

# Besoins spirituels et religieux des patients

## Quelle place dans l'hôpital laïc ?



**Costantino Fiore**  
Formateur en établissements de soins, aumônier national des hôpitaux

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt

Dans l'actualité récente, le débat autour de la laïcité a été fortement relancé : l'assassinat de Samuel Paty, l'attentat à la cathédrale de Nice, la « loi sur le séparatisme » ont remis le sujet à l'ordre du jour. En réalité, un tel sujet n'a jamais disparu du débat social et politique car il se trouve au croisement de deux principes fondamentaux de la République : la stricte neutralité des institutions par rapport aux cultes <sup>(1)</sup> et la liberté de pratiquer (ou ne pas pratiquer) sa religion <sup>(2)</sup>. Ce genre de débat peut présenter parfois une allure très académique ou, dans d'autres contextes, devenir l'otage de positions politiques diverses : dans les deux cas, la posture de ceux qui doivent gérer l'expression du fait religieux au quotidien ne s'en trouve pas facilitée. En milieu hospitalier, la demande de pratique religieuse de la part des patients n'est pas un souci de tous les jours pour les soignants. Néanmoins, cette demande peut induire des situations compliquées au niveau relationnel, éthique mais aussi au niveau de l'efficacité de la prise en charge.

Nous allons donc aborder le sujet en nous focalisant sur la vie courante dans un service de soin : en quoi la manifestation de la spiritualité ou de la religion de la part des usagers peut-elle impacter la relation soignant-soigné ? Comment manager avec le principe de la neutralité de l'institution hospitalière et la demande du patient de ne pas être coupé de ses pratiques spirituelles, peut-être encore plus essentielles pour lui lors de son hospitalisation ?

### L'EXPRESSION D'UN BESOIN

Pour éviter les aprioris pour ou contre la pratique religieuse ou spirituelle à l'hôpital, le chemin le plus simple est de considérer que cela correspond à l'expression d'un besoin de la part du patient. Sans évoquer forcément les nombreuses études autour des besoins fondamentaux du patient <sup>(3)</sup> ou les différents degrés de détresse qu'il peut traverser (la détresse spirituelle en fait partie) <sup>(4)</sup>, nous nous limiterons à examiner comment ce

type de besoin est exprimé, qui peut l'entendre et comment l'accompagner.

Un premier niveau de la demande concerne les pratiques religieuses facilement reconnaissables car elles correspondent à des rites bien identifiés (onctions des malades pour les catholiques, récitation du Coran pour les musulmans...) ou bien sollicitent la présence d'un ministre du culte correspondant. Les textes de loi et réglementaires <sup>(5)</sup> montrent que la demande d'actes cultuels de la part d'un

### Mots clés

- Spiritualité
- Religion
- Malade
- Aumônerie
- Besoin
- Équipe soignante

### NOTES

- (1) Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État.  
(2) Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, art. 10.  
(3) Abraham MASLOW, A Theory of Human Motivation, *Psychological Review*, vol. 50, n° 4, juillet 1943, p. 370-396 ; Virginia HENDERSON, *La nature des soins infirmiers* (traduction de l'édition américaine *The Principles and Practice of Nursing* de 1994), InterEditions, Paris, France, 1994.  
(4) Cicely SAUNDERS, *L'infirmière et les soins palliatifs : prendre soin : éthique et pratiques* / SFAP, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, collège soins infirmiers, M. Éditions Masson, 1999.  
(5) Code de la Santé Publique article R. 1112-46, Charte du Patient Hospitalisé, Circulaire DHOS/G n. 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé. Voir aussi le dossier de l'Observatoire de la laïcité « Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé », 2016.

patient renvoie à la liberté d'expression et à ses droits fondamentaux, mais peut être limitée en fonction de certains critères : l'atteinte à l'ordre public, à la liberté d'autrui et - ce qui nous concerne de près - le bon déroulement des soins.

Or, les deux premières limitations sont plutôt rares. Cela peut se vérifier lorsqu'un groupe de proches du patient demande de se rassembler pour prier dans un lieu empêchant la circulation des autres usagers ou lorsque, dans une chambre double, l'autre patient n'est pas consentant à ce qu'un acte de culte se déroule en sa présence.

La pratique religieuse peut aussi impacter le bon déroulement des soins, dans les cas plus fréquents où la demande de rites s'accorde difficilement aux règles d'hygiène ou de sécurité (ablutions, bougies allumées...) ou encore si des cérémonies religieuses sont organisées dans la chambre sans concertation avec l'équipe soignante.

Ainsi, la maîtrise du cadre juridique est essentielle pour le cadre du service, qui maintient le dialogue avec le patient ou sa famille, éventuellement en faisant recours à la médiation. Plusieurs situations de tensions, en effet, ont été anticipées ou désamorcées grâce à l'attitude bienveillante du personnel qui a su d'abord se mettre à

l'écoute de la demande, sans jugement ou refus systématique.

Dans d'autres cas de figure, la demande ne correspond pas aux rites et aux pratiques des religions traditionnelles. Le patient peut, en effet, exprimer une « demande spirituelle » sans pour autant faire référence à un culte spécifique. Il convient là d'évoquer la distinction (mieux : l'articulation) entre le « spirituel » et le « religieux ». Le mot « spirituel » vient du latin « *spiritus* » et indique tout ce qui anime, qui donne du souffle, ce qui permet de résister, d'espérer. Les patients peuvent manifester le besoin d'être accompagnés dans ce questionnement profond, notamment sur tout ce qui touche à la question du « sens » : le sens de la vie, de la maladie, de la souffrance, de la mort...

Il n'est pas rare que des membres de l'équipe soignante se trouvent être les premiers écoutants de ce type de propos...

Or, il ne s'agit pas là d'une demande proprement religieuse : les religions traditionnelles apportent bien sûr des réponses à de telles questions, mais le « spirituel » précède et excède la référence au « religieux ». La question de la liberté de culte n'est donc pas engagée. Pourtant, la demande spirituelle au sens large du terme mérite l'attention de

l'équipe soignante car elle interagit avec la représentation que le patient se fait de la maladie, de la guérison, de son devenir...

Alors, comment détecter un besoin d'ordre spirituel ? Nous pouvons le retrouver dans ce type d'interrogations : d'où venons-nous et où allons-nous ? Pourquoi vivre et pourquoi souffrir ? Que vais-je devenir ? Y a-t-il un a/Autre qui m'aime (encore) ? Suivent toutes les questions autour de la liberté, la dignité, la destinée ...

Il existe à l'hôpital des acteurs formés pour accompagner ces besoins : psychologues, bénévoles d'associations, aumôniers. Pour ces derniers, on retrouve dans une des circulaires du Ministère de la Santé que « *le service d'aumônerie est destiné à répondre aux besoins spirituels des patients* »<sup>(6)</sup>.

## LE SERVICE DE L'AUMÔNERIE HOSPITALIÈRE

Faire le point sur le fonctionnement du service de l'aumônerie à l'hôpital peut effectivement être utile pour découvrir une ressource potentielle dans la gestion des demandes d'ordre religieux ou spirituel.

Les ministres des autres cultes peuvent évidemment intervenir à l'hôpital sur demande spécifique du patient (par exemple, un patient de religion hindoue a le droit d'inviter un représentant de sa communauté), mais aucune équipe d'aumônerie ne peut être créée de façon stable à l'hôpital en dehors des cinq cultes attirés.

La réglementation qui encadre la mission de l'aumônier en hôpital public est très détaillée et bien synthétisée dans une « Charte » qui date de décembre 2011<sup>(7)</sup>.

Les aumôniers - salariés ou bénévoles - sont impérativement désignés par l'autorité cultuelle correspondante et autorisés par

### Encadré 1 : Un exemple emblématique

Le cas d'un baptême en urgence demandé pour un bébé en réanimation néonatale avec la famille et les proches (une quarantaine en tout) qui voulaient assister à la célébration. L'équipe soignante a opposé un refus légitime motivé par l'impossibilité d'accueillir un tel groupe au sein du service. Dans un deuxième temps, la célébration a eu lieu avec l'intervention de l'aumônier et la présence de trois personnes, tandis qu'un autre aumônier proposait une célébration « en parallèle » avec le reste du groupe dans la chapelle de l'hôpital.

#### NOTES

(6) Circulaire Min. de la Santé n° DHOS/PI/2006/538 du 20 décembre 2006.

(7) Circulaire Min. de la Santé n° DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011.

la direction : de fait, aucun aumônier autoproclamé ne peut se présenter dans un service de soin et demander à accéder aux chambres des patients.

Pour vérifier cette double autorisation (autorité cultuelle et direction de l'établissement) le port du badge est l'élément le plus direct. Sinon, la liste des intervenants de chaque aumônerie est déposée à la direction et mise à jour régulièrement. Dans un souci de praticité et pour honorer au mieux les demandes des patients, cette liste des représentants des cultes pourrait être à disposition dans les salles de soin. Dans le cas contraire, une demande peut être adressée à la direction ou au responsable qualité qui sont directement concernés par le respect des droits des patients.

L'accompagnement du patient sur ces questions délicates pose le problème de la formation des aumôniers. Sur ce point, le texte de la « Charte » est plutôt clair : salariés ou bénévoles, les aumôniers « s'obligent à une formation permanente » pas uniquement sur les textes et pratiques religieuses de référence, mais aussi sur « la connaissance de la culture hospitalière et du fonctionnement du service public, les principales règles d'hygiène à l'hôpital, les libertés publiques en établissement de santé, la psychologie de l'écoute des personnes en souffrance, le questionnement éthique »<sup>(8)</sup>.

A ces obligations, il s'est ajouté en 2017 un Diplôme Universitaire de « Formation Civile et Civique » pour les aumôniers salariés dans la fonction publique hospitalière<sup>(9)</sup>.

Selon la « Charte », les aumôniers sont aussi tenus à la confidentialité et sont soumis au devoir de non-prosélytisme (par exemple : ils ne peuvent pas diffuser des publications religieuses ou effectuer des actes de culte sans le consentement du patient).

## Encadré 2 : Existence du service d'aumônerie à l'hôpital

Le service d'aumônerie n'est pas présent dans tous les hôpitaux et pour tous les cultes. Le Ministère de la Santé a agréé cinq cultes pour qu'ils puissent constituer des équipes d'aumôniers dans les établissements publics de santé : il s'agit des cultes juif, catholique, protestant, musulman et bouddhiste.

Le lien avec l'autorité du culte correspondante est encore une fois une garantie concernant le recrutement et la formation de l'aumônier : les dysfonctionnements éventuels doivent être remontés à la direction qui prendra contact avec le responsable religieux territorial. Cela montre aussi qu'un aumônier ne peut que représenter son culte : les aumôniers poly-culturels n'existent que dans certains pays, surtout de culture anglo-saxonne, où une certaine approche au « *spiritual care* » (soin spirituel) est diffusée sans que l'aumônier ne soit forcément lié à une tradition spécifique. En France, la législation demande un agrément des responsables religieux : ce qui permet au patient de se sentir plus en lien avec sa communauté d'appartenance. Dans d'autres termes, l'aumônier en France ne représente pas que lui-même, il est porteur d'une dimension plus vaste qui favorise la reconstitution du lien entre le patient et sa communauté d'appartenance.

Sur ce point, une précision devient nécessaire : d'une part l'aumônier est identifié par sa religion, d'autre part il est aussi censé accompagner les « besoins spirituels »<sup>(10)</sup> du patient même sans référence religieuse. Pour éviter cette apparente ambiguïté, il est essentiel que l'aumônier communique bien son rôle au patient : il appartient

à un culte précis, mais il est formé pour l'écoute et l'accompagnement de toute question existentielle. À noter que d'autres acteurs de l'hôpital peuvent prendre aussi en charge ce type de demande spirituelle au sens large : psychologues, bénévoles d'associations...

Pour le secteur privé, des équipes d'aumônerie peuvent exister dans le cadre de conventions, que l'établissement signe avec les autorités cultuelles. Généralement, les modalités d'intervention s'inspirent de la réglementation prévue pour le secteur public.

### POUR UNE BONNE ARTICULATION ENTRE ÉQUIPE SOIGNANTE ET AUMÔNIERS

Offrant l'opportunité d'un travail interdisciplinaire autour des besoins exprimés par le patient, la présence des aumôniers dans un service de soins est alors considérée comme un atout qui améliore la qualité de la prise en charge. Néanmoins, une bonne cohésion entre professionnels du soin et aumôniers requiert deux attitudes réciproques : vigilance et confiance.

La vigilance de l'équipe de soin se concentre sur l'identité de l'aumônier, sur l'application du cadre juridique (non-prosélytisme, confidentialité, respect des droits des patients...), mais aussi sur le repérage des patients ayant des besoins d'ordre religieux ou spirituel.

#### NOTES

(8) Circulaire Min. de la Santé n° DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011, Titre I, p. 3.

(9) Décret n. 2017-756 du 3 mai 2017 relatif aux aumôniers militaires, hospitaliers et pénitentiaires et à leur formation civile et civique.

(10) Fiche de poste « ministre du Culte » dans la fonction publique hospitalière.

Dans une dynamique de confiance réciproque, le soignant peut avoir le réflexe d'avertir l'aumônier (ou d'informer le patient de l'existence d'une équipe d'aumônerie) lorsqu'il l'entend faire référence aux questions religieuses ou spirituelles. Inversement, et tout en respectant les règles de la confidentialité, l'aumônier peut partager à l'équipe soignante des éléments (psychologiques, relationnels) qui pourraient être utiles à une meilleure prise en charge.

La collaboration entre équipe soignante et équipe d'aumônerie peut aller jusqu'à organiser des rencontres interdisciplinaires autour de l'impact du fait religieux dans la relation de soin. On trouve des précédents de ce type autour de thématiques diverses : le refus de soins pour raisons religieuses, les rites en fin de vie, les habitudes alimentaires et l'appartenance religieuse, la représentation du corps, de la maladie, de la douleur...

Une telle collaboration est susceptible d'être améliorée au moins sur trois points.

### **Première piste d'amélioration : une meilleure (re)connaissance du rôle de chacun et de son périmètre d'intervention**

Dans la pratique, l'aumônier doit s'adapter au rythme des soins, tandis que le soignant respecte au mieux le besoin d'intimité et de recueillement lors de la visite de l'aumônier...

Dans cette dynamique de reconnaissance mutuelle, il peut être utile de chasser quelques idées reçues : l'aumônier n'intervient pas uniquement en fin de vie (rite de l'« extrême » onction...), les aumôniers ne sont pas que des hommes (idée bien présente aussi chez certains patients...) et les femmes aumôniers sont même la majorité, tout culte confondu <sup>(1)</sup> !

### **Deuxième piste d'amélioration : la disponibilité des informations**

L'accessibilité des informations concernant l'existence de l'aumônerie a été signalée comme un problème majeur dans beaucoup d'établissements : les quelques lignes dans le livret d'accueil ne suffisent pas, les affiches dans les couloirs avec la mention des différents cultes sont parfois illisibles ou inexistantes. Souvent, c'est la sensibilité de l'équipe soignante qui rend possible le contact entre l'aumônier et le patient en attente d'un accompagnement religieux ou spirituel. Et parfois cette attente n'est même pas verbalisée...

**Ce qui appartient toujours et intimement au patient est la quête de sens caractérisant cette expérience de « dépossession » de soi**

### **Troisième piste d'amélioration : la formation**

Finalement, l'enseignement du fait religieux peut devenir un élément dans la formation initiale et continue des soignants. Les demandes des patients ou de leurs familles peuvent être anticipées et mieux comprises, dans une perspective de prévention de conflits et d'amélioration de la prise en charge.

Il ne s'agit pas uniquement de se former à une approche multiculturelle de la relation de soin. L'élément spirituel ou religieux permet au patient de sortir de l'isolement, de se relier à un ensemble plus vaste, d'opérer une relecture de vie ou de trouver de nouvelles

raisons de donner du sens au temps présent, de se préparer aux jours à venir avec la conscience de la densité de chaque instant.

### **CONCLUSION**

Le respect des demandes d'accompagnement religieux et spirituel dans le cadre neutre de l'hôpital public peut donc être observé sous l'angle des droits des patients, ou considéré comme un besoin existentiel exprimé et pris en compte pendant l'hospitalisation. Pour autant, lorsque ces demandes sont honorées, le ressenti du patient va bien au-delà de la satisfaction ponctuelle d'un besoin : il s'agit plutôt de la réponse (certes, non définitive) à une *attente* profonde. L'attente de trouver un sens à l'épreuve de la maladie, l'attente d'être confirmé dans ses liens familiaux et communautaires, mais aussi l'attente d'être considéré par l'institution hospitalière comme une personne avec ses croyances et son questionnement profond.

« À l'hôpital on n'est plus maître de son temps ! » affirmait un patient, sous entendant que beaucoup d'aspects de sa vie dépendaient désormais de l'institution hospitalière. Ce qui appartient toujours et intimement au patient est la quête de sens caractérisant cette expérience de « dépossession » de soi. Un questionnement qui peut être source d'angoisse ou de résilience, mais qui invoque souvent la présence d'un interlocuteur, un témoin, un Autre.

L'enjeu est intéressant : que le patient soit reconnu dans cette dimension profonde et vitale, qu'il se sente respecté dans ses convictions... Cela peut favoriser une attitude plus collaborative vis-à-vis du personnel soignant, et une meilleure participation à sa prise en charge. ■

#### **NOTES**

(1) Pour autant, le terme « aumônier » n'a pas encore été féminisé dans le langage courant...