Publié par:
REISO.org
REVUE D'INFORMATION SOCIALE

Quels liens entre spiritualité et santé publique ?

© T. Olson / Dreamstime

A première vue, la spiritualité touche à l'intime de la personne. De son côté, la santé publique s'occupe de la santé de la population et du système de soins. Pourtant, les recherches montrent des liens intrigants entre spiritualité et état de santé.

Par **Stéfanie Monod,** cheffe du Service de la Santé Publique, Canton de Vaud

La spiritualité et la santé publique n'ont a priori rien à voir [1] ! La santé publique s'intéresse à la santé et pas à la spiritualité, elle cible la population et pas l'individu, elle s'occupe du système de soins et pas du système social ou religieux. Selon les grilles de lecture utilisées, la spiritualité peut toutefois être abordée comme un enjeu de santé publique sur deux plans au moins. D'abord dans la promotion de la santé : l'approche par la salutogenèse apporte des éléments ignorés par la pathogenèse (deux approches expliquées ci-dessous). Ensuite dans les structures de soins : une vision qui place le patient au centre améliore tout le système.

Afin de distinguer les concepts de religion, religiosité et spiritualité, il importe de les définir [2]. La religion recouvre une manière de croire structurée en système avec l'existence de croyances que la personne affirme, des règles de comportement qui définissent son appartenance et des rites. La religiosité, elle, est comprise comme l'ensemble des pratiques vécues par une personne à l'intérieur d'une religion donnée. La spiritualité se distingue des deux notions précédentes. Elle englobe le sens de l'existence, de la présence de l'être au monde ou encore d'harmonie et de paix intérieure. Autrement dit, la religion et la religiosité ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour définir la spiritualité aujourd'hui et l'on peut affirmer que toute personne a une dimension spirituelle, qu'elle ait ou non une appartenance religieuse.

La spiritualité dans une lecture de pathogenèse

En général, les études scientifiques recherchent les raisons de survenue d'une maladie dans une approche de pathogenèse. Cette lecture biomédicale cherche à savoir si la spiritualité joue un rôle protecteur contre la maladie et

si, a contrario, l'absence de spiritualité limite les ressources du patient pour faire face à cette maladie. Diverses études [3] ont établi un facteur de protection pour les patients qui se définissent comme croyants, au sens de « spirituellement actifs ». Les liens sont évidents en santé mentale où la spiritualité a un impact protecteur contre les dépressions, les suicides et les toxicomanies par exemple. Ils sont aussi démontrés en santé physique, notamment dans les comportements face au cancer et aux maladies cardio-vasculaires. Quant à la qualité de vie, au déclin fonctionnel et aux troubles cognitifs, là encore, la spiritualité joue un rôle protecteur.

Une méta-analyse basée sur 42 études médicales a de son côté corrélé la fréquence de la participation à un service religieux avec une augmentation des chances de survie [4]. Une étude de cohorte [5] a conclu que les patients affirmant participer rarement ou jamais à des activités religieuses (prière, méditation, etc.) avaient plus de risques de mourir que ceux qui participaient plus régulièrement à ces pratiques spirituelles.

Cette lecture biomédicale analyse les liens entre spiritualité et santé d'un point de vue épidémiologique. Ces liens existent et, malgré les biais et les facteurs confondants, il est probable qu'ils soient valides. Il n'est en revanche pas possible d'en conclure un lien de causalité, c'est-à-dire de savoir ce qui, de la poule ou de l'œuf, est à l'origine des faits. De plus, la question des mécanismes entre ces liens n'est pas élucidée. Sont-ils de nature biologique ou psycho-sociale ? Voire d'ordre « surnaturel » ? Aujourd'hui, tous ces questionnements restent ouverts [6].

Les liens épidémiologiques établis posent une autre question : doivent-ils conduire les services de santé publique à considérer la spiritualité comme un facteur de risque sur lequel agir ? A la façon des campagnes de prévention axées sur l'alcool, le tabac, la sédentarité ou la mauvaise alimentation, faudrait-il mener des campagnes contre l'« absence » de spiritualité ? Traduit en d'autres termes, faut-il « prescrire » de la spiritualité, comme le New England Journal of Medicine titrait un article sur ce sujet [7] ? L'absurdité d'une telle médicalisation [8] saute aux yeux. La spiritualité serait alors prise en compte, voire manipulée, par les professionnels de la santé pour améliorer des résultats sanitaires et contribuer à une finalité biomédicale pensée et voulue par le monde médical.

La spiritualité dans une lecture de salutogenèse

Dans une lecture différente, la santé et la maladie sont considérées sur un continuum. L'approche de salutogenèse se centre sur les facteurs qui soutiennent la santé et le bien-être, plutôt que sur les facteurs qui causent des maladies. Sous cet angle, la spiritualité permettrait-elle de déplacer le curseur sur le continuum santé-maladie ? Ici s'impose une analyse qui intègre les déterminants sociaux, culturels et environnementaux de la santé.

Afin de mesurer l'importance de ces déterminants, l'exemple de l'espérance de vie en fonction du lieu de vie est parlant. Une étude américaine a en effet montré qu'à 17 stations de métro de distance, les habitants de Wahington D. C. gagnaient ou perdaient sept années d'espérance de vie. Situation encore plus inégalitaire à la Nouvelle Orléans où, selon les quartiers, la différence d'espérance de vie atteint 25 ans [9]. Même en Suisse, qui connaît l'espérance de vie la plus élevée des pays de l'OCDE, l'espérance de vie à l'âge de 30 ans varie de quatre à sept ans selon les quartiers [10].

Cette géographie de l'espérance de vie agrège les nombreux déterminants recensés par l'Organisation mondiale de la santé. Certains sont « durs » : niveau de revenu et statut social, éducation et alphabétisme, emploi et conditions de travail, environnements sociaux, environnements physiques, services de santé, sexe. D'autres déterminants sont de nature plus personnelle : habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelles, culture.

Le sens de la cohérence pour les patients

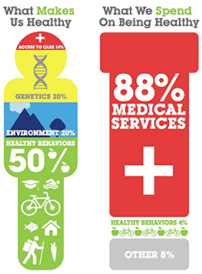
Dans cette configuration personnelle, le « sens de la cohérence », concept développé par Aaron Antonovsky, permet

de revenir à la spiritualité. Le sociologue israélo-américain propose de se demander comment les choses qui nous arrivent peuvent prendre du sens et être prises en compte avec succès. Une nouvelle ressource apparaît quand les personnes comprennent ce qui leur arrive et peuvent en faire quelque chose, quand elles voient de la valeur à agir ainsi. C'est dans ce « sens de la cohérence » que la spiritualité apparaît comme une ressource pour rester en santé.

Le fait de prendre en compte la spiritualité des patients permet ainsi de mieux comprendre leurs attentes et leurs choix de traitements. Il permet aussi de mobiliser les ressources dites « spirituelles » pour mieux intégrer la maladie ou la crise dans un continuum. De plus, il contribue à une éthique de soin en favorisant l'autonomie de la personne, l'expression de ses choix et de ses valeurs. A ce sujet, mentionnons une étude sur l'importance relative accordée à divers facteurs par des patients souffrant de cancer du poumon et des oncologues. En tête de liste figurent pour les deux groupes les recommandations de l'oncologue. Mais la « foi en Dieu » figure en deuxième position pour les patients alors qu'elle termine en queue de classement pour les médecins, derrière la puissance curative du traitement, ses effets secondaires, les recommandations de la famille, etc. [11]

Quelle responsabilité pour la santé publique ?

Les services de santé publique travaillent sur les facteurs de risque de maladie dans une lecture de pathogenèse. Ils devraient aussi travailler sur les facteurs de salutogenèse pour le maintien en santé. Leur troisième rôle consiste à agir sur les autres services de l'Etat pour qu'ils prennent tous part à la responsabilité de cette action globale. Dans ce contexte, il serait aussi opportun de repenser (un peu) l'allocation des ressources qui montre un gros quiproquo entre ce qui nous « fait » être en bonne santé et ce que nous dépensons réellement pour notre santé.



Source : d'après Boston Foundation, 2007

Quant à l'organisation du système de soins, elle pose elle aussi la question de la spiritualité de l'individu, de son autonomie, ses droits, ses valeurs et sa dignité. C'est le rôle de la santé publique d'améliorer la circulation des informations entre toutes les structures (hôpital, centre de réadaptation, appartements protégés, courts séjours, domicile, proches aidants, etc.) en mettant chaque fois le patient au centre des décisions. Certes, il arrive souvent qu'il n'existe pas de « bonne solution », mais il est alors opportun de rechercher, avec le patient, la « moins mauvaise ».

Les objectifs d'un système de soins consistent ainsi à favoriser une approche centrée sur les besoins spécifiques de la personne. Concrètement, il s'agit d'abord de décloisonner les institutions et d'intégrer tous les partenaires. Il importe aussi d'orienter l'action non pour pérenniser l'institution mais pour renforcer le rôle du patient dans son parcours personnel, dans une approche d'empowerment. En d'autres termes, l'institution doit répondre aux besoins de la personne et ne pas lui demander de s'adapater à elle. Enfin, les structures de soins seront équipées de professionnel-le-s à la fois qualifés et transdisciplinaires afin de respecter le patient et ses valeurs tout au long du parcours de soins.

La question des liens entre spiritualité et santé ne peut pas être traitée dans un modèle centré sur la maladie. Pourtant, un système de soins peut être pensé « spirituellement » et contribuer au respect des valeurs de chaque

personne. Il pourrait en résulter une meilleure qualité des soins, une plus grande satisfaction des patients et, possiblement, une meilleure allocation des ressources. Cette démarche est exigeante pour le monde sanitaire car elle exige de lui de l'humilité.

[1] Ce thème a été présenté lors du colloque de la Fondation Leenaards sur les personnes âgées le 7 octobre 2014 à Pully. Il a été adapté pour la revue REISO en janvier 2015.

[2] Ndlr : Lire aussi Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?, Stéfanie Monod-Zorzi, Editions Lumen Vitae, Collection Soins & Spiritualité, Bruxelles, 2012, 101 pages.

[3] Idler E, Kasl SV, Religion among disabled and nondisabled persons II : attendance at religious services as a predictor of the course à disability, J Gerontol Soc Sci 1997 ; Koenig, Larson, Religion and mental health : Evidence for an association, Int Rev Psychiatry, 2001

[4] Mc Cullough, Hoyt WT, Larson DB, et al. Religious involvement and mortality : A meta analytic review, Health Psychol, 2000

[5] H. Helm et al. Does private religious activity prolong survival ? A six-year follow-up study of 3'851 older adults, J Gerontol, 2000

[6] J. Levin, Religion and health : is there an association, is it valid, and is it causal, Soc Sci Med, 1994

[7] In Sloan RP, Should Physicians Prescribe Religious Activities ? N Engl J Med 342:1913, June 22, 2000

[8] Illich, I. (1975). The medicalization of life. Journal of Medical Ethics, 1 (2), 73-77

[9] Etude de la Commission to Build an Healthier America

[10] Moser A. et al. What does your neighbourhood say about you ? A study of life expectancy in 1.3 million Swiss neighbourhoods, J Epidemiol. Community Health, 2014

[11] Silvestri G, Importance of faith and medical decision regarding cancer care, J Clin Oncol, 2003.