

Un double regard sur religion et soin

Auteur : Costantino Fiore, ancien aumônier national catholique, formateur

Article paru dans la Revue Pastorale Santé n° 262 | avril 2024

Devenir formateur pour les soignants après avoir été aumônier d'hôpital, c'est plutôt intéressant ! Depuis septembre 2023, en effet, je peux bénéficier d'un autre point de vue sur le monde du soin. Certes, après plusieurs années d'aumônerie hospitalière, il s'agit maintenant de répondre en tant que juriste aux questions liées aux droits des patients, aux responsabilités professionnelles, aux enjeux éthiques... mais les interlocuteurs sont les mêmes : les aumôniers ne peuvent pas concevoir leur mission sans une articulation quotidienne avec les soignants. Surtout, au centre de l'attention reste le patient, avec son histoire, son réseau de relations, sa pathologie, ses convictions.

D'où la pertinence de l'interrogation sur le rapport entre religion et soin. Pertinence pour les soignants, car ils doivent honorer ce droit du patient¹, tout en sachant que la pratique religieuse à l'hôpital peut entraîner des répercussions sur les modalités de prise en charge. Pertinence pour les dirigeants des établissements hospitaliers et médico-sociaux, garants de la liberté de culte dans leurs structures et, en même temps, responsables de tout débordement. Pertinence, *in fine*, pour les aumôniers et les bénévoles d'aumônerie, dans leur « double casquette » de personnes missionnées par l'Eglise et insérées dans un cadre législatif et réglementaire précis.

L'expérience de la maladie reste totalement singulière et souvent difficile à partager. Dans mon expérience d'aumônier, j'ai observé que pendant ce temps de détresse physique et morale le patient peut être traversé par beaucoup de questions autour du sens : pourquoi moi ? Pourquoi en ce moment de ma vie ? Que vais-je devenir ? Est-ce que cela vaut encore la peine que je reste au monde ? Parfois, le retour à une pratique religieuse peut être vecteur de sens, ouvrir des horizons et créer des nouveaux liens. En psychologie le phénomène du *coping* religieux a été étudié et documenté : pour faire face à l'angoisse de l'hospitalisation, ou plus en général lors d'un état de détresse, certains patients peuvent « se raccrocher » à la pratique religieuse².

La dimension rituelle est tout aussi importante : dans chaque tradition religieuse, le rite permet l'ouverture vers une dimension transcendante, une respiration qui libère, un regard vers l'autre qui va bien au-delà des murs de sa chambre.

Bien qu'essentielle à une prise en charge globale du patient, la pratique cultuelle peut toutefois interférer avec la démarche de soin.

En effet, la première limite que le personnel doit poser à toute activité religieuse est le respect du bon déroulement des soins : si la pratique du culte empêche le travail des soignants, elle peut être limitée. Par exemple, les groupes trop importants qui prient dans les couloirs ou dans les lieux de passage ne peuvent pas être autorisés.

De la même manière tout ce qui peut créer un problème pour l'hygiène ou la sécurité des lieux doit être interdit (la pratique des ablutions avant la prière musulmane qui peut provoquer des flaques d'eau au sol, les bougies allumées dans les chambres...).

Une autre limite importante de la pratique religieuse dans les lieux de soin est le respect de la liberté d'autrui. La prière est un droit fondamental, mais elle ne peut pas être imposée aux autres. Il s'agit donc

¹ Article R1112-46 du Code de la Santé Publique : « Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte ».

² BRANDT Pierre-Yves, DESSART Grégory, DANDAROVA-ROBERT Genia Zhargalma, « Chapitre 4. Soins et santé : la spiritualité comme ressource pour le patient et le psychologue », dans : Nicolas Roussiau éd., Psychologie et spiritualité. Fondements, concepts et applications. Paris, Dunod, « Univers Psy », 2021, p. 67-84.

de faire attention aux rites dans les chambres doubles et se soucier de la sensibilité du voisin. Dans le respect de la liberté des autres rentrent aussi tous les actes que l'on peut qualifier de « prosélytisme » : diffusion du matériel religieux sans demande, harcèlement des autres patients et du personnel pour les rallier à sa propre religion, etc.

Les interdits alimentaires et les périodes de jeûne peuvent donner lieu à des demandes que les soignants, malgré leurs efforts, n'arrivent pas à satisfaire : la collaboration concrète de la famille devient alors décisive et des ajustements peuvent être trouvés. Parfois la médiation d'un aumônier peut se révéler efficace : dans un hôpital lyonnais, une patiente musulmane refusait de prendre son traitement anti-tuberculeux pendant la journée car c'était le mois du *ramadan*. Elle a eu besoin que l'aumônier musulman vienne dans sa chambre pour lui expliquer que lorsqu'on est malade, on peut reporter le jeûne.

Dans les situations de refus de soin pour des raisons religieuses, le lien de l'équipe soignante avec l'aumônerie fait partie des bonnes pratiques professionnelles : une patiente chrétienne refusait tout traitement car elle affirmait « C'est Dieu qui guérit. Si j'accepte les traitements je ne serai plus une bonne croyante ! ». Après plusieurs rencontres avec l'aumônier, le problème s'est résolu à la lecture de ce passage de la Bible : « *Honore à sa juste valeur le médecin pour ses services : le Seigneur l'a créé, lui aussi* » ! (Livre de la Sagesse 38,1).

Lorsque le refus de soin est déterminé par des raisons à la fois culturelles et religieuses, la gestion peut devenir compliquée : le fait de refuser la prise en charge par un soignant du sexe opposé ou d'exiger un interlocuteur homme est souvent source de tension. L'accès aux soins doit être garanti à tout le monde, mais lorsqu'on s'adresse à une institution on doit en accepter les règles et l'organisation. De ce fait, la réponse à ces demandes ne peut être garantie.

En revanche, la question du port de signes religieux par les patients ou par leurs familles n'a jamais constitué un problème, sauf pour les questions d'hygiène. Dans certaines traditions, en effet, l'utilisation d'amulettes ou gris-gris est très répandue surtout dans les situations de stress, mais cela s'accorde mal, par exemple, avec les lieux aseptisés comme les blocs opératoires

Les rites en fin de vie et après le décès peuvent aussi interférer avec le travail des soignants, mais j'ai constaté un grand respect de la part du personnel et même une volonté de se former à la connaissance de ces pratiques pour mieux respecter la sensibilité de la famille. Des malentendus peuvent être occasionnés lors du décès d'un patient musulman ou juif quand les soignants annoncent qu'ils doivent procéder à la « toilette ». Or, dans les deux traditions musulmane et juive la toilette est un acte rituel qui suit des règles bien spécifiques et l'utilisation de ce mot provoque parfois de réactions d'incompréhension ou de refus de la part des proches. A ce sujet, il serait plus opportun parler de « soins après le décès » afin d'éviter tout amalgame.

Les années d'aumônerie et, maintenant, mon activité de formateur confirment l'hypothèse qu'il n'y a pas d'opposition entre religion et déroulement des soins. Ceci à la seule condition du respect de l'autre (patient, soignant, voisin de chambre...).

Au contraire, les deux pratiques peuvent s'alimenter mutuellement car elles montrent justement... qu'elles ne sont pas que des pratiques !

Tout soignant peut témoigner que le soin n'est pas uniquement dans l'acte, il est aussi dans la relation.

Et tout croyant peut affirmer que dans l'accomplissement des actes de culte, ce qui compte est la manière d'être et de se tenir en présence de l'autre, du Tout-Autre.

Costantino Fiore

Formateur pour CIVES Formation Conseil