

**Diplôme Inter-Universitaire Ethique en Santé**

« Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en  
santé »

# **LES PRATIQUES RELIGIEUSES EN PSYCHIATRIE**

---

**ENTRE LAÏCITÉ ET PRIMAUTÉ DES SOINS,  
QUELLE PLACE POUR LE LIBRE ARBITRE ?**

**Yvonne QUENUM**

Mémoire soutenu le 08 septembre 2016

Tuteurs :

Pr Jacques PELLET

Dr Anne GROSSELIN

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie le Pr Jacques Pellet, pour m'avoir consacré autant de temps. La richesse de nos échanges a nourri ma réflexion durant toute la durée de ce travail de recherche.

Je remercie le Dr Anne Grosselin pour sa disponibilité et la pertinence de ses observations, toujours bienveillantes.

Je remercie Floriane Varinard, psychologue clinicienne, pour son soutien, ses remarques et sa disponibilité.

Je remercie le Dr D'ANGELO pour le temps qu'il m'a consacré et ses apports théoriques

Je remercie le Pr Fakra, pour la pertinence de ses conseils.

Je remercie mon cadre Henri Odde et mes collègues de travail du 52B, qui m'ont soutenue et supportée tout au long de cette année.

Je remercie toute l'équipe pédagogique du DIU pour leur accompagnement et leur bienveillance

Je remercie les patients, les soignants et les intervenants religieux pour m'avoir accordé leur confiance, et pour avoir répondu aux questions de façon aussi sincère.

Je remercie également tous mes proches, mes amis, mon compagnon et ma famille, qui m'ont montré un soutien et une confiance sans faille. Merci d'avoir rendue si riche cette année pourtant difficile.

*À mon père, pour m'avoir appris que le bonheur se gagne avec détermination et volonté.*

*À maman, mon exemple de courage, pour m'avoir appris que tout est possible, merci de m'avoir autant donné.*

*À Alicia et Adam, pour m'avoir donné chaque jour la force de continuer.*

## SOMMAIRE

I.	PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE.....	6
II.	ASPECTS THÉORIQUES.....	7
1)	LE CADRE LEGISLATIF.....	7
2)	DÉFINITIONS ET CONCEPTS.....	10
A.	LAÏCITÉ.....	10
•	DÉFINITION DU PRINCIPE DE LAÏCITÉ.....	10
•	HISTOIRE DE LA LAÏCITÉ.....	11
•	LES DIFFERENTES CONCEPTIONS DES RAPPORTS ENTRE ETAT ET RELIGION.....	12
•	LAÏCITÉ A L'HÔPITAL.....	14
B.	RELIGION ET SPIRITUALITÉ.....	15
•	RELIGION.....	15
•	CROYANCE.....	16
•	LA FOI.....	17
•	SPIRITUALITÉ.....	17
•	PRATIQUE RELIGIEUSE.....	18
•	SECTE.....	19
•	AGNOSTIQUE.....	20
•	ATHÉE.....	20
•	L'EXPÉRIENCE EXCEPTIONNELLE , ANOMALITÉ ET ANORMALITÉ...	21
C.	PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE.....	22
•	L'ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE.....	22
•	LA SANTÉ MENTALE.....	24
•	MALADIE MENTALE ET PSYCHIATRIE.....	24
•	NOTION DE GUÉRISON ET RÉHABILITATION EN PSYCHIATRIE.....	27
D.	LIBERTÉ ET AUTONOMIE EN PSYCHIATRIE.....	28
3)	IMPACT DE LA RELIGION ET DE LA SPIRITUALITE SUR LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES.....	36
A.	QUELQUES PATHOLOGIES RENCONTRÉES EN PSYCHIATRIE.....	36
•	SCHIZOPHRENIE.....	36
•	LES ADDICTIONS.....	39
•	L'ANOREXIE MENTALE.....	40
•	TROUBLES DE L'HUMEUR, ET PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE.....	43
B.	LA RELIGION EN PSYCHIATRIE.....	45
•	LE COPING RELIGIEUX.....	45
•	MINDFULLNESS ET MÉDITATION.....	47
•	ETHNOPSYCHIATRIE.....	48
4)	LES RÉSISTANCES DE LA PSYCHIATRIE AU FAIT RELIGIEUX.....	52
A.	PSYCHIATRIE ET RELIGION : DES LIENS HISTORIQUES.....	52
B.	HYPOTHESES COMPLEMENTAIRES.....	56
•	INTERET DES SOIGNANTS EN PSYCHIATRIE POUR LA RELIGION.....	56
•	LA PROTECTION DU CADRE INSTITUTIONNEL.....	56
•	LE LIEN AVEC LES PROBLEMES SOCIETAUX ACTUELS.....	58
•	DE LA BIENVEILLANCE EN PSYCHIATRIE.....	59
•	CONSTRUCTIVISME EN PSYCHIATRIE.....	59
5)	SORTIR DE L'IMPASSE ENTRE RESPECT DE LA LIBERTE ET PRISE EN COMPTE DE LA VULNERABILITE : PISTES EN ETHIQUE ET EN PHILOSOPHIE.	60
A.	PSYCHIATRIE UNE MÉDECINE TÉLÉOLOGIQUE ?.....	60

•	UNE MEDECINE AXEE SUR UN OBJECTIF PRIORITAIRE : LE RETOUR A UNE PENSEE RATIONNELLE OU LE MALADE REVIENDRA A LA SOCIETE EN TANT QUE CITOYEN APTE A CONSENTIR.....	60
•	UNE TRADITION UTILITARISTE .....	61
	B. PSYCHIATRIE ET PATERNALISME.....	62
•	LES DIFFERENTS MODELES DE RELATION SOIGNANT / MALADE.....	62
•	LA THÉORIE PROCÉDURALE DE LA JUSTICE : ÊTRE JUSTE POUR CHACUN.....	64
•	APPLICATIONS.....	64
	C. EXERCER SA LIBERTÉ, ÊTRE AUTONOME, UNE FIN EN SOI ?	66
	D. LEVINAS : UNE ETHIQUE DE LA VULNERABILITE .....	69
III.	TRAVAIL DE RECHERCHE ET ANALYSE.....	70
	1) MÉTHODOLOGIE.....	70
	2) ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE. ....	72
	3) EXPLOITATION DES DONNEES .....	73
	4) LIMITES ET CRITIQUES DE L'ETUDE.....	73
	5) SYNTHESE ET DISCUSSION .....	74
•	UNE MÉCONNAISSANCE DU PRINCIPE DE LAÏCITÉ .....	74
•	UN MANQUE DE SOUTIEN : .....	75
•	UNE DIFFICULTÉ À DÉFINIR LES LIMITES DU CADRE DES PRATIQUES RELIGIEUSES À L'HÔPITAL :.....	76
•	CONNAISSANCE DES ÉTUDES .....	78
•	LES DISCOURS SOIGNANTS MARQUENT UN RÉEL MANQUE D'INTÉRÊT POUR LE FAIT RELIGIEUX.....	79
•	LA DIVERSITÉ DES REPRÉSENTATIONS .....	79
•	INTÉRÊTS D'UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE ET PHILOSOPHIQUE.....	80
•	LA QUESTION DU PROTOCOLE .....	82
•	PROPOSITIONS.....	82
IV.	CONCLUSION .....	83

# I. PROBLÉMATIQUE ET QUESTION DE RECHERCHE

Le questionnement autour de la liberté de pratique religieuse à l'hôpital a souvent été réfléchi<sup>(1)-(2)-(3)-(4)</sup>, il concerne principalement la tension entre :

- le respect du patient, de son autonomie
- et le respect des autres malades et de l'institution hospitalière dans son fonctionnement.

En ce sens, il est rappelé dans le rapport Belmont (1979) que « Respecter l'autonomie c'est donner du poids aux opinions et aux choix réfléchis d'une personne autonome, tout en s'abstenant de faire obstacle à ses actions, sauf si elles sont clairement au détriment d'autrui. »<sup>(5)</sup>. Bien sûr, le principe de bienfaisance peut être convoqué lorsque la pratique religieuse va à l'encontre de soins vitaux, mais le respect de l'aptitude à l'autodétermination des patients autonomes est généralement prévalent. Dans la préface du livre d'Isabelle Levy « La religion à l'hôpital », le Professeur Israël Nisand explique que l'idéal laïc implique une culture de l'autonomie du jugement « C'est une confiance de principe dans la raison, faculté humaine de libre examen »<sup>(6)</sup>. Or, les malades mentaux ont justement une atteinte de leur « raison » et de leur « faculté humaine de libre examen ». C'est pourquoi la psychiatrie offre, il me semble, une dimension supplémentaire à cette réflexion, dans le sens où l'autonomie même du patient peut être remise en question et la fragilité des autres malades nécessite une attention particulière. Pour autant, le patient du service de psychiatrie doit-il être privé de toute liberté de pratique religieuse ? Sa maladie l'empêche-t-il dans tous les cas d'accéder à une spiritualité légitime ? Son manque d'autonomie annule-t-il le besoin de spiritualité ? Ma question de recherche se pose ainsi : **« COMMENT RESPECTER LA LIBERTÉ DE PRATIQUE RELIGIEUSE DU PATIENT HOSPITALISÉ EN SERVICE DE PSYCHIATRIE, TOUT EN PROTEGEANT SA SANTÉ MENTALE ET CELLE DES AUTRES PATIENTS ? »**

Est-on réellement bienfaisant en limitant le malade dans sa pratique ? La bienveillance des

---

(1) Stasi B. Commission de réflexion sur l'application du principe de laïcité dans la république. Rapport au Président de la république, 2003 . Point 1.2.3.2

(2) Lequillier C. La laïcité à l'hôpital. Soins, octobre 2015, N°799, p. 25-28

(3) Levy I. La religion à l'hôpital. Paris : presses de la renaissance ; 2004

(4) Observatoire de la laïcité. Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé. Février 2016. <http://www.gouvernement.fr/guide-laicite-et-gestion-du-fait-religieux-dans-les-etablissements-publics-de-sante-3855> consulté le 25 mai

(5) Rapport Belmont (Rapport), National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research. Rapport Belmont : principes éthiques et directives concernant la protection des sujets humains dans le cadre de la recherche, États-Unis : Department of health and human services, 1979.

(6) Levy I. *op. cit.*

soignants est-elle entravée par les liens conflictuels entre psychiatrie et religion<sup>(7)</sup>? Pour C. Delphy « La liberté religieuse découle de la liberté de conscience »<sup>(8)</sup>. Alors quel sens a une pratique religieuse si elle est produite par une conscience supposée malade ?

## II. ASPECTS THÉORIQUES

Ces questions sont de nature complexe. Il paraît donc indispensable de rappeler les lois encadrant les pratiques religieuses à l'hôpital, puis définir les termes et concepts principaux concernés par ces questions.

### 1) LE CADRE LEGISLATIF

Pour Isabelle Levy, « chacun a droit à la différence mais nul n'a de différence de droits »<sup>(9)</sup>

- Loi du 9/12/1905 sur la séparation de l'Église et de l'État- Article 1: « La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public. »<sup>(10)</sup>

Cette loi fait de la laïcité un principe fondamental du droit Français. Pour Henri Pena Ruiz « La loi de séparation de l'Église et de l'État, en 1905, va au delà de la rupture d'un lien d'assujettissement de l'instance politique à une religion particulière : elle délivre la sphère spirituelle de tout monopole confessionnel et refonde la puissance publique sur le principe de neutralité »<sup>(11)</sup>. La République ne se réfère plus à aucun culte, il s'agit là d'une réelle « émancipation laïque »<sup>(12)</sup>. La liberté de conscience, la neutralité de l'état et l'égalité des citoyens, sont mis au premier plan.

- Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 Article 18 : « Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction seule ou en commun, tant en public qu'en privé, par l'enseignement, les pratiques, le culte et l'accomplissement des rites. »<sup>(13)</sup> .

---

(7) Leguay D. Psychiatrie et religion.in Encycl Méd Chir, Paris : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Psychiatrie, 2001, p.6

(8) Delphy C. Un universalisme si particulier. Paris : Editions Syllepse 2010

(9) Levy I. op.cit.

(10) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000508749> consulté le 25 mai 2016

(11) Pena Ruiz H. Dieu et Marianne. 2ème éd. Paris: Presses Universitaires de France ; 2015

(12) *Ibid.*

(13) <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948> consulté le 25 mai 2016

Cette déclaration a été rédigée au sortir des atrocités de la seconde guerre mondiale. Cet article, permet de rappeler que la liberté de conscience n'a de sens qu'associée à sa liberté d'expression.

- Constitution du 4 octobre 1958 en vigueur -Article 1er : «La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances. Son organisation est décentralisée. »<sup>(14)</sup>

La constitution, que Bertrand Mathieu définit comme « La règle de droit suprême ...qu'un peuple se donne à lui même »<sup>(15)</sup>, inscrit en 1958 la laïcité dans son premier article, faisant de ce principe un des fondements de la Ve République.

C'est donc dans cette lignée qu'a été rédigée la législation concernant le domaine religieux dans les lieux de soin. Les principaux éléments sont contenus dans la Circulaire DHOS/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé :

- « Dans le domaine religieux, les patients se voient garantir la libre pratique de leur culte et la manifestation de leurs convictions religieuses :
  - l'article R. 1112-46 CSP issu du décret no 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux indique que « les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte ; ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix » ;
  - la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH no 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés précise : « L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...) ». L'article L. 3211-3 du code de la santé publique affirme cette même liberté pour les personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées sans leur consentement. »<sup>(16)</sup>

Cette circulaire précise les dispositions établies dans le code de la santé publique, et rappelle

---

(14) <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/texte-integral-de-la-constitution-du-4-octobre-1958-en-vigueur.5074.html>, consulté le 25 mai 2016

(15) Pena Ruiz H. *op.cit.*

(16) <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020035.htm>, consulté le 25 mai 2016

les recommandations de la charte du patient hospitalisé. Les éléments les plus importants concernent la liberté de croyance et de pratique religieuse, la neutralité des agents, représentants de la fonction publique. Elle met en avant la question des patients « atteints de troubles mentaux » en affirmant qu'ils doivent également jouir de ces libertés, et ce même si ils sont hospitalisés sans leur consentement.

Elle précise aussi les limites de cette pratique religieuse à l'hôpital :

« La charte du patient hospitalisé précitée, tout en affirmant la liberté d'action et d'expression des patients dans le domaine religieux, rappelle : « Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres(...) Á cet égard, il convient de veiller à ce que l'expression des convictions religieuses ne porte pas atteinte :

- à la qualité des soins et aux règles d'hygiène (le malade doit accepter la tenue vestimentaire imposée compte tenu des soins qui lui sont donnés) ;
- à la tranquillité des autres personnes hospitalisées et de leurs proches ;
- au fonctionnement régulier du service.

Il appartient aux directeurs des établissements de santé de faire respecter strictement ces diverses dispositions qui constituent des garanties essentielles pour les malades. Pour ce faire, ceux-ci disposent du pouvoir général de police au sein de leur établissement (*cf.* art. L. 6143-7 du code de la santé publique). »<sup>(17)</sup>

La loi est donc claire sur la liberté de culte bien qu'elle laisse certaines exceptions à l'appréciation des soignants et des administratifs :

- limites de la liberté de pratique religieuse face à la primauté des soins
- limites des pratiques face à l'intérêt collectif et à la tranquillité des autres patients.

Mais en psychiatrie, l'évaluation du « nécessaire au soin » est complexe, elle va au delà des questions d'hygiène et de protocole des services de soins somatiques, elle est subjective, relative au patient et au soignant.

La notion de « Tranquillité » semble peu adaptée à la population des services de santé mentale, leur fragilité pouvant donner le pouvoir au moindre événement ou à la moindre parole de perturber leur tranquillité, la tranquillité d'esprit étant un état souvent difficile à atteindre pour eux, quelque soit le contexte.

Afin de respecter au mieux ce cadre législatif, il semble nécessaire de définir certains mots, concepts et principes.

---

(17) <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020035.htm>, consulté le 25 mai 2016.

## **2) DÉFINITIONS ET CONCEPTS**

### **A. LAÏCITÉ**

#### **• DÉFINITION DU PRINCIPE DE LAÏCITÉ**

La laïcité est très présente dans les débats actuels, qu'ils soient politiques ou sociétaux. Paradoxalement, ce principe est parfois utilisé pour défendre la liberté de pratique religieuse ou au contraire pour la limiter. Comme cela a été mentionné précédemment, la laïcité fut consacrée comme principe essentiel de la République par la loi du 9 décembre 1905. « Laïcité » est dérivé du mot « laïc » « emprunté (XIII<sup>e</sup> siècle) au latin ecclésiastique *laïcus* : commun du peuple non clerc»<sup>(18)</sup>.

Dans son étymologie, « laïc » est en lien avec la notion de « peuple ». La Laïcité se définit comme étant « la conception politique et sociale impliquant la séparation de la religion et de la société civile »<sup>(19)</sup>. Ce principe complexe a été étudié dans divers ouvrages<sup>(20-21)</sup> qui montrent qu'il comporte plusieurs valeurs, les divergences tiennent généralement à la préférence que va porter chaque auteur à l'une d'entre elle, que ce soit la liberté, la neutralité ou encore l'égalité. Pour H Pena Ruiz, il n'y a pas différentes formes de laïcité. Y rajouter des adjectifs tels que laïcité « ouverte », « inclusive » ou « positive » est un contresens. La laïcité, comme la liberté et comme les droits de l'Homme, est un principe qui est ou qui n'est pas, avec lequel on ne peut pas négocier. Il considère qu'en la qualifiant ainsi « il s'agit en fait de réduire la laïcité à la seule liberté de conscience, voire de religion, sans mettre en jeu l'égalité de traitement de tous les citoyens »<sup>(22)</sup>. La laïcité est plus que la liberté de religion, il y a une notion de justice qui se dégage de ce principe. L'état se doit d'être juste envers chacun. Et chacun est soumis aux mêmes lois. L'idéal laïc « ne se réduit pas à une simple sécularisation de la sphère publique(...).C'est dire qu'il ne cherche à unir les hommes que par ce qui les élève en les rendant libres les uns par rapport aux autres »<sup>(23)</sup> Ce principe n'est pas seulement une neutralisation de l'état vis-à-vis de la religion. C'est aussi la fondation d'un lien social se basant sur les facultés humaines à raisonner, dans cet idéal humaniste où chacun serait capable d'une autonomie rationnelle. « L'autonomie du citoyen se fonde sur celle de

---

(18) Rey A. Dictionnaire historique de la langue française. Paris : Le Robert ; 2015 Laïcité p.1845.

(19) *Ibid.*

(20) Pena-Ruiz H *op. cit.*

(21) Debray R. Ce que nous voile le voile.Paris : Gallimard ; 2004

(22) Pena-Ruiz H. *op. cit.*

(23) *Ibid.*

l'Homme, constitué en sujet maître de pensée. Le rapport à la foi n'en est que mieux défini : l'autonomie rationnelle n'implique nullement sa suppression, mais seulement cette conscience distanciée qui permet au sujet connaissant de ne pas se méprendre sur le partage entre ce qu'il sait et ce qu'il croit »<sup>(24)</sup> . La philosophie de la laïcité, tire son inspiration des idéaux des lumières. Elle est liberté de conscience, d'expression et de communication. La solidarité entre ces trois libertés est indispensable pour respecter le principe de laïcité. « Qu'est ce que la liberté d'une conscience emmurée dans le silence et la crainte, dissuadée d'être elle-même par la culpabilisation potentielle de son exercice sans entraves et surtout, privée de la liberté de communication ? »<sup>(25)</sup>. Ainsi, affirmer qu'il y a liberté de conscience lorsque son expression est synonyme de persécution est un contre sens.

Ces ouvrages nous rappellent donc que la laïcité n'est pas seulement liberté de conscience, elle est aussi neutralité de l'État et égalité entre les citoyens. Résultat d'un long processus de sécularisation et d'émancipation, elle s'est construite à travers des batailles rudement gagnées, c'est probablement pourquoi ses défenseurs sont à ce point fervents.

## • HISTOIRE DE LA LAÏCITE

Dans son livre, H. Pena-Ruiz <sup>(26)</sup> rappelle la dure conquête qu'a été la laïcité. La laïcité s'est d'abord constituée contre les persécutions de l'Église, et les crimes inspirés par la religion. Les oppressions et persécutions faites contre les « impies » « hérétiques » ou dissidents ont été justifiées, comme le rappelle H. Pena- Ruiz par certains écrits bibliques : « contrains les d'entrer ». Au Ve siècle, Saint Augustin, en assimilant une confession religieuse à la vérité, justifiait la contrainte par le dogme posé. La violence était légitime puisqu'elle permettait d'accéder à la « vraie religion ». C'est dans cette idéologie qu'ont eu lieu croisades et conversions forcées. Saint Augustin, dans sa lettre 185 écrit : « Il y a une persécution injuste, celle que font les impies à l'Eglise du Christ ; et il y a une persécution juste, celle que font les Eglises du Christ aux impies(...). L'Eglise persécute par amour et les impies par cruauté »<sup>(27)</sup>. Une lecture littérale des textes religieux, sans prise de distance, et sans souci d'historicité peut, selon Spinoza, faire virer la religion au fanatisme <sup>(28)</sup>et ainsi, légitimer la violence de l'inquisition, les massacres, les guerres ou de façon plus contemporaine le djihad. Or, on retrouve aussi dans toutes les religions du livre, des textes qui « proscrivent la violence, et

---

(24) Pena Ruiz H. *op cit*

(25) *Ibid.*

(26) *Ibid.*

(27) *Ibid.*

(28) *Ibid.*

prescrivent l'amour »<sup>(29)</sup>. H. Pena-Ruiz propose d'autres exemples d'emprise cléricale dans l'histoire. Il rappelle ainsi que Pie IX (pape de 1846 à 1849) avait déclaré les droits de l'homme « impies et contraires à la religion », dans la mesure où ils prônaient la liberté de conscience en matière religieuse. Ainsi, pour H. Pena-Ruiz, « Le mal n'est d'aucun temps, ni d'aucun lieu en particulier : c'est dire qu'il peut surgir partout où une idéologie- et pas seulement une religion- entend s'imposer à tous par l'appropriation de la puissance publique »<sup>(30)</sup>. C'est de ce constat qu'est née l'exigence de laïcité en France, de là découle la nécessaire intransigeance concernant la neutralité de l'état. La laïcité, conquise face aux oppressions cléricales, est la délivrance qui a permis la construction d'une réelle république. « C'est en quelque sorte toute l'aventure de la liberté qui se joue, souvent tragiquement, dans la conquête de la laïcité »<sup>(31)</sup>. C'est dans ce contexte que notre société est extrêmement prudente à l'idée de rendre la moindre parcelle de pouvoir à la religion.

- **LES DIFFERENTES CONCEPTIONS DES RAPPORTS ENTRE ETAT ET RELIGION**

Pour H. Pena-Ruiz, en Europe, seule la France est un état laïc, dans la mesure où elle est la seule à faire une stricte séparation entre église et état. Il note ainsi une contradiction des rapports politico-religieux entre la France et le reste des pays d'Europe. Ainsi, Régis Debray rappelle dans son ouvrage que la laïcité n'est un principe constitutionnel qu'en France. L'union européenne part elle de la notion de liberté religieuse<sup>(32)</sup>. Ces deux conceptions mènent à des législations différentes puisque comme expliqué plus haut la laïcité est bien plus que la liberté religieuse. Les positions de la France envers la scientologie et les témoins de Jéhovah ont pu être considérées à l'étranger comme liberticides. En France, le principe mis en avant est plus celui de laïcité que de liberté religieuse. Les notions d'égalité de traitement des citoyens et de neutralité de l'État ont plus qu'ailleurs une signification importante, en lien avec les éléments historiques précités. De plus, la liberté de conscience est irréductible à la liberté religieuse. Elle inclut l'athéisme et l'agnosticisme. La tolérance, développée par Locke au XVIIe siècle, tout en rejetant les violences et les persécutions, affirme les libertés par rapport à la religion. La tolérance est un préambule à la laïcité, mais elle ne l'est pas car elle suppose une religion de référence qui « dit la norme et fixe les écarts permis »<sup>(33)</sup>. D'autre

---

(29) Pena-Ruiz H. *op. cit.*

(30) *Ibid.*

(31) *Ibid.*

(32) Debray R. *op. cit.*

(33) Pena-Ruiz H. *op. cit.*

part, H Pena-Ruiz<sup>(34)</sup> rappelle que « l'idée même de tolérer suppose que quelqu'un se trouve en mesure de tolérer alors que d'autres sont en situation d'être tolérées ou non » Pour Régis Debray, les différences de conception de relation entre état et religion tiennent aussi à ce qu'en France la laïcité soit un bouclier de refuge « non pas pluri mais trans-communautaire »<sup>(35)</sup> Il permet à chacun de construire son identité par la pratique du libre examen. « C'est bien pourquoi il doit y avoir égalité de traitement entre tous les vecteurs de propagande et de prosélytisme. La France, plus proche en cela du Québec que du Canada, ne peut sans doute pas se payer le luxe du multiculturalisme, plus accessible aux histoires courtes et aux larges espaces »<sup>(36)</sup>. Il convient également de considérer la question de la « sphère privée » et de la « sphère publique ». Ces thèmes ont été largement utilisés lors des débats concernant « le voile » et le « port de signes religieux ostentatoires ». Il a souvent été dit qu'au nom de la laïcité, la religion devait rester une chose « intime », cantonnée à la sphère privée. Cette affirmation montre une confusion entre la nécessaire neutralité de l'état et la neutralité de l'espace public. Pour la sociologue C. Delphy, considérer la religion comme une affaire privée ou intime serait faire équivaloir « les croyances(...)à des pratiques légèrement obscènes, ou au moins impudiques »<sup>(37)</sup>. C'est également oublier que la liberté de conscience n'a de sens que si elle est accompagnée de la liberté d'expression. La loi Française et les conventions internationales le rappellent. Elle se désole dans son ouvrage de voir la laïcité souvent considérée comme dogme et non comme moyen de défendre une égale liberté pour tous. En ce sens, elle dit s'opposer à la conception de H. Pena Ruiz. Notons qu'ils s'accusent l'un l'autre de vider le concept de laïcité de sa substance. Néanmoins H. Pena Ruiz la rejoint sur le fait que la religion n'a pas à être exclusivement une « affaire intime ». Lorsqu'il parle de la nécessité pour la religion de concerner la sphère privé, c'est dit-il, pour la protéger dans le registre juridique, et non pas nier son rôle dans la vie sociale « La liberté de conscience-et notamment la libre adhésion à une religion comme le refus éventuel de toute religion- est associée à l'égalité de principe de tous les hommes. L'assigner à la sphère privée, ce n'est pas en méconnaître la dimension collective (...), mais stipuler un statut qui la met hors de portée de toute tentation autoritaire »<sup>(38)</sup> Il oppose le droit privé dont le jugement appartient à chacun, au droit public dont le jugement appartient à l'état. Mais il ne remet en aucun cas en question l'expression publique des individus concernant la religion. Il ne fait pas de confusion entre la neutralité de l'État, pilier de la laïcité, et la neutralité de l'espace public souvent exigée au

---

(34) Pena-Ruiz H. *op. cit.*

(35) Debray A. *op. cit.*

(36) *Ibid.*

(37) Delphy C. *Un universalisme si particulier*. Paris : ed Syllepse. 2010

(38) Pena-Ruiz H. *op. cit.*

nom de la laïcité. L'État se doit d'être neutre concernant la religion de chaque individu, c'est un choix intime dans lequel l'État n'intervient pas tant qu'il ne déborde pas sur le droit des autres. En revanche, les articles de lois précités, notamment la loi de 1905, renforcée par la déclaration universelle des droits de l'Homme en 1948, montrent bien que la laïcité n'a pas d'exigence de neutralité de l'espace public, puisqu'elle garantit au contraire l'expression libre des convictions, tant qu'elle ne provoque pas de trouble à l'ordre public, et qu'elle respecte les lois républicaines. La neutralité de l'état, l'égalité entre les citoyens, le respect de leurs convictions et de leur pratique religieuse, dans le respect des lois républicaines servent donc de fils conducteurs à la mise en œuvre du principe de laïcité à l'hôpital.

### • LAÏCITE A L'HÔPITAL

«Aucun service public ne rencontre les opinions religieuses aussi fréquemment et intensément que les services publics de santé. La raison en est évidente : ils touchent à la vie, à la mort, au corps...donc au sacré et par la même à la religion pour ceux qui en ont une »<sup>(39)</sup>.

Comme précisé précédemment, la laïcité à l'hôpital est régie par l'article premier de la constitution de 1958. Elle garantit une liberté de culte aux patients et impose la neutralité aux établissements et agents du service public. Les limites à cette liberté concernent l'organisation des soins. De plus cette liberté ne doit pas remettre en cause les valeurs principales de l'état telles que l'égalité entre les citoyens. La mise en œuvre du principe de laïcité à l'hôpital questionne régulièrement le personnel, d'autant plus que les revendications confessionnelles ne cessent de croître<sup>(40)</sup>. La loi Leonetti de 2005 permettrait au patient de refuser « tout traitement » ce qui implique qu'il pourrait refuser un traitement pour motif religieux, même s'il est vital<sup>(41)</sup>. Le droit permet également à l'hôpital le libre choix du médecin (selon les possibilités du service). Les conflits liés au rejet de certains soignants par les patients pour motif de leur sexe posent une question complexe. Mais la récusation du soignant ne doit pas être liée à la religion supposée de ce dernier, ce qui pourrait être qualifié de discriminatoire, donc punissable par la loi<sup>(42)</sup>. La neutralité de l'hôpital public impose une stricte interdiction de tout prosélytisme<sup>(43)</sup>. Les recommandations concernant les revendications confessionnelles à l'hôpital, proposent de favoriser le dialogue et la formation du personnel hospitalier <sup>(44)</sup> . Notons que la position du service public hospitalier, et de l'éducation nationale sont

---

(39) Lequillerier C. *op.cit.*.

(40) *Ibid.*

(41) *Ibid.*

(42) *Ibid.*

(43) Observatoire de la laïcité. Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé. *op.cit.*

(44) Lequillerier C. *op. cit.*

diamétralement opposées. Or, elles sont toutes deux institutions de l'état, chacune le représente. Il paraît intéressant de comprendre d'où viennent ces divergences de positionnement. H. Pena Ruiz justifie le positionnement concernant l'école par la sérénité nécessaire à l'enseignement<sup>(45)</sup>. Or, les soins, avec les enjeux vitaux qui les accompagnent souvent, nécessitent aussi de la sérénité. Régis Debray considère lui que tout emblème religieux est susceptible de « provoquer, en sens contraire, l'irritation, l'indignation, la concurrence ou la surenchère » ce qui justifiait pour lui l'interdiction du port de signes religieux à l'école. Ces manifestations iraient à l'encontre de la tranquillité nécessaire à l'école. Ces remarques sont il me semble transposables à l'hôpital d'autant plus en service de psychiatrie, où les patients sont les plus vulnérables. Il me semble que la différence de positionnement vis-à-vis de la laïcité concerne surtout les missions de chacune de ces institutions. Pour Jean Zay, « l'école doit être un asile inviolable où les querelles des hommes ne pénètrent pas ». Elle a une mission civique et pédagogique, elle forme le citoyen. Elle est « lieu de transmission et non de communication » L'hôpital psychiatrique, lui, même en étant rassurant, doit rester connecté à la réalité du monde, c'est un lieu de soin, un de ses objectifs est de remettre en lien avec la vie. De plus l'hôpital n'a pas pour mission de former des citoyens. Ce n'est pas un moyen de civilisation, mais bien un lieu de communication. Les patients, même vulnérables, ne sont pas des enfants. Et il convient de respecter leur statut d'adulte. Cette comparaison me permet d'affirmer que l'hôpital n'a pas à prendre des positions similaires à l'institution scolaire. Car ses missions et sa population ne le justifient pas.

## B. RELIGION ET SPIRITUALITÉ

- **RELIGION**

Le mot religion vient du latin *religio* dont l'origine est discutée depuis l'antiquité. Tertullien et Lactance rattachent *religio* à *religare* (relier) « la religion ayant pour objet les relations que l'on entretient avec la divinité, le mot a été interprété comme valant initialement pour « attache » ou dépendance(...) désignant à la fois le lien effectif et affectif »<sup>(46)</sup>. Jusqu'au milieu du XVI<sup>e</sup> siècle, il n'est utilisé que pour parler du catholicisme romain. C'est à partir de

---

(45) Pena-Ruiz H. *op. cit.*

(46) Rey A. *op. cit.* Religion ; p 3013

1538, qu'il s'étend à d'autres cultes<sup>(47)</sup>.

Le dictionnaire le Robert en donne cette définition : « Croyance en un principe supérieur dont dépend la destinée humaine. Système de croyances et de pratiques propres à un groupe social »<sup>(48)</sup>.

Pour Emile Durkheim « Une religion est un système solidaire de croyances et de pratiques relatives à des choses sacrées, c'est-à-dire séparées, interdites, croyances et pratiques qui unissent en une même communauté morale, appelée Église, tous ceux qui y adhèrent. »<sup>(49)</sup>

La religion est donc d'abord l'association de pratiques et de croyances. Ces définitions soulignent également l'aspect communautaire de la religion.

La religion est aussi un « Ensemble déterminé de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'homme avec le sacré. »<sup>(50)</sup>

Le sacré est difficile à définir c'est ce « qui appartient à un domaine interdit et inviolable et fait l'objet d'une vénération religieuse »<sup>(51)</sup>. C'est aussi « le lien médiateur entre le profane et le divin ; toute religion est ainsi une connaissance qui procure à l'homme un sentiment de sécurité dans un monde qui lui paraît d'autant plus dangereux qu'il n'en est pas le maître »<sup>(52)</sup>.

La religion est non seulement une institution sociale, qui fixe des principes et des normes. Mais aussi un rapport direct et individuel de l'âme humaine à Dieu ou au divin.

## • **CROYANCE**

« Action, fait de croire une chose vraie, vraisemblable ou possible »<sup>(53)</sup>. La croyance n'est pas forcément religieuse, elle peut être philosophique ou politique. Ce mot fait référence à la démarche du sujet, et non à la véracité de la croyance. Pour Daniel Leguay « La croyance (de *credere* : faire crédit à un témoin) est une démarche d'assentiment, de consentement subjectif à une hypothèse, un pari sur la vérité, et puisque croire c'est ne pas savoir, la croyance implique le doute. »<sup>(54)</sup>. Néanmoins, dans le dictionnaire historique de la langue française, il

---

(47) Rey A. *op.cit.* Religion ; p.3013

(48) Dictionnaire Le Robert plus. Paris : Le Robert ; 2007. Religion ; p.1502

(49) Durkheim E. Les formes élémentaires de la vie religieuse. Paris : CNRS éd. 2008

(50) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/religion>. Consulté le 31/05/2016

(51) ) Dictionnaire Le Robert plus *op.cit.* Sacré ; p.1521

(52) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/sacré> consulté le 04/06/2016

(53) Dictionnaire Le Robert Plus *op. cit.* Croyance ; p.234

(54) Leguay D. Psychiatrie et religion. Encycl Med Chir. Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris. Psychiatrie. 2001, 6p [http://psychologie-m-fouchey.psychoblogs.net/public/fichiers%20jointes/psychiatrie\\_et\\_religion.pdf](http://psychologie-m-fouchey.psychoblogs.net/public/fichiers%20jointes/psychiatrie_et_religion.pdf) Consulté le 10 novembre 2015

est précisé que « *Croire à* implique parfois une croyance naïve (croire au père Noël) »<sup>(55)</sup>, le terme *crédule* a d'ailleurs la même origine <sup>(56)</sup>. Il me semble donc qu'en ce qui concerne la religion « je crois » ou *credo* renvoie à une croyance qui n'implique justement pas le doute. Mais le croyant se définit comme : « Celui qui a la foi »<sup>(57)</sup>. Il convient pourtant de différencier la croyance de la foi.

- **LA FOI**

« Du latin classique *fides* « foi, confiance », « loyauté », « promesse donnée » ; le latin chrétien a spécialisé l'emploi du vocable au sens de « confiance en Dieu »<sup>(58)</sup>. Ce terme implique deux valeurs fondamentales : l'engagement et l'assentiment. Il contient l'idée de promesse, de fidélité et de confiance absolue.<sup>(59)</sup>

La foi se définit comme une « Adhésion totale de l'homme à un idéal qui le dépasse, à une croyance religieuse. »<sup>(60)</sup> ou encore comme le « fait de croire en un dieu (spécialement en la religion dominante), en un dogme par une adhésion profonde. »<sup>(61)</sup> La notion d'adhésion profonde et totale, renvoie à un niveau différent de la croyance. La foi pourrait être cette adhésion qui reste, après que la croyance ait été éprouvée par le doute et le questionnement. La foi correspondrait donc à un niveau ultime, au-delà de la croyance.

- **SPIRITUALITÉ**

« Qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité : La spiritualité de l'âme, de la poésie. Ce qui concerne la doctrine ou la vie centrée sur Dieu et les choses spirituelles »<sup>(62)</sup>. « La spiritualité est un itinéraire à la découverte de la conscience (de la conscience de soi en particulier et aussi du sens (du sens de la vie surtout). Elle est une forme d'écoute et de quête, mais cette dernière est plus une quête de soi que de Dieu à proprement

---

(55) Rey A. *op.cit.* *Croyance* ;p.913

(56) *Ibid.*

(57) *Idem.* p.914

(58) Rey A. *op.cit.*. Foi ; p.1368

(59) *Ibid.*

(60) [www.larousse.fr/dictionnaires/français/foi](http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/foi). consulté le 30/05/2016

(61) ) Dictionnaire le robert plus *op. cit.* Foi ; p.409

(62) ) [www.larousse.fr/dictionnaires/français/spiritualité](http://www.larousse.fr/dictionnaires/français/spiritualité) consulté le 30/05/2016

parler. »<sup>(63)</sup> La spiritualité est un voyage intérieur, une quête de sens, qui n'est pas forcément en rapport avec la religion. « Il pourrait y avoir une spiritualité sans dieu. Inversement, on pourrait tout à fait croire en Dieu en n'ayant aucune forme de spiritualité. »<sup>(64)</sup>

## • **PRATIQUE RELIGIEUSE**

La pratique religieuse renvoie au mot « culte » qui vient du latin classique *cultus* « proprement « action de cultiver, de soigner »<sup>(65)</sup>, il était surtout employé au sens moral d'éducation, mais également en religion « hommage rendu à un dieu »<sup>(66)</sup>. Le mot est passé en français avec sa spécialisation religieuse « il désigne l'ensemble des pratiques par lesquelles l'homme honore son dieu (1835), liberté rendue effective après la loi du 9 décembre 1905 sur la séparation des Églises et de l'État (liberté des cultes) »<sup>(67)</sup>. Notons que l'expression « pratique cultuelle » est de plus en plus utilisée, provenant de l'anglais, elle fait référence à la pratique du culte religieux<sup>(68)</sup>. La religion, est associée à la pratique de rites. Mais il est difficile de définir le terme « rite ». En commençant par sa définition la plus simple, il est utilisé pour qualifier tout comportement répétitif. Mais la répétitivité ne suffit pas à le définir. Il peut être un « ensemble de prescriptions qui règlent la célébration du culte en usage dans une communauté religieuse »<sup>(69)</sup>. Mais il peut également être défini comme :

*Manière d'agir propre à un groupe social ou à quelqu'un, qui obéit à une règle, revêt un caractère invariable (...) Dans certaines sociétés, actes, cérémonies magiques, à caractère répétitif, ayant pour objet d'orienter une force occulte vers une action déterminée. (Le rite individuel consiste en gestes, en paroles ou en attitudes. Il se manifeste collectivement par des chants, des danses ou des cérémonies figées et souvent complexes)*<sup>(70)</sup>.

Le rite ne peut cependant pas être réduit aux comportements religieux. L'anthropologue Louis Vincent Thomas (1922-1994) propose une définition qui me paraît être plus intéressante : « Il y a rite pour nous chaque fois que la signification d'un acte réside dans sa valeur symbolique plus que dans sa finalité mécanique ». La succession de ces actes dans un ordre fixe constitue le rituel. Ainsi, certaines actions peuvent se manifester sous forme de

---

(63) Costa-Lascoux J. Lombard P. Levaï I. Houziaux A. Peut-il y avoir une spiritualité sans Dieu ? Paris : Éditions de l'Atelier ; 2006

(64) *Ibid.*

(65) Rey A. *Op.cit.* Culte ; p. 930

(66) *Ibid.*

(67) *Ibid.*

(68) *Ibid.*

(69) <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/rite> consulté le 31/05/2016

(70) <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/rite> consulté le 31/05/2016

rituel, sans avoir de lien avec un précepte religieux, mais en ayant une réelle fonction symbolique. La répétition des gestes a elle-même une valeur corporelle non réductible à la mécanique du geste. Même s'il n'est pas effectué en pleine conscience, il peut tout de même avoir une signification inconsciente. Il paraît là encore intéressant de souligner le caractère à la fois individuel et collectif, voire communautaire des pratiques, cultes et rites religieux.

- **SECTE**

La secte est « un groupement religieux, clos sur lui-même et créé en opposition à des idées et à des pratiques religieuses dominantes »<sup>(71)</sup>. Cette définition marque pour la secte un côté minoritaire. Étymologiquement : « secte vient du latin *secta* « manière de vivre », « ligne de conduite politique »(...) Ce mot dérive de *sequi* « suivre » »<sup>(72)</sup>.

Mais d'autres origines expliquent son sens actuel : « Parfois, on invoque une autre étymologie: « secte » viendrait de *secare* (couper) et désignerait alors un petit groupe qui se retranche d'un ensemble plus vaste et qui y provoque une sorte de déchirure »<sup>(73)</sup>. Là encore ce terme qui est désormais péjoratif qualifie les groupes minoritaires toujours par rapport à une majorité qui serait légitime. Ce lien entre légitimité et statut majoritaire peut poser question d'autant plus que des groupes ont pu changer de statut, passant ainsi de secte à religion.

« Dans les deux cas, ce concept revêt une acception normative et dévalorisante, que la sociologie religieuse juge illégitime. D'autant plus qu'une prétendue secte peut perdre très rapidement son statut minoritaire : ainsi, le christianisme, apparu sous la forme d'une secte juive, parvint à supplanter le judaïsme »<sup>(74)</sup>.

De nos jours, la notion de secte a pris un aspect clairement négatif « Dans les années 1970-1980, le mot, sous l'influence de l'anglais *sect*, désigne des organisations fermées, organisées, exerçant une influence psychologique forte sur leurs adeptes, pouvant les exploiter financièrement et se réclamant d'une pensée religieuse ou mystique étrangère aux grandes religions constituées »<sup>(75)</sup>.

Pour H. Pena -Ruiz, il est dangereux de stigmatiser les sectes pour autre chose que leurs actes sectaires « caractériser les croyances serait tomber dans un piège pourtant manifeste, en

---

(71) <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/secte/90902> consulté le 17/06/2016

(72) Rey A *op. cit.* Secte ; p.3277

(73) *Ibid.*

(74) *Ibid.*

(75) *Ibid.*

faisant le jeu des sectes »<sup>(76)</sup>. Il considère que c'est un piège de vouloir différencier les sectes des religions, car il est impossible d'affirmer juridiquement qu'une croyance est plus légitime qu'une autre : « Il n'y a pas plus à reconnaître des « nouveaux mouvements religieux » qu'à restaurer une reconnaissance publique des religions traditionnelles. Il n'est pas non plus nécessaire de définir ce qu'est une véritable religion pour procéder à une distinction, qui sera de toute façon discutée. Toute problématique de la « reconnaissance », au sens juridique, serait en l'occurrence perverse et anti laïque »<sup>(77)</sup>. Ainsi la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes) créée en 2002, a pour mission d'observer et de lutter contre les dérives sectaires. Elle choisit bien l'expression « dérive sectaire » plutôt que le mot « secte » et précise :

*Ayant pour mission d'observer et de lutter contre les dérives sectaires, elle s'intéresse aux atteintes pouvant être portées, par tout groupe ou tout individu, à l'ordre public, aux lois et aux règlements, aux libertés fondamentales et à la sécurité ou à l'intégrité des personnes par la mise en œuvre de techniques de sujétion, de pressions ou de menaces, ou par des pratiques favorisant l'emprise mentale et privant les personnes d'une partie de leur libre arbitre. Conformément au principe de laïcité, la Miviludes s'interdit de porter quelque jugement de valeur que ce soit sur les doctrines, les théories ou les croyances en tant que telles, son objet étant de dénoncer systématiquement les dérives sectaires et de lutter contre elles.*<sup>(78)</sup>

Il convient donc de caractériser une croyance de péjorative par les actes qu'elle induit et non par ses idées.

- **AGNOSTIQUE**

Du grec *gnosis* qui signifie connaissance. L'agnostique est une « personne qui professe que l'absolu est inconnaissable ; sceptique en matière de métaphysique et de religion »<sup>(79)</sup>. L'agnostique ne se prononce pas quand à l'existence ou non d'un dieu. Il estime que ce savoir n'est pas à la portée de l'être humain.

- **ATHÉE**

---

(76) Pena-Ruiz H. *op. cit*

(77) *Ibid.*

(78) <http://www.derives-sectes.gouv.fr/missions/principes-daction> Consulté le 03/07/2016

(79) Dictionnaire le petit Robert Plus *op. cit.* Agnostique ; p. 20

Du grec *Theos*, dieu. L'athée est celui « Qui nie l'existence de Dieu, de toute divinité »<sup>(80)</sup>. L'athéisme peut s'associer d'anticléricalisme. L'anticlérical est « opposé à l'influence ou à l'ingérence du clergé dans les affaires publiques »<sup>(81)</sup>, il peut avoir divers niveaux, de la simple critique au rejet total de la structure hiérarchique de l'Église<sup>(82)</sup>.

## • **L'EXPÉRIENCE EXCEPTIONNELLE, ANOMALITÉ ET ANORMALITÉ**

« Une expérience exceptionnelle, ou vécue comme « paranormale », est une expérience généralement rare, spontanée ou provoquée, impliquant du point de vue du sujet une interaction non ordinaire avec son environnement. Elle engendre souvent des émotions intenses, positives ou négatives, provenant de son caractère inhabituel ou étrange »<sup>(83)</sup>. C'est une expérience subjective, hors du commun, que plus d'une personne sur deux dit avoir vécu au cours de sa vie<sup>(84)</sup>. Parce qu'elle est neutre et qu'elle ne fait pas de lien direct avec un quelconque trouble psychique, cette terminologie est désormais très utilisée dans le monde académique<sup>(85)</sup>. Les plus fréquentes concernent les expériences de télépathie et de clairvoyance ; mais aussi les expériences de mort imminente, de sortie hors du corps et de magnétisme (pouvoir de guérison et d'influence sur le vivant). On y retrouve également les expériences médiumniques et mystiques<sup>(86)</sup>. Ces phénomènes ne sont pas forcément en lien avec la religion. Mais face à des expériences qui « ont pour point commun d'impliquer une interaction avec l'environnement selon des modalités que le sujet va interpréter comme étant inexplicables »<sup>(87)</sup>, une personne pourra parfois y donner un sens spirituel ou religieux, et mettre en place des pratiques ou rituels religieux, d'autant plus que l'expérience mystique ou de dialogue avec un dieu peut être considérée comme expérience exceptionnelle. C'est pourquoi l'analyse de ce terme que j'ai pu trouver dans l'article de Renaud Evrard<sup>(88)</sup> m'a paru pertinente pour mon sujet. En effet, il y explique qu'il est intéressant de se recentrer sur l'individu, c'est-à-dire sur des « expériences » plutôt que sur des « phénomènes », ce qui évite

---

(80) Dictionnaire Larousse *op. cit.*

(81) Dictionnaire Larousse *op. cit.*

(82) Remond R. L'anticléricalisme en France de 1815 à nos jours. Paris : Ed Fayard, 1999

(83) Rabeyron T. Chouvier B. Le Malefan P. Clinique des expériences exceptionnelles : du trauma à la solution paranormale. *Evol psychiatr* 2010 ; 75 (4)

(84) *Ibid.*

(85) Evrard R. Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature. *Evol Psychiatr* 2013 ; 78(1) ; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385513000078> consulté le 10 novembre 2015

(86) *Ibid.*

(87) Rabeyron T et al *op.cit.*

(88) Evrard R. *op.cit.*

de « préjuger de leur nature réelle ou illusoire, pathologique ou non pathologique »<sup>(89)</sup>. Il y aborde également les différences entre « anomal » qui est plutôt descriptif et « anormal » qui serait appréciatif. Pour Canguilhem, les sens de ces deux termes sont souvent confondus à cause d'une méconnaissance de leur étymologie :

*Anomalie vient du grec anomalia qui signifie inégalité, aspérité ; omalos désigne en grec ce qui est uni, égal, lisse, en sorte que anomalie c'est étymologiquement anomalos, ce qui est inégal, rugueux, irrégulier, au sens qu'on donne à ces mots en parlant d'un terrain. Or, on s'est souvent mépris sur l'étymologie du terme anomalie en le dérivant, non pas de omalos, mais de nomos qui signifie loi. Cette erreur d'étymologie se trouve précisément, dans le dictionnaire de médecine de Littré et Robin. Or, le nomos grec et le norma latin ont des sens voisins, loi et règle tendent à se confondre. Ainsi, en toute rigueur sémantique anomalie désigne un fait, c'est un terme descriptif, alors que anormal implique référence à une valeur, c'est un terme appréciatif, normatif* <sup>(90)</sup>

Cette distinction est importante, car elle peut expliquer la conduite tenue face à ce type d'expérience qui est d'ailleurs appelée par les anglo-saxons *anomalous experience*. En considérant cette expérience comme anormale, on souhaitera remettre le sujet dans une norme, en proposant par exemple des soins ou en cherchant à modifier sa croyance ou ses pratiques. Or, dire que ces expériences sont anormales, c'est simplement les décrire comme inhabituelles, il s'agit d'une « variation individuelle »<sup>(91)</sup>. C'est bien le vécu du sujet, et non le phénomène qui devrait nous guider vers la nécessité ou non d'une prise en charge. « Comme le rappelle Canguilhem, « l'anomal n'est pas le pathologique » car le pathologique implique pathos, sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée, « mais le pathologique c'est bien l'anormal »<sup>(92)</sup>.

## C. PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

### • L'ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE

C'est par la circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales qu'est créée

---

(89) Evrard M. *op.cit.*

(90) Canguilhem G. *le normal et le pathologique*, P.U.F, Paris, 1<sup>ère</sup> ed 1966, édition quadrige 2015 p.107

(91) Evrard R *op. cit.*

(92) *Ibid.*

la sectorisation<sup>(93)</sup>. Le secteur « dispense et coordonne, pour une aire géo-démographique de proximité, l'ensemble des soins et services nécessaires à la couverture globale des besoins: prévention, soins, postcure et réadaptation »<sup>(94)</sup>. Cette organisation a été mise en place dans un projet de désinstitutionnalisation des soins en psychiatrie. Ainsi, dans un même service de psychiatrie peuvent être retrouvés toutes sortes de pathologies mentales, sans distinction de diagnostic ou de gravité. À l'hôpital public, le patient, qu'il soit dépressif, anxieux ou délirant, sera rattaché au service correspondant à son adresse géographique.

Pour les patients adultes, les principaux modes d'hospitalisation possibles dans les institutions publiques sont <sup>(95)</sup>:

- L'hospitalisation libre, avec consentement du malade, elle répond aux mêmes conditions qu'une hospitalisation « classique ».
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou SPDT. L'hospitalisation est sans consentement et à la demande d'un proche, si les troubles imposent des soins et que le malade est incapable d'y consentir.
- Les soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État ou SPDRE. L'hospitalisation se fait sur arrêté du préfet, au vu d'un certificat médical, si le malade porte gravement atteinte à l'ordre public ou s'il compromet la sûreté des personnes.

L'hospitalisation sans consentement a été réformée et est désormais régie par la loi du 5 juillet 2011 <sup>(96)</sup>.

Cette organisation, pensée au mieux pour ne pas exclure les malades mentaux de la société, peut néanmoins poser question. En effet, l'OMS estime que 25% de la population mondiale sera un jour confrontée à la maladie mentale <sup>(97)</sup>. Les troubles psychiques peuvent concerner toutes les classes sociales. Un événement de vie ou une fragilité passagère peuvent conduire à une hospitalisation, qui peut amener à connaître les services de soins en psychiatrie, et donc côtoyer toutes sortes de malades, hospitalisés sous divers mode de contrainte. C'est parfois une difficulté pour certains patients d'être admis dans un lieu où la maladie mentale s'exprime de façon exacerbée, ou d'être confrontés à la privation de liberté à l'occasion d'un accident de

---

(93) [http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes\\_officiels/Circulaire\\_15mars1960bis .pdf](http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf) Consulté le 06/06/2016

(94) [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IRDES\\_-\\_50\\_ans\\_de\\_sectorisation\\_psychiatrique.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IRDES_-_50_ans_de_sectorisation_psychiatrique.pdf). Consulté le 06/06/2016

(95) <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761> Consulté le 06/06/2016

(96) <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id> Consulté le 06/06/2016

(97) [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013\\_10\\_08\\_programme\\_sante\\_mentale\\_college.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf) consulté le 06/06/2016

vie ou d'un geste auto agressif. Les questions inhérentes aux conditions d'hospitalisation et de privation de liberté en service de psychiatrie concernent le plus grand nombre. Mais il est important de distinguer le domaine de la psychiatrie de celui de la santé mentale.

- **LA SANTÉ MENTALE**

La santé mentale est un élément indispensable de la santé. L'OMS définit la santé comme étant : « un état de complet bien être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>(98)</sup>. Ainsi, la santé mentale est bien plus que l'absence de troubles mentaux. C'est « un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté »<sup>(99)</sup>. La bonne santé mentale peut être troublée sans pour autant qu'il s'agisse de maladie mentale. Divers facteurs peuvent perturber la santé mentale. Les facteurs sociaux économiques ou les événements de vie sont des éléments qui peuvent influencer sur le bien être mental. La perturbation du bien être mental peut être passagère, et ne nécessite pas forcément de soins, le temps, le soutien de proches ou l'amélioration des conditions de vie peuvent suffire à retrouver une santé mentale satisfaisante. En revanche, lorsque l'individu a une fragilité ou une prédisposition particulière, ces perturbations peuvent mener à la maladie mentale et nécessiter des soins psychiatriques.

- **MALADIE MENTALE ET PSYCHIATRIE**

La psychiatrie n'a pas vocation à intervenir dès qu'une personne a des difficultés à « surmonter les tensions normales de la vie »<sup>(100)</sup> ou à « accomplir un travail productif »<sup>(101)</sup>. L'hospitalisation en psychiatrie ne devrait pas être non plus le remède au trouble à l'ordre public ou aux difficultés à vivre en communauté. Pourtant, j'ai pu souvent observer des demandes d'hospitalisation émanant de voisins agacés par des comportements inciviques (bruits, hygiène) ou de représentant de l'État cherchant à neutraliser un individu considéré comme dangereux ou marginal. Ces situations, ne relèvent pas de l'hospitalisation en psychiatrie, si elles ne sont pas liées à une maladie mentale. Psychiatrie vient du grec *psyche*,

---

(98) OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> Consulté le 10/06/2016

(99) *Ibid.*

(100) *Ibid*

(101) *Ibid.*

signifiant « âme ou esprit » et *iatros* qui signifie médecin. C'est la médecine de l'âme. La psychiatrie est la spécialité médicale traitant de la maladie mentale. « La maladie mentale se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance »<sup>(102)</sup>. Les maladies mentales les plus fréquentes sont : les troubles de l'humeur, principalement dépression et trouble bipolaire (alternance de phase dépressive et de grande excitation psychique) ; les troubles anxieux et les troubles psychotiques (hallucinations et délires). Les troubles de la conduite alimentaire (anorexie et boulimie) et les troubles de la personnalité font également partie des maladies mentales fréquentes<sup>(103)</sup>. La nosologie et classification des maladies mentales appartiennent désormais au DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders) créée par l'APA (American Psychiatric Association). Le DSM, qui en est à sa cinquième version, a souvent fait l'objet de polémiques à cause des conflits d'intérêts entre les experts chargés de le rédiger et l'industrie pharmaceutique. Le DSM est parfois critiqué par les soignants pour sa vision organiciste de la psychiatrie, qui tend actuellement à abaisser le seuil de la pathologie<sup>(104)</sup>. Le psychanalyste Roland Gori, lors d'une interview donnée au monde en 2013 dit : « Le DSM est le symptôme d'une maladie de la société, d'une manière de gouverner qui ne repose plus sur l'autorité des grands récits religieux ou idéologiques, mais sur la pression normative. Il s'agit de fabriquer les discours de légitimation d'un contrôle social, au nom de la raison technique et de l'objectivité scientifique. Il faut remettre la parole au centre On est passé d'un savoir narratif à un savoir probalistique qui transforme le psychiatre en une agence de notation des comportements »<sup>(105)</sup>. Le contexte, l'histoire du patient et la psychopathologie sont évacués de la nosologie psychiatrique. La CIM (classification internationale des maladies), rédigée par l'OMS propose une alternative mais est également critiquée.

*Allen Frances, qui présida pourtant aux destinées du DSM IV, ne tarit pas de critiques dans les médias envers ses successeurs : « Si les neurosciences ont fait progresser notre connaissance du fonctionnement cérébral, plus nous en apprenons sur le cerveau, plus celui-ci apparaît d'une inéluctable complexité » et encore : « Il n'y a pas une seule manière de diagnostiquer n'importe quel trouble mental qui puisse être considéré comme scientifiquement prouvée, et ne laissez aucun expert vous soutenir le contraire »<sup>(106)</sup>.*

Mais lors d'un de nos entretiens le Pr Pellet m'a rappelé que :

---

(102) <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/> consulté le 03 juillet 2016

(103) <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/> consulté le 04/07/2016

(104) <http://colblog.blog.lemonde.fr/2013/11/27/nosologie-et-nosographie-psychoiatrique/> consulté le 10/06/2016

(105) <http://www.appeldesappels.org/tam-tam/-on-assiste-a-une-medicalisation-de-l-existence-roland-gori-dans-le-monde--1507.htm> consulté le 10/06/2016

(106) Colblog op.cit

*« Ce n'est pas seulement le DSM qui est en cause. Plus exactement le DSM a été conçu avec l'objectif de classer des patients d'une manière relativement homogène, fiable, c'est à dire avec une bonne concordance interjuge et dans le but principal de mener des essais randomisés contrôlés. Il privilégie donc un point de vue qui se veut objectif. Plus largement il s'inscrit dans un paradigme visant à "quantifier" les états psychologique à l'aide d'instruments standardisés. Cette approche peut être très intéressante mais tend à éliminer les "états d'âme" ( l'expression étant employée ici sans référence religieuse) ce qui est précisément ce à quoi on s'intéresse dans votre mémoire et qui n'a pas grand chose à voir avec le "coping religieux" qui relève de l'approche quantifiée dont je parlais ci-dessus »<sup>107</sup>*

. Ainsi, définir la maladie mentale est un exercice périlleux et complexe, la frontière entre le normal et le pathologique est parfois difficile à évaluer. Plus que dans d'autres domaines la considération de la maladie mentale sera fonction des conceptions du soignant. Selon moi, la souffrance et les difficultés d'adaptation exprimées par le patient et qui persistent dans le temps sont des signes permettant d'engager le soin en institution psychiatrique.

L'institution psychiatrique est constituée par les lieux où sont soignées les maladies psychiatriques. Fernand Dumond écrivait en 1991 que les territoires de soin en psychiatrie sont les lieux « où sont convoqués les cérémonies et les codes de l'interprétation »<sup>(108)</sup>. Il considérait que l'institution psychiatrique était un lieu où le symbole avait une place importante « elle a pour fonction d'assurer une certaine régulation du fonctionnement groupal par le cadre qu'elle introduit comme contenant du groupe »<sup>(109)</sup>. Depuis la période où a été écrite cette phrase, la durée d'hospitalisation s'est raccourcie, et l'institution s'est ouverte sur la société. Les paradigmes dominants de la conception de l'individu malade et des soins ont changé. L'hôpital psychiatrique a évolué. La psychothérapie institutionnelle n'est plus réellement d'actualité. Mais l'institution qui peut être intra ou extra hospitalière, garde pour objectif d'offrir un cadre rassurant et contenant au patient, qui peut ainsi dévoiler sa maladie mentale et bénéficier de soins psychiatriques. Mais dans les années soixante s'est mis en place dans certaines structures de soins psychiatriques un fonctionnement groupal non institué « Abolissant la démarcation entre les rôles, la stratification hiérarchique et la démarcation entre soignants et soignés, certaines de ces communautés se sont mises à fonctionner sur le mode de l'illusion groupale. Elles ont donné parfois des résultats catastrophiques sous la forme de suicide, tant de soignants que de soignés »<sup>(110)</sup>. Cette histoire de la psychiatrie, même si elle a eu des effets positifs, a aussi rigidifié son institution, en la rendant sensible à

---

(107 ) Pellet J. Entretien de suivi de mémoire 23/06/2016, Saint Etienne

(108) Guyotat J. Etudes cliniques d'anthropologie psychiatrique . Paris : Masson . 1991

(109) *Ibid.*

(110) *Ibid.*

une position plutôt paternaliste, renforçant l'asymétrie dans le soin mais restant dans un souci de bienfaisance.

## • NOTION DE GUÉRISON ET RÉHABILITATION EN PSYCHIATRIE

La psychiatrie est une discipline plutôt humble en ce sens qu'elle n'a pas pour objectif la guérison. Le fort risque de récurrence de la maladie, et la nécessité de suivre les traitements au long cours, au moins pour la prise en charge psychothérapeutique, nous pousse à parler de ces maladies en terme de chronicité. En psychiatrie, les soignants ont bien conscience qu'il n'y a pas de retour en arrière, l'objectif n'est pas de retrouver un état antérieur, souvent idéalisé. «Aucune guérison n'est retour à l'innocence »<sup>(111)</sup>, ce propos de G. Cangilhem illustre bien le fait que l'expérience de la vulnérabilité qu'est la maladie psychique marque chaque malade. De plus, pour certaines pathologies graves, quelques symptômes résiduels peuvent persister. L'objectif est plutôt de trouver un nouvel équilibre. Une nouvelle façon de vivre, adaptée à ce que l'on est devenu : « guérir c'est se donner de nouvelles normes de vie, parfois supérieures aux anciennes. Il y a une irréversibilité de la normativité biologique. »<sup>(112)</sup> De la même manière, s'il existait une normativité psychique, elle serait irréversible. La capacité à s'adapter à son nouvel état et à accepter le traitement au long cours vont être décisifs dans le rétablissement durable du malade. Ainsi, la psychiatrie, utilise plutôt le terme de réhabilitation, qui consacre le rétablissement à la personne plutôt que l'évolution de la maladie.

*À la différence des notions médicales de guérison ou de rémission qui désignent des modalités évolutives de la maladie, la notion de rétablissement caractérise le devenir de la personne. Se rétablir d'une maladie mentale signifie pouvoir se dégager d'une identité de malade psychiatrique et recouvrer une vie active et sociale. La disjonction aujourd'hui courante entre l'évolution de la maladie et le devenir de la personne conduit à s'intéresser au rétablissement et à ses déterminants : la réappropriation d'un pouvoir de décider et d'agir et la restauration d'un contrôle sur sa vie étant les plus significatifs. Ils requièrent des conditions subjectives et intersubjectives – la restauration de l'espoir, la confiance de l'entourage, soignants ou proches, dans les potentialités de la personne –, et des conditions éthiques – le respect et la promotion d'un principe d'autodétermination.<sup>(113)</sup>*

---

(111) Cangilhem G. Une pédagogie de la guérison est elle possible ? in Ecrits sur la médecine. Paris : Broché 2002

(112) *Ibid.*

(113) Pachoud B. « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », L'information psychiatrique 4/2012 (Volume 88), p. 257-266 ; DOI : 10.3917/inpsy.8804.0257. Consulté le 25/06/2016

## D. LIBERTÉ ET AUTONOMIE EN PSYCHIATRIE

En éthique médicale, c'est le terme d'autonomie qui est généralement utilisé. Pour la France, en philosophie, le concept d'autonomie vient de Rousseau sur le plan politique (*Le contrat social* 1762) et de Kant sur le plan moral (*Fondements de la métaphysique des mœurs*, 1785) . J'utilise pourtant dans le cadre de ma réflexion le terme « liberté ». Je vais donc tenter de vous livrer le cheminement qui m'a fait aller vers ce choix.

Compte tenu de mon sujet, les définitions de ces deux termes me semblent importantes. Quelle différence entre liberté et autonomie au sens Kantien (autonomie de la volonté) ? Quel terme convient le mieux à ma réflexion sur les patients de psychiatrie ?

Tout d'abord, d'un point de vue législatif, « Liberté » est le terme utilisé pour parler du droit à pratiquer sa religion, il est dicté par une loi, donc extérieur au sujet, il n'est pas dépendant de ce qu'est l'individu, qui n'a donc pas à avoir de capacité particulière. En ce sens, la liberté, telle qu'elle est dictée dans la déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789, appartient à tous : « Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits »<sup>(114)</sup>. La limite de cette liberté est l'intérêt commun « Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune »<sup>(115)</sup>.

Par ailleurs, d'un point de vue plus philosophique, la liberté pour Kant (1724-1804) est spontanéité :

*« la liberté dont traite Critique de la raison pure, c'est la spontanéité absolue ou la liberté transcendantale, comprise comme un pouvoir de causalité affranchie des conditions empiriques, ce qui semble être un pouvoir tout à fait distinct de l'autonomie »*<sup>(116)</sup>.

Cette liberté est liée au désir. Pour J.J. Rousseau, la liberté est « obéissance à la loi qu'on s'est prescrite » (*Du contrat social*, I, VIII, 1762). Ce « on » désigne la société, cette liberté politique implique que « les lois en question sont les lois publiques de la société, dans la mesure où elles sont l'expression de la volonté générale et où elles s'appuient sur la puissance de l'état »<sup>(117)</sup>. Kant intériorise la conception de Rousseau pour en faire l'autonomie<sup>(118)</sup>. Les lois, au lieu d'être dictées par la société, sont produites par la raison même de l'individu. Pour Kant, l'autonomie est un mode de liberté. L'autonomie, du grec *autos* soi même et *nomos*

---

(114) <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html> Consulté le 12-06-2016

(115) Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen 1789 *op cit*

(116) Allison H.E.. Autonomie et Liberté. In : Canto Sperber M. Directeur. Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie Morale Tome 1. 1<sup>er</sup> éd quadrige Paris : Presses universitaires de France ; 2004 ; p 136-144

(117) *Ibid.*

(118) *Ibid.*

règle est à l'origine le droit que certaines cités avaient de se gouverner selon leur propres règles. L'autonomie de la volonté est la capacité pour un agent d'agir selon les règles universelles qu'il a été capable de se dicter, sous la contrainte de l'universalité. « Produisant ses propres lois, l'homme se libère, certes, des lois de la nature ou de la loi divine, mais c'est pour se soumettre à la contrainte de sa raison législatrice universalisante »<sup>(119)</sup> L'autonomie est donc exigeante, puisqu'elle suppose d'être doué de raison et en tant qu'être raisonnable, d'être capable de créer des lois morales. Pour Kant, une action est morale si elle est conforme à l'impératif catégorique « Agis uniquement d'après la maxime qui fait que tu puisses vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle »<sup>(120)</sup>. L'autonomie suppose donc que l'agent soit rationnel, capable de se dicter des lois morales qui pourraient être étendues à tous. « Les lois, sont désormais considérées comme des commandements de la raison même de l'individu, par lesquels il se contraint du fait qu'il reconnaît leur validité pour tous les agents rationnels »<sup>(121)</sup>.

Dans cette conception de l'autonomie, telle qu'elle est utilisée en bioéthique, la prédominance de la rationalité, de la raison et de la validité des actions dans une forme d'universalité, rend le concept d'autonomie de la volonté peu adapté aux actions des malades mentaux, dont les capacités de raisonnement et de jugement sont altérées.

D'autres réflexions peuvent nous amener à questionner le concept d'autonomie pour la pratique religieuse.

Pour S. Rameix, le fait pour l'Homme de produire ses propres lois lui permet de se libérer de la loi divine<sup>(122)</sup>. Alors la pratique religieuse en elle-même peut-elle relever de l'autonomie ? Ces lois sont dictées par un Dieu, donc extérieures à l'agent lui-même, en un sens la pratique religieuse relève plutôt de l'hétéronomie de la volonté, elle est conditionnée par un « objet antérieur », qui lui impose une loi. Mais il est tout de même possible de considérer l'agent comme autonome dans la mesure où il décide de la façon dont il va obéir à ces préceptes religieux<sup>(123)</sup>.

Voici donc le cheminement qui m'a permis d'arriver à cette conclusion : la pratique religieuse de patients atteints de troubles psychiatriques semble donc relever plutôt de la liberté, en ce sens qu'elle provient d'un désir, elle ne nécessite pas que l'individu produise sa propre loi. Cette liberté vient de la société elle-même, La volonté du patient est hétéronome. Néanmoins, cette position est critiquable. En effet, l'agent libre est spontané, mais pour Kant « la liberté

---

(119) Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris : Ellipses ; 1996

(120) Kant E. Fondements de la métaphysique des mœurs 1785 cité par Allison H.E. *op.cit.*

(121) *Ibid.*

(122) Rameix S. *op. cit.*

(123) Allison H. E. *op.cit.*

est la capacité d'agir indépendamment de causes étrangères, qui la détermineraient », la maladie mentale n'est elle pas une cause étrangère, qui fausse le désir et la volonté, en altérant la perception de l'individu ? Un malade mental, peut-il prétendre à une quelconque liberté ? Connait-il une réelle spontanéité ? Ou est-il un aliéné atteint d'une « pathologie de la liberté »<sup>(124)</sup> ? Le dictionnaire d'éthique et de philosophie de M. Canto Sperber semble suggérer que « le fou » est indépendant : « il agit sans tenir compte de l'opinion des autres. Il ne sollicite aucun conseil avant d'agir. Au sens strict, un fou, ou certains animaux pourraient être indépendants »<sup>(125)</sup>. Cette philosophie humaniste montre là ses limites quant aux patients malades mentaux. Car même en admettant différents niveaux d'autonomie, le doute sur la capacité du « fou » à raisonner, semble remettre en cause l'humanité même du patient. L'autonomie est un concept indispensable en bioéthique, mais pour pouvoir traiter mon sujet en profondeur, entre autonomie de la volonté, et libre volonté, j'ai donc choisi d'orienter mon questionnement vers la libre volonté du patient à pratiquer sa religion, sa capacité à jouir d'une liberté donnée par la société. Capacité nécessitant une certaine conscience de soi et de ses choix.

- VOLONTÉ, LIBRE ARBITRE ET CONSCIENCE EN PSYCHIATRIE

Le dictionnaire de Monique Canto Sperber définit la volonté d'un individu comme « consistant en sa préférence établie ou dominante, en son désir le plus intense, en sa valeur fondamentale »<sup>(126)</sup>. La « volonté libre » ou « libre arbitre » désigne « la liberté de la faculté d'où sont issues les volitions »<sup>(127)</sup> (la volition étant la manifestation de la volonté). Cet article du dictionnaire en fait le lien avec la responsabilité morale. Ainsi, un agent qui dispose du libre arbitre peut être « tenu pour moralement responsable de sa conduite »<sup>(128)</sup>. Par ailleurs, un individu possédant son libre arbitre contrôle ses actions. Le contrôle implique la possibilité d'agir autrement, donc la notion « d'autres options possibles »<sup>(129)</sup>. La possibilité du choix pour les malades mentaux est centrale. La maladie mentale leur laisse-t-elle le choix de leurs actes ? Le contrôle de leurs actes et de leurs pensées est remise en question, dans une forme de déterminisme causé par la maladie. Mais une autre vision est possible. Le

---

(124) Ey H. *Objet et limites de la psychiatrie L'information psychiatrique*, vol. 48, n° 1. 1972

<http://entretenir.free.fr/breton71.html> Consulté le 30/12/2015

(125) Thomas L. *Autonomie de la personne*. In : Canto Sperber M. Directeur. *Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie Morale Tome 1*. 1<sup>ère</sup> éd quadrige Paris : Presses universitaires de France ; 2004 ; p.145-147

(126) Fisher J. M. *Libre arbitre et déterminisme*. In : Canto Sperber M. Directeur. *Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie Morale Tome 2*. 1<sup>ère</sup> éd quadrige Paris : Presses universitaires de France ; 2004 ; p.1101-1108

(127) *Ibid.*

(128) *Ibid.*

(129) *Ibid.*

dictionnaire précité propose de définir le déterminisme causal, théorie qui rendrait toute action imputable à un ensemble de fait, élimine pour tous la possibilité de choix : « Pour tout instant donné, un énoncé complet des faits relatifs à cet instant, conjointement à un énoncé complet des lois de la nature, implique logiquement toute vérité relative à ce qui arrive à cet instant »<sup>(130)</sup>. C'est à dire qu'une action serait le résultat de faits soumis aux lois de la nature, et non du choix libre. Les théories de l'existence d'un dieu omnipotent ou d'un fatalisme par lequel nos actions seraient déterminées par une logique, remettent elles aussi en question la possibilité d'un l'individu possédant son libre arbitre<sup>(131)</sup>. La liberté de l'Homme normal serait-elle une illusion ? L'Homme fou serait-il alors l'Homme libre, laissant son esprit divaguer en dehors du carcan de la civilisation, libéré des causes sociales? Connaîtrait-il une forme de liberté créative et indépendante ?

Les réflexions d' H. Ey et de J. Lacan apportent un éclairage important sur ces théories concernant le libre arbitre des personnes atteintes de troubles mentaux.

o Les rapports entre « folie » et liberté

Pour les psychiatres J. Lacan (1901-1981) et H. Ey (1900-1977), le terme de « liberté » n'avait pas la même signification. Leurs divergences concernant ce propos tenaient à leur conception anthropologique et ontologique de l'Homme, liées à des courants philosophiques différents. H. Ey dira de la psychiatrie qu'elle est « la pathologie de la liberté »<sup>(132)</sup>, alors que J Lacan fera du fou « l'homme libre »<sup>(133)</sup>. Ces deux médecins ont influencé de très nombreux psychiatres à travers le monde et sur plusieurs générations. Eduardo Mahieu, dans son article Jacques Lacan, Henri Ey, et la liberté <sup>(134)</sup>, nous propose une analyse de cette discordance entre les deux amis. H. Ey, ancré dans une philosophie humaniste, met l'individu au centre de sa réflexion. Il considère que l'Homme « reçoit ses déterminations essentielles de lui-même »<sup>(135)</sup>. H. Ey, était également neurologue et soutenait une théorie « organo-dynamiste » de la psychiatrie c'est-à-dire que pour lui toutes les maladies mentales étaient d'origine organique, mais il reconnaissait une psychogénèse du symptôme<sup>(136)</sup>. Tout en soulignant l'importance du versant neurologique, il considérait que le psychisme pouvait évoluer. Il

---

(130) Fisher J. M. *op. cit.*

(131) *Ibid.*

(132) Ey H. *op. cit.*

(133) Lacan J. Petit discours aux psychiatres. Conférence au cercle d'Etudes dirigé par H. Ey 1962, inédit.

<http://www.psychasoc.com/Textes/Petit-discours-aux-psychiatres-de-Sainte-Anne> Consulté le 30/12/2015

(134) Mahieu E.T. Jacques Lacan, Henri Ey, et la liberté. *L'information Psychiatrique*, N° 5, Volume 75, Mai 1999, pp. 514-520. <http://eduardo.mahieu.free.fr/Cercle%20Ey/Seminaire/liberte.html> Consulté le 30/12/2015

(135) *Ibid.*

(136) Delille E. L'organo-dynamisme d'Henri Ey : l'oubli d'une théorie de la conscience considéré dans ses relations avec l'analyse existentielle, *L'Homme et la société*. 1/2008 (n° 167-168-169), p. 203-219 [www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2008-1-page-203.htm](http://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2008-1-page-203.htm) consulté le 16/06/2016

estimait que la volonté, l'autonomie et la liberté étaient en lien avec la psychogénèse. Ainsi, « l'étude de l'origine et de l'évolution des fonctions psychiques »<sup>(137)</sup>, permettrait de comprendre l'organisation du psychisme au sommet duquel la conscience, lorsqu'elle s'affranchit des déterminations inconscientes mènerait à la liberté. « Ce concept de Liberté, aboutissement d'un processus d'évolution créatrice, d'affranchissement aux déterminations inconscientes par une conscience dénégatrice, ce lieu de spontanéité et d'autonomie, de la raison, ne peut nullement être identifié avec la folie, cette forme inférieure de la pensée, qui reçoit ses déterminations propres de l'inconscient »<sup>(138)</sup>. H. Ey, dans une conception proche de Kant, considère donc que l'individu souffrant d'une maladie mentale, ne connaît pas la liberté puisque ses actions et ses pensées seraient prioritairement déterminées par son inconscient. Allant jusqu'à affirmer que « si la psychiatrie est une pathologie de la liberté, elle est éventuellement pathologie de l'humanité, pathologie de ce qu'il y a de plus « humain » dans l'Homme »<sup>(139)</sup>. Lacan (1901-1981), également psychanalyste, s'inscrit dans une vision très différente. En 1956, il l'exprime en disant : « le discours de la liberté, essentiel à l'homme moderne en tant que structuré par une certaine conception de son autonomie est de caractère fondamentalement partiel, et partiel, inexplicable, parcellaire, différencié et profondément délirant »<sup>(140)</sup>. Ainsi Lacan s'inscrit dans la pensée de Spinoza pour qui « les hommes se croient libres pour la seule raison qu'ils sont conscients de leurs actions et ignorants des causes par lesquelles elles sont déterminées »<sup>(141)</sup>. Pour Lacan l'homme normal n'est pas plus libre que le malade mental. Il s'inspire également de la position de Freud (1856-1939) : « On se croit en général libre de choisir les mots et les images pour choisir ses idées. Mais une observation plus attentive montre que ce sont souvent des considérations étrangères aux idées qui décident de ce choix et que la forme dans laquelle nous coulons nos idées révèle souvent un sens plus profond »<sup>(142)</sup>. Dans cette vision, l'Homme normal n'a pas conscience des raisons de ses choix et de ses actes<sup>(143)</sup>, et c'est cette ignorance qui lui ferait penser qu'il est autonome. Freud souligne l'impact de la « puissance collective » : « la liberté n'est donc nullement un produit culturel. C'est avant toute civilisation qu'elle était la plus grande ». Ce serait donc l'ignorance qui ferait croire à l'Homme qu'il décide de lui-même de ses actions, alors que la civilisation en tant que puissance collective le pousserait à agir. Lacan

---

(137) [www.cnrtl.fr/definition/psychogénèse](http://www.cnrtl.fr/definition/psychogénèse) consulté le 16/06/2016

(138) Mahieu E. T. *op. cit.*.

(139) Ey H. *op. cit.*

(140) Lacan J. Le séminaire livre III, Les psychoses Paris : Editions du seuil. 1981 ; p. 165 Cité par Mahieu E. T. *op. cit.*

(141) Spinoza B. L'Ethique 1677. Cité par. Mahieu E. T. *op. cit.*

(142) Freud S. Psychopathologie de la vie quotidienne, Paris : Petite bibliothèque Payot, 1967, p. 237. Cité par Mahieu E. T. *op. cit.*

(143) Freud S. Malaise dans la civilisation, Paris : Presses universitaires de France, 1971 p.45. Cité par Mahieu E. T. *op. cit.*

considère que ce sont avant tout des éléments extérieurs à l'Homme qui déterminent ses actions. Dans un fonctionnement pathologique, le lien à l'autre et à l'extérieur étant tronqué, le psychisme fonctionnerait « librement » sans être atteint par les influences externes. Néanmoins, contrairement à l'antipsychiatrie, Lacan ne fait pas l'apologie de la folie. Cette « paradoxale liberté » du fou, coupé de l'extérieur, reste à ses yeux une souffrance. Cette liberté n'est ni spontanée ni créatrice « la liberté définie par rapport à l'être, au fond c'est ce qui consent »<sup>(144)</sup>. H. Ey fait aussi référence à la souffrance, et rappelle « L'homme aliéné ou tout simplement altéré dans son humanité reste tout de même un homme, un malade qui souffre dans son humanité »<sup>(145)</sup> Lacan et Ey ont donc chacun transmis leur vision anthropologique de l'être humain à travers la conscience que l'Homme malade ou l'Homme sain a de ses choix. Néanmoins, il est important de noter qu'ils ont toujours rejeté l'idée d'un « Homme machine », vision mécaniciste de l'être humain. Même si H. Ey ne conçoit la liberté que pour l'Homme « normal », les deux confrères nient un quelconque déterminisme de l'individu. De même J. Lacan pour qui l'Homme normal est déterminé par des éléments extérieurs, considère que dans la volonté humaine il reste une part propre à chacun, imprévisible « *cette frange d'indétermination du sujet*, reflétée dans des expressions telles que *position subjective* ou *insondable décision de l'être* ou encore *choix du sujet* »<sup>(146)</sup>. Ces débats, aussi riches soient ils ne donnent pas de réponse claire sur le lien entre liberté et folie, « l'Homme fou » accède peut être à une forme de liberté, la maladie mentale aliène peut être l'esprit en empêchant de penser et donc d'avoir le choix. Mais peut être que l'Homme n'a pas réellement le choix de ses actes, ou de ses décisions, qu'ils sont déterminés par des éléments inconscients, ou extérieurs à lui-même. Ces réflexions ont sans doute influencé la position de nombreux soignants, selon les conceptions psychiques auxquelles ils adhèrent. Certains d'entre eux pensent que saisir l'essence de la conscience humaine permettrait de différencier les choix appartenant à la maladie de ceux qui appartiennent à la partie saine de l'Homme, de comprendre quelle conscience le malade a de ses choix.

○ Neurosciences et science de la conscience

En 2006, aux Pays-Bas lors d'une conférence appelée « Philosophy, psychiatry and the neuroscience » une partie des interventions étaient rassemblées sous le titre « Freedom, free will and autonomy »<sup>(147)</sup>, et proposaient des apports théoriques et discussions autour des

---

(144) Miller J.A. Cause et consentement, Séminaire de 1988, Université Paris VIII, inédit

(145) Ey H *op. cit.*

(146) Mahieu E.T. *op.cit.*

(147) 9th international Conference on philosophy, psychiatry and psychology 28juin-01 juillet 2006 Leiden Netherlands

<https://www.hse.ru/data/2010/10/28/1223649740/Psychiatry%20Conference%20Leiden.Alyushin-06.pdf>  
consulté le 20/12/2015

avancées neuroscientifiques sur la conscience afin d'appréhender les questions de liberté, libre volonté et autonomie. Mais déjà en 1956, Paul Fraisse, professeur de psychologie expérimentale à la Sorbonne organisait un colloque portant sur « Le problème de la volonté »<sup>(148)</sup>, à la suite duquel H. Ey rédigea le livre « La conscience », où il décrit l'être conscient, le champ de la conscience, la conscience de soi et l'inconscient<sup>(149)</sup>. Les découvertes en neurosciences ont apporté des éléments de compréhension de la conscience humaine, sans en donner les clés. Mais elles opèrent un intéressant retour sur les thèses d'Henri Ey « On perçoit la grande modernité de ce type de conception, et les approches les plus abouties de la neuropsychologie ont permis de redonner vie à ces textes un peu trop vite oubliés. »<sup>(150)</sup>. Dans leur article, C. S. Peretti et M.V. Chopin, analysent pour la schizophrénie, différentes modélisations de la conscience, qui font le lien entre facteurs négatifs, atteintes neurologiques et certains troubles qui en résulteraient. Ces avancées, pourtant importantes, n'apportent pour l'instant aucune certitude sur le fonctionnement de la volonté de l'Homme « normal » ou de l'Homme malade. Les conclusions de ces recherches sont pour l'instant partielles et hypothétiques. Par ailleurs, dans le cadre des addictions, J. Besson et J. Grivel (2010) proposent une réflexion sur le libre arbitre des patients addictifs afin de voir si les neurosciences apportent un éclairage supplémentaire à cette question<sup>(151)</sup>. Les auteurs parlent ainsi d'une « neuroéthique des addictions ». Pour eux, « la volition n'est pas une faculté unitaire mais plutôt une collection de processus séparables (intention, décision, initiation de l'action, inhibition et contrôle du comportement, sentiment phénoménologique) qui, assemblés, rendent possible l'intelligence et la flexibilité de l'action »<sup>(152)</sup>. Leur définition de l'action libre « caractérisée par le fait d'être explicable par ses raisons et motifs, d'être vécue par soi-même comme en étant l'auteur et par la capacité d'agir autrement dans des circonstances équivalentes », reprend les notions de conscience propre et « d'autres choix possible » abordés précédemment. Ils rappellent une part de déterminisme dans la volition : « même dans le fonctionnement dit « normal », beaucoup des processus intervenant entre les inputs sensoriels et le contrôle topdown ou cognitifs ne dépendent pas de l'exercice conscient de la volonté »<sup>(153)</sup>. Ils rappellent que chez tous les individus, l'établissement des choix se fait « en fonction d'une prédilection de l'utilité ou de la valeur attribuée à chaque

---

(148) Delille E. *op. cit.*

(149) *Ibid.*

(150) Peretti C.S., Chopin M.-V., « La schizophrénie, pathologie de la conscience ? », Recherches en psychanalyse 1/2009 (n° 7), p. 25-38

URL : [www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-25.htm](http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-25.htm).

(151) Besson J. Grivel J. Les addictions entre déterminisme et liberté. *Sweizer archiv für neurologie und psychiatrie* 2010 ; 161 (8), 296-298 <http://www.sanp.ch/docs/2010/2010-08/2010-08-092.pdf>; Consulté le 15 décembre 2015

(152) *Ibid.*

(153) Besson J. Grivel J. *op.cit.*

décision parmi plusieurs alternatives » cette fonction est archaïque car elle concerne la capacité des individus à « reconnaître les situations dans lesquelles ils peuvent obtenir de la nourriture ou se reproduire »<sup>(154)</sup>. Ce qui signifie que même malade, un individu prend une décision si il pense en obtenir une certaine « satisfaction ». La maladie peut en revanche fausser la perception de la situation. Malgré les observations psychologiques et neuroscientifiques en faveur d'une forme de déterminisme dans le processus de volition, les auteurs, en tant que cliniciens, observent dans la rencontre thérapeutique et l'espace du changement psychique une place pour la volonté et la conscience individuelle<sup>(155)</sup>. Il rappellent que même les neurosciences ont finalement des arguments en faveur du libre arbitre « la dimension de complexité, interdisant toute causalité linéaire dans le système psychique, au vu du nombre de neurones impliqués et de leur connectivité »<sup>(156)</sup>. De plus « il y a des évidences que la plasticité cérébrale soit opérante tout au long de la vie ». Ils concluent donc que :

*Dans ce contexte de connaissances, toute généralisation risque de devenir abusive et bute contre la notion d'individualité. Chaque individu est différent biologiquement, psychologiquement et interagit socialement et culturellement dans un environnement unique. Tout ceci vient s'ajouter à ce que nous savons de la résilience. Cette complexité et cette singularité sont des facteurs d'incertitude bienvenus face au déterminisme des modèles neurobiologiques lorsque l'on se retrouve en clinique face à un patient individuel. A ce stade de connaissances, il n'y a donc pas de fatalisme neuroscientifique.*<sup>(157)</sup>

Toutes ces théories nous orientent donc vers une possibilité de capacité de volition au moins partiellement maintenue même en cas d'atteinte psychique grave. Récemment, un psychiatre me confiait qu'il pensait que les fonctions psychiques touchées par la psychose étaient différentes de celle mises en jeu concernant la foi religieuse. Notons également que l'individu, même « sain » a des limites à sa liberté. Il semblerait donc légitime de réfléchir et même de considérer la liberté du patient de psychiatrie. En effet, malade et délirant, il garde des parties saines de son psychisme « la croyance du fou n'est pas forcément folle »<sup>(158)</sup>. Ses actions, ses croyances, ne sont pas seulement guidées par la maladie, mais possiblement par des parties « saines » du psychisme. Afin d'être bienfaisant, il apparaît désormais nécessaire pour évaluer ces pratiques religieuses de comprendre leurs intrications avec la maladie mentale : quelles causes et quelles conséquences?

La pratique religieuse favorise-t-elle l'apparition de nouveaux symptômes? (délire mystique,

---

(154) *Ibid.*

(155) *Ibid.*

(156) *Ibid.*

(157) *Ibid.*

(158) Leguay D. *op.cit.*

culpabilité, sentiment de punition divine) ou peut-elle favoriser un mieux être?

### **3) IMPACT DE LA RELIGION ET DE LA SPIRITUALITE SUR LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES**

Il semble important de connaître les effets de la pratique religieuse sur les troubles mentaux. Ces dernières années, des études ont cherché à évaluer le rôle de la pratique religieuse et des croyances sur la santé mentale. De même, la recherche en neurosciences a cherché à comprendre l'activité cérébrale liée à la spiritualité et à la religion. Ces travaux permettent d'avoir une approche globale des conséquences psychopathologiques des pratiques religieuses sur les principaux troubles rencontrés en service de psychiatrie.

#### **A. QUELQUES PATHOLOGIES RENCONTRÉES EN PSYCHIATRIE**

- **SCHIZOPHRENIE**

La schizophrénie est une maladie psychiatrique qui concerne 0.7% de la population, ce qui correspond à 600 000 personnes en France<sup>(159)</sup>. Sa symptomatologie se classe en trois groupes :

- Les symptômes positifs :

Ils comprennent les idées délirantes et les hallucinations, le plus souvent auditives ou cénesthésiques (sensorielles) mais parfois aussi visuelles. On retrouve parfois un sentiment de persécution (paranoïa) ou de mégalomanie. Les idées délirantes peuvent avoir des thématiques mystiques avec des voix entendues qui peuvent être considérées par le patient comme venant de personnages religieux (Dieu, Jésus, Mahomet, anges, Djinn, diable). Ces voix peuvent être décrites par les patients comme extrêmement envahissantes et terrorisantes, elles peuvent donner des ordres ou proférer des insultes. Au contraire, certains patients parlent de voix protectrices et rassurantes. Un même patient peut avoir un vécu différent vis-à-vis de ses voix, en fonction de sa disposition psychique. La mégalomanie peut être présente à travers

---

(159) <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie> consulté le 13/07/2016

le délire messianique, où le patient pense être le messie, élu de Dieu pour remplir une mission divine. S'y mêlent parfois un délire de filiation avec dans les sociétés occidentales la sensation d'être l'enfant de Dieu ou de la Vierge Marie. Le sentiment de persécution peut lui aussi avoir une thématique religieuse sous forme de sentiment de possession ou de conviction d'être victime d'un sort jeté par une connaissance ou un proche. Le diable est souvent évoqué comme persécuteur par les patients délirants qui pensent parfois qu'il est incarné par un membre de leur entourage. La conviction est différente d'un individu à l'autre. Certains malades sont conscients que les hallucinations correspondent à un délire tandis que d'autres auront une conviction inébranlable de la réalité de leur vécu délirant.

- Les symptômes négatifs :

Ils correspondent à un émoussement affectif caractérisé par un appauvrissement émotionnel et une perte de désir. Les patients décrivent des difficultés relationnelles ayant pour conséquences un repli social et familial. On observe parfois une difficulté à initier des actions. La schizophrénie apparaissant souvent entre 15 et 25 ans, ces symptômes peuvent avoir un impact important sur la vie du patient car ils sont souvent synonymes d'échec scolaire et même de déscolarisation, ils provoquent une rupture dans la vie affective et sociale, ce qui rendra d'autant plus difficile l'insertion dans la société et accentuera la sensation de mal être avec un risque augmenté de dépression, de toxicomanie et de geste suicidaire. Le suicide est une grande cause de mortalité chez les schizophrènes : « environ la moitié des patients souffrant de schizophrénie fait au moins une tentative de suicide dans sa vie et 10 % en meurent »<sup>(160)</sup>.

- La désorganisation :

Parce qu'elle perturbe le cours de la pensée, la schizophrénie entraîne souvent une forte désorganisation des émotions et du comportement. On peut ainsi observer chez le malade une discordance entre son discours et son action. Cliniquement, cela peut correspondre à des rires immotivés, des stéréotypies verbales ou idéiques (répétition des mêmes mots ou des mêmes idées), des associations d'idées obscures voire inaccessibles, avec un discours difficile à suivre. Le patient peut parfois s'arrêter au milieu de sa phrase, paraître complètement ailleurs puis reprendre sur un autre sujet. Les malades se plaignent souvent de difficultés de concentration et d'attention. Ils ont souvent une hypersensibilité, mais la difficulté à repérer et à analyser leurs émotions peut les conduire à des aménagements défensifs de détachement affectif. Ils renvoient alors une impression de froideur et d'indifférence à autrui.

---

(160) <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrénie>; Consulté le 13/07/2016

L'ambivalence est également fréquente chez le patient schizophrène, il peut être à la fois attiré et rejetant envers une idée, une personne, un projet.

Ainsi, le schizophrène présente souvent un polymorphisme de sa symptomatologie, mais tous les éléments décrits ne sont pas forcément présents. Et bien d'autres symptômes peuvent s'exprimer. Tous les entendeurs de voix<sup>(161)</sup> ne sont pas schizophrènes. C'est cette complexité qui rend la maladie si difficile à diagnostiquer et à soigner.

- La prise en charge du malade schizophrène :

La schizophrénie est une maladie chronique. Sa prise en charge est à la fois médicamenteuse (principalement contre les symptômes positifs) et psychosociale (principalement pour la désorganisation et les symptômes négatifs). L'objectif est la rémission et l'insertion dans la société. Les facteurs de bon pronostic sont parmi d'autres le fait d'avoir un entourage social et familial stable. Avoir conscience de sa maladie et pratiquer une bonne observance des traitements qu'ils soient médicamenteux ou concernant le suivi médical semblent être indispensables à une rémission durable. La prise en charge psychosociale se fait de plus en plus autour de la réhabilitation (ou remédiation cognitive) qui traite les symptômes de désorganisation par des entretiens et des exercices qui vont permettre de repérer les fonctions cognitives altérées pour ensuite trouver des stratégies d'adaptation et remobiliser des capacités, qui permettront de faire face au quotidien. C'est bien ce processus de rétablissement, qui va permettre un nouveau projet de vie. Mais ce travail peut être long, il demande un fort investissement du patient et une relation de confiance durable avec l'équipe de soin.

- Schizophrénie et religion

La symptomatologie même de la schizophrénie peut expliquer l'attrait que ces malades peuvent avoir pour la religion et la spiritualité. En effet, l'étude de S. Mohr et P. Huguelet, menée à Genève (2004)<sup>(162)</sup> a démontré un fort intérêt des patients schizophrènes pour la religion. Elle peut leur permettre de donner un sens à leur maladie, et plus particulièrement à leurs hallucinations, elle pourvoit aussi « au sens du quotidien par des guides de conduite efficaces et une représentation de l'organisation de la vie »<sup>(163)</sup>. Concrètement, pour la schizophrénie, la religion a des effets positifs pour 71% des patients (image de soi, adaptation

---

(161) Evrard R. Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature, L'Évolution Psychiatrique, Volume 78, Issue 1, January–March 2013, Pages 155-176, ISSN 0014-3855, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385513000078> Consulté le 10 novembre 2015

(162) Mohr S, Huguelet P. The relationship between schizophrenia and spirituality and its implication for care. *Swiss Med Wkly* 2004 ;134 :369-76

(163) Huguelet P. Le rôle des valeurs et du sens de la vie dans le rétablissement des troubles mentaux sévères. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 2013, vol.3 n°164, p.90-8

psychosociale, toxicomanie, tentative de suicide) et négatifs pour 14% (quand elle exacerbe le délire ou qu'elle est synonyme de rejet par la communauté...)<sup>(164)</sup>. Plus la religion est importante, plus son influence est marquée (positive ou négative)<sup>(165)</sup>. Parce qu'elle peut effectivement fournir un modèle explicatif à leur maladie ou qu'elle peut être une stratégie pour faire face aux difficultés, la religion peut influencer sur l'adhésion aux soins et sur l'observance des traitements. Par ailleurs, les patients schizophrènes ont souvent des difficultés à aborder les questions religieuses avec leur équipe soignante. C'est pourquoi l'équipe de S. Mohr et du Pr Huguelet estime intéressant d'évaluer le rôle que joue la religion dans la vie du patient. Ils ont à cet effet établi une grille d'entretien semi structurée sur laquelle le praticien peut s'appuyer<sup>(166)</sup>.

## • **LES ADDICTIONS**

Les addictions sont des pathologies qui se définissent par une dépendance à une substance ou à une activité, avec des conséquences délétères qui peuvent être somatiques ou encore psychosociales. Les addictions font parties des priorités mondiales de santé publique<sup>(167)</sup>. Les substances psychoactives peuvent être licites ou illicites. Les plus courantes sont le tabac (nicotine) et l'alcool. Viennent ensuite le cannabis, les opiacés, la cocaïne, les amphétamines et certains médicaments. Les comportements concernés par les troubles addictifs sont le plus souvent le jeu, le sexe, le travail et les jeux vidéo. Les représentations sociales liées aux addictions sont souvent très stigmatisantes pour les patients qui en souffrent. En effet, les troubles addictifs renvoient à des représentations liées à un manque de volonté ou à une « faiblesse de caractère ». L'estime qu'ils peuvent avoir d'eux-mêmes est souvent très touchée, et le sentiment de culpabilité est généralement très présent. La honte et le rejet socio-familial sont fréquents. Ces éléments sont de réels obstacles au soin et à une rémission durable.

- Addictions et religion

---

(164) Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet.P. Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie : mise au point pour le praticien. Rev med suisse 2006 n°79.

<http://revmed.ch/rms/2006/RMS-79/31644>\_Consulté le 10 novembre 2015

(165) *Ibid.*

(166) *Ibid.*

(167) BESSON J, GRIVEL J Les addictions entre déterminisme et liberté. Sweizer archiv für neurologie und psychiatrie 2010 ; 161 (8), 296-298 <http://www.sanp.ch/docs/2010/2010-08/2010-08-092.pdf> Consulté le 15 décembre 2015

Dans sa thèse « Psychiatrie et spiritualité »<sup>(168)</sup> le Dr Djaber rappelle les trois niveaux auxquels se situent le rôle de la spiritualité et de la religion. Tout d'abord l'intégration du spirituel et du religieux peut agir comme « source d'espoir et d'estime de soi, deux dimensions souvent ébranlées chez les personnes souffrantes de troubles addictifs »<sup>(169)</sup>. Ensuite, la réadaptation implique un travail personnel de remise en question et de prise de conscience des troubles, l'introspection peut être retrouvée dans la spiritualité. Enfin, la rémission dans les troubles addictifs nécessite un dépassement du sentiment de culpabilité. Or, « le pardon et la libération du sentiment de culpabilité constituent des enjeux importants dans toute démarche spirituelle »<sup>(170)</sup>. Le Dr Djaber rapporte également les résultats d'études qui « suggèrent que l'abus d'alcool et de drogues est associé au fait de ne pas donner de sens à sa vie »<sup>(171)</sup>. Il observe également que « le fait qu'une personne accorde une place à la dimension spirituelle et religieuse augmente ses capacités d'adaptation, la rend moins vulnérable au stress et favorise l'intériorisation d'un sens et d'un but personnel »<sup>(172)</sup>. Ainsi, la spiritualité a une place importante dans certains programmes d'accompagnement de malades addictifs, notamment aux USA avec l'association des Alcooliques Anonymes (AA). On trouve parmi leurs préceptes « demander l'aide d'une puissance supérieure, reconnaître ses torts et s'en repentir, pratiquer la méditation et réciter des formules, telle la prière de la sérénité »<sup>(173)</sup>. La popularité de l'approche des A.A rend très présente la spiritualité dans la littérature scientifique concernant la dépendance aux drogues et à l'alcool, mais on la retrouve majoritairement dans des écrits d'auteurs anglo-saxons.

### • **L'ANOREXIE MENTALE**

Elle se définit comme étant « un trouble du comportement alimentaire essentiellement féminin, qui entraîne une privation alimentaire stricte et volontaire pendant plusieurs mois voire plusieurs années »<sup>(174)</sup>. Les conduites de restriction et de jeûne sont adoptées par 20% des jeunes filles à un moment de leur vie. Mais l'anorexie mentale concerne plus

---

(168) Djaber A. Psychiatrie et spiritualité. Evaluation des besoins spirituels et religieux des usagers d'un centre Medico-Psychologique pour adulte et de la réponse des psychiatres à des demandes de nature spirituelles. . [Thèse de doctorat en médecine] Faculté de médecine de Nancy. 2011. Consulté le 25/10/2015 [http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE%20ET%20SPIRITUALITE%20-%20THESE%202011%20\(173%20Pages%20-%20208,1%20Mo\).pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE%20ET%20SPIRITUALITE%20-%20THESE%202011%20(173%20Pages%20-%20208,1%20Mo).pdf)

(169) Djaber A. *op.cit.*

(170) *Ibid.*

(171) *Ibid.*

(172) *Ibid.*

(173) *Ibid.*

(174) [www.inserm.fr/thématique](http://www.inserm.fr/thématique) consulté le 17/07/2016

spécifiquement 0.5% des jeunes filles<sup>(175)</sup>, elles ont des symptômes bien définis (issus du DSM V et du CIM): on y trouve la restriction alimentaire avec phases de boulimies, associées aux vomissements ou à la prise de laxatifs, L'IMC est inférieur à 17,5kg/m<sup>2</sup>, la perception du corps est déformée, l'estime de soi est dépendante du contrôle sur son corps. On retrouve régulièrement une aménorrhée d'au moins trois mois. Ces dernières années, il y a eu une tendance à la définir comme une addiction : une forme d'addiction au contrôle, une sorte de « perte de contrôle du contrôle ». Cette maladie se déclare souvent pendant la puberté. L'anorexie commence le plus souvent par une phase de restriction alimentaire (régime) volontaire. Lorsque l'anorexie est installée, la maladie dure en moyenne un an et demi à trois ans<sup>(176)</sup>. Après cinq ans d'évolution, deux tiers des sujets sont guéris « A terme, la moitié des personnes soignées pour une anorexie mentale à l'adolescence guérissent, un tiers est amélioré, 21% souffrent de troubles chroniques et 5% décèdent »<sup>(177)</sup>. Les décès sont liés à des complications somatiques dans plus de la moitié des cas et à des suicides dans près d'un tiers des cas. La prise en charge est le plus souvent ambulatoire avec suivi psychiatrique et parfois hôpital de jour, mais parfois il nécessite une hospitalisation complète en service spécialisé lorsque la malade est en danger vital.

#### ○ Anorexie et religion

Jacques Maître, dans son article « Anorexies religieuses, anorexies mentales »<sup>(178)</sup> (2001) rapporte qu'on fait souvent le lien entre anorexie et pays industrialisés car elle se limite principalement aux pays occidentaux. Ainsi, l'anorexie serait entraînée par « la fascination pour un fait social d'apparition très récente : l'idéal médiatique d'une silhouette féminine extrêmement mince »<sup>(179)</sup>. Pourtant, cette nosologie ne correspond pas à « la diversité historiquement attestée dans le champs des motivations alléguées par les patientes depuis 120 à 140 ans dans laquelle le corps médical a défini le syndrome »<sup>(180)</sup>. J. Maître observe que l'anorexie s'est parfois tissée sur la trame d'un discours mystique. Il évoque quelques cas emblématiques :

Catherine de Sienne (14<sup>e</sup> siècle.), sainte morte vers 33 ans, aurait présenté une anorexie mentale typique, tout comme Thérèse de Lisieux (19<sup>e</sup> S.). Mais aussi des personnalités

---

(175) *Ibid.*

(176) [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr) anorexie mentale

(177) *Ibid.*

(178) Maitres J. Anorexies religieuses anorexies mentales. revue française de la psychanalyse 2001/5(Vol.65), p.1551-1560 <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2001-5-page-1551.htm>; Consulté le 04 Décembre 2015

(179) *Ibid.*

(180) *Ibid.*

féminines du 20<sup>ème</sup> siècle, telle que la philosophe Simone Weil (1909-1943), qui se considérait comme une mystique chrétienne. Ainsi, à travers des interprétations et des constructions psychanalytiques, l'auteur cherche à savoir s'il y a un lien entre anorexie mentale et anorexie mystique. Il reconnaît ainsi des ressemblances entre le mode de vie choisi par les mystiques, et celui des anorexiques décrit par les médecins. Ces comportements seraient liés au « refus d'assumer l'apanage des femmes dans la transmission de la vie et la mise en œuvre d'une maltraitance à l'égard de son propre corps »<sup>(181)</sup>. La façon anorectique d'être au monde n'est pas entendue comme maladie psychiatrique, mais comme une manière de vivre, avec différents styles qui se modèlent en fonction de l'époque. Ainsi, « La mystique chrétienne occidentale a été un lieu important de légitimation et de valorisation, voire de sacralisation de conduites anorectiques (jeûne prolongé, refus de la condition féminine dans la transmission de la vie, du maternage et du mariage) »<sup>(182)</sup>. Cette valorisation est allée jusqu'au mythe de l'inédie « abstention totale et durable de nourriture, considérée comme l'un des phénomènes « extraordinaire » accompagnant l'expérience mystique »<sup>(183)</sup>. Dans son article, J. Maître relève que des domaines autres que religieux permettent la socialisation des façons d'être anorectiques au monde, en étant championne du monde sportif ou vedette de la danse. « Le statut de malade procure des bénéfices secondaires, en mobilisant l'entourage autour de l'anorectique, mais reste globalement dépréciatif. En revanche, les autres façons anorectiques d'être au monde vont bien souvent de pair avec un investissement très volontariste d'idéaux sociaux, base de statuts prestigieux »<sup>(184)</sup>. J. Maîtres en conclut donc qu'une voie de « guérison » de l'anorexie consisterait à « faire le choix d'une façon anorectique d'être au monde valorisée et régulée par la société, de sorte que seront évités les excès qui alarmeraient l'entourage et déclencheraient une médicalisation lourde ». Il rappelle qu'effectivement le médecin de Simone Weil regrettait qu'elle « ne soit pas allée dans un ordre religieux, où l'anorexie mentale qu'il avait diagnostiqué chez elle aurait été traitée par une pédagogie disciplinaire »<sup>(185)</sup>. Il considérait qu'un ordre religieux, face à l'ascétisme et aux idéaux sociaux plébiscités par les anorexiques, ouvrait des voies pouvant faire diversion par rapport aux tentations de jeûne dangereux.

---

(181) Maîtres J. *op.cit.*

(182) Thibault D. Compte rendu de l'ouvrage Maître, J Anorexies religieuses, anorexie mentale. Essai de psychanalyse sociohistorique : de Marie de l'incarnation à Simone Weil ; Laval théologique et philosophique, vol.57, n°2, 2001, p.338-390 URI : <http://id.erudit.org/iderudit/401367> ; Consulté le 15/07/2016

(183) *Ibid.*

(184) Maîtres J. *op. cit.*

(185) *Ibid.*

## • **TROUBLES DE L'HUMEUR, ET PASSAGE A L'ACTE SUICIDAIRE**

Le trouble de l'humeur est un ensemble de diagnostics comprenant (de façon non exhaustive), le trouble bipolaire, la dépression et la mélancolie. Le trouble bipolaire (anciennement appelé psychose maniaco dépressive) est une pathologie de l'humeur où le malade peut avoir des phases maniaques ou hypomaniaques. Ces périodes d'excitation psychomotrice sont caractérisées par l'euphorie, la mégalomanie et la désinhibition. Ces états peuvent laisser place à des périodes de dépression profonde. Cette pathologie concerne plus d'un million de personnes en France <sup>(186)</sup>. C'est le trouble mental au plus fort risque de passage à l'acte suicidaire. Certaines études épidémiologiques montrent que 29% des individus souffrant de trouble bipolaire ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, et entre 10 et 19% de ces malades en décèdent<sup>(187)</sup>. Néanmoins, entre deux phases, le malade peut connaître une phase de stabilisation de l'humeur, appelée euthymie, où il pourra mener une vie normale.

La dépression est une maladie touchant tous les âges. Elle comporte de nombreux symptômes, dont la tristesse et la perte d'élan vital. Le repli, la fatigue et la perte d'intérêt, associés à un sentiment de dévalorisation et de culpabilité importants sont de réels handicaps dans la vie quotidienne. Ils peuvent avoir des conséquences dramatiques telles que le suicide. La dépression peut être réactionnelle à un événement de vie, ou survenir sans motif apparent. L'épisode dépressif peut se résoudre par une rémission spontanée en quelques mois. Mais le plus souvent, il y a une prise en charge médicamenteuse, accompagnée ou non d'une psychothérapie. Toutefois, les récurrences peuvent être fréquentes dans les années suivantes (50 à 80% des cas)<sup>(188)</sup>.

La mélancolie est décrite comme étant un « état morbide caractérisé par un abattement physique et moral complet, une profonde tristesse, un pessimisme généralisé, accompagné d'idées délirantes d'autoaccusation et de suicide »<sup>(189)</sup>. Les idées délirantes concernent souvent des thématiques de ruine ou d'indignité. La mélancolie comporte elle aussi un fort risque de passage à l'acte suicidaire. Le suicide est un acte qui peut être attribué à différents troubles mentaux (bipolarité, dépression, schizophrénie, addictions, anorexie...), mais il peut

---

(186) <http://www.troubles-bipolaires.com/maladie-bipolaire/nature-des-troubles-bipolaires/> Consulté le 15/07/2016

(187) Caribé and Al. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatient ? 156-161 ; 2015. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715303359> Consulté le 19/05/2016

(188) <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression> Consulté le 15/07/2016

(189) <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/melancolie> consulté le 15/07/2016

aussi être lié à un événement de vie, cet acte est souvent en lien avec le sentiment de désespoir. Le suicide a une forte incidence en santé publique. En 2012, 9715 personnes se sont suicidées, cela représente 27 décès par jour<sup>(190)</sup>. Il est estimé en termes d'épidémiologie qu'il y a entre 10 et 40 tentatives de suicide pour un suicide ayant mené au décès<sup>(191)</sup>.

○ Trouble de l'humeur, suicide et religion.

Les religions du livre considèrent que le suicide est une offense à Dieu. Il est formellement condamné car « décider de la mort ou de la vie n'appartient qu'à Dieu seul (Saint Thomas D'Aquin) »<sup>(192)</sup>. La mélancolie et la tristesse se rapprochent de ce que la religion chrétienne appelle l'acédie : « L'acédie est un mélange de dégoût, d'aversion, de *toedium*, de lassitude »<sup>(193)</sup>, et elle est considérée comme un vice par le christianisme. Ainsi, on pourrait penser que la pratique religieuse par l'interdit du suicide et la volonté de célébrer la vie est protectrice de la dépression et du passage à l'acte suicidaire. Mais en stigmatisant ces situations, la religion peut aussi être source de culpabilité pour le malade et le suicidant, ce qui peut accentuer son sentiment de dévalorisation et donc son mal être. La religiosité a tout de même été décrite comme un facteur protecteur contre la dépression majeure<sup>(194)</sup> et contre le suicide<sup>(195,196)</sup>. Elle est également associée à une meilleure qualité de vie dans les troubles bipolaires<sup>(197)</sup> et pour la schizophrénie<sup>(198)</sup>, néanmoins, il n'y a pas de consensus sur l'influence de la religion et de la spiritualité sur la santé mentale, ni sur la façon dont la religiosité bénéficie à l'amélioration des états dépressifs<sup>(199)</sup>. Pour exemple, l'étude de King et Al (2013)<sup>200</sup>, conduite au Royaume-Uni a montré que la spiritualité sans pratique religieuse était susceptible d'aggraver les risques de troubles mentaux. En fait 67% des études conduites sur le sujet identifient des effets inverses entre religiosité et dépression<sup>(201)</sup>. Le Pr Huguelet

---

(190) [http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/suicide-pres-de-27-deces-par-jour-en-france-04-02-2016-2015387\\_57.php](http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/suicide-pres-de-27-deces-par-jour-en-france-04-02-2016-2015387_57.php) Consulté le 15/07/2016

(191) Caribé and Al. *op. cit.*

(192) Postel J. Quétel C. Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Paris : Dunod, 1994

(193) Jonveaux I. Luciani-Zidane L. L'acédie. Le vice de forme du christianisme. De saint Paul à Lacan. Archives de sciences sociales des religions 152/2010,9-242

(194) Miller and Al. Religiosity and major depression in adults at high risk : a ten-year prospective study <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2011.10121823> Consulté le 17/07/16

(195) Huguelet P. Mohr S. and Al. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders Consulté le 17/07/16

(196) Moreira-Almeida A. and Al Religiosity and mental health : a review <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/2277.pdf> Consulté le 17/07/16

(197) Paz Mosqueiro B. and Al. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. Journal of affective disorders 179,128-133 ; 2015

(198) Huguelet P. and Al *op.cit*

(199) Paz Mosqueiro B and Al *op.cit.*

(200) King M. and Al. Religion, spirituality and mental health : results from a national study of English households BJPsych 2013, 202 :68-73

(201) *Ibid.*

note dans son étude que la religion a parfois un effet délétère<sup>(202)</sup>. En effet, elle incite les individus à croire à la possibilité de quelque chose de meilleur après la mort. Il conclut malgré tout que la religion a globalement des effets protecteurs envers le suicide<sup>203</sup>. Quoiqu'il en soit, pour les patients croyants, il semble important d'explorer cette question car elle semble fortement influencer sur leurs considérations quant au suicide. Toutes les études précédemment citées montrent que la religion (croyance et pratique) a, dans une majorité des cas, une influence positive sur la santé et la maladie mentale. Afin de rester bienfaisant, il paraît intéressant de comprendre par quel moyen elle peut être mise en jeu dans l'évolution de la maladie.

## B. LA RELIGION EN PSYCHIATRIE

### • LE COPING RELIGIEUX

Le coping désigne principalement « les réponses cognitives et comportementales que le sujet utilise délibérément et consciemment face à un danger ou un problème externe »<sup>(204)</sup>. Ce concept intéresse plutôt les tenants de l'approche cognitive-comportementale. Ce n'est pas un comportement précis, mais plutôt un « construit d'organisation utilisé afin de comprendre la myriade des actes que les individus mettent en place afin de faire face à des événements stressants »<sup>(205)</sup>. Le concept de coping religieux a été décrit en 1998 aux États-Unis par l'équipe de Koenig and al<sup>(206)</sup>. C'est ensuite avec le psychologue Pargament qu'il publie en 2000 le RCOPE, qui est un outil permettant l'évaluation du coping religieux<sup>(207)</sup>. En France, il a fait l'objet d'une étude publiée en 2012<sup>(208)</sup>. Le coping religieux désigne « l'usage de croyances et de comportements religieux afin de prévenir ou alléger les conséquences émotionnelles négatives relatives à des situations stressantes »<sup>(209)</sup>, à ne pas confondre avec le contrôle religieux qui désigne « la croyance de l'individu quant au niveau d'influence exercé

---

(202) Huguelet P. and Al *op. cit.*

(203) *Ibid.*

(204) Chabrol H. Callahan S. Mécanismes de défense et coping. Paris : Dunod, 2004

(205) *Ibid.*

(206) Koenig H.G. and Al. Religiosity and remission of Depression in Medically Ill Older Patient, *Am J Psychiatry* 155 :4, p536-541 Avril 1998 <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.155.4.536> consulté le 17/07/2016

(207) Pargament K.I., Koenig H.G., Perez L. The Many Methods of Religious Coping: Development and Initial Validation of the RCOPE ; <http://www.jpsych.com/pdfs/Pargament,%20Koenig%20&%20Perez,%202000.pdf> Consulté le 24/06/2016

(208) Caporossi J. et Al. Validation de la version française d'une échelle abrégée de coping religieux : Brief-RCOPE. *Psychol.fr* (2012), doi :10.1016/j.psf.2011.12.001

(209) *Ibid.*

par Dieu sur l'évolution des événements de vie telle que la maladie »<sup>(210)</sup>. Le coping religieux a été décrit autour de 5 fonctions principales de la religion :

*« La religion fournit un cadre de maîtrise et de contrôle sur une situation difficile(contrôle)(Erich Fromm,1950), un confort face aux difficultés (confort)(Freud 1961) et une cohésion sociale (solidarité sociale/spiritualité) (Durkheim,1915). La religion donne également du sens à un événement (signification) (Geertz(1966) ; et elle aide à réaliser des transformations de vie majeures(Pargament,1997) »<sup>(211)</sup>*

Néanmoins, les conséquences du coping religieux varient selon qu'il soit utilisé sous sa forme positive (pattern positif) ou négative (pattern négatif). Le pattern positif est « l'expression d'une relation sécurisante avec la religion »<sup>(212)</sup> alors que le pattern négatif du coping religieux est « l'expression d'une relation conflictuelle avec la religion incluant un sentiment de punition divine et une perception inquiétante de la vie et du monde »<sup>(213)</sup>. C'est donc J. Caporossi qui en 2012 propose une traduction d'un outil d'évaluation du coping religieux en français. Cet outil n'est pas spécifique à la psychiatrie mais c'est une avancée importante en France dans la prise en compte du coping religieux. La mesure du coping religieux permet d'obtenir des données quantifiables, ce qui est désormais indispensable à toute reconnaissance scientifique. Les résultats montrent un score de pattern positif significativement plus élevé que la moyenne du score de pattern négatif <sup>(214)</sup>. J. Caporossi souligne le manque d'intérêt en France pour ce domaine « En dépit de l'intérêt du coping religieux dans le champ de l'approche transactionnelle du stress, peu d'études françaises ont été réalisées dans ce domaine. Cette situation peut s'expliquer par des différences culturelles favorisant l'intérêt et l'inclusion des croyances religieuses dans des études scientifiques plutôt anglo-saxonnes »<sup>(215)</sup>. Au-delà des différences concernant le taux de pratiquants entre les pays anglo-saxons et la France, il me semble que la différence de sécularisation des institutions et l'histoire de la laïcité en France sont des hypothèses tangibles au manque d'études en France concernant ces questions. Or, la laïcité, dans sa définition étudiée précédemment, n'interdit en aucun cas aux institutions publiques d'étudier les questions en lien avec la religion, si le travail est conduit en respectant l'impératif de neutralité. La société Française confère une place différente à la religion par rapport aux pays anglo saxons, l'histoire étant différente, le vécu des populations vis-à-vis de ces questions pourrait l'être aussi. Leurs études ne semblent donc pas totalement superposables à la France, il paraîtrait intéressant de pouvoir mener ce

---

(210) Caporossi J. and Al. *op.cit.*

(211) *Ibid.*

(212) *Ibid*

(213) *Ibid.*

(214) *Ibid.*

(215) *Ibid.*

type d'étude sur une population Française afin de comprendre son utilisation du coping religieux face au stress. D'autant plus qu'elle doit faire face actuellement à des événements extrêmement traumatisants, et que le champ de la maladie mentale exposé précédemment va devoir inclure des pathologies liées au stress post traumatique d'individus « sains », qui, suite à de graves blessures psychiques, pourraient avoir à être pris en charge par des institutions psychiatriques. La notion de coping religieux pourrait aider à mieux comprendre les ressources propres de certains individus, et repérer les plus fragiles. Pour exemple, aux États Unis, après les attaques terroristes du 11 septembre, se tourner vers la religion a été la seconde stratégie de coping la plus utilisée pour gérer le stress<sup>(216)</sup>. L'étude de Mosqueiro et al. (2015)<sup>(217)</sup>, suppose que c'est parce que la religion peut être une ressource de résilience (qui est la capacité d'un individu à se développer en surmontant les événements douloureux) qu'elle permet parfois de dépasser des contextes de trauma ou de graves difficultés. Le Pr Huguelet a quant à lui dirigé son étude sur le rôle des valeurs et du sens de la vie que peuvent apporter religion et spiritualité. Mais c'est aussi dans la pratique même de la religion que les recherches ont permis de trouver des pistes thérapeutiques.

#### • **MINDFULNESS ET MÉDITATION**

Dans les années 2000, la méditation de type relaxation profonde telle qu'elle est pratiquée dans le bouddhisme, a servi à l'élaboration de techniques thérapeutiques de relaxation. Le « Mindfulness », ou méditation pleine conscience, se définit par « le fait de porter son attention au moment présent, sans jugement des stimuli internes et externes »<sup>(218)</sup>. Les études approfondies sur le sujet, s'appuyant également sur l'imagerie cérébrale, ont permis d'intégrer la méditation aux programmes thérapeutiques. En effet, l'étude sur la « Mindfulness based cognitive therapy » de Segal, montre une diminution de 50% du taux de récurrence des rechutes dépressives graves<sup>(219)</sup>. Elle pourrait donc être une alternative à la chimiothérapie d'entretien. Ces techniques sont en lien avec l'élargissement de la psychiatrie vers la « santé mentale », elles cherchent à promouvoir le développement de ressources personnelles pour gérer ses émotions, et le stress. Cette « intrusion » du religieux dans la santé mentale a été questionnée par la sociologue N. Garnoussi (2011). Ce qu'elle appelle un « bricolage

---

(216) Paz Mosqueiro B. and Al. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients, *Journal of affective disorders* 179(2015)128-133, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.022> consulté le 18/07/2016

(217) *Ibid.*

(218) Irving J.A. Zindel V. « Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : état actuel et applications futures » *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 2, 2013, p. 65-82 URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1023990ar> consulté le 18/07/2015

(219) *Ibid.*

psychospirituel »<sup>(220)</sup> dans la médecine mentale s'est organisé dans les années 1990 autour d'une nouvelle offre de sens : la spiritualité laïque. Mais la nouveauté du Mindfulness est qu'elle introduit le registre de justification scientifique. La diffusion de cet ensemble « spiritualité/science de la santé » peut interroger :

*« On sait que les normes médicales et scientifiques, notamment par le biais de l'éducation à la santé, régulent de plus en plus largement nos conduites, et ce, d'autant plus que s'institue, dans la société globale, une lecture biologique des raisons de nos comportements et de nos pensées »<sup>(221)</sup>.*

Elle remarque pourtant, que ces travaux sont peu étudiés en ce qui concerne l'éthique. On observe le glissement d'une médecine mentale dirigée vers « la résolution de divers troubles psychiques »<sup>(222)</sup> vers une médecine mentale dont « les recommandations s'adressent à tous »<sup>(223)</sup>, donc avec une valeur normative, quelle place alors pour l'anomalie ? Par ailleurs, il convient de s'interroger sur la présence de personnalités religieuses dans des groupes ou conférence en lien avec des thérapies dans des institutions publiques. Mais le bouddhisme est-il vraiment une religion ? Cette question est importante si cette pratique trouve sa place dans des institutions publiques, et que ses pratiquants interviennent auprès des malades. Des mises en garde concernant le respect du principe de laïcité sembleront alors importantes.

## • **ETHNOPSYCHIATRIE**

Face aux thérapies cognitivo comportementales, l'ethnopsychiatrie se place de façon totalement différente vis-à-vis des croyances et pratiques religieuses des patients. Elle s'inspire des théories psychanalytiques et anthropologiques. L'objectif de cette approche est de redonner leur sens « aux croyances et aux pratiques des malades dans un cadre laïc »<sup>(224)</sup>. Dans son article de 2007, Lamine Diouf, porte un regard critique sur l'échec de la prise en charge d'une femme sénégalaise ayant développé un délire d'allure paranoïaque, suite au décès de son seul fils dans le naufrage du Joola en 2002<sup>(225)</sup>. Il souligne la nécessité de

---

(220) Garnoussi N, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale », *Sociologie* 3/2011 (Vol. 2) , p. 259-275  
[www.cairn.info/revue-sociologie-2011-3-page-259.htm](http://www.cairn.info/revue-sociologie-2011-3-page-259.htm). Consulté le 20/05/2016

(221) *Ibid.*

(222) *Ibid.*

(223) *Ibid.*

(224) Devos A. Abadie P *op. cit.*

(225) Diouf L.M. Ndiaye M. Collignon R. Seck A.M. Entre événements de vie et croyances culturelles : un délire à la croisée des chemins. *Evol Psychiatr* 2008 ;73

« prendre en compte le système de croyances dans lequel il (l'autre) a baigné jusque là ». Cette prise en compte permet la rencontre authentique avec l'autre. Rencontre nécessaire au travail psychique du patient avec son thérapeute. Il rapporte qu'avec cette femme, la rencontre n'ayant pas pleinement eu lieu, elle a gardé une défiance envers l'équipe de soin, qui a entravé la prise en charge. La vision de l'ethnopsychiatrie permet également de s'interroger sur la fonction du délire pour cette femme, qui vivait dans une société où son destin ne pouvait se réaliser pleinement que dans une maternité accomplie. Il s'agit là de prendre en compte « l'expression à la fois sociale et personnelle d'une plainte, d'une interrogation, d'une demande »<sup>(226)</sup>, et ce dès le début de la prise en charge. Cette femme avait été prise en charge immédiatement après le drame qui avait fait près de 2000 morts, la sidération collective qu'il a suscité, a pu aggraver la difficulté des soignants à être à l'écoute de cette parole. En France, l'ethnopsychiatrie est surtout questionnée face aux populations de migrants. Elle peut être une approche aidante car elle part de 2 postulats : « l'universalité psychique ,c'est-à-dire l'unité fondamentale du statut psychique qui donne le même statut éthique et scientifique à tous les êtres humains dans leur production psychique et culturelles, et le fait que tout homme a une culture, ce qui fonde son humanité et son universalité »<sup>(227)</sup>. Il est nécessaire de se décentrer de sa propre culture afin d'avoir une meilleure lecture de la situation clinique. « Faire un pas de côté, prendre du recul nous permet de reconnaître comment notre culture traverse notre rencontre avec autrui, cela afin de tendre vers ce que Devereux appelle la neutralité culturelle »<sup>(228)</sup>. Devereux a ainsi développé la notion de complémentarité, qui implique qu'un fait peut avoir simultanément plusieurs réalités. Il peut y avoir plusieurs niveaux explicatifs à un même fait. De façon pratique, cette méthodologie implique la prise de conscience de l'impact de la présence de l'observateur, et de sa position. Face à une pratique religieuse, la position de l'observateur sera définie par le niveau d'explication dans lequel il se situe, par exemple psychanalyste ou comportementaliste ou sociologue : « Les deux discours psychanalytiques et anthropologiques concernant l'aliénation psychopathologique et sociale sont donc complémentaires, obligatoires, mais non simultanées ».<sup>(229)</sup> Cette méthode a pour intérêt de n'exclure aucune théorie, et de considérer toute hypothèse comme possiblement vraie, parce que chacune d'elle a un motif différent. Pour Tobie Nathan, cette pensée a eu un impact fondamental sur la psychanalyse et la psychothérapie :

*« Contraindre le clinicien à tenir compte de faits qu'il ne connaissait pas, dont il ne se doutait même pas, auxquels donc il n'attachait a priori*

---

(226) Diouf L.M. and Al. *op.cit.*

(227) Devos A Abadie P *op. cit.*

(228) Devos A, Abadie P *op. cit.*

(229) *Ibid.*

*aucune importance. Par exemple : on peut lire le désordre psychologique d'un patient à partir de déterminants culturels ; et de manière tout aussi fondée qu'à partir de déterminants psychologiques singuliers. Autrement dit : l'énoncé*

*(1) : [B, fils de A, lui-même chef d'un lignage fon du Bénin, a été rendu fou par les vodúns car il a refusé d'assumer la charge rituelle qui lui incombait depuis la mort de son père] est aussi vrai que l'énoncé*

*(2) : [B a été saisi d'une profonde détresse mélancolique à la suite du décès de son père, A, auquel il était profondément attaché par des liens aussi profonds qu'ambivalents].*

*Cette première déflagration n'a toujours pas été métabolisée par la clinique psychothérapique qui, jusqu'alors, n'a pas su en tenir compte techniquement, essayant toujours de se débarrasser du premier énoncé (1) »<sup>(230)</sup>.*

Il s'agit donc bien de prendre en compte la théorie culturelle, sans la reléguer au rang d'élaboration archaïque. L'ethnopsychiatrie ne se contente pas « d'attribuer une nature (au patient) puis "d'interpréter" son fonctionnement à partir d'une théorie »<sup>(231)</sup>. Pour T. Nathan, l'ethnopsychiatrie est constructiviste, elle permet de prendre conscience que l'on peut envisager le patient comme « fabriqué » par les théories des différents professionnels qu'il a rencontré.

Cette vision est tout à fait valable pour des patients « autochtones », la logique est la même pour un stéphanois qui serait allé voir un magnétiseur. Il est ainsi facile de percevoir, que pour accéder à une véritable rencontre, il est important de donner au patient une place d'interlocuteur. Se décaler, plutôt que prendre de la hauteur. S'éloigner du déterminisme régulièrement rencontré en psychiatrie. Se décaler pour voir notre empreinte dans notre analyse du fait observé. Échanger avec le patient et le considérer comme partenaire d'une recherche entreprise en commun. afin de tendre vers ce qui est pour T. Nathan l'idéal de la psychanalyse : « permettre au patient de se saisir d'une part de ce qui l'a constitué »<sup>(232)</sup>. Il donne donc cette définition de l'ethnopsychiatrie :

*Une discipline clinique qui se donne pourtant pour objet l'analyse de tous*

---

(230) Nathan T. Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'ethnopsychiatrie clinique en France  
Ethnopsy — Les Mondes Contemporains de la guérison, N° 1 — février 2000, 197-226  
[http://www.ethnopsychiatrie.net/GD\\_.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/GD_.htm) consulté le 19/07/2016

(231) Nathan T. *op. cit.*

(232) *Ibid.*

*les systèmes thérapeutiques, envisagés comme systèmes d'objets ; tous les systèmes, sans exclusive ni hiérarchie, qu'ils se revendiquent "savants" ou qu'ils se présentent comme spécifiques à un collectif, à une communauté - ethnique, religieuse ou sociale. L'ethnopsychiatrie se propose de les décrire, d'en extraire la rationalité propre et surtout de mettre en valeur leur caractère nécessaire. Cette discipline revendique une scientificité spécifique du fait que, envisageant les systèmes thérapeutiques comme la propriété de groupes - selon la formule énoncée plus haut : les groupes fabriquent les objets qui fabriquent à leur tour les personnes -, elle cherche à démontrer ses hypothèses en inventant des méthodes permettant aux représentants de ces groupes de se prononcer sur leur validité.*

*Une discipline qui se propose d'éprouver les concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie aux risques des théories des groupes dont elle étudie les dispositifs thérapeutiques. Elle crée des situations, imagine des dispositifs, invente des méthodes destinées à mettre ces théories à l'épreuve des réalités culturelles et cliniques qu'elle observe.*

*Une pratique clinique qui considère que la démarche et les résultats des points (1) et (2) concernent avant tout les patients ; une pratique qui s'intéresse à un débat contradictoire avec eux ; une pratique, enfin, qui construit consciemment des espaces interdisant aux thérapeutes la pratique de l'injure adressée aux patients, à leur famille ou à leurs groupes - je veux dire qui ne se contente pas de confier le respect de cette règle à la valeur morale du thérapeute, mais s'engage activement à construire un dispositif qui l'interdit concrètement.<sup>(233)</sup>*

Ces points de vue ont en commun de démontrer la nécessaire prise en compte de la spiritualité du patient. Aborder avec lui la question de ses pratiques religieuses semble avoir un réel intérêt dans la prise en charge, quelle que soit l'orientation du thérapeute, cognitiviste ou psychanalytique. Et pourtant, concrètement, en France, l'abord du phénomène religieux en psychiatrie reste rare et difficile. Pour A. Devos « Ce paradoxe met en évidence une possible résistance à la compréhension du thème religieux en psychiatrie »<sup>(234)</sup>. Je vais tenter de comprendre dans la partie suivante les obstacles à cette écoute, et d'où proviennent les résistances.

---

(233) Nathan T *op. cit.*

(234) Devos A. Abadie P. *op. cit.*

## **4) LES RÉSISTANCES DE LA PSYCHIATRIE AU FAIT RELIGIEUX**

### **A. PSYCHIATRIE ET RELIGION : DES LIENS HISTORIQUES**

D'Après A Devos : « Psychiatrie et religion sont dans l'histoire de la pensée trop proches pour que mise en perspective ne signifie pas mise en concurrence »<sup>(235)</sup> .

En effet, les origines de la psychiatrie en France sont en lien avec la religion. Et ce d'abord parce qu'historiquement, les premières conceptions de la folie étaient basées sur des causes magiques. Des entités positives ou négatives rendaient fou. Et il fallait les invoquer pour pouvoir guérir. Déjà, en Mésopotamie, dans la médecine babylonienne : « les médecins laïques s'occupaient des maladies ordinaires et des blessures, laissant aux prêtres médecins le soin de s'occuper des fous »<sup>(236)</sup>. Les médecins Egyptiens avaient eux aussi recours aux pratiques magiques pour chasser le délire, mais pour la médecine hébraïque, c'est Dieu qui rendait fou, c'est lui qui était invoqué pour obtenir la guérison. La Bible décrit la dépression et la mélancolie à travers la maladie mentale de Saül, qui finira par se suicider « L'esprit de Yahvé s'était retiré de Saül et à la place un mauvais esprit, venant de Yahvé, lui causait des terreurs »<sup>(237)</sup>.

C'est Hippocrate qui fut l'un des premiers à désacraliser les maladies mentales. Il dit de l'épilepsie « Cette maladie n'est ni sacrée ni divine, elle a une cause naturelle comme les autres maladies ». Il considérait que la folie était en lien avec les humeurs, et proposait des plantes médicinales afin de les soigner. Il fut le premier à souligner que les maladies mentales étaient en lien avec le cerveau.

Au début du Moyen âge, le christianisme était bien ancré dans une société où le roi était sacré et tenait son pouvoir de Dieu. « La maladie mentale releva sans conteste du domaine de la foi, et la guérison de la folie fut le privilège des saints »<sup>(238)</sup>. Les exorcismes étaient utilisés contre l'esprit mauvais qui possédait le corps et l'âme du malade.

*« Dans les représentations iconographiques de scènes d'exorcisme de l'époque, on voit un démon griffu et cornu, ou bien un oiseau noir, s'échapper de la bouche du possédé, tandis que le saint récite les prières*

---

(235) Leguay D *op. cit.*

(236) Thuillier J. La folie, histoire et dictionnaire, Paris : Ed Robert Laffont, 1996

(237) Extrait de la Bible, Premier livre de Samuel, cité par J Thuillier *op. cit.*

(238) Thuillier J. *op. cit.*

*rituelles ; cette expulsion est censée marquer la fin des troubles. En effet, lorsque l'exorcisme réussit, son efficacité est immédiate et totale »<sup>(239)</sup>*

Mais le plus souvent, c'est le pouvoir thaumaturgique post mortem des saints guérisseurs qui est convoqué. Le pèlerinage thérapeutique pour les fous devient une pratique courante. Ils sont emmenés au sanctuaire en groupe, attachés et gardés. Là, les reliques, porteuses du pouvoir des saints, sont touchées par les malades. Divers rituels et cérémonies entourent cet événement. Les guérisons de fous auraient représenté entre 8 et 10% des guérisons miraculeuses de l'époque féodale<sup>(240)</sup>. Peut être en lien avec l'émulation générale et les différents chocs psychologiques vécus pendant les rituels. Á la renaissance, c'est toujours « l'ombre du diable » qui plane sur la folie. Elle est encore expliquée par les humeurs mais pour les médecins il n'y a pas contradiction puisque « le surnaturel ne s'oppose pas au naturel, il l'utilise »<sup>(241)</sup>. Le diable trouble les humeurs pour rendre fou, le prêtre travaille alors avec le médecin. Le prêtre exorcise et le médecin remet de l'ordre dans ce que le diable a troublé. « C'est dans cet esprit que les médecins ont été longtemps conviés à examiner les sujets sur qui pesait une suspicion de sorcellerie et plus encore de possession »<sup>(242)</sup>. La renaissance est marquée par l'inquisition, où le fou est poursuivi pour sorcellerie ou possession. Mais à la fin du XVIe siècle, le divorce a lieu, avec des médecins qui conçoivent une nature autonome et les prêtres qui pensent que le Diable feint la guérison pour tromper les médecins. Certains médecins commencent à expliquer les causes des maladies sans la présence du diable : s'il n'y a pas de manifestation surnaturelle de la maladie (pouvoir de prédiction, lévitation), la cause de la maladie est seulement naturelle. Face à cette tentation de la médecine de se purger des étiologies religieuses, certains rappellent aux médecins qu'ils ne doivent s'intéresser qu'au corps. Plus tard, Philippe Pinel, avec son traitement moral, pose au début XIX<sup>e</sup> siècle les bases de la psychiatrie française. Il s'inspire pour cela entre autres de la méthode de l'anglais Francis Willis, gardien de la folie royale et prêtre : « on console et on redresse les esprits déformés avec le traitement moral de Pinel comme l'ont fait les prêtres »<sup>(243)</sup>. Dans la même période, sous l'impulsion d'un décret menant à faire sortir les aliénés des prisons, se sont multipliées les maisons religieuses leur étant destinées. Les sœurs Augustines de l'Hôtel Dieu mirent en avant leur capacité à consoler, qu'elles mettaient en lien avec leur spiritualité, afin de protester contre leur mise sous tutelle de médecins laïques :

---

(239) Postel J. Quétel C. : Nouvelle Histoire de la psychiatrie Paris : Dunod 1992

(240) *Ibid.*

(241) *Ibid.*

(242) *Ibid.*

(243) Devos A ; Abadie P *op. cit.*

*« C'est aux femmes, et surtout à celles qui, par leurs vocations se sont vouées au service continuel des malades qu'est réservé cet empire si doux que la nature et la religion leur donnent sur les malades(,) que la providence leur confie, qui mieux qu'elles savent consoler le désespoir, adoucir le chagrin, calmer l'inquiétude(...)sans cesse au chevet du malade, de lui parler; de le consoler; n'influe-t-elle pas plus souvent sur la guérison que l'application des remèdes qui n'aideront presque jamais la nature ... ? »<sup>(244)</sup>*

Ainsi, la construction de la psychiatrie s'est faite dans une forme de sécularisation non linéaire, et sans rupture nette avec le fait religieux. Les échanges entre religion et psychiatrie ont eu lieu de la naissance du domaine psychiatrique à ce jour. Pourtant, peut être à cause de ces liens, les débuts de la médecine mentale furent marqués par un courant d'anticléricalisme et de défiance envers la religion. Pour J. Goldstein, c'est principalement autour de trois questions que les problèmes se posaient : le rôle de la religion dans les causes de la maladie mentale, son rôle dans le traitement de la maladie et la composition du personnel soignant. La relation est ambivalente. H. Guillemain, montre dans son article « le prêtre et l'aliéniste » à quel point cette relation est complexe, mais elle peut rappeler des situations plus contemporaines

*« Prêtres et aliénistes se retrouvent donc sur le même terrain, celui de la direction des consciences, et particulièrement celle des consciences troublées . Sur ce terrain, ils sont parfois concurrents. Les relations du médecin-chef d'un asile d'aliénés avec le ou les aumônier(s) de l'asile ne sont toujours simples »<sup>(245)</sup>*

Il en était de même dans le domaine médico-légal, Pinel fut appelé pour déterminer si Martin de Gallardon était délirant ou prophète. Il le fit interner pour observation, mais un ecclésiastique l'ayant visité et ayant conclu à une « raison parfaite », l'homme fut relâché et reçu par Louis XVIII. Cette expérience « préfigurait les controverses à venir entre médecine aliéniste et religion catholique »<sup>(246)</sup>. Par ailleurs, Pinel souhaitant envisager la religion de façon pragmatique, s'opposa à l'administration dans son établissement de l'extrême onction aux patients gravement malades, car il trouvait qu'il baissait leur moral. Ainsi, certains aliénistes refusaient d'entendre parler de chapelle ou de prêtre dans leur hospice.

---

(244 )Goldstein J. Consoler et classifier. Version française Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo ;1997

(245) Guillemain H. Le prêtre et l'aliéniste Autour d'une « scène » de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle : la bénédiction de la chapelle de l'asile Quatres-mares. *Evol psychiatr* 2008 ;7  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.01.004>. Consulté le 20/11/2015

(246) Gumpper S. Rausky F. La modernité clinique face au sentiment religieux : la mélancolie dévote » de Philippe Pinel (1790-1816) <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448710002246>; Consulté le 20/11/2015

*« Les exhortations du prêtre doivent être rares(...) trop souvent répétées, elles deviennent sans effet ou même dangereuses, comme on peut observer dans les asiles que les Quakers ont fondé en Pennsylvanie pour les fous. Les malades sont conduits deux fois par semaine à la chapelle et en sortent presque toujours plus agités : les monomanies religieuses y deviennent incurables »<sup>(247)</sup>*

De nombreuses batailles ont eu lieu entre clergé et aliéniste à cette époque<sup>(248)</sup>. Au milieu du XIXe siècle, Falret choisit plutôt la voie de la collaboration avec le clergé : il estimait que l'usage de la religion accélérât la guérison des maladies mentales et évitait les rechutes. En dehors de ses étudiants, il fut peu suivi dans ses théories. De plus, le monde médical ayant une forte réputation d'irrégularité, la plupart des journaux médicaux les évitèrent de façon volontaire. J Goldstein conclut son chapitre dédié à la concurrence de l'aliénisme avec la religion par cette observation, encore aujourd'hui très pertinente :

*« Tout d'abord l'échec de Falret à amener un nombre significatif de psychiatres sur sa position (...) révèle la nature profonde de l'antycléricalisme psychiatrique. Ensuite il est frappant que les seules possibilités envisagées par les aliénistes aient été l'antycléricalisme ou la collaboration. Il semble qu'il leur ait été impossible de rester **indifférent** au clergé : il devait être avec eux ou contre eux. »<sup>(249)</sup>*

Le glissement de pouvoir dans le statut de « directeur des âmes »<sup>(250)</sup> entraîna pour les aliénistes la seule attitude possible envers les prêtres en dehors de la collaboration : la rivalité. D'autant plus que l'apparition tardive de traitements pharmaceutiques efficaces (à partir de 1952) a longtemps laissé de l'espace aux explications et traitements religieux.

À la fin du XIXe siècle, Charcot analyse scientifiquement certaines extases mystiques en les rapprochant de l'hystérie (cas de Madeleine Lebouc).

Au XXe siècle, Freud écrit dans un courant psychanalytique « l'avenir d'une illusion ». Il pose la religion comme création de l'homme pour soulager ses conflits intrapsychiques<sup>(251)</sup>. Il se situe dans un courant matérialiste qui ne reconnaît que la matière, et nie les substances spirituelles. Freud est rationaliste, « ces hypothèses ont pour but de rendre compréhensible ce qui ne l'est pas »<sup>(252)</sup>. Il considère la religion comme une construction collective symbolique. Il parle de « névrose symbolique de l'humanité » où les règles morales religieuses sont des

---

(247) Ferrus G.(1834) cité par Goldstein J. *op. cit.*

(248) Goldstein J. *op. cit.*

(249) Goldstein J. *op.cit.*

(250) Devos A. Abadie P. *op cit*

(251) Freud S. L'avenir d'une illusion presses universitaires de France, 3<sup>e</sup> éd 1927

[http://classiques.uqac.ca/classiques/freud\\_sigmund/avenir\\_dune\\_illusion/t1\\_avenir\\_une\\_illusion/avenir\\_une\\_illusion.pdf](http://classiques.uqac.ca/classiques/freud_sigmund/avenir_dune_illusion/t1_avenir_une_illusion/avenir_une_illusion.pdf); Consulté le 15/octobre/2015

(252) Rameix S. Fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris : ellipses ; 1996

symptômes névrotiques. Il jugeait les croyances religieuses comme étant « au service de l'inhibition de pensée »<sup>(253)</sup>. Pour JM Hirt, la psychanalyse est marquée par l'athéisme Freudien, mais pourra aussi être à l'écoute de l'événement intérieur du sujet, en prenant en compte la singularité de la révélation pour un individu.

L'histoire offre de nombreux éléments de compréhension de la posture actuelle de la psychiatrie vis-à-vis de la religion. D'autres hypothèses pourraient compléter les causes de cette posture.

## **B. HYPOTHÈSES COMPLÉMENTAIRES**

### **• INTÉRÊT DES SOIGNANTS EN PSYCHIATRIE POUR LA RELIGION**

La religiosité des soignants de psychiatrie est moins élevée que dans la population générale, mais celle des psychotiques chroniques l'est plus<sup>(254)</sup>. Il semblerait que cette différence ne soit pas liée à la différence médecin/malade. En effet, une étude américaine a montré que l'intérêt que porte les psychiatres au thème religieux se révèle être faible et moindre que leurs collègues médecins<sup>(255)</sup>. Ce décalage entre les patients et les psychiatres peut être problématique si les soignants sont dans l'incapacité de réaliser comment leurs opinions personnelles traversent leur façon d'écouter le malade. Pour P. Huguelet « Aujourd'hui, certains psychiatres revendiquent la nécessité d'une posture laïque interdisant l'abord de la religion dans les soins (...) mais le principal argument contre cette posture laïque est qu'on peut discuter un domaine sans forcément partager les convictions qu'il implique »<sup>(256)</sup>.

### **• LA PROTECTION DU CADRE INSTITUTIONNEL**

---

(253) Hirt J.M. La psychanalyse entre athéisme freudien et ouverture à l'écoute de l'évènement intérieur du sujet. *Evol psychiatr* 2008;73 p.93-103

(254) Huguelet P Mohr S *op. cit.*

(255) Curlin F. Lawrence R. Odell S. Chin M. Lantos J. Koenig H.G. and Al. Religion spirituality, and medicine: psychiatrists and other physicians differing observations, interpretations, and clinical approaches. *AM J Psychiatry* 2007 ; 164 : 1825-31 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861911/pdf/nihms-195836.pdf> consulté le 08/12/2015

(256) Huguelet P. Psychiatrie et religion : par delà les préjugés orspere samdarra, Centre Hospitalier le Vinatier. *Rhizome* n°54 nov 2014. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n54-a-la-frontiere-du-psychisme-la-spiritualite/psychiatrie-et-religion-par-dela-les-prejuges-890.html>. Consulté le 15 novembre 2015

Le cadre institutionnel qu'est l'hôpital psychiatrique doit être contenant : l'institution psychiatrique a un rôle de protection et d'amélioration de la santé mentale.

*« L'hôpital psychiatrique est un instrument de soins, donc une institution aménagée et organisée de telle sorte que chaque malade puisse y bénéficier de modes relationnels contrôlables et modifiables par le soignant. Ces conditions d'existence, pour une période déterminée, répondent à une double nécessité : d'une part rééquilibrer le comportement pour aider à la rééquilibration de la personnalité ; d'autre part, créer un climat sécurisant, permettant d'intérioriser les modèles de comportement ainsi expérimentés »<sup>(257)</sup>*

Les soignants peuvent craindre que le cadre soit déstabilisé par des pratiques religieuses qui pourraient représenter une intrusion de l'irréel dans le réel. Le soignant est garant du cadre et peut être même garant d'une certaine réalité. Pour certains soignants, protéger le cadre institutionnel c'est faire respecter l'ordre. Mais Foucault voit dans ce souci du maintien de l'ordre une référence à l'asile de Pinel.

*« On doit peu s'étonner, écrit Pinel, de l'importance extrême que je mets au maintien du calme et de l'ordre dans un hospice d'aliénés, et aux qualités physiques et morales qu'exige une pareille surveillance, puisque c'est là une des bases fondamentales du traitement de la manie, et que sans elle on n'obtient ni observations exactes, ni une guérison permanente, de quelque manière on insiste d'ailleurs sur les médicaments les plus vantés »<sup>(258)</sup>*

Foucault, reproche à l'institution psychiatrique d'être un décor où l'ordre, la loi, le pouvoir règnent. Il parle d'une régulation permanente et perpétuelle des temps, des activités et des gestes. Il y voit « un instrument disciplinaire au service du contrôle social ». Cette leçon, donnée en 1973, est encore actuellement l'image que renvoie la psychiatrie, ce qui d'ailleurs rend incompréhensible aux yeux de nombre de personnes, qu'un patient puisse fuguer. Lionel Fouré propose une critique de la vision de Foucault en soulignant l'intentionnalité des actes par une philosophie de l'action. « S'il faut bien convenir avec Foucault que les aliénistes soulignent sans cesse que rien n'est plus nécessaire à un asile que d'être « bien ordonné », (...) la raison en est que c'est là à leurs yeux la condition de la guérison »<sup>(259)</sup>. Il rappelle ainsi que le but de l'institution n'est pas de rendre les patients déments en éliminant les symptômes incompatibles avec le maintien du calme et de l'ordre. L'objectif n'est pas de les rendre dociles pour ne pas troubler l'institution. Pour les aliénistes, l'ordre était à leurs yeux la condition de la guérison, tout comme le maintien du cadre institutionnel est nécessaire

(257) Chanoit P.F La psychothérapie institutionnelle, collection que sais-je ? Paris : PUF ; 1995

(258) Pinel P. cité par Foucault M. Le pouvoir psychiatrique .Paris : Gallimard/seuil ; 2004

(259) Fouré L. Du positivisme en santé mentale : Foucault et l'aliénisme. Evol Psychiatrique 2009;74

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385509000309> Consulté le 04 décembre 2015

à la prise en charge du patient. D'autant plus que les dérives de l'antipsychiatrie, dans sa version simpliste postulait « que tout malade est la victime d'une société oppressive, que le psychiatre est le délégué de cette société et l'asile l'instrument de l'exclusion »<sup>(260)</sup>. Le regard actuel que porte la société sur la psychiatrie, oscille entre cette vision historique d'une institution oppressive et irrespectueuse de « l'humain » et le désir d'une institution carcérale qui les protégerait des « dangers de la folie ». Or, c'est bien l'intentionnalité qui manque à cette logique, l'institution s'organise autour du soin, et c'est bien là son objectif : soigner le malade mental. La notion de primauté du soin motive les décisions prises dans l'institution. Et la volonté de maintenir un cadre contenant se retrouve dans cette même motivation.

### • **LE LIEN AVEC LES PROBLEMES SOCIETAUX ACTUELS**

Les soignants eux-mêmes ne sont pas à l'abri d'une contamination par les problèmes contemporains. Dans le cadre de mon DIU, j'ai commencé à réfléchir à la question des pratiques religieuses en septembre 2015, la France avait déjà été ébranlée en janvier par l'attentat terroriste islamiste de Charlie Hebdo. Quelques semaines après avoir commencé mon travail, le 13 novembre 2015 a eu lieu l'attentat du Bataclan, à Paris, un massacre qui a fait 130 morts, revendiqué par le groupe terroriste État Islamique. À l'heure même où j'écris, la France vient à nouveau d'être endeuillée par un attentat à Nice, qui a eu lieu le soir du 14 juillet, il a fait plus de 80 morts et a été revendiqué par le groupe État Islamique. Il y a quelques jours, un déséquilibré se disant schizophrène a poignardé plusieurs personnes en criant « dieu est grand ». Ces événements extrêmement traumatisants peuvent influencer le comportement des soignants vis-à-vis des questions religieuses. Aborder cette question avec la neutralité exigée par le service public demande actuellement un réel effort aux équipes. Néanmoins, les questionnements concernant l'impact sur les autres patients de malades portant des vêtements à caractère religieux, ou l'influence que les pratiques religieuses de certains peuvent avoir sur les autres malades sont bien légitimes. La peur de la radicalisation de certains patients, ou d'une pratique qui pourrait mener à un isolement ou à des actes violents, peut bien sûr influencer sur la posture que le soignant prendra vis-à-vis des demandes à caractère religieux. Le désir de protéger les patients vulnérables d'une voie qui pourrait leur paraître séduisante par la prothèse identitaire qu'elle peut procurer, est bien compréhensible. Mais ces questions étant très actuelles, il est difficile de prendre suffisamment de distance afin de les analyser et d'en saisir toutes les implications.

---

(260) Chanoit P.F. *op. cit.*

- **DE LA BIENVEILLANCE EN PSYCHIATRIE**

L'objectif de l'institution est bien de prendre soin du patient, mais le soignant en tant qu'individu peut être pris dans des mouvements contre transférentiels qui peuvent l'amener à sadiser le patient, ou à exercer à son encontre une certaine violence psychique. « La violence physique de certains patients, éprouve à un degré de plus notre tolérance et notre capacité d'abnégation et réveille en nous des angoisses persécutrices et une agressivité que notre fonction nous invite à retenir »<sup>(261)</sup>. La limitation des pratiques religieuses par les soignants peut parfois être une façon d'exercer son pouvoir sur le patient dans un mouvement agressif et une volonté punitive. Ces dynamiques contre transférentielles devrait être travaillées en supervision, et avant tout repérées par les collègues afin d'être renvoyés aux soignants qui la plupart du temps n'en n'auront pas conscience.

- **CONSTRUCTIVISME EN PSYCHIATRIE**

Comme je l'ai abordé précédemment, la psychiatrie a parfois tendance à pathologiser certaines pratiques et certaines expériences à thème religieux. Chaque pratique est à remettre dans son contexte culturel et individuel. De plus, même une pratique inhabituelle donc « anormale » n'est pas forcément « anormale », elle ne doit pas forcément être corrigée. La psychiatrie est constructiviste en ce sens que la nosologie psychiatrique évolue de façon significative en fonction du sujet qui la définit (époque, mœurs). L'histoire en donne ainsi plusieurs exemples tels que la monomanie du XIXe siècle (les malades souffraient d'une idée fixe), la lycanthropie, de la même époque est le délire de transformation en loup, il a été très étudié, mais a complètement disparu à ce jour. De façon plus contemporaine l'anorexie mentale est devenue une maladie très présente récemment, alors que comme décrite auparavant, dans l'histoire elle était renvoyée à une question religieuse. L'homosexualité est typiquement un comportement qui a été caractérisé de pathologique, inscrite dans le DSM, elle en a été retirée. Dans son interview de 2003 au journal sciences humaines, le philosophe Ian Hacking<sup>(262)</sup> soutient l'idée que certaines maladies mentales se développent favorablement dans certaines niches écologiques. Il pense qu'il y a interaction entre les nouvelles idées et la population qui les reçoit. Lorsqu'il est fait publicité d'une pathologie, elle devient plus présente et à la fois plus diagnostiquée : l'hyperactivité infantile en est un bon exemple.

---

(261) Palazzalo J. L'institution psychiatrique. Paris :Ed Ellebore ; 2003

(262) [http://www.scienceshumaines.com/la-construction-de-la-maladie-mentale\\_fr\\_3005.html](http://www.scienceshumaines.com/la-construction-de-la-maladie-mentale_fr_3005.html) consulté le 20/07/2016

Concernant la religion, suite aux pressions de certaines branches de la psychologie, le DSM IV a introduit en 1994 « les problèmes spirituels et religieux »<sup>(263)</sup>. Pour Renaud Evrard le DSM a renversé le rapport de la psychiatrie aux croyances en définissant la normalité dans le rapport au religieux et au spirituel. Cela montre bien la perméabilité du DSM aux attentes du champ social.

La littérature offre de nombreuses explications aux difficultés de relation entre psychiatrie et religion, il est important pour les soignants de les connaître afin d'être clair sur les raisons de certains positionnements, et rester bienveillant envers le patient. Il semblait indispensable d'éclaircir les positions qui masquaient des intérêts qui n'étaient pas celui des patients. Mais lorsque l'intérêt est effectivement tourné vers le patient, et que la bienveillance du soignant lui permet d'avoir pour objectif la bienfaisance, que privilégier ? La bienfaisance au risque d'avoir une posture paternaliste ? Ou la liberté au risque d'oublier la vulnérabilité ? D'autant plus que la problématique ne concerne pas seulement le patient. Comme nous l'avons expliqué en psychiatrie, le patient fait partie d'un groupe qui évolue dans un cadre qui a une fonction thérapeutique: peut-on prendre le risque de déstabiliser certains malades pour respecter la liberté d'un patient ?

## **5) SORTIR DE L'IMPASSE ENTRE RESPECT DE LA LIBERTÉ ET PRISE EN COMPTE DE LA VULNERABILITÉ : PISTES EN ÉTHIQUE ET EN PHILOSOPHIE**

### **A. PSYCHIATRIE UNE MÉDECINE TÉLÉOLOGIQUE ?**

- ***UNE MÉDECINE AXÉE SUR UN OBJECTIF PRIORITAIRE : LE RETOUR A UNE PENSÉE RATIONNELLE OU LE MALADE REVIENDRA A LA SOCIÉTÉ EN TANT QUE CITOYEN APTE A CONSENTIR***

La psychiatrie est une médecine particulière en ce sens qu'elle est le seul domaine qui constitue une exception aux principes fondamentaux du respect de l'humain. Le respect de l'autonomie comme capacité à se fixer des règles morales, n'y est pas systématiquement

---

(263) Evrard R. Le Malefan P. Pression des nouvelles mentalités sur le DSM Le cas des problèmes religieux ou spirituels *Evol psychiatrique*, Volume 75, Issue 4, October–December 2010, Pages 549-563, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385510000885> Consulté le 10 novembre 2015

reconnu, et le respect des libertés universelles ne sont pas toujours respectées. C'est le seul lieu où on peut interdire à un individu de circuler librement, de voter, de prier. La psychiatrie constitue donc un lieu spécifique où la définition même de l'humain est remise en question. Régulièrement certains patients venant de prison nous rappellent que ce lieu de soin a la possibilité d'opérer plus de privations de liberté que l'univers carcéral. Et ceux qui ont feint une pathologie mentale demandent généralement rapidement leur retour en prison. Il me semble que la particularité de la psychiatrie est que la société lui permet de tout mettre en œuvre afin que l'individu puisse recouvrer sa raison. La capacité de l'individu à raisonner est le fondement de notre société, elle en est un des principes fondateurs donc une priorité. Un homme atteint d'un cancer peut refuser sa thérapie et mourir prématurément, mais un homme exprimant un délire et refusant d'être traité sera hospitalisé sans consentement. Cette vision un peu simpliste rappelle que la coercition est avant tout faite pour que le malade puisse à nouveau être maître de ses pensées afin que la société puisse faire confiance à sa volonté et la respecter. En psychiatrie, c'est donc bien l'objectif qui est prioritaire. Ce modèle est téléologique, car il repose sur la qualité du résultat attendu. Il correspond à un modèle de relation paternaliste où c'est effectivement le soignant qui va décider, dans un objectif de bienfaisance.

- **UNE TRADITION UTILITARISTE**

Ce modèle téléologique se situe dans la tradition utilitariste de J. St Mill. Le critère de la moralité est externe à l'action, il réside dans le résultat « La croyance qui accepte l'utilité (ou le principe du plus grand bonheur) comme la fondation de la morale, soutient que les actions sont justes selon le degré auquel elles tendent à promouvoir le bonheur, et mauvaises selon qu'elles tendent à promouvoir le contraire du bonheur »<sup>(264)</sup>. Le bien est donc le bonheur dans l'utilitarisme. L'évaluation de l'action morale sera faite dans une vision conséquentialiste. Cette théorie du juste sert à évaluer si c'est bien ce choix là qui devait être fait. « Il (le conséquentialisme) affirme en effet que l'option juste, dans tout choix, est celle qui produit les meilleures conséquences »<sup>(265)</sup>. Ainsi, en psychiatrie, lorsque la décision de laisser un patient avoir une pratique religieuse aura pour conséquence un bien-être pour lui, dans une logique téléologique donc utilitariste et conséquentialiste, il sera juste de le laisser la pratiquer.

Une autre logique possible est le déontologisme : dans cette notion, ce qui est le plus important, c'est le principe. L'intérêt est porté sur l'action, est-il conforme au principe

---

(264) Mill J.S. cité par Rameix S. fondements philosophiques de l'éthique médicale *op. cit.*

(265) Petit P. Conséquentialisme. In Canto Sperber M. *op. cit.* p.389-396

supérieur ? C'est l'importance de l'intention qui est soulignée, ce choix satisfait-il-aux obligations ?

Pour notre problématique, dans une logique déontologique, la pratique religieuse serait autorisée si et seulement si elle respecte le principe supérieur de laïcité. Quelle que soit la conséquence, c'est le respect du principe qui serait mis en avant.

## B. PSYCHIATRIE ET PATERNALISME

- **POUR SORTIR DU PATERNALISME : LES DIFFERENTS MODÈLES DE RELATION SOIGNANT / MALADE**

En psychiatrie, il me semble qu'au delà des valeurs, c'est le bien-être du patient qui est recherché. Le bon et le juste pour le patient sont les objectifs, mais la difficulté est que cette évaluation, dans une relation paternaliste, est effectuée par le soignant. Dans les autres domaines de médecine, le modèle paternaliste a évolué pour laisser place à un modèle contractuel inspiré des concepts nord-américains, évolution nécessaire face aux horreurs commises lors de la seconde guerre mondiale. C'est le consentement du patient qui est alors mis en avant. L'information doit être claire et complète<sup>(266)</sup>. Mais le rapport Belmont précise que le patient doit être capable de la comprendre, c'est bien là que cette éthique de l'autonomie trouve ses limites en psychiatrie. Il semble important de trouver un mode relationnel où le patient et sa vulnérabilité seront pris en compte.

Les quatre modèles de la relation médecin malade, développés par Emanuel et Emanuel<sup>(267)</sup> (1992) offrent différents modèles de relation en fonction :

- Du but de l'interaction
- Des obligations du médecin
- Du rôle des valeurs du patient
- De la conception de l'autonomie en jeu

Le premier modèle proposé, le modèle paternaliste a pour but comme nous l'avons précisé

---

(266) Rapport Belmont *op.cit.*

(267) Emanuel E.J. Emanuel L.L. Four models of the physician-patient relationship JAMA. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556799> Consulté le 25/08/2016

plus haut de donner au patient le meilleur traitement. L'obligation du médecin est d'être un bon thérapeute. Le problème de ce modèle est qu'il ne prend pas en compte les valeurs des patients. La conception de l'autonomie en jeu est de ne consentir qu'au meilleur pour le patient.

Le modèle informatif, comme nous l'avons déjà précisé, est peu adapté en psychiatrie car la compréhension de l'information par le patient peut être difficile. De plus, le fait que les choix dépendent uniquement de l'information qu'il a reçu, sans se soucier de sa compréhension, la rend peu pertinente pour cette discipline.

Le modèle interprétatif va avoir pour objectif de comprendre les valeurs du patients et prendre des décisions qui correspondent à celles-ci. Le médecin va informer et aider le patient à reconnaître ses propres valeurs sans prendre en compte les siennes, et sans chercher à l'influencer de son opinion. Ce modèle peut être adapté à la pratique en psychiatrie, en fonction de la pathologie du patient et de sa capacité d'élaboration et d'auto-compréhension. En revanche, pour notre problématique de pratique religieuse, lorsqu'il va s'agir de la recherche d'un consensus, le modèle suivant paraît plus adapté.

En effet, le modèle délibératif va chercher à aider le patient à choisir les valeurs relatives à la santé. Le médecin va informer le patient, l'aider à repérer ses valeurs propres et tenter de le convaincre de décider du meilleur pour lui. C'est un échange, qui rappelle celui évoqué précédemment en ethnopsychiatrie. Les valeurs du patient sont à définir et à combiner avec celles du médecin. Sur la question des pratiques religieuses, plutôt que d'interdire une pratique de façon autoritaire parce que l'on sait qu'elle est mauvaise pour le patient, il s'agit de lui expliquer les implications et les valeurs soignantes en jeu, saisir puis l'aider à identifier ses propres valeurs qui le mènent à sa position et tenter de le convaincre de la meilleure option pour lui. Mais ce modèle suppose que le soignant soit au clair avec les raisons de sa position propre, telles qu'elles ont été abordées précédemment, pour un échange apaisé. Le patient doit se sentir compris et respecté dans sa vision du monde.

Le modèle délibératif, avec une conception du bien utilitariste est intéressante, mais les limites de l'utilitarisme sont que les règles applicables à l'individu sont généralisables au groupe. En cas de conflit d'intérêt entre le patient et le groupe, dans l'objectif d'avoir la somme maximale de bien être, c'est donc l'intérêt du groupe qui prévaudra. Mais est ce juste pour l'individu ?

- **LA THÉORIE PROCÉDURALE DE LA JUSTICE : ÊTRE JUSTE POUR CHACUN**

C'est dans la théorie procédurale de la justice de J. Rawls, que j'ai pu trouver une piste de réflexion. En effet, dans sa thèse il apparaît que c'est l'équité de la procédure d'élaboration du principe qui fera sa justice, et non le principe lui-même<sup>(268)</sup>. Cette théorie du juste va totalement à l'encontre d'une logique utilitariste. Elle est déontologique en ce sens qu'elle considère qu'une décision est moralement acceptable si son élaboration est correctement conduite, sans mettre les plus mal lotis à l'écart. L'objectif n'est pas seulement de maximiser l'avantage global. Chacun des acteurs doit être pris en compte dans la décision, et le raisonnement doit se faire en se mettant à la place de chacun.

*« Cette théorie est déontologique : il y a priorité du juste sur le bien, toute décision qui maximiserait l'avantage global-recherche du bien- mais porterait atteinte au plus mal loti-injustice- est irrecevable. Même une maximisation très forte pour un très grand nombre est injuste, si elle minimise- si peu que ce soit- la situation du plus mal loti. On voit que cette théorie est une « machine de guerre » contre l'utilitarisme. La fécondité considérable de cette théorie est dans l'association de la justice non aux règles, aux principes en eux-mêmes, mais à leur procédure d'élaboration, et dans la priorité du juste sur le bien »<sup>(269)</sup>.*

- **APPLICATIONS**

Suite à ces réflexions, mon hypothèse est la suivante : face aux demandes de pratique religieuse d'un patient, lorsqu'il est seul impliqué, c'est une vision utilitariste et téléologique qui pourra être mise en œuvre, en ce sens que c'est le « bon » pour lui qui devra être recherché, et non le respect d'un principe. Lorsque sa pratique implique un groupe, une logique utilitariste deviendrait injuste dans la mesure où l'intérêt du patient ne sera plus pris en compte si sa position est minoritaire. Ce sera donc plutôt une théorie procédurale de la justice qui pourrait être mise en œuvre, dans une optique déontologique, où chacun est pris en compte dans la prise de décision, et où chacun des acteurs, s'il se mettait à la place d'un autre pourrait trouver la procédure, ayant mené à la prise de décision, juste.

Le soignant ayant défini sa conception du bon ou du juste pour le patient, mon hypothèse est que c'est dans un mode de relation délibératif que cette conception pourra être discutée, afin de « confronter » les valeurs du soignant à celles du patient. Ce qui rejoint d'une certaine manière la théorie de J. Rawls, en ce sens où le patient comprendra que la procédure qui a amené le soignant à une telle décision, est juste. Tout ceci étant bien sûr encadré par la loi.

---

(268) Rameix S. *op. cit.* p69-99

(269) Rameix S. *op. cit.*

Prenons à titre d'exemple, un patient qui souhaiterait prier dans une chambre double : la loi le lui permet. S'il n'y a pas de raison de croire que ça puisse être préjudiciable pour sa santé, on serait tenté de ne pas émettre d'objection. Mais si le voisin a justement un délire à thématique mystique, il semblerait intéressant d'évaluer l'intérêt de chacune des parties, l'un dans la préservation de sa santé mentale, l'autre dans son besoin spirituel. Si la présence des prières de l'un aggrave considérablement l'état psychique de l'autre, il conviendra dans une démarche délibérative de convaincre le patient de changer de lieu pour prier ou de trouver avec l'aide des soignants une organisation différente (changement de chambre). La volonté de privilégier la santé mentale de l'un en demandant à l'autre « d'aménager l'exercice de sa liberté » ne paraît pas immorale si la réflexion s'est faite en prenant en compte chacun des acteurs, et que le mode délibératif a été appliqué ( qu'il ne s'est pas vu imposer une décision sans qu'on lui en ait expliqué la procédure de réflexion). D'ailleurs, en pratique, lorsque les motifs sont clairement expliqués, la demande de limitation de l'exercice de la liberté de pratique religieuse est généralement bien admise.

Dans le cas d'un patient qui souhaiterait porter un signe ostentatoire religieux, qui pourrait perturber le groupe. Une logique utilitariste pourrait mener à annuler son droit à porter un vêtement religieux pour le bien être du groupe, ce que la loi autorise si l'équipe « estime » que cela pourrait perturber les soins. Mais dans la logique d'une procédure juste, il conviendrait de s'assurer que cette décision soit réellement justifiée en tant que perturbation du groupe, et surtout qu'elle n'aggrave pas la situation du plus mal loti, en augmentant par exemple un sentiment de persécution ou en lui donnant l'impression que ses besoins ne sont pas pris en compte, ce qui influencerait bien sûr sur sa prise en charge. Cette évaluation ne peut avoir lieu qu'en tentant de comprendre les implications de ces décisions pour chacun des acteurs.

La façon dont le soignant se positionne face aux demandes liées aux pratiques religieuses des patients peut être guidée par ces théories philosophiques. Mais les décisions qui peuvent en résulter remettent en question un idéal d'autonomie et de liberté cher à notre société actuelle, où le consentement est mis en avant comme condition prioritaire. Mais dans les services de psychiatrie, le consentement et la délibération peuvent être mis en difficulté face aux maladies mentales des patients : La liberté est-elle une fin en soi ? Une éthique de l'autonomie peut elle être discutée en psychiatrie ?

## C. EXERCER SA LIBERTÉ, ÊTRE AUTONOME, UNE FIN EN SOI ?

L'autonomie est devenue très importante dans notre société. Nous semblons être passés d'une société hétéronome, où les choix étaient guidés par des dogmes religieux et sociaux, à une autonomie, où chaque individu produit sa propre norme.

*« L'autonomie partout revendiquée, désirée, défendue, semble caractéristique de nos sociétés occidentales contemporaines. L'individu est autonome ou il n'est pas, au point que l'autonomie comme pouvoir de choisir ses propres valeurs semble être elle-même devenue l'ultime valeur ».*<sup>(270)</sup>

Pourtant, certains sociologues, se questionnent sur ce que produit actuellement ce désir d'autonomie. Parmi eux, Ronan Le Coadic s'interroge sur la capacité de chacun à être autonome. Dans certains cas, l'abandon de l'hétéronomie serait-il anxiogène ? Il considère que l'abandon de l'hétéronomie ne laisse pas forcément place à l'autonomie. Elle peut laisser place à l'anomie en tant qu'absence de normes sociales claires et rassurantes. « Sans doute l'autonomie peut elle être épuisante et déprimante (...) D'un autre côté, l'anomie peut être déconcertante et anxiogène »<sup>(271)</sup>. Qu'en est-il de nos patients ? Ne devrions-nous pas nous assurer de leur capacité à faire leurs propre choix avant d'exiger d'eux d'être autonome ? Un malade à qui on demanderait de prendre des décisions en ne lui donnant que des informations pourrait se retrouver en difficulté dans une sorte d'anomie à la fois anxiogène et malfaisante. L'autonomie est exigeante, elle peut être une responsabilité trop lourde à porter pour certains individus à certains moments de leur vie. Pour Pierre Lamothe, l'extrême respect de l'autonomie du malade peut être « l'extrême abandon ou l'extrême rejet, en tout cas l'extrême violence »<sup>(272)</sup>.

Et pourtant, pour ce que J.Y. Goffi appelle le personnisme <sup>(273)</sup>, qui est la doctrine actuellement dominante, la capacité à exercer son autonomie serait une des condition à pouvoir se définir comme personne. Cette théorie mène à une conclusion qui s'oppose à l'intuition : « Les handicapés mentaux profonds, c'est à dire ceux qui sont atteints d'une fragilité mentale sévère (...) ne seraient donc plus des personnes, car ils sont dépourvus de

---

(270) Zielinski A Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités, *Gérontologie et société* 4/2009 (n° 131), p. 11-24 DOI : 10.3917/g.s.131.0011. Consulté le 25/08/2016

(271) Le coadic R. L'autonomie, illusion ou projet de société ? *Cahiers internationaux de sociologie*,nc,2006,CXXI,p.317-340. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00489991/document> consulté le 08 decembre 2015

(272) Lamothe P. Loi, morale, éthique et déontologie : réflexion sur éthique et pratique psychiatrique. *Revue psychiatrie française- N° spécial* 2001 p.49-57

(273 ) Baertschi B. L'autonomie à l'épreuve de la fragilité mentale sévère in *Alzheimer et autonomie*. Paris : 2010 Cours Dekeuwer. C. 25/11/2015

raison et d'autonomie, ils n'auraient par conséquent plus la dignité des personnes ; bref ils compteraient moralement moins que des personnes (ce qui ne veut pas dire qu'ils ne comptent plus du tout sauf pour les Kantiens, puisque, selon eux, soit on est une personne, soit on est une chose) »<sup>(274)</sup>. Baertschi, dans son texte écrit pour la maladie d'Alzheimer propose de se baser sur ce que la personne était avant de tomber malade. Les maladies mentales, atteignant le jeune adulte, rendent cette possibilité difficilement réalisable. L'autre proposition, qui est de respecter les intérêts d'expériences, c'est-à-dire les désirs, paraît adapté car la maladie, dans le cas de la maladie d'Alzheimer est évolutive et se situe plutôt en fin de vie, mais les décisions prises pour les malades mentaux peuvent impacter leur vie future où ils seront peut être en rémission, donc avec des besoins différents. Ils peuvent, pour la plupart, recouvrer des capacités qui les pousseront à porter un regard critique sur les décisions prises durant leur période de fragilité. Leurs intérêts immédiats pourraient être en contradiction avec leurs intérêts futurs, tel un patient, qui déciderait de se convertir à une autre religion alors qu'il n'aurait pas toutes ses facultés mentales.

Il convient alors d'aller vers une nouvelle définition de l'autonomie.

Tout d'abord, il semble important d'identifier la compétence d'un individu à prendre une décision pour lui-même. Elle justifie son autorité à le faire<sup>(275)</sup>. Baertschi différencie deux autorités :

- l'autorité épistémique, qui correspond à celui qui sait le mieux, c'est l'autorité de l'expert
- l'autorité déontique qui est l'autorité du « commandant », de celui qui est concerné par la décision.

Ce n'est donc pas forcément à celui qui sait le mieux de prendre la décision. Mais reste encore à savoir si l'individu est compétent à prendre des décisions. « La justesse des choix et décisions se mesure à l'aune de la conception de la vie bonne que la personne entretient : une décision ou un choix sont justes lorsqu'ils sont conformes à ce qu'est et veut être une personne »<sup>(276)</sup>. Cette distinction me semble importante concernant les patients que l'on peut rencontrer en service de psychiatrie. Diverses pathologies y sont rencontrées avec donc différents types d'atteintes. La question n'est donc pas forcément de savoir s'il est autonome ou pas, ou si il est en capacité de comprendre toutes les informations (expertise) mais plutôt si ses décisions correspondent à ce qu'il veut être. Bien sûr, cette évaluation sera confortée si

---

(274) Baertschi B. *op cit*

(275) *Ibid.*

(276) *Ibid.*

l'équipe soignante a une bonne connaissance du patient et de ses valeurs, l'entourage peut aussi être une ressource importante. Cette observation me paraît intéressante surtout en cas de trouble transitoire ou d'aggravation d'une pathologie mentale où la personne reste « fondamentalement autonome même si ses décisions ne le sont pas »<sup>(277)</sup>.

Considérer une personne comme autonome, même si elle ne peut pas exercer cette autonomie dans l'immédiat est une distinction qui peut permettre de faire évoluer notre approche du patient de psychiatrie.

Enfin pour Jaworska, c'est à travers la capacité à se soucier de ses besoins que l'on peut considérer l'autonomie d'une personne. C'est-à-dire que si l'idée de perdre un objet (ou une personne) ou de ne pas accéder à un désir provoque une réelle émotion, c'est qu'il reste encore une capacité à considérer ses besoins, ce qui suffit à considérer l'autre comme une personne. « La capacité émotionnelle à se soucier est une condition suffisante pour disposer du statut moral d'une personne Baertschi considère que pour donner le statut de personne, toutes les capacités n'ont pas besoin d'être présentes. Chacune d'elle est une condition suffisante de la personnalité. L'autonomie n'a pas besoin d'être complète pour considérer l'autre comme étant une personne. Il est important de se poser la question de l'autonomie et de la libre volonté pour prendre conscience que, même chez le malade dont les fonctions psychiques sont très atteintes, il est possible d'observer des besoins dont il se soucie réellement. Mais la notion de seuil de rationalité en dessous duquel un individu n'est plus une personne me pose un réel problème.

En effet, les patients dont la pathologie a atteint diverses fonctions, dont la fragilité ne permet plus d'exiger d'eux une capacité à être compétent pour prendre des décisions pour eux même peuvent se retrouver dans des états de régression tels, qu'ils n'arrivent plus à raisonner. Et pourtant, en situation de soin, j'ai bien la sensation d'avoir face à moi une personne, ayant une dignité intrinsèque et ontologique, qu'aucune incompétence ou incapacité ne peut enlever. Une personne pour laquelle je devrai, quoiqu'il en soit, considérer les demandes et les besoins. C'est dans la lecture de Levinas par Corinne Pelluchon que j'ai pu trouver quelques pistes de réflexion.

---

(277) Baertschi B. *op cit*

## D. LEVINAS : UNE ETHIQUE DE LA VULNÉRABILITE

A travers la réflexion de Levinas (1902-1995) et sa critique de la philosophie du sujet, Corinne Pelluchon s'attache à penser l'accompagnement de ceux « qui ont perdu ce qui, dans l'éthique traditionnelle, fonde l'identité de la personne (la mémoire, la parole, la faculté de délibérer de manière rationnelle) »<sup>(278)</sup>. En effet, comme rappelé précédemment, les patients souffrant de troubles mentaux peuvent présenter des atteintes telles, que nous, soignants, pourrions être tentés de ne pas considérer leurs demandes, par exemple de pratique religieuse, sous prétexte que leur raisonnement serait irrationnel. Or, C. Pelluchon souligne la nécessité de mettre en place des pratiques visant à « procurer à ces patients un certain bien être et s'opposant à la maltraitance qui consiste à les considérer comme des individus dont la vie n'a plus aucun sens ni aucune valeur, ou même à décider systématiquement à leur place »<sup>(279)</sup>. Cette expérience de l'accompagnement d'un malade peut être illustrée par la notion de « responsabilité pour l'autre »<sup>(280)</sup>. Par le visage d'autrui se fait l'expérience de « l'altérité absolue, c'est-à-dire en dehors de tout contexte : dans le rapport éthique à autrui, ma responsabilité envers lui est inconditionnelle, elle déborde tous les conditionnements- psychologiques, historiques ou sociaux- qui pourraient la limiter »<sup>(281)</sup>. Le visage d'autrui est un élément central de la réflexion de Levinas, il représente bien plus que la reconnaissance des traits, c'est aussi une vision de la fragilité de l'autre, et de l'appel qu'il m'adresse<sup>(282)</sup>. C'est par la lecture de ce visage que l'on trouve chez l'autre une humanité indéfectible et inconditionnelle « Ce que le visage me révèle, c'est la réalité d'autrui dans sa pure *humanité*, par-delà tous les rôles sociaux qu'il peut être amené à jouer »<sup>(283)</sup>. Cette responsabilité me donne une identité unique, l'ipséité, qui est le fait « d'être soi même »<sup>(284)</sup>. Pour Levinas, cette responsabilité pour l'autre va jusqu'à la substitution. Par ailleurs, l'identité de l'autre n'est plus relative à ses facultés, ce qui oblige les soignants à voir l'humanité ailleurs que là où elle se présente la plupart du temps.

*Le fait de toucher le malade, de chercher son regard et de lui parler, sans l'infantiliser, ne sont pas seulement des façons de rassurer un être qui a perdu la plupart de ses repères et de l'inviter à se reconnecter à ses*

---

(278) Pelluchon C. Levinas et l'éthique médicale, Cahiers d'études Levinassiennes, n°9, 2010 [http://corinne-pelluchon.fr/wp-content/uploads/2013/07/CEL9\\_Pelluchon.pdf](http://corinne-pelluchon.fr/wp-content/uploads/2013/07/CEL9_Pelluchon.pdf)

(279) *Ibid.*

(280) Pelluchon C. *op.cit.*

(281) Moses S. Levinas Emmanuel. Canto Sperber M. *op.cit.* ; p 1076-1078.

(282) *Ibid.*

(283) Moses S. *op. cit.*

(284) Rameix S. *op. cit.*

*émotions . Ces pratiques témoignent aussi d'un sens de l'humanité qui ne se réduit pas aux capacités intellectuelles* <sup>(285)</sup>

Ainsi, il semblerait que prêter attention aux demandes du patient, trouver son humanité dans l'appel qu'il nous adresse, c'est dépasser une éthique de l'autonomie, et éviter de tomber dans le piège du « dignitomètre »<sup>(286)</sup>, où la dignité d'un être aurait des critères. C'est aussi ressentir sa propre ipséité, ce qui fait je ne suis pas substituable à un autre « Je suis responsable devant tous et pour tous et moi plus que les autres »<sup>(287)</sup>. C'est ce qui rend cette expérience de l'altérité en soi si riche humainement.

*« Car la proximité avec les plus vulnérables implique que nous reconnaissons notre propre vulnérabilité. Elle expose aussi au risque-voire à la tentation- de porter atteinte à leur intégrité, de les blesser, par refus cette passivité fondamentale, la rencontre avec ceux qui l'incarnent de manière extrême nous dérangeant et pouvant nous pousser à réagir par la violence »*<sup>(288)</sup>.

Et c'est bien là la difficulté de cette expérience de la vulnérabilité de l'autre. Ce face à face avec sa propre vulnérabilité peut pousser à se positionner de façon à se conforter dans son pouvoir et se rassurer sur sa capacité propre à être autonome.

### III. TRAVAIL DE RECHERCHE ET ANALYSE

#### 1) MÉTHODOLOGIE

Ayant pour objectif une analyse qualitative, j'ai effectué des entretiens physiques individuels sur la base de guides semi dirigés (cf. annexe I, II, III, IV), avec enregistrement vocal. J'ai donc rencontré :

- Deux infirmiers et deux psychiatres, tous de services différents, hommes et femmes, sur leur lieu de travail.
- Deux intervenants religieux, l'un de confession chrétienne, l'autre de confession musulmane. L'entretien a eu lieu dans leur aumônerie respective
- Trois patients ayant été hospitalisés dans les services de psychiatrie, deux de

---

(285) Pelluchon C. *op. cit.*

(286) *Ibid.*

(287) *Ibid.*

(288) *Ibid.*

confession chrétienne et un de confession musulmane (converti à l'islam avant la première hospitalisation en psychiatrie). Ils sont suivis en consultation et ont souffert de pathologies ayant une symptomatologie délirante. Certains ont également un trouble de la personnalité. Deux d'entre eux ont commis des agressions ou actes violents en lien avec leur pathologie. Ils ont été rencontrés sur leur lieu de consultation. Les rencontres ont été organisées en concordance avec leurs rendez vous médicaux.

Il a s'agit d'entretiens physiques, qui ont été audio enregistré avec l'accord de chacun.

La partie du travail de recherche impliquant les patients a été soumise au comité Terre d'éthique et a reçu un avis favorable le 25 mars 2016 (cf. annexe V) le guide d'entretien semi dirigé utilisé pour les patients leur a également été présenté, ainsi que les notices d'informations qui ont été validées. Une des notice (cf. annexe VI) était à l'intention des patients. Elle leur a été présentée par moi-même, lors d'un entretien en présence de leur psychiatre. L'autre notice (cf. annexe VII) a été rédigée à l'intention de leurs curateurs le cas échéant. Ils ont chacun bénéficié d'un délai de réflexion de quinze jours pour donner leur accord ou non.

Cette recherche a également fait l'objet d'une déclaration normale à la CNIL, (cf. annexe VIII)

Concernant le personnel, la Direction des soins infirmiers et les cadres respectifs des agents ont été informés, ainsi que la cheffe de pôle de psychiatrie, le Pr Massoubre.

Étant cité à plusieurs reprises pour son travail de recherche concernant sa thèse, le Dr Djaber a été contacté par téléphone et informé de l'utilisation de ses données pour mon travail.

Les enregistrements ont été totalement retranscrits puis retravaillés sous forme de comptes rendus qui ont été mis en annexe (cf. annexe IX, X, XI, XII). Le compte rendu d'un des enregistrements (IDE 2) qui était non exploitable (problème technique) a été rédigé à partir de la prise de notes faite durant l'entretien. L'entretien de l'un des intervenant religieux est retranscrit totalement dans l'annexe XIII. En effet, le fait que cet intervenant ait pu être contacté directement, sans avoir à en référer à une autre personne, lui permet d'être beaucoup moins identifiable. De plus, cet entretien, à la croisée des vécus entre soignants, patient et intervenant est particulièrement intéressant pour la compréhension de mon étude.

J'ai choisi de laisser chacun de mes interlocuteurs s'exprimer sur la question que je lui posais. Pour obtenir des précisions, j'ai principalement utilisé la reformulation.

## **2) ETAT ACTUEL DES CONNAISSANCES ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.**

Il existe peu de travaux concernant la pratique religieuse en psychiatrie en français. Les études du professeur Huguelet<sup>(289)</sup> se sont intéressées à l'impact des pratiques religieuses sur l'évolution des maladies mentales, et sur la façon de l'aborder avec le patient. Il a également étudié la religiosité des soignants et des patients de psychiatrie. Toutefois, cette étude s'est déroulée en Suisse et ne s'est pas intéressée aux questions posées par la pratique religieuse des patients dans leur service d'hospitalisation complète. Or, la gestion de la pratique religieuse du patient durant son hospitalisation, pourra déterminer sa capacité à échanger sur ce sujet avec son psychiatre.

La thèse du Dr Djaber A.<sup>(290)</sup> s'est intéressée aux réponses que pouvaient donner les psychiatres aux demandes des patients concernant la spiritualité et la religion. Il a exploré la religiosité des patients et des psychiatres. La limite de cette étude est qu'elle s'est déroulée en CMP (structure extra hospitalière de consultation), elle n'a donc pas questionné la pratique religieuse de ces patients durant leur temps d'hospitalisation et sa mise en œuvre.

Ces recherches ont abordé l'aspect médical de la question, mais le vécu des protagonistes et la réflexion autour de l'aspect éthique concernant la vulnérabilité et l'autonomie des patients vis-à-vis de leur pratique religieuse, ainsi que la mise en œuvre du principe de laïcité en service de psychiatrie n'ont pas été questionnés.

Notons enfin, que je n'ai retrouvé aucun document abordant de façon spécifique la question de la laïcité en service de psychiatrie. Le « Guide Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé », rédigé très récemment (février 2016)<sup>(291)</sup>, par l'observatoire de la laïcité apporte des réponses concrètes aux difficultés rencontrées par les soignants concernant la mise en œuvre du principe de laïcité à l'hôpital. Mais ce document n'aborde pas les questions inhérentes à la psychiatrie.

L'objectif de notre présente étude est d'analyser le vécu des soignants et des patients concernant les pratiques religieuses en psychiatrie. Plus précisément :

- Identifier les difficultés s'il y en a eu.

---

(289) Huguelet P. *op. cit.*

(290) Djaber A. *op. cit.*

(291) <http://www.gouvernement.fr/guide-laicite-et-gestion-du-fait-religieux-dans-les-etablissements-publics-de-sante-3855>. Consulté le 24 mai 2016

- Evaluer les connaissances concernant les travaux liés au thème religion et psychiatrie
- Identifier s'il y en a les différences de conception concernant les valeurs et principes mis en jeu
- Évaluer la pertinence d'une réflexion éthique et philosophique concernant les décisions liées aux pratiques religieuses des patients

### **3) EXPLOITATION DES DONNEES**

En raison de la sensibilité et de l'intimité des questions abordées et pour préserver la confidentialité des personnes interrogées, le contenu complet des entretiens n'est pas retranscrit en annexe. Mise à part celui d'un des intervenants religieux( Justification dans la partie « méthodologie »).J'ai donc décidé de représenter les entretiens sous forme de compte rendu, en regroupant les réponses par thèmes, puis de les analyser dans la synthèse en les mettant en lien avec les aspects théoriques abordés précédemment. Les patients sont nommés patient A, patient B et patient C. Les infirmiers IDE A et IDE B. les psychiatres PSY A et PSY B, les intervenants religieux sont appelés IR 1 et IR 2.

### **4) LIMITES ET CRITIQUES DE L'ETUDE**

- Il eut été intéressant d'avoir un plus grand panel de patients et de soignants, mais par manque de temps c'était impossible. Ça aurait permis une plus grande exhaustivité des vécus. Il y aurait eu un grand intérêt à pouvoir analyser de façon fiable la définition du principe de laïcité pour chaque groupe de personnes. En aucun cas les témoignages de deux infirmiers et de deux psychiatres peuvent être représentatifs de leur corporation respective.
- Il était initialement prévu quatre patients dans l'étude mais deux ont refusé et une curatelle ne m'a pas donné l'autorisation.
- Un des patients s'est effondré durant l'entretien, que j'ai du écouter.
- Ce sujet très intime aurait mérité un vrai traitement anonyme, ou du moins que les participants à la recherche ne soient pas aussi facilement identifiables. En effet, le fait de devoir passer par la hiérarchie des participants soignants et par les médecins des

participants patients, associé au très faible nombre de participants, les rend complètement identifiables à la lecture des entretiens. Ce qui a exclu pour moi la possibilité de les transmettre de façon complète dans mon travail de recherche. D'autant plus que certains participants (soignants et patients) m'ont clairement demandé de ne pas diffuser certains passages de l'entretien. Leurs propos étaient tous très enrichissants mais pour le respect des participants et aussi pour ne pas désigner certains services et soignants, j'ai choisi de ne transmettre en annexe que les comptes rendus (sauf pour IR 2)

- La disparité des fonctionnements rend certains éléments difficilement analysables. Par exemple, la différence de ressenti des intervenants religieux pour leur accueil, peut venir du fait qu'un des intervenants ne se présentait dans les services que lorsqu'il avait été appelé (IR 1.), il y a d'ailleurs des services où il n'est jamais allé. Tandis que l'autre (IR 2.) se rendait dans le service de façon hebdomadaire et se présentait à tous les patients dont l'état psychique le permettait. Le fait pour IR 1. de se présenter aux soignants presque exclusivement à leur demande influence probablement de façon positive son accueil.

## **5) SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

Il y a effectivement de nombreuses difficultés concernant les pratiques religieuses en psychiatrie. Tout d'abord, là où les psychiatres ont des considérations très théoriques concernant ces pratiques, les infirmiers se retrouvent face à des difficultés concrètes à la mise en œuvre de celles-ci. Comme le rapporte IDE A, le simple fait de réchauffer ou non les aliments pour que les patients souhaitant faire le ramadan puissent s'alimenter au coucher du soleil, ou de demander à un patient de quitter un vêtement à caractère religieux, peut créer de vives tensions entre infirmiers et patients, avec risque de violence verbale et physique et effet négatif sur la relation de soin, et donc sur la prise en charge. Ces difficultés sont accentuées par le flou concernant l'encadrement des pratiques religieuses en psychiatrie. Ce flottement semble avoir plusieurs causes :

- ***UNE MÉCONNAISSANCE DU PRINCIPE DE LAÏCITÉ***

Cela entraîne une confusion concernant les notions de « sphère privée » et « sphère intime » pour le fait religieux. En effet, IDE A ; et IDE B considèrent que la pratique religieuse concerne « la sphère privée » et la « sphère intime », ce qu'ils traduisent par une nécessité pour la religion de ne pas s'exprimer dans la sphère publique, ou lieux publics, ou qu'elle doive s'exprimer en toute discrétion. Pourtant, comme je l'ai expliqué dans la partie présentant la législation et la définition du principe de laïcité, la notion de sphère privée ou intime est évoquée pour protéger les choix religieux et la liberté de conscience de chacun, contre une intrusion de l'État, ou de toute contrainte extérieure (personne ou communauté). L'expression des opinions et des pratiques religieuses sont protégées par le droit français et européen. L'ethnopsychiatrie, dans l'approche qu'elle propose, peut permettre au soignant de se décentrer de sa propre culture et ainsi appréhender que la discrétion dans la pratique religieuse, n'est pas commune à toutes les populations. En effet, de nombreuses communautés vivent leur pratique religieuse en groupe, et de façon très expressive. Résidant sur le sol français, la plupart d'entre eux s'adaptent à la culture locale, mais il peut persister une vision différente de celle du soignant.

- **UN MANQUE DE SOUTIEN :**

Face aux difficultés de IDE A., la réponse hiérarchique a été un simple rappel de la loi, sans explications, ni précisions concernant sa mise en œuvre. IDE A a cherché à trouver des réponses dans les textes de loi, qui lui ont paru flous. PSY A explique lui que lorsque certains infirmiers et certains médecins se sont retrouvés en difficultés sur ces questions dans son service, le chef de service a expliqué les lois, le principe de laïcité, et donné de façon pratique leur mise en œuvre. Á ce jour, IDE A a un vécu négatif vis-à-vis de ces questions, avec le sentiment que son équipe n'arrive pas toujours à faire respecter ce qu'il pense être la loi et le principe de laïcité. Á contrario, les infirmiers qui étaient en difficulté dans le service de PSY A ont pu évoluer et ainsi accepter de façon plus sereine les évolutions sociétales. En effet, on constate que tous les soignants témoignent de l'augmentation des demandes liées aux pratiques religieuses. Le fait que les choses soient claires pour PSY A et PSY B, leur permet de limiter la pratique religieuse des patients dans de bonnes conditions, dans un consensus d'équipe, grâce à un cadre clair. IDE A explique lui, que l'équipe n'a pas pu prendre la décision légitime de demander à une patiente dont le risque de fugue justifiait un vêtement hospitalier, de se conformer à la prescription médicale. De plus, les équipes ne pensent pas toujours à faire appel aux ressources possibles. D'après IDE A, l'intervenant religieux n'avait

pas été contacté pour tenter de trouver un consensus avec les patients lors des situations difficiles. La hiérarchie et l'encadrement des soignants ont de ce fait un réel rôle à jouer.

- **UNE DIFFICULTÉ À DÉFINIR LES LIMITES DU CADRE DES PRATIQUES RELIGIEUSES À L'HÔPITAL :**

Dans les textes qui régissent les pratiques religieuses à l'hôpital, celles-ci sont limitées par d'autres principes républicains tels que le respect des autres, la prise en compte de la vulnérabilité des patients avec l'interdiction du prosélytisme, et bien sûr la primauté des soins : « le bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène »<sup>(292)</sup>. Or, IDE A. considère le port de certains vêtements comme une provocation, ou dit se sentir gêné dans son travail en psychiatrie par trop de visibilité religieuse « Je ne sais pas où je vais mettre du soin », il suppose que cette visibilité va également gêner les autres patients. En revanche, PSY B considère que la loi est peu limitative pour les patients. Il estime que si la pratique ne va pas à l'encontre des soins, et qu'elle est compatible avec le cadre du patient, les interdits sont ceux retrouvés dans la vie civile, avec en plus l'interdiction du prosélytisme. C'est pourquoi il ne comprend pas que le port du voile d'une patiente ait pu poser problème dans un service. C'est également l'avis de PSY A. qui ne voit aucun problème au port de vêtements religieux dans son service, sauf pour la burqa, car elle est également interdite dans la vie civile.

Ces soignants, face aux mêmes textes, ont des interprétations de la loi, qui peuvent être totalement différentes entre elles. Le soin en psychiatrie pouvant être abstrait, il laisse une grande marge à la définition de ce qui peut empêcher, ou compliquer, la bonne prise en charge des patients. De plus la diversité des pathologies présentes oblige les soignants à une grande vigilance quant à l'environnement de soin. Certaines postures pourraient sembler injustifiées, mais les débats récents concernant le fait de considérer le port de certains vêtements à caractère religieux comme une provocation pouvant mener à un trouble à l'ordre public, montrent que le questionnement des IDE est très actuel et très répandu. D'autant plus que la validation par la justice de l'arrêté concerné, offre une ouverture à cette vision des choses. Le Conseil d'État devrait rendre sa réponse d'ici quelques jours, ce qui fixera la jurisprudence concernant cette question.<sup>(293)</sup>. La question du prosélytisme doit aussi se poser. Il se définit

---

(292) Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé op.cit.

(293) [http://www.francetvinfo.fr/societe/religion/laicite/polemique-sur-le-burkini/la-justice-valide-l-arrete-anti-burkini-de-villeneuve-loubet\\_1600507.html](http://www.francetvinfo.fr/societe/religion/laicite/polemique-sur-le-burkini/la-justice-valide-l-arrete-anti-burkini-de-villeneuve-loubet_1600507.html) Consulté le 23/08/2016

comme étant le « zèle déployé pour recruter des adeptes »<sup>(294)</sup>. Cette définition laisse une grande marge à l'évaluation de chaque soignant. Ainsi, Lire silencieusement un ouvrage à caractère religieux dans un lieu commun est-il prosélyte ? Porter un vêtement à caractère religieux en public est-il prosélyte ? Parler de religion en public est-il prosélyte ? Ces limites restent difficiles à définir. Ces positions sont parfois difficilement compréhensibles pour les patients. Patient A ne comprend pas pourquoi il lui a été interdit de lire son journal « La Croix » dans les espaces communs du service, car il ne voit pas en quoi c'est prosélyte, il en déduit une aversion de son équipe soignante pour le fait religieux, voir pour sa religion . En revanche, lorsque les limites sont claires pour les soignants, leurs capacités d'adaptation sembleraient être améliorées. Ainsi, PSY A. s'adapte à la pratique religieuse de son patient pour favoriser le lien et l'adhésion aux soins en lui permettant de revenir faire son injection retard après le coucher du soleil durant la période du ramadan.

PSY B dit s'adapter en déplaçant l'horaire de sa consultation lorsque le patient doit prier. Les agents de service hospitalier de son service adaptent, s'ils le peuvent, leur organisation concernant le nettoyage des chambres si le patient est en train de prier à leur arrivée.

IDE B. a une situation différente, puisqu'il semble y avoir un consensus d'équipe, même s'il est critiquable, concernant les décisions liées aux pratiques religieuses, qu'il considère comme devant être discrètes. Sa principale volonté est que le service garde une « atmosphère paisible » et « d'assurer la tranquillité du patient ». Alors que PSY B. considère que le lieu de soin ne doit pas être « un lieu artificiel qui soit déconnecté de la vie réelle , c'est contre productif pour préparer les patients à vivre à l'extérieur ».

La réflexion éthique, et les éléments théoriques philosophiques expliqués précédemment, peuvent constituer une aide afin de prendre des décisions dans ces situations complexes, car l'éthique permet de remettre le soin, et l'intérêt des patients comme objectif. Effectivement, en ayant pour objectif le strict respect du principe de laïcité, l'intérêt des patients et le soin ne sont plus mis au premier plan. Ainsi, un modèle de relation délibératif, où le soignant tentera de trouver un consensus entre ses propres valeurs et celles du patient permettra d'éviter des positions autoritaires, délétères à long terme sur la relation avec le malade. Or, les maladies psychiatriques peuvent être présentes au long cours, ces soins nécessitent donc une bonne adhésion et une confiance en l'équipe. C'est ce que semble proposer PSY B lorsqu'il évoque le fait de parler des pratiques qui peuvent être compliquées en entretien avec le patient, de les travailler avec lui, afin qu'il puisse lui-même en saisir la problématique.

---

(294 ) Dictionnaire le Robert plus. Paris : ed Le Robert Paris,2007 prosélytisme p.778

Par ailleurs, la théorie procédurale de la justice de J. Rawls, également évoquée dans les aspects théoriques, peut aider à mettre en perspective les agents lésés par certaines situations, ou prendre conscience du « moins bien loti » dans des décisions qui mettent en tension l'intérêt du groupe, face à celui de l'individu, comme lorsqu'on demande à une femme de se dévoiler parce que la visibilité de sa pratique gêne certains patients ou soignants. De même, la philosophie utilitariste, en proposant de prendre une décision en se basant sur le bien qu'elle va procurer au patient plutôt que sur les valeurs que l'on cherche à défendre, peut permettre de se recentrer sur le soin. Mais chercher à obtenir le « bien » pour les patients nécessite une connaissance de l'impact des pratiques religieuses et de la spiritualité sur les maladies psychiatriques.

### • **CONNAISSANCE DES ÉTUDES**

Les effets des pratiques religieuses et de la spiritualité sur l'évolution et la symptomatologie des maladies psychiatriques ont largement été étudiés. PSY A. et PSY B. en connaissent quelques effets, tels que le côté protecteur de la religion sur le passage à l'acte suicidaire ou l'aggravation du sentiment de culpabilité qu'elle peut apporter. Mais ils font surtout le lien entre thématique religieuse et délire. Ils savent que les effets peuvent être positifs ou négatifs. Leurs connaissances sont plutôt liées à leurs expériences avec les patients, puisque PSY A. dit n'avoir « jamais entendu parler » de ces études et PSY B. dit simplement en avoir « entendu parler », sans réellement en connaître le contenu. IDE A. et IDE B. ont également une connaissance peu précise des effets de la pratique religieuse sur les maladies psychiatriques. Ils n'ont pas évoqué les études faites à ce propos.

Malgré tout, ces soignants semblent avoir une lecture s'approchant de celle de l'ethnopsychiatrie, en ce sens qu'ils prennent en compte le côté culturel du patient et la signification que peut avoir la maladie pour lui et sa famille. Mais aucun n'a abordé la notion de coping religieux, le mindfulness ou toute autre étude ayant fait l'objet d'une publication sur le sujet. Il semblerait donc que les soignants aient très peu de connaissances scientifiques concernant cette question.

Dans ces conditions, il semble difficile d'imaginer qu'ils aient une évaluation précise des conséquences des pratiques religieuses et de la spiritualité sur la maladie de leurs patients. PSY A et PSY B évaluent même de façon négative le fait d'aborder la question d'eux même. PSY A. trouve que « Ce n'est pas très sain », et souhaitant respecter la laïcité, il ne souhaite

pas aborder de lui-même ce type de sujet. IDE A. dit « Ne pas savoir où mettre du soin » lorsque la religion prend trop de place. IDE B. dit « Ne pas être là pour s'occuper de religion ». Or, l'étude menée par le Dr Djaber (cf.annexe XIV) montre qu'il peut y avoir une grande difficulté pour le patient d'aborder ce thème même lorsqu'il a de l'importance pour lui. D'après cette étude, le patient aurait surtout peur de ne pas être écouté, que le psychiatre n'ait pas le temps pour ça. Il craindrait sa réaction. Ceci est confirmé par les malades de mon étude : patient B, même en ayant un vécu religieux très difficile, n'a jamais abordé cette question en entretien avec son psychiatre. Patient C considère que l'équipe de soin « s'en foutait ». Patient A estime que son équipe de soin veut « supprimer la religion ».

- **LES DISCOURS SOIGNANTS MARQUENT UN RÉEL MANQUE D'INTÉRÊT POUR LE FAIT RELIGIEUX.**

PSY A. reconnaît également ne pas aborder la question parce qu'il a peu d'intérêt pour celle-ci, cela ne fait pas partie de sa grille de lecture. Les autres soignants interrogés pour mon étude abordent la religiosité des patients et leur pratique religieuse sous l'aspect du respect de la laïcité à l'hôpital (IDE A et B.) ou lorsqu'elles ont un impact sur la prise en charge (PSY B). De plus, IR 2 confirme que son accueil a souvent été plus difficile en psychiatrie qu'en service de soins somatiques. IR 1 trouve son accueil meilleur en psychiatrie qu'en service de soins généraux. Mais la particularité de ses interventions en psychiatrie réside dans le fait qu'elles ne sont pratiquement qu'à l'initiative des soignants. Ce manque d'intérêt est confirmé par l'étude concluant que la religiosité des soignants de psychiatrie est plus faible que celle de la population générale, et même plus faible que celle des soignants des autres spécialités<sup>(295)</sup> L'étude historique des relations entre psychiatrie et religion, et les événements sociétaux actuels peuvent expliquer ces difficultés. Mais comme le rappelle le Pr huguelet « on peut discuter un domaine sans forcément partager les convictions qu'il implique »<sup>(296)</sup>. Le respect du principe de laïcité à l'hôpital n'interdit pas d'aborder la question religieuse dans le cadre des soins, si ce n'est pas un prétexte au prosélytisme. Il paraît en effet important de connaître quelles représentations le patient peut avoir des valeurs mises en jeu.

- **LA DIVERSITÉ DES REPRÉSENTATIONS**

---

(295 )Curlin F.A. *op.cit.*

(296) Huguelet P. Au-delà des préjugés *op.cit.*

Toutes les personnes interrogées dans mon étude ont donné une définition différente de la laïcité. Pour certains, c'est la liberté de culte qui est mise en avant : PSY A la met en avant, associée à la notion d'intimité qu'elle met bien en lien avec le fait que ce soit un choix personnel. Pour PSY B, c'est la neutralité du personnel de l'hôpital qui est le plus important. Pour IDE A et IDE B, c'est la protection de l'espace public et la limite à la visibilité religieuse qui sont les plus importants. Pour IR 1, la laïcité est le cadre donné à la pratique religieuse. Pour IR 2, la laïcité signifie la protection de tous. Les patients ont également leurs représentations propres. Patient A considère que la laïcité est ce qui supprime la religion. Pour patient B la laïcité c'est « être croyant ». Pour patient C la laïcité est « la liberté de croire ou pas et le respect de l'autre ». Les représentations sont très différents d'une personne à l'autre, les valeurs aussi.

- ***INTÉRÊTS D'UNE RÉFLEXION ÉTHIQUE ET PHILOSOPHIQUE***

Les différences de valeurs entre soignants, patients et représentants religieux au sujet de la religion et de la spiritualité sont grandes. Pourtant ces sujets sont fondateurs de l'identité de chacun et du sens donné à la vie. Les concepts philosophiques abordés dans les aspects théoriques peuvent aider à prendre en compte les choix des patients de psychiatrie. En effet, même si l'autonomie n'est pas totalement présente à cause de la maladie, les patients peuvent prétendre à cette liberté, donnée par l'État, et qui concerne leur intimité. Les réflexions neuroéthiques concernant la conscience de soi, la volition, le rejet du déterminisme et du mécanisme montrent que malgré nos connaissances, il est difficile de savoir si une croyance ou une pratique religieuse est en lien avec la pathologie mentale ou en lien avec la partie saine.

Le témoignage des patients montre bien la diversité de leur vécu quant à ces questions. Notamment patient A, qui parfois délire et se prend pour la Vierge Marie, et dont la foi religieuse semble être constante. Sa religion est pour elle une ressource pour se maintenir dans la vie et dans la réalité. Les différences de valeurs entre tous les acteurs obligent le soignant à utiliser un modèle de relation, qui va permettre de trouver un consensus qui préserve l'intérêt du patient sans aller à l'encontre de ses valeurs. Ce modèle peut être un modèle délibératif.

L'éthique permet aussi de réfléchir aux objectifs de cette relation avec le patient. Souhaite-t-on prendre soin de lui ? Lui faire accepter nos valeurs ? En faire un « bon » citoyen ?

Si l'on considère la psychiatrie comme une médecine téléologique, l'objectif utilitariste sera d'accompagner ce patient vers une réadaptation qui lui permettra de réintégrer la société et de tendre vers cette autonomie de la volonté si importante dans notre civilisation. Rester centré sur les objectifs, c'est-à-dire se centrer sur le patient peut permettre d'éviter de se perdre dans ses propres intérêts. Les privations de liberté en psychiatrie sont parfois nécessaires. Mais elles doivent garder comme cause la pathologie psychiatrique du patient et comme finalité son mieux être. Les privations de libertés fondamentales, inscrites dans la Constitution ne peuvent pas être décidées de façon anodines. Enlever un objet qui a une signification religieuse à un patient ou l'empêcher de pratiquer son culte concerne sa liberté de conscience. Ces interdictions peuvent être nécessaires, mais elles doivent être réfléchies. Même en ayant perdu sa raison, le malade reste un être humain, et la réflexion de Levinas pour une éthique de la vulnérabilité peut aider le soignant à le comprendre. Lors d'une prise de décision concernant la pratique religieuse d'un patient de psychiatrie, les soignants devront discerner les influences liées à leur propre histoire avec la religion et au contexte actuel, des intérêts du patient.

La double particularité de la psychiatrie est la grande vulnérabilité de ses malades, qui est associée à un grand pouvoir restrictif des soignants. Les entretiens avec les deux intervenants religieux montrent à quel point ils font toute confiance aux soignants pour prendre les décisions liées aux pratiques religieuses des patients. Lorsque je demande à IR 2 s'il pense que l'opinion personnelle des soignants influe sur leurs décisions, il répond : « C'est possible, mais dans ma tête, dans mon respect des professionnels, s'ils prennent une décision, c'est forcément pour le bien des patients ». Cette confiance est aussi celle de la société à l'égard de la psychiatrie. Les intervenants religieux reçoivent peu de plainte de limitation, alors que les soignants disent en faire régulièrement. Lorsque les patients se plaignent de ne pas avoir été autorisé à pratiquer leur religion, les intervenants cherchent plutôt à leur faire comprendre que les interdictions étaient en lien avec leur état psychique, ce qui est vrai dans la majorité des cas.

La vulnérabilité des patients de psychiatrie, et leur fragilité, que j'ai fortement ressenti lors des entretiens, affaiblit leur capacité à défendre leurs droits et leurs intérêts. C'est dans cet esprit qu'ont été mises en place les visites des juges des droits et des libertés, pour les patients hospitalisées sous contrainte.

La réflexion éthique aidera aussi à ne pas nier l'individu face au groupe en se posant la question « les conséquences pour le patient limité dans sa pratique, au bénéfice du groupe, sont-elles acceptables ? ». Face au cadre légal qui instaure la primauté des soins, l'éthique

permet de se soucier de cette primauté à la fois pour le groupe et pour l'individu.

- **LA QUESTION DU PROTOCOLE**

Tous les acteurs de soin et les intervenants religieux sont clairs concernant cette question. La limitation des pratiques religieuses ne doit pas se faire de façon protocolaire. Il n'y a pas de façon générale certaines pratiques autorisées et d'autres non. La gestion au cas par cas, donc la réflexion pour chaque situation, semble indispensable.

- **PROPOSITIONS**

Ce travail de recherche met en relief différentes causes aux difficultés liées à la limitation des pratiques religieuses des patients en service de psychiatrie. Ces décisions nécessitent une réflexion pour chaque situation. Pour que cette réflexion se fasse dans de bonnes conditions, il serait intéressant d'envisager :

- Un approfondissement des connaissances concernant :
  - Le cadre légal de l'exercice des pratiques religieuses à l'hôpital.
  - Le principe de laïcité. En tant que valeur fondamentale du service public, devrait être connu de tous ses agents. Cet apprentissage devrait leur permettre de se dégager du traitement médiatique de ces questions.
  - La place de la spiritualité à l'hôpital et son histoire avec la psychiatrie, ce qui pourra diminuer les résistances à l'accueil des intervenants religieux dans les services de psychiatrie et qui permettra aux patients qui le souhaitent d'accéder plus facilement à une prise en charge religieuse.
  - Les données concernant l'impact de la spiritualité et des pratiques religieuses sur les pathologies mentales.
  - Les apports philosophiques et éthiques qui permettront une réflexion centrée sur le patient, une prise en compte de sa volonté et de sa vulnérabilité.
- D'utiliser les espaces de réflexion existants afin que ces privations de liberté soient décidées de façon collégiale, en se dégageant de l'influence des rapports personnels à la

religion et des mouvements défensifs de l'équipe.

- La supervision qui permettra de comprendre les enjeux personnels concernant ce sujet pour les soignants qui le désirent.
  - L'analyse de la pratique qui pourra identifier les dynamiques d'équipe face à ces questions.
  - Les réunions cliniques qui permettront d'échanger et d'évaluer l'effet des pratiques religieuses ou de leur limitation sur l'évolution psychique du patient. La réunion clinique pourrait aussi être un espace où une réflexion éthique d'équipe pourrait s'instaurer concernant ces thématiques.
  - Le comité éthique, qui pourra donner des pistes de réflexion et apporter un regard extérieur.
- Favoriser la relation au long cours entre patient et soignant. Je suis plutôt d'accord avec PSY A et PSY B lorsqu'ils disent que ce sujet peut difficilement être abordé lors des premiers entretiens, il nécessite une relation de confiance, ce qui nécessite du temps.
- Créer un document écrit, à l'image de l'association psychiatrique du Canada, adapté aux valeurs françaises et qui pourrait être un « énoncé de principes », posant les bases de la prise en charge spirituelle et religieuse en psychiatrie et donnant un cadre clair à la réflexion. Le document canadien, dont le titre est « liberté de religion et liberté par rapport à la religion » se trouve en annexe XV.

## IV. CONCLUSION

La pratique religieuse en psychiatrie semble soulever de nombreux questionnements, pourtant elle fait l'objet de peu de recherches en France. Cette absence de spécificité, notamment sur le plan juridique, traduit très certainement une volonté de ne pas ériger le malade en citoyen à part, avec des lois qui lui seraient propres.

Le manque d'intérêt de la discipline psychiatrique pour la religion est probablement lié à son histoire, à une certaine conception de la laïcité et aux liens entre psychopathologie et religion. Il convient cependant de souligner que certaines études ont réussi à démontrer l'intérêt d'une évaluation spirituelle et religieuse, et de la prise en compte de la spiritualité et de la vision du monde du patient de psychiatrie.

Mais force est de constater que la volonté des patients souffrant de troubles mentaux reste peu prise en compte. En effet, la diminution de leurs facultés de raisonnement peut pousser à remettre en cause leur valeur et à ne pas prendre en compte leurs demandes alors que les apports philosophiques, neuro éthiques et éthiques montrent à quel point il est important de considérer cette volonté. L'autonomie ne peut néanmoins pas être le seul objectif. Il paraît intéressant de passer d'une éthique de l'autonomie à une éthique de la vulnérabilité. Et saisir le caractère inconditionnel de la dignité des patients de psychiatrie.

Ainsi, on observe que les modèles de relation prenant en compte les valeurs des patients et celles des soignants sont importants. Il semble également nécessaire que les soignants aient conscience que leurs motivations peuvent être liées à divers éléments tels que les opinions personnelles, l'histoire de la discipline ou le contexte sociétal actuel. Les objectifs des limitations doivent être centrés sur l'intérêt du ou des patients. Il s'agit là de quitter une posture de jugement, afin de privilégier l'empathie nécessaire aux soins en psychiatrie. La formation, concernant à la fois le droit, la science et l'éthique paraît indispensable à la réflexion concernant la limitation des pratiques religieuses.

Bien sûr, il sera extrêmement difficile pour les soignants, de se dégager des terribles traumatismes subis par la population et la nation toute entière. Mais il s'agit là de respecter les valeurs fondamentales de la République, afin que l'hôpital reste une institution juste. C'est peut-être ce qui permettra d'éviter que certains patients vulnérables de psychiatrie, ne s'engouffrent dans des niches, au sein desquelles un pathologique sentiment de persécution, ou encore un grave trouble de la personnalité, trouverait écho dans un sentiment d'injustice.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **ARTICLES DE REVUES CONSULTÉS SUR INTERNET**

- Besson J. Grivel J. Les addictions entre déterminisme et liberté. Sweizer archiv für neurologie und psychiatrie 2010 ; 161 (8), 296-298  
<http://www.sanp.ch/docs/2010/2010-08/2010-08-092.pdf> Consulté le 15 décembre 2015
- Caporossi J. et Al. Validation de la version française d'une échelle abrégée de coping religieux : Brief-RCOPE. Psychol.fr (2012), doi :10.1016/j.psf.2011.12.001
- Caribé and Al. Is religiosity a protective factor against suicidal behavior in bipolar I outpatient ? 156-161 ; 2015.  
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715303359> Consulté le 19/05
- Curlin F. Lawrence R. Odell S. Chin M. Lantos J. Koenig H.G. and Al. Religion spirituality, and medicine: psychiatrists and other physicians differing observations, interpretations, and clinical approaches. AM J Psychiatry 2007 ; 164 : 1825-31  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861911/pdf/nihms-195836.pdf> consulté le 08/12/2015
- Delille E. L'organo-dynamisme d'Henri Ey : l'oubli d'une théorie de la conscience considéré dans ses relations avec l'analyse existentielle, L'Homme et la société. 1/2008 (n° 167-168-169) , p. 203-219  
[www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2008-1-page-203.htm](http://www.cairn.info/revue-l-homme-et-la-societe-2008-1-page-203.htm) consulté le 16/06/2016
- Devos A. Abadie P. « abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique » L'information psychiatrique 5/2010(volume 86) p439-446  
[http://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=INPSY\\_8605\\_0439](http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_8605_0439) Consulté le 10 novembre 2015
- Diouf LM. Ndiaye M. Collignon R. Seck A.M. Entre événements de vie et croyances

culturelles : un délire à la croisée des chemins

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385507001594> Consulté le 12 décembre 2015

- Emanuel E.J. Emanuel L.L. Four models of the physician-patient relationship JAMA. 1992 Apr 22-29;267(16):2221-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1556799> Consulté le 25/08/2016
- Evrard R. Le Malefan P. Pression des nouvelles mentalités sur le DSM Le cas des problèmes religieux ou spirituels Evol psychiatrique 2010 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385510000885> Consulté le 04 décembre 2015
- Evrard R. Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature, L'Évolution Psychiatrique , Volume 78, Issue 1, January–March 2013, Pages 155-176, ISSN 0014-3855, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385513000078> Consulté le 10 novembre 2015
- Ey H. extrait du numéro spécial de L'information psychiatrique, Fragments de l'œuvre militante, n°48, Janvier 1972. <http://entretenir.free.fr/breton71.html> Consulté le 04 décembre 2015
- Ey H. objets et limites de la psychiatrie. <http://entretenir.free.fr/breton71.html> Consulté le 30 décembre 2015
- Fouré L. Du positivisme en santé mentale : Foucault et l'aliénisme. Evol Psychiatrique 2009;74 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385509000309> Consulté le 04 décembre 2015
- Garnoussi N. « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale », Sociologie 3/2011 (Vol. 2) , p. 259-275 URL : [www.cairn.info/revue-sociologie-2011-3-page-259.htm](http://www.cairn.info/revue-sociologie-2011-3-page-259.htm).
- Guillemain H. Le prêtre et l'aliéniste Autour d'une « scène » de la psychiatrie au XIX<sup>e</sup> siècle : la bénédiction de la chapelle de l'asile Quatres-mares. Evol psychiatr 2008 ;7 <http://dx.doi.org/10.1016/j.evopsy.2008.01.004>. Consulté le 20/11/2015
- Gumper S. Rausky F. La modernité clinique face au sentiment religieux : la mélancolie devote de philippe Pinel (1790-1816)

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448710002246> Consulté le 20/11/2015

- Huguelet P. Le rôle des valeurs et du sens de la vie dans le rétablissement des troubles mentaux sévères. *Scweizer arhiv fur neurologie und psychiatry*. 2013, vol.3 n° 164, p90-8
- Huguelet P. Mohr S. and Al. Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders Consulté le 17/07/16
- Huguelet P. Santé mentale et religion,.*Rev. Med Suisse*, 2012,8, p.198-199  
<http://www.revmed.ch/rms/2012/RMS-325/Sante-mentale-et-religion>, consulté le 11 novembre 2015
- Huguelet P. Psychiatrie et religion: par-delà les préjugés. ORSPERE SAMDARA Centre Hospitalier le Vinatier Rhizome n°54 nov 2014. <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n54-a-la-frontiere-du-psychisme-la-spiritualite/psychiatrie-et-religion-par-dela-les-prejuges-890.html>. Consulté le 15 novembre 2015
- Irving J. A. Zindel V. « Thérapie cognitive basée sur la pleine conscience : état actuel et applications futures » *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 2, 2013, p. 65-82 URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1023990ar> consulté le 18/07/2015
- Jonveaux I. Luciani-Zidane L. L'acédie. Le vice de forme du christianisme. De saint Paul à Lacan. *Archives de sciences sociales des religions* 152/2010,9-242
- King M. and Al. Religion, spirituality and mental health : results from a national study of English households *BJPsych* 2013, 202 :68-73
- Koenig H.G. and Al. Religiosity and remission of Depression in Medically Ill Older Patient, *Am J Psychiatry* 155 :4, p536-541 Avril 1998  
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.155.4.536> consulté le 17/07/2016
- Lacan J . Petit discours aux psychiatres. Conférence au cercle d'Etudes dirigé par H. Ey 1962,inédit. <http://www.psychasoc.com/Textes/Petit-discours-aux-psychiatres-de-Sainte-Anne> Consulté le 30/12/2015
- Le Coadic R. L'autonomie, illusion ou projet de société ? *Cahiers internationaux de sociologie*, nc ,2006,CXXI, p.317-340. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs->

00489991/document consulté le 08 décembre 2015

- Leguay D. Psychiatrie et religion. Encycl Méd Chir. Paris : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Psychiatrie, 2001, 6 p..[http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20jointes/psychiatrie/Psychiatrie\\_et\\_religion\\_\\_37-888-A-10\\_.pdf](http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20jointes/psychiatrie/Psychiatrie_et_religion__37-888-A-10_.pdf) Consulté le 10 novembre 2015
- Mahieu E. T. Jacques LACAN, Henry EY, et la liberté. L'Information Psychiatrique, N° 5, Volume 75, Mai 1999, pp. 514-520  
<http://eduardo.mahieu.free.fr/Cercle%20Ey/Seminaire/liberte.html> Consulté le 15 décembre 2015
- Maitres J. Anorexies religieuses anorexies mentales revue française de la psychanalyse 2001/5(Vol.65), p.1551-1560 <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2001-5-page-1551.htm> Consulté le 04 Décembre 2015
- Miller and Al. Religiosity and major depression in adults at high risk :a ten-year prospective study  
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2011.10121823> Consulté le 17/07/16
- Mohr S. Huguelet P. The relationship between schizophrenia and spirituality and its implication for care.Swiss Med Wkly 2004 ;134 :369-76
- Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet P. Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie : mise au point pour le praticien. Rev med suisse 2006 n°79. <http://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-79/31644> Consulté le 03/12/15
- Moreira-Almeida A. and Al Religiousness and mental health : a review  
<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/2277.pdf> Consulté le 17/07/16
- Nathan T. Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'ethnopsychiatrie clinique en France Ethnopsy — Les Mondes Contemporains de la guérison, N° 1 — février 2000, 197-226 [http://www.ethnopsychiatrie.net/GD\\_.htm](http://www.ethnopsychiatrie.net/GD_.htm) consulté le 19/07/2016
- Pachoud B. « Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes », L'information psychiatrique 4/2012 (Volume 88) , p. 257-266 ; DOI : 10.3917/inpsy.8804.0257. Consulté le 25/06/2016
- Pargament K.I. Koenig H.G. Perez L. The Many Methods of Religious Coping:

Development and Initial Validation of the RCOPE ;

<http://www.jpsych.com/pdfs/Pargament,%20Koenig%20&%20Perez,%202000.pdf>

Consulté le 24/06/2016

- Paz Mosqueiro B. and Al. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients, *Journal of affective disorders* 179(2015)128-133, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.03.022> consulté le 18/07/2016
- Pelluchon C. Levinas et l'éthique médicale cahiers d'études levinassiennes n°9 2010 [http://corine-pelluchon.fr/wp-content/uploads/2013/07/CEL9\\_Pelluchon.pdf](http://corine-pelluchon.fr/wp-content/uploads/2013/07/CEL9_Pelluchon.pdf)
- Peretti C.-S. Chopin M.-V. La schizophrénie, pathologie de la conscience ?. *Recherches en psychanalyse* 1/2009 (n° 7) , p. 25-38  
URL : [www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-25.htm](http://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-25.htm). Consulté le 12 décembre 2015
- Rapport Belmont : Rapport de la commission nationale pour la Protection des sujets humains dans le cadre de la recherche biomédicale et behavioriste  
[https://www.csssamn.ca/fileadmin/csss\\_amn/Activite\\_recrutement/Ressources/Pdf/rapportbelmont.pdf](https://www.csssamn.ca/fileadmin/csss_amn/Activite_recrutement/Ressources/Pdf/rapportbelmont.pdf) . Consulté le 30 septembre
- Thibault D. Compte rendu de l'ouvrage : Maitre J. Anorexies religieuses, anorexie mentale. Essai de psychanalyse sociohistorique : de Marie de l'incarnation à Simone Weil ; Laval théologique et philosophique, vol.57, n°2, 2001, p.338-390 URI : <http://id.erudit.org/iderudit/401367> ; Consulté le 15/07/2016
- Zielinski A. Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités, *Gérontologie et société* 4/2009 (n° 131) , p. 11-24 DOI : 10.3917/g.s.131.0011. Consulté le 25/08/2016

### **EXTRAITS DE SITE WEB**

- Administration Française. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>  
Consulté le 06/06/2016
- Appel des appels. <http://www.appeldesappels.org/tam-tam/-on-assiste-a-une-medicalisation-de-l-existence-roland-gori-dans-le-monde--1507.htm> consulté le 10/06/2016

- Conseil National des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. CNLE La sectorisation psychiatrique [http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IRDES\\_-\\_50\\_ans\\_de\\_sectorisation\\_psychiatrique.pdf](http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/IRDES_-_50_ans_de_sectorisation_psychiatrique.pdf). Consulté le 06/06/2016
- Conseil constitutionnel <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html> Consulté le 12-06-2016
- DOCPSY. Circulaire du 15/03/1960 [http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes\\_officiels/Circulaire\\_15mars1960bis .pdf](http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf) Consulté le 06/06/2016
- France TV. Polémique sur le burkini. [http://www.francetvinfo.fr/societe/religion/laicite/polemique-sur-le-burkini/la-justice-valide-l-arrete-anti-burkini-de-villeneuve-loubet\\_1600507.html](http://www.francetvinfo.fr/societe/religion/laicite/polemique-sur-le-burkini/la-justice-valide-l-arrete-anti-burkini-de-villeneuve-loubet_1600507.html) Consulté le 23/08/2016
- HAS. Santé mentale [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013\\_10\\_08\\_programme\\_sante\\_mentale\\_college.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf) consulté le 06/06/2016
- <http://www.troubles-bipolaires.com/maladie-bipolaire/nature-des-troubles-bipolaires/> Consulté le 15/07/2016
- INSERM. Les neurosciences <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression> Consulté le 15/07/2016
- Le Monde. Nosologie psychiatrique <http://colblog.blog.lemonde.fr/2013/11/27/nosologie-et-nosographie-psychiatrique/> consulté le 10/06/2016
- Le point. Le suicide [http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/suicide-pres-de-27-deces-par-jour-en-france-04-02-2016-2015387\\_57.php](http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/suicide-pres-de-27-deces-par-jour-en-france-04-02-2016-2015387_57.php) Consulté le 15/07/2016
- Ministère de la santé. Santé mentale. <http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/> consulté le 04/07/2016
- Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires MIDILUVES <http://www.derives-sectes.gouv.fr/missions/principes-daction> Consulté le 03/07/2016

- World Health Organization . OMS  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> Consulté le 10/06/2016
- National research university higher school of economics. 9th international Conference on philosophy, psychiatry and psychology 28juin-01 juillet 2006 Leiden Netherlands  
<https://www.hse.ru/data/2010/10/28/1223649740/Psychiatry%20Conference%20Leiden.Alyushin-06.pdf> consulté le 20/12/2015

### LIVRES

- Canguilhem G. Une pédagogie de la guérison est elle possible ?, in Ecrits sur la médecine. Paris : Broché 2002
- Canguilhem G. le normal et le pathologique , P.U.F, Paris,1<sup>ère</sup> ed 1966, édition quadrige 2015 p.107
- Chabrol H Callahan S Mécanismes de défense et coping. Paris : Dunod, 2004
- Chanoit P.F La psychothérapie institutionnelle, collection que sais-je ? Paris : PUF ; 1995
- Debray R. Ce que nous voile le voile. Paris : Gallimard ; 2004
- Delphy C. Un universalisme si particulier. Paris, Editions Syllepse 2010
- Durkheim E. Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie Définition de la religion et du phénomène religieux. Paris : CNRS éditions ; 2007 p.65-96
- Foucault M. Le pouvoir psychiatrique. Leçon du 7 novembre 1973 Paris : Gallimard/Seuil ; 2004 p.3-20
- Goldstein J. Consoler et classifier. Chapitres 3,4,5,6 Version française Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo ;1997 p.99-300
- Guyotat J. Etudes cliniques d'anthropologie psychiatrique . Paris : Masson . 1991
- Levy I. La religion à l'hôpital . PARIS presses de la renaissance ; 2004
- Palazzolo J.L'institution psychiatrique. Paris :.ED Ellebore 2003
- Pena Ruiz H. Dieu et Marianne. 2ème éd. Paris: Presses Universitaires de France ; 2015

- Postel J. Quétel C. Nouvelle Histoire de la psychiatrie. Paris : Dunod, 1994
- Rameix S. fondements philosophiques de l'éthique médicale. Paris : Ellipses ; 1996
- Remond R. L'anticléricisme en France de 1815 à nos jours. Paris : Ed Fayard, 1999  
Synthélabo ; 1997
- Sigmund F. L'avenir d'une illusion .Paris : Les presses universitaires de France, 3eme édition 1927,

### **ARTICLES DE REVUE**

- Baertshi B l'autonomie à l'épreuve de la fragilité mentale sévère. Cours Dekewer. C. 25/11/2015
- Curlin F.A. Lawrence R.E. Odell S. et Al. Religion spirituality, and medicine: psychiatrists and other physicians differing observations, interpretations, and clinical approaches. AM J Psychiatry 2007 ; 164 : 1825-31
- Hirt J.M. La psychanalyse entre athéisme freudien et ouverture à l'écoute de l'évènement intérieur du sujet. Evol psychiatr 2008;73 p.93-103
- King M and Al Religion, spirituality and mental health : results from a national study of English households BJPsych 2013, 202 :68-73
- Lacan J. « Petit discours aux psychiatres », Conférence au cercle d'Études dirigé par H. Ey, 1969, inédit, p. 17.
- Lamothe P. Loi, morale, éthique et déontologie : réflexion sur éthique et pratique psychiatrique. Revue psychiatrie française- N° spécial 2001 p.49-57
- Lequillier C. La laïcité à l'hôpital. Soins, octobre 2015, N°799, p. 25-28
- Rabeyron T. Chouvier B. Le Malefan P. Clinique des expériences exceptionnelles : du trauma à la solution paranormale. Evol psychiatr 2010 ; 75 (4)

### **TEXTES DE LOI**

- Conseil constitutionnel <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/la-constitution/la-constitution-du-4-octobre-1958/declaration-des->

droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789.5076.html Consulté le 12-06-2016

- Ministère de la justice <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948>
- Ministère de la justice Loi du 9/12/1905 sur la séparation de l'église et de l'état <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000508749> consulté le 25 mai 2016
- Ministère de la santé Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février relative à la laïcité dans les établissements de santé <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020035.htm>, consulté le 25 mai 2016
- Observatoire de la laïcité. Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé. Février 2016. <http://www.gouvernement.fr/guide-laicite-et-gestion-du-fait-religieux-dans-les-etablissements-publics-de-sante-3855> consulté le 25 mai
- Stasi B. Commission de réflexion sur l'application du principe de laïcité dans la république. Rapport au Président de la république, 2003 . Point

## **DICTIONNAIRES**

- Canto Sperber M. Directeur. Dictionnaire d'Ethique et de Philosophie Morale Tome 1 et 2. 1ere éd quadrige Paris : Presses universitaires de France ; 2004
- Centre National des ressources textuelles et lexicales CNTRL <http://www.cntrl.fr/lexicographie>
- Dictionnaire Larousse <http://www.larousse.fr/encyclopedie>
- Dictionnaire Le Robert plus. Paris : Le Robert ; 2007
- Rey A, Dictionnaire historique de la langue française, Paris : Le Robert 2015

## **THÈSE**

- Djaber A. Psychiatrie et spiritualité. Evaluation des besoins spirituels et religieux des usagers d'un centre Medico-Psychologique pour adulte et de la réponse des

psychiatres à des demandes de nature spirituelles. Th D Med. Nancy; 2011.

Disponible :

[http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE%20ET%20SPIRITUALITE%20-%20THESE%202011%20\(173%20Pages%20-%208,1%20Mo\).pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/PSYCHIATRIE%20ET%20SPIRITUALITE%20-%20THESE%202011%20(173%20Pages%20-%208,1%20Mo).pdf) Consulté le 25 octobre 2015

### **COMMUNICATIONS ORALES**

- Pellet J. Entretien de suivi de mémoire 23/06/2016, Saint Etienne

## **ANNEXES**

- **ANNEXE I      GUIDE D'ENTRETIEN INFIRMIER**
- **ANNEXE II     GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT**
- **ANNEXE III    GUIDE D'ENTRETIEN PSYCHIATRE**
- **ANNEXE IV    GUIDE D'ENTRETIEN INTERVENANT  
RELIGIEUX**
- **ANNEXE V     AVIS COMITÉ D'ÉTHIQUE**
- **ANNEXE VI    NOTICE PATIENT**
- **ANNEXE VII   NOTICE CURATEUR**
- **ANNEXE VIII  DÉCLARATION CNIL**
- **ANNEXE IX    ENTRETIENS INFIRMIERS**
- **ANNEXE X     ENTRETEN PATIENT**
- **ANNEXE XI    ENTRETIEN PSYCHIATRE**
- **ANNEXE XII   ENTRETIEN INTERVENANT RELIGIEUX 1**
- **ANNEXE XIII  .ENTRETIEN INTERVENANT RELIGIEUX 2**
- **ANNEXE XIV   TABLEAUX DR DJABER**
- **ANNEXE XV    ÉNONCÉ DE PRINCIPES (CANADA)**

# ANNEXE I

## GRILLE D'ENTRETIEN INFIRMIERS

1. Prenez vous en charge des patients ayant une pratique religieuse (prières, jeûne, habillement) ?
2. Si oui, de quel type ?
3. La pratique religieuse d'un patient vous a t elle posé question ? Quelle type de questionnement avez vous eu ?
4. La pratique religieuse d'un patient a telle déjà crée des conflits dans l'équipe ou avec les patients ?
5. Comment définiriez vous la laïcité ?
6. Pour vous, quel(s ) aspect(s) de la laïcité est (sont) les plus importants dans un service de psychiatrie ?
7. Quel impact pensez vous que la pratique de sa religion peut avoir pour un patient hospitalisé ?
8. Quel impact pensez vous que la pratique de sa religion peut avoir pour un patient non hospitalisé ?
9. Pour les autres patients ?
10. Avez vous déjà limité un patient dans sa pratique religieuse lors de son hospitalisation ?
11. Pour quelles raisons l'avez vous limité ?
12. Sur quels éléments vous êtes vous appuyés (état psychique du patient ? « Prescription » médicale? Considérations personnelles?)
13. Pensez vous que le rapport à la religion d'un soignant puisse influencer sa réponse face aux pratiques religieuses des patients ?
14. Pensez vous que l'intervenant religieux puisse être une aide dans ce type de situation ? Si oui de quelle façon ?

15. Que penseriez vous de l'utilisation d'un protocole pour la gestion des demandes de pratique religieuse des patients ?
16. Que penseriez d'une gestion au cas par cas des demandes de pratique religieuses des patients ?

## **ANNEXE II**

### **GRILLE D'ENTRETIEN PATIENT**

1. Vous définiriez vous comme pratiquant une religion ?
2. De quelle façon pratiquez-vous votre religion ?
3. Lors de votre hospitalisation en psychiatrie, avez-vous pratiqué votre religion ?
4. Si non , pourquoi ?
5. Si oui, comment votre pratique a-t-elle été considérée par l'équipe (médecin, infirmière, ASH)?
6. Lors de votre hospitalisation aviez-vous plutôt plus, ou plutôt moins envie de pratiquer votre religion par rapport à votre pratique habituelle?
7. Comment avez-vous vécu votre religion durant votre hospitalisation ?
8. De quelle façon pensez-vous que votre religion influence votre maladie ?
9. Avez-vous rencontré un représentant des cultes (aumônier, Imam...) durant votre hospitalisation ?
10. Si oui de quelle manière ?
11. Si non pour quelle raison ?

## **ANNEXE III**

### **GRILLE D'ENTRETIEN PSYCHIATRE**

1. Vous arrive t-il d'aborder des questions spirituelles ou religieuses lors des entretiens avec vos patients ?
2. Si oui, ces questions concernent t elles plutôt le lien que font les patients entre leur religion et leurs symptômes ? Ou plutôt la place de la religion dans l'organisation du quotidien ?
3. Si non pour quelle(s) raison(s) ?
4. Quel impact pensez vous que la religion puisse avoir sur la symptomatologie de vos patients ?
5. Connaissez vous les études qui ont été menées sur l'impact de la religion sur les symptomatologies psychiatriques ?
6. Quelle est votre définition de la laïcité ?
7. Quels aspects de la laïcité considérez vous comme les plus importants pour les services d'hospitalisation en psychiatrie ?
8. Prenez vous en charge des demandes de patient concernant leur pratique religieuse (prières, habillement...) dans votre service d'hospitalisation ?
9. Avez vous déjà limité un patient dans la pratique de sa religion ?
10. Pensez vous que le rapport à la religion d'un soignant puisse influencer sa réaction face aux demandes des patients concernant leur pratique religieuse ?

11. Sur quoi (ou qui) vous appuyez vous pour prendre des décisions concernant la pratique religieuse des patients ?

12. Pensez vous que l'intervenant religieux puisse être une aide dans ce type de situation ?  
Si oui de quelle façon ?

13. Pour la prise en charge des demandes concernant les pratiques religieuses en psychiatrie, que pensez vous d'un protocole ?

De décisions prises au cas par cas ?

## ANNEXE IV

### **GRILLE D'ENTRETIEN INTERVENANT RELIGIEUX**

1. Depuis quand intervenez vous dans les services de psychiatrie ?
2. Intervenez vous également dans les services de soins généraux ? Si oui, avez vous repéré des différences ? Lesquelles ?
3. Quelle est votre définition de la laïcité ?
4. Quels aspects de la laïcité considérez vous comme les plus importants pour les services d'hospitalisation en psychiatrie ?
5. Quels rapports entretenez vous avec les équipes de soins en psychiatrie ?
6. Comment qualifieriez vous l'accueil qui vous ai réservé dans les services de psychiatrie ?
7. Avez vous déjà constaté des limitations de pratique religieuse par les équipes soignantes de psychiatrie ?
8. D'après vous, sur quels éléments les équipes de psychiatrie se basent elles afin de limiter la pratique religieuse d'un patient ?
9. Pensez vous que des considérations personnelles puissent intervenir dans les décisions concernant la pratique religieuse des patients de psychiatrie ?

10. Comment s'organise votre intervention dans les services de psychiatrie ? Auprès des patients de psychiatrie ?
11. Les demandes émanent elles des équipes ? Des patients ?
12. Quels types de demandes vous sont adressés ?
13. Quel vécu les patients vous rapportent ils concernant leur vécu religieux durant leur hospitalisation ?
14. En général, comment considèrent-ils la prise en charge par les équipes de soin de leurs demandes liées à leur pratique religieuse ?
15. Comment considérez vous la prise en charge par les équipes de soin des demandes spirituelles ou religieuses des patients de psychiatrie?
16. Quelle place pensez vous avoir dans la vie des patients qui demandent à vous rencontrer ?
17. Quel impact pensez vous avoir sur leur pathologie psychiatrique ?
18. Quelles évolutions préconisez vous dans la prise en charge des besoins spirituels et religieux des patients de psychiatrie ?
19. Que pensez vous de l'utilisation d'un protocole ? De décisions prises au cas par cas ?

# ANNEXE V

## AVIS FAVORABLE DE LA COMMISSION DE RECHERCHE TERRE D'ÉTHIQUE



Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne  
Commission recherche de Terre d'éthique  
[comite.ethique@chu-st-etienne.fr](mailto:comite.ethique@chu-st-etienne.fr)  
Dr Pascale Vassal  
[pascale.vassal@chu-st-etienne.fr](mailto:pascale.vassal@chu-st-etienne.fr)  
Institutional Review Board : IORG0007394

Madame Yvonne QUENUM  
Service de psychiatrie  
52 B  
Hôpital Bellevue

Saint-Etienne, le 25 mars 2016

CHU de Saint-Etienne

De : Pascale Vassal  
Réf : **IRBN 222016/CHUSTE**  
Objet : **Avis Favorable**

Titre : « Respect des pratiques religieuses des patients hospitalisés en service de psychiatrie et protection de leur santé mentale »

Madame,

Je vous remercie d'avoir soumis votre projet de recherche au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne.

Cette étude a été examinée lors de la séance plénière du 23 Mars 2016. Un résumé a été présenté par le Madame Yvonne QUENUM qui a par la suite répondu aux questions des membres du Comité d'Éthique.

Votre projet a été référencé par le numéro **IRBN 222016/CHUSTE**.

Nous vous demandons de faire référence à ces numéros dans tous les documents qui seront produits ainsi que pour toutes correspondances.

Au regard de l'article R1121-2 du code de la Santé Publique modifié par Décret n°2006-477 du 26 avril 2006 - art. 1 JORF 27 avril 2006 définissant dans son alinéa 2 et suivants « les recherches non interventionnelles portant sur des produits mentionnés à l'article L.5311-1 » et du code Pénal article 226-16 et suivants relatifs « aux atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques », le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a examiné les pièces et auditionné le représentant de ce projet de recherche.

Après délibération, le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a donné un **Avis Favorable** à la conduite de cette étude.

Si votre projet change après la date de cet avis sous quelque forme que ce soit, vous devez en informer le Comité d'Éthique.

Très cordialement

Docteur Pascale VASSAL

# ANNEXE VI

## NOTICE D'INFORMATION PATIENT



### LA LIBERTÉ DE PRATIQUE RELIGIEUSE EN PSYCHIATRIE

#### *Notice d'information destinée au patient*

Madame, Monsieur,

➤ En France, la loi vous autorise à pratiquer votre religion lors de votre hospitalisation si ça ne perturbe pas le déroulement des soins. Pourtant, cette liberté n'est pas toujours respectée dans les services de psychiatrie.

➤ Ainsi, ce travail de recherche, permettra de comprendre les freins au respect de cette liberté de pratique religieuse. Il s'agira également de déterminer les risques liés à ces pratiques, notamment les risques pour votre santé mentale mais également pour celle des autres malades. L'analyse de ces différents aspects nous permettra finalement d'évaluer quelle approche pourrait être bienfaisante, dans le respect de votre autonomie et en tenant compte de votre vulnérabilité. Le but étant de vérifier si l'empathie (la compréhension de votre vécu, donc une considération au cas par cas) serait un mode relationnel menant à une meilleure prise en charge de vos demandes liées à la religion.

➤ Il n'y aura aucune visite ou examen supplémentaire liés à l'étude. Durant un entretien avec une infirmière, vous aurez à répondre à quelques questions sur votre vécu lié à la prise en charge par les soignants de vos demandes concernant votre pratique religieuse. L'entretien sera audio-enregistré, mais l'anonymat sera respecté. Des renseignements médicaux seront recueillis lors des consultations. Votre participation est facultative. Si vous refusez, cela ne modifiera en rien votre prise en charge au sein du service. Les renseignements recueillis seront conservés sauf opposition de votre part.

➤ Le bénéfice lié à la participation à cette étude pourrait être une meilleure prise en charge de vos demandes liées à votre pratique religieuse en cas d'hospitalisation. L'inconvénient étant que vous devrez aborder avec une infirmière votre lien à la religion, ce qui est intime et pourrait être perturbant.

➤ Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le CHU de Saint-Etienne vous propose de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au CHU de St-Etienne. Ces données seront identifiées par vos initiales, et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises, à d'autres entités du CHU de Saint-Etienne.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche.

Pour prendre votre décision, vous disposez d'un délai de réflexion de 7 jours après avoir lu cette note d'information et obtenu les réponses à d'éventuelles questions.

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le .... / ..... / 20.....

Vous remerciant par avance de la confiance que vous nous témoignez, nous restons à votre disposition au « 0477127779 » pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

## ANNEXE VII

### NOTICE D'INFORMATION CURATEUR



#### *Notice d'information destinée au tuteur ou curateur*

Madame, Monsieur,

➤ En France, la loi autorise les patients à pratiquer leur religion lors de leur hospitalisation si ça ne perturbe pas le déroulement des soins. Pourtant, cette liberté n'est pas toujours respectée dans les services de psychiatrie.

➤ Ainsi, ce travail de recherche, permettra de comprendre les freins au respect de cette liberté de pratique religieuse. Il s'agira également de déterminer les risques liés à ces pratiques, notamment les risques pour la santé mentale des patients mais également pour celle des autres malades. L'analyse de ces différents aspects nous permettra finalement d'évaluer quelle approche pourrait être bienfaisante, dans le respect de leur autonomie et en tenant compte de leur vulnérabilité. Le but étant de vérifier si l'empathie (la compréhension du vécu, donc une considération au cas par cas) serait un mode relationnel menant à une meilleure prise en charge des demandes liées à la religion.

➤ Il n'y aura aucune visite ou examen supplémentaire liés à l'étude. Durant un entretien avec une infirmière, le patient aura à répondre à quelques questions sur son vécu lié à la prise en charge par les soignants de ses demandes concernant sa pratique religieuse. L'entretien sera audio-enregistré, mais l'anonymat sera respecté. Des renseignements médicaux seront recueillis lors des consultations. Sa participation est facultative. Si il refuse, cela ne modifiera en rien sa prise en charge au sein du service. Les renseignements recueillis seront conservés sauf opposition de votre part.

➤ Le bénéfice lié à la participation à cette étude pourrait être une meilleure prise en charge des demandes liées aux pratiques religieuses en cas d'hospitalisation. L'inconvénient étant que le patient devra aborder avec une infirmière son lien à la religion, ce qui est intime et pourrait être perturbant.

➤ Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le CHU de Saint-Etienne lui propose de participer, un traitement de ses données personnelles va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif de cette dernière qui vous a été présenté. A cette fin, les données médicales le concernant seront transmises au CHU de St-Etienne. Ces données seront identifiées par ses initiales, et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises, à d'autres entités du CHU de Saint-Etienne.

Conformément aux dispositions de loi relatives à l'informatique aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisés dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche.

Pour prendre votre décision, vous disposez d'un délai de réflexion de 7 jours après avoir lu cette note d'information et obtenu les réponses à d'éventuelles questions.

Cette étude a reçu l'avis favorable de la Commission recherche de Terre d'éthique le 25/03/2016

# ANNEXE VIII

## RÉCEPISSÉ DE DÉCLARATION À LA CNIL



RÉCÉPISSÉ

**DÉCLARATION NORMALE**

Numéro de déclaration

**1948707 v 0**

du 28 avril 2016

Madame QUENUM Yvonne  
CAMPUS INNOVATIONS SANTE FACULTE DE  
MEDECINE  
10 RUE DE LA MARANDINIERE  
42270 SAINT PRIEST EN JAREZ

### A LIRE IMPERATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en oeuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

### Organisme déclarant

**Nom :** CAMPUS INNOVATIONS SANTE FACULTE DE MEDECINE

**N° SIREN ou SIRET :**

194210961 00423

**Service :**

**Code NAF ou APE :**

8542Z

**Adresse :** 10 RUE DE LA MARANDINIERE

**Code postal :** 42270

**Tél. :**

**Ville :** SAINT PRIEST EN JAREZ

**Fax. :** 0477421856

### Traitement déclaré

**Finalité :** MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE DIPLOME UNIVERSTAIRE REFLEXION ÉTHIQUE ET PHILOSOPHIQUE  
POUR LE SOIN. SUJET: etude monocentrique LA LIBERTÉ DE PRATIQUE RELIGIEUSE EN SERVICE DE  
PSYCHIATRIE

Fait à Paris, le 28 avril 2016  
Par délégation de la commission

Isabelle FALQUE PIERROTIN  
Présidente

# ANNEXE IX

## COMPTE RENDU DES ENTRETIENS INFIRMIERS

- Pratiques religieuses des patients

Les deux IDE (infirmier diplômé d'état) que je nommerai IDE A et IDE B reçoivent des patients pratiquants. L'IDE A rapporte qu'il s'agit essentiellement de la religion musulmane, qu'il qualifie de « religion qui est la plus visuelle », car « les autres religions si elles sont pratiquées elles sont pratiquées de façon discrète ». Il parle principalement de prières, de jeûne et choix alimentaires, que les pratiques sont de plus en plus marquées. « Les régimes sans porc sont devenus des régimes halal ou sans viande, le ramadan on en n'entendait pas parler, là c'est toujours une période qui amène quand même des difficultés, au niveau de l'habillement c'était beaucoup moins visuel, les choses ont énormément évolué ». En ce qui concerne l'habillement, il dit voir des voiles, djellaba, et récemment des niqab. Il précise qu'il ya quinze ans, il voyait parfois « ce type d'habillement sur des femmes d'un certain âge, mais pas autant que maintenant et pas sur des jeunes femmes ». L'IDE B dit voir des pratiques religieuses se rapportant principalement aux choix alimentaires, jeûne et habillement.

La pratique religieuse d'un patient a déjà interrogé les deux infirmiers. IDE A dit que ça le questionne parfois lorsque les pratiques « apportent des difficultés dans les soins », que les pratiques religieuses sont parfois difficiles à gérer car. « on demande aux soignants une tolérance que les patients ne s'appliquent pas à eux ». Il n'a pas de problème pour que les patients fassent le ramadan si ça n'interfère pas dans la continuité des soins. « C'est une grosse difficulté d'avoir un consensus commun avec les équipes, moi je refuse de faire chauffer des repas en dehors des heures de repas, donc le patient il se débrouille pour manger à l'heure qu'il veut, alors ce serait bien si on appliquait une règle commune, on essaie de le faire mais bon voilà, au niveau des collègues yen a qui autorisent, d'autres qui n'autorisent pas donc c'est compliqué ». Il considère que le principe de laïcité justifie sa position : « Moi je pars du principe qu'on est dans un établissement laïc, moi je ne m'occupe pas de religion, je n'empêche pas les patients de pratiquer leur religion, de faire leurs prières dans la mesure où ça n'empiète pas sur la liberté des autres et le travail des gens. Mais voilà, l'hôpital public c'est avant tout un établissement laïc ». Lorsque IDE A refuse de faire chauffer les plats pour

cause de jeûne religieux, certains acceptent tandis qu'avec d'autres le ton monte vite, « il ya des injures de racisme qui fusent de la part des patients et de leur famille ». IDE A poursuit en évoquant des difficultés liées à l'habillement. « On demande parfois aux patients de se mettre en pyjama. Pour certaines femmes qui pratiquent leur religion, c'est compliqué. Pour moi un vêtement intégral ce n'est pas un pyjama ». L'infirmier explique donc les problèmes ayant eu lieu avec un patient qui a fugué habillé avec son vêtement religieux, qu'il avait refusé de quitter au profit d'un pyjama d'hôpital prescrit par le psychiatre. Il n'a donc pas pu être repéré par les vigiles. L'IDE B parle quant à lui de problèmes de prosélytisme et d'influence de certains patients sur les autres sous forme de prêche. Il dit qu'il n'ya pas de conflit lié aux pratiques religieuses, ni dans l'équipe ni entre les patients. IDE A parle de conflits dans l'équipe, comme évoqué précédemment et entre les patients, lorsque certains acceptent la position des soignants et d'autres non « entre les deux patients, parfois il y a des échanges sur leur propre pratique ». Il évoque aussi les difficultés de cohabitation entre patients pratiquant et non pratiquant (prières). Il explique que face à ces difficultés les cadres et chef de service ont rappelé la loi « On est un établissement laïc, les religions peuvent être pratiquées dans la mesure où elles n'engendrent pas de difficulté sur le travail du personnel, ni sur la qualité des soins, ni sur le confort des autres patients, mais c'est extrêmement difficile de se tenir à cette règle il y a toujours des patients qui passent à travers les mailles ». Mais il n'a pas été indiqué de marche à suivre de façon pratique.

- **Définition de la laïcité**

Pour IDE A la laïcité « c'est telle que moi je la conçois chacun a droit a sa religion et a la possibilité de pouvoir l'exercer dans la mesure où ça n'interfère pas sur les autres. Chacun peut prier, aller sur les lieux de culte qui sont présents sur l'extérieur. Dans la mesure où ils ont la possibilité de pouvoir sortir bien évidemment, moi la pratique de religion ne me dérange pas dans la mesure où elle est faite de façon discrète et intime. ». L'aspect le plus important est d'avoir conscience que « des gens fragiles peuvent s'engouffrer dans des choses qu'ils voient ou qu'ils entendent, qu'ils ne comprennent pas forcément ». De plus étant donné les attentats perpétrés en France, il considère que certains comportements relèvent plus de la provocation que de la réelle pratique religieuse, il ya eu des conflits entre les patients « Parfois il y a aussi une certaine provocation de la part de certains patients, qui utilisent l'habillement de façon assez provocatrice, qui sortent des Corans et parfois c'est plus de la provocation qu'une réelle intention religieuse. Parfois c'est compliqué, c'est difficile, parfois

il ya des patients qui n'ont pas de réelle religion ,des patients n'ont pas de religion mais se décrètent pratiquants. Parfois on a des demandes de régime hallal ou sans porc de gens qui jusqu'à présent n'avaient jamais revendiqué, c'est un peu l'ambivalence du psychotique ou des gens qui se collent un peu à l'autre, qui font comme l'autre sans bien comprendre et maîtriser tous les tenants et les aboutissants. Des fois ça amène des situations qui sont complexes il faut savoir arrondir les angles, ça n'apporte pas forcément de l'apaisement la religion. »

Pour IDE B la laïcité « C'est la neutralité, pour moi, le fait de faire en sorte que la pratique religieuse reste dans la sphère privée est pour moi le meilleur moyen de préserver la laïcité». Il considère que la notion de sphère privée renvoie au fait que la pratique religieuse n'a pas à être visible du public, qu'elle est de l'ordre de l'intime, le pratiquant est libre de pratiquer sa religion chez lui. Il considère que l'hôpital respecte la liberté de culte puisqu'elle s'adapte aux repas.

- **Perception de l'impact de la pratique sur les patients**

Pour IDE A l'impact peut être positif si la pratique est adaptée ou négatif si les rituels sont envahissants. A l'extérieur il estime qu'il n'y a pas d'impact car pas de contrainte. Pour IDE A la religion peut être une aide pour quelqu'un de croyant si ça le calme. « Quelqu'un peut sans doute trouver un réconfort dans des prières, dans des moments de recueillement ». Il considère que l'impact de la pratique religieuse peut être négatif quand « elle prend le pas sur le soin, sur la liberté des uns et des autres, là je pense que ça amène des conflits, que ça n'apporte rien ». Il considère qu'il est parfois difficile de faire la différence entre ce qui est psychiatrique et ce qui est culturel « Parfois certains patients vont voir des marabouts, vont voir des Imams ». Il précise ne pas y voir d'inconvénient, mais qu'il ya parfois une difficulté à respecter la religion et la culture des malades tout en les soignant à l'aide des thérapeutiques habituelles. Qu'il faut être à l'écoute tout en ayant des limites « Parfois ça nous a été demandé de sacrifier une poule dans le service, nous on ne va pas jusque là ». Il pense que c'est moins compliqué pour un patient de pratiquer sa religion à l'extérieur, car il a moins de contraintes. Il explique également que parfois l'impact des pratiques religieuses sur les autres patients peut être négatif car ça peut amener des conflits, « des discussions qui peuvent tourner plus ou moins bien ». Il intervient parfois auprès des patients qui « font les choses de façon trop visible, trop envahissante, de lui dire qu'il a une chambre, qu'il peut faire ça dans sa chambre,

l'hôpital c'est pas un lieu de culte ».

Pour IDE B, l'impact des pratiques religieuses peut être « positif si la pratique est adaptée ou négatif si les rituels sont trop envahissants, qu'ils provoquent un isolement ». Il considère également que la différence entre une pratique dans l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital tient principalement au fait d'avoir moins de contraintes à l'extérieur. Il ne considère pas qu'il y ait d'impact ou de problème pour les autres patients.

- **Limitation des pratiques religieuses**

IDE A explique que pour lui la pratique religieuse se fait dans des espaces privés « A mon avis la pratique religieuse se fait soit dans des lieux qui sont dédiés à ça, soit chez soi ; ou quand on est hospitalisé dans sa chambre qui est quand même un espace semi privé ». Concernant la limitation des pratiques religieuses en lien avec l'habillement, il explique qu'il a tenté de s'appuyer sur la loi mais qu'il n'y a pas trouvé d'appui, que c'est compliqué : « On a essayé de voir au niveau légal ce qui était autorisé ou pas, et c'est assez flou ce qu'on a au niveau de la loi, donc c'est compliqué » « théoriquement on doit voir le visage, en même temps, il ya des femmes qui sont voilées, qui ont un voile sur les cheveux, ça c'est bon mais ce qui est plus gênant c'est quand c'est une tenue intégrale ». Le visage étant dégagé il n'a pas pu l'interdire mais il considère cette tenue comme « très particulière ». La difficulté de cette situation est que la patiente ayant refusé de se mettre en pyjama de l'hôpital, elle a gardé son vêtement. Ayant fugué, elle n'a pas pu être repérée sur l'extérieur car elle n'était pas en pyjama d'hôpital. « ça a amené des discussions mais ça n'a jamais été tranché, ça c'est des choses qui datent d'il y a 3 ou 4 ans, on n'avait jamais eu à faire à des comportements aussi ostentatoires ». Pour lui la limitation des pratiques religieuses se fait avant tout pour respecter le principe de laïcité « Ici dans l'équipe, tout le monde pense que l'hôpital est un établissement laïc, et pas un lieu de culte et que la religion doit être pratiquée de façon discrète » Il considère devoir intervenir lorsque la pratique dérange à la fois les patients et le personnel, Il reconnaît que parfois, ce qui est dérangeant, c'est simplement la visibilité des pratiques « pour moi c'est compliqué comme c'est compliqué à l'extérieur. Mais à l'extérieur c'est dans un endroit moins clos et je peux plus facilement m'en arranger. Je ne suis pas la seule dans l'équipe, après y a une dose de tolérance qui n'est pas la même pour tout le monde mais moi quand c'est trop visible, j'ai l'impression que j'arrive pas à savoir où je vais mettre du soin, moi je suis pas là pour m'occuper de la religion des gens j'ai parfois le sentiment que

ça parasite ». Il semble compliqué de rester neutre dans le soin si la religion est trop visible. La limitation des pratiques religieuses peut parfois être liée à l'état psychiatrique du patient « Parfois il nous arrive pour des gens trop envahi ou en phase maniaque de leur retirer un Coran ou une Bible » il n'y voit pas de problème « Parce que ça va les hyper stimuler. Ça nous arrive parfois comme on supprime parfois une radio ou des livres » Ces limitations ne sont pas faites sur prescription médicale « Ce sont des décisions que l'on peut prendre en tant qu'infirmier, on n'attend pas d'avoir une réunion, pour moi j'enlève la Bible comme j'enlèverai un livre quelconque parce qu'on sent que le patient est déjà stimulé, ça sert à rien de lui apporter des stimulations complémentaires ». Il espère et il considère que la propre religion du soignant n'interfère pas dans le cadre à suivre . Il ne pense pas que les considérations personnelles des soignants interviennent dans les décisions concernant les pratiques religieuses des patients, mais qu'ils n'ont pas tous la même tolérance. Parfois il ne sait pas où mettre le soin, il dit ne pas être là pour s'occuper de religion. .

IDE B a déjà limité la pratique d'un patient quand elle avait lieu en public : « il ne doit pas perturber la convalescence des autres patients ». Il considère que la pratique doit être discrète pour respecter la laïcité. Il est vigilant à garder une atmosphère paisible dans le service. Les limitations sont également faites en fonction de l'état psychique du patient, du fait que les pratiques soient considérées comme pathologiques ou pas et qu'elles ne posent pas de problème par rapport aux autres.

### **Place de l'intervenant religieux**

IDE A considère que l'intervenant religieux peut être une aide, les numéros des lieux de culte sont affichés dans le couloir, les patients peuvent les contacter » Le représentant religieux demande toujours l'autorisation aux soignants avant de voir le patient. En revanche IDE A n'a jamais contacté le représentant religieux concernant les pratiques religieuses des patients qui ont posé problème « On a expliqué au patient que le ramadan peut être reporté quand on est malade » Il ne pense pas que le fait que ce soit un Imam qui le dise au patient puisse changer les choses. Ni lui, ni l'équipe ne l'a fait intervenir pour les problèmes liés à l'habillement précités.

IDE B considère que l'intervenant religieux hospitalier peut être une aide pour le patient et l'équipe car il est un repère concernant le fait religieux.

- **Utilisation du protocole ou gestion au cas par cas**

IDE A rejette l'idée du protocole « tout pourrait se faire en bonne intelligence avec du bon sens et de la tolérance », il souhaite poursuivre une gestion au cas par cas. Il pense qu'il n'y a pas forcément de choses qui pourraient améliorer la situation. Mais que ça ne pose pas toujours problème « certains ont une pratique religieuse et on ne s'en aperçoit même pas parce qu'ils font ça en toute discrétion » Il dit rester sur sa ligne de référence : « L'hôpital est un établissement laïc, et la maladie ne permet pas tout »

IDE B considère que ce n'est pas le rôle des soignants de gérer les demandes de pratique religieuse des patients. Le rôle du soignant est surtout d'assurer la tranquillité du patient. « Bien sûr qu'il existe le besoin de spiritualité des patients, mais c'est aller au-delà de notre rôle de gérer les demandes de pratique religieuse ». Il estime que le soignant n'est pas là pour s'occuper de la religion des patients. Il ne pense pas qu'il y ait de réelle difficulté concernant ces questions : « L'hôpital fait tout pour que la liberté de conscience et de culte soit respectée ».

# ANNEXE X

## COMPTE RENDU D'ENTRETIEN PATIENTS

- Pratique religieuse

Les trois patients (patient A, patient B, patient C) se définissent comme pratiquant leur religion.

Le patient A pratique sa religion en allant à la messe tous les jours, fait des prières avec un chapelet, prie matin et soir et avant chaque repas. Ne se souvient pas beaucoup de sa pratique à l'hôpital, se souvient juste d'être allé à la chapelle et d'avoir prié en chambre. Il se souvient que le patient voisin s'en était plaint à l'équipe, il ne comprend pas pourquoi, il s'en était suivi un changement de chambre pour le voisin. Concernant sa perception de ce que l'équipe soignante pense de sa pratique, il trouve que son équipe de soin n'est pas compréhensive, que les soignants veulent supprimer la religion à cause de la laïcité. « Ils sont intransigeants, ils sont pas du tout compréhensifs, ils veulent au nom de la laïcité supprimer la religion » Il emmenait le magazine la croix à l'hôpital, le médecin lui a interdit de le faire passer aux autres ce qu'il comprend, mais ne comprend pas pourquoi il ne veut pas qu'il le lise dans les parties communes. Il n'y a que dans sa chambre lorsqu'il était hospitalisé, qu'il avait le droit de le lire. Le patient A trouve qu'on l'empêche de parler des musulmans, sous prétexte que ce serait raciste, il ne comprend pas pourquoi. Globalement, selon lui, médecins et infirmiers ont les mêmes positions. Trouve difficile de pratiquer sa religion à l'hôpital, parce qu'il y a peu de propositions (peu ou pas d'offices religieux), il aurait aimé avoir l'eucharistie. « je ne réclamais pas plus, mais si on m'avait proposé, j'y serai allé ». Il avait tout de même rencontré le prêtre, il ne sait pas qui lui avait dit de venir mais ça lui avait fait du bien.

Le patient B prie habituellement dans son lit. Pendant l'hospitalisation il a également prié dans son lit. Il ne considère pas que ça ait été compliqué de pratiquer sa religion durant l'hospitalisation car il n'en a parlé à personne. Il estime que sa pratique à l'hôpital s'est bien passée mais qu'il aurait aimé aller à l'église, même s'il n'y va pas quand il est à l'extérieur. Il trouve que la célébration proposée le Dimanche à l'hôpital « C'est pas pareil ». Il a rencontré le prêtre (avait fait sa demande à l'aumônière), et lui a demandé une croix, que le prêtre lui a apportée.

Le patient C dit pratiquer habituellement sa religion avec « humilité et respect ». Pendant l'hospitalisation, il a prié discrètement, ça s'est bien passé « personne ne m'a empêché de prier ». En revanche, il aurait aimé faire le ramadan, mais il était contenu à son arrivée. Il s'est senti censuré par rapport au jeûne, il a pensé que c'était « exagéré ». Il aurait aimé décaler sa prise de traitement et son repas. L'équipe lui a expliqué pourquoi ce n'était pas possible mais il n'a pas compris. Il pense qu'ils « s'en foutaient ». Il n'a pas rencontré d'intervenant religieux, mais il aurait aimé le faire. Il a vu l'affiche dans le service, mais il n'y est pas allé. Il n'a pas osé demander à l'équipe et « ils n'ont rien fait pour ça ». Il aurait aimé aller rencontrer l'Imam, mais il avait « beaucoup de choses à penser ». Il trouve que « s'est passé vite », il est sorti rapidement.

- **Perception de la façon dont la religion influence la maladie**

Le patient A dit que sa religion influence sa maladie en lui faisant penser qu'il est le centre du monde « j'ai l'impression que je suis dieu, que je suis la sainte vierge, mais ça c'est surtout dans le délire, plus maintenant, mais ça m'angoisse tout ça un peu, ça m'angoisse ces idées, je me dis que je vais être jugée ». Il est angoissé à cause des idées délirantes, et a peur d'être jugé par les personnes dans la rue. Il dit aussi que la religion lui donne un rythme, trouve que la religion lui apporte des valeurs. « En plus ça ouvre aux autres ». Il poursuit en disant que « si on mettait un peu plus la religion dans la société Française y aurait moins de grèves, plus d'aide pour les pauvres, ce serait mieux je pense, parce qu'il faut pas oublier qu'on a des racines chrétiennes et que la laïcité et les francs maçons veulent tout détruire ».

Le patient B dit que la religion influence beaucoup sa maladie, qu'elle lui a amené des maladies, « Il m'a puni le seigneur ». A l'évocation de cette punition divine le patient s'effondre et pleure. J'ai donc décidé de ne pas approfondir la question. Il n'a pas parlé de ça au prêtre quand il l'a rencontré, et il n'en n'a jamais parlé à son psychiatre.

Patient C dit que la religion n'a aucune influence sur sa maladie.

- **Sens de la laïcité**

Le patient A considère que la laïcité c'est « l'avortement, la libération de la femme. C'est la pilule, la femme devient la prostituée de son mari ». La Laïcité c'est l'école publique.

L'aspect le plus important de la laïcité à l'hôpital c'est que « c'est difficile »

Le patient B considère que la laïcité c'est être croyant. Pas de réponse à la question sur l'aspect le plus important (ne comprend pas)

Le Patient C considère que la laïcité « c'est la liberté de culte » Pour lui, l'aspect le plus important à l'hôpital c'est « le respect d'autrui ».

- **Commentaires des patients**

Le patient A aimerait qu'on dise le bénédicité avant de manger, il aimerait un groupe de lecture de la bible à l'hôpital. C'est le côté « communauté » de la religion qui lui manque.

Le patient B regrette que « les curés ne soient pas en robe », aimerait que la religion reste traditionnelle

Le Patient C n'a pas de commentaire à formuler.

# ANNEXE XI

## COMPTE RENDU D'ENTRETIEN DES PSYCHIATRES

- **Abord des pratiques religieuses**

Les deux psychiatres, (que je nommerai PSY A et PSY B) disent aborder ce sujet de façon peu fréquente lors des entretiens avec leurs patients, pas de leur propre initiative mais principalement à l'initiative du patient.

PSY A précise que « Ce ne sont pas des sujets que j'aime aborder directement ». Il l'explique de différentes manières : « Moi, justement je respecte l'idée de la laïcité, je suis dans une institution publique, je ne suis donc pas tenue d'aborder ces questions là. D'autre part, je suis athée, ce ne sont pas des choses que j'ai en tête dans une grille de lecture première » Par ailleurs, il considère qu'aborder la religion avec le patient peut détériorer la qualité relationnelle « Je trouve que ce n'est pas très sain. Ça induit des trucs toujours avec les gens dans la relation, ça teinte l'entame relationnelle ou la qualité relationnelle. Ce n'est pas une teinte qui m'éclaire. Si les gens l'abordent d'eux même c'est différent, c'est qu'ils ont une préoccupation ». Il explique que lorsque la question est abordée, c'est par divers biais « De fait, le patient l'aborde quand il est dans sa thématique mystique ou religieuse plus ou moins adaptée. Et il ya d'autres gens pour qui c'est plus des questions existentielles, métaphysiques ou autres sur le sens de la vie ». Il trouve que l'impact sur la symptomatologie est différent selon la pathologie. « Dans les pathologies psychotiques c'est un thème délirant comme les autres » : il n'y voit pas forcément d'impact. En revanche il considère que l'impact peut être négatif dans d'autres situations « Dans les troubles de la personnalité, ou chez les patients névrosés ( on les voit moins à l'hôpital dernièrement) ça a un impact très grand en terme de culpabilité, de bien et de mal, d'attitude adaptée ou pas dans les choix personnels, de limitateur dans les choix de vie ». Il reconnaît tout de même à la religion un aspect « anxiolytique et protecteur par rapport au passage à l'acte suicidaire ». Ce psychiatre dit n'avoir aucune connaissance concernant les études menées au sujet de l'impact de la religion sur les pathologies mentales « Je n'ai pas eu de lecture concernant ces études, je n'en ai jamais entendu parler ».

PSY B explique que lorsque la question de la religion est abordée avec ses patients, c'est

pour parler de « l'influence de la religion sur la possibilité de mettre en œuvre les soins utiles, quand il ya un impact sur la prise en charge. De plus, il estime que parler de religion avec le patient nécessite qu'une relation de confiance se soit déjà instaurée « Si on voit quelqu'un trois semaines et qu'après on passe le relais en CMP<sup>(297)</sup> (comme c'est la mode maintenant), ce n'est pas la priorité, dans la plupart des prises en charge, on traite le symptôme du moment. Il n'y a pas de contact suffisamment intime pour aborder le fait religieux ». Par ailleurs, il considère que souvent, la religion n'a pas d'impact sur les symptômes des maladies psychiatriques. Il pense que les conséquences peuvent « être favorables ou défavorables ». Dans le cas des « psychoses et des délires mystiques, la frontière entre ce qui est de la conviction religieuse partagée par une communauté au sens large, et ce qui est en dehors, au-delà des convictions, n'est pas toujours très facile à examiner. Il complète son propos en disant : « Je ne sais pas si c'est la religion ou si c'est culturel. Il ya un regard des patients et des familles qui mettent d'autres termes sur les symptômes qu'on considère comme psychotiques » « La psychose peut être intégrée dans une sorte d'envoutement où la solution est religieuse et pas médicamenteuse ». Il dit également ne pas penser qu'il y ait de lien direct entre certaines convictions religieuses et certaines pathologies psychiatriques « On n'est pas spécialement malade parce qu'on a telle religion et qu'on est plus ou moins impliqué ». Concernant les études menées sur le sujet, PSY B dit en avoir « entendu parler », il n'a jamais cherché à approfondir le sujet « je ne saurais pas en parler savamment ».

- **Definition laïcité**

Pour PSY A la laïcité signifie que « la liberté de culte est impérieuse mais doit concerner la sphère intime, et pas publique. On ne doit pas faire état de sa religion dans un but prosélyte, ou dans un but d'imposer à l'autre qui n'aurait pas le même choix sa religion, sa façon de penser. Je ne sais pas si c'est la bonne définition ». Il considère que l'aspect de la laïcité le plus important en psychiatrie est « l'interdiction du prosélytisme à l'hôpital et le libre arbitre des autres. » Il explique que c'est un problème auquel ils sont confrontés depuis quelques temps : « Ce à quoi on est confronté depuis quelques temps, ce qui n'existait pas, en tout cas moi je n'y avais jamais été confronté auparavant, c'est du prosélytisme qui ne se reconnaît pas comme tel. On est obligé d'intervenir avec le cadre infirmier par des courriers de rappel à la loi. Des gens qui se prétendent d'une religion interviennent, blâment, font des reproches ou menacent certaines personnes en imaginant qu'elles sont de la même religion qu'eux pour des aspects phénotypiques ou de patronyme et font des remarques à table sur leur façon de penser, ou vont les menacer en chambre en leur disant « ça tu ne peux pas le faire, c'est interdit par la

---

<sup>(297)</sup> Centre Medico Psychologique

religion ». Donc ce qu'on rappelle sans arrêt est « vous n'êtes pas autorisé à déclamer dans la sphère publique, couloir, réfectoire, ce en quoi vous croyez et surtout vous accordez aux autres de faire comme ils l'entendent et ça, ça devient difficile à soutenir pour nous dans le collectif des patients ».

PSY B. dit ne pas trop connaître la définition de la laïcité il considère que « C'est le respect des convictions religieuses des autres, en s'interdisant ou en interdisant toute forme de prosélytisme dans les lieux qui ne sont pas faits pour ça. Je serai incapable de donner une définition de la laïcité en fait ». Pour lui, les aspects de la laïcité les plus importants à l'hôpital concernent plutôt les acteurs soignants « Qui doivent s'interdire de s'appuyer sur leurs éventuelles convictions religieuses pour faire des choix thérapeutiques » Il complète en disant « La conviction religieuse des patients ne doit pas générer une approche particulière ou rejetante, ou bienveillante, c'est une sorte de neutralité ».

- **Pratique religieuse du patient et limitations des soignants**

Les deux psychiatres rencontrent des patients ayant des pratiques religieuses à l'hôpital.

PSY A. dit rencontrer des demandes concernant des pratiques alimentaires et des pratiques de prières « auxquelles on accède sans problème ». Les demandes concernent également le port du voile « On leur dit qu'il n'y a pas de problème, qu'elles peuvent se voiler » Beaucoup de patients, surtout catholiques demandent « à se rendre sur les lieux de culte, et comment ils peuvent avoir accès aux différentes aumôneries, normalement, c'est affiché dans le service ».

En ce qui concerne les prières « ils prient exclusivement dans leur chambre , on a aussi des chambres à deux lits, on n'a jamais eu de soucis ». Lorsque je lui demande comment se passent les choses lorsque les prières impactent sur l'organisation des soins il répond : « On s'arrange, on laisse les gens prier, on décale. Les gens du ménage ils s'en foutent, ils vont faire une autre chambre. Ce ne sont pas des choses qui nous posent problème. Je sais qu'il ya eu des fois des questions par rapport à des prières qui avaient lieux très tôt le matin . On demandait aux gens de se débrouiller, de ne pas faire de bruit pour pas que ça gêne. Concernant les jeûnes, PSY A dit : « On a parfois des négociations par rapport aux prises de traitement, pour la bouffe je pense qu'on laisse faire » Il explique faire appel à l'aumônier musulman en cas de difficulté durant les périodes de jeûne religieux : « Parfois, par rapport au traitement, on a des soucis. Dans ce cas là, ce qu'on essaie de faire si les modalités religieuses sont mises en avant, on s'appuie sur l'aumônier musulman, qui est vraiment un type bien, il

voit les gens en entretien et leur explique qu'il ya des dérogations et qu'il la leur donne. En général, on résout les trucs comme ça ». Concernant le port du voile PSY B dit qu'il n'y a jamais eu de problème. En revanche une patiente a souhaité porter son niqab dans le service « Ça moi j'ai dit que ce n'était pas possible puisque c'est interdit par la loi. Donc je me suis appuyée la dessus, parce que ça générerait des angoisses très fortes chez certains patients, notamment certains patients qui ne la reconnaissent pas ». Elle explique que le voile n'a jamais posé problème dans le service car « ce n'étaient pas des dames hyper prosélytes, elles n'avaient rien à prouver en mettant le voile. Elles portaient leur voile « pénardes » j'allais dire ». PSY A. a du mal à se souvenir avoir limité un patient dans sa pratique religieuse. Il se souvient finalement avoir eu un patient qu'il avait « essayé de ramener à des pratiques plus raisonnables ». Il considère que sa pratique était clairement en lien avec un syndrome délirant « En l'occurrence il avait des stigmates sur le front tellement il priait. Mais c'est parce qu'il était très délirant. Il priait constamment, on était au-delà de la prière on était dans une espèce de débordement symptomatique »

Psy A. pense malgré tout que le rapport à la religion d'un soignant peut influencer ses réactions face aux demandes de pratique religieuse des patients. « Je pense malheureusement que oui, je dis malheureusement parce que j'aimerais beaucoup pouvoir penser qu'en dépit des croyances individuelles, chacun fait la part des choses et peut se référer strictement au cadre légal ou éthique ». Il explique que cette question s'est déjà posée dans le service. « On avait dans l'équipe des vieux ISP<sup>(298)</sup> « laïcards », qui ont eu du mal mais qui ont fait toute la démarche pour accepter que chacun puisse faire ce qu'il veut et que justement le collectif institutionnel ne soit pas non plus rétorsif par rapport aux gens qui avaient des pratiques personnelles. Ça n'a pas été simple ». Il explique que dans son service l'évolution a pu avoir lieu grâce à « un chef de service cultivé qui a su expliquer et fixer une ligne de conduite ». Pour limiter les pratiques religieuses, PSY A dit donc se baser sur l'état psychique du patient « C'est quand ça devient uniquement un symptôme » et sur le cadre légal.

Pour PSY B. les demandes de pratiques religieuses concernent tout d'abord la prière, « Si ils veulent la faire, je n'ai pas d'objection dans la chambre, mais je n'accepterai pas dans la salle T.V. ». Il précise ne pas modifier les cadres de soin pour permettre une pratique religieuse « J'ai toujours estimé qu'il n'y avait aucune raison que l'on modifie le cadre et qu'on propose des temps d'ouverture pour des gens qui pouvaient fuguer, ou des gens qui étaient agités, dangereux ou délirants, pour qu'ils assistent à l'office religieux du dimanche

---

(298 ) Infirmier de secteur psychiatrique, qui correspond à un diplôme de spécialisation en psychiatrie, qui n'existe plus depuis 1992

matin ». Lorsque j'aborde avec lui les demandes de patient liées à l'habillement, il semble ne pas y voir de problème « Mais il ya une loi, l'hôpital public s'y heurte. On a le droit de s'habiller comme on veut. La Burqa c'est interdit partout, c'est interdit ici aussi. » Il évoque le port du voile par une patiente dans une structure extra hospitalière « Il y a eu un questionnement. Et ça a été confirmé qu'elle pouvait librement venir et que s'il y avait des conséquences dans le groupe dans lequel elle participait, c'était aux encadrants IDE à gérer, mais que ça ne pouvait pas être un motif pour lui demander d'enlever son voile ou de ne pas lui permettre d'accéder à l'activité qui lui était indiquée». Il dit surtout ne pas accepter le prosélytisme religieux. Il interdit les lectures religieuses dans les parties communes de son service ( journal La croix, Coran) « Même si c'est du prosélytisme très modéré, c'est du prosélytisme quand même ». Il dit ne pas comprendre que certains services puissent remettre en cause le droit d'une patiente à porter un simple voile, et estime que c'est « hors la loi ». Face aux raisons invoquées par les services étant dans ce questionnement là ( conversion liée à un état pathologique, impact d'un signe religieux voyant sur le groupe) il dit « Je ne suis pas du tout d'accord avec ce point de vue. Même si c'était lié à la pathologie et que c'était quelqu'un de pas du tout religieux et que du jour au lendemain il dit se convertir et qu'il apparaît que c'est fondé sur quelque chose de pathologique, l'objectif c'est pas d'enlever le voile qui n'est qu'une conséquence de la symptomatologie, mais d'abord de soigner. Et si c'est lié à la pathologie, le voile ne le cause pas tout seul. ». De plus il considère que « Si on offre à un patient un univers aseptisé qui n'est absolument pas le reflet de ce qu'ils vont devoir vivre, affronter, gérer sur l'extérieur, c'est complètement contre productif. C'est les inscrire dans une sorte de néo réalité qui est juste la parenthèse d'hospitalisation et qui n'aura rien à voir avec ce qu'ils vont trouver dès qu'ils seront en dehors ». Il complète son propos en affirmant « Moi ça ne me viendrait pas à l'idée d'enlever un tapis de prière. Enlever un objet dangereux comme un couteau, d'accord, mais enlever un tapis de prière, je ne vois pas l'intérêt, ça peut renforcer le sentiment de persécution et altérer l'éventuelle future alliance thérapeutique (...). Les privations de liberté en psychiatrie doivent être fondées uniquement sur ça, les gens en HO, en HDT <sup>(299)</sup> et la dangerosité pour les autres et pour eux-mêmes. Après c'est un travail qui pourrait être mené en entretien». En ce qui concerne le jeûne du ramadan, en cas de difficulté ils proposent au patient d'en parler avec l' Imam « parce que je ne suis pas spécialiste de la religion musulmane ». PSY B. dit également s'adapter aux pratiques religieuses des patients Un patient qui a une Injection musculaire retard un fois par mois vient habituellement à la consultation avec moi à 17h et fait en même temps son

---

(299 )Ancienne dénomination des modes de placement sous contrainte HO Hospitalisation d'Office, HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers

injection dans le service. En période de ramadan, il venait à la consultation à 17h et il revenait à 21h faire sa piqure dans le service. Je ne lui ai jamais imposé de faire sa piqure avant. Il faut trouver des solutions et le plus souvent négocier avec le patient pour que ça ait le moins d'impact possible sur le traitement qu'il est important de prendre ». Il dit limiter les patients dans leur pratique religieuse seulement par rapport à leur pathologie « Ce qui est prescrit par rapport à la clinique doit primer sur tout. La limitation c'est quand il faudrait mettre une dérogation au cadre pour qu'il puisse pratiquer » Quand c'est le cas, il essaie de trouver des solutions alternatives, comme faire venir le représentant des cultes lorsque le patient n'a pas le droit de sortir pour aller pratiquer. Il pense néanmoins que le rapport à la religion d'un soignant peut influencer sa réaction face aux demandes de pratique religieuse d'un patient

- **Intervenant religieux**

PSY A. considère que l'intervenant religieux peut être une aide dans ce type de situation mais ayant déjà connu des intervenants ayant un comportement non adapté, il précise que « Ça dépend de l'intervenant religieux. ». Il suppose que les intervenants avec lesquels elle travaille maintenant ont été formés « Ils sont au fait des pathologies mentales, ils peuvent tout à fait aider les patients à faire la part des choses »

PSY B répond également à la question en disant que ça dépend de l'intervenant. « Tous les intervenants ne sont pas toujours respectueux de ce qui est préconisé par le médecin et les soignants ». Il a lui aussi connu dans le passé un intervenant ayant causé des difficultés. « Il ne supportait pas qu'on enferme les jeunes filles aussi longuement, et qu'on ne lui laisse pas un libre accès aux chambres ». Il y a également eu des tentatives d'ingérence de certains intervenants dans des activités thérapeutiques ayant lieu dans des bâtiments légués à l'hôpital par l'Église. Il conclue en disant « Aujourd'hui ils semblent être beaucoup plus respectueux des cadres ».

- **Question du protocole**

PSY A rejette totalement l'idée du protocole « Je crois vraiment que ce ne sont pas des décisions qui se protocolisent » Elle croit plutôt à la formation des soignants à ce qu'est la laïcité. « Ce n'est pas tout le monde est comme moi et si possible athée, j'ai passée beaucoup de temps à l'expliquer ». Elle trouve néanmoins les jeunes générations moins crispées concernant ces sujets

PSY B estime que la question du protocole ne se pose pas. Il trouve que les lois offrent un cadre suffisant. Il pense en revanche qu'une formation des soignants serait nécessaire. « Il faudrait qu'il y ait une formation au niveau des soignants pour que ses propres convictions religieuses à soi n'interviennent pas dans les décisions des soignants.

## **ANNEXE XII**

### **COMPTE RENDU D'ENTRETIEN INTERVENANT RELIGIEUX**

Seul l'entretien d'un des intervenants religieux est rapporté ici. Le second, fera l'objet d'un traitement différent (il sera transmis dans son intégralité cf. annexe XIII) pour des raisons qui sont expliquées dans la partie « Méthodologie »

- **Mode d'intervention**

L'intervenant religieux 1 (IR 1.) est engagé comme aumônier au CHU de Saint Etienne depuis 2010. Il intervient à la fois en psychiatrie et dans les services de soins somatiques. Il rencontre les patients principalement à la demande des soignants. Il se déplace les voir dans leur service ou il les reçoit dans son bureau. Quand c'est à la demande des patients ou de leurs familles, en psychiatrie, il soumet d'abord son passage aux soignants. Il a vécu des différences entre les services de psychiatrie et les services de soins généraux. En service de soins généraux il rencontre parfois des difficultés « On m'a interdit l'accès à la salle de soins pour voir le tableau des patients ». Il explique que ça dépend beaucoup des soignants présents dans le service au moment de son intervention. Il n'a jamais rencontré de problème d'accueil dans les services de psychiatrie.

- **Définition de la laïcité**

Pour IR 1. La laïcité c'est surtout « faire respecter la loi de l'État » Il complète son propos en disant « Si vous avez une religion vous devez compter ou calculer la religion avec la laïcité (...) la laïcité elle autorise les uns et les autres à pratiquer pleinement leur religion à l'hôpital , mais elle commence où et elle finit où ? ».

- **Rapports avec les équipes de psychiatrie**

IR 1. dit avoir de très bons rapports avec les équipes de soin en psychiatrie. Il essaie de se déplacer dès qu'un soignant le lui demande, parce qu'il considère les demandes en psychiatrie

comme des urgences.

- **Vécu des patients**

IR 1. dit d'abord que les patients ne lui ont jamais rapporté de plainte concernant la limitation de leur pratique religieuse. Mais il observe ensuite qu'il ne faut pas faire directement de lien entre l'origine ethnique d'un patient et sa pratique religieuse. De plus un patient qui n'était pas pratiquant à l'origine peut souhaiter pratiquer sa religion lors de son hospitalisation pour diverses raisons, parfois en lien avec la pathologie, et sans comprendre la signification de leur pratique. Il constate également que lorsqu'il passe voir un patient, souvent beaucoup d'autres l'interpellent ou se réunissent autour de lui. « Mais souvent quand je croise les patients dans le couloir, ils s'accrochent à moi ».

- **Vécu des décisions de soignants**

Lorsque je demande à IR 1. Si il pense que les opinions personnelles des soignants peuvent intervenir dans les décisions prises concernant les pratiques religieuses, il répond : « C'est possible, mais dans ma tête, dans mon respect des professionnels si ils prennent une décision, forcément elle est pour le bien être des patients, c'est obligé, même si c'est une décision personnelle, elle est basée sur quelque chose. Elle correspond à la pathologie, à la violence ou à l'intensité du problème du patient ».

- **Impact de l'intervenant sur le patient**

IR 1. dit humblement n'être « rien du tout ». Mais il pense avoir aidé des personnes à aller mieux.

- **Possibilités d'évolution**

Il pense qu'il serait bénéfique, ne serait ce que mensuellement, qu'il puisse rassembler les patients qui le souhaitent dans un endroit pour une prière collective, ce qui existe actuellement pour d'autres cultes, mais pas pour le sien.

- **Protocole**

Il rejette l'idée du protocole « Il faut des décisions au cas par cas. Il s'agit de psychiatrie. C'est pointu. Ça concerne le cerveau et du coup le professionnel et l'équipe vont voir, examiner, calculer pour le bien être du patient. Le cas par cas est exigé. »

## ANNEXE XIII

### Intervenant religieux 2 (IR 2) : retranscription complète

Durée de l'entretien 1h17

*Depuis quand intervenez vous dans les services de psychiatrie ?*

J'ai commencé fin 2008 quand l'hôpital a déménagé.

*Intervenez-vous dans les services de soins généraux ?*

De façon ponctuelle, mais pas régulière.

*Avez-vous observez des différences ?*

Oui, il y a déjà des différences entre les services de psychiatrie. Mais c'est vrai que c'est globalement différent dans l'accueil, différent dans la bienveillance vis-à-vis du service d'aumônerie, différent dans les critères qui font que je suis autorisée ou pas à voir une personne, mais ça c'est normal.

*Quelles différences d'accueil avez-vous pu observer ?*

L'accueil est plus compliqué en psychiatrie mais je n'aime pas dire ça parce que je pose ça comme une généralité, et il ya des services ou des personnes qui sont très bienveillantes vis à vis de l'aumônerie. Je note aussi une nette évolution, je ne sais pas si c'est parce que je commence à être ancienne et que je fais partie des murs, on m'a repérée, on sait qui je suis, on me connaît, mais les équipes ont-elles mêmes beaucoup changées par rapport à 2008. Quand je viens, je ne vois pas les mêmes soignants, au début en 2008 c'était vraiment difficile.

Pour être plus précis, de mon point de vue, l'accueil dépend du soignant. C'est plus une question de soignant, puis suivant le profil du soignant, s'il y en a un, ou s'ils sont trois dans la même posture, ou dans la même attitude, il va y avoir une ambiance différente. C'est très fluctuant parce que les équipes changent. Il ya des périodes suivant les équipes où c'est assez variable. Globalement, l'accueil est meilleur aujourd'hui qu'il y a cinq ans.

*Vous avez parlé de réticence et de bienveillance, pourriez vous préciser ?*

Réticence, méfiance, parfois même hostilité, c'est allé jusque là. Parfois, un peu de moquerie, l'aumônerie c'est rien, c'est pas pris au sérieux. L'hostilité c'était : « Qu'est ce que vous

venez faire ici en fait ? ». Alors que maintenant, il ya une nette évolution dans le sens où on considère quand même que le service de l'aumônerie fait partie de l'hôpital et si je suis la ce n'est pas au nom de ma religion, c'est d'abord parce que c'est un service de l'hôpital, voilà. De ce fait là, il y a une évolution, ce n'est pas qu'une question de sensibilité personnelle, c'est vraiment que le regard des changent, ou la religion trouve sa place dans l'institution.

*Vous pensez que c'est une question de génération ?*

Un peu des deux. Avec les soignants plus âgés, marqués par une période post 68, des gens qui ont vécu des choses par rapport à ma religion, je ne peux pas parler de façon générale, mais dans les critiques, c'était vis-à-vis de l'Église. Au-delà du fait qu'on me reconnaisse, je crois qu'il y a un accueil du fait religieux qui est beaucoup plus acté, qui se met en œuvre aujourd'hui. Ce n'est pas seulement de la bienveillance, les gens se disent « on doit le faire, ça fait partie de la loi, on doit fonctionner comme ça » Accueillir l'autre jusque dans cette dimension. Il est d'une religion...ou pas !

*Quelle est votre définition de la laïcité ?*

La laïcité, pour moi, ça veut dire accueillir et protéger toutes les religions et protéger les personnes de toutes les religions, surtout accueillir toutes les religions et protéger les personnes de toutes les religions.

*Quels aspects de la laïcité sont les plus importants pour les services d'hospitalisation en psychiatrie ?*

Connaître l'histoire religieuse de la personne, sa spiritualité, comment elle le vit quand elle va bien, c'est pour moi la référence, et ça va permettre de voir là où ça dérape. C'est son histoire qui me semble le plus important.

*Aujourd'hui, quel rapport entretenez vous avec les équipes de soin ?*

Des rapports professionnels et assez cordiaux, c'est à la fois distant, on va se parler des patients, on a chacun le souci de se situer dans deux champs différents. Est-ce qu'on peut parler de collaboration et de coopération ? Il y aurait des choses à travailler, à réfléchir, mais je n'ai pas le sentiment qu'il y ait le désir de travailler dessus du côté des soignants. De mon côté, je souhaiterais en faire plus mais...

*Comment qualifieriez-vous l'accueil dans les services de psychiatries ?*

Globalement l'accueil est bon, on a tous nos jours, nos têtes, globalement ça se passe bien, après en fonction des événements, de ce que chacun vit...je ne me plains pas.

*Avez-vous déjà constaté des limitations de pratique religieuse ?*

Oui, bien sûr, déjà mes visites sont sous condition de l'accord soignant.

*Même si ça a été directement demandé par le patient ?*

Oui, je passe toujours voir les infirmiers et ils vont me dire par exemple « Cette personne il vaut mieux ne pas passer la voir pour l'instant » et je comprends, parce que cette personne là je la croise dans le couloir, tout de suite elle va me sauter dessus en me disant « je veux vous voir », moi dans la façon dont elle va m'aborder, je vis sentir qu'il ya quelque chose de non ajusté. Ca me semble tout à fait cohérent.

*Et dans les limitations de pratiques religieuses pures ?*

Oui, je l'ai constaté. Sur la prière, certains patients il leur est déconseillé de prier, d'utiliser un objet de culte, par exemple un tapis de prière. Ils sont parfois limités par rapport à la fréquence de la pratique. Parfois, il leur est conseillé de ne pas trop en faire, moi-même parfois, je peux le dire aussi.

Si ma visite est considérée comme une pratique. Parfois, il y a une limitation qui me gêne moi, par rapport au nom de la personne. Si cette personne a un nom d'une consonance X., on me dit que je n'ai pas à aller le voir, alors que vous êtes là pour recueillir toutes les demandes. Pour moi c'est une forme de discrimination, c'est à la personne de me dire qu'elle ne veut pas me voir. Si c'est pour des faits médicaux c'est une chose, mais ce genre d'attitude ne se produit pas qu'en psychiatrie.

*Concernant les limitations de pratiques, en avez-vous constaté d'autres types ?*

En tout cas, les gens ne me l'ont pas renvoyé comme une plainte, parce que le jeûne dans les religions, comme moi je connais le jeûne à l'hôpital, ne se pose pas de façon stricte.

*Mais il y a des patients qui souhaitent quand même le faire ?*

Oui, mais en fait, on en parle, et ils reconnaissent qu'ils sont dans une situation particulière.

Parfois, nous on intervient pour faire accepter la limitation, qui n'est pas liée à l'hôpital, mais liée à la maladie, et qui est reconnue dans la religion.

*Comment peut on empêcher quelqu'un de prier ?*

Ça dépend de ce qu'on entend par prier. Si c'est de poser un acte, rituel précis, on lui dit « ne le faite pas », ou on ne lui donne pas les moyens de le faire. Dans d'autres religions, on ne peut pas empêcher quelqu'un de prier.

*Pour vous, sur quels éléments les équipes se basent elles pour limiter les pratiques*

*religieuses ?*

Déjà, quand une personne est dans un délire en lien avec la foi, la mystique. Lorsqu'ils sont tellement mal que recevoir la visite de quelqu'un va les mettre à mal. Lorsque pour les temps communautaires, ça peut être difficile. Quand le cadre thérapeutique est strict, avec des horaires stricts et que moi je ne tombe pas dans le bon cadre. Souvent ce sont les circonstances car si je tombe au bon moment, souvent est patient d'accord et veut me voir.

*Et pour les vêtements ?*

J'ai connu des religieux qui sont en vêtement religieux dans la vie civile et à l'hôpital, ils ne les portent pas. Ça ne leur posait pas de problème. Par rapport aux personnes musulmanes, elles le mettent en privée. Il m'est arrivé de rentrer dans la chambre et que la personne soit en train de prier, elle portait son voile, elle le quitte pour sortir de la chambre. Pour les chrétiens, catholiques, l'habit religieux n'était pas un problème parce que par exemple ils vont le quitter pour un examen médical. Je veux dire qu'il n'y a pas un absolu en soi, Ils sont significatifs mais bon.

*Ils l'enlevaient d'eux même ou parce que ça leur était demandé ?*

Précisément je ne sais pas. Ils ne portaient pas leur habit religieux dans le service, en tout cas pas en intégralité. Ils pouvaient avoir un élément ou le porter dans leur chambre, mais dans les couloirs, non. Il faut que je me rappelle... mais en psychiatrie c'est ça, certains vont garder de signes distinctifs (croix, médaille), une statue dans leur chambre. Ils ne vont pas quitter leur croix et leur médaille mais je ne crois pas que ce soit...Le vêtement était plutôt gardé en privé.

*Pensez vous que des considérations personnelles puissent intervenir dans les décisions concernant la pratique religieuse des patients ?*

Je pense que c'est le danger mais que les professionnels font attention. Bien sûr que ça pourrait, mais par rapport à ça je pense qu'il ya plus d'ouverture aujourd'hui, plus de travail là-dessus aussi. Oui, il ya une évolution. A mon avis c'est toujours quelque chose à retravailler. Mais dire que c'est gênant, ou un obstacle, je n'irai pas jusque là. Il me semble que souvent les soignants sont plusieurs, ils se concertent. C'est peut être une garantie de l'impartialité.

*Comment s'organise votre intervention dans les services de psychiatrie ?*

Premièrement je passe toujours voir les soignants, je vais dans la salle de soins, je relève tous les noms, parce que c'est quelque chose qu'on fait dans tous les services généraux.

On est comme vous soumis à la confidentialité et au secret professionnel. Pourquoi on relève les noms ? C'est pour avoir un suivi parce que les gens changent d'un endroit à l'autre, pour qu'on sache. Enfin moi j'ai besoin de noter quand je vois un certain nombre de patients. De dire lui « il peut me voir, lui il ne peut pas me voir, j'étais autorisée la semaine dernière mais ya quinze jours... ) et puis voilà. Ca permet aussi un suivi. Je note les noms, les chambres et je vous demande votre accord. Après je vais voir les patients. Quand je rentre dans les chambres, si ce sont des gens que je ne connais pas, je leur explique qu'il y a une aumônerie à l'hôpital, à quoi elle sert.

La plupart du temps ils ne savent pas ce que c'est, ils sont surpris. Donc, je leur dis que la personne est reconnue jusque dans sa dimension spirituelle à l'hôpital. Alors après, souvent, c'est des mots compliqués « Qu'est ce c'est que tout ça ? ». Je leur dis selon les personnes, je vais parler de « foi » ou de « religion » j'essaie de trouver le mot pour que ça fasse tilt, permettre un échange. Je leur explique qu'il y a une aumônerie à l'hôpital, ça se veut dans un cadre amical. C'est une personne, c'est maintenir du lien.

*Vos interventions, ce sont des visites régulières ?*

En fait normalement, c'est une visite d'information, j'explique à la personne. Après j'essaie de voir si ya une demande ou si il ya un refus. C'est compliqué de poser des questions. On en pose forcément pour savoir ce que la personne veut et ce qu'elle attend. En même temps il faut pas aller trop vite parce que ça tourne autour de la foi, . Enfin, tant qu'elle n'a pas dit non je dis « je passe vous dire bonjour » de façon à ouvrir un espace pour que le jour où elle pourra vraiment formuler sa demande, qu'elle soit mise en confiance. Parce que ce n'est pas des choses qu'on va aborder comme ça de but en blanc.

*En général, les demandes émanent des équipes ou des patients ?*

Les demandes émanent plutôt des patients. En général ce ne sont pas des choses dont ils vont vous parler.

*Pourquoi c'est compliqué pour eux d'en parler ?*

Parce que c'est déjà difficile d'en parler dans notre société

*En général quand ils veulent vous voir c'est pour quel type de demandes ?*

C'est très varié. Ca peut être pour prier, pour réciter une prière. Parce que souvent, ils ne savent plus prier, ils n'y arrivent pas. Ca va être à moi d'essayer de formuler ce qu'ils portent. C'est aussi pour les mettre en lien avec la communauté, pour leur rapporter des choses qui se vivent dans l'Eglise.

*Que vous rapportent les patients de leur vécu religieux à l'hôpital ?*

La plupart du temps l'hospitalisation va bousculer leurs habitudes. Certains qui ne priaient pas vont prier, certains qui priaient beaucoup ne vont plus y arriver. Ils vont être dans une sorte de sécheresse, où ils vont vraiment avoir besoin que quelqu'un les aide.. Une hospitalisation, c'est aussi se retrouver enfermé dans un lieu. D'habitude on vit à cent à l'heure. Et là, on se retrouve fermé dans un lieu. On a le temps de se poser des questions, on laisse émerger des questions spirituelles, une recherche de sens. Et là il faut aider les personnes par l'écoute pour qu'elle trouve son chemin

*Comment considèrent ils la prise en charge de leurs demandes de pratique religieuse ?*

Ils ne vont pas trop se confier la dessus, Mais il n'y a pas vraiment de sentiment d'injustice.

*Comment considérez-vous la prise en charge de ces demandes par les équipes de soin ?*

Je crois que chacun fait ce qu'il peut. Ce sont des domaines qui sont difficiles et toujours personnel .Je pense que quand une demande arrive, vous la transmettez, moi, je fais confiance. Nous aussi on fait ce qu'on peut avec nos moyens Mais je pense que c'est bien de se poser la question « Est-ce qu'on peut faire mieux ? »

*Quel impact pensez-vous avoir sur la pathologie psychiatrique des patients que vous voyez ?*

J'espère que je n'en n'ai pas ! J'essaie de ne pas être déstabilisante

*Et du côté positif ?*

Ce n'est pas moi, c'est le fait d'avoir rencontré quelqu'un qui les mette en lien avec leur religion.

*Quelles évolutions préconiserez-vous ?*

Moi il me semble qu'entre soignant et aumônier on communique peu, il ya parfois des choses qu'on pourrait mettre en commun. Il y a quand même des pathologies qui sont supères compliquées, et j'ai parfois du mal à discerner le pourquoi du comment.

*Pensez vous qu'il faudrait harmoniser les choses avec un protocole, ou continuer à prendre des décisions au cas par cas ?*

Non, il y a déjà des cadres qui fixent les choses Il faut que ce soit ajusté à chaque personne surtout dans ce domaine.

## ANNEXE XIV

### ÉTUDE DU DR DJABER

Variable	Degré d'importance subjective de la religion Dans la vie quotidienne (%)	Degré d'importance subjective de la religion Dans le fait de donner un sens à la vie (%)
Aucune / pas du tout	14	16
Faible	16	14
Moyenne	13	15
Très importante	38	37
Essentielle	19	18
Total	100	100

Diagnostics figurant dans les dossiers des patients	Effectifs	Pourcentage
Troubles anxieux	19	19
Troubles de l'humeurs (bipolaires compris)	27	27
Schizophrénie	25	25
Troubles liés à l'usage d'alcool	11	11
Troubles de la personnalité	10	10
Toxicomanie	2	2
Autres	6	6
Total	100	100

Facilité de parler des croyances avec le médecin	Effectif	Pourcentage
Pas du tout	2	3
Un peu	1	1
Moyennement	14	20
Beaucoup	23	33
Totalement	30	43
Total	70	100

# ANNEXE XV

## ÉNONCÉ DE PRINCIPES CANADA



Canadian Psychiatric Association  
Dedicated to quality care  
Association des psychiatres du Canada  
Dévouée aux soins de qualité

## ÉNONCÉ DE PRINCIPES

### Liberté de religion et liberté par rapport à la religion

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC<sup>1</sup>; Doug Urness, MD, FRCPC<sup>2</sup>; Biju Mathew, MBBS, FRCPC<sup>3</sup>;  
Julia Dornik, MD<sup>4</sup>; Alison Freeland, MD, FRCPC<sup>5</sup>

*Un énoncé de principes rédigé par le Comité de la pratique et des normes professionnelles de l'Association des psychiatres du Canada et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 12 septembre 2014.*

#### Introduction

La *Charte canadienne des droits et libertés*, partie 1 de la *Loi constitutionnelle de 1982*<sup>1</sup>, garantit les droits et les libertés énoncés dans son objectif seulement dans les limites prescrites par la Loi qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. La Charte énonce les quatre libertés fondamentales suivantes : la liberté de conscience et de religion; la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression, y compris la liberté de la presse et des autres modes de communication des médias; la liberté de réunion pacifique; et la liberté d'association. L'article 15 (1)<sup>1</sup> de la Charte précise aussi que la Loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la Loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

Dans le passé, la pratique de la religion dans la vie quotidienne a connu son lot de problèmes et d'avantages. Dans certains cas, les sociétés qui comprenaient des religions dominantes ont promulgué des lois propres à ces religions qui empêchaient d'autres groupes religieux de pratiquer leur religion en paix et en harmonie. Pour permettre aux citoyens de pratiquer la religion de leur choix, plusieurs sociétés, y compris celle du Canada, ont séparé l'Église de l'État, ce qui a permis l'établissement d'un gouvernement laïc et la liberté pour les citoyens de pratiquer la religion de leur choix, librement et ouvertement.

Dans notre société diverse et multiculturelle, toute place prépondérante accordée à la spiritualité et à la religion est susceptible d'influencer notre pratique de la psychiatrie, ainsi que notre façon de concevoir et de prodiguer des services en santé mentale. Nos organismes de réglementation provinciaux et territoriaux et nos collèges peuvent être appelés à se prononcer sur des questions relatives à la religion et à la pratique religieuse.

<sup>1</sup> Chef des Services, psychiatrie légale, *St. Joseph's Healthcare*, Hamilton, Ontario; professeur, Département de psychiatrie et neurosciences comportementales, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

<sup>2</sup> Psychiatre, Chef de département du Programme de santé mentale et de toxicomanie, *Central Zone, Alberta Health Services*, Edmonton, Alberta.

<sup>3</sup> Chef de la psychiatrie, *Ridge Meadows Hospital*, Maple Ridge, Colombie-britannique; clinicien et professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-britannique.

<sup>4</sup> Résidente en psychiatrie, R4, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec.

<sup>5</sup> Chef adjoint de la psychiatrie, Service de santé Royal Ottawa, Ottawa, Ontario; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario.

© Tous droits réservés 2014, Association des psychiatres du Canada. Ce document ne peut pas être reproduit sans la permission écrite de l'APC. Nous faisons bon accueil à tous les commentaires de nos membres. Veuillez faire parvenir vos remarques à l'attention du président de l'Association des psychiatres du Canada à : 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa, ON K1P 5J3; Tél : 613-234-2815; Téléc : 613-234-9857; courriel : [president@cpa-apc.org](mailto:president@cpa-apc.org). N° de référence 2014-56.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a pour politique de réviser chaque énoncé de principes, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié depuis plus de cinq ans et dans lequel il n'est pas expressément mentionné qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

En outre, les milieux universitaires et de formation prédoctorale et postdoctorale, à l'échelle nationale (le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), devront aussi vraisemblablement tenir compte dans leur programme des enjeux touchant la religion et la culture puisque cela influe sur la formation. En conformité avec la *Charte canadienne des droits et libertés*, l'Association des psychiatres du Canada (APC) reconnaît que tout Canadien possède la liberté fondamentale de conscience et de religion, ainsi que la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression. Conformément à ces libertés et à la Charte, les soins psychiatriques doivent être prodigués dans le but principal d'obtenir les meilleurs résultats de santé possibles pour chaque patient.

Toutefois, il y a un risque de friction entre les deux libertés fondamentales précisées dans la Charte, une charte qui reconnaît la suprématie de Dieu et l'État de droit. Lorsque la religion est dominante, la complète liberté de conscience et de religion peut avoir des retombées négatives sur la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression lorsqu'il s'agit d'autres idées, d'autres croyances religieuses ou spirituelles, ou même des opinions agnostiques ou théistes.

Le Canada est considéré comme un pays multiethnique, où la liberté de religion est tenue pour acquise. Toutefois, il est possible que les systèmes de croyance de groupes religieux soient tellement forts et puissants qu'ils interdisent aux professionnels de la santé mentale de prodiguer des soins psychiatriques adéquats pour les besoins de leurs patients ou aient des retombées négatives sur leurs capacités de soigner.

D'autres documents de travail bien réfléchis portent sur les enjeux liés à la liberté de religion et la spiritualité dans un contexte psychiatrique. La plupart des documents traitent de la religion et la psychiatrie préconisent le besoin d'inclure la spiritualité dans la relation thérapeutique.<sup>2-5</sup> Il s'agit peut-être là d'un débat important, en particulier compte tenu de la portée des croyances religieuses dans la plupart des communautés et l'absence de croyances religieuses chez les psychiatres, comparativement à d'autres branches de la médecine.<sup>6</sup> L'éducation et la sensibilisation aux autres points de vue à travers le monde, qu'ils soient de nature religieuse ou culturelle, favoriseront des soins plus informés et adaptés.<sup>7,8</sup> Cette énoncé de principes aborde la question de la liberté par rapport à la religion dans notre culture où la liberté de la religion est reconnue.

## Discussion

Dans le passé, les ordres religieux ont joué un rôle important et décisif dans la prestation des services de soins de santé au Canada et ailleurs. Les hôpitaux appartenant ou affiliés à des ordres religieux sont

devenus les hôpitaux généraux financés par les gouvernements provinciaux. Les doctrines et les obligations religieuses dans ces institutions sont devenues moins nécessaires; toutefois, il est possible que des institutions favorisent la progression d'un système de croyance religieuse, en particulier lorsqu'elles offrent des services de soins de santé qui autrement seraient de caractère laïc. La psychiatrie doit composer avec des systèmes de croyances et l'idée que les soins psychiatriques sont conditionnels à l'acceptation d'une religion en particulier par rapport à une autre serait un non-sens pour la plupart des Canadiens. Toutefois, l'idée suivante complique davantage le débat : en acceptant l'existence d'une multitude de systèmes de croyances dans le tissu social canadien, certains organismes peuvent inciter les patients, directement ou indirectement, à confesser un système de croyances, au lieu de permettre aux individus d'exprimer ou non leur identité religieuse ou leur point de vue spirituel.

Dans certains cas, la sensibilité aux réalités culturelles a permis aux fournisseurs de soins de santé de ne pas prodiguer des soins de santé lorsque le genre de soins entraînait en conflit avec leur propre système de croyances. Certains débats et les opinions fermes exprimées par les divers intervenants ont été assez virulents que certaines institutions et certains fournisseurs de soins ont refusé de prodiguer des soins et, en fait, ont été autorisés à ne pas prodiguer des soins de santé primaires, comme les moyens de contraception ou l'interruption de la grossesse. Souvent, la logique de la réglementation régissant ces décisions permet au fournisseur de soins de ne pas prodiguer des services lorsque le bénéficiaire de ces services n'a aucun besoin urgent ou que des solutions de rechange existent, et que la prestation des services est en conflit avec leur religion ou leur croyance.

Certains fournisseurs (et leurs patients) ont des préférences fondées sur le sexe, en vertu desquelles ils pourront demander de voir soit un fournisseur ou un patient du même sexe, de ne pas poser de questions par peur d'offenser un groupe particulier, d'interviewer certains membres de la famille seulement en présence d'autres membres, de ne pas obtenir les antécédents sexuels et de ne pas entendre les récits d'agression sexuelle, de ne pas être autorisé à voir des enfants seuls et de refuser de traiter des personnes qui autrement ne partageraient pas leur propre orientation sexuelle. Plusieurs facteurs pourraient avoir influé sur ces décisions, tels que les systèmes de croyances personnels, des préjugés culturels, le racisme, l'homophobie ou la sensibilité aux réalités culturelles.

En dépit de la sincérité des déclarations, elles pourraient être insuffisantes pour distinguer les préjugés des croyances culturelles ou religieuses. De même, les patients ayant adopté un système solide de croyances religieuses pourraient se sentir isolés, diminués, ou même dévalorisés

en raison de leurs croyances non scientifiques, par leur fournisseur qui n'a pas les mêmes croyances.

Pour trouver l'équilibre entre la permission de la liberté de religion dans un contexte psychiatrique et l'assurance de ne pas dépasser les frontières, nous affirmons qu'il est d'une importance vitale de faire attention à la possibilité d'abus et à la prévention d'abus. Le danger d'abus suffit à démontrer que le système de croyances du clinicien ne devrait pas influencer sur la relation thérapeutique. Le prosélytisme est de toute évidence inopportun, mais ce sont les influences plus subtiles des croyances religieuses et croyances spirituelles dont nous devons être conscients et à l'égard desquelles il faut être prudent.<sup>9</sup> On ne peut faire abstraction de la différence essentielle de pouvoir entre le patient et le thérapeute lorsqu'il s'agit de symboles culturels ou de croyances religieuses.

L'interaction de nos interprétations du monde émaillées de théories cliniques avec les vies religieuses et spirituelles de nos patients offre de vastes possibilités de déformations et d'interprétations tendancieuses.<sup>10</sup>

Nos propres systèmes de croyances peuvent influencer sur la prestation des soins, à moins que nous soyons très vigilants. Il peut s'agir tout simplement de poser des questions à propos des systèmes de religion ou de croyances spirituelles, ce qui suppose que l'on s'attend à une réponse positive plutôt que de reconnaître la possibilité que le patient n'ait adopté aucun système de religion ou de croyances spirituelles.

Nous rappelons aux psychiatres de ne pas oublier le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne et le principe suivant : « Tenir compte d'abord du mieux-être du patient. »<sup>11, p 1</sup>

### Déclaration

L'APC reconnaît que tous les Canadiens jouissent d'une liberté fondamentale, notamment de la liberté de conscience et de religion, et qu'ils devraient pouvoir pratiquer leur religion librement et sans entrave. En outre, l'APC est consciente que dans ce contexte de liberté fondamentale, les Canadiens jouissent aussi de la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression dans une mesure suffisante leur permettant de communiquer avec les psychiatres et d'avoir accès aux soins qu'ils prodiguent, sans encombre d'idées

religieuses ou de systèmes de croyances qu'ils ne connaissent pas.

Les psychiatres canadiens ne devraient pas permettre à leurs croyances culturelles ou religieuses personnelles (ou l'absence de celles-ci) d'intervenir dans les soins prodigués à leurs patients ou d'influer indûment sur ces soins ou de les exclure.

Pour ces raisons, nous croyons que les soins psychiatriques doivent être prodigués dans un contexte plurisécularaire pour répondre de la meilleure façon aux besoins de l'individu, tout en étant à l'écoute de ses besoins culturels, spirituels et religieux. Il est important que les psychiatres ne laissent pas leurs propres croyances religieuses (ou l'absence de celles-ci) affecter la qualité des soins prodigués aux patients qu'ils servent et appuient.

### Références

1. *Loi sur la constitution*, 1982 [en. par la *Loi sur le Canada* 1982 (U.K.), ch. 11, sect. 1], partie 1 (*Charte canadienne des droits et libertés*).
2. Hart WH. Present at the creation: the clinical pastoral movement and the origins of the dialogue between religion and psychiatry. *J Relig Health*. 2010;49:536–546.
3. Koenig H. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283–291.
4. Galanter M, Dermatis H, Talbot N, et al. Introducing spirituality into psychiatric care. *J Relig Health*. 2011;50:81–91.
5. Mohr WK. Spiritual issues in psychiatric care. *Perspect Psychiatr Care*. 2006;42(3):174–183.
6. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE, et al. The relationship between psychiatry and religion among US physicians. *Psych Serv*. 2007;58(9):1193–1198.
7. Sabry WM, Vohra A. Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(Suppl 2):S205–S214. *Indian Mental Health Concepts Supplement*.
8. Grabovac A, Clark N, McKenna M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on the “interface between spirituality, religion and psychiatry”. *Acad Psychiatry*. 2008;32(4):332–337.
9. Cook CH. *Spirituality and religion in psychiatry*. London (GB): Royal College of Psychiatrists; 2013. Position paper of the Royal College of Psychiatrists.
10. Meador KG, Koenig HG. Spirituality and religion in psychiatric practice: parameters and implications. *Psychiatr Ann*. 2000;30(8):549–555.
11. Association médicale canadienne (AMC). *CMA Code de déontologie* [Internet]. Ottawa (ON): CMA; 2004 [révisé 2012 mars; cité 31 oct. 2014], p 1. Politique de l'AMC. Accessible à : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/about-us/PD04-06-e.pdf>.