



DÉCLARATION POSITION DE L'ASSOCIATION MONDIALE DE PSYCHIATRIE SUR SPIRITUALITÉ LA RELIGION EN PSYCHIATRIE

Section de l'Association mondiale de psychiatrie sur la religion, la spiritualité et la psychiatrie

L'**Association mondiale de psychiatrie (AMP)** et l'**Organisation mondiale de la santé (OMS)** ont travaillé inlassablement pour s'assurer que la promotion et les soins de santé mentale reposent sur des bases scientifiques et, en même temps, sur la compassion et la sensibilité culturelle^{1,2}. Au cours des dernières décennies, le public mais aussi le monde universitaire ont de plus en plus pris conscience du lien entre spiritualité/ religion et les problèmes de santé. L'analyse de la littérature permet d'identifier plus de 3 000 études empiriques sur la relation entre religion/spiritualité (R/S) et santé^{3,4}.

En ce qui concerne les troubles mentaux, il a été démontré que la R/S a des répercussions importantes sur la prévalence (en particulier dans les troubles dépressifs et abus de substance), le diagnostic (par exemple la différenciation entre les expériences spirituelles et les troubles mentaux), le traitement (par exemple le comportement de recherche d'aide, l'observance, la pleine conscience, les thérapies complémentaires), l'évolution (par exemple la guérison et le suicide) et la prévention, ainsi que la qualité de vie et le bien-être^{3,4}. L'OMS a désormais inclus la R/S comme une dimension de la qualité de la vie⁵. Bien qu'il existe des preuves que la R/S est généralement associée à de meilleurs résultats en termes de santé, elle peut également lui porter préjudice (par exemple refus de traitement, intolérance, adaptation religieuse négative, etc.). Des enquêtes ont démontré que les valeurs, les croyances et les pratiques de R/S restent pertinentes pour la majeure partie de la population mondiale et que les patients apprécieraient que leurs préoccupations en matière de R/S soient prises en compte dans leur prise en charge médicale⁶⁻⁸.

Les psychiatres doivent prendre en compte tous les facteurs ayant un impact sur la santé mentale. Il a été prouvé que la R/S devrait être incluse dans ces facteurs, quelle que soit l'orientation spirituelle, religieuse ou philosophique du psychiatre. Par ailleurs, peu de facultés de médecine ou de programmes d'études spécialisés offrent une formation officielle aux psychiatres pour les éclairer sur les preuves disponibles ou sur la manière d'aborder correctement la R/S dans la recherche et la pratique clinique^{7,9}. Afin de combler cette lacune, l'AMP et plusieurs associations psychiatriques nationales (par exemple, au Brésil, en Inde, en Afrique du Sud, au Royaume-Uni et aux États-Unis) ont créé des sections portant sur la R/S et ses liens avec la psychiatrie. L'AMP a inclus la religion et la spiritualité dans le "Programme de Formation de Base en Psychiatrie"¹⁰.

Les deux termes, religion et spiritualité, ne font pas l'objet d'une définition universellement reconnue. Les définitions de la spiritualité font généralement référence à une dimension de l'expérience humaine liée à la transcendance, au sacré ou à la réalité ultime. La spiritualité est quant à elle étroitement liée aux valeurs, au sens et au but de la vie. La spiritualité peut se développer individuellement ou au sein de communautés et de traditions. La religion est souvent considérée comme l'aspect institutionnel de la spiritualité, généralement définie davantage en termes de systèmes de croyances et de pratiques liés au sacré ou au divin, tels que possédés par une communauté ou un groupe social^{3,8}. Indépendamment des définitions précises, la spiritualité et la religion s'intéressent aux croyances, valeurs et expériences fondamentales des êtres humains. La prise en compte de leur pertinence pour l'origine, la compréhension et le traitement des troubles psychiatriques et l'attitude du patient face à la maladie devrait donc être au cœur de la psychiatrie clinique et universitaire. Les considérations spirituelles et religieuses ont également des implications éthiques importantes pour la pratique clinique de la psychiatrie¹¹. Dans ce sens, l'AMP propose particulièrement ce qui suit:

- 1- Un examen attentif et avec tact des croyances et pratiques religieuses des patients ainsi que leur spiritualité devrait être systématiquement fait et sera parfois une étape essentielle dans le recueil des antécédents psychiatriques.
- 2- Une compréhension de la R/S et de sa relation avec le diagnostic, l'étiologie et le traitement des troubles psychiatriques devrait être considérée comme une composante essentielle de la formation psychiatrique et du développement professionnel continu.
- 3- Il est nécessaire d'approfondir la recherche sur la R/S en psychiatrie, en particulier sur ses applications cliniques. Ces études devraient couvrir une grande diversité de contextes culturels et géographiques.
- 4- L'approche centrée sur la personne devrait être de mise en termes de religion et de spiritualité. Les psychiatres ne devraient pas utiliser leur position professionnelle pour faire du prosélytisme en faveur de visions du monde spirituel ou laïc. Les psychiatres devraient toujours respecter et être sensibles aux croyances et pratiques spirituelles/religieuses de leurs patients, ainsi que celles des familles et des soignants de leurs patients.
- 5- Les psychiatres, quelles que soient leurs convictions personnelles, doivent être disposés à travailler avec les chefs et membres des communautés religieuses, les aumôniers et les agents pastoraux ainsi qu'avec d'autres membres de la communauté, pour soutenir le bien-être de leurs patients; ils doivent aussi encourager leurs collègues dans les autres spécialités médicales à en faire de même.
- 6- Les psychiatres doivent faire preuve de conscience, de respect et de sensibilité à l'égard du rôle important que jouent la spiritualité et la religion pour de nombreux membres du personnel soignant mais aussi de bénévoles dans la création chez eux d'une vocation à travailler dans le domaine des soins de santé mentale.
- 7- Les psychiatres doivent être bien informés au sujet des avantages et des inconvénients potentiels que pourraient avoir les pratiques religieuses, spirituelles et laïques et être prêts à partager ces informations de manière critique mais impartiale avec la communauté dans son sens large afin de soutenir la promotion de la santé et du bien-être.

Alexander Moreira-Almeida^{1,2}, Avdesh Sharma^{1,3}, Bernard Janse van Rensburg^{1,4}, Peter J. Verhagen^{1,5}, Christopher C.H. Cook^{1,6}

¹WPA Section on Religion, Spirituality and Psychiatry; ²Research Center in Spirituality and Health, School of Medicine, Federal University of Juiz de Fora, Brazil; ³'Parivartan' Center for Mental Health, New Delhi, India; ⁴Department of Psychiatry, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa; ⁵GGZ Centraal, Harderwijk, the Netherlands; ⁶Department of Theology and Religion, Durham University, Durham, UK

Remerciements:

Les auteurs remercient tous ceux qui ont contribué au processus d'élaboration de cette déclaration de position, et en particulier D. Bhugra, R. Cloninger, J. Cox, V. DeMarinis, J.J. Lopez-Ibor (*in memoriam*), D. Moussaoui, N. Nagy, A. Powell et H.M. van Praag. La présente déclaration de position s'est inspirée de certaines des recommandations déjà publiées dans la déclaration de position du Royal College of Psychiatrists¹¹.

Références:

1. Bhugra D. The WPA Action Plan 2014-2017. *World Psychiatry* 2014; 13:328.
2. Saxena S, Funk M, Chisholm D. WHO's Mental Health Action Plan 2013-2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry* 2014; 13:107-9.
3. Koenig H, King D, Carson VB. *Handbook of religion and health*. 2nd edition. New York: Oxford University Press, 2012.
4. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. 1st edition. New York: Oxford University Press, 2001.
5. WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science and Medicine* 62:1486-1497, 2006.
6. Pargament KI, Lomax JW. Understanding and addressing religion among people with mental illness. *World Psychiatry*. 2013; 12(1):26-32.
7. Moreira-Almeida A, Koenig HG, Lucchetti G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014; 36(2):176-82.
8. Verhagen PJ, Van Praag HM, Lopez-Ibor JJ, Cox J, Moussaoui D. (Eds.) *Religion and psychiatry: beyond boundaries*. Chichester: John Wiley & Sons, 2010.
9. Cloninger CR. What makes people healthy, happy, and fulfilled in the face of current world problems? *Mens Sana Monographs* 2013; 11:16-24.
10. World Psychiatric Association. Institutional program on the core training curriculum for psychiatry. Yokohama, Japan, August 2002. Available at: www.wpanet.org/uploads/Education/Educational_Programs/Core_Curriculum/corecurriculum-psych-ENG.pdf

11. Cook CCH. Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion. Position Statement PS03/2011, London, Royal College of Psychiatrists, 2011. Available (in a later edition) at http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2013.pdf

Document proposé par la section de la WPA sur la religion, la spiritualité et la psychiatrie et approuvé par le Comité exécutif de l'AMP en septembre 2015

Traduit en français par Chaimaa Aroui et Driss Moussaoui

**Cette déclaration position a été publiée sous forme d'article dans le numéro de février 2016 de la revue World Psychiatry 15(1):87-88
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20304>**