 2007; 100(7): 752-4.

178.Petersen LR, Roy A. Religiosity, anxiety, and meaning and purpose: Religion's consequences for psychological wellbeing. Review of Religious Research 1985; 27:49-62.

179.Phillips RL. Role of life-style and dietary habits in risk of cancer among Seventh-Day Adventists. Cancer Research 1975;35(11): 3513-3522.

180.Post SG, Puchalski CM, Larson D. Physicians and Patient Spirituality: Profesionnal Boundaries, Competency and Ethics. Ann Intern Med 2000; 132:578-583.

181.Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle. Organisation Mondiale de la Santé, 2000: 87.

182.Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: project MATCH three-year drinking outcomes. Alcohol Clin Exp Res 1998; 22: 1300–1311.

183.Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J, Swampy Cree. Suicide Prevention Team. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample.J Affect Disord 2009; 114(1-3):32-40.

184.Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. J Psychiatr Res 2011; 45(6):848-54.

185.Reker G T. Logotheory and logotherapy: Challenges, opportunities, and some empirical findings. International Forum for Logotherapy 1994; 17(1): 47-55.

186.Rostosky SS, Danner F, Riggle EDB. Is religiosity a protective factor against substance use in young adulthood? Only if you're straight! Journal of Adolescent Health 2007; 40: 440-447.

187.Ruff CD, Singer B. The contours of positive human health. Psychological Inquiry 1998; 9:1-28.

188.Russell D'S. The importance of Spirituality in medicine and its application to clinical practice. MJA 2007; 186(10): S57-S59.

189.Sanchez Z, Oliveira LG and Nappo SA. Religiosity as a protective factor against use of drugs. Substance use and misuse 2008; 43:1476-1486.

190.Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, DeLaFuente JR, Grant M: Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption II. Addiction 1993; 88:791–804.

191.Scarnati R et al. Religious beliefs and practices among most-dangerous psychiatric inmates. Forensic Reports 1991; 4(1):1-16.

192.Shafranske EP, Malony HN. Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. Psychotherapy Theory Research Practice Training 1990 ; 27:72-78.

193.Shaw J, Baker D, Hunt IM, Moloney A, Appleby L. Suicide by prisoners, National clinical survey. British Journal of Psychiatry 2004; 184:263-267.

194.Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan H, Amorim P, Janavas J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSMIV and ICD-10. J Clin Psychiatry 1998; 59:22-23.

195.Shmueli A and Tamir D. Health behavior and religiosity among Israeli Jews. IMAJ 2007; 9: 703-707.

196.Siddle R, Haddock G, Tarrier N, Faragher EB. Religious delusions in patients admitted to hospital with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002; 37: 130-138.

197.Simpson M E, Conklin G H. Socioeconomic development, suicide and religion: A test of Durkheim's theory of religion and suicide. Social Forces 1988; 67(4): 945–964.

198.Singleton N, Melzer H, Gotward R, Cord J and Deasy D. Psychiatric morbidity among adults living in a private households 2000. The stationery Office: London.

199.Skanavi S, Laqueille , Aubin HJ. Mindfulness based intervention for addictive disorders : a review. Encephale 2011; 37(5): 379-87.

200.Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ, Fleischmann A, Vijayakumar L, Wasserman D. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. Arch Suicide Res 2010; 14(1):44-55.

201.Skevington S, Gunson KS, O'Connel KA. Introducing the WHOQOL-SRPB Bref: Developing a short form instrument for assessing spiritual, religious and personal beliefs within quality of life. Quality of Life Research 2013; 22(5):1073-83

202.Skevington S, Lotfy M, O'Connel KA. The world Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessement: Psychometric properties and results of the international fiels trial. A report from the WOQOL Goup. Quality of Life Research. 2004; 13(2): 299-310.

203.Sloan RP, Bagiella E, Powell T. religion, spirituality, and medicine, Lancet 1999; 353:664-667.

204.Smith TB, McCullough ME, Poll J. Religiousness and depression: evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. Psychol Bull 2003; 129: 614-636.

205.Spilka B, Spangler JD, Nelson CB. Spiritual support in life threatening illness. Journal of Religion and Health 1983; 22:98-104.

206.Spoerri A, Zwahlen M, Bopp M, Gutzwiller F, Egger M. Religion and assisted and non-assisted suicide in Switzerland: National Cohort Study. Int J Epidemiol 2010; 39: 1486–1494.

207.Stark R, Doyle DP, Rushing JL. Beyond Durkheim: religion and suicide. Journal for Scientific Study of Religion 1983; 22:120-131.

208.Strawbridge WJ, Cohen RD, Shema SJ, Kaplan GA. Frequent attendance at religious services and mortality over 28 years. American Journal of Public Health 1997; 87:957-961.

209. Sulmasy DP. Spirituality and Clinical Care. CHEST 2009; 135:1634-1642.

210. Swinton J. Spirituality and mental health care: Rediscovering a 'forgotten' dimension. London, New York. J. Kingsley Publishers, 2001.

211. Tacey D. Spiritual perspectives on suicidal impulses in young adults. In Cox RH, Ervin-Cox B, Hoffman L(Eds.), Spirituality and psychological health. Colorado Springs, CO, US: Colorado School of Psychology Press 2005: 107-128.

212. Terra JL. Comment intervenir auprès d'une personne en cas de crise suicidaire ? In: Courtet P, editor. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine Sciences Flammarion, éditions Lavoisier; 2010.

213. Tepper L, Rogers, SA, Coleman EM, Malony HN. The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. Psychiatr Serv 2001; 52(5):660-665.

214. Thomassen L. AA utilization after introduction in outpatient treatment. Subst. Use Misuse 2002; 37:239–253.

215. Thoresen CE and Eagleston JR. Counseling for health. The Louneling Psychologist 1985; 13:15-87.

216. Tiet QQ, Ligen MA, Byrnes HF, Moos RH. Suicide attempts among substance use disorder patients: an initial step toward a decision tree for suicide management. Alcoholism Clinical and Experimental Research 2006; 30(6):998-1005.

217. Timko C., DeBenedetti A., Billow R. Intensive referral to 12-step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. Addiction 2006; 101: 678–688.

218. Valla J, Bergeron L, Breton J, Gaudet N, Berthiaume C, St-Georges M: Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans : 1992 - Volume 1 : Méthodologie. . In. Montreal: Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 1997.

219. Van der Linden WJ, Hambleton RK: Handbook of modern item response theory. New York: Springer; 1997.

220. Vederhus. Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: Comparing Norway to the United States Journal of Substance Abuse Treatment 2010; 39: 210–217.

221. Ventegodt S, Kandel I, Neikrug S, Merrick J.Clinical holistic medicine: the existential crisis--life crisis, stress, and burnout. ScientificWorldJournal. 2005 Apr 6;5:300-12.

222. Visser A, Garssen B, Vingerhoets A. Spirituality and well-being in cancer patients : A review. Psycho-Oncology.doi:10.1006/pon.1626.

223. Wahl RA, Cotton S, Harrison-Monroe P. Spirituality, adolescent suicide, and the juvenile justice system. South Med J 2008; 101(7):711-5.

224. Walker C, Ainette MG, Wills TA, Mendoza D, Religiosity and substance use: test of an indirect-effect model in early and middle adolescence, Psychol Addict Behav 2007; 21(1):84-96.

225. Walker RL, Bishop S. Examining a model of the relation between religiosity and suicidal ideation in a sample of African American and White college students. Suicide Life Threat Behav 2005; 35(6):630-9.

226. Wang J, Etter JF: Administering an effective health intervention for smoking cessation online: the international users of Stop-Tabac. Prev Med 2004; 39(5):962-968.

227. Waring N. Can Prayer Heal? Hippocrates 2000; 14:22-24.

228. Watters W. Deadly Doctrince : health, Illness and Christian God-Talk.1992. Buffalo, NY: Prometheus.

229. Weiss R.D., Griffin M.L., Luborsky L. The effect of 12-step self-help group attendance and participation on drug use outcomes among cocaine-dependent patients. Drug Alcohol Depend 2005; 77:177–184.

230. White A D. A History of the Warfare of Science with Theology in Christendom. 1896. New York, D. Appleton and company.

231. Whitley R. Atheism and Mental Health. Health Harv Rev Psychiatry 2009; 18:190-194.

232. Whooley MA, Boyd AL, Gardin JM, Williams DR., Religious involvement and cigarette smoking in young adults: the CARDIA study (Coronary Artery Risk Development in Young Adults)study, Arch Intern Med 2002; 22,162(14):1604-10.

233. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. Soc Sci Med 2006; 62:1486-1497.

234. WHOQOL-Group: Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Qual Life Res 1993; 2(2):153-159.

235. Winzelberg, Humphreys. Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3,018 male substance abuse patients. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1999; 67(5): 790-794.

236. Wong PT, Prem SF (Eds.). The human quest for meaning. A handbook of Psychological research and clinical applications. Mahwah, NJ, USA, Lawrence Erlbaum Associates 1998b: 395-435.

237. World Health Organization: www.who.int/mental health/prevention/suicide rates/en/.

238. World Health Organization. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998; 46: 1569-1585.

239. Wortzel HS, Binswanger IA, Anderson CA et al. Suicide among incarcerated veterans. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law 2009; 37(1):82-91.

240. Yalom I. Thérapie existentielle. Paris: Galaade Editions; 2008.

241. Yawar A. Spirituality in Medecine : What is to be done ? JR Soc Med 2001; 94:529 -533.

242. Yeung JW, Chan YC, Lee BL, Youth religiosity and substance use: a meta-analysis from 1995 to 2007, Psychol Rep 2009; 105(1): 255-66

243. Younes N, Vaiva G, Passerieux C. Examen clinique d'un patient suicidaire. EMC Psychiatrie 2013; 0(0): 1-7.

244. Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. Br J Psychiatry 2004; 185:70–5.

245. Zemore SE, Kaskutas LA. Development and validation of the Alcoholics Anonymous Intention Measure (AAIM) Drug and Alcohol Dependence 2009; 104: 204–211.

246. Zhang W, Wu LT. Suicidal Ideation and Substance use among adolescents and young adults : A bidirectional relation? Drug Alcohol Depend 2014; 142:63-73.

247. Zuckerman P: Atheism: Contemporary Rates and atterns, in: Michael Martin (ed.): The Cambridge Companion to Atheism. Cambridge University Press 2007.

ANNEXES

WHOQOL-SRPB version anglaise

SRPB

Connectedness to a spiritual being or force

1/ To what extent does any connection to a spiritual being help you to get through hard times?

2/ To what extent does any connection to a spiritual being help you to tolerate stress?

3/ To what extent does any connection to a spiritual being help you to understand others?

4/ To what extent does any connection to a spiritual being provide you with comfort / reassurance?

Inner peace/ serenity/harmony

5/ To what extent do you feel peaceful within yourself?

6/ To what extent do you have inner peace?

7/ How much are you able to feel peaceful when you need to?

8/ To what extent do you feel a sense of harmony in your life?

Meaning of life

9/ To what extent do you find meaning in life?

10/ To what extent does taking care of other people provide meaning of life for you?

11/ To what extent do you feel your life has a purpose?

12/ To what extent do you feel you are here for a reason?

Hope & optimism

13/ How hopeful do you feel?

14/ To what extent are you hopeful about your life?

15/ To what extent does being optimistic improve your quality of life?

16/ How able are you to remain optimistic in times of uncertainty?

Awe

17/ To what extent are you able to experience awe from your surroundings? (e.g. nature, art, music)

18/ To what extent do you feel spiritually touched by beauty?

19/ To what extent do you have feelings of inspiration /excitement in your life?

20/ To what extent are you grateful for the things in nature that you can enjoy?

Faith

21/ To what extent does faith contribute to your well-being?

22/ To what extent does faith give you comfort in daily life?

23/ To what extent does faith give you strength in daily life?

24/ To what extent does faith help you to enjoy life?

Wholeness & integration

25/ To what extent do you feel any connection between your mind, body and soul?

26/ How satisfied are you that you have a balance between mind, body and soul?

27/ To what extent do you feel the way you live is consistent with what you feel and think?

28/ How much do your beliefs help you to create coherence between what you do, think and feel?

Spiritual strength

29/ To what extent do you feel inner spiritual strength?

30/ To what extent can you find spiritual strength in difficult times?

31/ How much does spiritual strength help you to live better?

32/ To what extent does your spiritual strength help you to feel happy in life?

WHOQOL-SRPB version française, validée

Ceci est le WHOQOL-SRPB, un extrait de questionnaire de qualité de vie portant sur des questions de spiritualité. Pour les questions portant sur la religion, vous pouvez répondre selon vos croyances religieuses, vos croyances à une puissance supérieure ou selon vos croyances morales, philosophiques, éthiques, scientifiques etc.

2- Présentation du questionnaire

« Nous souhaitons valider en langue française le questionnaire WHOQOL-SRPB (Spirituality Religiousness and Personal Beliefs) qui est un extrait du questionnaire WHOQOL (un questionnaire de qualité de vie, établi par l'Organisation Mondiale de la Santé : OMS).

Il comporte 32 questions portant sur ***vos croyances spirituelles, religieuses et personnelles*** *et leur impact sur la qualité de votre vie. Ces questions sont censées être applicables à tous les types de croyances et de cultures.*

Les questions portent sur votre vécu ***des 2 dernières semaines****. Prière de répondre à toutes les questions. Vous aurez à cocher la bonne réponse parmi les 5 propositions (Pas du tout / un peu / modérément / beaucoup / fortement).*

Si vous n'êtes pas sûr de votre réponse, essayez de mettre la réponse qui vous parait la plus appropriée. Certaines questions comportent des termes comme la spiritualité, prière de répondre selon vos croyances qu'elles soient religieuses, spirituelles ou tout à fait personnelles ».

WHOQOL est un questionnaire de qualité de vie,

établi par l'OMS.

Ceci est un extrait du WHOQOL, de 32 questions, portant sur des questions de spiritualité.

Pour les questions qui suivent, veuillez cocher la bonne réponse.

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Fortement
1. Est ce que vous vous sentez optimiste ?					
2. Etes-vous optimiste en ce qui concerne votre vie ?					
3. Votre optimisme améliore-t-il la qualité de votre vie ?					
4. Etes-vous capable de rester optimiste dans les moments d'incertitude?					
5. Percevez-vous un sens à la vie, d'une façon générale ?					
6. Le fait de vous occuper des autres donne-t-il un sens à votre vie ?					
7. Est-ce que vous ressentez que votre vie a un but?					
8. Pensez-vous qu'il existe une raison pour que vous soyez présent sur terre ?					
9. Etes-vous capable de vous émerveiller de ce qui vous entoure ? (nature, art, musique)					
10. Vous sentez- vous spirituellement touché par la beauté ?					
11. Avez-vous des sentiments d'inspiration ou d'excitation dans votre vie ?					
12. Avez-vous un sentiment de reconnaissance quand vous pensez aux choses qui vous font plaisir dans la nature ?					
13. Vous sentez-vous en paix avec vous-même ?					
14. Ressentez-vous une paix intérieure ?					
15. Etes-vous capable de vous sentir paisible quand vous en avez besoin ?					

	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Fortement
16. Avez-vous l'impression qu'il existe une harmonie dans votre vie ?					
17. Ressentez-vous une connexion entre votre esprit, votre corps et votre âme ?					
18. Etes-vous satisfait de l'équilibre entre votre esprit, votre corps et votre âme ?					
19. Avez-vous le sentiment que ce que vous vivez est en accord avec ce que vous pensez et ce que vous ressentez ?					
20. Vos convictions personnelles vous aident-elles à créer une cohérence entre ce que vous faites, ce que vous pensez et ce que vous ressentez ?					
21. A quel point ressentez-vous de la force spirituelle intérieure ?					
22. Pouvez-vous trouver de la force spirituelle dans les moments difficiles ?					
23. A quel point cette force spirituelle vous aide-t-elle à mieux vivre ?					
24. Votre force spirituelle vous aide-t-elle à vous sentir heureux dans la vie ?					
25. Le fait de vous connecter à un être spirituel (Dieu, Une puissance supérieure, Une énergie, ou autre) vous aide-t-il à traverser les moments difficiles ?					
26. Le fait de vous connecter à un être spirituel vous aide-t-il à supporter le stress ?					
27. Le fait de vous connecter à un être spirituel vous aide-t-il à comprendre les autres ?					
28. Le fait de vous connecter à un être spirituel vous apporte-il du réconfort ?					
29. Dans quelle mesure la foi contribue-t-elle à votre bien-être ?					
30. Dans quelle mesure la foi vous apporte-elle du réconfort dans votre vie quotidienne ?					
31. Dans quelle mesure la foi vous donne-t-elle de la force dans la vie quotidienne ?					
32. Dans quelle mesure la foi vous aide-t-elle à apprécier la vie ?					