

# Malades et spiritualité

## Le rôle des soignants

●●● **Eckhard Frick s.j.**, Munich

Psychiatre et psychanalyste,  
Faculté de philosophie de la Compagnie de Jésus

Nous devons beaucoup à notre médecine occidentale, toutefois son efficacité semble avoir un prix énorme : d'une part, une spécialisation de plus en plus renforcée qui découpe le corps humain en tranches, selon les systèmes d'organes et les secteurs de la profession médicale ; d'autre part, un clivage entre corps et âme.<sup>2</sup> Le corps humain devient corps-objet, au même titre que d'autres objets scientifiques, et l'âme, dont on parle peu en médecine, est elle-même « chosifiée », mesurée, manipulée, traitée comme d'autres systèmes physiologiques (par une psychiatrie qui se veut « biologique »).

Le discours médical classique se limite au diagnostic, à la prévention et au traitement des maladies. S'il développe certains sous-discours qui font le pont avec les discours juridiques (médecine pénale) ou sociaux (médecine du tra-

vail, des assurances, etc.) et s'il s'ouvre plus ou moins au discours psychanalytique et à l'inconscient, il se démarque par contre clairement du discours religieux. Alignée sur le discours scientifique, la médecine européenne, en particulier francophone, a adopté par rapport au domaine religieux, et ce par étapes successives (les Lumières, la Révolution française, les principes de la laïcité régis par la Loi française de 1905 séparant l'Eglise et l'Etat), un point de vue de neutralité professionnelle.

Que penser alors des médecins et infirmiers européens qui se mettent au spirituel ? De ce chassé-croisé entre les aumôniers qui se lancent de plus en plus dans les sciences humaines et les médecins qui jouent aux pasteurs ? Est-ce un retour du religieux ? Un prosélytisme difficile à contrôler, mettant en péril l'autonomie des patients ? Menacerait-il la solidité des fondements scientifiques de la recherche et de la thérapeutique ?

### Anamnèse spirituelle

Le schéma d'*anamnèse spirituelle* peut répondre à ces craintes et les relativiser. Le terme grec *anamnèse* veut dire souvenir, mémoire. En médecine, ce mot

société

*L'antagonisme entre le principe de neutralité et le souci de répondre à la détresse spirituelle de certains malades fait l'objet d'un débat intense dans les milieux médicaux européens. Un symposium traitant du statut du spirituel en médecine a réuni à Lausanne, en novembre 2008, des médecins, des infirmiers et des aumôniers.<sup>1</sup> Eckhard Frick y a présenté son concept d'« anamnèse spirituelle ». Pour lui, du personnel médical formé peut prendre en compte, sans prosélytisme, la spiritualité des patients.*

1 • Pour les 20 ans de formation pastorale supervisée à l'aumônerie œcuménique du CHUV, le Centre hospitalier et universitaire du canton de Vaud.

2 • Ce clivage n'existe pas de la même façon dans les médecines indigènes d'Asie, d'Afrique ou d'Amérique latine, ni dans la médecine traditionnelle européenne (cf. **François Laplantine**, *L'anthropologie de la maladie*, Payot, Paris 1986).

désigne l'entretien entre le médecin et le malade à l'occasion de l'examen clinique. L'*anamnèse spirituelle* doit se faire selon les règles de neutralité, de respect et de non-ingérence. Baptisée *SPIR*, du nom des quatre domaines à explorer avec le patient (Spiritualité, Place dans la vie, Intégration, Rôle du professionnel de la santé) à partir de sa propre terminologie, elle laisse une large place « au patient » et à sa manière de définir les concepts.

Voici les questions que l'on peut imaginer. Est-ce que vous diriez - au sens le plus large des mots - que vous avez une spiritualité, une religion, une foi ou une croyance ? Est-ce que ces convictions ont de l'importance pour votre vie et, en particulier, pour votre manière de faire face à la maladie ? Est-ce que vous faites partie d'une communauté spirituelle ou religieuse ? Comment désirez-vous que je (en tant que médecin, infirmier, thérapeute...) gère les questions que nous venons d'aborder ?

Il faut noter que les concepts de spiritualité et de religion sont riches en connotations et risquent de créer des malentendus selon l'appartenance linguistique, culturelle et religieuse de chacun des interlocuteurs. Aussi la question d'introduction utilise-t-elle des termes amples pour ne pas clore l'échange avant même de l'ouvrir.

L'*anamnèse spirituelle* inclut en effet tout ce qui peut être appelé *spirituel* par les patients<sup>3</sup> : le « développement personnel » au sens ésotérique ou néo-gnostique ; la recherche du sens selon l'humanisme hérité du christianisme et de la Révolution française, qui insiste sur des valeurs comme le respect, la dignité humaine, la tolérance et convient à l'individualisme ambiant ; les spiritualités des religions abrahamiques : judaïsme, christianisme et islam.

Au-delà de sa définition personnelle de la « spiritualité », c'est au patient de décider de l'intensité de l'entretien, des questions abordées et surtout du rôle qu'il veut octroyer au professionnel de la santé dans le champ spirituel.<sup>4</sup>

C'est ainsi que l'*anamnèse spirituelle* pratiquée par le médecin rassure un grand nombre de patients, car ils considèrent le médecin comme objectif et neutre. Ce sont ces attitudes exigées par la déontologie professionnelle qui favorisent le dialogue spirituel au sein de la relation médecin/malade. Le fait que les patients ne craignent aucune récupération religieuse les aide à donner aux professionnels de la santé un rôle d'accompagnateurs, tout en préservant leur liberté de ne pas poursuivre l'entretien.

## Une demande à respecter

En ce qui concerne l'Europe, il s'agit de maintenir un juste équilibre entre le principe de neutralité (préserver l'autonomie du sujet hospitalisé dans le domaine spirituel) et les demandes formulées par les malades dans ce domaine. Autrement dit : il faut éviter de négliger, au nom des principes de neutralité et de non-ingérence, les besoins spirituels des patients et leurs situations de détresse dans ce domaine.

3 • **Claude Flipo**, « Un nouveau climat spirituel », in *Christus*, hors-série 174, mai 1997, pp. 5-10, et **C. Odier**, « Die französischsprachige Welt : der Begriff der Spiritualität in der Pflege (unter Mitarbeit von Annette Mayer) », in **Eckhard Frick, Traugott Roser (Hg.)**, *Spiritualität und Medizin. Gemeinsame Sorge für den kranken Menschen*, Kohlhammer, Stuttgart 2009, pp. 184-194.

4 • Cette démarche est innovatrice : habituellement les professionnels forgent leurs concepts avant d'entreprendre des recherches ou des interventions auprès du malade, alors que l'entretien *SPIR* les aide à apprendre du malade lui-même ses concepts et options.

Il s'agit de fait d'une question philosophique et sociologique qui dépasse le domaine médical, à savoir le statut du spirituel dans une société (post-) sécularisée.

A la différence du discours religieux, la communication spirituelle s'appuie nettement moins sur les contenus définis, confessés, défendus, que sur l'authenticité des interlocuteurs, en l'occurrence du professionnel de la santé et de son patient. L'authenticité recherchée dans une communication spirituelle qui mérite ce nom porte et ouvre sur l'indéfini. C'est ainsi qu'elle accompagne le travail du trépas des mourants, qu'elle se risque à affronter les phantasmes, espoirs et craintes que l'être humain peut ressentir devant sa mort. Certes, les paroles, symboles et rites définis et explicites des communautés religieuses ont leur place dans ce passage. Mais accompagner spirituellement signifie d'abord partager l'indéfini, l'incertitude, et ceci de manière authentique.

Pour le dire d'une manière plus générale et pour ne pas limiter la discussion aux situations de fin de vie : dans une communication spirituelle, les deux interlocuteurs supportent l'indétermination et l'incertitude. Mais tout en renonçant à dire l'indicible, ils symbolisent l'indéfini de la situation. Feront-ils, tout en partageant le deuil d'une certitude religieuse, une paradoxale expérience religieuse ?

## La place sociale du spirituel

Une autre tendance, qui est plutôt d'ordre politique et juridique, montre un déplacement significatif en ce qui concerne la place sociale du spirituel. Les Etats et les religions se sont longtemps entre-définis par l'exclusion réciproque. En

Suisse romande, la relation entre la religion et l'Etat varie d'un canton à l'autre. Genève et Neuchâtel voient, comme en France, une franche séparation entre la religion et l'Etat, tandis que dans les cantons de Vaud, Valais et Fribourg, il n'y a pas de séparation.

Genève et Neuchâtel ont donc tendance à n'envisager que les demandes des patients appartenant à une communauté spécifique et à leur permettre de rencontrer les représentants de leur culte. Le souci spirituel est ainsi avant tout religieux et ne s'intéresse guère aux autres formes de la spiritualité.

Les cantons du Valais et de Fribourg, à forte majorité catholique, envisagent pour leur part ce service avant tout comme celui de l'Eglise catholique à ses fidèles, tout en respectant les minorités et en leur offrant de répondre à leurs besoins. Quant à la Constitution vaudoise du 14 avril 2003, elle reconnaît explicitement la dimension spirituelle de la personne humaine (art. 169 al. 1) ainsi que « la contribution des Eglises et communautés religieuses au lien social et à la transmission des valeurs fondamentales »

*Visite d'un aumônier  
auprès d'un malade*



(al. 2). L'article 170 parle d'une mission publique des Eglises réformée et catholique qui ne se cantonne pas aux seuls fidèles : « L'Etat leur assure les moyens nécessaires à l'accomplissement de leur mission au service de tous dans le Canton. » Quant à l'art. 8 de la loi vaudoise sur la relation entre l'Etat et les Eglises, il parle des « missions exercées en commun par les Eglises, le cas échéant avec le concours de communautés reconnues ».

Pour résumer, le mot *spirituel* dans le canton de Vaud « permet de dépasser le problème de la séparation entre l'Eglise et l'Etat : la reconnaissance du fait religieux comme fait social, fondateur de la communauté, est présentée comme une constatation pragmatique qui passe au-delà d'une délimitation des sphères publique et privée. D'emblée, on place la spiritualité (sous-entendant que les Eglises sont le premier lieu qui la véhicule) dans l'espace public. »<sup>5</sup>

Dans ce contexte, la formation des aumôniers est devenue une priorité, tant pour les Eglises que pour les institutions de santé. Est aussi apparue la nécessité de créer et de valider des outils permettant de communiquer avec les soignants en rendant compte des observations pertinentes recueillies lors d'un accompagnement. Dans ce modèle, la dimension spirituelle n'est, dès lors, plus du seul ressort des aumôniers. Elle jouit d'un intérêt sociopolitique, en l'occurrence du système de santé entier.

## Récupération

Un nouveau projet, non seulement médical mais interdisciplinaire, est en train de naître. Son nom anglo-saxon, *spiritual care*, est une analogie de *palliative care*. Ce projet, qui commence à faire tache d'huile parmi les soignants euro-

péens, a été sévèrement critiqué comme relevant d'une « spiritualité générique » qui mènerait à une « récupération » de la spiritualité par la médecine.

Cette critique, formulée par deux auteurs chrétiens orthodoxes, Engelhardt et Delkeskamp-Hayes, se veut de tendance fondamentaliste et traditionaliste et s'appuie sur les Pères de l'Eglise. Pour ces auteurs, la spiritualité chrétienne n'est ni telle ou telle opinion sur le sens de la vie, ni une composante de sa qualité de vie ou de ses stratégies pour faire face à la maladie (*coping*). La spiritualité du chrétien malade ne relève donc pas de son confort, de sa subjectivité ou de son jugement individuel, mais est ouverture à l'Esprit saint et préparation au Jugement, notamment par l'examen de conscience et par la confession face à la mort. D'où le rejet catégorique de tout œcuménisme théologique ou pastoral, de tout pluralisme social dans le domaine du spirituel.

Pour les tenants de cette ligne, l'aumônier agit en tant qu'envoyé de l'Eglise et non pas en tant que membre d'une équipe hospitalière. Il n'a pas de tâche thérapeutique mais une mission de charité pastorale. Il doit annoncer le Jugement et la rémission des péchés. L'aumônier qui préférerait les soins spirituels « génériques » à la pastorale clairement confessionnelle (orthodoxe, catholique, mais aussi réformée, judaïque, hindoue, etc.) risquerait d'entrer lui-même dans une forte crise d'identité, à moins qu'il n'ait déjà perdu la foi depuis longtemps.

5 • **Christelle Devantéry**, « De la laïcité au pluralisme démocratique. Le canton de Vaud », in *choisir* n° 569, Carouge mai 2007, pp. 25-30.

Que penser de l'*anamnèse spirituelle* si l'on tient compte de cette critique ? Elle ne serait utile que dans la mesure où elle rapprocherait le patient de son aumônier spécifique. Dans le cas contraire, elle serait rejetée car elle médicaliserait ou « psychologiserait » le spirituel.

## Pouvoir pastoral des médecins

Tout autre est la critique s'inspirant de l'analyse des discours proposée par le philosophe Michel Foucault. Ce n'est pas un hasard si l'intégration du spirituel dans la médecine fait problème. Le discours médical plus ou moins classique et le discours religieux (des religions institutionnalisées) et/ou spirituel, c'est-à-dire post-sécularisé, sont deux discours différents, coexistants dans notre société. Foucault caractérise le *discours pastoral* comme un discours de pouvoir. Il se retrouve en médecine, dans les institutions religieuses ou dans celles de l'Etat. Dans toutes ces situations de pouvoir social, Foucault songe « au développement des techniques de pouvoir tournées vers les individus et destinées à les diriger de manière continue et permanente. Si l'Etat est la forme politique d'un pouvoir centralisé et centralisateur, appelons *pastoral* le pouvoir individualisateur. » (Dans quelle mesure les spiritualités contemporaines entraînent-elles un discours pastoral ?)

Il s'agit, bien entendu, d'une métaphore. Foucault met en relief les effets d'individualisation et de totalisation qu'il retrouve dans la théologie du pasteur-berger chrétien et qu'il élargit vers la raison d'Etat. Est-ce que les médecins et les soignants deviennent les nouveaux « pasteurs » lorsqu'ils s'approprient le spirituel ? Est-ce qu'ils s'emparent d'un pouvoir qui ne leur revient

pas, d'un pouvoir pastoral qui se veut thérapeutique mais qui sert, au bout du compte à apprivoiser, domestiquer, phagocyter le spirituel ? L'amalgame des discours médical et spirituel n'est pas anodin : la liberté du sujet est en cause.

La question n'est donc pas posée ici au nom de la laïcité ou de celui de l'orthodoxie théologique, mais au nom d'une différence des discours : comment respecter l'autonomie du spirituel, sans perdre de vue la nécessité de sa présence à l'hôpital ?

## Une trace

Il y a certainement une dimension spirituelle qui échappe à notre mainmise, qui résiste au discours séculier, en l'occurrence au discours médical, que celui-ci cherche à intégrer ou à exclure le spirituel ou encore à l'objectiver par échelles et mesures. Le spirituel est une trace de « quelque chose qui manque » dans notre discours médical sécularisé, comme le disait Jürgen Habermas en visite à la Faculté jésuite de philosophie à Munich. La médecine, en tant que médecine, ne peut pas récupérer ce manque spirituel, et elle ne devrait pas non plus s'en emparer dans une tendance néo-pastorale.

Quelle serait donc l'attitude adaptée, respectueuse de la liberté de l'être humain, de l'être créé ? La communication spirituelle amorce un dialogue authentique, dans une incertitude partagée, à la hauteur d'une société ouverte et pluraliste. Tel est le projet du *spiritual care* qui commence à faire son chemin en Europe.

E. Fr.

société