

Mémoire de Maîtrise en médecine No 2599

L'abord de la spiritualité dans les soins aux patients atteints d'un cancer

Attitude des médecins oncologues de Suisse romande

Addressing spirituality within the care of cancer patients

Attitudes of Swiss French speaking oncologists

Etudiante

Marie-Eve Mathey-Doret

Tutrice

Dr Claudia Mazzocato, PD, MER
Service de soins palliatifs, CHUV/FBM, Lausanne

Collaboratrice scientifique

Anne-Véronique Dürst, psychologue de la santé
Service de gériatrie et réadaptation gériatrique, CHUV
Plateforme Medicine, Spirituality, Care and Society, CHUV/FBM, Lausanne

Expert

Prof. Jean-Daniel Tissot
Doyen de la FBM, Lausanne

Lausanne, 15 décembre 2015

Ce travail a reçu le prix d' « Encouragement » par l'Académie Suisse des Sciences Médicales à l'occasion de sa présentation orale au Congrès National de Palliative-CH, le 3 décembre 2015.

Table des matières

Abstract	4
1. Etat des connaissances actuelles	5
1.1. Définitions	5
1.1.1. Spiritualité	
1.1.2. Religion	
1.2. Besoins et attentes des patients	5
1.3. Intégration de la spiritualité dans les soins	6
1.4. Attitudes des médecins et barrières rencontrées	6
1.5. Synthèse et conclusion	7
2. But général, hypothèses et objectifs de l'étude	7
2.1. But général	7
2.2. Hypothèses	7
2.3. Objectifs	8
2.3.1. Objectifs primaires	
2.3.2. Objectifs secondaires	
3. Méthodologie	8
3.1. Design	8
3.1.1. Sujets	
3.1.2. Critères d'éligibilité	
3.1.3. Critères d'exclusion	
3.2. Questionnaire	9
3.2.1. Première section: questions pré-définition de la spiritualité	
3.2.2. Seconde section: questions post-définition de la spiritualité	
3.2.3. Troisième section: données sociodémographiques	
3.3. Modalités de diffusion du questionnaire	10
3.4. Analyses statistiques	10
4. Résultats	11
4.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants	11
4.2. Définition de la spiritualité	11
4.2.1. Lien entre spiritualité-religion et variables personnelles	
4.2.2. Lien entre spiritualité-religion et variables professionnelles	
4.2.3. Lien entre spiritualité-religion et variables éthiques	
4.2.4. Lien entre spiritualité-religion et variables environnementales	
4.2.5. Lien entre spiritualité-religion et variables sociodémographiques	
4.2.6. Question ouverte sur la définition de la spiritualité	
4.3. Place de la spiritualité dans les soins	14
4.3.1. Lien entre importance de la spiritualité et variables personnelles	
4.3.2. Lien entre importance de la spiritualité et variables professionnelles	
4.3.3. Lien entre importance de la spiritualité et variables éthiques	
4.3.4. Lien entre importance de la spiritualité et variables environnementales	
4.3.5. Lien entre importance de la spiritualité et variables sociodémographiques	
4.4. Barrières rencontrées par les oncologues	17
4.4.1. Barrières personnelles	
4.4.2. Barrières professionnelles	
4.4.3. Barrières éthiques	
4.4.4. Barrières environnementales	
4.5. Attitude des oncologues pré-définition et post-définition de la spiritualité	21
4.6. Intérêt des oncologues à l'égard d'une formation en spiritualité	21
4.6.1. Intérêt pour une formation et variables personnelles	
4.6.2. Intérêt pour une formation et variables professionnelles	

4.6.3. Intérêt pour une formation et variables sociodémographiques	
4.7. Remarques générales des répondants	23
5. Discussion	24
5.1. Définition de la spiritualité	24
5.2. Place de la spiritualité dans les soins	25
5.3. Barrières rencontrées par les oncologues	25
5.4. Intérêt des oncologues à l'égard d'une formation	26
5.5. Limites de l'étude	27
6. Conclusion	28
7. Références	28
8. Annexes	33
Annexe 1 Questionnaire	
Annexe 2 Résultats concernant les différentes catégories de mesure	
Annexe 3. Détails des réponses concernant la définition de la spiritualité	
Annexe 3* Détails des réponses concernant la définition de la spiritualité 93 principaux termes utilisés	
Annexe 4. Détails des réponses concernant les enjeux personnels de l'intégration de la spiritualité dans le setting médical	
Annexe5. Détails des réponses concernant le rôle du médecin oncologue en matière de spiritualité	
Annexe 5* Détails des réponses concernant le rôle du médecin oncologue en matière de spiritualité - 26 principaux termes utilisés	
Annexe 6. Détails des réponses concernant les limites éthiques de l'intégration de la spiritualité dans le setting médical	
Annexe 7. Croisement des réponses pré-définition et post-définition de la spiritualité	
Annexe 7* Détails des réponses post-définition de la spiritualité	
Annexe 8. Détails des remarques générales	
Annexe 9. Prix d'encouragement à la recherche de l'ASSM	

Abstract

Objectifs: Cette étude explore les représentations des médecins oncologues suisses romands à l'égard de la spiritualité, la place qu'ils lui donnent dans les soins aux patients, les barrières rencontrées à son intégration et leur intérêt à l'égard d'une formation sur cette thématique. Elle émet l'hypothèse qu'une définition non exhaustive de la spiritualité et que des facteurs environnementaux, personnels, professionnels et éthiques sont des barrières à son abord dans la pratique clinique.

Méthode: Sur la base d'une revue de la littérature, une enquête par questionnaire a été adressée anonymement en 2014, par voie postale, aux 119 médecins oncologues suisses romands avec un rappel un mois plus tard.

Résultats: Le taux de réponse est de 60%. Parmi les répondants, 97% considèrent que spiritualité et religion représentent deux concepts différents, parmi lesquels plus de la moitié considèrent que la spiritualité englobe la religion. 69% pensent que leurs patients désirent aborder cette thématique en consultation et 83% estiment qu'il est important de l'aborder. Ils sont 91% à estimer que l'abord de la spiritualité pourrait faciliter les discussions relatives à la fin de vie. Plus ils ont abordé cette thématique en la jugeant utile, plus ils la considèrent comme importante ($p : 0.001$). Les principaux obstacles identifiés par 80% d'entre eux sont le manque de formation et de disponibilité et 80% considèrent d'autres professionnels de santé comme plus compétents. Les obstacles personnels et éthiques sont moins relevants. En effet, 65% déclarent n'éprouver aucune difficulté à discuter de spiritualité avec leurs patients et 85% ne pas craindre les questions susceptibles d'en résulter. Ils sont 94% respectivement 96% à penser que de tels échanges ne brouillent pas leur image de médecin auprès de leurs patients ni de leurs collègues. 97% pensent qu'en parler n'est pas contraire à l'éthique et 53% n'identifient pas de limites éthiques. Enfin, 78% sont ouverts à une formation. Les oncologues du secteur public sont significativement plus intéressés par une telle offre ($p : 0.01$).

Conclusion

La majorité des oncologues romands ont une représentation de la spiritualité qui dépasse le concept de la religion, estiment que cette thématique est importante dans leur communication avec les patients et que son abord ne pose pas de difficultés personnelles ni éthiques majeures. Hormis leur disponibilité insuffisante, ils se disent insuffisamment formés et sont majoritairement intéressés par une offre de formation.

Mots-clés: Spiritualité, cancer, oncologues, soins palliatifs, questionnaire

1. Etat des connaissances actuelles

1.1. Définitions

La spiritualité est une dimension essentielle et complexe de l'être humain, sujette à diverses définitions selon les auteurs (1–3). Souvent confondu avec la religion, ce concept est plus large que cette dernière (4). Il englobe la religion mais peut également être libre de toute référence religieuse. Les deux concepts doivent donc être distingués.

1.1.1. Spiritualité

Dans le milieu biomédical, il existe aujourd'hui un consensus sur la définition de la spiritualité envisagée comme un concept laïc plus large que celui de la religion, composé de plusieurs dimensions: le besoin de trouver un sens et un but personnels à sa vie, d'être en connexion avec une dimension plus grande que soi (Dieu pour les croyants - la nature, le beau, l'art, etc. pour les non-croyants), d'avoir un sentiment d'identité construit via les relations interpersonnelles et l'environnement et les valeurs qui guident ses actions (5). Divers experts soutiennent cette définition de la spiritualité qui intègre les questions du sens, de la transcendance, du lien avec autrui et des valeurs de vie (2,3,6–9). La spiritualité, comme le relève Sulmasy (10), est propre à l'histoire de chaque individu. Si certaines personnes expriment leur spiritualité par des pratiques religieuses, d'autres la vivent au travers de leurs relations à la nature, la musique, l'art, la philosophie, aux amis ou à la famille.

1.1.2. Religion

La religion est un système de croyances, de pratiques et de langages caractérisant une communauté recherchant une transcendance de manière spécifique, généralement par la croyance en un dieu (4). Dans ce sens, on peut dire que la religion est une approche parmi d'autres pour exprimer la spiritualité d'une personne (11) et que sa fonction première ne consiste pas à fournir des codes moraux mais à permettre une rencontre avec le sacré (6).

1.2. Besoins et attentes des patients

Selon les études, 41% à 94% des patients attendent de leur médecin qu'il aborde la dimension de leur spiritualité (12–20), notamment dans un contexte de maladie grave (12,21). Dans une récente revue de la littérature, plus de la moitié d'entre eux pensent que l'abord de la spiritualité par leur médecin est approprié (15). En oncologie, une majorité de patients désire discuter de cette dimension avec leur oncologue et que celle-ci soit intégrée dans leur plan de traitement (4,16,17,22–24).

Si les patients en général sont désireux de tels échanges, c'est que ces derniers ont un impact bénéfique sur eux. Ils diminuent la douleur (25-30) et le désespoir (26,27,29), améliorent leur acceptation de la maladie (29), leur qualité de vie (26,27,31-33) et le sens qu'ils donnent à celle dernière (34) et diminuent l'agressivité des soins en fin de vie (31,32). Les patients dont les

besoins spirituels ne sont pas investigués se disent moins satisfaits de la qualité des soins prodigués (22,35,36).

Les données collectées auprès des patients cancéreux (2) rejoignent celles des autres études, montrant que la prise en compte de leur spiritualité améliore leur qualité de vie et/ou leur fonctionnement psychosocial (37–47) et qu'elle les rapproche d'une paix intérieure tout en les éloignant de la douleur physique en fin de vie (48). Ces résultats sont d'autant plus importants que beaucoup de ces patients souffrent de détresse spirituelle (18,49–51).

1.3. Intégration de la spiritualité dans les soins

Dans le milieu des soins, l'intégration de la spiritualité dans la prise en charge des patients est restée longtemps controversée. Rejetée au début du XX^{ème} siècle (52), elle s'intègre progressivement dans les soins grâce au modèle biopsychosocial et spirituel proposé par Cicely Saunders, repris depuis lors par le mouvement des soins palliatifs et différents auteurs (20,53–55). Depuis 2009, des guidelines développés à l'occasion de conférences de consensus en soins palliatifs ont permis de proposer des outils cliniques pour l'aborder avec les patients (56). Ces guidelines sont basés sur le principe que la spiritualité, en tant qu'essence de l'être humain, soutient toutes les dimensions du soin. De ce fait, tout soignant est responsable de la prise en charge des besoins spirituels des patients. Enfin, l'Association Multinationale des Soins de Soutien pour le Cancer (MASCC) s'est récemment prononcée en faveur d'une meilleure intégration de cette dimension auprès des patients atteints d'un cancer, encourageant le développement d'outils cliniques visant à guider les médecins dans cette démarche (57).

1.4. Attitudes des médecins et barrières rencontrées

L'abord de la spiritualité des patients pour les médecins est un sujet de controverse. Diverses études montrent que ceux-ci, toutes spécialités confondues, peinent à aborder la spiritualité sauf en fin de vie. Selon une revue récente revue de la littérature, les principaux obstacles identifiés sont un manque de disponibilité et de formation (58). Elle montre que la majorité des médecins préfèrent déléguer ce rôle à d'autres professionnels, notamment aux aumôniers.

A notre connaissance, peu d'études quantitatives ont exploré spécifiquement les attitudes des oncologues. Une enquête menée par la MASCC auprès de ses membres, médecins et autres soignants, montre que 40% d'entre eux pensent que l'abord de la spiritualité n'est pas de leur ressort (57). Phelps et coll. (14) et Balboni et coll. (59) rapportent des résultats similaires. Si 72% des oncologues interrogés estiment que l'abord de la spiritualité est positif pour les patients en phase avancée de leur cancer et 60% aimeraient l'aborder, 27% respectivement 45% considèrent néanmoins que de tels échanges ne relèvent pas de leur rôle professionnel. Les diverses barrières identifiées sont le manque de disponibilité, de confiance dans l'efficacité de la démarche, une incertitude quant au rôle professionnel, un manque de formation et de guidelines ainsi que des facteurs personnels et éthiques, notamment la volonté de ne pas faire preuve de prosélytisme

(13,14,57–66). La manière dont les oncologues perçoivent leur rôle professionnel prédirait s'ils vont aborder la dimension spiritualité avec leurs patients (67). Pour Balboni et coll., le point critique concernant ces obstacles se situe au niveau de la formation des médecins (13,59). Formés, ils s'impliqueraient d'avantage dans l'abord de la spiritualité avec leurs patients.

Quant à l'impact de telles discussions sur les médecins eux-mêmes, les deux seules études l'ayant investigué montrent que celles-ci les amènent à réfléchir sur leur rôle professionnel et sur leur propre spiritualité (11,20).

1.5. Synthèse et conclusion

La spiritualité, qui intègre les questions du sens, de transcendance, de lien avec autrui et des valeurs de vie, est une dimension essentielle de tout être humain. Elle est parfois confondue avec la religion. Les données actuelles permettent d'affirmer que son abord par les médecins a un impact positif sur la qualité de vie de leurs patients atteints d'une maladie chronique évolutive. Néanmoins, une minorité de ceux-ci considèrent que de tels échanges relèvent de leur rôle professionnel. Les principaux obstacles identifiés sont le manque de disponibilité et de formation.

Peu d'études ont été réalisées spécifiquement sur les attitudes des oncologues et les barrières qu'ils identifient, leurs représentations à l'égard de la spiritualité et leur intérêt à l'égard d'une formation dans ce domaine.

2. But général, hypothèses et objectifs de l'étude

2.1. But général

Cette étude vise à explorer la conception qu'ont les médecins oncologues suisses romands de la spiritualité dans leur pratique, indépendamment du stade d'évolution de la maladie, la place qu'ils lui offrent dans leur pratique clinique et les obstacles auxquels ils sont confrontés dans son abord avec les patients.

2.2. Hypothèses

- La méconnaissance des oncologues à l'égard des dimensions composant la spiritualité, notamment une possible confusion entre spiritualité et religion, pourrait représenter pour eux un obstacle à aborder cette thématique avec leurs patients.
- Les autres obstacles rencontrés dans l'abord de la spiritualité dans leur pratique se situeraient tant au niveau de facteurs personnels, professionnels et éthiques qu'environnemental.

2.3. Objectifs

2.3.1 Objectifs primaires

- Explorer les représentations des médecins oncologues suisses romands à l'égard de la spiritualité et de son lien avec la religion.
- Explorer la place qu'ils attribuent à la spiritualité dans leurs soins avec leurs patients.
- Explorer les obstacles qu'ils rencontrent sur le plan personnel, professionnel, éthique et environnemental dans l'abord de la spiritualité avec leurs patients.

2.3.2 Objectifs secondaires

- A la lumière d'une définition de la spiritualité intégrant les questions du sens, de la transcendance, du lien avec autrui et des valeurs de vie (9), explorer les éventuels changements d'attitude des médecins oncologues suisses romands à l'égard de cette dimension des soins.
- Explorer leur intérêt à l'égard d'une formation en matière de spiritualité.

3. Méthodologie

Les termes principaux utilisés pour désigner les sujets de l'étude sont « médecins oncologues » ou « oncologues », regroupant les médecins suisses francophones qui sont soit en formation (médecins assistants), soit formés (FMH en oncologie). Le terme « spiritualité » est utilisé dans sa définition biomédicale actuelle (5).

3.1. Design

Le design adopté est une approche quantitative à l'aide d'une enquête par questionnaire postal. L'étude a été approuvée par la Commission d'Éthique du canton de Vaud.

3.1.1. Sujets

La participation de l'ensemble des médecins oncologues et médecins assistants oncologues en Suisse francophone a été sollicitée pour participer à l'étude.

3.1.2. Critères d'éligibilité

- Être diplômé en médecine
- Travailler dans le domaine de l'oncologie depuis un an au minimum avec le projet de se spécialiser dans ce domaine
- Travailler dans un service public (hospitalier et/ou ambulatoire) et/ou le secteur privé

3.1.3. Critères d'exclusion

- Avoir cessé de pratiquer

3.2. Questionnaire (Annexe 1)

Le questionnaire a été développé sur la base de la revue de la littérature existante et des questionnaires déjà utilisés dans ce type d'études (60,63,68–73), en ajoutant les items jugés pertinents par rapport aux objectifs de l'étude. Il a été testé préalablement auprès de dix médecins de famille vaudois afin de s'assurer de sa compréhensibilité et de son acceptabilité .

3.2.1. Première section: questions pré-définition de la spiritualité

La première section comprend 27 questions relatives à la spiritualité et à son intégration dans la pratique clinique. 20 questions se basent sur une échelle de Lickert à 4 points, 5 sont ouvertes et 2 nominales. Les thématiques explorées sont les suivantes:

- **Définition:** rapport de la spiritualité à la religion; lien entre spiritualité et religion; définition personnelle de la spiritualité (3 questions).
- **Place dans les soins:** souhait des patients d'aborder leur spiritualité; importance et utilité du point de vue de l'oncologue d'aborder cette dimension; expériences et vécus de l'oncologue dans ce domaine (4 questions).
- **Formation:** point de vue de l'oncologue à l'égard de sa formation dans ce domaine; connaissance d'outils d'aide à l'évaluation des besoins spirituels; difficultés du médecin à aborder cette dimension, à identifier une détresse spirituelle (4 questions).
- **Rôle de l'oncologue:** disponibilité; autres professionnels identifiés et lesquels; limites dans l'abord de la spiritualité et lesquelles; risques encourus par rapport aux représentations du patient et de collègues; impact de l'abord de la dimension spirituelle sur les discussions relatives à la fin de vie (8 questions).
- **Limites éthiques:** point de vue de l'oncologue à l'égard d'un risque d'indiscrétion, d'un manque de respect ou de prosélytisme à l'égard du patient au vue de ses propres valeurs et croyances; limites éthiques à ne pas franchir et lesquelles (5 questions).
- **Enjeux personnels:** difficultés propres à l'oncologue et lesquelles; craintes par rapport aux questions soulevées par l'abord de la spiritualité (3 questions).

3.2.2. Seconde section: questions post-définition de la spiritualité

Dans la seconde partie du questionnaire, une définition de la spiritualité issue de diverses conférences de consensus (5) a été proposée aux oncologues. Il leur était demandé si, à la lumière de cette définition, ils auraient répondu différemment aux questions et, auquel cas, pourquoi. Six des questions posées dans la première section étaient ensuite reposées, concernant la place de la spiritualité dans les soins, les limites éthiques et le rôle de l'oncologue.

Une question supplémentaire explorait l'intérêt à l'égard d'une formation sur la thématique de la spiritualité (7 questions au total).

3.2.3. Troisième section: données sociodémographiques

- Appartenance religieuse selon l'Office fédéral de la statistique (74)
- Années d'expérience en oncologie

- Lieu de pratique: hospitalier /cabinet privé
- Age et sexe
- Question ouverte sur d'éventuelles remarques

3.3. Modalités de diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été envoyé en octobre 2014 par courrier postal aux 119 oncologues et médecins assistants en oncologie identifiés par un registre professionnel. L'envoi était accompagné d'une lettre présentant le contexte de l'étude, ses objectifs, et garantissant l'anonymat des réponses. Une enveloppe-réponse déjà affranchie y était jointe. Un second courrier a été adressé à tous les médecins ayant reçu le questionnaire un mois après l'envoi de celui-ci leur demandant de s'assurer qu'ils l'avaient retourné et, dans la négative, sollicitant à nouveau leur participation. L'anonymat des réponses étant garanti, ce second courrier était adressé à tous les médecins sollicités lors du premier envoi.

3.4. Analyses statistiques

Dans un premier temps, l'analyse statistique s'est basée sur la première hypothèse de recherche « La méconnaissance des oncologues à l'égard des dimensions composant la spiritualité, notamment une possible confusion entre spiritualité et religion, pourrait représenter pour eux un obstacle à aborder cette thématique avec leurs patients ». Une exploration des liens entre d'une part les questions 1 (définitions de la spiritualité) et 2 (lien entre spiritualité et religion) et d'autre part différentes caractéristiques des répondants (données personnelles, professionnelles, éthiques, environnementales, sociodémographiques) a été réalisée. Les potentielles différences dans les réponses données avant et après la définition de la spiritualité (place de la spiritualité dans les soins, limites éthiques et rôle de l'oncologue) ont ensuite été analysées. La seconde partie de l'analyse, basée sur la seconde hypothèse « Chez les oncologues, des facteurs d'ordre professionnels, éthiques et environnementaux feraient obstacle à l'abord de cette thématique » a exploré d'éventuels liens entre la question 30 « *Pensez-vous qu'il est important d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* » et les variables d'ordre personnel, professionnel, éthique et environnemental des répondants. Dans la troisième partie de l'analyse, de potentiels liens entre l'intérêt des oncologues à l'égard d'une formation dans ce domaine et les facteurs personnels, professionnels et sociodémographiques ont été recherchés.

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel STATA.14. Les outcomes et les variables explicatives, codés en 4 catégories dans le questionnaire (« Non », « Plutôt non », « Plutôt oui », « Oui »), ont été recodés en 2 catégories (0 = « Plutôt non » et « Non »; 1 = « Plutôt oui » et « Oui ») en raison des faibles effectifs dans chacune des quatre catégories initiales. Ces variables ont été résumées par des fréquences et des pourcentages. Les variables continues, telles que l'âge ou le nombre d'années d'expérience, ont été résumées par des moyennes et des déviations standard. La force de l'association de chacune des variables explicatives et de chaque outcome a

été évaluée au moyen d'une analyse de régression logistique univariée. La force de l'association a été exprimée en Odds ratio (OR), et l'association a été jugée significative si la P-value était <5%. En raison de la taille d'échantillon relativement modeste, il n'a pas été possible d'effectuer des analyses multivariées.

4. Résultats

Parmi les N=119 oncologues contactés, N=71 (59,7%) ont répondu au questionnaire. Les résultats concernant les différentes catégories de mesures, en termes de nombre et de pourcentage de réponses, sont présentés en **Annexe 2**

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Ces données sont détaillées dans le Tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Caractéristiques sociodémographiques	N (%)
Total des répondants	71 (100)
Age, année, moyenne (sd)	48 (10)
Sexe	
Masculin	32 (46,4)
Féminin	37 (53,6)
Spécialisation	
Médecin oncologue	60 (85,7)
Médecin assistant en formation	10 (14,3)
Expérience, ans, moyenne (sd)	13,5 ± 9
Lieu de pratique	
Secteur public	45 (67,2)
Privé	22 (32,8)
Appartenance religieuse	
Oui	48 (70,6)
Non	20 (29,4)
Type d'appartenance religieuse	
Evangélique réformée (protestante)	13 (26,5)
Catholique romaine	25 (51)
Autre communauté chrétienne	2 (4,1)
Communauté juive	1 (2)
Communauté islamique	1 (2)
Autre église ou communauté religieuse	2 (4,1)
Sans confession	5 (10,2)

4.2. Définition de la spiritualité

Les oncologues pensent en majorité que la spiritualité et la religion représentent deux concepts différents (« oui » et « plutôt oui » : 97,1%), mais inter-reliés. Plus de la moitié d'entre eux estiment que la spiritualité englobe la religion (54,4%), 38,2% pensent que les deux concepts se recoupent, et 5,9% estiment que la religion englobe la spiritualité.

L'association entre les réponses à la question 2 « *Si pour vous spiritualité et religion représentent deux concepts différents, comment décririez-vous les liens entre ces deux concepts ?* » et les facteurs personnels, professionnels, éthiques, environnementaux et sociodémographiques est présentée dans le Tableau 2. La réponse c) « *La spiritualité englobe la religion* » est considérée comme la « bonne réponse » au vu de la définition de consensus actuelle de la spiritualité (5).

Tableau 2. Association entre représentations des concepts spiritualité-religion et facteurs personnels, professionnels, éthiques, environnementaux et sociodémographiques

Question 2				
« <i>Si pour vous spiritualité et religion représentent deux concepts différents, comment décririez-vous les liens entre ces deux concepts ?</i> »: c) La spiritualité englobe la religion; d) Ces concepts se recourent				
Facteurs	c) N (%)	d) N (%)	OR	p-value
Total	37 (52.9)	33 (47.1)		
Facteurs personnels				
Q.10: Se sentir embarrassé (oui)	11 (29.7)	14 (42.4)	0.57	0.27
Q.11: Difficultés à identifier la détresse spirituelle (oui)	16 (44.4)	13 (41.9)	1.11	0.84
Q.25: Difficultés à aborder la spiritualité (oui)	11 (30.6)	12 (38.7)	0.7	0.48
Q.27: Craintes de questions (oui)	4 (11.1)	6 (20)	0.5	0.32
Facteurs professionnels				
Q.4: Souhait des patients (oui)	26 (74.3)	20 (62.5)	1.73	0.3
Q.5: Importance d'aborder la spiritualité (oui)	31 (86.1)	26 (78.8)	1.67	0.43
Q.6 Spiritualité abordée avec les patients (oui)	28 (75.7)	21 (63.6)	1.78	0.28
Q.7: Discussion de la spiritualité utile (oui)	32 (91.4)	22 (78.6)	2.91	0.16
Q.8: formation suffisante en spiritualité (oui)	7 (18.9)	6 (18.2)	1.05	0.94
Q.9 : Connaissance de guidelines (oui)	3 (8.1)	3 (9.1)	0.88	0.88
Q.13: Autres professionnels plus aptes (oui)	30 (81.1)	26 (81.3)	0.99	0.99
Q.17: Brouiller l'image professionnelle avec patients (oui)	0 (0)	4 (12.5)	--	--
Q.18: Discreditation auprès des collègues (oui)	1 (2.8)	2 (6.3)	0.43	0.5
Q.19: Facilité à aborder la fin de vie (oui)	34 (91.9)	29 (90.6)	1.17	0.85
Q.36: Intérêt à l'égard d'une formation (oui)	29 (80.6)	24 (75)	1.38	0.58
Facteurs éthiques				
Q.15: Spiritualité contraire à l'éthique professionnelle (oui)	1 (2.8)	1 (3.29)	0.86	0.92
Q.20: Indiscrétion à l'égard du patient (oui)	5 (13.9)	3 (9.4)	1.56	0.57
Q.21: Manque de respect à l'égard du patient (oui)	2 (5.4)	3 (9.4)	0.55	0.53
Q.22: Manque de respect dans ses croyances (oui)	1 (2.7)	5 (16.1)	0.14	0.09
Q.23: Limites à ne pas franchir (prosélytisme) (oui)	13 (35.1)	18 (60)	0.36	0.05
Facteurs environnementaux				
Q.12: Disponibilité suffisante (oui)	7 (19.49)	7 (21.9)	0.86	0.81
Facteurs sociodémographiques				
Appartenance religieuse (non)	9 (25)	11 (35.48)	0.61	0.35
Type d'appartenance religieuse				
- Protestant / catholique	22 (84.6)	17 (73.9)	--	--
- Autre appartenance	2 (7.7)	3 (13)	0.52	0.49
- Sans	2 (7.7)	3 (13)	0.52	0.49
Q.39: Médecin en formation (oui)	4 (10.8)	6 (18.8)	0.53	0.36
Années de pratique, moyenne (sd)	13 (8.7)	15 (9.5)	0.97	0.35
Lieu de pratique				
- Hôpital	24 (65.2)	21 (65.6)	--	--
- Hôpital et privé	2 (5.4)	1 (3.1)	1.75	0.66
- Privé	11 (29.7)	10 (31.3)	0.96	0.94
Age, années, moyenne (sd)	46 (9)	4 (11.2)	0.98	0.5
Sexe masculin (oui)	15 (40.5)	17 (54.8)	0.56	0.24

Les résultats reflétant une tendance intéressante ou significatifs sont développés ci-dessous.

4.2.1. Lien entre spiritualité-religion et variables personnelles

Les oncologues ressentant un inconfort dans l'abord de la spiritualité avec les patients ont tendance à donner une moins bonne définition de la spiritualité que ceux se sentant à l'aise (réponses « oui » aux questions 10, 25 et 27: « *Vous sentez-vous emprunté pour répondre à un patient qui aborde la/sa spiritualité avec vous ?* », « *Est-il difficile pour vous d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* », « *Craignez-vous les questions qui pourraient surgir en abordant la question de la spiritualité avec vos patients ?* »). Ces différences ne sont toutefois pas significatives (p-values respectivement: 0.27/0.48/0.32).

4.2.2. Lien entre spiritualité-religion et variables professionnelles

Les oncologues ayant un préavis positif sur la spiritualité et ayant pu expérimenter ses effets bénéfiques dans les échanges avec les patients ont tendance à donner une meilleure définition de la spiritualité (réponses « oui » aux questions 4, 5, 6 et 7: « *Pensez-vous que la spiritualité est un domaine que les patients aimeraient aborder avec vous ?* », « *Pensez-vous qu'il est important d'aborder la spiritualité avec vos patients ?* », « *Avez-vous déjà abordé la question de la spiritualité avec certains de vos patients ?* », « *Selon votre expérience, est-ce qu'aborder la spiritualité a été utile avec vos patients?* »). Ces différences ne sont néanmoins pas significatives (p-values respectivement: 0.3/0.43/0.28/0.16).

4.2.3. Lien entre spiritualité-religion et variables éthiques

Les oncologues estimant que l'abord de la spiritualité avec les patients pose certains problèmes éthiques ont tendance à donner une moins bonne définition de la spiritualité que ceux pour qui cela ne pose pas de problèmes (réponses « oui » aux questions 15, 21, 22 et 23: « *Pensez-vous que le fait d'aborder la spiritualité avec vos patients est contraire à l'éthique professionnelle ?* », « *En abordant la spiritualité avec un patient, craignez-vous de lui manquer de respect dans ses croyances ?* », « *En abordant la spiritualité avec un patient, craignez-vous de lui imposer vos propres valeurs et croyances ?* », « *En abordant la spiritualité avec un patient, vous posez-vous des limites à ne pas franchir ?* »). Ces différences ne sont pas significatives pour les premières questions (p-values respectivement: 0.92/0.53/0.09). En revanche, la différence est significative pour la question concernant les limites à ne pas franchir (question 23: p-value: 0.05).

4.2.4. Lien entre spiritualité-religion et variables environnementales

Les oncologues ressentant un manque de disponibilité pour aborder la spiritualité avec les patients ont tendance à donner une moins bonne définition de la spiritualité que ceux qui s'estiment disponibles (réponses « oui » à la question 12: « *Pensez-vous avoir suffisamment de temps pour aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* »). Cette différence n'est toutefois pas significative (p=0.81).

4.2.5. Lien entre spiritualité-religion et variables sociodémographiques

Les oncologues ne signalant pas d'appartenance religieuse ou une appartenance autre que chrétienne ont tendance à donner une moins bonne définition de la spiritualité que les autres (réponses « non » aux questions 37, 38: « *Avez-vous une appartenance religieuse ?* » *Si oui, laquelle ?* »). Ces différences ne sont cependant pas significatives (p-values respectivement: 0.35/0.49). Les médecins en formation ont tendance à donner une moins bonne définition de la spiritualité que les oncologues spécialisés. Cette différence n'est toutefois pas significative (p-value: 0.36). Les oncologues âgés ou de sexe masculin ont tendance à donner une moins bonne définition de la spiritualité que leurs collègues jeunes ou de sexe féminin. Ces différences ne sont néanmoins pas significatives (p-values respectivement: 0.66/0.24). Les oncologues pratiquant exclusivement en secteur privé ont tendance à donner une moins bonne définition de la spiritualité que ceux travaillant en secteur hospitalier. Cette différence est non significative (p-value: 0.94).

4.2.6. Question ouverte sur la définition de la spiritualité

A la question « *Comment définiriez-vous la spiritualité ?* », 73% des oncologues ont répondu en utilisant divers termes présentés dans le Tableau 3 (Détail des réponses en **Annexes 3 et 3***).

Tableau 3. Principaux termes utilisés pour définir la spiritualité

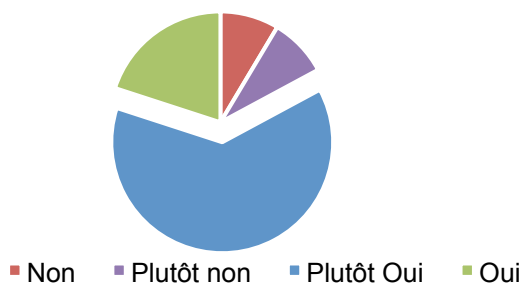
Items*	N (%)
	102 (196.3)
Vie	22 (42.3)
Sens	20 (38.5)
Matériel(le)(s)/Immatériel(le)(s)	8 (15.4)
[Être] humain/L'humain/ [Société] humaine/[Condition] humaine/ [Nature] humaine	7 (13.5)
Valeurs	6 (11.5)
Croyance(s)	6 (11.5)
Mort	6 (11.5)
Âme	5 (9.6)
Supérieur/[Etre] supérieur	4 (7.7)
Sentiment religieux/Aspect religieux/Religieuses ou non	3 (5.8)
Quête	3 (5.8)
Force	3 (5.8)
Esprit	3 (5.8)
Nature	3 (5.8)
Questions	3 (5.8)

93 termes émergent des définitions que les oncologues donnent de la spiritualité (Annexe 3*). Ils ont été regroupés en 15 items principaux. Ils sont transcrits de manière brute, permettant leur regroupement en items de même type. Plusieurs items sont possibles pour un même répondant.

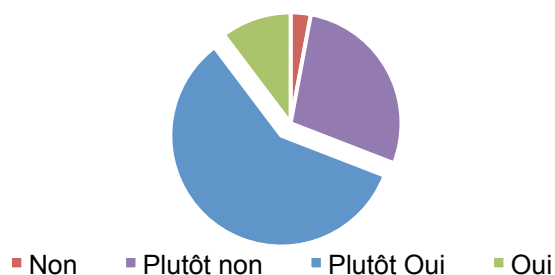
4.3. Place de la spiritualité dans les soins

La majorité des oncologues - 83%- répondent « oui » ou « plutôt oui » concernant l'importance d'aborder la spiritualité avec les patients. La plupart ont déjà abordé cette dimension avec leurs patients (« oui » et « plutôt oui »: 70,4%) et ont trouvé cette approche utile (« oui » et « plutôt oui »: 85,9%; hommes: 56,3%; femmes: 83,8%). Une majorité pense que les patients veulent aborder la

spiritualité avec eux (« oui » et « plutôt oui »): 69,1%; hommes: 53,1%; femmes: 82,9%). Les Graphiques 1 et 2 illustrent la répartition des diverses réponses.



Graphique 1. « Pensez-vous qu'il est important d'aborder la spiritualité avec vos patients ? »



Graphique 2. « Pensez-vous que la spiritualité est un domaine que les patients aimeraient aborder avec vous ? »

Les liens entre les réponses à la question 30 « Pensez-vous qu'il est important d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ? » et les facteurs personnels, professionnels, éthiques, environnementaux et sociodémographiques sont présentés dans le Tableau 4.

Tableau 4. Association de l'importance de la spiritualité estimée par les oncologues avec les facteurs personnels, professionnels éthiques, environnementaux et sociodémographiques

Question 30 « Pensez-vous qu'il est important d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ? »				
Facteurs	Oui N (%)	Non N (%)	OR	p-value
Total	57 (83.8)	11 (16.2)	--	--
Facteurs personnels				
Q.10: Se sentir embarrassé (oui)	20 (35.1)	3 (27.3)	1.44	0.62
Q.25: Difficultés à aborder la spiritualité (oui)	20 (35.1)	3 (30)	1.26	0.76
Q.27: Craintes de questions (oui)	7 (12.7)	3 (27.3)	0.39	0.23
Facteurs professionnels				
Q.7: Discussion de la spiritualité utile (oui)	50 (92.6)	3 (37.5)	20.83	0.001
Q.8: Formation suffisante en spiritualité (oui)	12 (21.1)	1 (9.1)	2.67	0.37
Q.9: Connaissance de guidelines (oui)	7 (12.3)	0 (0)	-- prédiction parfaite	--
Q.13: Autres professionnels plus aptes (oui)	44 (77.2)	11 (100)	-- prédiction parfaite	--
Q.17: Brouiller son image professionnelle avec patients (oui)	0 (0)	4 (40)	-- prédiction parfaite	--
Q.18: Image discréditée auprès des collègues (oui)	1 (1.8)	2 (18.2)	0.08	0.05
Facteurs éthiques				
Q.15: Aborder spiritualité contraire à l'éthique (oui)	0 (0)	1 (9.1)	-- prédiction parfaite	--
Q.21: Manque de respect à l'égard du patient (oui)	1 (1.8)	3 (27.3)	0.05	0.01
Q.22: Manque de respect dans ses croyances (oui)	2 (3.6)	3 (27.3)	0.1	0.01
Q.23: Limites à ne pas franchir (prosélytisme) (oui)	25 (44.6)	6 (60)	0.54	0.38
Facteurs environnementaux				
Q.12: Disponibilité (oui)	10 (17.9)	3 (27.3)	0.58	0.47
Facteurs sociodémographiques				
Appartenance religieuse (non)	17 (30.4)	3 (30)	1.02	0.98
Type d'appartenance religieuse - Prot, cath	33 (80.5)	5 (71.4)	--	--

- Autre appartenance	4 (9.8)	1 (14.3)	0.61	0.68
- Sans	4 (9.8)	1 (14.3)	0.61	0.68
Question 39 (assistant)	9 (15.8)	1 (9.1)	1.88	0.57
Années de pratique, moyenne (sd)	13.7 (9.4)	16.8 (9)	0.98	0.57
Lieu de pratique et moindre importance de la spiritualité				
- Hôpital	41 (71.9)	4 (36.4)	--	--
- Hôpital et privé	2 (3.5)	0 (0)	-- (prédiction parfaite)	--
- Privé	14 (24.6)	7 (63.6)	0.2	0.02
Age, années, moyenne (sd)	46.8 (10.3)	48.4 (10)	0.98	0.64
Sexe masculin	24 (42.1)	8 (72.7)	0.27	0.07

Les résultats reflétant une tendance intéressante ou significatifs sont développés ci-dessous.

4.3.1. Lien entre importance de la spiritualité et variables personnelles

Les oncologues ressentant un inconfort dans l'abord de la spiritualité ont tendance à estimer cette dimension plus importante que ceux s'y sentant à l'aise (réponses « oui » aux questions 10 et 25 « *Vous sentez-vous emprunté pour répondre à un patient qui aborde la/sa spiritualité avec vous ?* », « *Est-il difficile pour vous d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* »). Ces différences ne sont toutefois pas significatives (p-values respectivement: 0.62/0.76). Les oncologues exprimant des craintes de questions susceptibles de surgir en parlant de spiritualité ont tendance à diminuer son importance (réponses « oui » à la question 27: « *Craignez-vous les questions qui pourraient surgir en abordant la question de la spiritualité avec vos patients ?* »). Cette différence n'est cependant pas significative (p-value: 0.23).

4.3.2. Lien entre importance de la spiritualité et facteurs professionnels

Les oncologues ayant trouvé utile d'aborder la spiritualité considèrent son abord comme plus important (réponse « oui » à la question 7 « *Selon votre expérience, est-ce qu'aborder la spiritualité a été utile avec vos patients?* »). Cette différence est significative (p-value : 0.001). Les oncologues estimant avoir reçu une formation suffisante ont tendance à juger son importance comme élevée (réponses « oui » à la question 8 « *Estimez-vous avoir reçu une formation suffisante pour pouvoir aborder adéquatement les questions spirituelles avec vos patients ?* »). Cette différence n'est toutefois pas significative (p=0.37). Tous les oncologues considérant la spiritualité comme non importante déclarent également que d'autres professionnels l'aborderaient mieux qu'eux (réponses « non » à la question 13 « *Pensez-vous que d'autres professionnels que vous sont plus à même d'aborder la spiritualité des patients ?* » (N (%): 11(100)).

4.3.3. Lien entre importance de la spiritualité et variables éthiques

Les oncologues estimant qu'il existe certains problèmes éthiques dans l'abord de la spiritualité avec les patients ont tendance à trouver la spiritualité moins importante que ceux n'identifiant pas de tels problèmes (réponses « oui » aux questions 21, 22 et 23 « *En abordant la spiritualité avec un patient, craignez-vous de lui manquer de respect dans ses croyances ?* », « *En abordant la spiritualité avec un patient, craignez-vous de lui imposer vos propres valeurs et croyances ?* », « *En abordant la spiritualité avec un patient, vous posez-vous des limites à ne pas franchir ?* »).

Ces différences sont significatives pour les questions 21 et 22 (p-values respectivement: 0.01/0.01), mais pas pour la question 23 (p-value: 0.38).

4.3.4. Lien entre importance de la spiritualité et variables environnementales

Les oncologues exprimant un manque de disponibilité pour aborder la spiritualité diminuent l'importance de celle-ci (réponses « oui » à la question 12 « *Pensez-vous avoir suffisamment de temps pour aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* »). Cette différence n'est cependant pas significative (p-value: 0.47).

4.3.5. Lien entre importance de la spiritualité et variables sociodémographiques

Il n'y a pas de différence d'estimation dans l'importance d'aborder la spiritualité entre oncologues avec ou sans appartenance religieuse (réponses « non » à la question 37 « *Avez-vous une appartenance religieuse ?* »: p-value: 0.98). Les oncologues en formation ont tendance à trouver la spiritualité plus importante que les médecins oncologues formés (réponses « oui » à la question 30 « *Pensez-vous qu'il est important d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* »). Cette différence n'est toutefois pas significative (p-value: 0.57). Les oncologues plus expérimentés ou âgés ou de sexe masculin ont tendance à trouver la spiritualité moins importante (réponses aux questions 40, 42 et 43: « *Depuis combien de temps travaillez-vous en oncologie ?* », « *Quelle est votre année de naissance ?* », « *Quel est votre sexe ?* »). Ces différences ne sont cependant pas significatives (p-values respectivement: 0.57/0.64/0.07). Les oncologues avec une pratique privée trouvent la spiritualité moins importante que ceux travaillant dans le secteur public (réponses à la question 41 « *Pratiquez-vous dans un centre hospitalier ou privé ?* »). Cette différence est significative (p-value : 0.02).

4.4. Barrières rencontrées par les oncologues

4.4.1 Barrières personnelles

A la question « *Est-il difficile pour vous d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* », les médecins sont 64,7% à répondre « non » et « plutôt non » (respectivement 16,2% et 48,5%). Un peu plus d'un tiers répondent « oui » et « plutôt oui » (respectivement 8,8% et 26,5%). Près d'un quart donnent une explication à leurs difficultés (28,2% de réponses à la question complémentaire « *Si oui, pourquoi ?* »); ces explications sont présentées dans le Tableau 5. Le détail des réponses est en **Annexe 4**.

Tableau 5. Réponses des oncologues à la question « *Est-il difficile pour vous d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ? – Si oui, pourquoi ?* »

Raisons des difficultés	N* (%)
Thème 1: Manque de temps	20 (28.2)
	11 (55)

- « Pour manque de temps en oncologie »	
- « Manque de temps. Au bas de la liste des priorités »	
- « Manque de temps et manque de formation »	
- « Formation, temps »	
- « Pas de connaissances, pas de temps »	
- « Pas facile de trouver le temps et l'ouverture »	
- « Temps à disposition, peur d'intrusion dans la personne »	
- « D'abord à cause du manque de temps. En plus, je trouve difficile de l'aborder quand ils n'ont pas une religion »	
- « Manque d'expérience, manque de temps »	
- « Peut-être par manque de temps. Je parle plus volontiers du contexte social que de spiritualité »	
- « Manque de temps »	
Thème 2: Manque de formation / d'expérience	7 (35)
- « Manque de temps et manque de formation »	
- « Formation, temps »	
- « Pas de connaissances, pas de temps »	
- « Manque d'expérience, manque de temps »	
- « Manque de connaissances »	
- « Manque de formation »	
- « Faut déjà avoir soi-même une certaine connaissance + accepter de se dévoiler aussi + émotionnel	
Thème 3: Raisons liées à la relation médecin-patient	7 (35)
- « Temps à disposition, peur d'intrusion dans la personne »	
- « S'ingérer dans la sphère intime »	
- « Faut déjà avoir soi-même une certaine connaissance + accepter de se dévoiler aussi + émotionnel »	
- « Pas facile de trouver le temps et l'ouverture »	
- « S'ils n'en parlent pas, malgré mes allusions je pense qu'ils ne veulent pas aborder le sujet. Pour les patients et les gens, spiritualité = religion inconsciemment et c'est là le problème »	
- « Je l'aborde indirectement en "ouvrant des portes" de la discussion. Je lui dis qu'il est important de "faire des choses importantes" et s'il veut saisir la perche, libre à lui de développer »	
- « Certains patients ne sont pas prêts à discuter et sont surpris qu'un médecin lui pose ces questions »	
Thème 4: Raisons liées aux croyances religieuses	3 (15)
- « Je ne suis pas croyante »	
- « S'ils n'en parlent pas, malgré mes allusions je pense qu'ils ne veulent pas aborder le sujet. Pour les patients et les gens, spiritualité = religion inconsciemment et c'est là le problème »	
- « D'abord à cause du manque de temps. En plus, je trouve difficile de l'aborder quand ils n'ont pas une religion »	
Thème 5: Problème de langage	1 (5)
- « Langage »	

* Plusieurs raisons sont possibles pour un même répondant.

4.4.2. Barrières professionnelles

La plupart des oncologues pensent qu'aborder la spiritualité n'est pas contraire à l'éthique (« non » et « plutôt non »: 97,1%), ne brouille pas leur image professionnelle auprès de leurs patients (« non » et « plutôt non »: 94,2%), ni ne les discrédite auprès de leurs collègues (« non » et « plutôt non »: 95,6%). Ils estiment par ailleurs que cela pourrait faciliter l'abord de questions relatives à la fin de vie (« oui » et « plutôt oui »: 91,4%). La majorité estime que d'autres professionnels sont plus compétents dans ce domaine (« oui » et « plutôt oui »: 80%). Parmi ceux-ci ils citent, par ordre d'importance, les professions à caractère religieux et spirituel, les psychologues et psychiatres et les équipes infirmières (cités à 69,2%, 46,9% et 30,6%, plusieurs items étant possibles pour un même répondant – Tableau 6). Le détail des réponses est en **Annexes 5 et 5***.

Tableau 6. Termes utilisés par les oncologues dans leurs réponses à la question « *Pensez-vous que d'autres professionnels que vous sont plus à même d'aborder la spiritualité des patients?* »

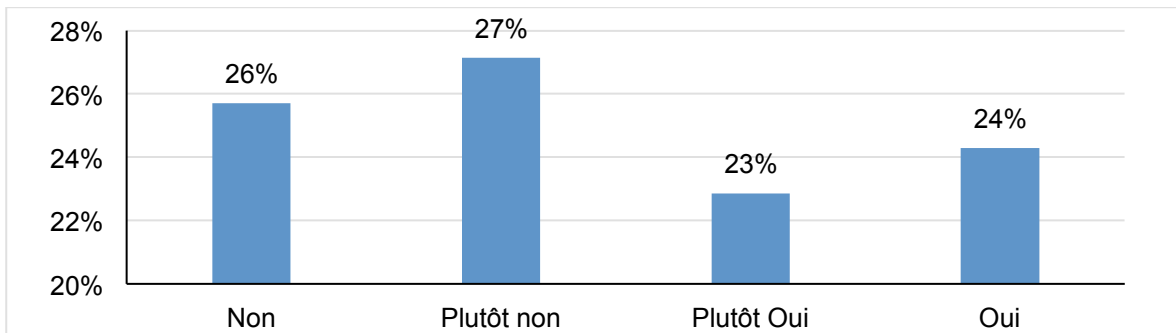
Items*	N (%) 95
Aumônier(s)/ Aumônier hospitalier / Prêtre(s) [Si religion:] prêtres / Pasteur(s)/Pasteure / Centres religieux/Gens de religions/ Si religion [: prêtres] / Accompagnants spirituels / Professionnels de la spiritualité / Représentants des églises / Clergé / Imams / Ecclésiastiques	34 (69.2)
Psychologue(s)/ Psy/ Psychothérapeute / Psycho-oncologie / Psychiatres / Spécialiste psychiatre	23 (46.9)
Infirmier(s)/Infirmière(s)/ Infirmières onco [Cadre soignant] (par exemple les infirmières)/Equipes [médico]-infirmières Infirmières spécialisées/ Personnel des soins infirmiers/Soins infirmiers/Soignants infirmiers	15 (30.6)
Soins palliatifs/SPL	7 (14.3)
Philosophe(s)/ Philosophe ?	4 (8.2)
Médecins/Médecin traitant/Equipes médico-[infirmières]	3 (6.1)
Poètes	2 (4.1)
Assistants sociaux	1 (2)
Bénévoles	1 (2)
Amis	1 (2)
Sophrologue	1 (2)
Toutes et tous	1 (2)
Variable	1 (2)
Ne sais pas	1 (2)

26 termes ressortent dans les réponses des oncologues (Annexe 5). Les professionnels cités ont été regroupés en 14 items principaux présentés dans ce tableau. Ils sont transcrits de manière brute et parfois raccourcis, permettant leur regroupement en items de même. Plusieurs items sont possibles pour un même répondant.

Plus de trois quarts des oncologues estiment que leur formation est insuffisante (« non » et « plutôt non »: 80,3%; 86,4% en privé et 77,8% dans le secteur public) et déclarent n'avoir pas connaissance d'outils pour aborder cette dimension avec les patients (« non » et « plutôt non »: 90,1%). Les avis sont partagés concernant leur capacité à identifier les patients souffrant de détresse spirituelle (« non » et « plutôt non » à la question 11 « *Eprouvez-vous des difficultés à identifier les patients souffrant de détresse spirituelle ?* »: 55,9%; 63,2% en privé et 53,3% en hospitalier). Presque deux tiers se sentent à l'aise pour aborder la dimension spirituelle avec leurs patients (« non » et « plutôt non » à la question « *Vous sentez-vous emprunté pour répondre à un patient qui aborde la/sa spiritualité avec vous ?* »: 64,8%; 86,4% en privé et 55,6% en hospitalier).

4.4.3. Barrières éthiques

La majorité des oncologues pense qu'aborder la spiritualité ne représente ni indiscretion (« non » et « plutôt non »: 88,4%) ni manque de respect envers les croyances des patients (« non » et « plutôt non »: 92,9%). Ils ne craignent pas qu'aborder ce sujet risque d'imposer leurs propres valeurs et croyances à leurs patients (« non » et « plutôt non »: 91,3%). Ils sont par contre d'avantage partagés quand on leur demande s'il existe des limites à ne pas franchir, 47,1% d'entre eux répondant positivement comme l'illustre le Graphique 3 (« oui » et « plutôt oui »: 66,7% des hommes et 29,7% des femmes).



Graphique 3. « En abordant la spiritualité avec un patient, vous posez-vous des limites à ne pas franchir? »

Les thèmes revenant le plus souvent sur les limites à ne pas franchir sont le désir de ne pas imposer ses propres valeurs/croyances, de ne pas parler de celles-ci (48,1%), ainsi que le souhait de ne pas dépasser les attentes du patient (22,2%). Les 27 limites citées sont regroupées en 6 thèmes dans le Tableau 7. Leurs détails sont présentés dans l'**Annexe 6**.

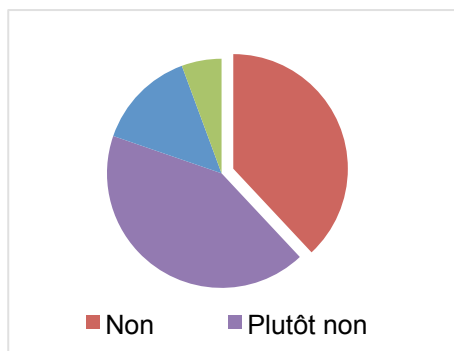
Tableau 7. Réponses des oncologues à la question « En abordant la spiritualité avec un patient, vous posez-vous des limites à ne pas franchir ? – Si oui, lesquelles ? »

Limites à ne pas franchir	N (%)
Thème 1	13 (48.1)
1: Ne pas imposer ses valeurs/croyances	9 (33.3)
<ul style="list-style-type: none"> - « Les croyances prosélytes » - « Prosélytisme ou nihilisme → ne pas donner son avis personnel » - « Ne pas imposer ses idées/jugements » - « Nous sommes là pour être à son écoute, pour répondre à une demande, mais pas pour prêcher ou offrir des solutions » - « Ne pas imposer mes propres valeurs et croyances » - « Essayer de ne pas imposer mes valeurs » - « Ne pas imposer des valeurs étrangères à celles du patient » - « Veiller à ne pas heurter les croyances et les valeurs du patient » - « Ne pas vouloir suggérer mes propres valeurs, ne pas vouloir détourner les valeurs du patient, ne pas devenir missionnaire » 	
1bis: Ne pas parler de ses valeurs/croyances	4 (14.8)
<ul style="list-style-type: none"> - « Ne pas parler de moi » - « Mes propres croyances et avis, ma subjectivité » - « Faire abstraction de ses propres convictions » - « Neutralité personnelle vis à vis des croyances ou idéaux du patient » 	
Thème 2: Ne pas dépasser les attentes du patient	6 (22.2)
<ul style="list-style-type: none"> - « Celles que me suggère le patient. On ne parle pas n'importe quand à n'importe qui de n'importe quoi » - « Dépend de ce qu'il dit (ou ne dit pas) et de ce qu'il attend » - « Ce qu'il ne souhaite pas exprimer » - « Ses souhaits...autres selon les cas... » - « Ne pas parler de mes convictions spirituelles en l'absence d'une demande du patient dans ce sens » - « Selon acceptation / demande du patient » 	
Thème 3: Ne pas juger	3 (11.1)
<ul style="list-style-type: none"> - « Pas de jugement de valeurs ou de comparaison avec ses propres croyances » - « Pas de jugement » - « Ne pas juger ou influencer » 	
Thème 4: Ne pas parler de religion	3 (11.1)

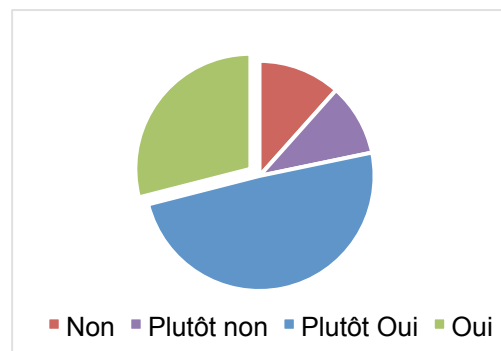
<ul style="list-style-type: none"> - « Ne pas entamer de discussion sur la religion » - « Le sujet pourrait être délicat, s'il concerne la religion » - « Religion » 	
Thème 5: Ne pas influencer le plan de traitement	1 (3.7)
<ul style="list-style-type: none"> - « Ne pas mélanger spiritualité avec croyances religieuses et les cultures de chacun, ne pas affecter les décisions concernant la prise en charge du patient, c'est-à-dire faire attention à ne pas changer la prise en charge d'une manière préjudiciable » 	
Thème 6: Ne pas provoquer d'inconfort	1 (3.7)
<ul style="list-style-type: none"> - « Celles du confort du patient dans les thèmes abordés » 	

4.4.4. Barrières environnementales

Plus de trois quarts des d'oncologues estiment n'avoir pas assez de disponibilité pour aborder la spiritualité (« non » et « plutôt non »: 79,7%; 66,7% en privé et 84,4% en service public). Cette constatation est illustrée par le Graphique 4. Elle est mis en parallèle avec la question du rôle professionnel (autres professionnels plus à même d'investiguer la spiritualité des patients (« oui » et plutôt oui »: 80%) - Graphique 5.



Graphique 4. « Pensez-vous avoir suffisamment de temps pour aborder la question de la spiritualité avec vos patients ? »



Graphique 5. « Pensez-vous que d'autres professionnels que vous sont plus à même d'aborder la spiritualité des patients ? »

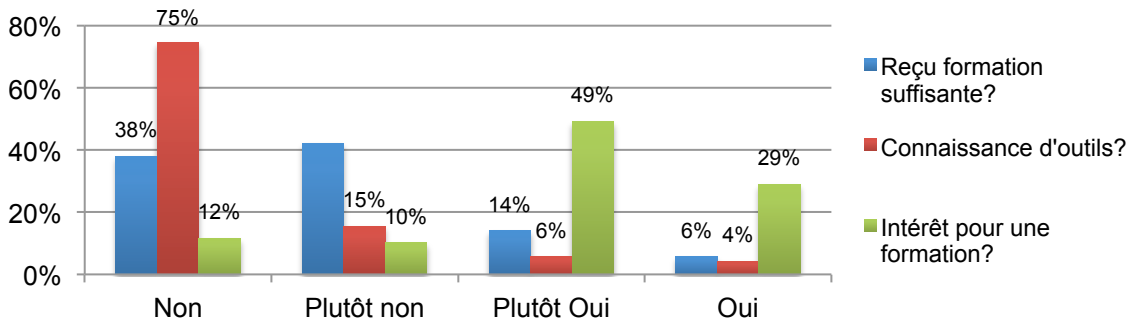
4.5. Attitudes des oncologues pré-définition et post-définition de la spiritualité

La plupart des oncologues disent qu'ils n'auraient pas répondu différemment aux questions de la première partie du questionnaire si la définition de la spiritualité donnée dans la seconde section du questionnaire (5) leur avait été donnée dès le départ (« non » et « plutôt non »: 97,1%) et une grande majorité conçoit d'aborder cette dimension suite à cette définition (« oui » et « plutôt oui »: 94.2%). Le croisement des réponses pré-définition et post-définition de la spiritualité est présenté en **Annexes 7** et **7***.

4.6. Intérêt des oncologues à l'égard d'une formation en spiritualité

La majorité des oncologues interrogés - 78,3% - répond « oui » ou « plutôt oui » à la question « Si une matinée de formation continue sur l'abord de la spiritualité avec les patients vous était

proposée, souhaiteriez-vous y participer ? ». Le Graphique 6 présente les données quand à la perception de la formation reçue et à l'intérêt pour une formation.



Graphique 6. Formation suffisante et intérêt pour une formation dans le domaine de la spiritualité

La relation entre la question sur l'intérêt pour une formation et les facteurs personnels, professionnels et sociodémographiques est présentée dans le Tableau 8.

Tableau 8. Association de l'intérêt des oncologues pour une formation en matière de spiritualité avec les facteurs personnels, professionnels et sociodémographiques

Question 36 : « Si une matinée de formation continue sur l'abord de la spiritualité avec les patients vous était proposée, souhaiteriez-vous y participer ? »				
Facteurs	Oui N (%)	Non N (%)	OR	p-value
Total	54 (78.3)	15 (21.7)	--	--
Facteurs personnels				
Q.10: Se sentir embarrassé (oui)	21 (38.9)	3 (20)	2.55	0.18
Q.25: Difficultés à aborder la spiritualité (oui)	21 (38.9)	3 (23.1)	2.12	0.29
Q.27: Craintes de questions (oui)	9 (17.3)	1 (7.1)	2.72	0.36
Facteurs professionnels				
Q.7: Discussion de la spiritualité utile (oui)	44(86.3)	9(81.8)	1.4	0.71
Q.8: Formation suffisante en spiritualité (oui)	9(16.7)	4(26.7)	0.55	0.39
Q.9 : Connaissance de guidelines (oui)	6(11.1)	1(6.7)	1.75	0.62
Q.13: Autres professionnels plus aptes (oui)	42(77.8)	13(92.9)	0.27	0.23
Q.17: Brouiller son image professionnelle avec patients (oui)	3(5.6)	1(7.7)	0.71	0.77
Q.18: Image discréditée auprès des collègues (oui)	3(5.7)	0(0)	(prédiction parfaite)	--
Facteurs sociodémographiques				
Appartenance religieuse (non)	18 (33.9)	2 (14.3)	3.09	0.17
Type d'appartenance religieuse				
Prot, cath	31(81.6)	9 (81.8)	--	--
Autre appartenance	4 (10.5)	1 (9.1)	1.16	0.9
Sans	3 (7.9)	1 (9.1)	0.87	0.91
Q39 (assistant)	9 (16.7)	1 (6.7)	2.8	0.35
Années de pratique, moyenne (sd)	13.5 (9.9)	16.8 (6.6)	0.96	0.22
Lieu de pratique				
Hôpital	40 (74.1)	5 (33.3)	--	--
Hôpital et privé	1 (1.9)	1 (6.7)	0.13	0.16
Privé	13 (24.1)	9 (60)	0.18	0.01
Age, années, moyenne (sd)	46.2 (10.5)	50.8 (8.3)	0.96	0.14
Sexe masculin	23 (42.6)	8 (57.1)	0.56	0.33

Les résultats reflétant une tendance intéressante ou significatifs sont développés ci-dessous.

4.6.1. Intérêt pour une formation et facteurs personnels

Les oncologues exprimant un inconfort dans l'abord de la spiritualité ont tendance à montrer plus d'intérêt pour une formation (réponses « oui » aux questions 10, 25 et 27 « *Vous sentez-vous emprunté pour répondre à un patient qui aborde la/sa spiritualité avec vous ?* », « *Est-il difficile pour vous d'aborder la question de la spiritualité avec vos patients ?* », « *Craignez-vous les questions qui pourraient surgir en abordant la question de la spiritualité avec vos patients ?* »). Ces différences ne sont pas significatives (p-values respectivement: 0.18/0.29/0.36).

4.6.2. Intérêt pour une formation et facteurs professionnels

Les oncologues ayant déjà abordé la spiritualité et l'ayant jugée utile ou ceux qui ont connaissance d'outils pratiques pour l'aborder ont tendance à montrer plus d'intérêt pour une formation (réponses « oui » aux questions 7 et 9 « *Selon votre expérience, est-ce qu'aborder la spiritualité a été utile avec vos patients?* », « *Avez-vous connaissance de questionnaires permettant d'aborder le domaine de la spiritualité avec les patients ?* »). Ces différences ne sont toutefois pas significatives (p-values respectivement: 0.71/0.62). Les oncologues estimant que d'autres professionnels aborderaient mieux qu'eux la spiritualité ou que cet abord pourrait brouiller leur image professionnelle ont tendance à montrer moins d'intérêt pour une formation (réponses « oui » aux questions 13 et 17 « *Pensez-vous que d'autres professionnels que vous sont plus à même d'aborder la spiritualité des patients ?* », « *Pensez-vous que le fait d'aborder la spiritualité pourrait brouiller votre image professionnelle auprès de vos patients ?* »). Ces différences ne sont cependant pas significatives (p-values respectivement: 0.23/0.77).

4.6.3. Intérêt pour une formation et facteurs sociodémographiques

Les oncologues sans appartenance religieuse ou ayant une appartenance autre que chrétienne ont tendance à montrer plus d'intérêt pour une formation que les autres (réponses « non » à la question 37 « *Avez-vous une appartenance religieuse ?* » et à la question 38 « *Si oui, laquelle ?* »). Ces différences ne sont toutefois pas significatives (p-values respectivement : 0.17/0.9). Les oncologues en formation ont tendance à montrer plus d'intérêt pour une formation. Cette différence n'est cependant pas significative (p-value : 0.35). Les oncologues plus expérimentés ou âgés ou de sexe masculin ont tendance à montrer moins d'intérêt. Ces différences ne sont cependant pas significatives (p-values respectivement: 0.22/0.14/0.33). Les oncologues pratiquant à la fois en milieu public (hospitalier/ambulatoire) et privé ou exclusivement en privé montrent moins d'intérêt pour une formation que ceux travaillant dans le milieu hospitalier. Cette différence est significative (p-value : 0.01).

4.7. Remarques générales des répondants

Plus d'un quart des oncologues (26,8%) ont répondu à la question « *Avez-vous des remarques sur ce questionnaire ?* ». Parmi ces 19 commentaires, 11 font référence à la spiritualité. Ces commentaires sont présentés dans le Tableau 9 (détails des remarques générales en **Annexe 8**).

Tableau 9. Remarques générales ayant trait à la spiritualité

- « Pendant notre consultation, malheureusement on n'a pas assez de temps pour approfondir cet argument avec tous ses patients, mais souvent ils sont au mieux d'une discussion difficile ».
- « Sujet intéressant et complexe des liens entre corps et esprit et des effets bénéfiques ou négatifs qui peuvent en découler ».
- « Nous n'avons pas la formation pour discuter de spiritualité, je crois que nous pouvons orienter nos patients vers des spécialités à leur demande mais que notre rôle n'est pas là ».
- « Il me semble que les patients aborderaient le problème de la spiritualité si on parlait plus de spiritualité et non de croyance religieuse dans les journaux. Des flyers comme ceux faits par la ligue contre le cancer pour d'autres sujets pourraient être utiles. Il y a un tabou à faire tomber...dans la société à Genève ».
- « C'est intéressant de voir une définition assez vaste de spiritualité ».
- « Je pense que la spiritualité est un domaine intime. Notre rôle est de tendre des perches, de laisser la porte ouverte, mais pas d'interroger le patient sur ce point. Personnellement je dis au patient qu'il faut "faire des choses importantes", comme on devrait d'ailleurs tous le faire. Libre à lui après de développer le sujet s'il en a envie ».
- « Par rapport aux oncologues, j'ai plus de temps pour mes consultations donc également pour aborder le sujet de la spiritualité. Comme je discute des implications familiales de la génétique, ça m'arrive d'aborder la spiritualité avec les patients ».
- « Sujet intéressant et peu abordé. Il serait intéressant de connaître l'avis des patients sur le sujet et leur demande éventuelle ».
- « Beaucoup de questions subjectives et pas évidentes à se représenter, je dirais que je répondrais différemment selon le patient en face de moi, cela dépend donc complètement de la relation patient-médecin en particulier ».
- « J'aborde la spiritualité si - dans la discussion avec le patient - j'ai l'impression qu'il a des questions ou s'il a un intérêt à des questions ou s'il a un intérêt de la discuter... Cela n'est pas le cas chez tout le monde ça ne me semble pas nécessaire ».
- « La spiritualité est implicite dans la rencontre de l'autre qui est à la base de la pratique médicale. Elle ne pourrait être instrumentalisée comme le laisse transparaître par ses sous-entendus ce questionnaire ».

5. Discussion

Les principaux résultats de cette étude rejoignent ceux des recherches effectuées dans ce domaine auprès de médecins en oncologie et d'autres spécialités (13,14,57–64).

5.1. Définition de la spiritualité

Près de trois quarts des oncologues donnent une réponse personnelle de leurs représentations de la spiritualité, avec des définitions riches, larges, diversifiées, laissant une grande place à la créativité, ce qui rejoint les résultats de Seccareccia et Brown (11). La définition de la spiritualité donnée dans la seconde section du questionnaire ne modifie pas leurs réponses. Ces données portent à penser que notre hypothèse de départ selon laquelle une méconnaissance du concept de spiritualité et une potentielle confusion avec celui de la religion représenteraient une barrière à l'abord de la spiritualité, est infirmée. A notre connaissance, il s'agit de la première étude auprès des oncologues explorant leurs représentations de la spiritualité et ses liens avec la religion.

Quelques nuances sont à apporter. Les oncologues de sexe féminin, ceux qui ont déjà abordé cette thématique dans leur pratique clinique et ont trouvé cela utile ont une représentation à la fois plus précise et plus large de la spiritualité, par contraste avec les oncologues de sexe masculin, ceux qui ont un à priori négatif de cette dimension, qui éprouvent des difficultés personnelles dans

ce type d'échange ou pensent que les patients ne veulent pas en discuter. Il s'agit néanmoins de tendances non prouvées statistiquement.

5.2. Place de la spiritualité dans les soins

La grande majorité des répondants trouve important d'aborder la spiritualité avec leurs patients, leur appartenance à une religion n'ayant pas d'influence sur ce résultat. Ils sont également une majorité à penser que les patients désirent l'aborder avec eux. Ces résultats rejoignent ceux de Phelps et coll. et de Balboni et coll. (14,59).

Là encore des nuances sont à apporter. Les oncologues de sexe masculin, ceux plus âgés et avec plus d'années de pratique sont moins enclins à considérer comme important l'abord de la spiritualité. Une même tendance liée au genre et à l'âge est retrouvée dans d'autres études (14,59). L'intégration relativement récente de la spiritualité dans la formation médicale et les soins pourrait expliquer ces deux dernières tendances. Par ailleurs, la moindre place accordée à cette dimension de manière statistiquement significative par les oncologues travaillant en cabinet privé pourrait s'expliquer par le fait que ce secteur est moins propice à une prise en charge pluridisciplinaire (p-value : 0.02).

Enfin, la plupart des interrogés disent avoir déjà abordé ce thème avec leurs patients, ont trouvé cela utile et se sentent à l'aise dans ce type d'échanges, avec une même tendance liée au genre. A souligner que plus les oncologues ayant abordé la spiritualité ont jugé utile cette démarche, plus ils estiment qu'il est important de lui donner une place dans les soins (p-value : 0.001). Cette association illustre bien l'importance des expériences de terrain dans la valorisation de cette compétence.

5.3. Barrières rencontrés par les oncologues

Les principales barrières limitant les oncologues romands dans l'abord de la spiritualité avec les patients sont la perception de manquer de formation et d'avoir moins de compétences dans ce domaine que d'autres professionnels de la santé. Ces résultats corroborent les données des autres études menées sur cette thématique (13,57,59). Balboni et al. montrent que la perception d'un manque de formation chez les médecins est une barrière plus importante à l'abord de la spiritualité avec les patients que leur représentation de leur rôle professionnel, la peur d'abuser de leur pouvoir ou leur manque de disponibilité (59).

Une proportion importante des oncologues romands estime que d'autres professionnels sont plus à même de jouer ce rôle. Ces résultats rejoignent ceux d'autres études chez les médecins de diverses spécialités (58). Ceux disant manquer de disponibilité tendent d'avantage à se positionner dans ce sens. Notre étude ne permet pas de clarifier si ce souhait de déléguer l'abord de la spiritualité à d'autres est lié à un sentiment de manque de compétences, à la représentation du rôle professionnel ou aux deux. Balboni et coll. montrent que le manque de formation chez les médecins est corrélée à leur perception que l'abord de la spiritualité ne relève pas de leur rôle

(14). Les quelques études disponibles montrent qu'une minorité d'oncologues considère l'abord de la spiritualité comme faisant partie de leur rôle (57,67,75). Les oncologues mettent de tels échanges en bas de leur liste de priorités. Pourtant, plus les médecins considèrent les soins spirituels comme faisant partie de leur rôle, plus ils en prodiguent (67). Les résultats de notre étude rejoignent ce constat.

Une majorité des oncologues romands cite en premier lieu les professions à caractère religieux et secondairement les infirmières et les psychologues/psychiatres comme les interlocuteurs privilégiés dans l'abord de la dimension spirituelle. Il est intéressant de se questionner sur les raisons pour lesquelles les oncologues romands pensent que la spiritualité devrait être abordée en priorité par les professionnels à caractère religieux, bien qu'une majorité d'entre eux estime que la religion n'est qu'une des dimensions de cette dernière. Ce positionnement pourrait être lié à leur sentiment d'incompétence. Deux tiers en effet estiment être insuffisamment formés et près des trois quarts reconnaissent ne pas avoir connaissance de guidelines les guidant dans cette approche. La perception de leurs insuffisances dans ce domaine serait encouragée selon Curlin et coll., par diverses publications considérant les médecins comme incompétents en la matière et devant se référer à des professionnels à caractère religieux (76). La spiritualité serait alors affaire de spécialistes avec le risque que cette dimension ne soit pas abordée dans le quotidien des patients.

Ni les facteurs personnels ni les facteurs éthiques ne sont identifiés par les oncologues romands comme des obstacles importants. La majorité d'entre eux disent ne pas se sentir indiscrets ou irrespectueux envers les croyances de leurs patients et ne craignent pas d'imposer leurs propres valeurs et croyances. Néanmoins, un tiers exprime des limites éthiques, la crainte d'une forme de prosélytisme étant la plus fréquemment évoquée. A relever que les médecins identifiant des limites éthiques sont moins susceptibles d'aborder cette dimension avec leurs patients, sans que cette tendance soit significative. Si les médecins ont le souci à juste titre de ne pas imposer leurs propres valeurs aux patients, leur neutralité lors de ce type d'échanges n'est pas toujours possible, ni souhaitable. Ces échanges offrent un espace réflexif, donc par définition éthique, permettant une meilleure compréhension des valeurs et besoins du patient (1,11,77,78).

5.4. Intérêt des oncologues à l'égard d'une formation

Plus de trois-quarts des oncologues romands sont ouverts à une proposition de formation d'une matinée dans le domaine de la spiritualité. Plus ils se disent inconfortables ou éprouvent des difficultés pour aborder cette dimension, plus ils sont intéressés par une telle formation sans que cette tendance soit significative. Ceux l'ayant déjà abordé avec leurs patients et l'ayant trouvé utile sont plus enclins à accepter une telle proposition, alors que ceux travaillant dans le secteur privé sont significativement moins intéressés (p-value : 0.01).

La reconnaissance des lacunes et le souhait de combler ces dernières sont des composantes essentielles des valeurs déontologiques et éthiques des médecins. Avec le vieillissement de la

population et la prévalence croissante des maladies chroniques, ce devoir de formation continue doit reposer non seulement sur le développement de compétences médico-techniques mais aussi relationnelles et réflexives, inspirées de leurs traditions personnelles, philosophiques et théologiques (4,6,69,76,78–80). Un tel devoir de formation est bien identifié par la majorité des oncologues romands.

Quels bénéfices peut-on attendre d'une formation dans ce domaine chez les oncologues ? Celle-ci n'intervient-elle pas trop tardivement dans leur cursus ? Au même titre que les dimensions psychosociales, l'abord de la spiritualité nécessite une maturation des connaissances médicales au travers des expériences cliniques (81). L'étude de Rasinski et coll. montrant qu'une formation chez les étudiants en médecine n'a que peu d'impact dans leur abord de la spiritualité souligne l'importance du vécu clinique dans l'intégration des apports théoriques (82). Notre observation que les oncologues romands ayant déjà abordé cette thématique avec leurs patients et l'ayant trouvé utile sont plus enclins à accepter une telle proposition va dans ce sens.

La manière dont les oncologues perçoivent leur rôle professionnel prédirait s'ils vont aborder la dimension spiritualité avec leurs patients (67). Pour Balboni et coll., le point critique concernant ces obstacles se situe au niveau de la formation des médecins (13,59). Formés, ils s'impliqueraient d'avantage dans l'abord de la spiritualité avec leurs patients. Une telle formation offre notamment des outils pratiques favorisant le dialogue avec ces derniers et la détection d'une éventuelle détresse spirituelle (83–96). Se sentant plus à l'aise dans ce type d'échanges, les médecins sont susceptibles d'offrir un renouvellement de la relation médecin-patient dans un contexte où la maladie invite le patient à revisiter ses priorités et le sens donné à sa vie.

Les bénéfices d'une formation se font sentir également sur les médecins. Une attitude d'ouverture à la spiritualité chez les étudiants les aiderait à mieux gérer leurs émotions dans la rencontre avec les patients gravement malades (97). Les échanges spirituels avec les patients favorisent une attitude réflexive chez les médecins sur leur rôle professionnel et leur propre spiritualité (11,20,98). De tels échanges ajoutent du sens à l'exercice de leur profession (11).

5.5. Limites de l'étude

Les limites de cette étude incluent la taille de l'échantillon avec seulement 71 participants, un biais de sélection possible malgré un taux de réponse élevé (60%) puisque ce sont les médecins oncologues les plus intéressés qui ont tendance à répondre, le recrutement de médecins oncologues provenant d'une région géographique délimitée ne permettant pas la généralisation des résultats au-delà de la sphère francophone helvétique, des questions manquantes pour certaines rubriques et un biais dû au langage avec une confusion possible entre les termes « spiritualité » et « religion ».

6. Conclusion

Une majorité d'oncologues romands a une représentation de la spiritualité qui dépasse le thème de la religion, estime que cette thématique est non seulement importante dans leur communication avec le patient mais qu'elle peut également faciliter la discussion de questions relatives à la fin de vie. Aborder les questions spirituelles ne leur pose pas de difficultés personnelles ni éthiques majeures. Hormis leur disponibilité insuffisante, ils identifient le manque de formation comme le principal obstacle à l'abord de la spiritualité et une majorité souhaite être formée.

Les études futures devront investiguer l'impact d'une telle formation sur les représentations qu'ont les médecins de leur rôle professionnel dans le domaine de la spiritualité et leurs attitudes à l'aborder avec les patients. Elles auront également à préciser quel est le champ d'action du médecin, ses limites et les collaborations nécessaires avec les autres professionnels, notamment du domaine religieux.

7. Références

1. Puchalski CM. Spirituality and the care of patients at the end-of-life: an essential component of care. *Omega* 2008 2007; 56(1): 33-46.
2. Peteet JR, Balboni MJ. Spirituality and religion in oncology. *CA Cancer J Clin* 2013; 63(4): 280-9.
3. Puchalski CM. Religion, medicine and spirituality: what we know, what we don't know and what we do. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP* 2010; 11 Suppl 1: 45-9.
4. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Am J Med* 2001; 110(4): 283-7.
5. American Academy of Hospice and Palliative Medicine, Center to Advance Palliative Care, Hospice and Palliative Nurses Association, Last Acts Partnership, National Hospice and Palliative Care Organization. National Consensus Project for Quality Palliative Care: Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, executive summary. *J Palliat Med* 2004; 7(5): 611-27.
6. Sulmasy DP. Spirituality, religion, and clinical care. *Chest* 2009; 135(6): 1634-42.
7. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med* 2005; 8 Suppl 1: S103-15.
8. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. Handbook of Religion and Health. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12(3): 332.
9. Moreira-Almeida A, Koenig HG. Retaining the meaning of the words religiousness and spirituality: a commentary on the WHOQOL SRPB group's « a cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life ». *Soc Sci Med* 2006; 63(4): 43-5.
10. Sulmasy DP. Ethos, mythos, and thanatos: spirituality and ethics at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2013; 46(3): 447-51.
11. Seccareccia D, Brown JB. Impact of spirituality on palliative care physicians: personally and professionally. *J Palliat Med* 2009; 12(9): 805-9.
12. McCord G, Gilchrist VJ, Grossman SD, King BD, McCormick KE, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: a rational and ethical approach. *Ann Fam Med* 2004; 2(4):356-61.
13. Balboni MJ, Sullivan A, Amobi A, Phelps AC, Gorman DP, Zollfrank A, et al. Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *J Clin Oncol* 2013; 31(4):461-7.
14. Phelps AC, Lauderdale KE, Alcorn S, Dillinger J, Balboni MT, Van Wert M, et al. Addressing spirituality within the care of patients at the end of life: perspectives of patients with advanced cancer, oncologists, and oncology nurses. *J Clin Oncol* 2012; 30(20): 2538-44.
15. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality? A systematic literature review. *Patient Educ Couns* 2015; 98(11):1 320-8.

16. Ehman JW, Ott BB, Short TH, Ciampa RC, Hansen-Flaschen J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch Intern Med* 1999; 159(15): 1803-6.
17. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract* 1994; 39(4): 349-52.
18. Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, et al. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology* 1999; 8(5): 378-85.
19. Daaleman TP, Nease DE. Patient attitudes regarding physician inquiry into spiritual and religious issues. *J Fam Pract* 1994; 39(6): 564-8.
20. Sulmasy DP. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist* 2002; 42 Spec No 3: 24-33.
21. MacLean CD, Susi B, Phifer N, Schultz L, Bynum D, Franco M, et al. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J Gen Intern Med* 2003; 18(1): 38-43.
22. Astrow AB, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP. Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *J Clin Oncol* 2007; 25(36): 5753-7.
23. Puchalski CM, Dorff RE, Hendi IY. Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clin Geriatr Med*. nov 2004;20(4):689-714, vi-vii.
24. Puchalski CM. Spirituality in the cancer trajectory. *Ann Oncol* 2012; 23 Suppl 3: 49-55.
25. McGrath P. Creating a language for « spiritual pain » through research: a beginning. *Support Care Cancer* 2002; 10(8): 637-46.
26. Bovero A, Leombruni P, Miniotti M, Rocca G, Torta R. Spirituality, quality of life, psychological adjustment in terminal cancer patients in hospice. *Eur J Cancer Care* 2015; doi: 10.1111/ecc.12360
27. Rabow MW, Knish SJ. Spiritual well-being among outpatients with cancer receiving concurrent oncologic and palliative care. *Support Care Cancer* 2015; 23(4): 919-23.
28. Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Med Malden Mass* 2015; 16(1): 51-60.
29. Renz M, Mao MS, Omlin A, Bueche D, Cerny T, Strasser F. Spiritual experiences of transcendence in patients with advanced cancer. *Am J Hosp Palliat Care* 2015; 32(2): 178-88.
30. Matteliano D, St Marie BJ, Oliver J, Coggins C. Adherence monitoring with chronic opioid therapy for persistent pain: a biopsychosocial-spiritual approach to mitigate risk. *Pain Manag Nurs* 2014; 15(1): 391-405.
31. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, Phelps AC, Loggers ET, Wright AA, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. *J Clin Oncol* 2010; 28(3): 445-52.
32. Balboni TA, Balboni M, Enzinger AC, Gallivan K, Paulk ME, Wright A, et al. Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Intern Med* 2013; 173(12): 1109-17.
33. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* 2007; 25(5):555-60.
34. Young WC, Nadarajah SR, Skeath PR, Berger AM. Spirituality in the context of life-threatening illness and life-transforming change. *Palliat Support Care* 2015; 13(3): 653-60.
35. Clark PA, Drain M, Malone MP. Addressing patients' emotional and spiritual needs. *Jt Comm J Qual Saf* 2003; 29(12): 659-70.
36. Williams JA, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin FA. Attention to inpatients' religious and spiritual concerns: predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med* 2011; 26(11):1 265-71.
37. Brady MJ, Peterman AH, Fitchett G, Mo M, Cella D. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psychooncology* 1999; 8(5): 417-28.
38. Krupski TL, Kwan L, Fink A, Sonn GA, Maliski S, Litwin MS. Spirituality influences health related quality of life in men with prostate cancer. *Psychooncology* 2006; 15(2): 121-31.
39. Zavala MW, Maliski SL, Kwan L, Fink A, Litwin MS. Spirituality and quality of life in low-income men with metastatic prostate cancer. *Psychooncology* 2009; 18(7): 753-61.
40. Choumanova I, Wanat S, Barrett R, Koopman C. Religion and spirituality in coping with breast cancer: perspectives of Chilean women. *Breast J* 2006; 12(4): 349-52.

41. Samuelson BT, Fromme EK, Thomas CR. Changes in spirituality and quality of life in patients undergoing radiation therapy. *Am J Hosp Palliat Care* 2012; 29(6): 449-54.
42. Yanez B, Edmondson D, Stanton AL, Park CL, Kwan L, Ganz PA, et al. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77(4): 730-41.
43. Johnson KS, Tulsy JA, Hays JC, Arnold RM, Olsen MK, Lindquist JH, et al. Which domains of spirituality are associated with anxiety and depression in patients with advanced illness? *J Gen Intern Med* 2011; 26(7): 751-8.
44. Tarakeshwar N, Vanderwerker LC, Paulk E, Pearce MJ, Kasl SV, Prigerson HG. Religious coping is associated with the quality of life of patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006; 9(3): 646-57.
45. Vallurupalli M, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Block SD, Ng AK, et al. The role of spirituality and religious coping in the quality of life of patients with advanced cancer receiving palliative radiation therapy. *J Support Oncol* 2012; 10(2): 81-7.
46. Wenzel LB, Donnelly JP, Fowler JM, Habbal R, Taylor TH, Aziz N, et al. Resilience, reflection, and residual stress in ovarian cancer survivorship: a gynecologic oncology group study. *Psychooncology* 2002; 11(2): 142-53.
47. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA. The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15(5): 755-61.
48. Steinhauer KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 2000; 284(19): 2476-82.
49. Winkelman WD, Lauderdale K, Balboni MJ, Phelps AC, Peteet JR, Block SD, et al. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliat Med* 2011; 14(9): 1022-8.
50. Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M, Bruera E. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. *Am J Hosp Palliat Care* 2011; 28(4): 264-70.
51. Alcorn SR, Balboni MJ, Prigerson HG, Reynolds A, Phelps AC, Wright AA, et al. « If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today »: religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *J Palliat Med* 2010; 13(5): 581-8.
52. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196(4286): 129-36.
53. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-92.
54. Skalla KA. Blended role advanced practice nursing in palliative care of the Oncology Patient. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 2006; 8(3): 155-163.
55. Portenoy RK, Bruera E, éditeurs. *Issues in Palliative Care Research* [Oxford University Press]. 2003, Disponiblesur: <http://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/acprof:oso/9780195130652.001.0001/acprof-9780195130652>
56. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *J Palliat Med* 2009; 12(10): 885-904.
57. Ramondetta LM, Sun C, Surbone A, Olver I, Ripamonti C, Konishi T, et al. Surprising results regarding MASCC members' beliefs about spiritual care. *Support Care Cancer* 2013; 21(11): 2991-8.
58. Best M, Butow P, Olver I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat Med* 2015; pii: 0269216315600912 [Epub ahead of print].
59. Balboni MJ, Sullivan A, Enzinger AC, Epstein-Peterson ZD, Tseng YD, Mitchell C, et al. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48(3): 400-10
60. Monroe MH, Bynum D, Susi B, Phifer N, Schultz L, Franco M, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch Intern Med* 2003; 163(22): 2751-6.
61. King SDW, Dimmers MA, Langer S, Murphy PE. Doctors' attentiveness to the spirituality/religion of their patients in pediatric and oncology settings in the Northwest USA. *J Health Care Chaplain* 2013; 19(4):140-64.
62. Smyre CL, Yoon J, Rasinski K, Curlin F. Limits and Responsibilities of Physicians Addressing Spiritual Suffering in Terminally Ill Patients. *J Pain Symptom Manage* 2015; 49(3): 562-9.
63. Curlin FA, Chin MH, Sellergren SA, Roach CJ, Lantos JD. The association of physicians' religious

- characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. *Med Care* 2006; 44(5): 446-53.
64. Chibnall JT, Bennett ML, Videen SD, Duckro PN, Miller DK. Identifying barriers to psychosocial spiritual care at the end of life: a physician group study. *Am J Hosp Palliat Care* 2004; 21(6): 419-26.
 65. Kristeller JL, Zumbun CS, Schilling RF. « I would if I could »: how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psychooncology* 1999; 8(5): 451-8.
 66. Cancer Care for the Whole Patient: Meeting Psychosocial Health Needs. Disponible sur: <http://www.nap.edu/catalog/11993/cancer-care-for-the-whole-patient-meeting-psychosocial-health-needs>
 67. Rodin D, Balboni M, Mitchell C, Smith PT, VanderWeele TJ, Balboni TA. Whose role? Oncology practitioners' perceptions of their role in providing spiritual care to advanced cancer patients. *Support Care Cancer* 2015; 23(9): 2543-50.
 68. Sheppe AH, Nicholson RF, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Providing guidance to patients: physicians' views about the relative responsibilities of doctors and religious communities. *South Med J* 2013; 106(7): 399-406.
 69. Antiel RM, Curlin FA, Hook CC, Tilburt JC. The impact of medical school oaths and other professional codes of ethics: results of a national physician survey. *Arch Intern Med* 2011; 171(5): 469-71.
 70. Lawrence RE, Curlin FA. Autonomy, religion and clinical decisions: findings from a national physician survey. *J Med Ethics* 2009; 35(4): 214-8.
 71. Curlin FA, Lawrence RE, Odell S, Chin MH, Lantos JD, Koenig HG, et al. Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *Am J Psychiatry* 2007; 164(12): 1825-31.
 72. Antiel RM, Curlin FA, James KM, Sulmasy DP, Tilburt JC. Dignity in end-of-life care: Results of a national survey of U.S. physicians. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44(3): 331-9.
 73. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Metzger M, Weiner J, Boyer EG. Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *J Pain Symptom Manage* 2004; 28(4): 364-72.
 74. Office fédéral de la statistique Neuchâtel. Religion 2015. Disponible sur: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/05/blank/key/religionen.html>
 75. Astrow AB, Sulmasy DP. Spirituality and the patient-physician relationship. *JAMA* 2004; 291(23): 2884.
 76. Curlin FA, Hall DE. Strangers or friends? A proposal for a new spirituality-in-medicine ethic. *J Gen Intern Med* 2005; 20(4): 370-4.
 77. Curlin FA, Roach CJ. By intuitions differently formed: how physicians assess and respond to spiritual issues in the clinical encounter. *Am J Bioeth AJOB* 2007; 7(7): 19-20.
 78. Hall DE, Curlin F. Can physicians' care be neutral regarding religion? *Acad Med J* 2004; 79(7): 677-9.
 79. Post SG, Puchalski CM, Larson DB. Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Ann Intern Med* 2000; 132(7): 578-83.
 80. Padela AI, Malik AY, Curlin F, De Vries R. [Re]considering respect for persons in a globalizing world. *Dev World Bioeth* 2015 ; 15(2): 98-106.
 81. Ford DW, Downey L, Engelberg R, Back AL, Curtis JR. Discussing religion and spirituality is an advanced communication skill: an exploratory structural equation model of physician trainee self-ratings. *J Palliat Med* 2012; 15(1): 63-70.
 82. Rasinski KA, Kalad YG, Yoon JD, Curlin FA. An assessment of US physicians' training in religion, spirituality, and medicine. *Med Teach* 2011; 33(11): 944-5.
 83. Lucchetti G, Bassi RM, Lucchetti ALG. Taking Spiritual History in Clinical Practice: A Systematic Review of Instruments. *EXPLORE. J Sci Heal* 2013; 9(3): 159-70.
 84. Sharma RK, Astrow AB, Texeira K, Sulmasy DP. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *J Pain Symptom Manage* 2012; 44(1): 44-51.
 85. Lo B, Ruston D, Kates LW, Arnold RM, Cohen CB, Faber-Langendoen K, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA* 2002; 287(6): 749-54.
 86. Lo B, Quill T, Tulsy J. Discussing palliative care with patients. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1999; 130(9): 744-9.
 87. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Soc Sci Med* 1982. févr 2002;54(3):433-43.
 88. Puchalski CM. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person centered care. *Pol*

Arch Med Wewnętrznej 2013; 123(9): 491-7.

89. Gomez-Castillo BJ, Hirsch R, Groninger H, Baker K, Cheng MJ, Phillips J, et al. Increasing the number of outpatients receiving spiritual assessment: A pain and palliative care service quality improvement project. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50(5): 724-9.
90. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, et al. Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47(6): 1008-18.
91. Frick E, Riedner C, Fegg MJ, Hauf S, Borasio GD. A clinical interview assessing cancer patients' spiritual needs and preferences. *Eur J Cancer Care* 2006; 15(3): 238-43.
92. Gordon T, Mitchell D. A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. *Palliat Med* 2004; 18(7): 646-51.
93. Meezenbroek E de J, Garssen B, Van den Berg M, Tuytel G, Van Dierendonck D, Visser A, et al. Measuring spirituality as a universal human experience: development of the Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). *J Psychosoc Oncol* 2012; 30(2): 141-67.
94. Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V. Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *Int J Psychiatry Med* 2005; 35(4): 329-47.
95. Puchalski C, Romer AL. Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *J Palliat Med* 2000; 3(1): 129-37.
96. Saguil A, Phelps K. The spiritual assessment. *Am Fam Physician* 2012; 86(6): 546-50.
97. Büssing A, Hirdes AT, Baumann K, Hvidt NC, Heusser P. Aspects of spirituality in medical doctors and their relation to specific views of illness and dealing with their patients' individual situation. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. Available: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/734392>
98. Balboni MJ, Bandini J, Mitchell C, Epstein-Peterson ZD, Amobi A, Cahill J, et al. Religion, spirituality, and the hidden curriculum: Medical student and faculty reflections. *J Pain Symptom Manage* 2015; 50(4): 507-15.