



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>



Université Claude Bernard



Lyon 1

FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON-SUD CHARLES MERIEUX

ANNÉE 2017

**PERCEPTION DE L'INFLUENCE DES CROYANCES RELIGIEUSES DANS
L'EXERCICE DE LA MEDECINE GENERALE :
Etude qualitative auprès de médecins généralistes croyants**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **02/06/2017**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Claire LE BOUTEILLER

Née le 19/08/1989 à Valognes (50)

Sous la direction de Monsieur le **Docteur Vincent REBEILLE-BORGELLA**

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

| | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| Président | Frédéric FLEURY |
| Président du Comité de | Pierre COCHAT |
| Coordination des Etudes Médicales | |
| Directrice Générale des Services | Dominique MARCHAND |
| <u>Secteur Santé</u> | |
| UFR de Médecine Lyon Est | Doyen : Gilles RODE |
| UFR de Médecine Lyon Sud- | Doyen : Carole BURILLON |
| Charles Mérieux | |
| Institut des Sciences Pharmaceutiques | Directrice : Christine VINCIGUERRA |
| Et Biologiques (ISPB) | |
| UFR d'Odontologie | Directeur : Denis BOURGEOIS |
| Institut des Sciences et Techniques | Directeur : Xavier PERROT |
| De Réadaptation (ISTR) | |
| Département de Biologie Humaine | Directrice : Anne-Marie SCHOTT |
| <u>Secteur Sciences et Technologie</u> | |
| UFR de Sciences et Technologies | Directeur : Fabien de MARCHI |
| UFR de Sciences et Techniques des | Directeur : Yannick VANPOULLE |
| Activités Physiques et Sportives (STAPS) | |
| Polytech Lyon | Directeur : Emmanuel PERRIN |
| I.U.T. | Directeur : Christophe VITON |
| Institut des Sciences Financières | Directeur : Nicolas LEBOISNE |
| Et Assurances (ISFA) | |
| Observatoire de Lyon | Directrice : Isabelle DANIEL |
| Ecole Supérieure du Professorat | Directeur : Alain MOUGNIOTTE |
| Et de l'Education (ESPE) | |

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

| | |
|-------------------------|---------------------------------------------|
| ADHAM Mustapha | Chirurgie Digestive |
| BERGERET Alain | Médecine et Santé du Travail |
| BROUSSOLLE Christiane | Médecine interne ; Gériatrie et biologie |
| vieillissement | |
| BROUSSOLLE Emmanuel | Neurologie |
| BURILLON-LEYNAUD Carole | Ophtalmologie |
| CHIDIAC Christian | Maladies infectieuses ; Tropicales |
| DUBREUIL Christian | O.R.L. |
| ECOCHARD René | Bio-statistiques |
| FLOURIE Bernard | Gastroentérologie ; Hépatologie |
| FOUQUE Denis | Néphrologie |
| GEORGIEFF Nicolas | Pédopsychiatrie |
| GILLY François-Noël | Chirurgie générale |
| GOLFIER François | Gynécologie Obstétrique ; gynécologie |
| médicale | |
| GUEUGNIAUD Pierre-Yves | Anesthésiologie et Réanimation urgence |
| KIRKORIAN Gilbert | Cardiologie |
| LAVILLE Martine | Nutrition |
| LAVILLE Maurice | Thérapeutique |
| MALICIER Daniel | Médecine Légale et Droit de la santé |
| MATILLON Yves | Epidémiologie, Economie Santé et Prévention |
| MORNEX Françoise | Cancérologie ; Radiothérapie |
| MOURIQUAND Pierre | Chirurgie infantile |
| NICOLAS Jean-François | Immunologie |
| PIRIOU Vincent | Anesthésiologie et réanimation chirurgicale |
| SALLES Gilles | Hématologie ; Transfusion |
| SIMON Chantal | Nutrition |
| THIVOLET Charles | Endocrinologie et Maladies métaboliques |
| THOMAS Luc | Dermato -Vénérologie |
| VALETTE Pierre Jean | Radiologie et imagerie médicale |
| VIGHETTO Alain | Neurologie |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

| | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| ANDRE Patrice | Bactériologie – Virologie |
| BERARD Frédéric | Immunologie |
| BONNEFOY Marc | Médecine Interne, option Gériatrie |
| BONNEFOY- CUDRAZ Eric | Cardiologie |
| CAILLOT Jean Louis | Chirurgie générale |
| CERUSE Philippe | O.R.L |
| DES PORTES DE LA FOSSE Vincent | Pédiatrie |
| FESSY Michel-Henri | Anatomie |
| FRANCK Nicolas | Psychiatrie Adultes |
| FREYER Gilles | Cancérologie ; Radiothérapie |
| GIAMMARILE Francesco | Biophysique et Médecine nucléaire |
| GLEHEN Olivier | Chirurgie Générale |
| JOUANNEAU Emmanuel | Neurochirurgie |
| LANTELME Pierre | Cardiologie |
| LEBECQUE Serge | Biologie Cellulaire |

| | |
|---------------------------|-----------------------------------|
| LINA Gérard | Bactériologie |
| LONG Anne | Médecine vasculaire |
| LUAUTE Jacques | Médecine physique et Réadaptation |
| MAGAUD Jean-Pierre | Hémato ;transfusion |
| PEYRON François | Parasitologie et Mycologie |
| PICAUD Jean-Charles | Pédiatrie |
| POUTEIL-NOBLE Claire | Néphrologie |
| PRACROS J. Pierre | Radiologie et Imagerie médicale |
| RIOUFFOL Gilles | Cardiologie |
| RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire | Biochimie et Biologie moléculaire |
| RUFFION Alain | Urologie |
| SANLAVILLE Damien | Génétique |
| SAURIN Jean-Christophe | Hépato gastroentérologie |
| SEVE Pascal | Médecine Interne, Gériatrique |
| TEBIB Jacques | Rhumatologie |
| THOBOIS Stéphane | Neurologie |
| TRILLET-LENOIR Véronique | Cancérologie ; Radiothérapie |
| TRONC François | Chirurgie thoracique et cardio |

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

| | |
|-------------------------|-------------------------------------------------|
| ALLAOUCHICHE | Anesthésie-Réanimation Urgence |
| BARREY Cédric | Neurochirurgie |
| BOHE Julien | Réanimation urgence |
| BOULETREAU Pierre | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie |
| BREVET-QUINZIN Marie | Anatomie et cytologie pathologiques |
| CHAPET Olivier | Cancérologie, radiothérapie |
| CHOTEL Franck | Chirurgie Infantile |
| COTTE Eddy | Chirurgie générale |
| DALLE Stéphane | Dermatologie |
| DEVOUASSOUX Gilles | Pneumologie |
| DISSE Emmanuel | Endocrinologie diabète et maladies métaboliques |
| DORET Muriel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| DUPUIS Olivier | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| FARHAT Fadi | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire |
| FEUGIER Patrick | Chirurgie Vasculaire, |
| FRANCO Patricia | Physiologie |
| GHESQUIERES Hervé | Hématologie |
| GILLET Pierre-Germain | Biologie Cell. |
| HAUMONT Thierry | Chirurgie Infantile |
| KASSAI KOUPAI Berhouz | Pharmacologie Fondamentale, Clinique |
| LASSET Christine | Epidémiologie., éco. santé |
| LEGER FALANDRY Claire | Médecine interne, gériatrie |
| LIFANTE Jean-Christophe | Chirurgie Générale |
| LUSTIG Sébastien | Chirurgie. Orthopédique, |
| MOJALLAL Alain-Ali | Chirurgie. Plastique., |
| NANCEY Stéphane | Gastro Entérologie |
| PAPAREL Philippe | Urologie |
| PIALAT Jean-Baptiste | Radiologie et Imagerie médicale |
| POULET Emmanuel | Psychiatrie Adultes |
| REIX Philippe | Pédiatrie |
| SALLE Bruno | Biologie et Médecine du développement et de la |

reproduction

| | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| SERVIEN Elvire | Chirurgie Orthopédique |
| TAZAROURTE Karim | Thérapeutique |
| THAI-VAN Hung | Physiologie |
| TRAVERSE-GLEHEN Alexandra | Anatomie et cytologie pathologiques |
| TRINGALI Stéphane | O.R.L. |
| WALLON Martine | Parasitologie mycologie |
| WALTER Thomas | Gastroentérologie - Hépatologie |

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

| | |
|---------------------|---------------|
| FILBET Marilène | Thérapeutique |
| SOUQUET Pierre-Jean | Pneumologie |

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

| |
|--------------------|
| DUBOIS Jean-Pierre |
| ERPELDINGER Sylvie |

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

| | |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| ARDAIL Dominique | Biochimie et Biologie moléculaire |
| BOUVAGNET Patrice | Génétique |
| CHARRIE Anne | Biophysique et Médecine nucléaire |
| DELAUNAY-HOUZARD Claire | Biophysique et Médecine nucléaire |
| LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline reproduction | Biologie et Médecine du développement et de la reproduction |
| MASSIGNON Denis | Hématologie – Transfusion |
| RABODONIRINA Méja | Parasitologie et Mycologie |
| VAN GANSE Eric | Pharmacologie Fondamentale, Clinique |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

| | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| BELOT Alexandre | Pédiatrie |
| BRUNEL SCHOLTES Caroline | Bactériologie virologie ; Hyg.hosp. |
| CALLET-BAUCHU Evelyne | Hématologie ; Transfusion |
| COURAUD Sébastien | Pneumologie |
| DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam | Anatomie et cytologie pathologiques |
| DESESTRET Virginie | Cytologie – Histologie |
| DIJoud Frédérique | Anatomie et Cytologie pathologiques |

| | |
|----------------------------|--------------------------------------------------|
| DUMITRESCU BORNE Oana | Bactériologie Virologie |
| GISCARD D'ESTAING Sandrine | Biologie et Médecine du développement et de la |
| reproduction | |
| MILLAT Gilles | Biochimie et Biologie moléculaire |
| PERROT Xavier | Physiologie |
| PONCET Delphine | Biochimie, Biologie moléculaire |
| RASIGADE Jean-Philippe | Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière |
| VUILLEROT Carole | Médecine Physique Réadaptation |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

| | |
|------------------------|--------------------------------|
| COURY LUCAS Fabienne | Rhumatologie |
| DEMILY Caroline | Psy-Adultes |
| FRIGGERI Arnaud | Anesthésiologie |
| HALFON DOMENECH Carine | Pédiatrie |
| LEGA Jean-Christophe | Thérapeutique |
| LOPEZ Jonathan | Biochimie Biologie Moléculaire |
| MAUDUIT Claire | Cytologie – Histologie |
| MEWTON Nathan | Cardiologie |
| NOSBAUM Audrey | Immunologie |
| PUTOUX DETRE Audrey | Génétique |
| RAMIERE Christophe | Bactério-viro |
| SUBTIL Fabienne | Biostats |
| SUJOBERT Pierre | Hématologie |
| VALOUR Florent | Mal infect. |

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

| | |
|-----------------------|--------------------------------------------------|
| ANNAT Guy | Physiologie |
| BERLAND Michel | Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale |
| CARRET Jean-Paul | Anatomie - Chirurgie orthopédique |
| DALERY Jean | Psychiatrie Adultes |
| FLANDROIS Jean-Pierre | Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière |
| LLORCA Guy | Thérapeutique |
| MOYEN Bernard | Chirurgie Orthopédique |
| PACHECO Yves | Pneumologie |
| PERRIN Paul | Urologie |
| SAMARUT Jacques | Biochimie et Biologie moléculaire |

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerais les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury,

A Monsieur le Professeur Yves Zerbib,

Pour avoir accepté de présider cette thèse. Merci pour votre accueil et vos conseils, lors de ma réorientation en médecine générale, et plus tard au sein de votre cabinet. Recevez toute ma considération pour votre implication dans l'enseignement.

A Monsieur le Professeur Olivier Claris,

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de siéger à ce jury de soutenance de thèse, sans me connaître auparavant. Veuillez trouver ici ma reconnaissance et mon profond respect.

A Madame le Professeur Liliane Daligand,

Vous avez porté intérêt à ce travail, et accepté de participer à ce jury. Recevez mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse, le Docteur Vincent Rébeillé-Borgella,

Pour m'avoir suivie dans ce projet de thèse, pour la confiance que vous m'avez accordée, et le soutien dont vous avez fait preuve, pour la richesse de nos échanges au sujet de la médecine en générale et de la Foi. Merci pour votre suivi attentif et vos conseils, tant sur l'avancée de mon travail, que sur ma lancée en médecine générale.

Aux médecins participants de cette thèse,

Merci d'avoir accepté de me rencontrer, et de m'avoir livré une partie de votre histoire. Vous avez permis l'aboutissement de cette étude, et ce fut un plaisir pour moi de partager avec vous cette expérience.

A ceux qui furent pour moi des exemples,

Mes chefs, Jean-François et Anne qui m'ont autant appris sur les grenouilles, les boules de neige, que sur le diffu-K et le chocolat, merci pour votre accueil chaleureux. Merci à Hubert, Marie-Claire, Sophie et Alexandre, pour votre gentillesse, et votre envie commune de prendre soin aussi bien des patients que de votre équipe.

Mes maîtres de stage en ambulatoire, Jean-Charles pour ta convivialité, Philippe, Jean-François et Anne-Marie pour votre envie de partager ce que vous faites et ce que vous aimez.

A ma famille :

Mes grands-parents, merci pour votre accueil, à Crennes pour les révisions, ou Ville d'Avray pour un dîner improvisé de voisinage. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mes études : bien qu'elles aient duré si longtemps vous n'étiez pas trop perdus ! J'ai une pensée pour mon « cher confrère », qui aimait échanger sur l'histoire et l'évolution de la médecine.

Mes parents, vous qui avez toujours été présents pour m'accompagner pendant ces années, qui avez suivi mes découvertes, mes inquiétudes, mes étonnements, mes joies, mes doutes avec attention et bienveillance. Merci du fond du cœur pour tout ce que vous m'avez transmis, de courage, de patience, de confiance qui m'a permis d'arriver jusqu'ici. Mes frères et sœurs, beaux-frères et belle-sœur, neveux et nièces, pour votre amour et votre fécondité qui me remplit de joie.

Mon parrain et ma marraine, merci d'être vous simplement, accueillants, disponibles pour discuter, et d'avoir participé à me faire tant aimer la montagne !

A tous mes amis,

Mes amis d'externat, les POsiens, mes compagnons de vacances et de boulot pendant 6 ans, et que je suis bien contente de revoir à l'occasion d'un petit détour ici et là en France.

Mes amis d'internat, mes premiers co-internes de Bourg-en-Bresse, et ceux qui ont suivi. Merci de m'avoir accompagnée dans mes envies de randonnées au grand air, de m'avoir appris à faire du ski, d'avoir participé à me faire connaître et aimer Lyon. Merci pour votre soutien dans tous les questionnements qui ont jalonné mon internat... et qui continueront encore un moment je crois !

Mes colocs de Saint Cloud, de Bourg, de Lyon, c'était un plaisir de vivre en votre compagnie, et l'occasion de mieux nous connaître. Ma porte vous sera toujours ouverte ! Et tous les autres, de Lyon et d'ailleurs qui contribuent par leur amitié à mon bonheur ☺

... Et à tous ceux qui ont participé, de près ou de loin à cette thèse ... !

SOMMAIRE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| I - INTRODUCTION | 12 |
| Contexte médical | 12 |
| La relation médecin-malade | 13 |
| Le contexte religieux français et définition de la laïcité | 14 |
| Application au milieu médical..... | 15 |
| Données actuelles et objectifs de l'étude..... | 16 |
| II - MATERIEL ET METHODES | 18 |
| Recherche bibliographique | 18 |
| Choix du type d'étude qualitative..... | 18 |
| Protocole de recherche | 19 |
| Analyse thématique..... | 22 |
| III - RESULTATS..... | 23 |
| A - Recueil des données..... | 23 |
| 1. Caractéristiques des entretiens | 23 |
| 2. Caractéristiques des sources | 23 |
| 3. Analyse des entretiens | 23 |
| B - Le contexte complexe : un exercice personnel, ancré dans une société laïque, de culture judéo-chrétienne | 25 |
| 1. Un exercice médical ancré dans une société Judéo-Chrétienne..... | 25 |
| 2. Un sujet sensible à aborder | 27 |
| 3. Difficulté à séparer ce qui relève de la personnalité ou des croyances du médecin..... | 29 |
| 4. Interrogations concernant la réglementation | 32 |
| C - Des croyances plus ou moins affichées par les médecins..... | 34 |
| 1. Différents modes d'expression de sa propre religion | 34 |
| 2. Les freins exprimés à l'expression de ses croyances dans l'exercice..... | 36 |
| D - Retentissement dans le soin et dans la prise en charge globale du patient | 41 |
| 1. Impact sur la relation médecin-malade..... | 41 |
| 2. Utilisation de la religion par le médecin pour prendre soin du patient..... | 47 |
| 3. Abord des sujets bioéthiques | 54 |
| E - L'apport des convictions religieuses pour le médecin, sur le plan personnel | 61 |
| 1. Aide, soutien, ressource pour la pratique médicale | 61 |
| 2. La valeur et le sens du travail..... | 65 |
| 3. Des croyances à l'origine parfois de difficultés..... | 72 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4. Influence sur l'organisation de la carrière du médecin | 77 |
| IV - DISCUSSION | 81 |
| A - Discussion de la méthode..... | 81 |
| 1. Le choix du qualitatif et la question de la subjectivité | 81 |
| 2. La technique des entretiens | 82 |
| 3. Le recrutement et la diversité des médecins interrogés..... | 82 |
| 4. Forces et limites de l'analyse | 84 |
| B - Discussion des résultats | 85 |
| 1. Respect du cadre légal | 85 |
| 2. L'expression de la religion du médecin avec son patient : influences et conséquences. | 87 |
| 3. Le besoin spirituel du patient..... | 92 |
| 4. Un enjeu pour l'épanouissement personnel et professionnel du médecin | 93 |
| 5. Perspectives..... | 97 |
| VI - CONCLUSION | 101 |
| BIBLIOGRAPHIE | 104 |
| ANNEXES | 110 |
| Le cannevas d'entretien | 111 |
| Plan de l'analyse | 113 |

ABREVIATIONS :

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CNEF : conseil national des évangéliques de France

CSP : Code de la Santé Publique

IVG : Interruption volontaire de grossesse

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

I - INTRODUCTION

Contexte médical

L'enseignement de la médecine est aujourd'hui fondé sur l'Evidence Based Medicine, (*médecine basée sur les preuves*), c'est à dire une médecine rationnelle, qui laisse peu de place à l'interprétation personnelle. Le nombre de recommandations des sociétés savantes, actualisées régulièrement, montre la tentative d'égaliser la prise en charge du patient quelque soit son médecin, en vue d'une médecine toujours plus efficiente. Il existe aujourd'hui de plus en plus de logiciel ou applications d'aide au diagnostic médical et à la thérapeutique [1], toujours dans cette optique de soigner au plus juste selon les connaissances scientifiques actuelles.

Et pourtant, c'est au contact du patient que chaque médecin découvre l'importance de sa sensibilité propre dans son expertise médicale, qui passe bien sûr par ses connaissances théoriques et pratiques, mais également par son expérience professionnelle, et son vécu personnel. C'est ce qui, pour le moment ou presque, ne permet pas de remplacer un médecin par un robot. Les expériences récentes de télé-expertise ou de cabines de télémédecine nécessitent encore l'intervention d'un médecin dans le diagnostic et le traitement [2].

La médecine générale, ou médecine de soins primaires ambulatoire, est un lieu par excellence où la diversité des médecins est évidente. Ceci est lié d'une part à son côté libéral, et d'autre part à la richesse de l'exercice qui s'adresse non plus à un symptôme ou à une maladie, mais à une personne complexe que le praticien va chercher à connaître pour mieux la prendre en charge. Les pathologies rencontrées y sont effectivement variées, et s'inscrivent dans l'histoire de vie du patient. Un certain nombre d'entre elles ne trouvent pas toujours de substratum organique, et selon le Dr Peabody seule la connaissance du patient par le praticien, et une écoute attentive peuvent permettre de déterminer les origines de son mal-être [3].

La relation médecin-malade

La relation médecin-malade est un concept complexe qui caractérise en particulier la médecine générale. Elle se révèle être un facteur de soin important pour une médecine de proximité de qualité qui fonctionne sur la durée. Elle dépend de plusieurs facteurs qui amènent un patient à consulter un médecin en particulier et à lui confier sa santé. Il peut s'agir d'affinités personnelles, de qualités de communication et d'écoute du praticien, la reconnaissance par le patient de ses compétences médicales, aboutissant à la satisfaction des prises en charge proposées, et par ailleurs de facteurs géographiques et organisationnels. La personnalité du médecin et ce qui le constitue intervient donc dans « l'effet médecin » décrit par Michael Balint, qui considère le praticien comme « le médicament de beaucoup le plus fréquemment utilisé en médecine générale »[4].

Les études sur la médecine ambulatoire montrent qu'une relation médecin-malade de qualité améliore l'alliance thérapeutique, et favorise le soin. L'approche globale et centrée sur le patient est un prérequis à cette réussite, qui implique de s'enquérir du contexte familial, social, professionnel, et spirituel de celui-ci [5]. Il a été retrouvé par exemple que l'observance thérapeutique est meilleure si le médecin explique les raisons et l'application du traitement qu'il prescrit, en prenant en compte les objections de son patient, notamment religieuses (par exemple dans le traitement du diabète lors du ramadan) [6-8].

Depuis le XXème siècle, la santé est définie sous plusieurs aspects : la santé physique, morale, sociale et spirituelle. Le médecin généraliste est souvent considéré comme étant en première ligne pour dépister et prendre en charge des souffrances dans tous ces domaines. Son statut de médecin de proximité, qui peut être amené à suivre un patient durant plusieurs années, lui donne cette place privilégiée. [9] Depuis le début du développement des soins palliatifs, dans les années 1960, plusieurs études se sont intéressées à la religion ou spiritualité du patient, en particulier dans des situations de fin de vie. Ces différents travaux s'accordent sur la nécessité de s'enquérir des croyances des patients dans ces situations difficiles, afin de ne pas méconnaître un éventuel besoin spirituel et de pouvoir y répondre. En effet, le soutien spirituel améliore souvent le vécu de la maladie [10]. En 2014, une étude française s'est intéressée à la vision de la mort et

de la spiritualité en médecine, par le biais d'entretiens auprès de généralistes. Elle souligne que la spiritualité des patients renvoie à la propre spiritualité du médecin [11]. La question du sens de la vie ne peut sans doute pas être abordée sans avoir pensé soi-même à sa propre spiritualité. Un travail américain de 2007 a montré que la religion propre du médecin influence sa vision de la religion du patient et de ce qu'elle peut signifier pour lui [12].

Mais quelle est la place de la spiritualité, ou de la religion du médecin dans l'exercice de la médecine générale en France ?

Le contexte religieux français et définition de la laïcité

La France a longtemps été un pays chrétien. En témoigne une grande partie du patrimoine français rattaché au Christianisme : monuments historiques, littérature, art, musique etc. La séparation de l'Eglise et de l'Etat, actée par la loi de 1905, a fait suite à une évolution progressive vers la laïcisation [13]. La déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789 stipulait déjà que « nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la Loi » (article 10) [14].

De cette loi découlent deux principes fondamentaux : la liberté religieuse assurée pour tous les citoyens, ainsi que l'indépendance de l'Etat et des pouvoirs publics par rapport aux Eglises, qui sont désormais toutes égales au regard de la loi. Auparavant, l'Etat français ne reconnaît en effet que quatre cultes : catholique, réformé, luthérien et israélite. L'instauration de la laïcité en France au début du XXème siècle entraîne de nombreux ajustements au sein de la société en particulier vis à vis de la religion catholique, présente jusqu'alors dans de nombreux domaines (éducation notamment). Par la suite, la moindre religiosité de la population française et la présence d'une minorité musulmane croissante [15] modifie le débat sur la laïcité [16], comme le prouvent les dernières polémiques sur le foulard islamiques ayant abouties en 2004 à la loi sur les signes religieux ostentatoires à l'école [17] ; ou plus récemment celle du Burkini, en août 2016, largement véhiculée par les médias. La laïcité « à la française » est

souvent mal comprise, et perçue comme un principe d'interdit, qui refuse le pluralisme religieux. (17% des avis des français selon un sondage IFOP de 2015) [18].

Qu'est-ce que la laïcité ?

D'après l'observatoire de la laïcité : « la laïcité repose sur trois principes : la liberté de conscience et la liberté de culte, la séparation des institutions publiques et des organisations religieuses, et l'égalité de tous devant la loi, quelles que soient leurs croyances ou leurs convictions. » [19] Par la liberté de conscience et la liberté de culte, la laïcité « garantit aux croyants et aux non-croyants le même droit à la liberté d'expression de leurs convictions. »

Dans sa définition, la laïcité ne renvoie pas donc pas la religion au domaine privé et caché. La Convention européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales (4 novembre 1950) souligne que « toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de manifester sa religion individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites. »

Le médecin, en tant que citoyen, est donc également concerné par cette liberté. Mais qu'en est-il au sein de sa pratique dans le domaine de la santé ?

Application au milieu médical

Ce que nous dit la législation française sur l'expression et la liberté religieuse dans l'exercice médical :

Concernant les croyances religieuses du patient, le code de déontologie médicale exclut toute discrimination liée à la religion de celui-ci : « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur origine, (...) leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée (...) » [20]

Pour ce qui est des croyances du médecin, la situation est différente selon son lieu d'exercice. Dans le cadre d'un exercice dans le secteur public, il est soumis comme tout autre fonctionnaire au principe de neutralité du service public, instauré par le principe de laïcité. « De cette séparation (de l'Eglise et de l'Etat) se déduit la neutralité de l'Etat, des collectivités et des services publics, non de ses usagers. »

Cette notion de neutralité au sein du service public a été rappelée dans la circulaire de février 2005 relative à la laïcité dans les établissements hospitaliers : « Le principe de laïcité de l'Etat et celui de la neutralité des services publics font obstacle à ce que ces agents disposent, dans l'exercice de leurs fonctions, du droit de manifester leurs croyances religieuses, notamment par une extériorisation vestimentaire. Ce principe, qui vise à protéger les usagers du service de tout risque d'influence ou d'atteinte à leur propre liberté de conscience, concerne tous les services publics. Cette obligation trouve à s'appliquer avec une rigueur particulière dans les services publics dont les usagers sont dans un état de fragilité ou de dépendance » [21].

Dans le cadre d'un exercice médical libéral, la liberté de parole et d'expression font partie de l'indépendance de l'exercice de la profession. En effet, malgré son activité orienté pour la santé publique, que l'on peut qualifier par certains aspects de mission d'intérêt général, le médecin libéral n'est pas considéré comme étant un collaborateur du service public [22]. C'est pourquoi il n'est pas rattaché au principe de laïcité en tant que membre d'un service de l'état. Une plus grande souplesse s'applique alors, un espace de parole est possible, s'il y a permission de la part du patient, tact et respect de la part du soignant qui veillera à ne pas abuser de sa position [23].

Données actuelles et objectifs de l'étude

C'est dans ce contexte, médical, social et religieux, que nous nous sommes interrogés sur l'impact des convictions du médecin dans son exercice. Les précédentes études sur le sujet sont essentiellement américaines, dans un pays où 81% de la population se disait croyante en 2001 [24] et où le pluralisme religieux est historiquement plus marqué : dans une enquête nationale en 2005, 55% des médecins

interrogés déclaraient que leurs croyances influençaient leur exercice médical, et notamment leur relation avec les patients très religieux [25]. Plusieurs travaux, toujours nord américains, évoquent cette implication : notamment auprès des personnes âgées, selon l'importance à la spiritualité accordée par le praticien [12] ; dans les domaines touchant à la bioéthique [26–28] ; ainsi que dans le choix même de l'exercice en soins primaires [29].

Il nous a parût intéressant d'explorer cette question en France, et en particulier dans le cadre de la médecine générale, où la notion d'activité libérale a déjà été énoncée comme étant un atout pour mieux concilier foi et exercice [30]. L'objectif de cette étude était d'évaluer les pratiques des médecins au regard de leurs croyances, afin de mieux cerner les domaines d'influence de leur religion, de comprendre de manière plus précise comment celle-ci peut intervenir dans le soin, et l'importance que le médecin lui attribue dans son exercice professionnel, qui est à la fois scientifique et humain.

II - MATERIEL ET METHODES

Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a comporté plusieurs axes : la part de la religion du patient et du médecin dans la relation médecin-malade et dans la prise en charge ambulatoire, les données actuelles sur les croyances religieuses des médecins, la définition et la place de laïcité dans l'exercice médical d'aujourd'hui, ainsi que sur la méthodologie de la recherche qualitative.

La principale base de données utilisée a été Medline, via le moteur de recherche PubMed, avec utilisation des termes MeSH suivants : general practitioners, general practice physicians, general practice, family physician, religion, spirituality, beliefs, religious. De nombreux articles et références ont également été trouvées grâce aux bibliographies des articles traitant un sujet proche de celui de l'étude.

D'autres données ont permis de compléter la recherche bibliographique, notamment les bases de données Sudoc, celle du Cairn. Enfin, les moteurs de recherche google scholar et google ont permis dans certains cas de retrouver des articles en libre accès, ainsi que de chercher des définitions et quelques références plus diverses (définition de Laïcité, les religions en France etc).

Choix du type d'étude qualitative

On distingue dans la recherche les études quantitatives, et les études qualitatives. Leurs méthodes sont différentes parce que leurs buts sont différents [31]. L'analyse quantitative cherche à tester des hypothèses, par la quantification de données. Elle fait appel à la significativité statistique, qui nécessite un grand nombre de données, et la représentativité de ces données pour pouvoir être extrapolée.

L'analyse qualitative, qui relève des sciences sociales, cherche à comprendre comment les acteurs pensent, parlent et agissent. Elle se donne pour objectif de comprendre l'action d'un sujet dans un contexte particulier, de répondre au « pourquoi » et « comment ». C'est donc une méthode adaptée pour étudier des comportements, et les mécanismes sous-jacents à ces comportements [32]. Elle a pour

but de recueillir une grande diversité d'idées, et de construire des hypothèses et théories à partir de ces données. Ces deux modes d'analyse sont complémentaires, l'analyse qualitative étant souvent une phase exploratoire, permettant de soulever des concepts et idées qui peuvent par la suite être approfondis par des méthodes statistiques [33].

Le choix ici s'est donc porté sur une enquête qualitative, qui est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, devant ce sujet vaste et peu exploré jusqu'à présent. La technique des entretiens semi-dirigés consiste à aborder un sujet, en influençant le moins possible le participant. L'enquêteur dispose d'une grille d'entretien, qu'il doit utiliser comme aide pour aborder l'ensemble des thèmes définis au préalable. Il doit veiller à garantir une liberté d'expression à l'interviewé, d'où jaillira la diversité des réponses et explications de ses pensées et attitudes [34].

Protocole de recherche

Mode de recrutement

Les médecins ont été recrutés principalement par réseaux de connaissance, pour un abord plus facile du sujet. L'introduction auprès des intéressés par une personne tierce connue a permis aux deux parties (médecin interrogé et le meneur des entretiens) de se retrouver d'emblée sur un terrain favorable à la discussion. A contrario, les quelques tentatives d'approche spontanées auprès de médecins non préparés ont toutes échouées.

Les médecins interrogés devaient donc être des médecins généralistes, se définissant comme croyants, exerçant la médecine générale en ambulatoire, dans la région Rhône-Alpes, depuis au moins 1 an, afin qu'ils aient réellement une pratique personnelle à partager.

Le recrutement a eu lieu de février à novembre 2016.

Une étude axée sur les médecins croyants

Le choix d'interroger uniquement des médecins croyants, se rattachant à une confession religieuse, s'est basé sur une réflexion au préalable portant sur la différence entre une religion et une spiritualité.

Une religion réunit d'une part une spiritualité qui inclut souvent la notion d'un Etre supérieur ou d'une puissance supérieure et qui permet d'orienter et donner un sens à sa vie. Et d'autre part des dogmes et des règles qui proposent une conduite de vie particulière, la notion de communauté de croyants, qui cheminent ensemble dans la même direction, et la notion de prière individuelle et commune qui unie les croyants [35]. A la différence d'une spiritualité, forgée principalement sur sa propre expérience de vie, et qui sera plus individuelle, dans sa définition et dans sa pratique [36,37].

De là peut-on penser que l'impact d'une religion sur la vie personnelle de ses croyants peut être plus marqué de par ses règles de conduite fixée, et l'idéal de vie plus défini, ce qui augmente en quelque sorte la "sensibilité" de l'étude (c'est à dire la possibilité de retrouver une influence de ses croyances sur sa pratique médicale, en interrogeant des médecins se définissant comme étant croyants).

Et par ailleurs, ce choix permet de restreindre le champ d'analyse de l'étude, en ciblant plus la population, afin d'arriver à saturation des données malgré l'étendue du sujet, et d'éviter la comparaison entre médecins religieux et médecins non croyants, car le schéma de l'étude n'est pas conçu pour cela.

Choix des religions interrogées

Le choix des médecins religieux interrogés s'est basé sur le paysage religieux français. Selon une étude de l'IFOP [38], 56% de la population disait croire en Dieu en 2011. Dans cette même étude, les croyants sont répartis en catholiques (61%), musulmans (7%), protestants (4%), Juifs (1%), autre religion (2%). Ces chiffres sont du même ordre que ceux d'une autre étude de 2014 [39] retrouvant 1% de Bouddhistes.

Il s'est donc agi de médecins catholiques, protestants, musulmans, juifs et bouddhistes, qui sont les religions les plus représentées en France. La question de l'hindouisme a été soulevée, religion significative à l'échelle mondiale, mais qui en

France est très minoritaire. Ce qui peut expliquer la difficulté à trouver un médecin généraliste hindou dans la zone de recherche, et donc l'absence de cette religion dans cette étude.

Elaboration d'une grille d'entretien

L'élaboration de la grille d'entretien s'est faite initialement à partir des données de la littérature sur le sujet, puis testée sur les premiers entretiens, ce premier travail ayant fait l'objet d'un mémoire de recherche. Elle a ensuite évolué au fur et à mesure, en fonction des entretiens précédents, du médecin interrogé, et de l'aisance du meneur de l'étude.

Elle comprenait une courte présentation de l'enquêteur et le rappel des objectifs de l'étude, puis une partie de présentation du médecin, sur le plan professionnel (mode et lieu d'exercice), et spirituel (confession religieuse et définition de la religion et de la foi). La deuxième partie, abordée par la question « Que vous évoquent les mots exercice médical et croyances religieuses ? » laissait initialement le médecin libre d'explorer le sujet selon sa compréhension du thème. L'entretien était ensuite redirigé si besoin pour aborder différents points : l'expression ou non de ses croyances dans son exercice, et si oui sous quelle(s) forme(s), l'abord de la question avec les patients, l'abord des sujets de bioéthiques (IVG, fin de vie, contraception) et le ressenti personnel de la foi dans la pratique du médecin. La grille d'entretien est en annexe.

Réalisation des entretiens

Les entretiens ont eu lieu dans un lieu convenu avec le médecin interrogé, si possible calme, pour ne pas risquer d'être trop dérangé. La place de l'enquêteur était essentiellement de relancer le discours de la personne interrogée, en reformulant une idée exprimée, ou en relevant un point précis abordé par le participant, tout en restant dans l'écoute, et non dans le débat, et dans le respect des silences.[40]

Ils ont tous été enregistrés à l'aide d'une application enregistreur sur Mac (*simple recorder*), avec l'accord du médecin, puis retranscrits dans leur intégralité sous format

Word, tout en respectant l'anonymat du médecin. Le texte ainsi obtenu est appelé « verbatim ».

Analyse thématique

L'analyse thématique a été réalisée par l'enquêteur, aidée du logiciel *N-vivo*.

Elle consiste initialement à encoder des phrases ou groupes de mots dans des « nœuds » en fonction de leur signification. L'encodage est fait au fur et à mesure des entretiens, et à chaque nouvelle création d'un nœud, l'ensemble des verbatim disponible est relu pour y affilier de nouveaux éléments. Cela permet d'ajuster la grille et orienter les entretiens suivants, en fonction des idées progressivement émergeantes, ou des questions laissées en suspens.

L'analyse ensuite consiste à créer des groupes et sous parties, à partir des nœuds, pour organiser l'ensemble des résultats et faire émerger les grandes idées [41]. Il n'y a donc pas de grille d'analyse pré-établie, c'est la technique du « codage axial ». L'enquêteur veille tout au long du codage et de l'analyse à comprendre le sens profond des verbatim, tout en restant fidèle au discours des participants.

La rédaction est ensuite simplifiée par le logiciel N-Vivo en intégrant pour chaque partie les verbatim correspondants déjà triés dans les nœuds.

III - RESULTATS

A - Recueil des données

1. Caractéristiques des entretiens

Il a été réalisé 9 entretiens, qui ont tous eu lieu au cabinet du médecin sauf pour M7. Son cabinet n'étant pas disponible au jour de l'entretien, il a été réalisé dans un café.

Les entretiens ont duré de 19 min à 1h07.

Le vouvoiement était le plus souvent utilisé. A noter que le tutoiement a été utilisé : avec M4, M7 et M9, afin de rendre l'entretien plus agréable pour les deux protagonistes, ayant un âge proche, ainsi qu'avec M8 qui était connu au préalable de l'enquêteur, ayant travaillé dans le même cabinet médical pendant 6 mois.

2. Caractéristiques des sources

Les caractéristiques des médecins interrogés sont présentées dans la figure ci-contre.

Les entretiens ont permis d'interroger : 1 médecin de confession juive, 2 médecins protestants, 2 médecins catholiques, soit 4 médecins chrétiens, 1 médecin bouddhiste et 3 médecins musulmans.

Parmi eux se trouvaient 2 hommes et 7 femmes.

M6 est la seule des médecins interrogés à avoir raconté sa conversion relativement récente au Bouddhisme, et donc à parler de changement dans sa pratique suite à cela.

Le nombre d'année d'exercice allait de 1 à 32 ans.

3. Analyse des entretiens

L'analyse des entretiens a mené initialement à 62 noeuds. La fin des entretiens a été décidée quand le dernier entretien analysé a donné peu de nouvelles idées.

Une relecture de l'ensemble des données a été réalisée par le directeur de cette thèse.

Figure 1 : Caractéristiques des sources

| | Sexe | Nombre d'années d'exercice | Mode d'exercice | Confession religieuse | Formations complémentaires | Durée de l'entretien |
|----|------|----------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| M1 | F | 13 ans | Installation, ZUP | Catholique | | 19min |
| M2 | H | 24 ans | Installation, centre ville | Juive | Capacité Gérontologie, Diplômé en réparation juridique dommages corporels | 1h07min |
| M3 | H | 31 ans | Installation, centre ville | Protestante | Capacité de Gériatrie, DU soins palliatifs, Action de prévention pour Personnes âgées | 48 min |
| M4 | F | 2 ans | Collaboration, centre ville | Protestante | | 23 min |
| M5 | F | 32 ans | Installation en centre de santé | Catholique | Médecine tropicale, Sidologie, hygiène hospitalière, Sciences de la famille, théologie | 20 min |
| M6 | F | 13 ans | Installation, semi-rural | Bouddhiste | DU Acupuncture | 22 min |
| M7 | F | 1 an | Collaboration, Centre ville | Musulmane | | 51 min |
| M8 | F | 16 ans | Installation, ZUP | Musulmane | | 55 min |
| M9 | F | 2 ans | Collaboration, ZUP | Musulmane | | 52 min |

B - Le contexte complexe : un exercice personnel, ancré dans une société laïque, de culture judéo-chrétienne

1. Un exercice médical ancré dans une société Judéo-Chrétienne.

Plusieurs médecins ont fait remarquer que les racines de la société française sont d'origine judéo-chrétaines. Certains s'autorisent donc à utiliser l'une ou l'autre référence qu'il considère comme culturelle, sans forcément qu'y soient associées une signification religieuses, ni pour le médecin, ni pour le patient.

M5

« Il m'est arrivé d'utiliser, dans des situations par exemple où on sent, les conjugopathies...un monsieur ou une dame trop liés à leur papa ou leur maman... d'arriver à leur dire, vous savez depuis la nuit des temps, on dit « tu quitteras ton père et ta mère pour fonder ton foyer », donc ça veut bien dire qu'à un moment il faut lâcher les baskets de ses parents. Voyez... l'utilisation de, comment dire, du livre de l'Humanité qu'est la Bible, qui peut parler aussi aux Chrétiens aux Juifs et aux musulmans, ça peut m'arriver de l'utiliser, mais ... pas pour faire du prosélytisme, pour expliquer une situation humaine et pour dire que 2000 ans, 3000 ans avant il y avait déjà le même problème, ça peut arriver. »

Elle explique encore :

M5

« Me revient en tête le fait de dire aux gens, il ne faut jamais se fâcher définitivement avec quelqu'un. Et qu'il faut toute sa vie essayer de pardonner à la personne qui nous a blessé (...). Donc ça, je le dis. Mais, les gens ne se rendent pas compte que c'est lié à la Foi, je ne pense pas. »

Si déjà vous ne savez vous même pas si c'est lié à la Foi...

« Ben après, la culture française et l'éducation française est quand même pour la plupart des gens intimement liée à l'éducation chrétienne. On apprend à l'école à demander pardon, même dans une école publique, n'est-ce pas ? Donc ... »

M2 quant à lui, pense qu'il est difficile de définir la part de ce bagage culturel dans l'exercice. Pour lui, cela peut entraîner une mésestimation de l'influence de ces valeurs sur la pratique.

M2

« C'est extraordinaire combien on est imprégné de religion, sans que les gens sachent que c'est de la religion. C'est à dire qu'il n'y a quasiment rien qu'on peut faire ou ne pas faire sans que ce soit issu de la religion, sauf que la majorité des gens ne le savent pas, parce qu'ils sont ignorants. (...) »

A la question, qu'est-ce qui est religieux dans votre approche, je trouve ça très compliqué d'y répondre... C'est pas facile parce que beaucoup vont user de morale, de références qu'ils ne pensent pas religieuses, alors qu'elles le sont parce qu'elles sont profondément juives, ou chrétiennes, ou judéo-chrétiennes, et elles ne le savent pas... Donc ils vont répondre comment à la question, c'est pas facile. Est-ce qu'ils vont vous dire non, alors que toute la journée ils respirent ça ? Parce que moi je suis français, je suis né en France, et je suis complètement imprégné par la culture chrétienne. »

En France, au sein de cette culture judéo-chrétienne, la religion musulmane a parfois plus de difficultés à être acceptée. Les médecins interrogés ont rapportés des incompréhensions de leur entourage (patients, collègues), face à certaines pratiques en lien avec cette religion.

M7 raconte ses débuts d'association

M7

« On est quand même, trois origines différentes. On a quand même 3 origines...bien différentes ! Donc heu, effectivement... comment est-ce qu'un musulman a pu s'associer avec un juif ? Tu vois ... ? Les gens ont joué là-dessus à un moment. Ils sont venus... ils sont pas venus voir Y, ils sont venus me voir moi, en me posant la question, de me dire... en fait ils m'ont carrément posé la question, « est-ce que ça ne vous dérange pas d'être associée à un juif ? » Voilà... les gens ont été là-dessus hein ! »

M9 rapporte des propos de collègues

M9

« c'est vrai que j'ai discuté avec des collègues, mais ils étaient...énervés en fait, en se disant que limite, ils voulaient plus le voir, et que... c'était inadmissible, c'était de l'irrespect, que... avec une... enfin, c'est vrai que c'est quelque chose que j'ai beaucoup remarqué. Je sais pas si on sort du sujet ? Mais que... voilà, le port du voile par les patientes, ou ... ce truc là de pas serrer la main, ça pouvait poser problème vraiment à certains médecins, qui le comprenaient pas. »

M9

« Et du coup, il y a un autre collègue qui s'est emporté, en disant que de toute façon, si... si elle portait le voile, c'était parce qu'il était pas digne de la regarder... Et puis tu vois, il s'est emporté, il était hyper virulent, et pour lui c'était inadmissible, inacceptable et tout ce que tu veux. Et... c'est vrai que moi, en tant que musulmane, j'étais là... mais il a rien compris le mec ! »

2. Un sujet sensible à aborder

S'agissant d'un sujet qui fait débat au sein de la société, il a été ressenti une certaine prudence initialement dans les entretiens, qui a pu se manifester par les éléments suivants.

Un médecin a fait part explicitement de sa demande d'anonymat pour l'entretien, afin de pouvoir s'exprimer pleinement et librement.

M9

« Donc, c'est anonyme c'est ça ? Non mais parce que pour parler ... c'est plus facile en fait. Et la ville aussi ? Parce que c'est plus l'âge, jeune médecin musulmane à R, il y en pas beaucoup quoi. »

Plusieurs médecins interrogés ont commencé par invoquer plutôt le professionnalisme, en insistant sur la séparation du côté religieux et médical.

M2

M2 évoque une influence plutôt touchant « plus le côté fonctionnel, tout ce qui est psychologique, parce que c'est vrai que tout ce qui est somatique ou organique c'est pas trop la question. »

M4

« Je dirais qu'on essaie d'être médecin avec ce qu'on a appris, avec la science plutôt, comment dire, on travaille avec notre tête entre guillemets, sachant qu'en France il y a toute la question de la laïcité, donc on essaie de ne pas mettre notre Foi personnelle en avant dans l'exercice du métier. »

M7

Est-ce que au niveau très pratique, tu t'es déjà dit que ça pouvait être influencé par quelque chose de religieux ? « Non, pas du tout. Non non, vraiment, pas du tout. Moi personnellement non, après... (silence) J'arrive même pas à voir comment est-ce que ça pourrait... ? Non. »

M8

« ça influence un petit peu mais ça ne dirige pas entièrement ma vie, on arrive à faire la part des choses. Voilà. »

Plusieurs aspects ont été abordés spontanément comme n'étant pas impactés par la religion: prescriptions, arrêts de travail, certificats médicaux. Les médecins concernés ont d'emblée insisté sur le respect des conditions de prescriptions, en dehors de leurs croyances religieuses.

Concernant les demandes de certificats :

M8

« Quand il y en a un ou deux qui arrive en disant « ouais mais c'est qu'un certificat comme ça », non, je suis pas sa copine, je ferai mon boulot correctement, je suis médecin avant tout, donc ils veulent un certificat ce sera un vrai certificat, »

M9

« Et là, je suis le médecin, voilà, donc je peux pas faire des certificats de complaisance, pour des raisons religieuses... Enfin, pour moi c'est des faux certificats. A partir du moment où je note que c'est l'état médical qui justifie, je ne peux pas... Même si j'ai des convictions religieuses derrière, et que je trouve que jeûner c'est important etc. Mais chaque chose à sa place. »

Concernant les demandes d'arrêts de travail, notamment pendant le ramadan, M8 et M9, toutes deux musulmanes, jugent d'autant plus sévèrement les demandes abusives.

M8

« Il y en a pas mal qui vous disent, au moment du ramadan... qui arrivent et qui disent, je suis trop fatigué pour travailler. Ok, et qu'est-ce que vous voulez ? Ben, un arrêt de travail pendant le ramadan. Et ben non. Alors moi, c'est l'avantage, c'est que je peux leur dire, attendez, le ramadan c'est censé nous mettre à l'épreuve (...) Donc si vous voulez un arrêt de travail, ben je le ferai pas, et si vraiment vous êtes trop fatigué pour aller travailler, et bien vous prenez vos congés pendant votre ramadan. Mais moi je ferai pas d'arrêt de travail pendant le ramadan. »

M9

« Ben par exemple, le mois de ramadan, si il y a certaines personnes qui vont se sentir fatiguées par rapport au jeûne, et qui vont vouloir s'arrêter de travailler... pour moi c'est impensable de mettre des arrêts de travail, parce que le jeûne les fatigue. Parce que c'est soit on fait le choix de jeûner, d'autant plus que (rires), d'autant plus que moi je jeûne en bossant donc heu... je suis peut-être encore plus intransigeante, même si j'ai quand même un boulot où je suis assise sur une chaise. Mais il y a des demandes des fois, mais... c'est soit les gens posent leurs congés pendant le mois de ramadan parce qu'ils ont un travail difficile, soit ils jeûnent pas parce que voilà, mais c'est vrai que j'ai pas à faire des arrêts de travail pour que les gens puissent jeûner. Parce que je considère que c'est pas le rôle de l'arrêt de travail. »

3. Difficulté à séparer ce qui relève de la personnalité ou des croyances du médecin.

La religion est définie par un ensemble de croyances et de dogmes qui définissent le rapport de l'humain au sacré. Elle s'exerce par un certain nombre de rites et pratiques, spécifiques à chaque religion, et qui s'exprime dans tous les aspects de la vie de la personne.

Plusieurs médecins ont fait une différence entre la notion de religion et de Foi, en définissant la religion comme le cadre qui organise la Foi que l'on peut avoir dans un Dieu.

M3

« Mais en aucun cas je ne voudrais vivre pour une religion. Je vis pour un Dieu. Je fais la différence entre croire en Dieu, et croire en une religion. »

M5

« La religion c'est un ensemble de rites qui permet à des hommes d'une certaine culture de se relier à Dieu. (...) La Foi c'est une croyance en quelque chose. J'ai Foi en mon mari, j'ai Foi en mes enfants, j'ai Foi en telle valeurs, j'ai Foi en Dieu, j'ai Foi en l'humanité... Donc c'est une croyance dans laquelle il faut avoir une grande confiance. »

Et nombre d'entre eux ont exprimés leur difficulté à clairement identifier ce qui relève du religieux et non religieux dans leur vie.

M2 « Je pense que c'est le cas de beaucoup de médecins (que leurs croyances influencent leur prise en charge). Je pense que c'est plus que ça. Je pense que la question est inverse : ça fait partie de notre identité, de notre façon de respirer etc... »

M6 « C'est compliqué parce que comment on peut dire c'est la personnalité du médecin, ou est-ce que c'est sa religion ? »

M7 « Pour moi, ça fait tellement partie de moi, que je sais pas comment dire, je saurais pas ce que ça serait sans. C'est là, et c'est une partie de moi quoi. J'ai presque envie de dire que, pour une part, ça me définit un peu, alors (...) C'est vrai que, c'est difficile parce que là je le verbalise alors que finalement, c'est des choses qui se font... naturellement. »

M8 « ça fait partie de mon quotidien, je pense qu'au bout d'un moment quand on a une religion ça fait partie du quotidien. »

M9 « C'est quelque chose qui pour moi est vraiment partie intégrante de ma vie dans... je pense tous les domaines de ma vie en fait. Je pense que je ne peux pas complètement séparer ma religion, et ce que je fais dans ma vie. (...) Pour moi la religion elle est présente tout le temps, dans ma façon de... de... de vivre les choix que je fais, je pense toujours au niveau religieux qu'est-ce qui est bien, qu'est-ce que je peux faire de bien dans le sens des enseignements de la religion. (...) Après dire quelle est la place de la religion là-dedans, c'est compliqué... »

M2 et M7 ont donc fait remarquer sur ce point que leurs propos et analyse de leurs pratiques seraient forcément subjectifs, ce qui apporterait une difficulté dans la réalisation de cette étude.

M2 « Il faudrait aussi interviewer ma secrétaire je crois, vous pouvez lui demander si elle qui n'est pas juive... Parce que moi je suis tellement dedans, c'est tellement subjectif ce que je dis. »

M7 « Mais heu... je le dis, mais, c'est vraiment pas conscient, au quotidien c'est jamais conscient. En fait, c'est la relecture. »

Il est ressorti par le biais de divers exemples que l'exercice du médecin est tout autant lié à son expérience de vie, sans forcément qu'elle soit axée sur la religion.

M4

« En premier je dirais qu'on essaie d'être médecin avec ce qu'on a appris (...) Et puis après je dirai qu'on exerce avec qui on est... »

M8 rapproche cela à son éducation

M8

« Il y aussi le fait que, peut-être que le personnel, c'est à dire le vécu, l'éducation etc... ça pèsera beaucoup moins sur moi, le côté religieux, parce que on a toujours fait la distinction entre les deux (chez moi) »

M7 de son côté, en parle au sujet de l'avortement, de par son expérience de mère.

M7

« Disons que je suis mère, et je sais ce que c'est que d'attendre un enfant, de l'avoir désiré, le porter, de le mettre au monde, et ensuite de l'élever. Je sais ce que ça implique. Et je trouve que c'est... c'est... C'est se voiler la face que d'imaginer qu'il suffit d'être enceinte pour se dire qu'on peut, que... bon ben voilà c'est la vie, qu'un enfant c'est que du bonheur. »

C'est également son expérience de vie familiale, plus ses croyances religieuses, qui entre en jeu dans la question de la circoncision de son fils. Elle fait part de son hésitation :

M7

« Déjà là, mon fils par exemple, la question de la circoncision. Je sais pas, mon mari n'est pas circoncis, il a pas vraiment envie de faire circoncire son fils, c'est normal. Moi je suis une femme, donc heu... je sais pas ce que c'est d'avoir un zizi (rires), et ... je suis pas convaincue de la nécessité de devoir faire circoncire mon fils pour qu'ils soit considéré comme... en plus c'est certain on peut être musulman sans être circoncis en fait »

Et c'est de là qu'elle préfère rester ouverte sur le sujet face aux interrogations de ses patients :

M7

« Oui, on me pose la question de la circoncision. Alors du coup j'essaie de rester la plus neutre possible, enfin... J'informe, j'incite pas à... Je dis pas : Il faut le faire, c'est super... J'explique quoi, effectivement, les bénéfices, parce que c'est ... surtout ça en fait. »

Un exercice qui ne sous-tend pas forcément d'être religieux: les médecins ont pour beaucoup reconnu que leurs propos et leurs actes n'étaient pas exclusivement liés à leurs croyances, et donc non réservés aux médecins religieux.

M2

« Donc je vais utiliser tout ce qui est dans mes capacités de persuasion, de manipulation, j'utilise les croyances de mes patients, j'utilise leurs pratiques, je crée des confusions, je dissocie différentes choses pour les amener à ce à quoi je veux arriver. Et ça je veux dire c'est de B-Aba de toute approche, qu'on soit religieux ou pas. »

M4

« Au sujet de l'euthanasie aussi, j'ai fait un stage en soins palliatifs, mais ça c'est même pas que la Foi, c'est toute la question éthique autour. Il y a des patients qui me parlaient d'euthanasie parfois et à cause de la Foi et de tout ce qu'il y a autour.... Mais même il y a des gens complètement athés qui croient la même chose, que la fin de la vie c'est quelque chose aussi qui peut être riche, qui peut être vécu différemment, il se passe des choses, le but c'est de soulager les souffrances et De soulager les souffrances mais pas forcément par la mort quoi, il y a d'autres solutions. »

M5

« Mais il y a plein de gens sûrement ici qui travaillent dans le même centre que moi qui ont les mêmes conditions que moi et qui n'ont pas du tout la Foi. La Foi n'est pas un élément nécessaire. »

4. Interrogations concernant la réglementation

M4 et M6 ont fait part de leurs interrogations concernant la réglementation actuelle qui encadre l'expression des croyances dans l'exercice libéral

M4

« On peut faire ce qu'on veut, on peut bien dire ce qu'on veut entre guillemets je dirais. Enfin moi je l'imagine comme ça. (...) Même si, moi j'avais entendu que théoriquement en tant que médecin on ne devrait pas... »

M6

« Ca me semblerait un peu... et puis je pense que le conseil de l'ordre... enfin, je sais pas quelle attitude il peut avoir... enfin après on sait très bien que, enfin je sais qu'il y a des médecins qui ont la Bible à côté hein, mais... ça me semble très malvenu, enfin... Ou alors, peu importe, mais je... heu... enfin, voilà, il faut que le patient soit libre, voilà. Le signe ... oui, est-ce que je mettrais une croix dans mon cabinet ? C'est un lieu public, enfin non c'est un lieu privé, mais on pourrait le faire. »

Il ressort que de nombreux facteurs sont impliqués et interviennent dans la pratique médicale. Les praticiens reconnaissent avoir eux-mêmes parfois des difficultés à faire la part des choses entre leur personnalité, leurs croyances religieuses, et le contexte socio-culturel dans lequel ils exercent. Les règles de notre société les incitent plutôt à avancer en premier lieu tout ce qu'ils pensent ne pas être en lien avec leur religion. La demande d'anonymat, explicite pour M9, mais qui était évoquée au début de chaque entretien paraît nécessaire à la liberté de parole sur ce sujet qui peut porter à discussion. Enfin, on peut noter que plusieurs d'entre eux ont reconnus s'exprimer en tant que médecin croyant, tout en signalant que d'autres médecins non croyants pourraient rapporter des témoignages similaires.

C - Des croyances plus ou moins affichées par les médecins

1. Différents modes d'expression de sa propre religion

Verbalement : ce mode d'expression est utilisé, par certains médecins, pour parler de leur propre religion. Sur l'ensemble des médecins interrogés, seule M6 s'est fortement défendue d'aborder verbalement le sujet de ses propres croyances avec ses patients. Il peut s'agir soit d'un abord orienté par une demande du patient, soit d'un abord spontané par le praticien.

A la demande du patient : les médecins qui rapportent ce mode d'abord de leur religion s'accordent à dire que, de manière générale, la consultation n'est pas le lieu de parler de leurs croyances, sauf si le patient en parle clairement.

M1 « Je trouve que c'est des convictions personnelles, donc après voilà si eux me demandent, si on est sur une discussion... s'il me demande, je lui dirait que je suis croyante mais je pense que je ne développerai pas plus (...) Je ne suis pas sûre que ce soit opportun que j'en parle en consultation. »

M2 « Bien sûr, je pense que parler de religion ça n'a pas lieu d'être. Sauf si le patient en fait la demande. S'il fait la demande, là il s'adresse à un philosophe, de toute façon, un médecin généraliste c'est un philosophe. »

M4 « Moi si on me demande frontalement, je le dirais. Mais il faudrait que ce soit une discussion qui soit allée loin je pense. (...) Si on me demande, je le dirais oui, à la demande du patient. »

M7 « Je l'affiche pas... Je pense que, moi je suis quand même assez convaincue que la Foi ça fait partie de la vie privée, et je l'affiche pas. Mais par contre, j'en parle facilement, si il y a un dialogue qui m'amène à ça quoi. »

M8 « Je ne parle pas de religion, je parle simplement moi, je leur parle de ce qu'ils ont. Ensuite, eux vont m'objecter que, ben d'un point de vue religieux, ils peuvent faire ça, mais ils peuvent pas faire ça ou... »

M9

« Moi je vais jamais dire aux gens si je le suis ou pas, mais en fait, eux ils considèrent que à partir du moment où tu es maghrébin, tu es musulman. (...) »

Parfois le patient commence à me parler de sa religion... Heu, par exemple des trucs spécifiques de la religion musulmane, je sais pas moi... comme exemple... admettons que ce soit le ramadan, et ils commencent à m'expliquer un truc, et puis ils me disent « Mais vous êtes musulmane ? » Et du coup, je leur dis oui, et du coup ils savent que je connais et ils savent que... Voilà, enfin je veux dire du coup, ils voient qu'ils n'ont pas besoin d'entrer dans les détails parce que je connais, et ils continuent leur histoire. Mais après, sinon, plus que ça je vois pas... »

Pour d'autres, **un abord spontané** par le praticien est parfois évoqué, quand la situation leur paraît appropriée :

M3

« Parfois lorsque au fond de moi je sens que je peux dire quelque chose, je le fais. »

M5

« (Il m'arrive de) dire à la personne quand elle sort, et ça ça m'arrive de plus en plus en vieillissant et parce que je sais à qui je m'adresse - par exemple les familles africaines sont très religieuses – de leur dire : on va prier pour vous, je vais prier pour vous. »

M4

« je pense que dans certains cas, quelqu'un peut sentir que c'est ce dont la personne a besoin, un peu guidé par l'Esprit de Dieu... qui lui dirait que... quelqu'un pourrait ressentir qu'il faut qu'il parle à cette personne de ça. »

Physiquement : Il s'agit surtout de M2, qui porte la kippa, et dont la religion juive est donc sans équivoque.

M2

« J'ai une kippa sur la tête, et je travaille avec une kippa sur la tête, j'ai énormément de musulmans, des gens de toutes les religions... Donc je donne en tout cas une image corporelle. »

Des convictions religieuses visibles dans l'organisation du cabinet :

M2 et M3 ont en particulier dans leur cabinet **des signes visibles** de leur appartenance religieuse.

Pour M2, il s'agit entre autre de la Mézouza.

M2 « *Donc la Loi orale elle dit par exemple qu'une mézouza (désigne la porte d'entrée du cabinet) elle va se mettre ici, aux 2/3 de la porte, à l'endroit où on rentre, inclinée de telle manière et pas de telle autre, et dedans il doit y avoir telle et telle chose et pas telle autre chose.* »

M3 explique avoir mis des textes sacrés à disposition des patients

M3 « *J'ai des petits calendriers là et ...voilà (note : petits calendriers avec une citation de la Bible et un petit commentaire par jour pour faire réfléchir). (...)Alors en salle d'attente on a une Bible.* »

Dans l'**organisation des horaires de travail** :

M2 « *J'impose à mes patients mes fêtes, toutes les fêtes juives c'est fermé. Certains pourraient critiquer ça. (...) Au début je travaillais le vendredi après-midi. Et donc l'hiver ça tombe très tôt, donc moi j'ai pas le droit de travailler, et de prendre ma voiture ni porter quoique ce soit à partir du moment où la nuit tombe. Alors je finissais à 4 heures. Alors des fois, les gens ils arrivaient, et mes patients, juifs, qui ne travaillent pas le vendredi pour préparer le Shabbat, ils me disaient « ah, tu travailles pas... ? » Mais mes patients non juifs, ils me disaient « Docteur, allez c'est Shabbat ce soir, allez partez, il faut rentrer à la maison ! » Alors oui, j'induisais quelque chose, volontairement, involontairement... en même temps ça leur montrait que c'était respectable, c'était respecté, et c'est souvent mes patients non juifs qui me disaient « partez, il faut fermer, la nuit elle va tomber ! » Donc oui, j'ai imposé, j'ai éclairé un peu aussi leur ignorance. Et puis maintenant, je ne travaille plus le vendredi après-midi. Il y a quand même plein plein d'implications.* »

2. Les freins exprimés à l'expression de ses croyances dans l'exercice

Il est ressorti plusieurs raisons, chez l'ensemble des praticiens, qui les poussent à rester parfois en retrait par rapport à leurs convictions religieuses.

Le manque de temps

M5

« Par contre, à part une exception la semaine dernière, parce que c'était trop compliqué de discuter autant, je vais prendre du temps... » (pour discuter dans le cadre d'une demande d'IVG)

M7 et M9 ont exprimés leur hésitation liée au contexte religieux français, et aux tensions que peuvent induire les religions dans le lien, notamment en lien avec la religion musulmane (M7 et M9)

M7

« Je suis beaucoup aussi dans la crainte, enfin si j'ai une personne de confession juive devant moi, je sais jamais si... elle va bien accueillir le fait que... enfin, après je lui en parle pas ouvertement, mais je me demande tout le temps si elle va bien accueillir le fait que je suis musulmane par exemple. Du fait... de ce qui se passe entre les Iraniens, les Palestiniens etc

(...) En fait, je trouve que, ce qui se passe actuellement là depuis 20-30 ans, plus pour les juifs et les musulmans, et ben ça, ça transforme un petit peu les choses quoi. Je me sens encore... suffisamment confiante en moi-même et tout ça pour ... pour assumer ma Foi, sans, vraiment sans... sans avoir l'impression qu'il faille me cacher ou quoique ce soit, mais... de temps en temps quand même, en fonction de qui j'ai en face de moi, il est évident que j'aborde beaucoup plus facilement la question de mes origines avec certains patients, plus qu'avec d'autres. Il y en a je leur dirais jamais spontanément que je suis maghrébine, arabe, musulmane... »

M9

« Moi je trouve ça dommage déjà que ça parle de religion dans les réunions de travail, parce que des fois ça peut mettre des tensions, c'est pas très cool. (...)Et... et puis moi, je fais le choix de ne rien dire. Parce que justement, pour pas rentrer dans le truc, pour moi on est en réunion de travail, on est pas là pour parler de ça, et voilà, je vois pas pourquoi je donnerais mon opinion dans une réunion de travail. Et des fois, rien dire c'est mieux que s'emporter, donc... tu vois, je réponds pas, je ne dis rien. »

M3 se dit plus réticent à afficher sa foi, suite à des conflits que cela a pu entraîner dans le passé.

M3

« je serais un peu plus prudent que lorsque j'étais jeune médecin, où là peut-être j'étais plus direct, où j'avanzais vraiment ma Foi et où peut-être j'ai eu des retours de bâtons. »

M3

« J'avais une fille qui étais dans un collège catholique, et j'avais laissé dans la salle d'attente une petite Bible pour enfant, et puis aussi des petits fascicules sur le collège

D'autres invoquent le respect du principe de laïcité.

M2

« Donc moi je cherche à trouver des solutions qui permettent de sortir le patient de la souffrance, qui est la raison pour laquelle il est venu. Je n'ai rien à faire d'autre que ça. Donc toutes mes convictions personnelles religieuses n'ont rien à faire sur la table de consultation. »

M4

« Je pense qu'il faut être vraiment délicat et avoir du tact là-dessus (au sujet de ses convictions), qu'il ne faut pas... vraiment le but c'est pas d'imposer quoique ce soit... en tout cas il ne faut pas que ce soit ressenti comme ça. »

M5 raconte qu'elle a dû reprendre une secrétaire qui avait porté un jugement qui selon elle enfreignait la liberté de sa patiente :

M5

« J'ai une patiente qui venait me voir pour un avortement alors qu'elle était enceinte de 5 mois, qu'elle avait fait faire en Espagne. Bon, elle était venue me voir trop tard, c'est trop tard madame, et puis c'est tout, je n'ai pas donné d'autres...conseils, loin de là. Et après elle revient, elle avait fait un avortement à 5 mois de grossesse en Espagne. Elle arrive à l'accueil, et une de mes secrétaires qui est témoin de Jéhovah l'a incendiée, en lui disant qu'elle irait en enfer etc etc. Moi j'ai convoqué la secrétaire, je lui ai passé un sacré savon. Donc elle avait pas à faire ça, pas à dire ça. »

M6 évoque d'emblée son frein à l'expression de ses convictions, en hésitant sur la raison de cela, et qu'elle rattache finalement au respect de la liberté du patient.

M6

« Ca me semblerait un peu... et puis je pense que le conseil de l'ordre... enfin, je sais pas quelle attitude il peut avoir... enfin après on sait très bien que, enfin je sais qu'il y a des médecins qui ont la Bible à côté hein, mais... ça me semble très malvenu, enfin... Ou alors, peu importe, mais je... heu... enfin, voilà, il faut que le patient soit libre, voilà. Le signe ... oui, est-ce que je mettrais une croix dans mon cabinet ? C'est un lieu public, enfin non c'est un lieu privé, mais on pourrait le faire. Mais ce ne serait pas le bienvenu, ça serait aller au-delà de la liberté du patient. »

Protéger sa vie privée, séparer le religieux du professionnel

Pour M2, cela n'a pas lieu d'être, il s'agit de deux questions différentes.

M2

« Mais dire c'est la religion et parler de religion avec mes patients, non. C'est pas quelque chose qui me semble scientifique, donc on s'intéresse plutôt au comment des choses plutôt qu'au pourquoi des choses, alors que la croyance, la religion s'intéresse au Pourquoi : Pourquoi je vis ? »

Pour M6, M8 et M9, cet aspect de leur vie ne concerne en rien leur patient. Elles invoquent avant tout le statut de médecin aux yeux de leurs patients.

M6

« Mes associés sont au courant, et mes patients je ne leur en parle pas. Je ne mélange pas, jamais jamais jamais. Je crois que ce ne serait pas très clair de tout mélanger, je... je pourrais pas associer une religion, que je sois catholique ou musulmane, je mettrais pas ça... je suis médecin quoi, point. Pour eux, je ne suis que médecin. Ma vie privée, c'est ma vie privée. »

M8

« Il y a d'autres patients qui... de temps en temps me titillent un peu là-dessus, mais comme je leur dis, ça fait partie de ma sphère privée, donc après voilà, chacun fait ce qu'il veut de son côté. Du moment où j'empiète pas sur leur vie, ils empiètent pas sur la mienne, c'est clair. Y en a beaucoup qui ont joué là-dessus dans le cabinet... »

M9

« Ca les regarde pas, que je sois pratiquante ou pas (...) Par exemple, le fait que je jeûnais, pendant le mois de ramadan, j'avais dit à la secrétaire et aux collègues, que je voulais pas que les gens soient au courant. Ca regarde que moi, et que les patients n'ont pas à savoir. Mais voilà, je considère que c'est quelque chose de personnel ma religion, je suis pas là pour la partager avec mes patients. Je suis pas là pour leur dire... je veux dire, que je sois musulmane ou pas, pratiquante ou pas, ça les regarde pas, et j'ai pas à être jugée par eux, comme eux n'ont pas à être jugés par moi. »

L'expression de leur religion passe chez certains praticiens par des moyens indirects et passifs comme la présence d'objets à connotation religieuse dans le cabinet. L'abord des propres convictions religieuses du médecin en consultation est parfois spontané, mais le plus souvent il reste à la demande seulement du patient. Pour plusieurs des médecins interrogés cependant, il existe de nombreux freins à rendre publique leur religion, notamment la volonté de séparer leur exercice médical et leur religion, au moins aux yeux du patient, afin de garantir sa liberté et leur propre vie privée.

D – Retentissement dans le soin et dans la prise en charge globale du patient.

Il est apparu au fil des entretiens que les croyances des médecins pouvaient influencer le soin de manière globale : en premier lieu, via la relation médecin-malade qu'ils vont développer avec leurs patients. Egalement dans plusieurs domaines de prise en charge où le médecin va se servir de sa religion pour faire appel à la spiritualité du patient, dans les conseils qu'il va lui donner, et enfin dans l'abord des sujets de bioéthiques au cours des consultations.

1. Impact sur la relation médecin-malade

Le soin du patient passe en particulier par la relation de confiance qui se crée entre le patient et son médecin traitant. Les médecins interrogés ont tous admis que leurs croyances religieuses pouvaient avoir une influence sur la manière dont ils interagissent avec leurs patients.

Les convictions religieuses du médecin : à l'origine d'une attention particulière à la religion de ses patients. Elles favorisent la compréhension de leurs expériences de vie, l'abord de la religion avec eux.

M8 explique qu'après s'être elle-même tournée vers la religion lors de situations de vie difficiles, elle observe et comprend cette évolution chez ses patients.

M8

« Que ce soit de n'importe quelle origine, en général les gens sont pas hyper pratiquants, et tout d'un coup, quand il arrive un coup dur, on se retourne vers la religion parce qu'on se raccroche à quelque chose. C'est pareil pour tout le monde, que ce soit musulman ou non musulman c'est à peu près la même chose. (...) Il y a des personnes qui sont complètement athées, et qui au fur et à mesure qu'avance leur maladie, se retournent progressivement vers la religion. Et qui y trouvent un réconfort. »

M1

« J'ai l'idée en tout cas que je fait d'être croyante, peut-être c'est plus facile d'aborder cette question là. (...) Par contre oui, du coup, le fait de se dire, on est croyant tous les deux, même si c'est pas la même religion, on a beaucoup de patients musulmans, je pense qu'il y a une certaine confiance déjà, comme s'il y avait un prérequis commun quoi. »

Pour M5, la religion de manière générale est génératrice de lien entre les gens.

M5

« Ca (la religion) permet de discuter avec les gens, beaucoup de gens sont religieux quand même. (...) Donc quand ils vont à la Mecque, je vais demander comment ça se passe, ce qu'ils font, est-ce qu'ils vont voir...je sais pas quoi, enfin bon il y a des trucs qui font partie de la vie, de la vie des gens donc il faut s'y intéresser quand même. »

Tolérance vis-à-vis des autres religions

M6, M7 et M9 ont toutes les trois la sensation d'être ouvertes vis à vis des autres religions. M6 et M9 se demandent si cette ouverture est en lien avec le fait d'être elles-mêmes croyantes.

M9

« Est-ce que le fait d'être croyante fait que je suis plus ouverte et tolérante ? Parce que vraiment, ça se cantonne pas à l'Islam quoi, c'est... Tu peux croire en ce que tu veux quoi, tu peux vénérer une vache ou ce que tu veux, enfin je sais pas, je considère que... voilà, je respecte vraiment toutes les religions. »

M6

« Est-ce que les médecins sont plus ouverts selon certaines religions ou quoi... ? je ne sais pas... (...) Je veux dire, je respecte les Etres vivants, et je me dis que, qu'on passe par la religion Chrétienne, qu'on passe par la religion musulmane, qu'on passe par le Bouddhisme, peu importe à la limite. (...) Je dirais que... il y a des...des dialogues inter-religieux qui sont très intéressants, on n'a pas le droit de dire que nous, les bouddhistes qui pratiquons le Bouddhisme de Nichiren Daishonin nous avons ... voilà, nous sommes les meilleurs, nous avons...ce serait juste insupportable, ce serait pas...Il faut respecter

M7 préfère voir ce qui rassemble, plutôt que ce qui divise. Elle s'y est notamment retrouvée confrontée sur le plan conjugal.

M7

« Je préfère m'attarder sur les choses qui nous rassemble que sur les choses qui nous divisent (...) Dans la sphère privée, je suis confrontée à ça (les échanges entre différentes religions) parce que, je partage pas la même Foi que mon mari, et que du coup ben, si on s'était focalisé sur tout ce qui nous différenciait on se serait jamais marié quoi. Heu, mes beaux-parents je pourrais pas les saquer alors que je les adore, enfin... et inversement ma mère pourrait pas piffrer mon mari, alors qu'elle l'aime comme son fils. Donc voilà, donc on a composé. »

Ressenti d'un lien privilégié lorsque le patient et le médecin ont les mêmes convictions.

M1

« Une fois, il y a un patient qui m'a demandé si j'étais croyante. Lui a abordé cette question là, et il m'a demandée si j'étais croyante. Et c'est vrai que j'ai répondu oui, après j'ai pas développé plus, mais du coup je pense qu'il y avait comme... il s'est dit, enfin ce que j'ai ressenti, il s'est dit « on me comprend ». (...) Le fait de se dire, on est croyant tous les deux, même si c'est pas la même religion, on a beaucoup de patients musulmans, je pense qu'il y a une certaine confiance déjà, comme s'il y avait un prérequis commun quoi. »

M3

« C'est sûr qu'une fois qu'on en a parlé il y a peut-être...oui on aborde plus facilement certains sujets. C'est peut-être aussi une plus grande complicité, il y a un peu la prudence qui tombe, on s'exprime plus ouvertement. »

M7 et M9 se servent de ce lien particulier notamment dans les conseils et explications qu'elles peuvent prodiguer à l'occasion du ramadan.

M7

Tu penses que ça passe plus facilement du fait que tu es musulmane (de déconseiller certains patients de jeûner) ? « Je pense oui, oui oui je pense. Tout comme moi, je serais beaucoup plus sensible au discours, pour des questions religieuses, au discours de quelqu'un qui partage la même Foi que moi. »

M8

Et tu penses que du fait d'être musulmane, c'est plus facile pour toi d'en parler avec eux ? « Alors, il le prendront mieux venant de moi, que d'éventuellement un de mes collègues. (...) C'est parce que moi je peux le faire. Et venant d'un médecin qui serait autre que musulman, ils le prendraient comme, un peu de haut, comme une insulte en disant « il m'a traité comme de la merde » (quand elle refuse un arrêt de travail pendant le ramadan)

Lors de l'entretien, M9 réalise n'aborder la religion qu'avec ses patients musulmans. En effet, ceux-ci lui en parlent, mais les autres non.

Et avec des patients qui sont pas musulmans, est-ce que pour eux, tu as l'impression que ça intervient ? (...Silence...tourne les pages de son agenda...) « ... pour avoir des idées en tête... C'est vrai qu'on n'en parle jamais en fait. Ils m'en parlent pas spontanément. Donc ... » Tu leur demandes pas ?

M9 *« Non. C'est vrai que moi si on m'en parle pas, j'aborde pas. (...) C'est juste une impression mais même on va dire, sur des rempla, avant, que... dans la population maghrébine, ou originaire du Maghreb en tout cas parce que, il y en a beaucoup qui sont français, la religion fait... est très présente, et peut-être moins pour... ou en tout cas, moins abordée... peut-être qu'elle est aussi présente, mais moins abordée aussi facilement par les autres ... par les gens d'autres confessions quoi. »*

Un aspect particulier, plus en lien avec la culture maghrébine qui réunie souvent les populations musulmanes, est le fait de parler arabe, notamment pour M8 et M9. Pour M9, cela participe à la présence de la religion dans la consultation, de la part de ses patients principalement musulmans.

M9 *« Depuis que je suis ici, la religion est d'autant plus présente parce que j'ai une patientèle qui est majoritairement musulmane en fait (...) Et ... du coup c'est vrai que là, la religion elle est vraiment présente dans la consultation, heu... du fait des patients parce que ils vont parler... enfin les expressions qu'ils vont avoir ça comprend la religion, même quand ils disent.. ils vont me parler des fois en arabes, et quand ils disent merci ça va être ... il va y avoir Dieu dans la façon de remercier... (...) Quand ils disent bonjour le "Salam Alaykoum" c'est la façon de dire quand on est musulman, enfin ... il y a beaucoup, la religion qui est présente dans... « Que Dieu te récompense » quand ils disent merci... Enfin vraiment la religion est très présente. »*

Favorise l'écoute et l'accueil : M6 fait part d'un changement dans l'abord de ses patients, et notamment l'écoute qu'elle peut avoir depuis qu'elle s'est convertie au Bouddhisme :

M6 *« Il y a un changement par rapport au Bouddhisme et ma façon de fonctionner avec les patients, et je m'en rends compte même par rapport aux retours que j'en ai. Et surtout, quand je me suis installée en 2003, j'étais plutôt dans le... c'est pas que j'étais psychorigide pas du tout, mais j'étais plutôt : c'est comme ça, on a des conduites à tenir, on a des*

M6

recommandations... et voilà. Je ne suis pas sûre que je prenais en compte le patient et ses besoins. Enfin, si je le prenais, mais en l'occurrence j'essayais de faire entrer des recommandations, et leur expliquer que c'était comme ça que ça se passait etc... Voilà. Alors, est-ce que c'est la vie, est-ce que c'est le Bouddhisme, est-ce que c'est... C'est aussi la vie, hein, on apprend à être plus souple. ... maintenant effectivement c'est pas en vieillissant qu'on devient plus souple ! Ca dépend de ce qu'on rencontre dans sa vie... »

Implication dans le choix du médecin traitant

Il ressort de cette relation influencée par la religion une affinité accrue ou au contraire des difficultés entre le médecin et son patient. Plusieurs médecins ont ainsi témoigné de l'impact dans le choix par le patient de son médecin traitant.

M2 crée du lien, une relation de confiance avec ses patients. Par des petites choses, il va au delà des attentes des patients :

M2

« J'ai que des bonbons casher, que je peux donner sans problème aux enfants musulmans. Et de temps en temps j'attends, je vois un peu, et j'ai les parents qui prennent le bonbon et qui l'enlèvent. Parce qu'ils se disent, c'est un bonbon, on ne sait pas ce qu'il y a dedans. Alors je les rattrape, et je leur dit, il est hallal, parce que casher, et le contraire n'est pas vrai. Et les parents sont contents comme tout, et ils redonnent le bonbon à l'enfant. Mine de rien... ! Ben oui, mais ce sont des détails, et ce sont des détails qui imprègnent ma vie quand même, professionnelle. »

M6 fait référence à plusieurs patients qui ont changé de médecin, le temps d'une prise en charge psychothérapeutique. Elle a effectivement l'impression d'être plus à l'écoute depuis qu'elle pratique le Bouddhisme, et que cela change sa relation avec les patients.

M6

« Alors je suis peut-être plus dans l'écoute que mes associés, parce que souvent j'ai les dépressifs qui viennent me voir, et qui repartent après chez mes associés (rires) (...) et l'abord que j'ai aussi, par rapport à la pratique bouddhiste, mais aussi par rapport à autre chose d'ailleurs, en vieillissant, c'est qu'avant j'avais plutôt un abord difficile, et que j'étais plutôt, voilà, un médecin « chtac » (mime un carré avec ses mains), alors que maintenant c'est beaucoup plus, enfin... j'ai toujours cette image hein, de ... (carré) mais en attendant... enfin les patients le savent et du coup c'est... je suis plus dans l'écoute et du coup j'ai plus de patients dépressifs, probablement plus que mes associés. (...) En tout cas moi j'ai changé, donc ma pratique a changé c'est clair. Et du coup ma relation avec les patients a changé. »

M9 rapporte un témoignage reçu lors d'un remplacement **d'une maman ayant choisi son médecin traitant pour les principes qu'ils avaient en commun** concernant la contraception :

M9

« *Et une fois toujours au remplacement de ce médecin (catholique), une maman qui me dit, « ah oui non mais, de toute façon, ça, moi c'est ce que j'aime bien avec le docteur, c'est que... elles vont pas commencer à venir lui dire avant de partir en colonie, je voudrais ma pilule hein, parce qu'il leur dira non hein, t'as pas de rapport, moi je te mets pas de contraception.* » Donc... et en fait, c'était justement en fait, c'est marrant parce que c'était une population musulmane aussi qui allait voir ce médecin qui, comme il avait des principes religieux, ben du coup il y a avait... il y a avait un respect de ces principes, et ... ça collait, finalement voilà, ça collait avec toutes les, je pense, toutes les religions monothéistes. »

Et parfois, le statut religieux du médecin peut être **source d'une incompréhension, incompatible au soin, entraînant un changement de médecin.**

M2

« *Comme tout le monde fait, et c'est légitime, on ne peut pas empêcher ça (induire des comportements qui sont emprunts de ses propres croyances).* Et c'est pour ça qu'il y a une richesse, et c'est pour ça qu'il y a une clientèle propre à chaque médecin. Il y a des gens qui ne m'aiment pas, ils ont vu ma kippa, ils ont fuit ! ».

M3

« *Oui, ça peut être source de conflits, bien sûr, parce que... il y a des gens qui viennent et qui attendent que je fasse ce qu'ils veulent que je fasse.* Et donc... c'est pas toujours possible, donc il a pu y avoir des conflits, et je pense qu'il y a des gens qui ont changé de médecin pour ça. Pour des certificats médicaux, pour des positionnements par rapport à l'euthanasie, à l'avortement... ça c'est clair. »

M9

« *J'ai certaines patientes qui sont venues en demande de changement de médecin, et il y en a une qui m'a clairement dit « Depuis que je me suis voilée, c'est plus pareil avec mon médecin.* »

M8 explique qu'elle a dans sa patientèle beaucoup de femmes musulmanes, qui viennent la voir et se confient facilement du fait de son statut de femme arabe musulmane.

M8 « Elles peuvent se confier parce qu'elles peuvent parler en arabe déjà, ça c'est important. Mais c'est hyper important, parce qu'elles peuvent parler en arabe, elles se confient parce qu'elles ont aussi la barrière de la langue chez certaines »

A l'inverse, cela mène parfois à une sélection envers leurs maris.

M8 « Les mecs se sont sélectionnés spontanément chez moi. Au départ ils venaient avec leur femme, et ils ont déviés, ils sont allé voir ailleurs parce que, étant donné que j'ai leurs femmes, et que leurs femmes se confient beaucoup, parce que ben... le cabinet médical est devenu... un lieu où on se confie, où on dit les choses parce qu'on ne peut pas les dire ailleurs, parce qu'elles ont pas de famille, qu'elles peuvent pas aller se confier ailleurs, donc elles disent les choses chez moi. Et forcément, elles vont dire beaucoup de choses, notamment que, à la maison c'est pas si beau, c'est pas tout beau tout rose, que ... ben c'est pas super bien, que le mari est ... parfois violent... Et donc du coup, les maris se sentent mal à l'aise, parce qu'ils savent que je suis au courant de tout. Donc ben finalement ils se retirent petit à petit. »

Chaque médecin se constitue donc une patientèle à son image, qui va dépendre entre autre de ses convictions religieuses, et de ce qu'il en ressort.

M2 « Comment je pratique au quotidien, c'est très personnel, mais forcément ça (la religion) forme ce que je suis, la façon dont je parle, et ça forme aussi mes patients. »

M4, qui est remplaçante pour le moment, note à ce titre, que n'ayant pas de patientèle propre, la religion n'est pas un sujet qui est souvent abordé en consultation.

M4 « En tant que remplaçante je vois beaucoup de petites grippes du jour ou de choses comme ça quoi. Donc c'est pas dans ces consultations là que j'aborde ça. »

2. Utilisation de la religion par le médecin pour prendre soin du patient

De manière générale, M2 se décrit surtout, grâce à sa religion qui ne cesse de le questionner, curieux de toutes les autres. Ce qui lui permet de rentrer dans les schémas de pensée de ses patients pour mieux les atteindre.

M2

« Les représentations de la maladie, le fatalisme par exemple des musulmans, le « c'est comme ça », alors ne vient pas te soigner ! Alors c'est sûr que le rapport au traitement, le rapport au magique, ils sont très superstitieux, ils connaissent les gins, tout ça je vais m'en servir pour les amener à adhérer. »

Prise en charge par le médecin des besoins spirituels du patient. Cette notion de besoins spirituels est souvent associée aux propres références spirituelles du médecin.

M8

« Tu t'aperçois que ces personnes... dans la difficulté elles ont besoin de se raccrocher à quelque chose. Et ce quelque chose là devient le spirituel, et donc la religion. Et tu les vois au fur et à mesure changer, alors... Eux, qui n'étaient pas du tout religieux, se retournent progressivement vers la religion pour essayer de trouver un réconfort. Alors après toi tu te raccroches à ça pour essayer de les faire tenir parce que c'est des gens qui autrement... Ils se sont tournés vers la religion parce que justement ils n'avaient rien d'autre autour d'eux pour les aider. Et du coup, ben tu leur dis, tu leur dis ben oui si ça vous fait du bien, pourquoi pas. Est-ce que vous voulez éventuellement évoluer un peu plus là-dessus etc. (...) Ca t'aide à les accompagner. »

M5 exprime une attention particulière aux besoins spirituels de ses patients, qu'ils soient ou non exprimés par eux.

M5

« Un patient un jour qui a perdu sa maman au Congo, son grand désespoir c'était de dire, je ne pourrais même pas être aux funérailles, je ne pourrais pas dire la messe. Donc je l'ai adressé à une communauté, et j'ai téléphoné à la communauté pour leur dire qu'il faudrait dire une messe pour la maman de ce monsieur par exemple. Ca sort un peu des sentiers battus. »

« Ca peut arriver, en consultation, d'orienter les patients vers un prêtre, oui. »

Du coup, quand vous savez qu'ils sont Chrétiens ?

« Pas forcément, ils peuvent être musulmans et je vais les orienter vers un prêtre. C'est à dire, c'est quand je sens que ces gens ont besoin d'être écoutés, et par un homme de Dieu. (...) C'est plus que, dans le soin il y a le soin physique, le soin psychique et le soin spirituel. »

Influence et utilisation dans la psychothérapie de soutien, et la prise en charge des angoisses.

La religion du patient peut souvent être un atout sur lequel le médecin peut s'appuyer, notamment dans les situations d'angoisse et de stress. Plusieurs médecins y font appel, notamment lorsque la situation est particulièrement difficile pour le patient, comme une ressource supplémentaire, le plus souvent si la confession religieuse de celui-ci est déjà connue de son médecin. Dans ces témoignages, la Foi de l'orateur est palpable.

M2

« On peut des fois dans une discussion un peu psy partir dans des choses comme ça parce que souvent ils sont bloqués par des représentations qui sont propres à leur milieu. Des gens qui souffrent, parce qu'ils ont le poids de leur famille, des attentes des uns et des autres, ils font appels à des règles religieuses, donc si besoin on peut en parler (...) Faire appel à leurs ressources pour voir comment ils peuvent trouver des solutions. »

M6 en parle lorsqu' « il n'y a plus de solution »

M6

« Quand le patient est musulman, et qu'il a des grosses difficultés, heu... je lui demande s'il est pratiquant, je lui demande de s'appuyer sur sa religion. »

Est-ce quelque chose que vous faisiez déjà auparavant ? (avant la pratique du Bouddhisme)

« Non, et ça ne fait pas très longtemps que je le fais. Et je me rends compte que mes patients, enfin, quand ils sont complètement bloqués, mais ... il faut vraiment des... des états très très compliqués ou du coup il y a ... il n'y a plus de solution, le patient n'en trouve plus, ou il n'a plus l'énergie. C'est parfois une... un outil... enfin je sais pas si je peux vraiment appeler ça un outil, mais une espèce de ... de paix qu'il peut retrouver dans la prière. Et du coup je leur demande, enfin s'ils sont d'accord évidemment, je leur suggère, mais souvent ils me disent « mais c'est ce que je fais et effectivement ça m'aide ». Voilà, en gros je leur dis ce qu'ils font déjà quoi. Mais ... souvent ils me disent je le fais et ça m'aide beaucoup. »

M7 n'hésite pas à questionner ses patients sur leurs convictions, dans ces situations de souffrance psychologique, et à s'y appuyer pour tenter de leur faire voir plus large que leurs problèmes :

M7

« Ma Foi elle m'aide au quotidien en pratique par exemple, quand j'ai des patients qui sont complètement déprimés, qui sont au bout du rouleau et tout ça, je leur pose la question, je leur demande, est-ce que vous croyez en quelque chose ? Est-ce que vous êtes croyants ? J'essaie parfois de les ... de les... de les éléver un peu de leur quotidien matériel, ils sont dans leurs problèmes et tout ça, et souvent après ça mène à des échanges hyper riches, et ...ou des personnes en deuil... »

M9 parle de l'abandon auquel elle peut inciter, pour aider à l'apaisement, notamment dans cet exemple d'une patiente angoissée au cours d'un bilan de kyste ovarien :

M9

« Je pense que surtout quand il y a beaucoup d'angoisse... Voilà, dernièrement c'était pour une attente de résultats d'examens, chez une jeune femme qui avait énormément d'angoisse parce qu'elle avait une écho pelvienne avec un kyste au niveau de l'ovaire qui n'était pas très joli, enfin voilà... Elle était vraiment assez stressée pour l'attente de résultats, et puis là, ben voilà comme je sais que c'est une personne qui est musulmane, croyante, pratiquante, j'essaie de mettre... j'arrivais pas, vraiment pas à la rassurer sur des choses objectives, et du coup ben voilà, j'essaie de dire, au niveau religieux, qu'il fallait qu'elle soit patiente, et que... voilà, avec l'aide de Dieu... et puis c'est Dieu qui décide, et puis on verra bien (...) L'aide c'était au niveau de l'apaisement, et puis de... de voilà, s'en remettre un petit peu à Dieu. »

En situation de fin de vie : pour aider les patients et les familles.

En situation de fin de vie, les médecins ont rapporté avoir un abord plus spontané de la Foi que dans d'autres situations. Plusieurs d'entre eux reconnaissent pouvoir adapter leur discours, pour parler de la mort ou du deuil, si les personnes concernées sont croyantes. Ils s'accordent pour penser que la vision de la mort n'est pas la même en cas de croyances religieuses.

M1

« Je n'ai pas fait beaucoup d'accompagnement de patients en fin de vie, mais par contre quand je vois des familles qui ont vécu un décès, là on parle de la Foi. »

Surtout s'ils sont demandeurs en fait ? « Oui, enfin voilà, ça m'est déjà arrivée de demander est-ce que vous êtes croyants. Dans ce cas là de prendre un peu les devants, parce que justement, enfin on a beaucoup de patients de religion musulmane, et en fait, le fait d'être croyant, on n'aborde pas la mort de la même manière que quand on ne croit pas, enfin il me semble. »

M7

« Je vois les proches des patients en fin de vie, ou les veufs et veuves. Et donc du coup là effectivement ... ça m'aide quoi... ça m'aide à trouver les mots, ça... oui c'est vrai j'en parle assez facilement dans ces conditions là, quand on aborde la mort, la maladie grave, enfin les choses pas sympa qui nous tombent sur le nez, et finalement on a peut-être besoin de se rattacher à quelque d'au-dessus pour tenir le coup quoi. »

M2 pense que le fait d'être croyant pour le médecin va influencer les paroles qu'il pourra adresser à son patient.

M2

« Quand on fait avec cœur, quand on est au chevet de quelqu'un qui meurt, on ne va pas réagir de la même façon si il ou on n'est pas croyant, on va pas trouver les mêmes mots. »

M3 raconte l'expérience qu'il a vécue auprès d'un patient en fin de vie qu'il a accompagné, avec qui il a beaucoup partagé autour de sa Foi, qu'il a aidé à apaiser.

M3

« Je lui allé près de lui, je lui ai dit « Lucien, est-ce que tu as encore quelque chose à nous dire ? » Et il me dit « Oui, il y a quelques années, plusieurs années, je me suis disputé avec mon voisin, et je lui ai donné un coup de poing. Et je regrette. » Alors je lui dis « Mais, Lucien, tu veux que j'aille chercher ton voisin ? Que tu puisses te réconcilier ? » Et il m'a dit oui. Et donc j'ai traversé la route, et je suis allé chercher le voisin. Son voisin c'était un vieux monsieur, vasculaire, aigri... mais il est venu, jusqu'au lit de Lucien, et... Lucien lui a demandé pardon, et là j'ai vu des larmes couler des yeux de ce vieux monsieur. Et ils ont pu se réconcilier, et Lucien est décédé quelques jours après. Donc voilà, avec Lucien... on a prié ensemble, il a ouvert son cœur, il m'a avoué les péchés qu'il avait fait, j'ai prié avec lui. »

Des prescriptions adaptées aux patients, en fonction de leurs croyances.

Peu d'influence a été retrouvée sur la nature précise des prescriptions. M2 signale tout de même adapter parfois ses ordonnances en fonction des habitudes religieuses et culturelles de ses patients, pour favoriser une meilleure observance.

M2

« Je tiens compte du ramadan, pour tous mes patients, je fais attention à pas leur prescrire des médicaments dans la journée. En permanence je fais attention pour les médicaments, ceux que je peux substituer à ce qu'il n'y ait pas notamment d'alcool, c'est aussi des choses auxquelles je fais très attention »

M2

« C'est bien de soigner les gens, mais s'ils ne peuvent prendre les médicaments, parce qu'à la maison il se passe telle et telle chose parce que voilà... les maris interdisent à leur femme telle contraception, ça n'a pas de sens, et pour des raisons religieuses hein, les Arméniens par exemple. Ca me semble indispensable d'apprendre ça. »

Conseils prodigués en lien avec l'expérience spirituelle du médecin

Dans l'échange avec leurs patients, les médecins sont souvent amenés à donner des conseils, qui sortent parfois du domaine strictement médical. Ces conseils peuvent parfois être inspirés par leur propre vie religieuse ou spirituelle.

Il peut s'agir de conseils, qui ressortent de ses convictions.

M5

« Me revient en tête le fait de dire aux gens, il ne faut jamais se fâcher définitivement avec quelqu'un. Et qu'il faut toute sa vie essayer de pardonner à la personne qui nous a blessé. Je ne sais pas si c'est chrétien ou pas chrétien, mais en tout cas, ce que je leur explique, c'est que si ils continuent dans leur entêtement à être fâchés avec leur gendre etc, ils termineront tout seul. (...) ça c'est une conviction que on ne peut pas rester fâché toute sa vie, et que d'être fâché avec quelqu'un fait plus souffrir que de pardonner. Donc ça, je le dis. »

M6 explique ce qui a changé dans sa propre vie suite à la pratique du Bouddhisme :

M6

« Moi ce qui a changé c'est effectivement, ma façon de voir les choses, de me dire quand je suis bloquée, même dans ma vie, de me dire...heu... qu'il y a un troisième chemin et qu'en pratiquant... quand je pratique je ne pratique pas pour avoir cette solution là. Je pratique pour trouver la bonne solution pour ma vie. Mais c'est jamais celle que je veux, jamais.... Jamais ! Mais ça me permet d'ouvrir, alors je sais pas ce qu'il se passe à ce moment là, et du coup je suis plus dans « je veux ça, je veux cette solution là », je suis plus dans la « je veux cette solution ». Je veux une solution, et je veux qu'elle soit bonne pour ma vie. Voilà, donc après je les trouve. »

Et ce qu'il en découle dans les conseils qu'elle peut donner à ses patients

M6

« Quand je vois un patient qui commence à s'enraciner dans un arrêt maladie, je vais plus parler de Lui. Parce qu'il est souvent victime en fait, souvent il me dit « c'est les patrons etc ». Souvent je lui demande de penser à lui. Pas à son employeur, à ce qu'il veut faire de sa vie à lui. Donc pas être dans la victimisation, de dire mon patron c'est un méchant. Il est peut-être bien méchant, mais après, pour sa vie qu'est-ce qu'il va se passer quoi. Du coup, on change d'angle de vision, et souvent ils passent à l'action entre guillemets, ils essayent de trouver une solution plutôt que s'enraciner... et c'est vrai qu'avant j'avais pas effectivement ce... ce... cette manière d'exercer, c'est à dire que je faisais des arrêts maladie, je discutais un peu voilà, je faisais des arrêts maladie en disant bon ben voilà, bientôt il va s'arrêter quoi. Aujourd'hui très rapidement je leur parle de ce qu'ils veulent pour leur vie, qu'est-ce qu'ils veulent faire de leur vie... ce qui peut être bien pour leur vie, pas de leur patron. »

Il peut s'agir parfois de conseils pratiques, en lien avec sa pratique de la religion, notamment dans le cadre de la circoncision, comme en parle M8

M8

« Oui, si, oui, ils te demandent, systématiquement, et vous, vous l'avez fait docteur ? Où est-ce que vous l'avez fait ? Est-ce que ça a été bien, fait, est-ce que vous avez été satisfaite ? Ca, c'est assez personnel comme question, oui. (...) Comme ils savent que toi, t'es médecin, et t'es musulmane, ils savent que tu vas le faire aussi. Donc après, ils se mettent sur ce terrain là. Après, moi ça me dérange pas de les renseigner, de leur dire, ben voilà moi je l'ai fait chez telle personne, telle personne, il est bien, et puis voilà quoi. »

Ou de conseils en rapport avec des sujets religieux de ses patients, notamment à propos du ramadan. Par exemple M5 souligne :

M5

« Les patients qui font le ramadan à partir d'aujourd'hui, s'ils sont pratiquants je leur explique bien que c'est écrit dans le Coran que on ne fait pas le ramadan (si on est malade) donc il faut avoir un peu de connaissance sur la religion des autres aussi. Pour pouvoir appuyer ses dires. »

3. Abord des sujets bioéthiques

La question du lien entre l'exercice médical et la pratique religieuse a rapidement mené les médecins à aborder les sujets de débat actuels en bioéthique. Leurs avis se trouvent être assez variés sur ces sujets, pas toujours en lien avec leurs croyances. Ils expriment souvent des questions autour de ces thèmes, questions qu'ils abordent ou pas avec leurs patients en consultation, dans l'idée de pousser à la réflexion quand c'est le cas.

Des convictions personnelles diverses, qui peuvent ou non être orientées par leurs croyances.

Au sujet de l'IVG, un sujet spontanément abordé dans les entretiens, les avis des médecins sont divers.

Certains y sont plutôt personnellement non favorable, et y voient l'influence de leurs convictions religieuses, comme M5 et M9.

M5 « *Et moi comme médecin chrétien, même si je suis scandalisée intérieurement, et que je ne le ferai pas pour moi, et encore que on ne sait même pas ce qu'on ferait dans des situations extrêmement délicates...* »

M9 « *Pour moi c'est, voilà, ma conviction personnelle si moi ça m'arrivait j'aimerais pas avoir recours à l'IVG, etc... je considérerais que voilà, au niveau de ma religion c'est pas quelque chose que ... que je ferais, par rapport à mes convictions religieuses.* »

D'autres évoquent un avis plus mitigé, moins en lien avec leurs croyances :

M7 « *l'IVG c'est une réalité en France, ça existe quoi. (...) Je suis pas sûre que de s'opposer à l'IVG ce soit la solution pour qu'il y en ait moins. (...) Enfin bon, après... c'est mon avis, alors que je suis croyante quoi, mais bon.* »

M8 « *Moi je veux me faire faire une IVG, j'aurais moins de scrupules...enfin moins de scrupules... je vais pas utiliser le côté religieux, je vais plutôt utiliser mon côté de conscience en me disant, est-ce que je le fais, est-ce que je le fais pas ? (...) Mais... après c'est pas la religion qui doit dicter ta conduite.* »

Au sujet de la contraception par contre M5 en parle plus librement :

M5

« Je pense que ça ne regarde pas ni Dieu, ni les prêtres, ni les religieux. Que ça regarde chaque personne, en fonction d'une situation donnée, à un moment donné. (...) J'imagine que si tu es une femme qui ne peut supporter aucune hormone parce que t'as une contre-indication style AVC etc , j'imagine qu'il y a un moment où c'est peut-être moins grave de porter un DIU, que d'être enceinte pour la cinquième fois. Je veux dire, là non, là je pense que c'est plus le raisonnement que le moindre mal c'est le mieux. »

Au sujet de la fin de vie, M6 exprime son avis plutôt favorable à l'aide à mourir, sans arriver à discerner si cela peut être influencé par sa pratique du Bouddhisme.

M6

« Dans l'idée j'aimerais un jour qu'on puisse choisir le jour où on veut mourir. (...) Ca, je ne pense pas que ça ait un rapport avec le Bouddhisme, enfin, le fait de ne pas avoir peur de la mort ça a clairement un rapport avec le Bouddhisme ; le fait pour mes patients... je crois pas que ça ait changé grand-chose. Pour ma mort à moi, oui je pense que ça a changé. Après, voilà... »

Des médecins souvent en réflexion sur ces sujets éthiques...

M9 explique qu'elle s'est formée beaucoup par elle-même à la religion musulmane, et notamment sur la question de l'IVG, pour l'aider à se forger son opinion.

M9

Et donc l'islam dit plutôt non à l'IVG ?
« Heu... l'islam, de ce que j'ai appris, ce que j'ai pu ... des enseignements que j'ai pu avoir... dit non, sauf mise en danger de la vie de la mère. (...) Bon après il y a toujours des avis divergents dans la religion musulmane, tout n'est pas... enfin strictement très clair. Mais on va dire quand même, que dans une vision de l'islam qui est plutôt modérée et pas hyper conservatrice ou hyper extrême, heu... il n'y aurait pas de seuil d'IVG. C'est à dire qu'on ne va pas dire, voilà, au bout de ... parce que il y a en a certains qui disent que l'âme serait insufflée au bout d'un certain nombre de jour etc Enfin moi j'avais assistée à une conférence sur ces choses là, et à priori la majorité des savants dirait que, du moment que il y a un ovule et un spermatozoïde, on considère que ... on peut pas faire d'IVG quoi. »

M4 évoque ses interrogations au sujet des différents modes de contraception :

M4

« Je suis en pleine réflexion, sur les moyens de contraception... c'est du domaine de l'éthique et il n'y a pas de ... enfin moi dans ma Foi, dans l'Eglise protestante on essaie vraiment de retirer ce qu'on fait dans notre vie en fonction de la Bible quoi, de vraiment....c'est la référence. (...) Mais tout ce qui est par exemple, les différents types de pilules dont certaines fonctionnent par exemple en empêchant la nidification et tout ça, on peut penser qu'il y a eu fécondation avant...donc c'est un peu des trucs du domaine...on n'est pas très sûrs de ce qu'on fait parfois, le mécanisme de contraception n'est pas tout à fait clair, et dans la Bible il n'y a pas de verset qui dit « Tu ne signeras pas de cézare », donc c'est encore quelque chose sur lequel je ne suis pas très sûre. Je ne sais pas quoi exactement prescrire, comment prescrire. »

M5 exprime ses réflexions au sujet du stérilet. Elle ne pense pas être gênée par la prescription de ce type de contraception, bien qu'elle reconnaît ne pas y être directement confrontée dans exercice quotidien, mais admet qu'elle ne l'a pas choisi pour elle.

M5

« Le DIU, certains pourraient dire, ah oui, vous empêchez la nidation d'un ovule déjà formé. Est-ce que....une cellule divisée en 4, en 6, en 8, est-ce que c'est de l'humain ou pas ? ...Je ne sais pas. Selon les religions, il y en a qui considèrent qu'après 14 jours, ça peut être un être humain, qu'avant on ne sait pas. Donc, là...ça ne me pose pas de cas de conscience de prescrire... et bien d'abord en médecine générale on ne prescrit que les pilules quasiment. Préservatifs, pilules, spermicides, abstinence...

Par exemple vous pourriez poser des DIU... ?

Moi je n'en pose pas, et je ne pose pas d'implant.

Comme ça en même temps, ça résout les problèmes, si jamais il y en avait... ?

Si jamais il y en avait... non non mais je veux dire, j'en aurais peut-être un pour le stérilet, je n'ai pas choisi ça pour moi par exemple.

... Qui souhaitent induire la réflexion chez leurs patients

Beaucoup disent aborder le sujet en questionnant, pour amener la personne concernée à faire un choix qui soit réfléchi et non précipité. Il est question de donner le temps à la discussion pendant la consultation, un temps parfois difficile à prendre dans le tourbillon d'exams et consultations qui entourent notamment les demandes d'IVG.

« J'essaie de ne pas me précipiter, de l'inviter à réfléchir, de ne pas imposer brutalement ce que je crois. Mais plutôt de l'inviter à réfléchir. (...) Donc j'essaie vraiment de ... j'invite le patient à se questionner... (...) »

M3

Vous voyez j'ai essayé de questionner, de mettre en valeur la vie qui était en elle. Parfois je leur dit, vous savez qu'à trois semaines, il y a déjà un cœur qui bat, que la vie est partie. Quelque fois j'ai pu proposer de faire une échographie, et ça peut faire changer le regard des patientes. »

M4

« Quand quelqu'un vient pour une IVG, j'essaie de parler avec cette personne, sans la décourager frontalement, mais essayer de l'amener à réfléchir éventuellement... si elle a envisagé la possibilité de garder l'enfant par exemple. »

M5

« Je vais prendre du temps pour essayer de chercher avec la personne pourquoi elle le fait, et lui expliquer quelles risqueraient d'être les conséquences. Pas uniquement les conséquences sur sa santé physique bien sûr, mais aussi psychiques. »

M9

« Quand j'ai une dame qui vient, et qui est en demande d'IVG, je vais surtout pas ... Enfin moi je vais pas mettre en avant le fait que au niveau religieux c'est quelque chose de pas bien, je vais essayer de discuter avec elle pour voir qu'est-ce qui peut... heu... l'amener à vouloir prendre cette décision, je vais essayer de voir si pour elle il y aurait pas quand même d'autres options, si ça pourrait pas quand même être gérable de ne pas avoir recours à l'IVG etc... »

M7 pour sa part pense qu'il est important d'évoquer avec les patientes les alternatives à l'IVG, dont on parle peu, et notamment l'adoption.

M7

« Moi je pense que c'est important qu'il y ait différentes options qui soient proposées. Il y a des femmes qui n'ont pas du tout envie d'être enceinte, bon voilà. Et puis il y en a d'autres qui sont tiraillées, et je trouve qu'on ne parle pas suffisamment de la possibilité finalement d'accoucher sous X et de confier son enfant à l'adoption... Enfin ça peut se faire ça, enfin par exemple. »

Tout en restant prudent, et dans le non jugement: notion surtout d'humanité, d'accompagnement.

Tous s'accordent à dire que l'essentiel dans ces situations est d'être présent, à l'écoute, ouvert, et que le choix revenant à la personne concernée **ne doit pas être jugé**, pour **ne pas faire culpabiliser**.

M4 «*Je pense qu'il faut être vraiment délicat et avoir du tact là-dessus, qu'il ne faut pas... vraiment le but c'est pas d'imposer quoique ce soit... en tout cas il ne faut pas que ce soit ressenti comme ça.*»

M5 «*J'ai pas à dire à quelqu'un qui demande un avortement et qui est en grande détresse « je ne le ferais pas parce que madame ce que vous faites c'est très mal » non. (...) Je ne vais pas émettre de jugement, c'est ça, je n'ai pas le droit de juger »*

M3, au sujet d'une une patiente avec qui il a eu une discussion concernant l'avenir d'une potentielle grossesse, assure la patiente de son soutien quelque soit son choix :

M3 «*Je l'ai invitée à réfléchir, je lui ai dit que de toute façon, quelque soit sa décision, bien sûr j'aurai toujours plaisir à la soigner et que, il n'y aura pas de jugement de ma part.*»

M7 et M9 au sujet de l'IVG insistent sur la notion d'accompagnement

M7 «*Je pense que, c'est en se formant, en accompagnant au mieux les jeunes femmes qui sont dans ces situations où elles sont en souffrance hein, parce que je pense que c'est absolument affreux d'avoir à interrompre une grossesse... (...) et ben, vraiment, de les accompagner là-dedans, humainement... je pense que plus on est humain, plus on est présent dans ces moments-là, et plus il y aurait de chances finalement qu'elles se sentent capable de... de l'assumer cette grossesse quoi. Enfin... (...) je fais surtout ça pour me dire que ces pauvres femmes qui sont en errance, et qui galèrent, ben elles trouvent plus simplement... enfin pas forcément plus simplement mais plus humainement.*»

M9 «*Commencer une journée de consult avec une demande d'IVG, des fois ça peut être un petit peu... je sais que ça peut être un peu dur, pour moi. Après, je... voilà je... je vais être aussi agréable, et voilà, médecin, docteur avant tout face à la patiente qui est en demande, pour l'accompagner. Mon rôle c'est d'accompagner, pas de montrer etc... »*

Le positionnement du médecin : rendu public ou privé

Dans leur manière de communiquer sur ces sujets éthiques, les médecins interrogés se placent différemment, et selon les situations.

Parfois le positionnement du médecin est clairement établi et exprimé que ce soit dans un sens ...

M3

« On parlait du positionnement, pas exemple, quand j'étais dans l'Y..., j'étais dans un canton avec une petite gendarmerie, et j'avais tous les gendarmes. Et un jour, une fille de gendarme s'est présentée pour prendre la pilule. Et bon, là j'ai refusé, et donc ça n'a pas plu aux parents, qui étaient gendarmes... et là ça a eu des conséquences, j'ai perdu tous les gendarmes pratiquement. Voilà, pour cette prise de position. »

M9 rapporte les propos d'un médecin qu'elle a pu remplacer, au sujet du dépistage de la T21 et de l'IVG :

M9

« Il me dit « Ah non, non, mais moi je le propose pas, je suis contre ça donc non, je le fais pas. » Et il m'a dit clairement en fait que, ben voilà au niveau religieux pour lui c'était pas possible. (...) On remplaçait avec une autre collègue, qui m'a dit qu'elle avait eu dans son bureau une patiente qui était à 4 mois de grossesse et qui était en pleurs parce qu'elle voulait pas garder le bébé, mais que le docteur, il voulait pas qu'elle fasse une IVG. »

... ou dans un autre par exemple pour M6 :

M6

« Je suis pour l'IVG, pour la contraception, pour l'aide à la fin de vie. (rires) J'ai plein de patients qui m'inscrivent sur des sites en me disant, le jour où je serai en fin de vie vous m'aiderez à partir... Je serai bien embêtée ce jour-là. Je leur oui, mais qu'est-ce que je vais faire ? Je serai bien embêtée... »

Donc dans l'idée vous êtes plutôt d'accord avec eux ? « Dans l'idée, je suis d'accord, et dans l'idée j'aimerais un jour qu'on puisse choisir le jour où on veut mourir. »

Le positionnement auprès du patient est d'autant plus facile quand la loi est claire, par exemple concernant la fin de vie et l'euthanasie.

M5

« J'ai des patients qui m'ont exprimé leur désir d'en finir ça c'est sûr. Voilà, mais pas de patients en fin de vie. En désir de fin de vie, je veux dire, pas des suicidaires hein, mais des patients qui me disent « Docteur, vous me promettez que vous me donnerez la pilule, quand je serai trop naze ». Ben, je dis non. Voilà. »

Et dans beaucoup de situations, **le médecin s'efforce de garder pour lui son point de vue.** Même si cela ne va pas forcément de soi, et les expressions utilisées le prouvent. Il s'agit d'un principe que le médecin essaie d'appliquer.

M2

« Il y a des choses très particulières, par exemple ma vision des choses sur l'euthanasie, sur la sexualité, sur l'acharnement thérapeutique, sur les FIV, sur lesquelles beaucoup de religions vont se positionner. Moi ça, je m'interdis complètement que ça transfigure dans ce que je dis. C'est à dire que jamais en tant que médecin, je dis ce qui est bien, et ce qui est mal. Pour moi, ce qui est bien, ce qui est mal, ça appartient à un juge. (...) Dire à un patient, je suis contre l'avortement, c'est pas de mon ressort, c'est pas de ma responsabilité, j'ai pas à le faire, parce que ce serait se substituer, et ça religieusement parlant, je pense que c'est interdit. »

M5

« Je crois que notre Foi ne doit jamais être dite, nos valeurs ne doivent jamais être dites, même si parfois on est très rebutés, on doit essayer d'être neutre, si on peut dire ça. »

M1

« Pour certaines prises en charge, par exemple les interruptions de grossesse ou le test de la trisomie 21, j'essaie toujours de, justement, de bien me mettre en tant que médecin, et pas en tant que croyante. Ca je trouve que c'est important parce que je trouve que je n'ai pas à influencer la décision de la patiente ou du couple, par rapport à mes propres croyances. »

M9

« Si elle est vraiment, voilà, malgré la discussion, elle est convaincue que c'est ce qu'elle veut etc, j'ai pas à lui montrer que moi, en tant que personne et qu'en tant que docteur je trouve que c'est quelque chose qu'il ne faudrait pas faire. »

L'influence de la religion du médecin, pour le patient, passe en majeure partie par la relation médecin-malade : sur l'abord même de la religion du patient, pour créer du lien, favoriser l'écoute et l'accueil. Dans certaines situations, le praticien peut se trouver sensibilisé par sa propre spiritualité, et faire appel spontanément à la foi de son patient, que ce soit dans les situations difficiles, de fin de vie, ou encore la psychothérapie de soutien. Enfin, l'abord des sujets de bioéthique s'inscrit au sein d'une relation de confiance, où les médecins souhaitent davantage faire réfléchir et questionner leurs patients concernés, sans chercher à les faire adhérer à leur propre façon de penser.

E - L'apport des convictions religieuses pour le médecin, sur le plan personnel

Il est apparu qu'une part importante de l'influence des convictions religieuses concernait le ressenti personnel qu'a le médecin de sa profession. En effet, celles-ci peuvent lui apporter une aide en consultation, elles peuvent même porter son exercice, qu'il pourrait définir alors comme une vocation. Elles peuvent aussi être à l'origine de difficultés ou de conflits, avec ses patients, avec ses collègues, ou pour lui-même. Enfin, elles ont pour certains praticiens participé au choix de leur exercice.

1. Aide, soutien, ressource pour la pratique médicale

Une aide pour « bien » exercer, exercer au mieux: Tous les participants ont signifié l'importance de leur religion dans leur exercice, de par l'aide qu'elle peut leur apporter.

M1 « Je trouve que c'est plus, enfin pour moi, comme je vis ma Foi, c'est plus une aide sur comment je me situe moi par rapport aux autres, et plus, enfin tu vois, plus une aide de fond, un soutien de fond. »

Pour M2, ses croyances, et sa connaissance des religions sont essentielles pour l'aider à prendre en charge au mieux ses patients, pour les amener à adhérer au projet thérapeutique qu'il a pour eux :

M2 « Ma façon d'appréhender, de pousser les gens, de fouiller, d'interagir, de connaître parfaitement le Christianisme, que ce soit le Catholicisme, les Protestants, le Bouddhisme, de connaître l'Islam à fond, c'est quelque chose qui moi aussi va me permettre d'avoir des approches des différentes visions de la maladie, d'avoir une approche différente de la façon dont ils me voient aussi, le but étant pour moi de les amener, bien évidemment, à avoir une compliance et une observance des traitements que je pense nécessaire pour eux. Donc derrière je vais me servir de toutes ces connaissances, des représentations qu'ils se font du médecin, de Dieu, de la santé, de la Vie, du fatalisme, de tout ça... pour arriver à mes fins, c'est très clair.

Une ressource pour « bien » exercer, quelques soient les conditions, **même quand la journée est difficile pour le médecin.**

M9

« Le fait de vouloir prendre en charge les gens correctement, les aider, les accompagner... heu... enfin tu vois, être réglo, pas me moquer d'eux, pas passer trop vite, pas ... tout ça, ça je me dis que c'est quand même... j'ai l'impression que moi, dans mon cas, la religion ça m'aide à être droite dans mes baskets, on va dire... »

M6

« Ce qui a changé, moi, dans ma pratique, c'est que je suis plus à l'écoute... heu... que le fait de pratiquer matin et soir, comme on dit ça ouvre la vie, donc dans les moments où je ne suis pas du tout à l'écoute, où je suis fatiguée, où j'ai plein de choses dans la tête, la pratique du matin me permet de... de me poser et d'ouvrir ma vie. Et du coup je vais pas recevoir les patients en les agressant... dès le matin parce que je suis fatiguée. Je le garde pour moi. »

M7

« ça me tempère un peu, dans certains de mes emportements. (...) Je crois que parfois ça m'aide à, à me tempérer un peu, à me dire bon ben, c'est un Etre Humain, on est humain, on est faible, enfin on est faillible, on est... des qualités et des défauts, enfin voilà. Des fois ça m'aide. »

Pour certains, il peut s'agir d'une **aide au discernement**.

M3

« Parfois on a l'impression qu'on a été gardé, qu'on a été poussé à faire des choses, des diagnostics tentant où peut-être on allait se tromper... et simplement une petite voix là, dans sa conscience, qui nous dit « fais ça »

M3

« Bon parfois, on agit vite, et voilà, il faut aussi savoir s'excuser, soigner, demander pardon, se remettre en question... Ce qui est important pour moi c'est d'avoir bonne conscience et d'être en Paix. Je pense que quand il y a une situation qui vous charge, et qu'on fait ce qu'il faut, et bien après il y a la Paix qui vient, comme cette vieille, ce conflit que j'avais eu avec ces gens. Et bien après j'avais ressenti une grande Paix. Et donc là je me suis dit, j'ai bien fait de le faire. »

M4

« Je dirais que de manière pratique, je prie pour avoir du discernement, pour arriver à diagnostiquer ce qui peut se passer quoi. »

Ainsi qu'un **dernier recours**, devant une situation difficile, lorsque le médecin se sent impuissant :

M5

« Il y a la situation où on sent que la personne est en grande souffrance, où elle est désespérée, et où nous même on est complètement impuissant, et où on peut être amené dans sa tête ou dans son cœur à prier pour cette personne, où en tout cas à se dire, « moi je ne peux rien, si Tu peux faire quelques chose, vas-y c'est à Toi de jouer »

Des convictions religieuses qui poussent à l'empathie : M3, M5 et M7 expliquent que l'empathie est parfois plus difficile avec certains patients. Et **par leur foi, elles se sentent malgré tout liées à ces patients**, dans lesquels elles reconnaissent leur Dieu. Cela les pousse à les prendre en charge au même titre que les autres, et les aide à avoir de l'empathie pour eux.

M7

« ça m'aide à être en lien, ben avec tout le monde, et en particulier mes patients quoi. Je me sens un peu connectée à eux parce qu'on est tous des Etres Humains et que, et que c'est Dieu qui nous lie tous, même si heu... ils sont pas forcément ni croyants, ni... Je me sens comme ça quoi. (...) Disons qu'il y a des moments je me surprends agréablement, et là j'ai vraiment l'impression que c'est Dieu qui me dit, Eh oh ma cocotte, je te rappelle que t'es médecin, et que, il faut quand même que t'aies une certaine responsabilité, tu te dois d'être empathique et tout ça, et donc du coup, ça me réveille un peu quoi ! »

M4

« Ma Foi fait aussi que j'essaie de me rappeler par exemple parfois il peut y avoir des patients qui m'irritent, j'ai du mal et tout... je me dis, eh bien cette personne c'est aussi quelqu'un que Dieu aime complètement, qu'il a créé, je me rappelle que je ne suis pas meilleure que cette personne qui sur le coup peut m'énerver où pour laquelle j'ai un peu d'antipathie. Voilà. »

M5

« Je dirais que les moments où je suis influencée par ma Foi, je veux dire où je me force, c'est par exemple quand on reçoit des gens qui nous énervent, par exemple le monsieur qui vient de partir, là. Ou des gens très sales, ou des SDF, ou des gens qui nous répugnent... Et bien se dire, j'ai un Homme, et pour moi qui suis Chrétienne, il a le visage de Dieu, donc je n'ai pas de raison de le renvoyer, ni de le traiter n'importe comment. Donc c'est plus dans la manière d'être. Voilà »

La place de la prière: plusieurs participants ont souligné la place que pouvait avoir la prière dans leur exercice.

M1

« Des fois je pense que c'est une aide, en tout cas, une ressource oui c'est sûr. Ca peut m'arriver par exemple, de faire une petite prière avant une consultation si je sens que ça va être difficile, ou d'essayer de bien me mettre dans la consultation. »

M3

« Régulièrement aussi je prie pour les patients, surtout quand c'est difficile. Un diagnostic, où on a pu avoir du retard, parfois je me suis mis à genoux pour prier pour mes patients. Ca m'arrive, régulièrement, entre deux consultation, parfois lorsque je reçois des patients et qu'on a un peu de temps, lorsque le patient met du temps à se rhabiller, on a quelques secondes, donc Je prie pour eux, je pense à tel ou tel patient, aussi à la fin de journée, quand on décomprime, chez soi. Quand je lis la Bible, et il y a des situations qui reviennent. Je vais pas dire que je prie des heures, parfois c'est une pensée, 15 sec, 30 sec... Voilà ça permet, je pense d'avoir la Paix. »

M4

« Je dirais que de manière pratique, je prie pour avoir du discernement. »

M7

« Enfin, je fais confiance en Dieu quand je suis dans la difficulté, je me confie à Lui, et je Lui demande de me guider... Je fais les choses comme ça »

La religion peut être une ressource, notamment lors du partage avec les confrères ayant les mêmes convictions.

M1 parle d'un **groupe de partage** qui peut la soutenir dans les situations complexes.

M1

« C'est vrai que des fois ça m'est arrivé des situations avec des patients très difficiles, ça m'est arrivé de le partager avec un groupe auquel j'appartiens où on prie... ça, ça m'est arrivé, mais après c'est pas quelque chose qui va m'occuper tout le temps. Je ne vais pas prier tous les soirs pour mes patients. Ca c'est très ponctuel. »

M9 dit avoir besoin de discuter des situations qui ont pu bousculer ses principes religieux, pour **l'aider à s'apaiser**.

M9

« Effectivement sur les situations pesantes, j'en discute avec les collègues qui sont de confession musulmane, oui. Pour voir comment, eux, comment ils gèrent, quand justement il y a une situation un peu particulière, ou des choses un peu...en contradiction avec leurs principes, etc... voir comment ils gèrent, et... c'est souvent la chose qui va m'apaiser et qui va me faire passer à autre chose, mais je vais avoir besoin d'en parler. »

M3 souligne l'importance qu'ont pour lui **ses collègues, au sein même de son cabinet médical.**

M3 « Je ne l'ai pas dit tout à l'heure, mais je pense que c'est important dans un cabinet de groupe, de tous aller dans le même sens. C'est important de pouvoir parler entre nous, de nos cas de conscience, c'est précieux (...). Moi j'ai une personne privilégiée, c'est le pasteur qui était avec moi dans l'Y... Souvent je partage avec lui. »

M7 « On a eu pas mal d'échanges autour de ça parce que, dans le cabinet où je suis ils sont tous protestants. Et, ils sont nombreux à aller dans le même temple, ils fréquentent le même temple, hum... donc heu... en fait j'ai assez vite compris et senti que c'était important. »

M5 évoque le **soutien** qu'elle a pu avoir lors d'une mission médicale en Afrique, devant une situation de travail lourde, par la communauté religieuse sur place.

M5 « Je suis arrivée on m'a dit « il n'y a plus de directeur donc il faut gérer le centre, plus une maternité qui est à 70km, plus un dispensaire ambulant qui est à 30km ». Et il y avait 50 personnes à diriger. Et donc c'était très difficile. Mais on était parti dans le cadre d'une mission, de missionnaires laïques, donc engagée quand même, avec les missions africaines de Lyon, donc mes difficultés ont été un peu soutenues par la communauté dans laquelle j'étais. »

2. La valeur et le sens du travail

Il se dégage de manière unanime pour tous les entretiens un sentiment d'épanouissement dans le travail et dans le sens donné à celui-ci.

M7 « Je me suis dit il n'y a pas longtemps que ... **j'avais un métier merveilleux parce que il me permettait de faire plein de bonnes actions**, au quotidien, sans vraiment m'en rendre compte entre guillemets. Et que du coup, ça m'aidera peut-être à aller au paradis un petit peu. »

Cela se traduit pour beaucoup par une implication personnelle importante.

M9 « Je pense qu'il y a le fait que **je me sente utile, vraiment, ici**, parce que les gens ont vraiment besoin qu'on les aide, et qu'on les assiste. »

M2 par exemple, se sent particulièrement responsable, devant Dieu lui-même, de ses actes et de ses patients, pour lesquels il va mettre en œuvre tout son possible.

M2

« Donc comme le but ultime c'est quand même, c'est moi le médecin, il y a un certain nombre de choses dont je pense être le dépositaire et que le but c'est d'arriver à mes fins. Moi je suis plutôt très manipulateur, je suis pas pour donner aux gens l'ordonnance que vous voulez, j'ai des pairs à qui rendre compte, j'ai Dieu à qui je rends des comptes, et mon chemin c'est d'être juste, et de faire ce que je pense juste pour mon patient, avec des capacités d'auto-critique, d'évaluation constante d'après tous les consensus, et les recommandations de bonnes pratiques. »

M3 raconte la relation qu'il a pu avoir avec un patient qu'il a accompagné dans sa maladie, jusqu'à son décès. Une relation qui dépasse le soin strictement médical, et qu'il a investie de ses convictions religieuses.

M3

« Voilà, avec Lucien... on a prié ensemble, il a ouvert son cœur, il m'a avoué les péchés qu'il avait fait, j'ai prié avec lui. Mais c'est pas comme ça avec tous les patients bien sûr. (...) Et donc, quand il est décédé, bon j'étais très proche de lui, et de sa famille, et comme il n'avait pas d'église, donc il n'y avait personne pour faire des obsèques religieuses, et donc son épouse m'a demandé si je voulais dire quelque chose. Donc on a été au cimetière, parce qu'il n'y avait pas d'office religieux, et le maire du village a dit quelque chose, et moi derrière j'ai dit quelque chose en rapport avec la Bible. Donc ça a été très court, 10-15 min. Et... voilà, parce que dans l'Yonne, je crois que c'était le département où il y avait le plus d'obsèques civils, sans office religieux. Et, ensuite... 5 ans après, c'est sa fille qui est morte d'un lymphome de Hodgkin, à l'âge de 16 ans, et là pareil, sa mère m'a demandé de dire quelque chose. Voilà. Donc, voilà où a été mon implication. »

M6 partage un objectif fort de sa pratique du Bouddhisme, être heureuse et aider ses patients à l'être.

M6

*« Pour eux, je ne suis que médecin. Ma vie privée, c'est ma vie privée. Maintenant, que je fasse tout dans ma vie pour essayer d'améliorer la leur, ok, mais ça me regarde. »
Oui, et puis si c'est pour améliorer la leur...
« Oui, tant mieux, je veux dire, ils en profitent ! Mais voilà, moi mon but c'est d'améliorer ma vie, et d'améliorer la leur, c'est d'être heureuse et ... enfin c'est pas ou/ou c'est et/et, enfin c'est d'améliorer ma vie ET la leur. »*

Certains vont jusqu'à parler de vocation :

La notion de vocation, au sens spirituel du terme, signifie faire ce à quoi Dieu destine tout Etre Humain, ce qui constitue sa fin personnelle, le rôle dans laquelle il sera pleinement « lui » (Dictionnaire Larousse), avec souvent la notion d'un appel à un certain type de vie.

Certains médecins ont exprimé ce sentiment, de sentir qu'ils sont bien là où ils sont, et que c'est par là qu'ils accomplissent ce qu'ils pensent être leur vocation.

M4

« Le fait d'être médecin généraliste, c'est devenu plus un peu une vocation, même au sens spirituel du terme, je crois que chacun en tant que croyant, on a un peu... Dieu, pour moi nous appelle à faire des choses pour Lui, à vivre pour Lui, et que pour moi, c'est ça. Après on peut faire plein de choses pour Dieu, ça peut être n'importe quoi, c'est pas forcément notre métier, ou en étant parents ou des choses comme ça... Et du coup j'essaie de le faire avec cette optique là, c'est à dire que je me dis parfois que, en toute humilité, je vais essayer d'être un peu les mains de Dieu, ou la bouche de Dieu pour les gens, pour apporter du réconfort de la part de Dieu si possible, ou un soin de sa part... Je vais pouvoir être un outil en fait, pour apporter, oui, du réconfort du soin aux gens dans ce sens là. »

On retrouve chez M2 et M5 une **transcendance de leur métier**, par le biais de la Foi.

M2

« Alors oui probablement que j'ai été médecin pour ces raisons là. Pour nous la chose la plus importante de tout c'est la Vie, on a même le droit de transgresser des Lois pour sauver la Vie de quelqu'un. Peut-être que c'est l'Amour de l'autre. »

M5

« la Foi elle a au centre l'Homme, qui est orienté vers Dieu, et notre métier de médecin, il a au centre l'Homme. (...) Pour moi c'est dans ma vocation d'être auprès des plus pauvres que de rester ici. »

M7 décrit son **métier comme un moyen de vivre sa foi**, à travers les contacts humains.

M7

« Si je devais résumer, je pense que, voilà, je suis une personne croyante, la Foi elle m'habite, je la vis quotidiennement, en particulier dans les échanges humains, et je pense que c'est aussi pour ça que j'adore ce boulot, c'est que... moi j'ai besoin de nourrir mon âme, heu... dans les échanges, dans les contacts, dans le... et mon boulot me le permet en fait. (...). Je la vis au quotidien (ma Foi), et en particulier avec mes patients, dans les échanges humains que je peux avoir au quotidien. »

Au-delà du rôle médical, plusieurs médecins dans les entretiens décrivent des réactions, comportements et attitudes qui élargissent leurs actions.

Rôle d'accompagnement et conseils

Le rôle d'accompagnement du médecin, au delà de la prise en charge médicale, a été souligné par plusieurs d'entre eux, sur différents points, social, religieux, culturel... Cette place que le médecin se donne, ou accepte de prendre, enrichit la relation médecin-malade.

M2 « *Donc oui j'essaie de les faire grandir, parce que je pense que c'est une des tâches aussi du médecin généraliste, je gère pas mal de choses aussi qui me regardent pas c'est bien possible.* »

M2 « *Donc oui, bien sûr, je pousse à prendre conscience du monde, je pousse à plein de choses. Donc de ce point de vue là, c'est sûr que ma façon d'appréhender les choses elle est comme ça, je provoque beaucoup, j'oblige à prendre conscience de choses dont on ne veut pas forcément prendre conscience, à ne pas être dans l'adhésion.* »

M9 « *Parce que je me dis qu'en tant que médecin on n'est pas là pour juger les gens sur leur religion, il faut qu'on soit hyper ouverts à tout, on est là pour accompagner les gens, on n'est pas là pour les juger. Et... je me dis, moi j'ai des patients que je juge pas, que j'accompagne avec bienveillance. Je suis là pour les accompagner.* »

M8 « *Dans les discussions qu'on peut avoir avec des patients en consultation, parce qu'en consultation on parle pas que de médecine hein, tu verras au fur et à mesure que tu avances, que tu peux avoir des relations avec certains patients où tu as des discussions autres de temps en temps.* »

Education des patients

Au delà de l'éducation thérapeutique attribuée à tout médecin quelque soit sa spécialité, les médecins généralistes interrogés exposent des situations où ils sont amenés à faire de l'éducation en santé, voir de l'éducation civique et religieuse.

Par exemple, M2 aime questionner ses patients sur le sens et les origines culturelles et religieuses des rituels de notre société actuelle :

M2

« Donc quand on arrive au mois de décembre, je pose la question, quand les maîtresses me disent « je vais leur faire faire des petites lumières à mes enfants,... » je dis, mais l'école n'est pas laïque ? « Ah non mais c'est pas religieux », je leur dis mais comment ça c'est pas religieux ? Ca tombe le 8 décembre, c'est l'immaculée conception, et puis... Est-ce que j'ai le droit de le faire, est-ce que j'ai pas le droit de le faire, est-ce que c'est mon travail de médecin de famille, médecin généraliste ... moi je pense. »

M8 est particulièrement investie dans ce rôle, auprès de sa patientèle majoritairement maghrébine. Elle profite de sa culture commune avec ses patients pour les faire réfléchir

- Au sujet de la santé, et de la place de la religion dans la médecine actuelle :

« Moi je parle des choses avec eux de façon assez neutre. Ensuite j'aborde le côté religieux parce que de toute façon ils vont me l'imposer, et ils vont m'imposer un peu leur point de vue. Sauf qu'à un certain moment je leur dit qu'il faut faire la part des choses, entre le côté médical et le côté religieux.

M8

M8 : souvent ils vont t'invoquer « oui mais Dieu, et la religion nous a dit etc... » Sauf que moi je leur objecte à un certain moment que, Dieux leur a pas dicté leur conduite du point de vue médical, que à l'époque, je suis désolée mais le prophète il allait pas voir le médecin comme eux vont voir le médecin actuellement, et que si on avait vécu à la même période, je pense pas qu'on aurait fait les choses de la même façon. Il faut savoir évoluer, utiliser un peu les outils de la religion, mais pas se borner à suivre uniquement la religion. »

- Au sujet de la mixité religieuse à l'école, à partir d'un fait divers rapporté par une patiente.

M8

« J'ai une patiente qui m'a parlé un jour, à l'école d'à côté, qui m'a dit, elle était dans les parents d'élèves, on a fait interdire le Père Noël. Quand elle m'a dit ça, j'ai été choquée ! (...) Je lui dis, mais vous vous rendez compte que vous privez vos enfants, mais pas que vos enfants... Parce que vous croyez quoi ? Que le petit Rémi à côté, ou que la petite Lola, elle a pas envie de voir le Père Noël à l'école ? Donc à cause de vous, eux ne verront pas le Père Noël ! Et vous trouvez ça normal ? » Et là elle m'a regardé avec des grands yeux, l'autre elle était morte, hein ?! Mais, je lui ai dit mais, Merde ! Ils ont pas le droit de priver des gamins ! Tu veux leur faire comprendre que le Père Noël n'existe pas, que c'est pas ta religion, tu leur expliques chez toi. Mais tu laisses la frontière chez toi ! Cette frontière elle ne doit pas dépasser ton intimité. Tu ne dois pas déborder sur l'environnement scolaire. L'environnement scolaire c'est... plusieurs religions ensemble, donc je suis désolée, mais ils

- Elle n'hésite pas à dénoncer les codes d'une culture maghrébine dont elle a hérité quand elle les juge inadaptés : avec cette patiente par exemple, qui n'ose pas dénoncer les actes de violence de son mari à cause d'une pression culturelle forte.

M8

« Je lui dis, mais est-ce que vous vous rendez compte que vos enfants sont démunis, face à un père qui est violent, face à un père qui est tyrannique avec eux déjà ? Ils n'osent pas dire quoique ce soit, et vous le cautionnez je lui dis....(...) Alors tu sais pourquoi elle m'a dit ça ? Pourquoi elle m'a dit qu'elle n'avait rien fait jusqu'à présent ? A cause du regard des autres et de sa famille. Donc des arabes, des musulmans. Parce que ça ne se fait pas, de dénoncer son mari, ça ne se fait pas de lâcher son mari. Une fois qu'on est marié, on est sensé supporter tout. (...) Comme je lui ai dit, je lui ai dit ce matin, non mais arrêtez un petit peu ! Votre côté familial, religieux, je m'en fou ! Moi ce qui m'intéresse, c'est le bien-être des enfants. »

M9 également mentionne cet aspect d'éducation, nécessaire parfois pour faire accepter à ses patientes musulmanes de se faire prendre en charge par un médecin homme :

M9

« Quand j'envoie aux spécialistes, et qu'elles me disent « mais c'est un homme ou une femme ? » Je dis non, mais peu importe ! On en a besoin ! Enfin voilà, il y a un moment où... enfin franchement, les obstétriciens c'est que des hommes, alors on va pas commencer... y en a beaucoup quand même, il y a une forte proportion d'hommes. Si moi j'ai besoin de montrer à un obstétricien en urgence, je laisse juste pas la place de dire, « oui c'est un homme, mais vous allez le voir ! » (rires) Parce que des fois, la question se pose, mais voilà ! Elles me demandent hein « non, mais moi j'ai pas envie que... » Non, je lui dis « mais vous n'avez pas le choix ». J'essaie de... ben, justement c'est peut-être de l'éducation de dire, « non mais là, on n'est plus dans la conviction religieuse ».

Elle prend aussi le temps, dans le cadre des demandes de circoncision, d'expliquer la différence entre les indications médicales qui justifient une prise en charge par la sécurité sociale, et les gestes pour raisons religieuses qui sont effectués à la demande de la famille, et donc à sa charge.

M9

« Ils me demandent... en fait, c'est marrant parce qu'ils me disent qu'ils veulent faire circoncire, donc... ils veulent que ce soit pris en charge et que ce soit remboursé et du coup, je leur explique que si c'est pas une raison médicale, il y a pas de raison, ce sera pas remboursé (...) en tout cas, on ne vous le fera pas pour raisons religieuses »

Rôle d'exemple du médecin et projection des patients

Les patients peuvent s'avérer curieux envers leur médecin, de manière plus ou moins explicite. Certains imaginent, d'autres questionnent, ils semblent avoir besoin de repères dans leur relation lui.

M7 raconte que beaucoup de ses patients la questionnent sur ses origines.

M7

« Et les patients sont curieux quand même. Moi, je suis très souvent amenée... enfin ils me demandent très souvent, « mais vous venez d'où ? Et puis F..., votre prénom... mais de quelle origine vous êtes en fait ? »

M9 explique comment ses patients projettent leur propre vision de la religion sur un médecin maghrébin du cabinet, qui s'avère en fait ne pas être musulman, alors que la plupart l'imagine.

M9

« Donc c'est vrai que plus, plus au niveau de la religion musulmane. Avec des gens peut-être qui voient que je suis d'origine maghrébine et que du coup... tu vois, c'est le raccourci facile. Mais c'est marrant parce que, ben... le collègue qui est originaire du Maghreb et qui est athé, et ben les gens ils partent vraiment du principe que, il est musulman ! Et lui, ben il va pas leur dire, ben non je le suis pas. Mais vraiment, ils partent du principe que, des fois ça me fait sourire, parce que même lui, il en rigole quoi ! Mais, oui c'est un raccourci facile, pour eux. »

De manière associée à cette curiosité et à l'image que leurs patients se font d'eux, plusieurs médecins évoquent le rôle d'exemple lié à leur fonction. Il peut s'agir d'un rôle qu'ils s'attribuent, ou qu'ils se voient attribuer par leurs patients, et qui peut s'exercer tant sur le plan médical, que sur le plan religieux pour certains.

M2

« Il y a des choses qui sont autorisées mais qu'on ne fera pas pour ne pas faire croire que... Par exemple je ne peux pas rentrer dans un restaurant pas cacher, parce que lorsque j'en sors, je peux laisser croire à d'autres Juifs que j'y ai mangé, et que c'est cacher. Et donc pour cette raison j'ai pas le droit d'y aller. Alors que je pourrais rentrer mais je ne mange pas. Donc il y a aussi toute cette responsabilité de l'image qu'on donne. »

M3

« Et donc on s'aperçoit que finalement on est regardé. Nos prises de position, on est observé... Alors il y en a qui prennent position contre, et ça a été le cas avec la femme du gendarme, et d'autres personnes qui ont pu me reprocher mon implication. Il y avait le dentiste aussi du village qui m'a dit « J-Y, fais attention, t'impliques pas trop, il y a des gens qui disent que tu vas en dehors de tes compétences ». Et puis il y a d'autres gens, bon, qui observent, qui disent pas grand chose... »

M8

« Les gens nous observent, les gens nous scrutent, ils nous jugent. »

Il semble que l'utilisation de leur références et convictions religieuses dans ces différents rôles qu'ils endossent leur vienne en partie de la **liberté ressentie de l'exercice de la médecine générale en cabinet** :

M2

« Est-ce que j'ai le droit de le faire, est-ce que j'ai pas le droit de le faire, **est-ce que c'est mon travail de médecin**, de famille, médecin généraliste ... moi je pense. **C'est un peu la liberté qu'on a en médecine générale**. Oui, c'est aussi le côté agréable, alors on a le droit de ne pas être d'accord, de se fâcher... Je pense que voilà, il n'y pas de raison, on participe au débat. »

M4

« Mais bon je me dis, on est libéral, il faut au moins que ça serve à quelque chose quoi ! (rires) On peut faire ce qu'on veut, on peut bien dire ce qu'on veut entre guillemets je dirais. Enfin moi je l'imagine comme ça. »

3. Des croyances à l'origine parfois de difficultés

Les difficultés ressenties peuvent venir de l'écart entre la pratique médicale attendue du médecin et ses convictions personnelles.

M3

« L'exercice médical, c'est une science qu'on a appris en faculté, avec des recommandations de bonnes pratiques. Et la Foi c'est l'obéissance à un Dieu auquel on croit. Donc effectivement parfois il faut mettre en accord sa pratique et sa Foi. C'est là qu'il peut y avoir des problèmes de société parce que les critères de la Foi, les critères moraux ne sont pas forcément ceux que pratique la société dans laquelle on vit. Donc effectivement parfois nos valeurs, les valeurs dans lesquelles je crois, peuvent être un peu bousculées par les pratiques médicales. Donc il y a bien des sujets où ça peut poser problème, l'avortement, l'euthanasie, tout ce qui est contraception etc. Donc effectivement...le problème c'est de savoir qu'est-ce que je peux accepter avec ma Foi, et ce que je ne peux pas accepter. Ce à quoi je peux participer, et ce à quoi je ne participe pas. »

M7

« Comment tu fais quand t'es médecin, et que t'es croyant, pour... heu... oui, pour prendre part à tout ça. Accompagner tes patients dans un avortement, heu... répondre, enfin, c'est interdit en France mais bon il y a un débat hein sur l'euthanasie, est-ce qu'il faut légaliser ou pas... »

M4 évoque l'insatisfaction qu'elle ressent face aux interrogations qu'elle se pose sur la contraception dans le cadre de sa foi, et son envie de pouvoir répondre aux attentes de ses patientes.

M4

« Et ça m'embête parce que j'ai envie de pouvoir dans ma pratique être pas mal...m'occuper de la santé des femmes quoi, et donc si on n'a plus aucun moyen de contraception ca va être compliqué quoi. »

M5 et M9 soulignent toutes les deux leur difficulté personnelle quant à la prescription du dépistage de la Trisomie 21. Cet acte apparaît pour elles comme une obligation qui leur revient en tant que médecin, mais qui va à l'encontre de leurs convictions.

M5

« Ce qui m'embête, on a parlé d'avortement, c'est le dépistage de la trisomie 21, ça me contrarie énormément. J'ai l'impression chaque fois que je le prescris, et je suis dans l'obligation de le faire, que je ne suis pas dans mon...

Parfois ça peut être un peu difficile de conjuguer les deux ?

Voilà puisque, vous savez, le dépistage de la trisomie 21 c'est obligatoire pour les médecins. Là ça va de mieux en mieux, maintenant c'est le gynéco qui font ça à 12 semaines, mais ça fait depuis 2 mois. »

M9

« Enfin voilà, par exemple le dépistage de la trisomie 21, encore une fois dans l'islam, si on a un enfant qui a une trisomie 21, on fera pas d'IVG, voilà, le bébé on l'a et on mène la grossesse à terme. Mais voilà, je parle systématiquement du dépistage de la trisomie 21, parce que je considère que c'est mon rôle en tant que médecin traitant. J'ai pas encore été confrontée à la situation où la personne met fin à la grossesse par rapport à la trisomie 21, mais voilà, je fais mon truc comme je dois le faire en tant que médecin, même si derrière ça peut être un peu dur par rapport à ma conscience de faire ça. »

M8 et M9, toutes deux de confession musulmane, expliquent bien comprendre le point de vue que peuvent leur objecter leurs patients musulmans, mais qu'elles se doivent de garder leur place de médecin. M9 parle d'une sorte de « schizophrénie ».

M8

« La plupart du temps, je comprends la position des patients (de religion musulmane), mais je garde ma position de médecin. »

M9

« Honnêtement, ça ça peut faire partie des choses qui parfois peuvent me faire sentir un peu ... schizophrène comme ce que je disais, parce que... C'est pas évident je pense, de dire non aux gens, alors que, on comprend leur démarche. Par exemple, la jeune fille, mettons qu'elle veut pas aller à la piscine, elle veut pas se mettre en maillot de bain parce que mettons que ce soit sa conviction religieuse et qu'elle ait pas envie de se montrer, je peux comprendre, en tant que femme musulmane. Et le fait de lui dire non, heu... c'est vraiment que je me dis « Ton travail c'est pas de lui faire un certificat, parce que sa religion ne lui permet pas ». Et en même temps, moi qui suis musulmane et qui peut comprendre, des fois ça peut... voilà. C'est un peu, c'est un peu diff.. enfin je vais pas aller jusqu'à dire que c'est difficile mais ça laisse un petit... une petite gêne on va dire. **Je suis pas indifférente au fait de dire non.** Après, il faut vite que je pense à autre chose parce que, mon travail c'est pas de faire des certificats parce que sa religion ne lui permet pas de se mettre en maillot de bain... (...) voilà, dans ma tête, je me rassure en me disant « non, c'est un faux certificat, c'est pas médical... donc non »

Il peut s'agir parfois de conflits entre le médecin et le patient.

Pour M3 en lien avec une méconnaissance de sa religion par ses patients :

M3

« Voilà par exemple quand j'étais dans l'Y... , d'abord là-bas on ne savait pas ce que c'était que le protestantisme, donc le bruit avait couru que j'étais témoin de Jéhovah. Donc des patients m'ont dit « mais de toute façon, il paraît que vous êtes témoin de Jéhovah ». Et le bruit était tellement prégnant que j'ai finis par placarder une affiche de don du sang sur la porte de la salle d'attente. »

M8 fait part de la position dans laquelle elle se retrouve parfois en consultation, de part son statut de femme musulmane, et de la nécessité pour elle d'asseoir son statut de médecin.

M8

« Il y a aussi le fait que quand on est musulman, femme, je parle femme, on a intérêt à asseoir notre autorité très rapidement. Parce que, on est considéré... chez les musulmans, tu sais, il y a encore cet espèce de machisme, qui existe, d'accord ? Avec certains patients, je l'ai ressenti à plusieurs reprises, donc dès le départ j'ai été très ferme. (...) Attention hein, A... (l'autre femme associée du cabinet), on ira pas la tester sur ce plan là, par contre moi, on va venir me tester parce que, ben voilà, je suis une arabe, je suis une femme, donc je suis censée obéir à leur bon vouloir. »

M7 expose des inquiétudes pour l'avenir, du fait du contexte socio-religieux actuel difficile pour la religion musulmane en France.

M7

« Après, pour l'instant, j'ai pas eu de... de mauvaises expériences...mais peut-être qu'un jour... ? Par exemple en ce moment l'Islam va pas très bien. Elle va pas très bien, elle est en crise, il se passe des choses atroces au nom de l'Islam... Je pense qu'il y a quand même beaucoup de, ben de français croyants ou pas croyants que ça interpelle, que ça questionne... et du coup peut-être qu'un jour ça va me poser des soucis, mais plutôt dans le sens où je vais être confronté à un patient islamophobe, pas du tout ouvert à ça ? En fait moi ma crainte elle est surtout... parfois j'ai cette crainte là, que les gens en face de moi, réalisent ... enfin la personne que je suis au-delà du médecin, et que ça les...offusquent, ou ça les coupe, ou qu'ils aient plus envie de venir chez moi quoi. »

Difficultés entre professionnels de santé

M7 présente le questionnement qu'elle a pu avoir avec ses collègues au sein du cabinet où elle travaille concernant la présence d'un livre sacré en salle d'attente.

M7

« Dans la salle d'attente je suis tombée sur des Nouveaux Testaments, donc ça m'a un peu interpellée. Je les ai interrogés par rapport à ça, parce que je me suis dit est-ce que c'est vraiment la place d'un texte dans une salle d'attente, d'un texte sacré... enfin... Et puis du coup je me suis dit, Ah tiens c'est curieux... et ben finalement... et puis si, enfin je n'en ressens pas du tout le besoin, mais je me suis demandé, et si il y avait un Coran comment est-ce que ça serait reçu ? Et, pour le coup, il y a un de mes associés qui m'a clairement dit qu'il ne pourrait pas voir le Coran dans sa salle d'attente, et qu'il serait peut-être plus prêt à retirer le Nouveau Testament et qu'il n'y en ai pas du tout plutôt que de mettre un Coran dans la salle d'attente. »

Elle sent que les convictions religieuses de ses collègues ne lui permettraient pas de réaliser des IVG au cabinet, soin qu'elle pourrait envisager de faire dans un autre contexte.

M7

« Donc oui, on discute, enfin dans le cadre professionnel avec mes collègues on a été amené à en discuter par rapport à ça. Par contre... par exemple, ben... typiquement dans le cabinet où je suis, je sais qu'ils sont vraiment très attachés à la vie, et plutôt pas favorable à l'avortement. Donc j'avais déjà essayé de voir un peu, à un moment donné, je m'étais posée la question de... de faire des IVG médicamenteuses en ville, et typiquement ben je sais que... je pourrais pas le faire au sein de ce cabinet, ce serait pas possible. »

M9 pour sa part préfère laisser les discussions religieuses de côté lors des réunions médicales entre collègues, car elles peuvent être à l'origine de tensions.

M9

« Moi je sais que c'est une difficulté en tant que médecin musulmane, je sais que les échos... enfin ce que j'entends dans les réunions de travail des autres collègues, c'est quelque chose qui par contre peuvent me poser soucis. Parce que des fois, je trouve que les discours peuvent être assez radicaux. Et je trouve ça un peu dommage. »

M9 rapporte aussi se difficulté lors du remplacement d'un médecin qui exerce différemment en fonction de ses croyances.

« En fait, donc voilà, j'ai remplacé un médecin qui... qui est, je crois qu'il était catholique pratiquant, (...) et il m'a dit clairement en fait que, ben voilà au niveau religieux pour lui c'était pas possible. (de proposer le test de dépistage de la T21...) Mais du coup... voilà, j'étais pas très à l'aise sur les échos que j'avais eu, et moi perso... en gros du coup par exemple, pour le dépistage de la trisomie 21, comme je proposais pas aux patientes, je leur disais... je sais plus comment je faisais, en disant que le médecin qui allait faire la première échographie, il fallait qu'il vous en parle, vérifiez bien qu'il vous en parle etc... Parce que c'est pas mon rôle moi...enfin c'est pas mes croyances qui vont faire que je parle pas de ces choses, enfin c'est pas possible. On n'a pas envie d'imposer sa vision... C'est le seul écho que j'ai pu avoir d'un médecin qui faisait vraiment, dans sa pratique, faisait passer sa religion en priorité. Ca peut paraître voilà, ça peut paraître un peu difficile. Je pense que ça peut mettre dans des situations difficiles ... »

4. Influence sur l'organisation de la carrière du médecin

Les médecins interrogés ne rapportent pas de lien précis entre le choix de leur orientation professionnelle initial et leurs croyances. C'est plus tard, sur le choix du lieu et du type d'activité que certains en parlent :

M1 voit un lien avec le choix de sa patientèle, dans un quartier populaire :

« Mon choix de métier je ne pense pas. Ma spécialité, je ne pense pas non plus. Par contre, le type d'exercice en médecine générale, oui. Je ne pense pas que ce soit la Foi qui m'ait orientée sur la médecine générale, mais après dans la médecine générale, oui je pense que la Foi a joué.

M1 (...) J'ai aussi choisi le quartier parce que, c'est vrai qu'on est dans un quartier très populaire, et je trouvais que c'était intéressant de travailler avec ce type de population. Nan mais voilà... (rires), ça type quand même notre exercice. On a des internes qui sont parfois étonnés des fois, on a quand même un volet médico-social qui est important donc, heu, ça je trouve ça intéressant. »

M3 évoque le choix du cabinet où il s'est associé à V.

« Je suis d'ailleurs dans la même Eglise que tous mes associés. »

M3 C'est par là que vous êtes arrivés dans ce cabinet ?

« Oui, on s'était rencontré en vacances, et mon pasteur là-bas dans l'Y... est venu ici, et était de la région de V..., donc ça a favorisé. »

M5 parle de son choix de rester dans la structure de soins où elle exerce, malgré les conditions de travail.

M5

*« Et continuer de travailler dans un centre de santé comme celui-là avec la population telle que j'ai, ça **il faut beaucoup de Foi !** (rires) On doute hein, mais il faut beaucoup de Foi, ça n'empêche pas ! (...) Pour moi c'est dans ma vocation d'être auprès des plus pauvres que de rester ici même si **parfois j'aurais eu envie de partir**, non pas en raison des patients, mais **en raison de ... de la direction, du fait du salaire, de la non reconnaissance par le centre ...** »*

M7 au sujet des autres médecins du cabinet :

M7

« ça nous rassemble, en soi, on s'est trouvé parce que, on partage les mêmes valeurs, heu... et ... et voilà quoi. »

M9 travaille actuellement dans un cabinet en collaboration où elle se sent bien et utile, notamment auprès de la population du quartier, essentiellement maghrébine.

M9

*« Après, heu... je pense que le côté, population défavorisée me... m'attire plus que le côté religion, je pense ... Je pense qu'il y a le fait que **je me sente utile, vraiment, ici** ».*

Elle souligne également son choix de ne pas réaliser d'IVG en cabinet, aux vues de ses croyances

M9

« J'ai certains collègues qui font les IVG, qui donnent les médicaments... Ca je pourrais pas le faire, enfin pour ma conscience ce serait impossible. Je n'arriverais pas à le faire. »

Evolution et mode de pratique en lien avec la religion et les croyances du médecin :

M3 rapporte plusieurs expériences qui ont façonné son exercice :

- Suite à un refus de prescription de pilule chez une fille de gendarme, il dit avoir perdu de sa patientèle l'ensemble de la caserne. Il précise :

M3 « J'en suis parfaitement guéri... mais disons qu'après, j'ai été un peu plus prudent, un peu plus nuancé. Quand on est jeune on est parfois carré, et voilà, j'ai appris peut-être à inviter les gens à réfléchir, à se poser les bonnes questions, plutôt que moi de dire « voilà je pense que c'est comme ça qu'il faut faire ». Je ne porte pas le...enfin j'essaie de ne pas porter leur fardeau »

- Il parle de son déménagement, de l'Y... vers V... où ses convictions religieuses sont plus acceptées et moins source de conflits avec ses patients.

M3 « On me l'a reproché, que je faisais du prosélytisme (dans l'Y...) Ici c'est différent, c'est plus accepté. (...) Effectivement il y a ici un pourcentage de Chrétiens et de protestants plus important que dans l'Y... »
« Je ne fais presque plus de gynécologie, en partie à cause de toutes ces questions. »

M6, qui reconnaît une évolution de sa pratique suite à la pratique du Bouddhisme, sur la relation avec ses patients, la qualité de son écoute, l'abord de leurs soucis et l'envie de les tirer vers le haut.

M6 « Moi j'ai changé, donc ma pratique a changé c'est clair. »

Formations complémentaires

M6 voit l'influence du Bouddhisme dans la réalisation de son DU d'acupuncture. Elle y pensait avant sa conversion, mais la prière l'a aidée à l'organiser.

M6 « Là j'ai fait le DU d'acupuncture il y a deux ans, mais ça fait très longtemps que ça me trotte dans la tête. Heu... »
Donc vous ne savez pas si c'est en lien (avec votre pratique du Bouddhisme) ou pas ?
« Non non, c'était déjà avant de pratiquer... Non non, ça fait longtemps que j'y pense, et j'ai justement pas trouvé heu... j'arrivais pas à trouver l'opportunité, ou du moins, dans mon planning, heu... avec le père de mes filles on est en garde alternée donc c'est compliqué de... de dire comment je vais faire. C'est à Paris, c'était le vendredi et le samedi, fallait que ça tombe une semaine où j'étais là... avec le père de mes filles, il a une agence de voyage donc c'était compliqué de gérer ça. **Donc en pratiquant justement, la spiritualité c'est ça, j'ai pratiqué pour que j'y arrive.** Et en fait en pratiquant, tous mes weekends sont tombés sur les weekends de...du père de mes filles, sauf un où il a eu besoin de moi pour changer. Voilà. Aucun soucis »

La spiritualité du médecin a donc un impact fort sur le vécu de son métier. Elle peut consister en un guide ou soutien, qui aide le croyant à exercer, et participer à son épanouissement personnel. Elle peut parfois être à l'origine d'un malaise devant la difficulté de faire coexister la pratique médicale et religieuse, ou dans la communication avec des collègues. La religion du médecin fait donc partie prenante de son parcours professionnel, et peut parfois intervenir dans ses choix de carrière, d'orientation, d'exercice.

IV - DISCUSSION

A - Discussion de la méthode

Le choix de la méthode qualitative et des entretiens semi-dirigés était-il bien adapté au sujet ? Quels sont les *critères de rigueur scientifique* propres aux études qualitatives [42] ? Quelles sont les forces et les faiblesses de cette étude et son analyse ? Ces questions sont importantes afin de savoir quelle valeur donner aux résultats que nous avons obtenus.

1. Le choix du qualitatif et la question de la subjectivité

Cette étude s'est basée sur les propos rapportés des médecins au sujet de ce qu'ils perçoivent comme pouvant être lié ou non à leurs convictions religieuses. Ceci a nécessité de leur part une prise de recul pour analyser leurs pratiques. Cet exercice a été souligné par plusieurs médecins, comme étant difficile, et peu habituel. Il n'était pas évident pour eux de faire la part des choses entre ce qui relève de leur personnalité, forgée de leur expérience personnelle, de leur histoire de vie, de leurs convictions religieuses, et de la part d'humanité qui est présente dans tout homme. Il s'agit donc d'un ressenti, subjectif, de la part des médecins interrogés. Mais qui serait mieux placé qu'eux pour exprimer leurs comportements et actions, et les rattacher ou non à leur religion ? C'est justement pour aborder ces questions, difficilement quantifiables, propres à chacun, que l'analyse qualitative prend tout son sens, offrant un cadre méthodologique particulièrement adapté.

Le critère de *fiabilité ou d'objectivité* de ce type d'étude fait appel à l'indépendance de l'analyse par rapport à l'idéologie du chercheur. Dans notre cas, le fait que le chercheur soit également médecin généraliste, et s'intéresse aux questions religieuses peut se révéler être un biais, dans la mesure où elle pourrait se faire écho des participants, et reprendre leur point de vue : c'est ce que l'on appelle le « biais d'encliquage » [43] (l'enquêteur faisant partie de la même « clique » que les enquêtés.). Les moyens mis en œuvre pour lutter contre ce biais lors de cette étude ont été de discuter des résultats obtenus avec une tierce personne (le directeur de cette thèse), d'approfondir la

recherche bibliographique sur le sujet, et enfin un effort de réflexivité de la part du chercheur.

2. La technique des entretiens

Elle a permis de mettre en confiance le médecin interrogé, dans son cadre habituel (8 entretiens sur 9 au cabinet propre du médecin, et 1 dans un café proche). La contrainte de la durée de l'entretien a nécessité des ajustements dans la prise de rendez-vous, afin de pouvoir prendre le temps d'aborder différents aspects du sujet. Moyennant quoi chacun d'entre eux s'est déroulé sans limite de temps autre que l'absence de nouvelles idées de la part du médecin.

Le temps de parole de chaque participant est révélateur de leur intérêt porté au sujet, de la liberté d'expression qui a pu s'installer au cours de l'entretien, et de leur démarche d'analyse d'un sujet souvent réservé à l'intime. Nous avons remarqué au cours de l'étude que les questions posées par l'enquêteur ont évolué, pour devenir moins ciblées, et plus ouvertes. Cela peut représenter un biais au niveau de la *constance interne*, qui fait appel à la reproductibilité des résultats, d'un entretien à l'autre. Cependant la richesse des entretiens ainsi réalisés nous a convaincu de ne pas garder de questions trop précises, et laisser ainsi le médecin s'exprimer plus librement.

3. Le recrutement et la diversité des médecins interrogés

La *validité externe, ou transférabilité* renvoie à la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres situations. Elle fait appel dans une étude qualitative à la diversité des sujets, et à la notion de complétude ou saturation des données. Dans cette étude, le recrutement des participants s'est fait par voie de connaissance, de l'enquêteur, du directeur de cette thèse, ainsi que de l'entourage ; et pour des raisons pratiques, dans la région Rhônes-Alpes. Il a permis d'interroger 9 médecins, avec une grande diversité d'âges, de confessions religieuses, et années de pratique de la médecine générale.

Plusieurs points sont à souligner néanmoins :

Parmi les 9 participants se trouvaient 2 hommes pour 7 femmes. Nous nous sommes interrogés sur ce ratio à prédominance féminine, et avons soulevé plusieurs hypothèses. Le recrutement par réseau de connaissance représente probablement un biais dans le choix des participants. Par ailleurs, les tentatives de recrutement effectuées par l'enquêteur auprès de médecins hommes (bouddhiste, juif et musulman) sans intermédiaire se sont révélées infructueuses. Les femmes se sentirait-elles plus à l'aise ou plus concernées par ce sujet ? Ce ratio est-il le reflet d'une fréquentation des différentes églises plus féminine au cours des dernières années ? C'est ce que suggère une étude internationale publiée en 2016, qui retrouve en moyenne 84% de femme se disant appartenir à un groupe de croyances, versus 80% d'hommes, et dont les résultats concernant la France évoquent surtout une plus forte implication dans la religion au sein de la population féminine. Quant au ratio homme/femme au sein des médecins généralistes français installés en 2016, il est de 54% d'homme au global, mais de 56,5% de femme chez les praticiens de moins de 55 ans, et passe à 62% en dessous de 45 ans [44]. Il est possible que l'enquêteur ait eu accès par son propre réseau à des médecins globalement plutôt jeunes, donc proportionnellement plus féminins, de par son propre jeune âge. Un autre argument serait la plus grande disponibilité des médecins plus proche de leur propre travail de thèse, donc moins âgés (argument avancé par M9, et ressenti à la base d'un refus de la part d'un des médecins contactés).

Nous avons aussi noté que l'impact que les médecins donnent à leur religion sur leur exercice n'est pas à l'image des préjugés véhiculés par les médias, notamment sur les sujets de bioéthique. Néanmoins, un témoignage rapporté par M9 d'un médecin qu'elle a pu remplacer est intéressant à souligner puisque le médecin cité semble faire passer en premier ses convictions religieuses dans son exercice médical au sujet de l'IVG et du dépistage de la Trisomie 21. Ses propos doivent être interprétés prudemment, car il ne s'agit pas d'un entretien mais de propos rapportés. Cependant cela nous a amené à réfléchir puisqu'ils n'ont été tenus par aucun autre médecin : il peut s'agir d'un biais dans le recrutement et d'un manque de diversité d'exercice dans les médecins inclus. Il faut également prendre en compte le « phénomène de désirabilité sociale » [45], bien connu des études qualitatives, où la personne interrogée va contrôler ses paroles pour

garder une image socialement acceptable. Il existe également un écart entre le discours d'un individu sur son exercice et la réalité de celui-ci. Ces phénomènes peuvent expliquer en partie que ces pratiques, qui semblent ne pas respecter la laïcité et le principe d'autonomie du malade, n'aient pas été relatées de façon directe lors des entretiens.

Enfin, la saturation des données est intervenue à la suite des trois entretiens de médecins musulmanes, et l'on peut penser à la vue de la diversité des entretiens recueillis que de nouvelles données auraient pu être extraites si des médecins d'une autre religion avaient pu être inclus par la suite dans l'étude. Cependant, l'analyse s'est trouvée riche en idées à traiter, à partir d'entretiens relativement ouverts.

4. Forces et limites de l'analyse

L'analyse thématique permet, sans grille de réponse pré-établie, de faire émerger au cours des entretiens les idées fortes de l'étude. Elle a été faite par la chercheuse ayant elle-même réalisé les entretiens. Une des forces de l'analyse qualitative réside dans le fait que le chercheur est lui-même impliqué dans le sujet puisque participant des entretiens, et pour une période de temps relativement étendue, tout au long de l'étude. Il peut donc identifier au fur et à mesure de nouvelles variables ou idées, et s'imprégner du contexte des entretiens qui lui permet d'observer son interlocuteur dans son environnement propre. Cela dans le but d'enrichir l'analyse tout en restant le plus possible fidèle au sens des propos tenus par les médecins, pour garantir la *crédibilité ou validité interne* de l'étude : ce que le chercheur observe est bien ce qu'il croit observer.

Il n'a pas été effectué dans notre étude de réelle triangulation des données, méthode qui consiste à comparer l'analyse de deux chercheurs des mêmes verbatim, afin de la rendre plus objective. Une relecture cependant été faite de l'ensemble des verbatim et de l'analyse pour supervision par le directeur de cette thèse.

B - Discussion des résultats

1. Respect du cadre légal

La question de la connaissance des textes réglementaires qui entourent ces questions n'a pas été posée directement aux médecins interrogés. Cependant il est ressorti pour plusieurs des hésitations sur ce sujet. Les raisons de cette méconnaissance sont multiples : législation complexe, qui s'applique différemment selon le cadre de l'exercice, difficultés de communication autour de ces questions, et absence ou insuffisance de formation lors des études médicales.

Comme développé plus tôt, le médecin dans le cadre privé de la consultation libérale n'est pas soumis à la neutralité exigée dans le secteur public. Il peut se permettre de laisser voir ses croyances, tant qu'elles ne compromettent pas la prise en charge de ses patients, quelques soient leur propre religion. La discussion de sujets religieux est possible, si elle est menée avec tact et mesure, et avec la permission du malade.

Il est à noter également que le code de santé public prévoit plusieurs clauses de conscience, pour des cas bien précis, notamment en ce qui concerne les IVG. Le professionnel de santé doit alors en informer sa patiente, et l'orienter vers un confrère qui pourra la prendre en charge. Pour d'autres sujets de bioéthiques, les textes sont parfois moins précis. En ce qui concerne par exemple l'information et la prescription des examens concernant le dépistage de la Trisomie 21, la loi prévoit que toute femme doit se voir proposer durant le premier trimestre le dépistage combiné par un personnel de santé. Mais il n'est pas spécifié que ce devoir d'information soit dû à son médecin généraliste, puisqu'elle peut également être délivrée par le gynécologue, l'échographiste, ou une sage-femme.

Au cours des entretiens réalisés, nous avons relevé plusieurs éléments :

Les médecins qui le souhaitent se permettent d'aborder avec leurs patients des sujets qui touchent à leurs convictions religieuses. Cela tient à la personnalité de chacun, mais il n'a pas été relevé de frustration sur ce point qui peut tenir à cœur à certains. En témoigne la présence dans le cabinet de signes évocateurs de la religion du médecin,

comme une Bible, une croix, une mezouzah... qui ont été signalés notamment par M2 et M3. D'autre part, lorsque le sujet religieux est abordé, tous s'entendent à le faire avec tact, discrétion, pour éviter d'imposer leur vision des choses, afin de respecter la liberté de leur patient.

Enfin, il ne ressort pas dans cette étude d'influence significative des propres croyances du médecin sur ses prescriptions, en terme de prescription médicamenteuses, d'arrêt de travail, ou de certificats médicaux, ce qui a également été évoqué dans une autre étude qualitative française, axée sur observance et religion en ambulatoire [7]. De même, dans une enquête américaine de 2005, les praticiens n'attribuaient pas de lien entre leurs décisions thérapeutiques, et leurs convictions religieuses, bien qu'ils soient nombreux à se déclarer croyants [25]. La seule limite qui a été évoquée concernait les prescriptions de contraception hormonales, qui peuvent amener le médecin à adresser sa patiente à un confrère en cas de difficultés (M3). A noter qu'à l'inverse les pratiques religieuses du patient peuvent être sources d'adaptation thérapeutique, comme soulevé par M2. Les médecins M8 et M9, toutes deux musulmanes, ont cependant souligné leur vigilance face aux requêtes à caractère religieux de leurs patients (les demandes d'arrêt de travail pendant le ramadan par exemple). Il en va pour elles de leur intégrité en tant que médecin, rôle premier qu'elles ont envers eux.

Le cadre législatif français sur la question de la laïcité au sein du cabinet médical semble donc être appliqué de manière assez intuitive par les médecins participants à cette étude. « La laïcité n'est pas une opinion parmi d'autres mais la liberté d'en avoir une. Elle n'est pas une conviction mais le principe qui les autorise toutes, sous réserve du respect de l'ordre public et de chacun » [19] : cette définition résume la juste distance à tenir dans l'abord du sujet religieux au sein de la relation médecin-malade.

2. L'expression de la religion du médecin avec son patient : influences et conséquences.

Les freins ressentis par le médecin dans l'expression religieuse

Que ce soit de manière verbale ou liée à des signes religieux indirects, le fait pour le médecin de laisser connaître ses croyances est soumis à plusieurs freins, au delà de la volonté de respecter la laïcité. Une étude canadienne de 2012 [46], a en effet montré qu'il pouvait s'agir d'un manque de temps, de la peur d'entraver l'autonomie du malade en risquant d'imposer ses propres convictions. L'approche de la spiritualité en consultation est en outre très liée au patient lui-même, et le médecin peut avoir du mal à savoir s'il désire en parler ou non. Dans notre travail, nous avons également relevé ce besoin de temps pour parler de religion ou de spiritualité, qu'il n'est pas toujours facile de trouver lors d'un rendez-vous. D'autant que ces questions se posent souvent dans un contexte complexe qui nécessite un temps médical important.

Plusieurs médecins, comme M6 ou M8, ont aussi souligné leur volonté de séparer leur activité professionnelle de leur vie personnelle, aspect qui semble plus compliqué pour M8 et M9, souvent prises à partie sur le côté religieux car d'origine maghrébine et donc considérées d'emblée comme étant musulmanes par leurs patients. L'expérience professionnelle peut aussi intervenir [47], et a été souligné par M2 comme un frein en cas d'antécédents de conflits liés à la religion avec son entourage ou ses patients.

Enfin, le contexte sociétal et religieux actuel a été plusieurs fois évoqué comme difficulté potentielle, en particulier par M7 et M9. Notre enquête s'est déroulée durant l'année 2016, année marquée par les attentats revendiqués par l'Etat Islamique en France. L'impression de pouvoir être jugées, par leurs patients ou collègues, sur leur appartenance religieuse pourrait être influencée par ces événements, qui favorisent l'amalgame entre islam et islamisme radical. Une enquête sur le racisme en France réalisée en janvier 2016 par la Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme [48] retrouve globalement une plus grande tolérance (comparée à 2014) et une valorisation des différences au sein de la société française. Concernant la religion musulmane plus spécifiquement, les pratiques privées semblent mieux acceptées, mais

les critiques portent essentiellement sur les signes visibles (port du voile notamment), et les actes antimusulmans ont tendance à augmenter. M7 a fait part de ses craintes concernant l'évocation de sa religion avec certains patients, mais reconnaît n'avoir pas été pour le moment exposée à des réactions islamophobes. M9 entend pour sa part l'hostilité de certains collègues quant aux pratiques de leurs patients musulmans, qu'ils ne comprennent et n'acceptent pas, et préfère se tenir à l'écart de ces discours à l'origine de tensions lors de réunions de travail. M2 a évoqué lui aussi le problème de l'antisémitisme, à l'origine d'une présence militaire notamment aux abords des écoles juives, et s'est attristé que ses patients ne soient pas conscients de cette situation qui dure depuis plusieurs années.

Même si le médecin n'est pas directement concerné par des propos ou des actes discriminatoires, le fait d'appartenir à une communauté religieuse qui en est elle-même la cible retentit sur sa liberté d'expression. Les participants chrétiens de cette étude (catholiques ou protestants) n'ont pas fait mention explicitement de ces difficultés, qui sont rattachées principalement aux religions juives et musulmanes, bien que la demande d'une discréction religieuses dans la vie collective soit de plus en plus marquée [39] et qu'elle s'adresse également au Christianisme.

La relation médecin-malade : un élément clef

La relation médecin-malade est le prérequis de toute prise en charge et de tout soin, en particulier en médecine générale. Elle se construit au fil du temps et des consultations, et dépend non seulement de l'histoire en commun des protagonistes mais également de leur expérience personnelle. Ce lien particulier qui met au centre le patient, et engage la confiance de chacun [49], est d'autant plus important dans les situations complexes, qu'elles le soient pour le médecin ou le malade. La question des croyances religieuses du praticien dans ce contexte est à la fois subordonnée à une relation médecin-malade de qualité, et peut en même temps participer à renforcer cette base de l'alliance thérapeutique.

En quoi cette relation conditionne-t-elle l'impact des croyances religieuses du médecin ?

Nous avons observé sans surprise que l'abord des questions religieuses est plus difficile pour un médecin remplaçant (M4), qui connaît moins les patients, voit plus les urgences, fait moins de suivi, et n'a donc pas sa patientèle propre. La confiance instaurée entre le praticien et son patient est une condition première pour que chacun puisse se confier. En effet, parmi les participants de cette étude qui parlent de religion en consultation, plusieurs ont souligné qu'ils ne le faisaient pas avec tous leurs malades, mais principalement ceux dont ils connaissent au préalable la confession. Une fois le sujet évoqué, le médecin semble plus à l'aise « *il y a une certaine confiance déjà* » (M1), « *on aborde plus facilement certains sujets, c'est aussi une plus grande complicité, il y a un peu la prudence qui tombe, on s'exprime plus ouvertement* » (M3) ; l'abord de la question religieuse se fait plus librement, plus ouvertement. Cela peut laisser penser que la vigilance du médecin quant à la neutralité de son discours sera moindre, que ses convictions religieuses seront plus impliquées dans sa prise en charge. Cet aspect n'a pas été clairement recherché dans ce travail, mais transparaît dans les propos de M3 lors d'une discussion sur l'IVG avec une patiente, tous deux partageant la même foi. A l'inverse, dans une relation plus distante, le médecin sera probablement plus sur la réserve et spontanément moins tenté de laisser intervenir ses croyances dans la consultation.

Comment les convictions religieuses du médecin influencent-elles la relation médecin-malade ?

L'analyse des entretiens retrouve plusieurs formes d'influence de la religion du médecin sur la relation avec son malade. En effet, les médecins voient dans leur manière d'être avec leur patient une conséquence de leur pratique religieuse. M6 par exemple se trouve plus à l'écoute, et investie dans la psychothérapie de soutien depuis que le Bouddhisme fait partie de sa vie ; M9 pense que sa religion l'ouvre à la tolérance et à la bienveillance ; M5 parle d'un sujet qui créer du lien, lien qui est palpable entre M8 et ses patient (lesquels lui ont offert des cadeaux lors de la circoncision de son fils par exemple).

De précédentes études se sont penchées sur les qualités d'un « bon médecin », du point de vue du patient [49,50] et il en ressort les suivantes : compétent, à l'écoute, faisant preuve d'attention, disponible, compréhensif, bienveillant, communicant, mettant à l'aise ses patients, dévoué. Le ressenti des participants de cette étude est donc que leur religion participe à approfondir et entretenir au mieux la relation singulière qu'ils ont avec chaque patient, par le biais de ces qualités. Il serait intéressant de recueillir dans ce cadre le ressenti de leurs patients, et d'étudier « l'effet médecin », décrit par Balint, associé aux convictions du praticien.

L'évocation réciproque des croyances du médecin et du malade, avec tact et mesure, peut également enrichir ce lien [12,46] et en particulier lorsqu'elles sont partagées [51], ce qui a été observé à plusieurs reprises au cours des entrevues. En effet, il a déjà été retrouvé que les patients très croyants souhaiteraient connaître les convictions de leur médecin, et partager avec eux sur ce point [52]. La connaissance mutuelle de leur confession peut aboutir à des conseils individualisés de la part du praticien, en rapport avec sa propre expérience religieuse ou celle du patient (explications et recommandations par exemple dans le cadre du ramadan, de la circoncision...). On notera par ailleurs que ceux-ci semblent être mieux perçus et entendus lorsqu'ils émanent d'un médecin lui même croyant.

Bioéthique en cabinet médical

Plusieurs études se sont intéressées à l'abord des questions de bioéthique par les praticiens, afin d'évaluer s'il y avait un lien avec la religion du médecin. Dans une étude américaine de 2011 [28] ciblant les gynécologues orientés vers l'oncologie, 45% des médecins répondreurs reconnaissaient que leurs convictions religieuses intervenaient dans les options thérapeutiques qu'ils pouvaient présenter à leurs patients. Cette influence était ensuite retrouvée par le biais de leurs réponses à des scénarios médicaux qui leur étaient proposés, mais l'âge et le nombre d'années d'exercice du praticien était également un facteur important. Une autre étude américaine de 2007 [26] a montré que 63% des médecins interrogés (de toutes spécialités) pensent qu'il est éthiquement permis d'exprimer au patient son objection morale sur ces questions.

Comme mentionné précédemment, en France la neutralité du médecin généraliste en matière de bioéthique n'est pas exigée. En pratique le positionnement du

médecin dans cette étude est rarement rendu public, et les participants ont mentionné lorsque ces sujets étaient abordés leur vigilance à ne pas abuser de leur position de médecin face au patient, afin de ne pas risquer de l'influencer, ou induire de sentiment de jugement ou de culpabilité. Nous avons pu noter que leurs opinions concernant différents sujets de société actuels (IVG, fin de vie, contraception notamment) n'étaient pas liées uniquement à leurs convictions religieuses. Comme pour d'autres médecins non croyants, leur point de vue dépend également de leur histoire de vie, de leur questionnement personnel, de leurs précédentes expériences, en tant que médecin ou non. Les termes relevés dans les entretiens : « j'essaie de bien me mettre en tant que médecin » ou encore « on doit essayer d'être neutre » évoquent cependant la possibilité que leur discours soit en partie orienté.

Notre société actuelle est en réflexion et en mutation sur les questions qui touchent au début et à la fin de vie. En témoignent les derniers Etats généraux de bioéthique, ayant aboutis à l'adoption en janvier 2016 de la loi Claeys-Leonetti concernant les droits des malades en fin de vie, les débats concernant l'accès à l'aide médicale à la procréation, ou encore plus récemment la dernière loi portant sur le délit d'entrave à l'IVG, élargi aux sites internet. Il est intéressant de constater dans notre étude que les professionnels de santé, eux-mêmes souvent confrontés à des situations faisant appel à des principes d'éthique, s'interrogent, se renseignent, et en même temps, souhaitent faire participer leurs patients à ce débat. La notion de décision éclairée du patient découle du principe d'autonomie inscrit dans la déclaration universelle sur la bioéthique [53]. Elle sous-entend que le patient reçoive une information suffisante pour faire un choix en pleine conscience. Pour être complète et respecter l'autonomie du sujet, cette information doit émaner de différentes sources (médias, sites internet dédiés, médecin, entourage, etc), et ce quelque soit le médecin qui en est à l'origine, croyant ou non. Dans cette optique, il est intéressant de voir que la plupart des médecins de cette étude se rejoignent dans leur envie d'induire un questionnement, pour permettre aux gens de discerner ce qui pour eux est important.

3. Le besoin spirituel du patient

Lorsqu'ils sont interrogés sur leurs croyances, les médecins parlent spontanément de celles de leurs patients, en particulier dans le cadre de la prise en charge de ce que l'on appelle le « besoin spirituel ». Il s'agit notamment de situations de fin de vie, pour les patients eux-mêmes ou pour les familles, et des situations de détresse psychologique. La question soulevée par ces observations est la suivante : faut-il être croyant pour prendre en compte les besoins spirituels de son patient ?

Histoire du besoin spirituel

La notion de besoin spirituel en médecine a été développée au cours du XXème siècle. Dans les années 1960, les travaux du Dr Saunders sur la fin de vie ont fait émerger le concept de « total pain » où la souffrance du malade comprend 4 dimensions : physiologique, psychologique, sociale et spirituelle. En découle le « whole person care » [54], ou prise en charge globale intégrant ces 4 dimensions. L'ensemble des soins prodigués dans ce cadre a été regroupé sous le terme de « soins palliatifs » dont la première définition par l'OMS est donnée en 1990 : « soins actifs donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif (...), qui procurent un soulagement de la douleur, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre (...) » [55]

Les soins palliatifs ont connu depuis un grand essor, que ce soit au sein d'unités dédiées, mais également via la formation des médecins et paramédicaux, à l'hôpital ou en ambulatoire pour essayer de répondre à un besoin grandissant au sein de la population. Le personnel soignant est donc depuis quelques années sensibilisé à la notion de besoin spirituel chez les malades en fin de vie, et des outils sont développés pour apprendre à le dépister [56–58]. Dans ce cadre, la religion du médecin n'est pas un pré-requis nécessaire au questionnement du patient, qui peut être orienté vers les différents intervenants déjà identifiés si un besoin de cet ordre est signifié (aumôniers, équipes d'accompagnement).

La sensibilité du médecin croyant

Cette dimension du soin peut être étendue à d'autres domaines que les soins palliatifs [59,60], dès lors que le patient est en situation de souffrance spirituelle. Pour beaucoup d'entre eux qui consultent en ambulatoire, il apparaît que le rôle de dépistage et de prise en charge de ces besoins incombe à leur médecin généraliste [61]. Cependant de nombreux freins ont déjà été évoqués par les praticiens dans l'abord de la spiritualité du malade, comme le manque d'attrait pour ce domaine, la peur d'un manque de légitimité à parler de ces sujets parfois attribuée à l'absence de formation [11] et il semble que les médecins croyants, ou ayant reçu une éducation religieuse le fassent plus spontanément [7,62,63].

Dans notre étude, les participants ont fait preuve d'une attention particulière à la religion ou spiritualité de leurs malades. On notera que les situations de fin de vie ne sont pas les plus fréquemment décrites ici dans le cadre de la médecine générale, où l'on rencontre plutôt des soucis du quotidien en lien avec le travail, la famille, des difficultés sociales. Dans ces prises en charge centrée sur le patient, la question du sens qu'il donne à sa vie et l'interrogation sur sa religion, ou plus largement sur sa spiritualité paraît plutôt bien accueillie, et même parfois attendue [64]. Certains travaux soulignent que les patients n'osent pas toujours aborder ce sujet d'eux-mêmes, et que de savoir que leur interlocuteur est croyant et y accorde de l'importance est parfois un facteur déterminant [46,65]. Il est probable que le questionnement intérieur initié par les religions soit une aide à la discussion avec le malade dans ces cas-là. Les religions n'étant qu'un des modes d'expression de la spiritualité, au sens de « vie intérieure », ces observations mériteraient d'être confrontées à l'expérience de médecins non religieux, pouvant explorer d'autres chemins spirituels.

4. Un enjeu pour l'épanouissement personnel et professionnel du médecin

Cette étude révèle que la religion des médecins intervient de manière importante dans le vécu de leur exercice. Tous les entretiens ont permis de faire ce constat, déjà retrouvé dans la littérature : les croyances et la foi portées par les participants ne

touchent pas uniquement leur vie religieuse, mais affectent leur personnalité toute entière, et donc interviennent également dans leur vie professionnelle [25,30].

M2, M3 et M5 ont particulièrement insisté sur la notion de Foi, qui dépasse celle de la religion. Celle-ci donne un cadre, par ses rites, sa culture, ses dogmes, qui permet de pratiquer en communauté. Mais c'est la Foi qui place au centre l'essentiel (Dieu, pour les trois religions monothéistes). L'engagement religieux dans cette étude a été observé par l'importance qui était donné à la religion dans la vie personnelle de chacun des médecins interrogés. La pratique religieuse en tant que telle n'a pas été évaluée, et nous savons qu'elle n'est pas représentative en elle-même de l'attachement aux valeurs religieuses et à leur mise en pratique dans la vie du croyant. Mais les participants ont ici tous exprimés une foi vivante, faisant partie de leur quotidien.

Un engagement au service du dépassement personnel

Ainsi, même si elle n'est pas exprimée au patient, la foi du médecin retentit sur son exercice. Elle peut être une aide et une ressource supplémentaire, en particulier dans les situations vécues comme difficile par le praticien. Elle est vue par certains comme une impulsion, qui les pousse au dépassement personnel, au service du patient. Les valeurs communes aux grandes religions de notre société, représentées dans cette étude, sont la fraternité, l'égalité des Êtres Humains, elles sont tournées vers les autres, partant du principe que l'Homme est un Etre sociable, et qu'il trouve son épanouissement personnel au travers des autres. Lors des entretiens, M3, M5 et M7 ont signifié que cette vision de leur patient au regard de leur religion participe à renforcer leur empathie envers ceux dont l'abord et la prise en charge sont moins aisés.

Ces résultats font écho à ceux d'une récente étude américaine, où plusieurs médecins parlaient de leur métier comme d'une vocation, l'occasion de se dépasser et de vivre leur foi [47]. Une étude allemande [66] a pour sa part rapporté un lien entre spiritualité, engagement professionnel et satisfaction personnelle. Les médecins de cette étude ont eux aussi exprimés leur épanouissement personnel dans leur manière de vivre leur profession en cohérence avec leurs convictions. Le fait de prendre le temps d'y réfléchir à l'occasion de ce travail les a parfois amené à mieux s'en rendre compte : *Je me suis dit (...) que j'avais un métier merveilleux, parce qu'il me permettait de faire plein de bonnes actions (...) ça m'aidera peut-être à aller au paradis".*

Le choix et le mode d'exercice font pour certains partis de cet engagement, comme par exemple pour M1 dont le volet social est important ou M5 qui a souligné qu'il lui fallait « *beaucoup de foi* » pour continuer à travailler dans le centre de santé où elle exerce, bien que ses collègues ne soient pas forcément croyants. Les précédentes études n'ont pas mis en évidence une plus grande proportion de médecins religieux impliqués dans la prise en charge des plus démunis [67], mais estiment que la spiritualité du médecin peut être une protection contre la lassitude et l'émoussement du dévouement au cours de sa carrière [66].

Les difficultés du médecin croyant

Les convictions religieuses du médecin généraliste sont à la fois un soutien pour l'exercice, mais aussi à l'origine de difficultés. Dans cette étude, nous avons relevé plusieurs types de conflits, bien qu'ils n'affectent pas tous les participants : relationnels avec les patients, avec les confrères, ou encore un sentiment de dissociation entre la pratique médicale demandée et les croyances du médecin. Ils étaient d'autant plus marqués pour M3, qui les a évoqués dans le cadre de son précédent exercice lors de positionnement exprimé à ses patients. Il semble d'ailleurs qu'ils aient influencé son déménagement vers une région qui lui paraît aujourd'hui mieux accepter sa pratique religieuse, et il a expliqué être plus modéré dans ses propos à présent. A l'inverse, M6, qui s'est défendu d'évoquer avec ses patients sa spiritualité, n'a pas rapporté de problèmes relationnels autour d'elle pour raisons religieuses. Nous voyons donc que plus les croyances du médecin sont exprimées, plus il augmente le risque de conflits avec sa patientèle.

Mais cela peut être un choix pour certains, plutôt que de garder ces contrariétés cachées, qui leur pèsent alors sur la conscience. Car nous avons observé, par exemple chez M9, un sentiment de « *schizophrénie* » dit-elle, c'est à dire l'impression d'être tiraillée entre son rôle de médecin, et sa culture religieuse, dans des situations qui ne paraissent pas forcément complexes aux yeux du patient. Par exemple dans la demande de dispense de piscine par une jeune femme musulmane, il peut paraître facile de se contenter d'expliquer qu'un tel certificat ne peut être délivré en absence de raison médicale, mais tout en gardant pour soi un sentiment d'insatisfaction. Cependant le

médecin peut-il se permettre d'exprimer son embarras à son patient, au risque de tenir un double discours ? Une étude qualitative auprès de patients interrogés sur la vie privée de leur médecin [50] a montré que les patients attendent de leur médecin qu'il soit fidèle à lui-même, « droit dans ses bottes », mais qu'il reste professionnel et n'engage pas de lui-même de débat. Il est probable que les patients ne soient pas prêts à entendre les états d'âme de leur médecin, ce qui est compréhensible par ailleurs, dans une approche qui se veut centrée sur le malade. Le médecin est donc souvent amené à garder cette frustration, quitte à donner l'image d'un « *mauvais religieux* » (toujours selon M9), et peut avoir besoin d'en parler avec un collègue pour trouver l'apaisement.

Enfin, M8 a de son côté exprimé les difficultés qu'elle a pu avoir avec certains patients, de part son statut de femme musulmane. Cependant elles apparaissent plus en lien avec la culture maghrébine qu'avec la religion musulmane elle-même, bien que celles-ci soient étroitement liées. Ainsi M8 a dû plusieurs fois entrer en conflit avec des patients, qui ont pour certains changé de médecin traitant, pour des demandes inadaptées, et dont le refus n'a pas été bien accepté venant d'une femme de la même communauté religieuse et culturelle.

Il n'est donc pas toujours aisé de conjuguer médecine et religion, et les médecins doivent trouver la manière qui leur permette de le faire. Cela peut être via le choix de son lieu d'exercice et de sa patientèle, via le choix d'afficher clairement ou non sa religion, ou via les discussions avec d'autres médecins dans des groupes de paroles plus ou moins formels qui leur permettent d'échanger sur ces questions. On note également que l'exercice d'un médecin est amené à changer durant sa carrière, et l'un des déterminants de cette évolution peut être la religion.

Elargissement du rôle du MT et épanouissement professionnel

La notion de vocation a été évoquée par M4 et M5, mais nous avons retrouvé un exercice typé et lié à la pratique religieuse pour tous les participants de cette étude. On peut noter notamment: l'implication dans l'écoute du patient pour M6, l'accompagnement parfois même spirituel pour M3 et M5, le questionnement et l'envie de faire grandir et mieux comprendre la société pour M2, l'éducation religieuse et civique pour M8 et M9. Ces aspects et rôles reconnus par les médecins eux-mêmes

varient selon leurs caractères, leur expérience, et leur patientèle. C'est d'ailleurs ce que souligne M4 qui se trouve un peu sur la réserve concernant ces sujets en consultation, en partie liée à son caractère, mais surtout car étant remplaçante elle n'a pour le moment pas ses propres patients. C'est donc pour eux l'occasion d'enrichir leur exercice, de l'ouvrir à une dimension plus large, grâce à la l'indépendance et la liberté de l'exercice de la médecine générale ambulatoire.

Les médecins de cette étude sont d'âges différents, de confessions religieuses différentes, leur exercice est particulier à chacun, mais l'enquêteur a ressenti à l'issue de chacun des entretiens que le médecin interrogé aimait son métier, et s'y sentait bien. Cela par la manière dont il a pu en parler, l'investissement personnel dont il faisait preuve, le temps consacré à l'entretien... Chacun d'eux exerce avec ce qu'il est, pleinement, et semble y trouver satisfaction.

Nous n'avons pas cherché dans ce travail à comparer l'exercice médical de médecins religieux ou non. Les résultats obtenus sont tous issus d'entretiens de médecins croyants. Plusieurs ont relevé une influence sur leur manière d'agir, de réfléchir, d'interroger ou de parler à leurs patients, tout en évoquant le fait que d'autres pourraient peut-être faire de même sans être soutenu par une religion. Dans l'étude de G. Anandarajah et J.L. Roseman, [47] les médecins interrogés sur le thème de l'empathie se sentaient aidés par leurs croyances, et eux aussi ont fait remarqué qu'elles n'en avaient pas l'exclusivité. Ce que nous pouvons conclure ici concerne donc les médecins généralistes croyants pour qui les convictions religieuses participent à leur humanité et comme nous avons pu le voir, représente pour eux un facteur de qualité des soins.

5. Perspectives

Expliquer le concept de laïcité

Tout d'abord, comme nous avons pu le souligner, il semble que la législation en matière de laïcité au cabinet médical soit mal connue, ou mal comprise. Une information des médecins généralistes sur leurs droits et leurs devoirs en matière d'expression

religieuse pourrait être intéressante à dispenser. Cet aspect pourrait facilement être abordé lors d'un enseignement facultaire pour les jeunes médecins, mais il faudrait également envisager une autre approche pour ceux qui exercent depuis plusieurs années. En effet, la réglementation évolue régulièrement sur ces sujets, qui donnent lieu à des débats médiatisés, mais dont la communication sur ce qui est finalement adopté n'est pas optimale.

C'est un point important, car bien que non retrouvée dans cette étude, les conséquences d'une méconnaissance du cadre réglementaire pourraient être de deux orientations : Le praticien pourrait être tenté de laisser trop de place à ses convictions religieuses dans sa pratique, ce qui s'avère délétère dès lors que la liberté du patient est restreinte (sensation de jugement quand à une IVG, un abord fermé des questions éthiques). A l'inverse, un médecin croyant pourrait se sentir en difficulté face à des demandes incompatibles avec ses convictions.

Les résultats de cette étude montrent que la foi du médecin est un enjeu d'épanouissement personnel et professionnel, qu'elle peut contribuer à renforcer la relation de confiance médecin-malade, et participer pour certains à la prise en charge optimale du patient. Il serait dommage qu'un médecin se prive de cette aide supplémentaire en raison d'une laïcité mal interprétée.

Initiatives existantes et à promouvoir

A la lecture de cette analyse, il en ressort l'importance de la communication : entre le praticien et son malade, entre collègues, avec l'entourage. Que ce soit sur des sujets de religion pour éviter les incompréhensions qui peuvent blesser, sur des sujets de bioéthiques pour que chacun puisse exprimer son point de vue et le faire évoluer, ou sur des difficultés relationnelles pour accompagner au mieux les médecins et qu'ils puissent faire de même avec leurs patients. Des groupes d'échange existent déjà : il peut s'agir des « groupes Balint » [68] de fonctionnement assez formalisés axés sur la relation médecin-malade, ou « groupe de pairs » [69] qui sont à l'initiative des praticiens, et dont l'orientation dépend de ceux qui le constituent. Sans compter les groupes d'échange au sein des communautés religieuses, qui permettent plus spécifiquement aux professionnels de santé de partager leurs expériences pour une aide concrète à la pratique, comme l'ont souligné plusieurs des participants. Il est intéressant de noter que

certaines études évoquent la possibilité que la spiritualité ou la religion du médecin puisse être un facteur de prévention du « burn out », ou épuisement professionnel [47,70]. Toutes ces initiatives sont donc à promouvoir, pour que ceux qui le souhaitent puissent en bénéficier.

Un travail au niveau de la faculté, pour faire connaître et donner goût aux futurs médecins à ces types de formation a déjà été engagé au sein du DES de médecine générale, notamment par l'instauration des GEP (Groupes d'Echange de Pratiques). Il doit être poursuivi, élargi aux autres filières, et aux questions de religion, d'éthique, et de communication, afin de répondre aux divers besoins de la profession. C'est le cas par exemple du DU « médecine et religions » de la faculté de Dijon, ou des conférences sur philosophie et médecine à la faculté de Lyon. Une étude canadienne [46] parle même d'intégrer la religion comme une dimension de santé spirituelle qui nécessiterait un enseignement approprié, argumentant qu'intervenir auprès de patients dans ce domaine requiert une haute maturité personnelle et spirituelle qu'il faudrait développer au préalable chez les jeunes médecins. Le questionnement et la spiritualité est accessible à chacun, et semble sain pour l'équilibre personnel au sein d'un métier qui s'intéresse à la vie, sans qu'il soit question d'inciter au fait religieux qui n'est qu'une manière d'orienter sa spiritualité.

Importance du libre choix du médecin traitant :

Dans notre système de santé actuel, chaque sujet est libre du choix de son médecin, ce qui représente en soi un critère de satisfaction pour le patient [71]. De même le médecin, hors cas d'urgence, est libre d'accepter ou de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles (CSP article 47). Cette double liberté est à la base du contrat de soins, qui donne naissance à la relation médecin-malade [72].

Comme nous l'avons vu, le médecin exerce avec toute sa personne, son vécu personnel et son expérience professionnelle. Cette singularité du médecin et de son exercice, qui relève entre autre de ses convictions religieuses et de la place qu'il leur accorde dans sa pratique, explique que sa patientèle soit elle-même unique et singulière [73]. En effet, plusieurs intervenants de ce travail ont fait remarquer que leurs croyances pouvaient participer à construire leur personnalité, et influencer leur patient dans le choix de son médecin. Cet exercice personnalisé est au cœur de

l'épanouissement professionnel du médecin, et par voie de conséquence, à l'origine d'une prise en charge globale et efficiente de ses malades. Globale, car comme les médecins de cette étude l'ont souligné, les rôles du généraliste sont multiples lorsqu'ils sont le fruit d'une relation médecin-malade de qualité.

La médecine générale est depuis quelques années en changement : reconnaissance du « spécialiste » en médecine générale, multiplication des modes d'exercice, instauration en 2004 du médecin « traitant » et du parcours coordonné de soin, incitation à l'installation dans certaines zones appelées « déserts médicaux », redéfinition des missions et objectifs des praticiens, etc... Au sein de cette évolution, il ne faut pas oublier que la liberté du médecin et du malade est un des piliers de l'alliance thérapeutique garantissant des soins adaptés à chacun, la satisfaction professionnelle du praticien[49], et ainsi une médecine plus humaine et efficiente.

VI - CONCLUSION

L'exercice de la médecine générale est un exercice complexe, qui nécessite de la part du médecin des connaissances médicales basées sur la science actuelle, qui lui sont enseignées pendant ses années universitaires et par la suite actualisées via la formation continue ; ainsi que des compétences relationnelles et de communication, qui font appel à sa personnalité, et à son expérience professionnelle. C'est dans ce cadre que ses croyances religieuses peuvent intervenir. Pour étudier les domaines d'influence de la pratique religieuse sur l'exercice médical ambulatoire, nous avons interrogé 9 médecins généralistes croyants de la région Rhône-Alpes, par entretiens semi-dirigés, et interprété leurs propos par une analyse thématique rigoureuse.

Que retenir de ce travail ?

La question de l'impact des convictions religieuses dans la pratique médicale peut faire débat : beaucoup de personnes, à l'évocation de ce sujet attendaient avec impatience des résultats chocs, qui feraient polémique dans notre société qui prône la laïcité. Le premier élément que l'on peut retenir est qu'à la lecture de ces entretiens et des études françaises disponibles sur ce sujet, il semble que la plupart des médecins croyants ont conscience de la prudence nécessaire dans ce domaine, et que le principe de laïcité, s'il est bien interprété, est respecté.

Concernant les questions de bioéthiques, leur positionnement n'est pas toujours précis pour eux-mêmes, et il dépend autant de leur propre questionnement que de leur religion. Il paraît important pour tout médecin, qu'il soit croyant ou non, qu'une aide lui soit fournie, afin qu'il puisse lui-même délivrer une information complète, qui permette à ses patients de se poser des questions, et de faire un choix libre, éclairé. Il peut s'agir pour le médecin d'enseignements en bioéthique, de groupe d'échange, d'un support écrit à remettre en consultation, de références bibliographiques ou de sites internet à transmettre pour étayer et élargir son discours.

Les croyances des médecins influencent leur relation avec leurs patients : parfois de manière conflictuelle en lien avec une expression affichée de sa foi (verbale, vestimentaire, organisation du cabinet ...), ou en lien avec la culture associée à cette religion (la culture maghrébine notamment dans cette thèse). Le plus souvent, elles permettent d'approfondir et d'enrichir la relation médecin-malade, elle-même à l'origine

de la satisfaction du patient et du praticien sur les prises en charge effectuées, notamment celle des besoins spirituels, dans laquelle les médecins croyants semblent plus impliqués. Cet aspect de la personnalité du médecin intervient pour certains dans le choix du médecin traitant, qui implique donc la liberté de chacun : liberté raisonnée de l'exercice du médecin, et celle d'y adhérer pour le patient.

Bien qu'elles puissent parfois être source de difficultés dans l'exercice, que ce soit relationnelles ou en lien avec des pratiques médicales différentes de leur pratique religieuse, sources de division intérieure pour certains, les convictions des praticiens sont majoritairement ressenties comme une aide et une ressource personnelle. Elles contribuent à l'épanouissement professionnel, et à la diversification des missions qu'ils s'attribuent. La dimension éducative auprès des patients décrite ici, touchant justement à l'intégration de la foi et de la culture de chacun dans les soins et la société est particulièrement intéressante dans la situation française actuelle, qui fait face à une mixité culturelle et religieuse de plus en plus marquée. Leur impact sur la satisfaction personnelle peut passer pour certains par ces multiples fonctions qui élargissent leur exercice, par des choix de carrière ou de formation, et peut-être par la prévention du burn out, aspect qui mériterait d'être approfondi.

Pour aller plus loin...

Il faut souligner que cette étude a été réalisée dans des zones urbaines ou péri-urbaines. La question du choix du médecin traitant n'est probablement pas la même dans les zones rurales, pauvres en professionnels de santé, ou lorsque le patient a difficilement accès au corps médical (sujets âgés se déplaçant peu, ou handicapés par exemple). Dans ces conditions, la moindre liberté du patient entraîne-t-elle une restriction de celle du médecin ? Se doit-il d'être plus accessible à tous, plus neutre, au risque de laisser de côté ce qui singularise et humanise sa pratique ? Comment se vit la relation de soins dans ces cas-là, et permet-elle la satisfaction de l'un et l'autre ? Une étude de ces conditions d'exercice et de soins, actuellement dans certaines régions françaises, et dans d'autres pays, pourrait permettre de faire évoluer le débat actuel sur la démographie médicale. De même, un travail auprès des médecins exerçant dans le cadre de la fonction publique pourrait compléter à titre de comparaison les données de notre recherche.

Enfin, dans une approche centrée sur le patient, le ressenti et l'avis de celui-ci est à étudier. Identifier plus facilement ceux qui souhaiteraient discuter de religion, et les situations qui pour eux sont de ce ressort, donner des outils au médecin, qu'il soit croyant ou non, pour dépister le besoin spirituel et orienter en cas de besoin, permettrait une prise en charge plus globale du patient. Sans compter que parler de religion, dans le cadre privé de la consultation pourrait aider à l'intégration et la valorisation de chacun, et participer à combattre les préjugés des uns et des autres, en favorisant la discussion autour d'un sujet qui pour beaucoup est devenu tabou. Les rôles du médecin généraliste sont multiples, de part son statut qui le place au cœur de la vie quotidienne de gens issus de populations variées, et de part la diversité des praticiens. Ils méritent d'être connus, reconnus, valorisés, encouragés et enseignés.

Candidat : Claire LE BOUTEILLER

Le président du Jury :
Professeur Yves ZERBIB



Le Doyen de la Faculté de Médecine Lyon-Sud
Charles Mérieux

Professeur Carole BURILLON



Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 3 mai 2017

BIBLIOGRAPHIE

1. Kitmedical - Le kit numérique des médecins généralistes [Internet]. Disponible sur: <http://kitmedical.fr/>
2. H4D. La consult station, une offre de santé complète et intégrée. [Internet]. Disponible sur: <https://www.h-4-d.com/la-consult-station>
3. Peabody F. The Care of the Patient. 1927 [Internet]. Disponible sur: https://courses.washington.edu/hmed665i/MSJAMA_Landmark_Article_The_Care_of_the_Patient.html
4. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Remède Médecin, Effet médecin. In: Manuel théorique de médecine générale. SFMG; 2015.
5. Capdepon M. Pratique de la médecine générale face à l'observance religieuse du patient [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
6. Dr CHAIB. Diabète sous insuline et Ramadan. oct 2009; Disponible sur: http://www.amaf-france.org/Amaf/index.php?option=com_content&view=article&id=55:diabete-et-ramadan&catid=9:documents-scientifiques&Itemid=33&date=2032-06-01
7. Collin S. Impact de la religion sur l'observance thérapeutique en soins primaires: enquête qualitative auprès de médecins généralistes de Champagne-Ardenne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
8. Boukeloul M. Que font les diabétiques de type 2 musulmans pendant le Ramadan ? : étude qualitative sur le comportement alimentaire, l'observance thérapeutique et la représentation du rôle du médecin traitant [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Clermont I; 2007.
9. WONCA europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. In 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
10. Kernohan WG, Waldron M, McAfee C, Cochrane B, Hasson F. An evidence base for a palliative care chaplaincy service in Northern Ireland. Palliat Med. sept 2007;
11. Sallet N, Déglyse A. Mort et spiritualité en médecine générale : entretiens semi-directifs auprès de médecins généralistes sur leur approche de la spiritualité dans un contexte de fin de vie et bilan de la formation initiale concernant la spiritualité. [France]; 2014.
12. Curlin FA, Sellergren SA, Lantos JD, Chin MH. Physicians' Observations and Interpretations of the Influence of Religion and Spirituality on Health. Arch Intern Med [Internet]. 9 avr 2007; Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2867458/>
13. Palau Y. Le contexte français de la séparation des Eglises et de l'Etat. nov 1999;

- Disponible sur: <https://www.portstnicolas.org/place/christianisme-et-laïcité/article/le-contexte-français-de-la-separation-des-églises-et-de-l-état>
14. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-français/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
 15. CSA. Les Français et leurs croyances [Internet]. 2003 mars. Disponible sur: http://medias.lemonde.fr/medias/pdf_obj/sondage030416.pdf
 16. RUBIO A. La laïcité en France, histoire de la laïcité en France [Internet]. Disponible sur: <http://www.thucydide.com/realisations/comprendre/laicite/france.htm>
 17. LOI n° 2004-228 du 15 mars 2004 encadrant, en application du principe de laïcité, le port de signes ou de tenues manifestant une appartenance religieuse dans les écoles, collèges et lycées publics.
 18. IFOP. Les Français et la laïcité [Internet]. 2015 déc. Disponible sur: http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=3232
 19. Observatoire de la laïcité. Qu'est-ce que la laïcité ? | Gouvernement.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/qu-est-ce-que-la-laicite>
 20. Ordre national des médecins. Code de déontologie médicale [Internet]. 2016 août. Disponible sur: zotero://attachment/186/
 21. Circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé [Internet]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020035.htm>
 22. Le médecin effecteur n'est pas un collaborateur occasionnel du service public - MACSF Exercice Professionnel [Internet]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Responsabilite/Actes-de-soins-technique-medicale/medecin-effecteur-collaborateur-service-public>
 23. CNEF. Libre de le dire au travail. BFL éditions; 2015.
 24. Kosmin BA, Mayer E, Keysar A. American Religious Identification Survey [Internet]. 2001. Disponible sur: http://www.gc.cuny.edu/CUNY_GC/media/CUNY-Graduate-Center/PDF/ARIS/ARIS-PDF-version.pdf
 25. Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. J Gen Intern Med. juill 2005;20(7):629 - 34.
 26. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, Lantos JD. Religion, Conscience, and Controversial Clinical Practices. N Engl J Med. 8 févr 2007;356(6):593 - 600.
 27. Lawrence RE, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Obstetrician-gynecologist physicians' beliefs about emergency contraception: a national survey. Contraception. oct 2010;82(4):324- 30.

28. Ramondetta L, Brown A, Richardson G, Urbauer D, Thaker PH, Koenig HG, et al. Religious and Spiritual Beliefs of Gynecologic Oncologists May Influence Medical Decision Making. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* avr 2011;21(3):573- 81.
29. Xu G, Veloski JJ, Hojat M, Fields SK. Physicians' intention to stay in or leave primary care specialties and variables associated with such intention. *Eval Health Prof.* mars 1995;18(1):92- 102.
30. Pourin A, Potier A. Quel est le vécu des femmes voilées exerçant la médecine générale ? [Tours, France]: SCD de l'université de Tours; 2012.
31. Brechon P. Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. PUG. 2011.
32. KAKAI H. Recherche qualitative : définition, but et méthodes [Internet]. 2008 févr. Disponible sur: http://www.carede.org/IMG/pdf/RECHERCHE_QUALITATIVE.pdf
33. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? 9 janv 2012; Disponible sur: https://halshs.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/657925/filename/pages_47_A_58_-_Dumez_H._-2011_-_Qu_est-ce_que_la_recherche_qualitative_-_Libellio_vol._7_nA_4.pdf
34. Temporal F, Larmarange J. Déroulement des enquêtes quanti et/ou qualitatives. [Internet]. 2006 nov. Disponible sur: https://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf
35. Qu'est-ce que la religion ? [Internet]. Disponible sur: http://atheisme.free.fr/Religion/Religion_definition.htm
36. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de la Religion [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/religion>
37. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de la spiritualité [Internet]. 2012. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/spiritualit%C3%A9>
38. IFOP. Les Français et la croyance religieuse [Internet]. 2011 avr. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/poll/1479-1-study_file.pdf
39. Sociovision. Une demande de discréption religieuse dans la vie collective [Internet]. 2014 nov. Disponible sur: http://www.sociovision.com/sites/default/files/note_laicite_sociovision_octobre_2014.pdf
40. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes, l'Entretien. Armand Colin. 2010.
41. Giroux S, Tremblay G. Méthodologie des sciences humaines, la recherche en action. ERPI. 2009.
42. Drapeau M. Les critères de scientifcité en recherche qualitative. *Prat Psychol.* mars 2004;10(1):79- 86.

43. Olivier de sardan J-P. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique. [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://amades.revues.org/1080>
44. Conseil National de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2016 janv. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
45. Allen L E. The Social Desirability Variable in Personality Research. *Journal of the American Statistical Association*. mars 1956; Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/232498319_The_Social_Desirability_Variable_in_Personality_Research
46. Guilfoyle J, St Pierre-Hansen N. Religion in primary care. *Can Fam Physician*. mars 2012;58(3):249- 51.
47. Anandarajah G, Roseman JL. A Qualitative Study of Physicians' Views on Compassionate Patient Care and Spirituality : Medicine as a Spiritual Practice ? mars 2014; Disponible sur: <https://www.rimed.org/rimedicaljournal/2014/03/2014-03-17-spirituality-anandarajah.pdf>
48. CNC DH. Etat des lieux du racisme en France. 2 mai 2016; Disponible sur: http://www.cncdh.fr/sites/default/files/les_essentiels_-_rapport_racisme_2015_page_a_page.pdf
49. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007 [Internet]. 2009. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2009_MOUSEL_CATHERINE.pdf
50. Velly L. La vie privée du médecin généraliste pendant la consultation, côté patient. Étude qualitative par entretien semi-dirigés [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01220552/document>
51. Ellis MR, Campbell JD. Concordant spiritual orientations as a factor in physician-patient spiritual discussions: a qualitative study. *J Relig Health*. 2005;44(1):39- 53.
52. Oyama O, Koenig HG. Religious beliefs and practices in family medicine. *Arch Fam Med*. oct 1998;7(5):431- 5.
53. UNESCO. Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme [Internet]. oct 19, 2005. Disponible sur: http://portal.unesco.org/fr/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
54. ASP Tarn. Historique des soins palliatifs [Internet]. Disponible sur: <http://asp-tarn.fr/doc/historique.pdf>
55. SFAP. Définition des soins palliatifs par l'OMS [Internet]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/def-oms.pdf>
56. Blum D. L'accompagnement spirituel religieux en Unité de Soins Palliatifs: effet d'un

- entretien spirituel sur le recours à l'aumônerie [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.
57. Lo B, Snyder L. Care at the end of life: guiding practice where there are no easy answers. *Ann Intern Med*. 4 mai 1999;130(9):772- 4.
 58. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. Disponible sur: <http://www.aafp.org/afp/2001/0101/p81.html>
 59. Luckhaupt SE, Yi MS, Mueller CV, Mrus JM, Peterman AH, Puchalski CM, et al. Beliefs of primary care residents regarding spirituality and religion in clinical encounters with patients: a study at a midwestern U.S. teaching institution. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. juin 2005;80(6):560- 70.
 60. Schaller M-D, Martinuz M, Krahenbuehl N, Odier C. Le médecin face au besoin spirituel en médecine intensive. *Revue Médicale Suisse [Internet]*. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-91/31858>
 61. Vermandere M, De Lepeleire J, Smeets L, Hannes K, Van Mechelen W, Warmenhoven F, et al. Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. nov 2011;61(592):e749-760.
 62. 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*. mai 2006;44(5):446- 53.
 63. Ellis MR, Campbell JD, Detwiler-Breidenbach A, Hubbard DK. What do family physicians think about spirituality in clinical practice? *J Fam Pract*. mars 2002;51(3):249- 54.
 64. 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*. janv 2003;18(1):38- 43.
 65. Koenig HG, Bearon LB, Dayringer R. Physician perspectives on the role of religion in the physician-older patient relationship. *J Fam Pract*. avr 1989;28(4):441- 8.
 66. Büsing A, Lötzke D, Glöckler M, Heusser P. Influence of Spirituality on Cool Down Reactions, Work Engagement, and Life Satisfaction in Anthroposophic Health Care Professionals. *Evid-Based Complement Altern Med ECAM [Internet]*. 2015;2015. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4324950/>
 67. Curlin FA, Dugdale LS, Lantos JD, Chin MH. Do religious physicians disproportionately care for the underserved? *Ann Fam Med*. août 2007;5(4):353- 60.
 68. Les groupes Balint | Société Médicale Balint. Disponible sur: <https://www.balint-smb-france.org/groupe-balint.php>

69. SFMG. Les groupes de pairs : une méthode de formation rigoureuse, validée et reconnue. [Internet]. Disponible sur: http://www.sfmg.org/groupe_de_pairs/
70. Price D, Carr RS, Howard M. Caring for the carers. *Can Fam Physician*. nov 2013;59(11):1145- 7.
71. Schmittdiel J, Selby JV, Grumbach K, Quesenberry CP. Choice of a personal physician and patient satisfaction in a health maintenance organization. *JAMA*. 19 nov 1997;278(19):1596- 9.
72. Conseil National de l'ordre des médecins. Continuité des soins, commentaire article 47 du CSP [Internet]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-47-continuite-des-soins-271>
73. Viard DC. Influence de la personnalité du médecin généraliste et de ses préférences sur la typologie de sa patientèle. 2000.

ANNEXES

LE CANEVAS D'ENTRETIEN :

Présentation personnelle :

Comme je vous l'ai expliqué lors de la prise de rendez-vous, je suis médecin et je fais actuellement un travail de recherche dans le cadre de ma thèse, sur la question de la spiritualité en médecine générale. Plus particulièrement je m'interroge sur l'éventuelle place de la religion personnelle d'un médecin dans sa pratique de la médecine générale ambulatoire.

Cet entretien servira à nourrir ma thèse, c'est pourquoi notre conversation sera enregistrée. Cependant les données resteront anonymes, vous êtes tout à fait libre de vos propos. Pour commencer je vais vous poser quelques questions afin que vous puissiez vous présenter.

Introduction : âge, sexe

Concernant la formation :

Choix de la médecine générale, du lieu et du type d'exercice

Nombre d'années exercées en médecine générale

Concernant la confession religieuse :

Comment définiriez-vous la religion (de manière générale) ?

Quelle est votre confession, et depuis quand cela a-t-il de l'importance dans votre vie ?

Pensez-vous que votre foi ait influencé votre choix de métier / spécialité ?

Concernant la pratique de la médecine générale :

A vos yeux, votre religion a-t-elle une place dans votre travail, et si oui laquelle ? Pensez-vous que religion ait un impact dans votre pratique médicale ?

- Pensez-vous que vous abordez certaines maladies/ certains patients d'un regard particulier lié à votre confession religieuse, et si oui lequel ? Aborder la fin de vie, le début de la vie, la contraception, éducation
- Pensez-vous qu'elle intervienne dans le soin, dans la prise en charge de vos patients ? (spirituelle, morale, sociale, arrêts de travail, purement médicale et thérapeutique ? refus de soins)

- Voyez-vous votre religion comme une aide ou une difficulté dans votre pratique médicale ?

Pour finir : l'échange avec le patient ?

Quel est selon vous l'impact de votre religion vis à vis de la relation médecine-malade, La question de la spiritualité/religion est-elle une question que vous abordez facilement avec vos patients ? Concernant votre spiritualité, ou celle du patient ?

Pensez-vous que c'est une bonne chose, et si oui sous conditions / dans quel contexte /quels objectifs ?

Si non abordé : Pensez-vous que ce serait inadapté d'en parler avec vos patients ? Si oui pourquoi, si non pourquoi et dans quel contexte ?

Question ouverte : voudriez-vous réagir sur ce qui a été évoqué ?

EVOLUTION DU CANNEVAS D'ENTRETIEN :

La grille d'entretien est devenue plus libre, à partir de quelques questions plus ouvertes. Cependant l'enquêteur a veillé à ce que chacun des points évoqués dans la première version soit abordé, s'ils ne l'étaient pas spontanément par le médecin.

Présentation personnelle et du travail de thèse

Présentation du médecin :

« Je vais vous laisser vous présenter »

Aborder la formation, l'exercice médical, la confession religieuse.

« Qu'est-ce que pour vous une religion ? Quelle place a-t-elle dans votre vie ? »

Abord du thème :

« Si je vous dis exercice médical et pratique religieuse, qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ? »

« Est-ce un sujet dont vous parlez avec vos patients ? »

« Qu'est-ce que la religion peut vous apporter, à vous, dans votre exercice médical ? »

« Voulez-vous réagir sur un des points évoqués ? »

PLAN DE L'ANALYSE

Le contexte : un exercice personnel, ancré dans une société laïque, de culture judéo-chrétienne.

Un exercice médical ancré dans une société judéo-chrétienne

- fondements judéo-chrétiens, références culturelles
- difficultés et incompréhensions vis à vis de l'islam

Un sujet sensible à aborder

- Demande d'anonymat
- Notion de professionnalisme
- Aspects non impactés (certificats, arrêts de travail)

Difficultés à séparer les croyances de la personnalité du médecin

- Définition de la religion
- Analyse subjective par les entretiens,
- L'exercice est tout autant lié à l'expérience du médecin, à son vécu, qu'à sa religion
- Non exclusivité de l'influence de la religion sur plusieurs des sujets abordés

Interrogations sur la législation

Des croyances plus ou moins exprimées par les médecins

Différents modes d'expression de sa propre religion

- Verbalement, spontanément ou à la demande du patient
- physiquement
- organisation du cabinet

Les freins à l'expression de sa religion

- le manque de temps
- le contexte religieux français
- Les antécédents de difficultés en lien avec la religion

- Par respect pour la laïcité, la volonté de respecter la liberté du patient
- Protéger sa vie privée, séparer le religieux du professionnel

Retentissement dans le soin, dans la prise en charge du patient.

La relation médecin-malade

- A l'origine d'une attention particulière à la religion de ses patients
- Tolérance vis à vis des autres religions
- Lien privilégié quand même religion entre médecin et patient.
- Favorise l'écoute
- Implication dans le choix du MT
- Notion de patientèle

Utiliser la religion du patient pour prendre soin du patient

- Notion de besoins spirituels
- Influence et utilisation dans la psychothérapie de soutien et la prise en charge des angoisses
- En situation de fin de vie : pour aider les patients et les familles
- Des prescriptions adaptées aux croyances du patient
- Conseils prodigués en lien avec l'expérience spirituelle du médecin

Abord des sujets bioéthiques

- Des convictions personnelles diverses, qui ne sont pas toujours dictées par leurs croyances
- Des médecins souvent en réflexion...
- ... Qui souhaitent induire la réflexion chez leurs patients
- Tout en restant prudent, et dans le non jugement, notion surtout d'humanité, d'accompagnement
- Le positionnement du médecin : rendu public ou privé

Apport des convictions religieuses du médecin, sur le plan personnel

Aide, soutien, ressource

- Aide : pour « bien » exercer. Aide au discernement, aide dans les situations difficiles.
- Renforce la notion d'empathie
- La place de la prière
- Partage avec les confrères de même religion

Le sens et la valeur du travail

- Epanouissement personnel
- Implication du médecin
- Notion de vocation
- Les rôles du médecin au delà du médical
 - o L'accompagnement
 - o Education
 - o Rôle d'exemple et projection des patients
 - o En lien avec la liberté ressentie de la pratique

Peut être une source de difficultés

- écart entre pratique demandée et croyances personnelles
- Conflits avec les patients
- Difficultés entre professionnels de santé

Implication dans l'organisation de la carrière

- Choix du type, lieu d'exercice
- Evolution de la pratique
- Formations complémentaires

LE BOUTEILLER Claire.

Perception de l'influence des croyances religieuses dans l'exercice de la médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes croyants.

Th. Med : Lyon 2017

RESUME

Introduction : Le médecin généraliste exerce avec ses connaissances scientifiques, mais également son expérience et sa propre personnalité. A ce titre, ses croyances religieuses peuvent-elles influencer sa pratique, dans quels domaines et sous quelles formes ?

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 9 médecins généralistes de différentes religions, exerçant en région Rhône-Alpes, interrogés de février à novembre 2016.

Résultats : Le sujet religieux est ressenti comme complexe en France, et abordé avec prudence. Les principaux freins à l'expression des croyances du médecin sont le manque de temps, les antécédents de difficultés en lien avec la religion, la volonté de protéger sa vie privée, et de respecter la liberté du patient. Ce sujet est plus facilement abordé avec des patients eux-mêmes croyants, dans les situations où le médecin prend en charge le besoin spirituel de celui-ci (fin de vie, angoisses, psychothérapie, deuil), et il participe à construire la relation médecin-malade. La majorité d'entre eux s'accordent à la discrétion sur les sujets bioéthiques, souhaitant surtout induire un questionnement, tout comme eux s'interrogent selon leur histoire personnelle, et leur religion. Enfin la foi est souvent vécue comme une aide dans l'exercice, et dans l'épanouissement professionnel, malgré certaines difficultés à concilier exigences médicales et convictions personnelles.

Conclusion : Les croyances des médecins interviennent principalement dans la relation médecin-malade, qui garantit à la fois une prise en charge optimale du patient et la satisfaction personnelle du médecin. La liberté de choix du médecin traitant par le patient, et de son exercice par le praticien paraît donc essentielle. Par ailleurs, la bonne compréhension et application du principe de laïcité sont une chance dans notre société pour une juste intégration de la religion dans la santé.

MOTS CELFS

Religion
Médecine générale
Relation médecin-malade
Recherche qualitative

JURY

Président

Monsieur le Professeur Yves ZERBIB

Membres

Monsieur le Professeur Olivier CLARIS

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Monsieur le Docteur Vincent REBEILLE-BORGELLA

DATE DE SOUTENANCE

2 juin 2017

Adresse de l'auteur

23 rue Pierre Robin, 69007 LYON