

Philippe Huguelet

Professeur, psychiatre
Responsable du secteur Eaux-Vives - Département de santé
mentale et de psychiatrie - Hôpitaux Universitaires de Genève

Psychiatrie et religion : par-delà les préjugés



Ces dernières années, nous avons été amenés à participer à plusieurs conférences dans des régions francophones dans le but de communiquer les résultats de nos recherches sur l'interface psychiatrie/religion. La plupart du temps, la difficulté des soignants en santé mentale à considérer la religion avec sérénité était frappante. Pour certains, il s'agissait d'un champ forcément extérieur à leur travail, pour d'autres une source supposée de problèmes pour les patients. Pourquoi ces réserves ? À première vue le contentieux est historique. Les réticences à aborder le fait religieux sont parfois liées à une vision freudienne sur le sujet, laquelle a considéré le recours à la religion, pour faire face aux grandes questions existentielles, comme une défense immature. Aussi, dans les siècles précédents, les religieux se sont trouvés en quelque sorte en rivalité avec les médecins en charge de la santé mentale, dans le contexte d'une clientèle en partie commune.

Aujourd'hui, certains psychiatres revendiquent la nécessité d'une posture *laïque* interdisant l'abord de la religion dans les soins. Ils s'appuient sur les arguments historiques mentionnés, qui ont tout de même l'avantage de contribuer à l'affirmation d'une identité professionnelle claire. À noter toutefois que ce positionnement n'existe pas dans toutes les cultures. En effet, dans certaines régions d'Asie, on confie parfois les malades mentaux à des structures combinant des approches médicales et spirituelles. Mais le principal argument contre cette posture laïque est qu'on peut discuter un domaine sans forcément partager les convictions

qu'il implique. De fait, la pratique clinique en psychiatrie/psychothérapie impose de considérer de nombreux sujets (sexualité, loisirs, engagements sociaux et politiques...) par rapport auxquels notre avis personnel n'a aucune espèce d'importance. Notre place est juste de déterminer avec le patient ce que sa vision et ses engagements signifient pour lui par rapport à tel ou tel sujet !

De fait, nous l'avons d'emblée souligné, la question de la place du religieux dans la pratique psychiatrique fait l'objet depuis des années d'un débat riche (quoique la plupart du temps remarquablement dogmatique). Certains promeuvent donc une laïcité qui pourrait être assurément louable, si elle n'annulait de facto un domaine dont la recherche montre à quel point il peut être important pour les patients en souffrance mentale. Au contraire, d'autres professionnels de la santé mentale intègrent avec plus ou moins de bonheur la dimension religieuse avec leurs patients, non sans échapper parfois à un certain *prosélytisme*, par exemple aux États-Unis. Ce débat est donc dominé par les préjugés des uns et des autres, mais aussi, pour certains praticiens en santé mentale, par un manque total de formation sur les aspects culturels dans lesquels s'inscrivent les troubles mentaux (ce qui est parfois dans une certaine mesure la cause de ce qui précède).

On doit donc poser la question des raisons qui font qu'on devrait parler de religion avec les patients souffrants de troubles psychiatriques, en se plaçant dans une perspective objective, voire scientifique. Osons par rapport à cela rappeler que notre approche clinique devrait être caractérisée par une *posture phénoménologique*¹. Celle-ci impose de rester dans un rôle d'observation neutre dans l'échange avec le patient, autant que possible dénué d'a priori théoriques, afin d'éviter de plaquer des concepts ou des préjugés qui fausseraient la perception des événements. Dans cette posture, le fait d'omettre de considérer d'éventuels éléments religieux rapportés par un patient empêcherait de prendre pleinement connaissance de son *expérience*, donc de comprendre comment différents phénomènes s'articulent les uns avec les autres.

En corollaire, la question est aussi de se demander pourquoi il faudrait ne pas parler de religion ! En ce qui concerne cette dernière interrogation, les arguments sont variablement convaincants : risque de s'engager dans un débat théologique, risque d'augmenter certains symptômes, risque de paraître jugeant ou prosélyte aux yeux du patient. Tout cela encore sans qu'aucune évaluation scientifique ou de terrain ne permette de confirmer ces craintes.

Par rapport à la première question (pourquoi en parler ?) les arguments ne manquent pas.

1 E. SPINELLI - "Practising
Existential Psychotherapy" - 2007,
London - SAGE Publications Ltd

Détaillons-les ci-après :

- La religion est significative dans la vie de beaucoup de patients en souffrance, pour lesquels elle offre une *aide importante*. Ces personnes confrontées à des symptômes souvent persistants et à l'isolement social trouvent dans l'activité religieuse, individuelle ou collective, un appui parfois fort utile².
- Bon nombre de patients atteints de troubles somatiques ou psychiatriques attribuent des *causes religieuses* à leurs souffrances (p. ex. punition de Dieu, abandon par une figure religieuse...).³ En prolongement de cela, les croyances religieuses peuvent influencer des *décisions par rapport à l'acceptation (ou pas) du traitement psychiatrique* mais aussi globalement par rapport à d'importants choix de vie qui sont du ressort d'un traitement de soutien.
- Des éléments religieux peuvent être impliqués dans des *symptômes*, par exemple psychotiques ou obsessionnels, ce qui complique toujours l'évaluation lorsqu'elle est conduite par des psychiatres non informés (voir plus bas).
- Enfin dans le cas particulier du *passage à l'acte suicidaire*, la décision fatale implique *forcément* une pesée d'intérêt dans laquelle ce qui vient après la mort entre en jeu⁴ : Va-t-on vers le néant, vers l'enfer ou le paradis ? Comment pourrait-on imaginer ne pas prendre en compte ce paramètre dans l'évaluation du risque ? À ce sujet la recherche qualitative confirme que ces conceptions de l'« après » influencent les décisions par rapport au suicide. Aussi, l'épidémiologie indique que *l'interdiction du suicide* par les principales religions semble avoir dans une certaine mesure un effet préventif.

Après ce très bref survol, quelles implications pouvons-nous retenir pour la pratique clinique en santé mentale ? Soulignons à nouveau que souvent une thématique religieuse peut influencer et même parfois être constitutive de l'expérience du patient en souffrance. Or, le point de départ de toute relation thérapeutique (psychiatrique ou psychothérapeutique) est bien de comprendre *l'expérience* que le sujet vit et qui l'amène à consulter. Ce n'est qu'une fois que le soignant aura compris les différents éléments de cette expérience et la manière dont ils s'articulent entre eux, qu'il arrivera à une évaluation éclairée de la situation. Celle-ci lui permettra d'adopter une posture d'empathie *authentique*, de laquelle il peut interagir au mieux avec le patient par rapport aux options qu'il doit prendre.

Au fil de cette évaluation, différentes thématiques vont fréquemment être mises en évidence :

- Les différentes manières - positives ou négatives - dont la religion est utilisée pour surmonter les difficultés
- Le rôle des croyances par rapport à l'adhésion (ou pas) au traitement (il s'agit d'un sujet important dont le patient ne va pas parler spontanément par crainte de réactions négatives du soignant). Certains patients, considérant que leur trouble est infligé par Dieu, attendent de Lui (et non pas du traitement) qu'Il veuille bien les guérir...⁵

- Des arguments religieux peuvent jouer un *rôle négatif* en augmentant la souffrance (par exemple un vécu de culpabilité après un avortement). En effet assez souvent, la religion peut être source de problèmes, d'abord dans sa dimension sociale (par exemple par une mise à distance par la communauté religieuse du fait de symptômes gênants), mais aussi dans une perspective psychologique (culpabilité, perte de sens...).
- Enfin des symptômes peuvent impliquer un matériel religieux (par exemple en cas de symptômes psychotiques ou obsessionnels). Dans ce cas, l'important n'est paradoxalement pas de cerner la nature pathologique - délirante - ou pas de la croyance explicitée, mais plutôt d'en évaluer les *répercussions* sur le fonctionnement psychique et social du patient⁶ (Mohr et al. 2010). Cela notamment du fait que les idées religieuses sont par nature invérifiables (de plus les personnes bien portantes peuvent avoir des idées sur le sujet parfois étranges...). Par conséquent l'évaluation (et l'intervention) porte plus sur les conséquences de ces croyances que sur leur nature même, ce qui permet très avantageusement d'éviter un débat théologique impossible (p. ex. « Dieu me parle... »).

Au total nous pensons convaincre qu'il est nécessaire d'évaluer *l'expérience* d'un patient en souffrance, en considérant le cas échéant sa dimension religieuse. Cela afin d'éviter de créer dans l'échange une tache aveugle, parfois consécutive d'une incapacité à aider (prenons pour exemple ce qui a déjà été mentionné : l'évaluation du risque suicidaire ou les facteurs influençant la prise d'une médication). Nous avons récemment mis en évidence qu'il n'y avait pas de risque à procéder à une telle *évaluation spirituelle* avec des patients souffrant de troubles mentaux sévères, à condition de rester dans une attitude d'observation/description, sans jugement⁷. En se situant au niveau de cette expérience du patient, sans a priori théoriques (issus des champs psychiatrique/psychanalytique ou religieux) on peut ainsi fréquemment dégager des pistes pour avancer le traitement psychiatrique.

2 S. MOHR, PY. BRANDT, C. GILLIERON, L. BORRAS, P. HUGUELET - "Toward an integration of religiousness and spirituality into the psychosocial dimension of schizophrenia" - 2006 - American Journal of Psychiatry, 163, p1952-59

3 P. HUGUELET, S. MOHR, C. GILLIERON, PY. BRANDT, L. BORRAS - "Religious explanatory models in patients with psychosis: a three-year follow-up study" - 2010 - Psychopathology, 43 (4) : p230-9

4 P. HUGUELET, S. MOHR, V. JUNG, C. GILLIERON, PY. BRANDT, L. BORRAS - "Effect of religion on suicide attempts in outpatients with schizophrenia or schizo-affective disorders compared with inpatients with non-psychotic disorders" - 2007 - Eur Psychiatry, 22 (3) : p188-94

5 L. BORRAS, S. MOHR, PY. BRANDT, C. GILLIERON, A. EYTAN, P. HUGUELET - "Religious beliefs in schizophrenia: their relevance for adherence to treatment" - 2007 - Schizophr Bull, 33 (5) : p1238-46

6 S. MOHR, L. BORRAS, C. BETRISEY, PY. BRANDT, C. GILLIERON, P. HUGUELET - "Delusions with religious content in patients with psychosis: how they interact with spiritual coping" - 2010 - Psychiatry, 73 (2) : p158-72

7 P. HUGUELET, S. MOHR, C. BETRISEY, L. BORRAS, C. GILLIERON, AM. MARIE, I. RIEBEN, N. PERROUD, PY. BRANDT - "A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience" - 2011 - Psychiatr Serv, 62(1) : 79-86