

UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2016 _____

n° _____

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PERRUCHOT Thibaud,

Né le 01/05/1990 à Flers (61)

Présentée et soutenue publiquement le : 13 octobre 2016

**Quelle est la place du soignant vis-à-vis des besoins spirituels du patient en fin de
vie ?**

Enquête qualitative auprès de personnes bien portantes et croyantes.

Président de thèse : **Professeur GALAM Éric**

Directeur de thèse : **Professeur BUDOWSKI Max**

DES de médecine générale

REMERCIEMENTS

- Au Pr Galam : merci d'avoir accepté de présider cette thèse, d'avoir fait preuve de beaucoup de patience et de compréhension à mon égard, malgré les 'hic' qui ont eu lieu durant la préparation de cette thèse. Merci également pour le temps que vous donnez pour les étudiants, pour les enseignements que vous nous donnez, tant en cours que dans votre façon d'être, qui m'a fait aimer la médecine générale.

- Au Pr Budowski : merci de m'avoir proposé spontanément de diriger cette thèse, et de votre complète disponibilité pour m'aider dans ce travail. Merci pour votre soutien, et votre patience, ainsi que pour le tutorat que vous avez exercé à mon égard durant mon internat, malgré votre charge de travail importante.

- Au Pr Ou : merci beaucoup d'avoir accepté au pied levé de faire partie du jury de cette thèse. Votre bienveillance a permis de simplifier considérablement la procédure de soutenance, soyez-en remercié.

- Au Dr Samia Tahraoui : merci, merci beaucoup d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci pour tous tes conseils lors de mes premiers pas « comme un grand » en consultation, et merci pour toutes ces discussions sur Dieu.

- A papa et maman : merci pour tout ce que vous m'avez donné, pour votre soutien votre patience, votre regard bienveillant, et votre amour toujours là quoi qu'il advienne.

- A mes frangins Caro, Stellou, Lili, Greg, Seb mon beau-frère, ainsi qu'à mes cousins Mathilde et Yves : merci pour tout ce que vous m'apportez, vos encouragements, votre aide lorsque j'étais en difficulté, votre présence tout simplement. Pardon pour toutes les fois où je n'ai pas tenu ma place de frère, merci pour tous ces moments de fraternité que l'on a passé ensemble.

- A tous mes amis du lycée : Adeline, Sarah, Thibault, Lia, Guillaume, Déborah, Aurélie, Alex, Gautier, Mélisande, Côme, Nicolas, Simon, et leurs parents : merci pour tous ces moments d'amitié passés ensemble, amitié qui, j'espère, demeurera.

- A mes amis de la fac : Aymeric, Charles, Damien, Martin, Marion, Mathilde, Jean-Baptiste, Georges, Alice, Perrine, Baptiste, Rosario, Noël, Salvador : merci pour votre présence, vos conseils et votre amitié depuis les amphis de P1. Haut les cœurs, et vive la médecine !

- A tous les chefs qui m'ont encadré en particulier, le Dr Geffari, le Dr Belkheir, le Dr Gantier, le Dr Melica, le Dr Cherabieh, le Dr Lenormand et le Dr Wilmart particulièrement.

- A Emeline Roy, Anne Cavau, Morgane Le Gouez, et Jeremy Cohen, auprès de qui j'ai appris la belle définition du mot « compagnonnage », ainsi qu'à tous les médecins de la Pédiatrie Générale de Necker, en particulier le Pr Abadie.

- A Aurélia Henn : merci de m'avoir appris à être rigoureux et surtout merci de ton souci de transmettre ce que tu sais, et de ta bienveillance. Merci pour ton aimable relecture

de ce travail, et toutes nos discussions non médicales. Enfin merci de m'avoir recadré lorsqu'il le fallait.

- A tous mes co-internes : Dana, Caroline, Hubert, Deborah, Madeeha, Ahmed, Laurys, Benoît, Anne-Laure, Bani, Phillipine, Sophie, Chloé, Adrien, Mélanie, Raphaël, Alizée, Elodie, Domitille, Juliette, Sara et Marta. Merci de votre présence, de vos coups de gueule, de vos conseils, de toutes nos discussions, et de votre amitié.

- A Mme Llorca, pour sa précieuse aide en salle bleue lors de mon année de P1.

- A tous mes amis : Charles, Nicolas, Joe, Laure, Anne, Remy, Louise, Adeline, Myriam, Patson et tout le groupe de la Miséricorde, Geoffroy et Jean Christophe.

- A Josiane et toute la famille Pieridis, merci pour tous ces moments passés avec Maman et son Fils...

- A Catherine : merci pour ton exemplaire attitude de service, ta tendresse, ton chocolat chaud et ta bienveillance à Saint Pierre de Montmartre.

- A tous les prêtres qui m'ont accompagné durant ces neuf années : Don Dominique, Don Etienne et Don Jacques, les prêtres de Reims-centre, le père Vincent, le père Enrique, Le père Javier, Patrice et Michel, l'abbé Loiseau, mon cher père Berson, et les missionnaires Identes : merci de votre vie intégralement donnée pour les autres.

- A tous les patients que la providence a mis sur ma route, et aux infirmiers, aides-soignants, secrétaires et assistantes sociales qui m'ont appris à servir l'Autre.

LISTE DES ABREVIATIONS

CEC : Catéchisme de l'Eglise Catholique

DGA : Directrice Générale Adjointe

DMS : Durée Moyenne de Séjour

EUREL : EUrope- RELigion

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

NP : Non Praticant

NC : Non Connue

USA : United States of America

TABLE DES MATIERES

I.	INTRODUCTION.....	10
II.	CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	12
1)	Définitions	12
a)	Définition de la religion.....	12
b)	Définition de la spiritualité.....	14
c)	Définition des besoins spirituels.....	19
d)	Synthèse.....	22
2)	Etat des lieux des pratiques religieuses/spirituelles en France	24
a)	Le Christianisme.....	24
b)	L'Islam.....	29
c)	Le Judaïsme.....	34
d)	Les sagesses asiatiques.....	38
e)	L'Athéisme.....	38
f)	Synthèse.....	40
3)	Fin de vie, mort et vie après la mort : conception théorique	40
a)	Dans le Catholicisme.....	40
b)	Dans le Protestantisme.....	41
c)	Dans l'Islam.....	42
d)	Dans le Judaïsme.....	44
4)	Cadre législatif encadrant spiritualité et soins	47

a)	Dispositions générales	47
b)	Les patients.....	47
c)	Les soignants	48
d)	Les aumôniers	48
e)	Interdiction du prosélytisme	49
f)	Synthèse.....	50
III.	METHODE	51
1)	Choix de la méthode	51
2)	Construction de l'échantillon	51
3)	Réalisation des entretiens	52
4)	Recueil des données	53
5)	Analyse des données	54
6)	Données bibliographiques	54
IV.	RESULTATS	55
1)	Statistiques générales	55
2)	Représentation de la mort	56
a)	Dans le Catholicisme	56
b)	Dans le Protestantisme	57
c)	Dans l'Islam	58
d)	Dans le Judaïsme	59
3)	Relation à Dieu	60
a)	Dans le Catholicisme	60

b)	Dans le Protestantisme	61
c)	Dans l'Islam	62
d)	Dans le Judaïsme	63
4)	Paix	64
a)	Dans le Catholicisme	64
b)	Dans le Protestantisme	64
c)	Dans l'Islam	65
d)	Dans le Judaïsme	65
5)	Relation aux autres	66
a)	Dans le Catholicisme	66
b)	Dans le Protestantisme	66
c)	Dans l'Islam	67
d)	Dans le Judaïsme	68
6)	Sens de la vie	68
a)	Dans le Catholicisme	68
b)	Dans le Protestantisme	69
c)	Dans l'Islam	70
d)	Dans le Judaïsme	71
7)	Préparation à la mort	71
a)	Dans le Catholicisme	71
b)	Dans le Protestantisme	72
c)	Dans l'Islam	73

d) Dans le Judaïsme	74
8) Synthèse des résultats	74
V. DISCUSSION	76
1) Validité interne.....	76
2) Validité externe.....	77
3) Apports de la thèse.....	78
4) Points de discussion	78
a) Définition du mot spiritualité et reconnaissance de la spiritualité de l'« autre »	78
b) Mission de l'hôpital	80
c) Et les personnes athées ?.....	82
d) Points propres à chaque religion.....	83
e) Rapport avec le cadre légal en France	87
f) Cas des soignants interrogés	88
VI. CONCLUSION.....	89
VII. BIBLIOGRAPHIE	91
VIII. SITOGRAPHIE	93
IX. ANNEXES	96
X. PERMIS D'IMPRIMER.....	99

I. INTRODUCTION

La prise en charge globale du patient est une nécessité médicale. Cette prise en charge implique une considération des facteurs physiques, psychologiques, sociaux, et aussi spirituels ; le bien être spirituel est considéré comme un des six domaines qui doivent être pris en charge en fin de vie¹. En 2001, 90% de la population mondiale pratique une forme de spiritualité ou de religion². Bien que ce chiffre ne puisse pas s'extrapoler à la population française, il n'en demeure pas moins que la spiritualité/religion est une composante importante de la vie des humains, particulièrement ceux atteints de maladie grave³. Cet aspect est de mieux en mieux mis en évidence grâce à l'accélération du nombre d'études s'intéressant à la spiritualité des patients : d'un millier d'études disponibles en 2000, la littérature faisait état de plus de 3000 travaux en 2010⁴.

Plusieurs de ces travaux montrent que la religion apporte une aide aux patients par l'apport d'un support social et psychologique², par une vision positive du monde, d'un destin personnel, l'apport d'espoir et de motivation, d'un support durable tant que la conscience demeure, etc.⁵ Les patients montrent une recherche spirituelle en cas d'hospitalisation⁶, et se servent de leurs croyances religieuses pour faire face à la maladie (déjà avant 2000, une soixantaine d'études documentaient un important comportement religieux/spirituel pour faire face à la maladie⁷). Une synthèse de la littérature faite par Koenig dans son livre « *handbook of religion and health* » montre une diminution des syndromes dépressifs sur 60% d'une série de 444 études quantitatives, un meilleur bien être dans 80% d'une série de 326 études, une

diminution de la prise d'alcool et de drogues dans 85% d'une série de 300 études⁷, etc...

D'autres travaux montrent un effet négatif de la religion sur l'état de santé du patient : un faible bien être spirituel ou une lutte « religieuse » sont associés à une augmentation du taux de mortalité, à des dépressions sévères, un sentiment de désespoir ou de désir de mourir vite⁸⁻⁹. Koenig toujours dans « *handbook of religion and health* », montre que des traits de caractères négatifs tels que l'autoritarisme, ou l'intolérance de l'ambiguïté sont associés à la religion¹⁰. Il existe donc un lien clair entre santé et état spirituel, et ce lien mérite l'attention des soignants¹¹. Pourtant, les besoins spirituels des patients sont insuffisamment pris en compte, avec parfois des patients qui décèdent sans voir leurs désirs spirituels réalisés, alors que le lien entre qualité de vie et prise en compte des besoins spirituels est de plus en plus clair⁶⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵. Paradoxe, d'autant plus que certaines études montrent que les soignants eux-mêmes voient dans le soutien de la vie spirituelle du patient un moyen de faciliter la guérison¹⁶, ou tout simplement pensent qu'il est important d'être au fait des désirs spirituels des patients¹⁷.

Ne pas considérer les besoins spirituels des patients augmenterait le prix des soins, particulièrement en fin de vie¹⁸. Cependant, ces études ne sont pas extrapolables en France : elles sont majoritairement anglo-saxonnes et si elles s'intéressent au lien entre santé et spiritualité, peu s'intéressent au rôle précis que le soignant peut avoir pour la spiritualité du patient, et en particulier à l'approche de la mort. Certaines études font ressortir des besoins spirituels précis, mais toutes ne concordent pas. L'objectif de ce travail est d'étudier la place du soignant dans l'accompagnement spirituel du patient en fin de vie, et si cette place peut être acceptée dans le cadre de la laïcité en France.

II. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

1) Définitions

a) Définition de la religion

Le dictionnaire Larousse© définit la religion sous 2 angles. Le premier comme : « *ensemble déterminé de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'homme avec le sacré* ». Nous pouvons lire ailleurs que l'étymologie vient du latin « *religio* » : « *attention scrupuleuse* », mais aussi « *relegere* » (relire), thèse défendue par Cicéron (De natura deorum), ou encore « *religare* » (relier), défendue par Lactance. Saint Augustin (354-430) va rajouter une nouvelle étymologie, en partant du latin « *religentes* » (réélu), comme si la religion était un choix de chaque jour. Thomas d'Aquin (1224-1274) fait une synthèse de ces trois étymologies en expliquant que des trois, la même idée surgit, à savoir la recherche de Dieu (Somme Théologique IIa, IIIae, Q.81).

Le 2^e angle est défini comme un « *ensemble de rites et de pratiques propres à ces dogmes* ». La pratique religieuse a donc un objet invisible, Dieu, et un objet visible, les rites qui s'inscrivent dans le monde accessible aux sens. Thomas d'Aquin dit aussi de la religion qu'« *on lui attribue aussi d'autres actes, émis directement par d'autres vertus qu'elle tient sous son commandement, pour autant qu'elle les ordonne à l'honneur de Dieu* ». (Somme Théologique IIa, IIIae, Q.81). Il décrit des actes tels que visiter des malades ou aider des gens dans le besoin, qui sont des actes de charité, comme des

actes en fait sous-tendus par la religion. On retrouve cette double affiliation dans la tradition judéo-chrétienne, où l'on voit Jésus citer la Thora : « *Tu aimeras le Seigneur ton Dieu de tout ton cœur, de toute ton âme et de tout ton esprit, et ton prochain comme toi-même.* » (Evangile de Saint Matthieu chapitre 22, versets : 34-40), mais aussi dans la tradition coranique : « *Et accomplissez la Salat (la prière) et acquittez la Zakat (l'impôt). Et tout ce que vous avancez de bien pour vous-mêmes, vous le retrouverez auprès d'Allah, car Allah voit parfaitement ce que vous faites.* » (Sourate 2, verset 110)

La première définition sus-citée paraît donc incomplète puisqu'elle ne tient pas compte de la relation entre le croyant et son entourage visible « non-sacré ». Une définition possible serait : « *ensemble déterminé de croyances et de dogmes définissant le rapport de l'homme avec le transcendant et l'immanent* », où le transcendant correspond à l'objet invisible auquel il croit, et l'immanent, le monde visible dans lequel il évolue. On pourrait considérer alors que la religion possède une composante interne qui va aider l'Homme à donner des définitions dont l'ensemble pourrait constituer « la Foi » d'une religion donnée, et une composante externe qui va exprimer la signification de ces définitions.

La religion revêt donc un caractère organisé, ce qui est un troisième aspect à souligner. Si la religion « relie » à Dieu, elle relie les hommes qui vivent la même Foi, et forment dès lors, un groupe. Qui dit groupe, dit chef, et donc autorité religieuse. Ainsi le caractère organisé de la religion implique nécessairement une hiérarchie.

Aucune religion ne représente à elle seule l'humanité tout entière, chaque jour voit même se créer de nouvelles « entités » religieuses, parfois surprenantes voire loufoques (tel le 'Jedisme' par exemple, culte directement inspiré des œuvres de G.

Lucas...). Ce qui est frappant en revanche, c'est cette tendance universelle qu'a l'Homme à croire en quelque chose ou en quelqu'un de transcendant, ce que certains traités de théologie nomment la « vertu » de religion (Dictionnaire de Théologie Catholique, éditions Letouzey). Ce traité explique que la vertu de religion, comme toute vertu morale, existe dans toute conscience humaine, et « *qu'elle peut se développer de manière à donner à telles ou telles âmes une armature intérieure qui soutient toute leur vie* ». La vertu de religion serait alors une vertu naturelle. Cette proposition semble réaliste devant le fait qu'aucune culture ou civilisation connue à ce jour n'est exempte de religion. Cependant on peut très bien se définir comme « non-religieux », mais croire en quelque chose, avoir une spiritualité. Il incombe de définir ce qu'est la spiritualité puisque cette notion englobe de façon plus large cette capacité qu'a l'Homme de s'ouvrir au transcendant.

b) Définition de la spiritualité

a. Distinction corps-âme-esprit¹⁹

Il est important de préciser ces notions. Cette conception « tri-compartimentée » de l'Homme, est retrouvée dès le premier siècle de notre ère dans les lettres de Saint Paul, qui distingue l'homme « psychique » de l'homme « spirituel ». Bien que la conception de l'Homme soit vue actuellement comme une dualité corps-esprit, plusieurs arguments rationnels laissent penser que l'intuition de Saint Paul est vraie, bien qu'il n'ait pas à son époque les outils philosophiques pour le démontrer.

Le psychisme, qui vient du grec « *psukhê* », équivalent de l'« *anima* » latin, l'âme, est le siège des émotions, des états d'âmes au sens propre du terme. L'homme vit dans ce psychisme, une succession d'états d'âme, qu'il ne maîtrise pas forcément, et qui vont influencer sur sa façon d'agir. L'esprit humain est cependant plus qu'une succession de sensations et de pensées sans lien entre elles puisque cela signifierait qu'il serait à chaque instant une personne différente selon ses émotions, et du coup, sans conscience morale, ni unité avec l'état antérieur, ce qui n'est pas le cas. Ces états de conscience convergent vers un centre virtuel commun : le « moi »²⁰. Ce « moi » est capable de comprendre ce que nous sommes, de se rappeler le passé grâce à la mémoire, d'anticiper l'avenir grâce à la volonté. Il est un processus de continuité, qui unifie à chaque instant la totalité de l'être et notamment ce psychisme. Il en est donc distinct, et il lui est supérieur puisqu'il coordonne le psychisme avec le reste de l'être. C'est ce « moi » que nous pouvons appeler « esprit ». Cette anthropologie ternaire permet d'enrichir la conception que l'Homme a de lui-même, et permet d'aboutir à la notion de spiritualité.

b. Etymologie et histoire du mot spiritualité

A l'origine, le mot spiritualité est dérivé du substantif latin « *spiritualitas* » ou « *spiritalitas* », qui vient du latin chrétien et qui a été très tôt employé pour traduire le mot grec « *pneumatikos* » (souffle, esprit). Ce mot apparaît en latin dès le II^e siècle de notre ère, avec les écrits de Tertullien ou encore la première lettre de Clément (3^e pape). Le mot « *spiritualitas* » prendra ensuite successivement trois sens principaux. Dès le V^e siècle, il s'agit d'un sens religieux, appliqué à la vie spirituelle, en opposition à « *carnalitas* », « la chair ». A partir du XII^e siècle, apparaît un sens philosophique

désignant un « mode d'être » ou « mode de connaître », opposé à la « *corporalitas* » ou « condition de ce qui est matériel ». Un troisième sens, apparu à la fin du XII^e siècle, juridique, s'applique aux « *spiritualia* », c'est-à-dire les biens et fonctions ecclésiastiques, opposés à « *temporalitas* » c'est-à-dire « durée limitée ». A partir du XIII^e siècle, ce mot deviendra très employé, et servira le plus souvent pour parler de la relation avec Dieu. Guillaume d'Auvergne, évêque de Paris en 1228 écrira : « *La « spiritualitas » est une perfection par laquelle nous éloignons d'abord de nos âmes les maux spirituels, qui sont les vices et les péchés... Par elle également nous cherchons pour nos âmes les biens spirituels, qui sont toutes les vertus et les dons de la grâce.* » (De Anima, Chapitre 5, Partie 12a)

Le mot apparaîtra en français (par les mots « *espiritualité* », « *esperitalité* », « *spiritualité* ») vers la fin du XIII^e siècle, plutôt dans son sens juridique ou philosophique, et quelquefois religieux et ce, jusqu'au XVI^e siècle. A partir du XVII^e siècle, « *spiritualité* » est utilisé pour définir la manière de vivre les choses spirituelles. Au XVIII^e siècle, apparaissent des définitions comme : « *On dit la spiritualité de l'âme pour désigner cette qualité qui nous est inconnue et qui la distingue essentiellement de la matière. Le mot se prend aussi pour une dévotion honnête, recherchée, qui s'occupe de ce qu'il y a de plus subtil et de plus délié dans la religion.* » (Dictionnaire de l'Académie, tome 15, 1765). On trouve aussi : « *Qualité de ce qui est spirituel. Théologie mystique. Détachement des choses temporelles.* » (Dictionnaire de Trévoux, nouvelle édition, tome 7, 1771). Un peu plus tard, on lit : « *1. Terme de métaphysique. Qualité de ce qui est esprit. 2. Terme de vie dévote. Tout ce qui a rapport aux exercices intérieurs d'une âme dégagée des sens, qui ne cherche qu'à se perfectionner aux yeux de Dieu. 3. En général ce qui est dégagé de la matière et des sens.* » (Dictionnaire de la langue française d'É. Littré, 1^e édition, tome 2, 1872). On

voit que le sens prédominant à cette époque est surtout religieux, un peu philosophique et pas du tout juridique.

Depuis quelques décennies le terme « spiritualité » a perdu cette attache « religieuse » et son poids de connotations parfois péjoratives, pour aboutir à une notion plus large. Le dictionnaire Larousse© définit la spiritualité comme une « *qualité de ce qui est esprit, de ce qui est dégagé de toute matérialité : la spiritualité de l'âme, de la poésie* », ou « *ce qui concerne la doctrine ou la vie centrée sur Dieu et les choses spirituelles* ». Une autre définition (athéisme.free.fr) précise que « *la spiritualité est fondée sur la croyance à l'existence d'une réalité de l'esprit de nature différente de celle du corps, c'est-à-dire de la réalité matérielle de la vie. En ce sens, il peut y avoir spiritualité sans religion, car ni les dogmes, ni les rites, ni le caractère organisé de cette dernière ne lui sont nécessaires* ». Bossuet dira : « *La spiritualité commence, en l'homme, où la lumière de l'intelligence et de la réflexion commence à poindre.* » On peut trouver plusieurs dizaines d'autres définitions différentes de la spiritualité, sans consensus précis, rendant cette notion vague, mais où l'idée générale est que la spiritualité concerne ce qui anime l'esprit, la vie du « moi ».

c. Approche d'une définition de la spiritualité pour ce travail

Quelle est donc la vie de ce « moi » ? Nous avons vu qu'il existe deux déclinaisons principales :

- Une religieuse, « classique », où la spiritualité est vue comme ce qui anime la volonté du « moi » d'aller vers un être transcendant supérieur, Dieu.

- Une dont l'objet n'est pas nécessairement Dieu, et qui consiste en l'ensemble de ce qui anime l'esprit.

La seconde définition inclut la première, et paraît donc plus sujette à décrire la spiritualité de façon universelle, avec le risque que chacun en donne la définition qu'il/elle veut. Cette nouvelle approche de la spiritualité est vue comme étant une relation, une expérience²¹, sans notion de dogme, d'orthodoxie religieuse ou d'institutionnalisation religieuse. Certains ont essayé de définir la spiritualité à l'aide de la psychologie positive², incluant des thèmes tels que l'optimisme, la paix, le bien-être, le sens de la vie etc. Ces thèmes ont permis de créer des tests tels que le test « Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well Being » (FACIT-sp), ou encore le test « World Health Organization's Quality Of Life Instrument-Spirituality, Religion and Personal Beliefs » (WHOQOL-SPRB). Koenig (fondateur de la Duke University of Theology, qui est un des pionniers américains de l'étude du lien entre santé et spiritualité) propose que la spiritualité soit définie en terme de « *religion, où la religion est une construction multi-dimensionnelle non limitée par des formes institutionnelles de religion* »². De cette manière, il rejette la définition même de la religion avec son côté structurel et organisé, pour lui donner un sens complètement nouveau.

Il me paraît pourtant nécessaire de les distinguer, car la religion structure la spiritualité, et son application concrète, ce qui fait qu'un même besoin spirituel ne sera pas « orienté » de la même manière selon la religion. La spiritualité est ce qui caractérise la vie de l'esprit, orientée vers le « non-perceptible », c'est-à-dire ce qui dépasse le monde sensible, ou l'immanent. Elle a donc une fonction de transcendance (mouvement de dépassement de soi même). On pourrait résumer la définition de la spiritualité à « *Qualité de ce qui constitue la vie transcendantale d'une personne*

humaine ». Cette définition recoupe la vision de la spiritualité vue par Koenig, et la vision de la spiritualité plus « classique ». Ainsi, la spiritualité est le principe de vie qui envahit tout l'être, et qui intègre et transcende sa nature biologique et psychosociale²².

c) Définition des besoins spirituels

Le dictionnaire Larousse[©] définit le besoin comme :

- *Exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique : besoin de manger, de dormir.*
- *Sentiment de privation qui porte à désirer ce dont on croit manquer ; nécessité impérieuse : besoin de savoir.*
- *Chose considérée comme nécessaire à l'existence : le cinéma est devenu chez lui un besoin.*
- *État qui résulte de la privation du nécessaire ; indigence, dénuement : c'est dans le besoin qu'on connaît le véritable ami.*

Le besoin est donc un état de manque ressenti ou réel, dont la non-prise en compte entraîne une souffrance, et dont l'objet est matériel en premier lieu. Besoin de boire, de manger, besoin de drogue, besoin de repos etc. Le besoin peut aussi être d'ordre psychologique : besoin d'être aimé, besoin de calme, besoin de réfléchir etc. Enfin le besoin peut être spirituel : besoin de Dieu, besoin de donner du sens à sa vie.

La première définition des besoins spirituels est née vers 1955 à l'initiative d'une infirmière enseignante américaine, Virginia Henderson qui les définit comme

tels : « *Besoin de pratiquer sa religion ou d'agir selon sa conception du bien ou du mal.* »

Autrement dit, les besoins spirituels seraient un manque ou un sentiment de privation dans la vie transcendante d'un être humain, le poussant à agir en fonction de sa conception du bien ou du mal, ou à pratiquer une religion. Mais cette définition est inexacte, car elle ne concerne pas ceux pour qui le bien ou le mal seraient des notions « religieuses ». De plus, cette définition considère que le besoin spirituel trouve son achèvement dans l'agir du « moi », or, on pourrait très bien avoir un besoin spirituel qui trouverait son objet dans quelque chose de passif (être aimé par exemple). A partir de la définition de la spiritualité vue plus haut, il incombe de trouver une définition des besoins spirituels regroupant tous les aspects possibles de la spiritualité.

Les besoins spirituels sont-ils spiritualité-dépendants ou bien sont-ils récurrents quels que soient la spiritualité et la religion de la personne ? De récents travaux, issus de la recherche tant en Europe, qu'en Amérique et en Asie, mettent en évidence la récurrence des besoins spirituels de la personne humaine²³.

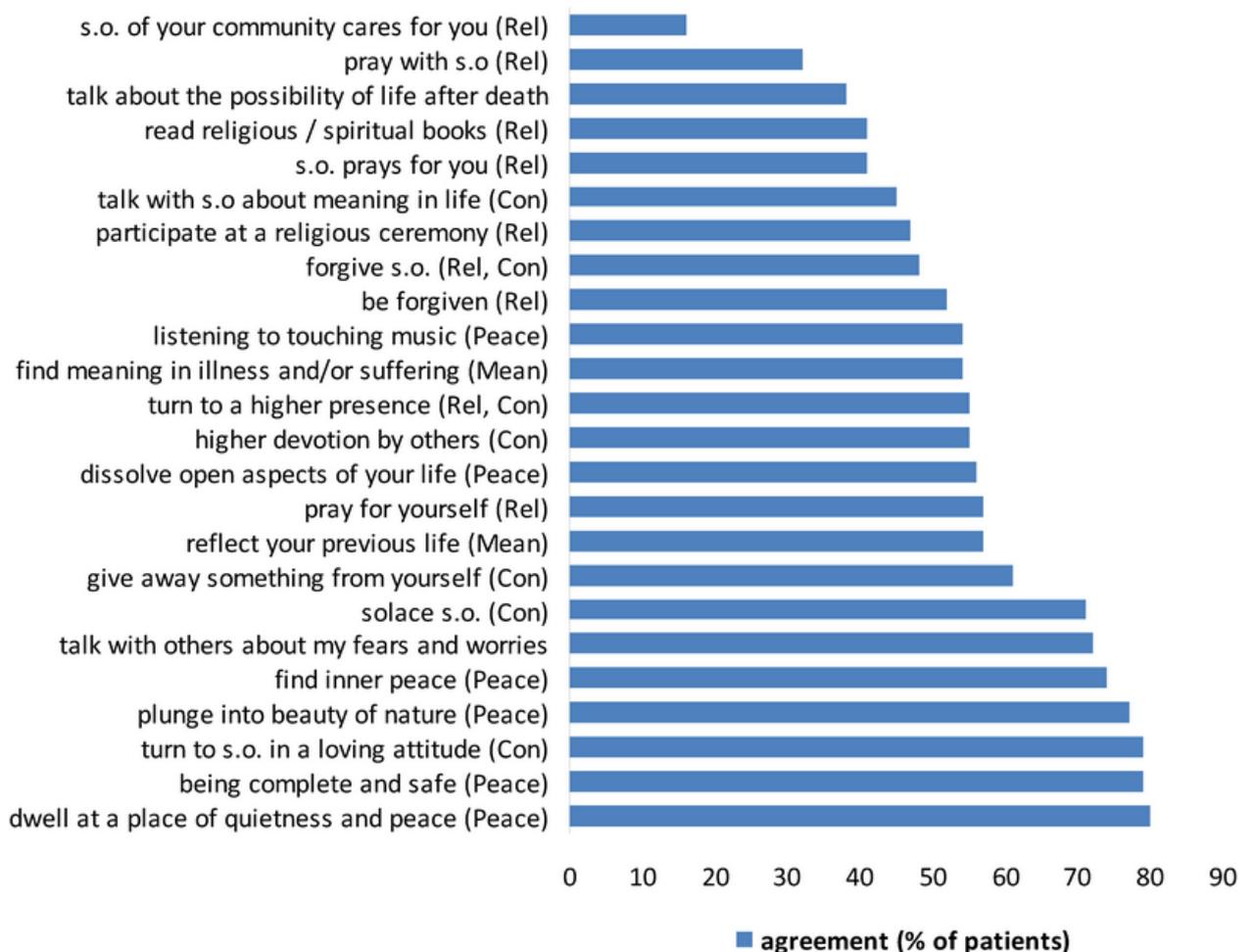


Figure 1: Besoins spirituels exprimés par des patients porteurs d'une affection chronique, mesurés avec le questionnaire des besoins spirituels (SpNQ), « rel » = religious needs (transcendance ou relation à Dieu), « con » = connexion, « peace » = paix, « mean » = sens (N : 210)²³

Tous ces besoins ont été répertoriés de différentes manières. Les travaux d'Yves Chambaud (aumônier des hôpitaux de Nîmes), bien antérieurs à ces données, avaient déjà fait un état des lieux des besoins spirituels, et les regroupent en 3 catégories : émotionnels, cognitifs et existentiels²⁴. Koenig lui, s'écarte de ces termes trop proches du lexique du « *psukhê* » et répartit les besoins spirituels dans 4 catégories : relation, transcendance, paix et sens. Si ces termes ne peuvent pas définir la spiritualité en propre, cette répartition permet d'aborder la spiritualité sous la forme de marqueurs indirects, et de voir si cette spiritualité est satisfaite ou non. Une définition possible des

besoins spirituels serait alors : « *Ensemble des besoins nécessaires à l'épanouissement de la spiritualité.* »

Cette répartition peut faire l'objet d'un support d'étude pour la recherche, car le questionnaire dont elle est tirée possède une bonne validité interne (α Cronbach = 0.932)²⁵.

Un autre aspect est qu'on ne peut pas séparer les différents besoins, médicaux, psychologiques, physiologiques, spirituels, etc. Ces différents besoins s'interpénètrent et nécessitent un abord global de la personne, c'est-à-dire accueillir l'autre tel qu'il est, en particulier au moment de la mort, où les besoins spirituels sont plus accrus¹³. Cela implique que le soignant peut être confronté à l'expression de besoins spirituels par le patient, et qu'il doit pouvoir y répondre, ou du moins permettre que l'interlocuteur le plus adapté à la situation du patient puisse être mobilisé. Nous y reviendrons ultérieurement.

d) Synthèse

Si la religion est un ensemble de dogmes et de croyances, alors elle est nécessairement la continuité de la spiritualité, car toute personne, à partir du moment où elle va avoir une vie transcendantale, va nécessairement donner, explicitement ou non, des définitions à ce « transcendant » (que ce soit Dieu, Allah, Yahvé, Bouddha, Vishnou, le grand horloger, le néant etc.), et lui affecter une pratique qui sera plus ou moins développée. Si ces deux notions sont distinctes, elles sont quand même liées. L'aboutissement de cette spiritualité sera peut-être une relation avec Dieu, mais aussi l'obtention de la paix intérieure, de la compréhension du sens de la vie, ou d'une

modification de la relation avec autrui. Nous pouvons tenter d'expliquer de façon très simplifiée la spiritualité humaine selon ce schéma :

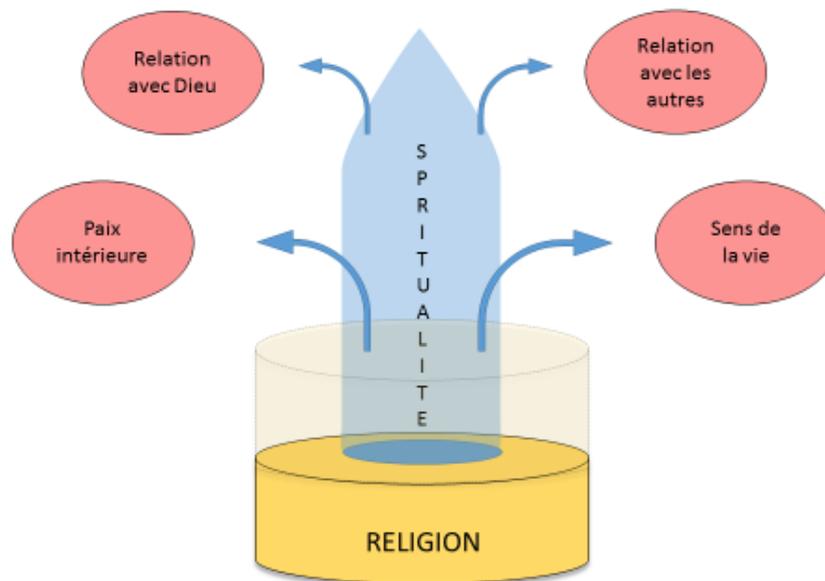


Figure 2 : Interactions entre spiritualité, religion et besoins spirituels

La spiritualité constitue donc la vie transcendante de la personne. La religion, ou finalement les dogmes qui définissent la spiritualité d'une personne, lui donnent forme, structure et orientation. Cet ensemble spiritualité-religion, est le prisme au travers duquel des besoins spirituels sont plus ou moins exprimés, classables en 4 groupes, et dont l'objet pourra prendre différents aspects. Le travail de cette thèse sera basé sur ces propositions de définitions. Si comme le prétendait V. Henderson « ces besoins peuvent être assurés par tous puisque ce sont les mêmes besoins qui traversent la vie de tous », alors quelle est la place du soignant dans l'accompagnement spirituel du patient en fin de vie ?

2) Etat des lieux des pratiques religieuses/spirituelles en France

Depuis la loi 1905 sur la laïcité, à une époque où 90% des français se disaient catholiques, le panorama religieux a profondément évolué sur le sol français. Outre la franche diminution de la pratique religieuse (la France est le pays d'Europe de l'Ouest au plus fort taux de non-pratique culturelle : 60,1 % de personnes disent ne jamais assister à un office religieux, seulement 7,5 % des personnes interrogées déclarent assister à un culte une fois par semaine ou plus (étude EUREL)²⁶), les pratiques sont en même temps devenues plus variées. La France est un pays de tradition catholique, mais l'appartenance religieuse y est en déclin. Selon les sondages Il y aurait entre 48% et 61 % des Français qui se déclarent catholiques, 6% à 7% musulmans, 2% à 4% protestants, 2% d'autres religions, 1% juifs, et 25% à 39% sans religion.²⁷⁻²⁸

a) Le Christianisme

- Le Catholicisme

On observe un net recul de la pratique religieuse catholique comme le montrent les chiffres suivants²⁹ :

	1970	1980	1990	2000	2010
Baptêmes	808 560	506 877	472 130	400 327	302 941
Mariages	NC	217 479	147 146	122 580	74 636
Prêtres	NC	NC	32 267	25 353	16 830
religieuses	NC	NC	NC	51 512	32 542

Tableau 1 : Baptêmes, mariages nombre de prêtres et de religieuses entre 1970 et 2010

En 2010, l'institut IFOP publie des données cumulées sur la période 2005-2010, à partir de 135 vagues d'enquêtes comprenant 131 141 interviews, la représentativité des échantillons étant assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, professions après stratifications par région et par catégorie d'agglomération).

Le cumul des enquêtes a permis de recueillir un sous-échantillon de 85 241 interviewés se déclarant catholiques, dont 19 671 pratiquants, et 65 570 non pratiquants³⁰. Les principaux résultats sont les suivants (cf. infra) : actuellement, la population serait composée de 64% de catholiques, de 28% de « sans-religion », de 5% de personnes appartenant à d'autres religions (musulmans, orthodoxes, bouddhistes) et de 3% de protestants. Il y a une nette diminution du nombre de personnes se disant catholiques (81% en 1952 versus 64% actuellement), au profit des personnes se déclarant sans religion. Les catholiques sont en majorité non-pratiquants (57%), et une petite partie d'entre eux sont pratiquants réguliers (7%, soit 4,5% de la population française). Cette étude tempère les chiffres de l'étude EUREL citée plus haut, ce qui montre la réelle difficulté à estimer la pratique religieuse française.

	1987	1995	2001	2006	2010
• Catholique	75%	69%	69%	65%	64%
• Protestante	1%	2%	2%	2%	3%
• Autres religions	3%	5%	6%	6%	5%
• Sans religion	21%	24%	23%	27%	28%

Tableau 2 : Evolution du paysage religieux en France entre 1987 et 2010

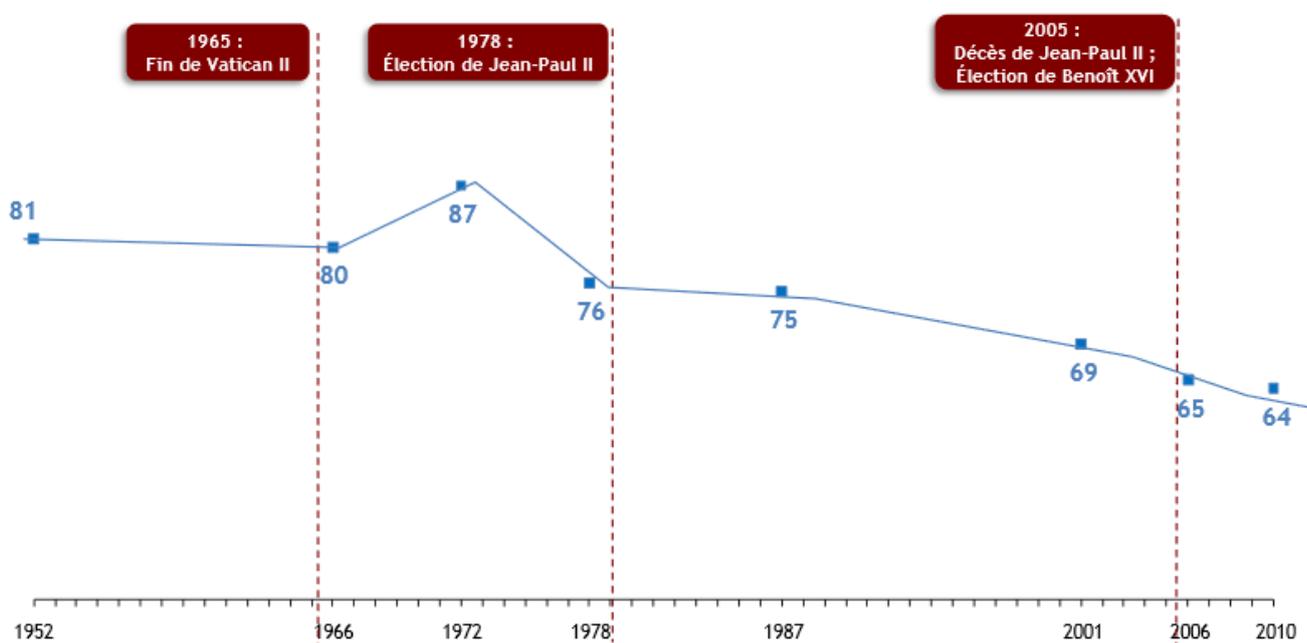


Figure 3 : Evolution de la proportion de catholiques dans la population française entre 1952 et 2010

Enfin, la minorité des catholiques pratiquants est sensiblement plus âgée que la moyenne des français.³¹

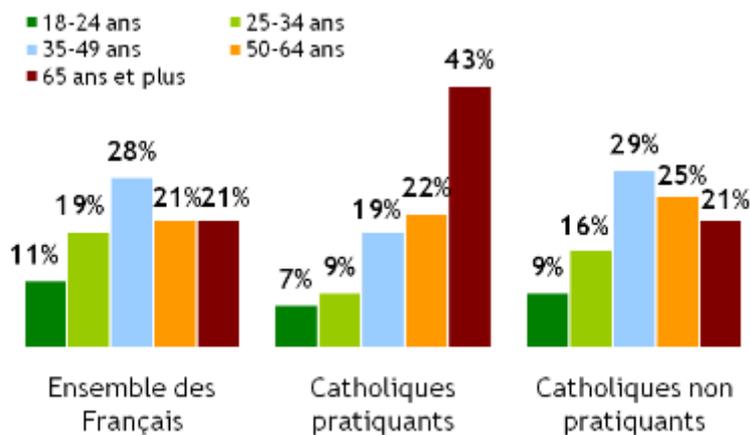


Figure 4 : Démographie des catholiques français comparée à la population française en 2010

- Le Protestantisme

Le protestantisme reste stable, avec une tendance à l'accroissement : une première étude sociologique faisait état d'environ 800 000 protestants en 1959 ce qui représentait à l'époque environ 2% de la population³², versus 1,7 million en 2010 selon un sondage IFOP, soit 2,8 % de la population française³³. Bien que l'échantillon interrogé soit faible (n=702), il est concordant avec les sondages sus-cités. Un des changements notables du paysage protestant ces dernières décennies est l'émergence de chrétiens dits « évangéliques » ou « charismatiques », qui représenteraient 18% des protestants³⁴, jusqu'alors composés de luthéro-réformés, et qui se distinguent par une pratique assidue au culte ou à la lecture de la Bible :

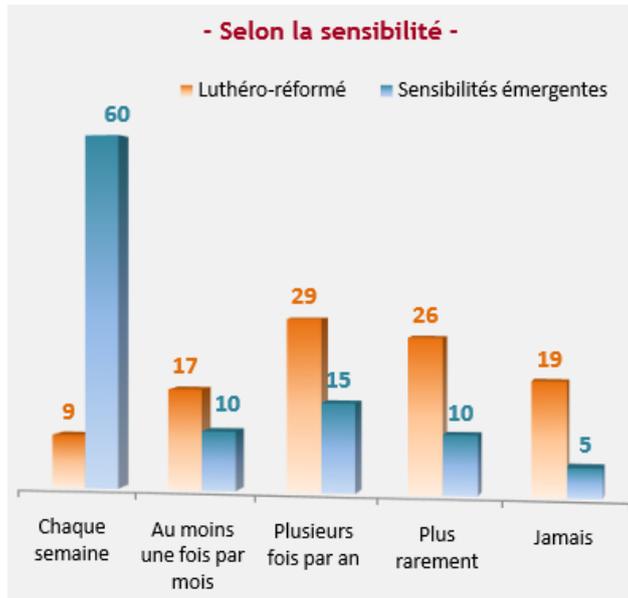


Figure 5 : Fréquence de la pratique du culte, selon la sensibilité, chez les protestants français, en 2010

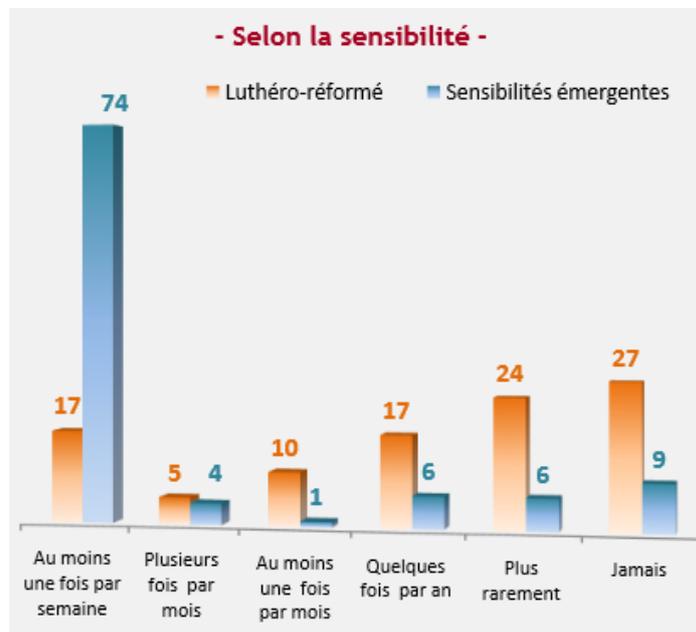


Figure 6 : Fréquence de la lecture de la bible, selon la sensibilité, chez les protestants français, en 2010

- Les chrétiens orientaux

Les chrétiens orientaux (catholiques orientaux et orthodoxes) sont constitués, en France, d'environ 400 000 à 500 000 personnes, dont environ 300 000 orthodoxes, ce qui représente 0,8% de la population française (0,49% d'orthodoxes)³⁵. Très peu de données sont disponibles sur cette population, qui ne fera pas partie de la population étudiée, devant leur faible représentativité.

b) L'Islam

Il est difficile d'évaluer la place que les musulmans occupent en France. Une des plus récentes études, menée par l'IFOP entre 2008 et 2011, établie sur le cumul de 70 vagues d'enquêtes menées sur des échantillons nationaux de 950 personnes, a constitué un recueil de données sur 69 849 interviews, ce qui a permis de réaliser une carte au niveau départemental de l'implantation des musulmans, et de collecter de nombreuses informations sur le profil socio-démographique et le taux de pratique religieuse des musulmans français. Comme le montrent les graphiques et figures ci-après, les musulmans sont plus présents dans l'Est de la France et surtout dans les départements les plus urbanisés et/ou industrialisés³⁶.

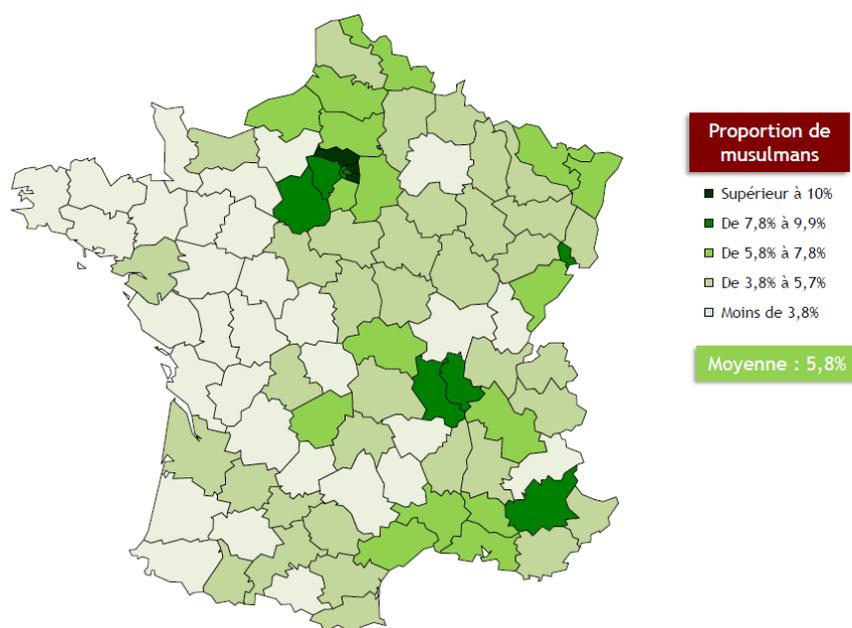


Figure 7 : Pourcentage de la population se déclarant musulmane, en France, en 2011

Comparativement à la population française, la répartition des musulmans se fait majoritairement sur la tranche d'âge 18-34 ans

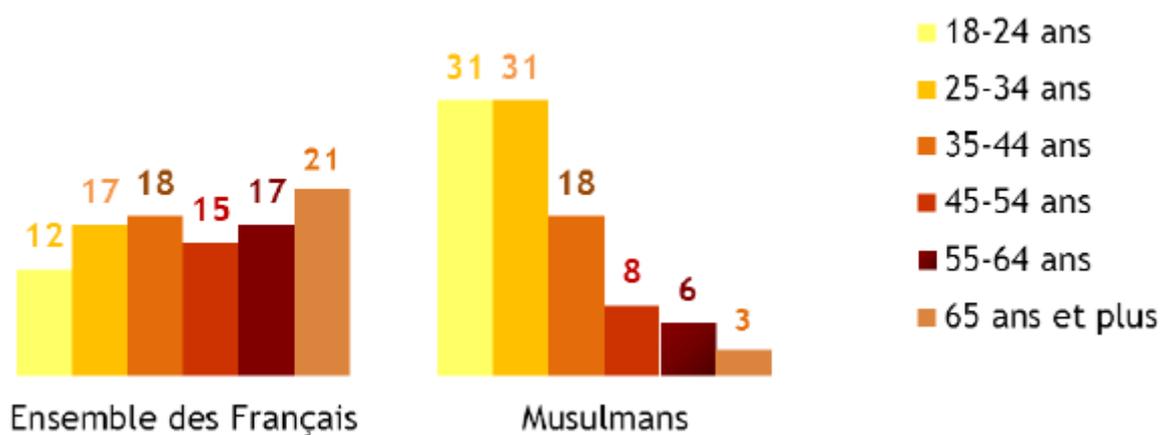


Figure 8 : Démographie des musulmans français comparée à la population française, en 2011

Le taux de pratique est plus élevé que chez les catholiques puisque 41% des sondés musulmans se disent croyants et pratiquants, versus 16% pour les sondés se déclarant catholiques.

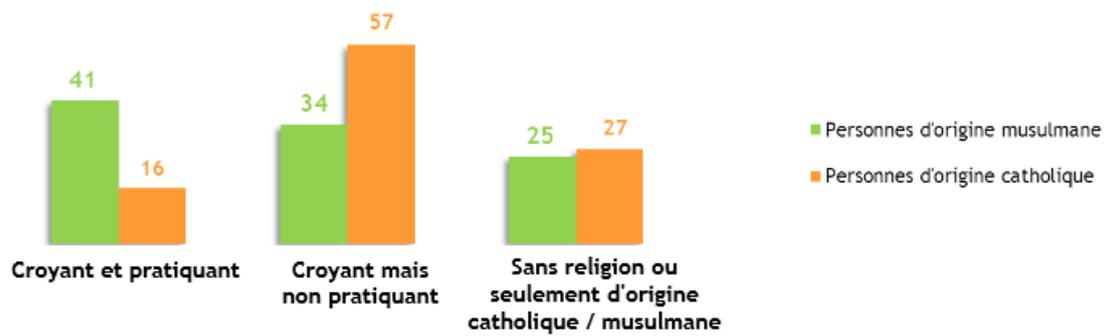


Figure 9 : Taux de pratique religieuse chez musulmans et catholiques français, en 2011

Une autre étude, menée par le Pew Research Center, estime la population musulmane en France actuellement à environ 7,5% de la population française, et qu'elle passera en 2030 à environ 10% de la population française, soit 8% de la population européenne et 3% de la population musulmane mondiale³⁷⁻³⁸. A noter que l'impact migratoire n'est pas négligeable dans la mesure où plus de 60% des migrants venant en France sont de confession musulmane.

World Muslim Population (cont.)

	1990		2010		2030	
	Estimated Muslim population	Percent Muslim	Estimated Muslim population	Percent Muslim	Projected Muslim population	Projected Percent Muslim
Somalia	6,530,000	99.0	9,231,000	98.6	15,529,000	98.6
South Africa	525,000	1.4	737,000	1.5	799,000	1.5
St. Helena	<1,000	<0.1	<1,000	<0.1	<1,000	<0.1
Swaziland	4,000	0.5	2,000	0.2	2,000	0.2
Tanzania	7,637,000	30.0	13,450,000	29.9	19,463,000	25.8
Togo	449,000	11.4	827,000	12.2	1,234,000	12.2
Uganda	1,862,000	10.5	4,060,000	12.0	6,655,000	10.9
Zambia	33,000	0.4	59,000	0.4	94,000	0.4
Zimbabwe	94,000	0.9	109,000	0.9	155,000	0.9
Europe	29,650,000	4.1%	44,138,000	6.0%	58,209,000	8.0%
Albania	2,302,000	70.0	2,601,000	82.1	2,841,000	83.2
Andorra	<1,000	0.5	<1,000	1.1	1,000	1.1
Austria	161,000	2.1	475,000	5.7	799,000	9.3
Belarus	10,000	0.1	19,000	0.2	17,000	0.2
Belgium	266,000	2.7	638,000	6.0	1,149,000	10.2
Bosnia-Herzegovina	1,843,000	42.8	1,564,000	41.6	1,503,000	42.7
Bulgaria	1,155,000	13.1	1,002,000	13.4	1,016,000	15.7
Channel Islands	<1,000	0.1	<1,000	0.1	<1,000	0.1
Croatia	52,000	1.1	56,000	1.3	54,000	1.3
Czech Republic	<1,000	<0.1	4,000	<0.1	4,000	<0.1
Denmark	109,000	2.1	226,000	4.1	317,000	5.6
Estonia	9,000	0.6	2,000	0.1	2,000	0.1
Faeroe Islands	<1,000	<0.1	<1,000	<0.1	<1,000	<0.1
Finland	11,000	0.2	42,000	0.8	105,000	1.9
France	568,000 *	1.0	4,704,000	7.5	6,860,000	10.3
Georgia	625,000 ^	11.5	442,000	10.5	433,000	11.5
Germany	2,506,000	3.2	4,119,000	5.0	5,545,000	7.1
Gibraltar	2,000	6.9	1,000	4.0	1,000	4.0
Greece	254,000	2.5	527,000	4.7	772,000	6.9

Tableau 3 : Estimation de la population de confession musulmane en France et en Europe, et projection démographique de cette population en 2030

EUROPE

Net Muslim Migration to Selected Countries, 2010

	ESTIMATED NET INFLOW OF MUSLIM IMMIGRANTS	PERCENTAGE OF NEW IMMIGRANTS WHO ARE MUSLIM	PERCENTAGE OF POPULATION THAT IS MUSLIM
Western Europe			
France	66,000	68.5%	7.5%
Netherlands	3,000	42.6	5.5
Belgium	14,000	30.8	6.0
Austria	8,000	23.4	5.7
Switzerland	2,000	19.0	5.7
Germany	22,000	14.7	5.0
Southern Europe			
Greece	12,000	29.7	4.7
Italy	60,000	23.7	2.6
Spain	70,000	13.1	2.3
Northern Europe			
Sweden	19,000	45.4	4.9
Norway	7,000	34.0	3.0
United Kingdom	64,000	28.1	4.6
Finland	2,000	20.6	0.8
Ireland	5,000	9.6	0.9
Denmark	<1,000	8.0	4.1
Eastern Europe			
Bulgaria	<1,000	41.9	13.4

Source: Estimated net migration, 2010, IIASA analysis of data from Eurostat, the U.N. and World Religion Database

Pew Research Center's Forum on Religion & Public Life
The Future of the Global Muslim Population, January 2011

Tableau 4 : Estimation de la population musulmane au sein du flux migratoire en France

L'Islam est donc une religion minoritaire en France actuellement, mais avec un nombre croissant de fidèles, qui présentent un taux de pratique religieuse plus élevé que ceux de leurs homologues des autres religions.

Les musulmans sont séparés en deux branches principales, le sunnisme et le chiisme. Le sunnisme représente environ 90% de l'islam mondial. Si les chiites représentent entre 10 et 15% de la population musulmane totale, ils sont très peu présents sur le sol français. Très peu d'informations à leur sujet sont disponibles³⁹. Ils représenteraient moins de 1% de la population française, mais il n'existe pas de chiffrage fiable. Ils ne

feront pas partie de la population étudiée dans cette étude, qui se concentrera uniquement sur les musulmans sunnites.

c) Le Judaïsme

Les dernières statistiques font état de 467 000⁴⁰ à 550 000⁴¹ personnes israélites vivant en France (0,75% de la population française) début 2015, dont 50% en région parisienne⁴², ce qui représente la 3^e communauté juive au monde derrière Israël et les Etats-Unis d'Amérique, et la première communauté juive d'Europe (3,3% de la population juive totale). Cette population est issue d'une partie de juifs français, mais aussi de plusieurs vagues d'immigrations, principalement de l'Europe centrale et de l'Est, puis d'Afrique du nord, lors de la décolonisation de l'Algérie, de la Tunisie et du Maroc.

L'implantation du judaïsme en France (pourcentage de la population se déclarant de confession juive)

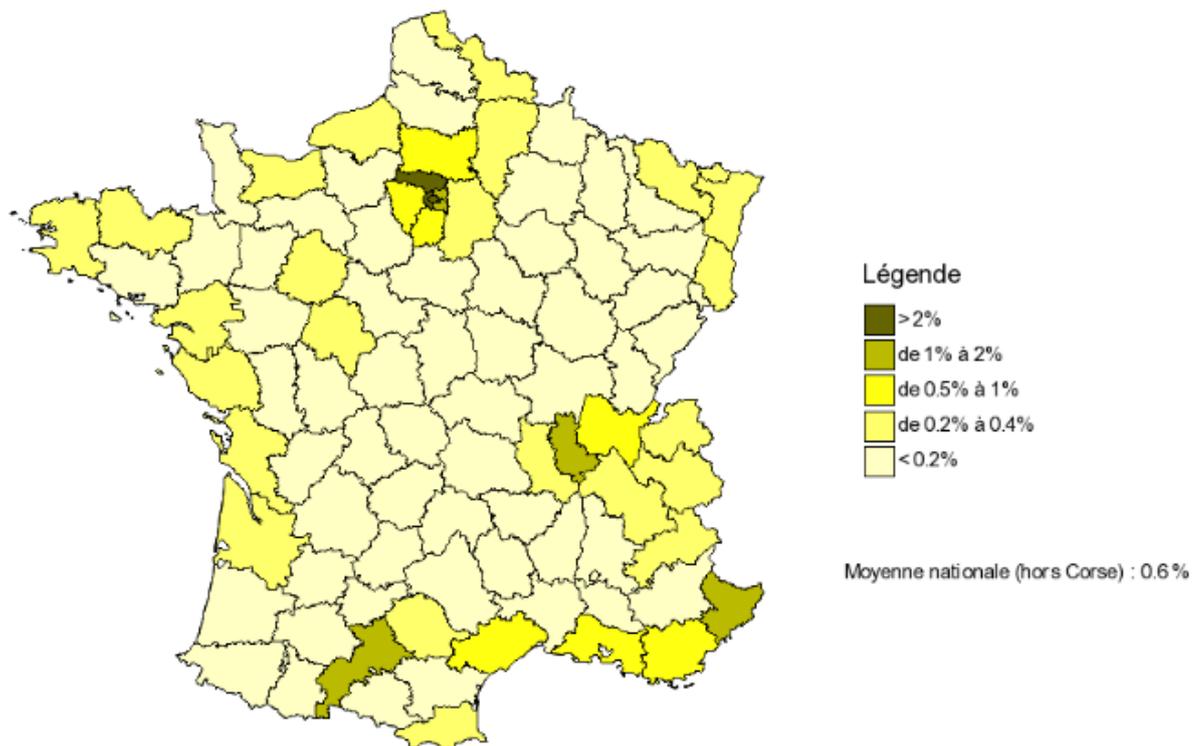


Figure 10 : Pourcentage de la population française se déclarant juive en France en 2006

Il existe 3 principaux courants : le Judaïsme « classique », ou traditionnaliste, le Judaïsme « orthodoxe », et le Judaïsme « libéral ». Ces différents courants sont nés de la confrontation aux bouleversements apportés par la modernité, à partir du XIX^e siècle. « *Mais il est important de bien [les] nommer et de bien [les] comprendre et c'est en examinant les différences, en les faisant ressurgir, que l'on peut saisir l'enjeu du devenir du Judaïsme dans le monde contemporain.* »⁴³ Le premier, géré et représenté par le Consistoire Central de France (créé à l'époque napoléonienne) appelle à une stricte observance des commandements, avec une ouverture sur le monde moderne, comportant certains détails comme encourager le patriotisme pour le pays dont on est ressortissant, adopter les tenues de la société contemporaine, avoir un rapport avec l'environnement social, y compris non-juif. Cette vision est jugée insuffisamment

rigoriste par certains juifs, ce qui aboutira à l'émergence du mouvement juif orthodoxe au XIX^e siècle, en réaction au « laxisme » promu par certains, au contact de la modernité. Ce mouvement est fondé sur l'observance fidèle aux textes hébraïques et à l'«Halakha » (littéralement « la Voie »), la loi juive, qui regroupe le talmud et les décisions rabbiniques. Cette observance consiste en l'application stricte de ces commandements, qui règlent tant les rituels religieux, que le mode vestimentaire, l'alimentation, les relations avec les non-juifs, etc. Au paroxysme il existe des israélites dits « ultra-orthodoxes », dont « *les écoles strictement orthodoxes ne mènent pas vers le Baccalauréat et protègent leurs élèves de l'Université considérée comme un lieu de perte* »⁴³.

Enfin, le Judaïsme libéral propose une vision où la tradition juive se serait faite au cours du temps, et donc propose une adaptation aux temps modernes. Pour certains juifs libéraux, la loi mosaïque, même si elle est d'inspiration divine, a été exprimée par l'Homme, ce qui en fait déjà une interprétation. Pour d'autres, lorsqu'il y a une modification de pratiques, selon la conscience moderne, cela s'inscrit dans la tradition du Judaïsme, qui, tout au long des siècles, apportait des changements, en les justifiant à l'aide des écritures. Ainsi une place importante est accordée à l'autonomie personnelle vis-à-vis de la Halakha. Solomon Freehof, un rabbin éminent du Judaïsme réformiste au XX^e siècle écrivait : « *La loi a suffisamment d'autorité pour nous influencer, mais pas au point de nous contrôler.* »

Il n'existe pas de statistiques officielles permettant d'évaluer la répartition des Juifs français au sein de ces différents courants. Le sociologue Erik Cohen (1951-2014) qui a dirigé quelques-unes des études publiées sur le Judaïsme en France, aborde la

question indifféremment du courant d'appartenance⁴⁴. En 2002, Il décrira 4 groupes distincts :

- Les Individualistes, entre 50 et 60 ans, ayant peu d'attachement aux valeurs traditionnelles du Judaïsme, recherchant plutôt le confort matériel.
- Les Universalistes: d'environ 30-40 ans, avec un niveau d'instruction élevé, évoluant plutôt dans un milieu non-juif, non-pratiquants eux-mêmes, n'estimant pas utile de donner une éducation juive aux enfants, attachés tout de même à Israël.
- Les Traditionalistes: plus de 60 ans, nés pour la plupart hors de France, niveau d'éducation faible, très sensibles aux valeurs du judaïsme, croyants et pratiquants.
- Les Revivalistes : entre 29 et 39 ans, profil transversal, attachés aux valeurs du passé et à la modernité. Satisfaits de leurs vies, relativement pratiquants et croyants, revenus moyens et niveau d'étude plutôt faible, attentifs aux problèmes de la société actuelle.

Pourcentages des quatre groupes dans la population juive totale

Individualistes	22
Universalistes	24
Traditionalistes	31
Revivalistes	23
Total	100

Répartition par âge
Chefs de ménage, enquêtes Juifs de France 1988, 2002, et France entière (INSEE 1999)

	1988	2002	INSEE
18-29 ans	16	12	11
30-39 ans	25	21	19
40-49 ans	17	15	20
50 ans et plus	42	52	50
Total	100	100	100

Tableau 5 et 6 : Estimation de la démographie de la population juive en France, en 2002

La société juive est donc extrêmement composite, avec des taux de pratiques très variables selon l'âge et le courant religieux d'appartenance. Le Judaïsme n'en demeure pas moins la 4^{ème} religion pratiquée en France.

d) Les sagesse asiatiqes

En 2010, un rapport faisait état de 770 000 bouddhistes pratiquants ou sympathisants. La population bouddhiste est principalement constituée de migrants chinois et vietnamiens, et d'une petite minorité de français natifs convertis au Bouddhisme.⁴⁵ Le Bouddhisme s'est implanté en occident lorsque certains maîtres « Zen » ou de tradition tibétaine fuirent l'invasion chinoise de 1959. Cela va créer deux implantations différentes, avec leurs spécificités, qui vont contre toute attente être adoptées. Il est très difficile d'évaluer la pratique bouddhique en France, d'une part faute de statistiques officielles, d'autre part devant la multiplicité des bouddhismes : On parle de Bouddhisme Zen, Tibétain, Mahâyâna etc. Devant cette multiplicité, cette population ne sera pas étudiée dans cette étude.

e) L'Athéisme

Le dictionnaire Larousse© le définit comme une « *doctrine qui nie l'existence de Dieu. (Cette position philosophique ne se confond ni avec l'agnosticisme, qui est le refus de prendre parti dans les débats métaphysiques, ni avec le panthéisme, qui implique que Dieu puisse exister partout dans l'univers et se confondre avec lui)* ». La

France comptait en 2008 en moyenne 27,6% de personnes se déclarant sans religion, avec la répartition suivante⁴⁶.

La France des « sans-religion » (pourcentage de la population se déclarant sans religion)

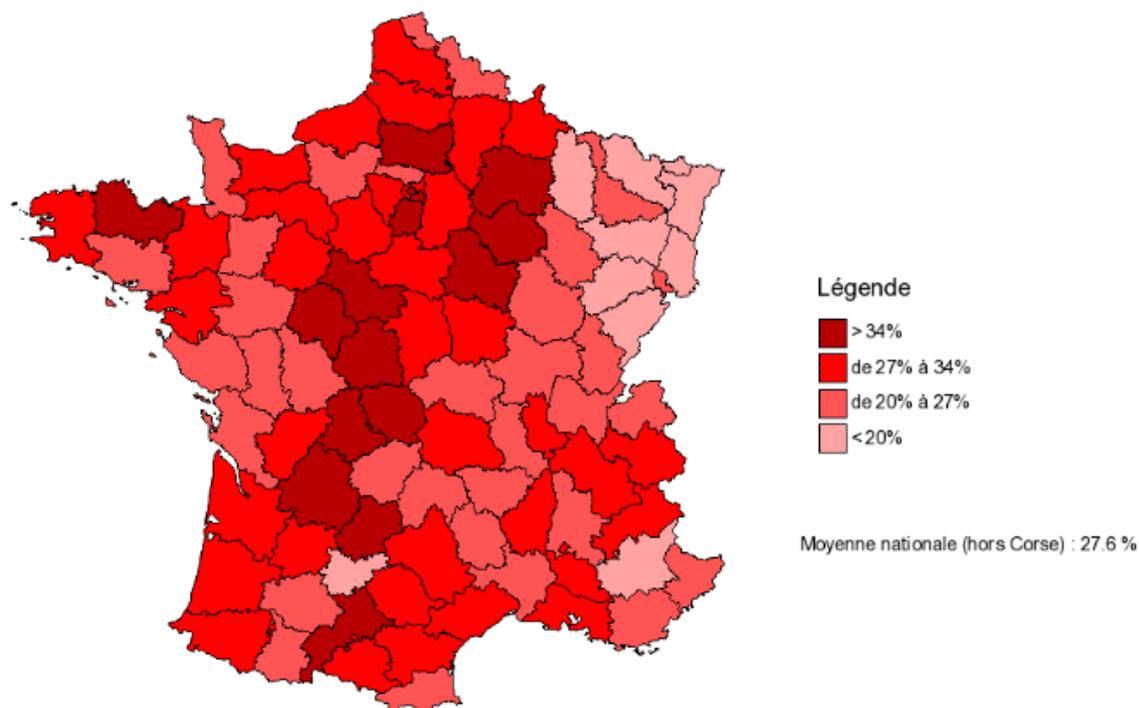


Figure 11 : Pourcentage de la population se déclarant sans religion en 2008

Un sondage en 2012 faisait état de 29% de personnes athées convaincus, et de 34% de personnes non-religieuses, sur un échantillon de 1671 personnes⁴⁷. A la même question en 2014, 18% des interrogés (N=1000) disaient être athées convaincus, et 35% non-religieuses⁴⁸.

f) Synthèse

La population française est composée d'une société composite, multi-culturelle et multi-religieuse, dont l'abord de la problématique de la fin de vie et des soins qui s'y apparentent est complexe, et probablement très variable selon les cas.

3) Fin de vie, mort et vie après la mort : conception théorique

a) Dans le Catholicisme

L'Eglise Catholique au travers de son magistère unique dit de la mort, que « c'est en face d'elle que l'énigme de la condition humaine atteint son sommet ». La mort corporelle est naturelle, mais pour la foi, elle est en fait « salaire du péché ». Pour ceux qui meurent dans la grâce du Christ, elle est une participation à sa mort, afin de pouvoir participer aussi à sa résurrection. Grâce au Christ, la mort a un sens positif : « *Pour moi, la vie c'est le Christ, et mourir est un gain.* » (lettre de Saint Paul aux Philippiens) Pour l'Eglise Catholique, Dieu appelle l'homme vers Lui à la mort et ce dernier peut ressentir ce qu'exprimait Saint Paul : « *J'ai le désir de m'en aller et d'être avec le Christ.* » (lettre de Saint Paul aux Philippiens)

« *La mort est la fin du pèlerinage terrestre de l'homme [...]. Quand a pris fin « l'unique cours de notre vie terrestre », nous ne reviendrons plus à d'autres vies terrestres.* » (CEC n° : 1013) La vie sur terre étant unique, il est important de se préparer à la mort et à la vie éternelle. Pour ce faire, l'Eglise propose au malade trois sacrements, le sacrement de confession, où le malade reçoit le pardon de ses péchés, le sacrement

des malades, qui consiste en une onction d'huile en différents endroits du corps, pour reconforter le malade, et pour le guérir (le sacrement des malades n'est pas donné aux condamnés à mort par exemple, ce qui n'est pas le cas des deux autres sacrements). Le troisième sacrement, est celui de l'Eucharistie, qui, lorsqu'il est administré pour la dernière fois, se nomme « le viatique », pour accompagner le passage vers le Père. Dans tous, les cas, « *la mort met fin à la vie de l'homme comme temps ouvert à l'accueil ou au rejet de la grâce divine manifestée dans le Christ* » (CEC n° : 1021). Le défunt « *reçoit alors dans son âme immortelle sa rétribution éternelle dès sa mort en un jugement particulier qui réfère sa vie au Christ, soit à travers une purification, soit pour entrer immédiatement dans la béatitude du ciel, soit pour se damner immédiatement pour toujours* » (CEC n° : 1022).

L'Eglise Catholique propose donc à ses fidèles en réponse à d'éventuels besoins spirituels, l'accompagnement par trois sacrements, administrés dans tous les cas par un prêtre.

b) Dans le Protestantisme

Selon le Conseil National de l'Eglise Protestante Unie, « *la vie prend sa pleine signification dans le contexte relationnel dans lequel elle s'inscrit ; elle n'est donc pas sacrée en soi, la perception de la dignité est légitimement diverse* »⁴⁹. Un synode national de 2013 rappelle aussi que « *c'est le regard que Dieu pose sur chaque vie, qui confère à celle-ci sa dignité, sa liberté et sa responsabilité* »⁴⁹. La mort de l'homme est donc l'affaire de Dieu. La théologie protestante insiste beaucoup sur le « *sola gratia, sola fidei, sola scriptura* » de Luther, la Grâce seule, la Foi seule, l'Ecriture seule. En s'appuyant sur les textes bibliques, la théologie protestante affirme que c'est

la grâce seule de Dieu qui sauve l'homme, par la foi en Jésus Christ. A partir du moment où un individu est croyant, il est donc sauvé, et connaîtra un jour la résurrection pour la vie éternelle avec Dieu. Il n'y a donc plus lieu de s'inquiéter de la vie après la mort, ni de prier pour les morts. La mort est une affaire réglée. « *Dieu [...] nous donne gratuitement, sans condition ni contrepartie, la vie éternelle.* »⁵⁰ Aussi les services funéraires sont appelés parfois « Culte d'action de grâce » ou « Service de reconnaissance », où le but est de remercier Dieu pour l'homme ou la femme qu'a été le défunt (cette appellation est d'ailleurs assez spécifique de l'identité protestante⁵⁰), de se réunir ensemble, et d'entendre l'évangile du Christ, Bonne nouvelle de la Vie, plus forte que la mort. Dans cette perspective, l'accompagnement à l'approche de la mort se fait par l'écoute du patient, le rappel du pardon et de l'amour de Dieu, et l'appel à la confiance en Lui. La lecture de certains passages choisis et la prière sont aussi des moyens d'accompagner ces malades.

c) Dans l'Islam

Dans le Coran, la mort est un évènement inéluctable pour tout homme : « *Où que vous soyez, la mort vous atteindra, fussiez-vous dans des tours imprenables.* » (Sourate 4, verset 78). Le lieu, le mode et le moment de la mort sont décidés par Dieu : « *C'est Lui qui donne la vie et qui donne la mort; et c'est vers Lui que vous serez ramenés.* » (Sourate 10, verset 56). Là où le Christianisme affirme que Jésus détruit le péché du monde par sa mort sur la croix, l'Islam y voit une sorte de déresponsabilisation du croyant, et au contraire considère que l'homme est responsable intégralement de tous ses actes, dont il devra rendre compte à Dieu après sa mort : « *Quiconque fait un bien fût-ce du poids d'un atome, le verra, et quiconque*

fait un mal fût-ce du poids d'un atome, le verra. » (Sourate 99, versets 7 et 8). La vie après la mort se prépare donc par la vie sur terre au cours de laquelle il faut pratiquer le bien, éviter le mal et ce qui est interdit par Dieu, et vivre autant que faire se peut les cinq piliers de l'Islam (le pèlerinage à la Mecque au moins une fois dans sa vie, les 5 prières par jour, le jeûne annuel du ramadan, payer l'impôt « zakat » pour les nécessiteux, et la profession de foi). « *La mort fait partie de la vie du musulman, et n'est pas à craindre pour ce qu'elle est, mais pour ce qu'elle conditionne par la suite.* »⁵¹ En témoigne un Hadith (un des faits et gestes du prophète Muhammad) qui dit : « *On a demandé un jour au Prophète : « Oh Rasulullah ! Quel est parmi les croyants celui qui a le plus de connaissances et qui est le plus conscient ? » Il répondit : « Ceux qui se souviennent le plus de ce qui arrive à l'homme à sa mort et qui se préparent à faire de leur mieux pour une telle vie après la mort. Ceux-là sont les plus conscients et ceux qui savent le plus. » »*

Une fois la mort survenue, le défunt une fois enseveli, vit une première étape dans la tombe où deux anges (les anges de la mort) nommés Nakir et Mounkir viennent poser trois questions : « *Quel est ton Dieu ?* », « *Quelle est ta religion ?* », « *Quel est ton prophète ?* » Si le défunt répond bien, il vit les délices de la tombe, c'est-à-dire : « *Les anges tapissent la tombe de soie, la décorent de plantes aromatiques et de fleurs provenant du Paradis, et la parfument de senteurs paradisiaques. Une fenêtre sur le Paradis est constamment ouverte, jusqu'au jour du Jugement Dernier, apportant réconfort, lumière et paix sur le croyant.* »⁵¹ Si il répond mal, il subit le supplice de la tombe, dans laquelle il est torturé selon la gravité de ses péchés sur la terre, en attendant le Jugement Dernier.

Une fois ce jugement arrivé, chacun recevra la récompense de ses œuvres, le paradis éternel, ou l'enfer avec ses châtements. L'éternité de l'enfer fait débat entre savants musulmans. Pour certains il ne serait pas éternel car la miséricorde de Dieu l'emporte sur le châtement, pour d'autres, les musulmans vivraient en enfer un temps fini puis iraient au paradis alors que ceux qui n'étaient pas musulmans y resteront éternellement. Pour d'autre encore si on y va, on y reste.

Il n'y a pas de magistère unique dans l'islam, précisant la manière d'accompagner un mourant, cependant des recommandations reviennent beaucoup, comme orienter le malade vers la Qibla c'est-à-dire la direction de la Mecque, répéter la profession de foi calmement, sans forcer le malade à la dire afin qu'il ne se brusque pas, réciter certains passage du Coran⁵¹⁻⁵². Le but est, si possible, que les dernières paroles du malade soient celles de la profession de foi, car cela garantit le paradis. La présence de l'imam n'est pas nécessaire pour l'accompagnement, mais recommandée.

d) Dans le Judaïsme

Le Talmud (Baba Metsia 87a) enseigne que mourir des suites d'une maladie est un don du Ciel qui fut accordé à l'humanité à la demande du patriarche Jacob. Cette épreuve est vue comme un don dans la mesure où elle permet de se préparer au passage dans l'au-delà⁵³. Cependant, il n'existe pas de doctrine officielle précise qui fasse unanimité dans le Judaïsme concernant l'au-delà. Beaucoup sont d'accord sur le fait que l'âme humaine soit immortelle - car l'homme est fait à l'image de Dieu - , qu'elle continue à vivre après la mort corporelle, et que son devenir est lié au principe de rétribution, mais les « modalités » de l'au-delà sont discutées. L'âme reste en relation avec le corps pendant les douze premiers mois après l'inhumation, jusqu'à la

décomposition du corps. Cette période d'attente est une purification de l'âme, après laquelle cette dernière pourra aller à la rencontre de Dieu. Les proches parents se doivent de commémorer l'anniversaire du décès, au cours duquel une prière, le « kaddich » est priée, pour aider le défunt à réaliser ce passage vers Dieu. La notion de shéol ou enfer (qui vient du latin *inferno* : lieu bas), de peine éternelle, avec une rétribution malheureuse, n'est pas consensuelle.

L'accompagnement d'un patient juif de son vivant, se fait surtout par la présence de la famille à ses côtés. L'assistance aux malades et une « mitsva » ou commandement d'une grande valeur, à condition qu'elle apporte soulagement et réconfort, au point qu'il est interdit de quitter un mourant, ni d'en accélérer la mort. Après le décès, l'accompagnement consiste surtout en l'accomplissement des rites funéraires par la « Hevra Kadicha », l'assemblée sainte, qui va organiser ces rites, puis dans le respect d'une période de deuil qui durera sept jours, un mois ou un an selon le degré de parenté⁵⁴. Ces rites sont vus comme un moyen d'aider à prendre conscience du véritable sens de la vie, et la nécessité pour chacun de « rentabiliser » le court passage dans le monde ici-bas⁵³. Cette vision est résumée dans l'Ecriture : « *Mieux vaut aller dans une maison de deuil que dans une maison où l'on festoie, là se voit la fin de tout homme, et les vivants en tireront la leçon.* » (Livre de l'Ecclésiaste, chapitre 7, verset 2). L'accent sur la poursuite de la vie après la mort est donc mis après la mort dudit défunt.

Une autre notion, la résurrection des morts, est présente, mais dont le temps n'est pas connu. Beaucoup de juifs sont dans l'attente du Mashia'h (mais certains comme les juifs réformistes ont rejeté l'idée d'un messie), le messie, qui inaugurerait un temps de paix sur la terre qui sera suivi ensuite de la résurrection des morts. Au final, la mort est

bien suivie par la vie, mais l'« après » demeure un mystère, en Dieu, à vivre dans la joyeuse espérance de la résurrection...

PSAUME 16 du Roi David, utilisé lors des funérailles juives.

« O Dieu, garde moi, c'est à toi que j'ai recours. Je dis au Seigneur : « Tu es mon maître souverain ; je n'ai pas de bonheur plus grand que toi. »

Quant aux fidèles qui sont dans le pays, c'est eux qui ont la vraie grandeur que j'apprécie.

Ceux qui cherchent les faveurs d'un autre dieu ne feront qu'augmenter leurs tourments.

Je n'offrirai pas leurs offrandes de sang. Je n'aurai pas même leur nom sur mes lèvres. Seigneur, toi qui es la chance de ma vie, la part qui me revient, tu tiens mon destin dans tes mains.

C'est un sort qui m'enchanté, un privilège qui me ravit.

Je remercie le Seigneur, qui me conseille : même la nuit, ma conscience m'en avertit.

Je ne perds pas de vue le Seigneur, et je ne risque pas de faiblir, puisqu'il est à mes côtés.

C'est pourquoi j'ai le cœur plein de joie, j'ai l'âme en fête.

Je suis en parfaite sécurité. Non, Seigneur, tu ne m'abandonnes pas à la mort, tu ne permets pas que moi, ton fidèle, je m'approche de la tombe.

Tu me fais savoir quel chemin mène à la vie.

On trouve une joie pleine en ta présence, un plaisir éternel près de toi. »

4) Cadre législatif encadrant spiritualité et soins

a) Dispositions générales

La liberté d'opinion, en particulier, l'opinion religieuse est une valeur fondatrice de la République Française. Dès 1789, l'article 10 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen énonce que « *nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leurs manifestations ne troublent pas l'ordre public établi par la loi* ». Cet ordre public a pour fondement – entre autre – la laïcité : « *La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.* » (article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958).

Le principe de laïcité en France repose sur trois principes qui sont la neutralité de l'Etat à l'égard des religions, la liberté de conscience, et l'égalité des citoyens⁵⁵ (loi du 9 décembre 1905, et article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958). Ainsi l'application de la laïcité en France à l'hôpital résulte de ce difficile équilibre entre la liberté des patients, la neutralité de l'Etat et de ses représentants, et le respect de l'ordre public. Pour ce faire, l'Observatoire de la Laïcité a édité en février 2016 un rappel du cadre législatif concernant le fait religieux en établissement de santé⁵⁶.

b) Les patients

La France « *assure l'égalité des citoyens face au service public, quelles que soient leurs convictions ou croyances* ». Les patients ont droit au respect de leurs croyances, et doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte (article R.1112-46 du Code de la Santé Publique), sous réserve des contraintes découlant du bon

fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité, d'ordre et d'hygiène. Cela implique le respect de la tenue vestimentaire imposée en fonction des soins administrés par exemple. La circulaire du 6 mai 1995 rappelle « *qu'un patient, dans la mesure du possible doit pouvoir suivre les préceptes de sa religion : recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression* ». Toutefois, les patients doivent procéder à leurs prières dans la limite du bon fonctionnement du service, et de la liberté d'autrui, notamment les voisins de chambre.

c) Les soignants

« *Les exigences relatives à la laïcité de l'Etat, et à la neutralité des services publics ne doivent pas conduire à la négation de la liberté de conscience dont les agents publics peuvent se prévaloir.* » L'état rappelle dans le même temps « *l'interdiction de manifester sa croyance, quelle que soit la fonction exercée par l'agent public* » (avis du Conseil d'Etat du 3 mai 2000). Enfin le soignant doit maintenir continuellement la qualité et la continuité des soins, sans distinctions de religions (article L. 1110-1, L.1110-3, R. 4127-47, L. 6112-2 du Code de Santé Publique).

d) Les aumôniers

« *Les aumôniers sont désignés par les autorités cultuelles dont ils relèvent et recrutés par les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Ils ont la qualité d'agents contractuels. Ils ont la charge d'assurer dans les établissements, le*

service du culte auquel ils appartiennent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille ou qui lors de leur admission ont souhaité déclarer qu'ils appartenaient à tel ou tel culte. Ils accompagnent aussi les familles et proches qui le souhaitent. Les personnels soignants sont attentifs à repérer et à transmettre d'éventuelles demandes. » (Charte Nationale des Aumôneries du 5 Septembre 2011, circulaire DHOS/P1 n° 2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers)

Il ressort de ces textes que l'aumônier peut rendre visite au patient sur sa demande, ou spontanément si le patient s'est déclaré comme appartenant au culte dont relève l'aumônier. Ce dernier est là aussi pour faire le lien avec les soignants et pour apporter son concours dans certains cas où les convictions religieuses du patient peuvent avoir un impact sur la prise en charge thérapeutique ou pour permettre de résoudre les problèmes qui pourraient être posés par les pratiques religieuses du patient. Ainsi il n'est pas absurde de s'enquérir spontanément des croyances du patient, et d'intégrer l'aumônier comme faisant partie de l'équipe soignante⁵⁵.

e) Interdiction du prosélytisme

« Les personnels médicaux ainsi que les aumôniers intervenant au sein de l'hôpital public ne peuvent pas faire de prosélytisme. Afin de ne pas nuire à la liberté de conscience des patients accueillis dans l'établissement, qui peuvent se trouver en état de faiblesse, il est interdit au personnel (ainsi qu'au patient) de tenter de rallier à sa croyance religieuse des patients ou des membres du personnel. Toute forme de prosélytisme, même non-violente, doit être sanctionnée. »⁵⁶

Cet article insiste donc sur le fait que s'il est possible de parler « religion » entre malades, avec le personnel soignant ou avec l'aumônier, la loi sanctionne l'invitation faite par un tiers d'adhérer à ses croyances. De ce fait, l'accompagnement spirituel du patient par le soignant ne peut se faire légalement que dans le cadre des croyances du patient, et sans que le soignant exprime son opinion.

f) Synthèse

L'hôpital public doit donc assurer un cadre humain et matériel qui permette au patient d'exprimer et de vivre ses croyances, sans que cela ne gêne quiconque, et sans que les soignants n'expriment leurs croyances ou tentent de faire du prosélytisme. L'équilibre entre neutralité du service public et possibilité de pratiquer sa religion dans un établissement public, est donc attesté par la loi, et repose en pratique sur le bon sens et la bonne volonté de tous, afin que chacun puisse trouver sa place. La place du soignant dans l'accompagnement spirituel du patient n'est pas définie par la loi *stricto sensu*. Son action vis-à-vis du « fait religieux » n'est définie que par les limites à ne pas franchir : pas d'expression de ses convictions religieuses, neutralité vestimentaire, pas de prosélytisme, pas de trouble dans la continuité des soins, équité pour tous les patients, sans discrimination. Sur le plan légal, l'accompagnement spirituel est, à ce jour, l'apanage exclusif de l'aumônier.

III. METHODE

1) Choix de la méthode

La méthode qualitative a été choisie, car les besoins spirituels sont des besoins purement qualitatifs, non quantifiables. A partir des données déjà établies dans ce domaine, notamment grâce aux travaux du Pr H.G Koenig (USA)²⁵, un questionnaire semi-dirigé a été établi par l'investigateur, et a été soumis à tous les participants de l'étude.

2) Construction de l'échantillon

Le nombre de sujet interviewés a été fixé à priori, au nombre de 8 par groupe religieux, ce qui a permis d'arriver à saturation des données. Les interviewés ont été recrutés à partir des connaissances de l'investigateur, d'invitations faites par ces mêmes connaissances à certains de leurs amis, et à partir de démarchage au porte à porte :

- dans la paroisse catholique de Saint-Pierre de Montmartre,
- A l'Eglise Evangélique de Paris Nation,
- A La Grande Mosquée de Paris, la mosquée de Créteil, dans deux salles de prière à Montreuil, une salle de prière dans le 20^e arrondissement de Paris, et dans deux salles de prières à Fontenay-sous-Bois.

- A la synagogue de Vincennes et auprès de personnes manifestement de religion hébraïque, dans le 3^e arrondissement de Paris.

L'investigateur a aussi contacté par mail la Grande Mosquée de Paris, le Mouvement Juif Libéral de France, et l'Union des Etudiants Juifs de France, mais sans retour de leur part, malgré une relance.

Les entretiens se sont déroulés après rendez-vous pris au préalable, et parfois dès la première rencontre.

3) Réalisation des entretiens

Les entretiens ont eu lieu sous la forme de focus-groups ou d'entretiens individuels, devant la trop grande difficulté à réunir en même temps suffisamment de personnes d'une même religion, mais appartenant à des mouvances différentes.

Le guide d'entretien abordait les 6 questions suivantes après que le patient se soit présenté (âge, profession, pratique religieuse) :

- Que représente la mort pour vous ?
- Si vous étiez proche de la mort, comment souhaiteriez-vous que le soignant vous aide dans votre relation à Dieu ?
- Si vous étiez proche de la mort, comment souhaiteriez-vous que le soignant vous aide pour trouver la paix ?
- Si vous étiez proche de la mort, comment souhaiteriez-vous que le soignant vous aide pour que la vie ait du sens ?

- Si vous étiez proche de la mort, comment souhaiteriez-vous que le soignant vous aide pour vous rapprocher des autres ?
- Si vous étiez proche de la mort, comment souhaiteriez-vous que le soignant vous aide pour vous préparer à la mort ?

Ces questions sont en finale des directives spirituelles anticipées de même que l'on pourrait demander des directives anticipées « physiques ». Le schéma d'étude a été réalisé de cette manière devant la difficulté à pouvoir recruter suffisamment de personnes en situation de fin de vie.

4) Recueil des données

Les données ont été recueillies de façon prospective par l'investigateur, entre mai et juillet 2016. Les sujets interrogés sont tous des sujets bien portants appartenant aux quatre groupes religieux majoritaires en France : le Catholicisme, le Protestantisme, l'Islam et le Judaïsme. Les entretiens ont eu lieu principalement dans des lieux fermés : des salles de réunions, quelquefois des lieux conviviaux (restaurant/café). Trois entretiens se sont déroulés par téléphone, un par Skype©, et un dans la rue. La technique de « reformulation » a été utilisée pour enrichir le recueil de données. Les entretiens ont tous été enregistrés sur dictaphone puis retranscrits par écrit en essayant de respecter le phrasé et la ponctuation.

Les données recueillies ont été anonymisées. L'accord oral des interviewés pour l'enregistrement était demandé systématiquement en début d'entretien, après rappel du « pourquoi » de l'étude. Les interviewés n'ont signé aucun papier. Cinq des

entretiens ont été tapés par un proche de l'investigateur. Tous les autres entretiens ont été retranscrits par l'investigateur.

5) Analyse des données

L'analyse des données a été faite intégralement par l'investigateur. Le codage a été fait en ouvert, par l'investigateur, à l'aide du logiciel Nvivo pro©. Les résultats sont issus du regroupement des données par unité thématique, pour chaque groupe religieux. Une triangulation des données a été réalisée en comparant les données recueillies à celles de différentes sources religieuses traitant de la fin de vie, ou en les confrontant aux avis de représentants religieux.

6) Données bibliographiques

La bibliographie a été réalisée à partir de la base de données Pubmed, du CISMEF, des annales du Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie. Les mots-clefs utilisés étaient : « besoins spirituels », « spiritualité », « santé », « religion », « fin de vie », « mort ». Les données de l'institut de sondage IFOP ont été consultées, ainsi que de nombreux sites internet traitant de la pratique religieuse, à l'hôpital ou non. L'ouvrage « *Handbook of health and religion, 2nd édition* » qui compile à sa date d'édition (2012) l'intégralité des études publiées portant sur le rapport entre spiritualité et santé a aussi été très précieux.

IV. RESULTATS

1) Statistiques générales.

32 personnes ont été interrogées avec le même questionnaire d'entretien, 8 de chaque groupe religieux, selon le tableau suivant :

	Catholiques (n=8)	Musulmans (n=8)	Protestants (n=8)	Juifs (n=8)
Age moyen [extrema] Ecart-type σ	51ans [26-76] σ : 19,2	39 ans [27-53] σ : 8,23	Age manquant pour 4 personnes	47 ans [23-71] σ : 17
Profession	1 ingénieur retraité 1 infirmier 1 commerçant 1 commerçante retraîtée 1 professeur (♀) 1 mère au foyer 1 hôte d'accueil (♂) 1 directrice crèche	1 imam 1 médecin (♀) 1 traducteur 1 assistante sociale 1 jardinier 1 aide-soignante 1 commerçant 1 NC (♂)	1 policier (♂) 1 éducateur spécialisé 1 enseignante chercheuse 1 technicien 1 psychologue (♂) 1 DGA (presse) (♀) 1 cadre commerciale 1 NC (♂)	1 étudiant 2 médecins (♀) 2 restaurateurs 1 taximan 1 sans-abri (♂) 1 avocate
Sex ratio (H/F)	1	1,6	1,6	1,6
Pratique religieuse	Quotidienne : 2 1x/semaine : 4 1x/mois : 0 Rarement : 0 NP : 2	Quotidienne : 6 1x/semaine : 1 1x/mois : 0 Rarement : 1 NP : 0	Quotidienne : 5 1x/semaine : 0 1x/mois : 2 Rarement : 1 NP : 0	Quotidienne : 2 1x/semaine : 5 1x/mois : 0 Rarement : 0 NP : 1

Tableau 7 : Statistiques générales sur la population étudiée

2) Représentation de la mort

	Nombre de personnes concernées
Mystère ou inconnu	11
Transition	8
Moment douloureux	7
Poursuite de la vie	6
Rencontre avec Dieu	6
Rétribution des actes	4
Motif d'espérance	4
Expérience à vivre	3
Effrayant	3
Début	2
Fin	1
Obstacle à l'activité	1
Libération	1

Tableau 8 : Représentation de la mort dans la population étudiée

a) Dans le Catholicisme

La mort est vue principalement comme un passage, plus ou moins douloureux, avant la rencontre avec Dieu :

- « *La mort ce serait, pour moi en tant que chrétien, l'ultime passage au sens de la Pâques du Christ. [...] Souvent autour de la mort il y a quand même de la peine, de la souffrance. Le Christ lui-même, on oublie souvent cette dimension, a prié pour y échapper. [...] La mort ce n'est pas tant ça que l'affliction dans laquelle ça te plonge, pas forcément la tienne mais celle des autres.* » (S. 42 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *Ce moment est très douloureux.* » (H. 76 ans, homme, pratique hebdomadaire)
- « *Alors pour moi la mort, c'est... Bon voilà, ça va être la rencontre face à face avec le Seigneur, avec, dans ses yeux, la miséricorde, l'amour et voilà, la vie éternelle, ben voilà, c'est une promesse de bonheur éternel. Quelque chose d'extrêmement lumineux qu'il faut attendre, qui viendra ensuite [...] C'est commencé maintenant parce que je suis en route vers ce moment, vers cette rencontre.* » (C. 65 ans, femme, pratique quotidienne)

Mais il reste pour beaucoup, même les plus pratiquants, une part de mystère, d'inconnu :

- « *Cette gestation étant terminée on passe à une modalité autre avec le coefficient qui fait que ça reste une énigme. [...] Ce qu'elle donne à voir, et pour en avoir vu par la pratique de mon métier, laisse devant la porte du mystère.* » (S. 42 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *Je suis très curieuse de voir ce qu'il y a de l'autre côté.* » (C. 60 ans, femme, pratique hebdomadaire)
- « *Il y a une partie plus cartésienne, qui me dit qu'il n'y a ptet rien.* » (V. 37 ans, femme, non pratiquante)

b) Dans le Protestantisme

Deux traits de la perception de la mort ressortent. L'espérance de la résurrection et de la rencontre de Dieu, et la nette différence de conception de la mort entre « l'avant » et « l'après » de la conversion de certains interviewés :

- « *La mort, pour moi, c'est vraiment un passage vers mon Père Céleste, simplement.* » (M. 35 ans, homme, pratique quotidienne, évangélique)
- « *Lorsque l'âme va se séparer, l'esprit va se séparer du corps, c'est dans cela que nous pouvons réellement rejoindre Dieu. [...] Si tu as mis ta confiance en*

Jésus, cette vie continue. [...] La mort n'est pas une fatalité. » (A. âge non connu, homme, pratique quotidienne, évangélique)

- *« Avant de connaître Jésus je me posais des questions. [...] Une fois que j'ai rencontré Jésus Christ, qui s'est présenté comme la vie et la résurrection, je ne me suis plus posé de question concernant la mort. » (F. âge non connu, homme, pratique quotidienne, évangélique)*

Pour certains interviewés, la mort et ce qui l'entoure restent mystérieux et douloureux :

- *« Je n'ai aucune idée de ce qu'il y a derrière, malgré avoir lu la bible etc. [...] Pas grand-chose. Pas grand-chose. [...] J'attends. J'attends de voir. » (M. 35 ans, femme, culte deux fois par an. Réformée)*
- *« Ce qui m'embêterait le plus c'est la manière de mourir [...] Voir les gens souffrir sur leur lit c'est peut-être ce qu'il y a de plus difficile. » (J. âge non connu, homme, pratique quotidienne, évangélique)*

c) Dans l'Islam

La mort est aussi vue comme un passage vers un autre monde, où la notion de rétribution en fonction des actes faits de son vivant est importante :

- *« Ça veut dire « autre vie », comme par exemple, tu voyages, tu es à l'aéroport pour attendre l'avion, pour aller autre part, donc si tu as fait le bien ici, tu seras heureux toujours. [...] Pour moi, comme croyant, la mort c'est une autre vie. » (S. 53 ans, homme, pratique quotidienne)*
- *« Après ma mort, ça y est tout est fini, faut qu'ils se rappellent qu'après il y a une Vie au-delà. [...] Toujours je pense à ça : qu'est-ce qu'on a fait de bon et de mauvais ? [...] Dans l'au-delà, faut payer. [...] La fin de vie, c'est toujours lié à se faire pardonner ses péchés. » (Y. 33 ans, homme, pratique quotidienne)*
- *« Il y a de plus un châtement très grave pour celui qui casse le lien filial, familial. » (M. 39 ans, homme, Imam)*

La notion de mystère, d'inconnu, parfois effrayant, revient aussi :

- *« Moi, franchement je ne sais pas, j'en ai peur, je ne sais pas trop. La fin de quelque chose, et peut être le début d'une autre, je ne sais pas trop. » (Z. 50 ans, femme, pratique intermittente)*

- « *Pour ma part, on va dire que je pense souvent à la mort, c'est quelque chose d'angoissant. [...] C'est difficile de à se projeter dans cette période-là.* » (M. 35 ans, femme, pratique hebdomadaire au moins)
- « *Mais ça fait peur, vraiment ça fait peur.* » (S. 53 ans, homme, pratique quotidienne)

d) Dans le Judaïsme

La conception de la mort est très hétéroclite, sans rapport avec le degré de pratique : parfois perçue comme une continuation de la vie terrestre, elle est aussi vue comme un terme complet à la vie.

- « *La mort n'existe pas dans le Judaïsme [...] Le cimetière s'appelle Beit Hahaïm, « La Maison de la Vie ». Donc la mort est une deuxième vie. [...] La mort fait partie de la vie quoi.* » (J. 40 ans, homme, traditionaliste, pratique hebdomadaire)
- « *Y a pas forcément quelque chose après la mort, personnellement, je pense que ça n'a rien à voir avec la religion, mais heu... A part que c'est la fin de vie, euh ça va être très limité, là comme ça aujourd'hui, ça représente juste la fin de vie [...] Et en espérant quand même que y ai quelque chose derrière, même si on a peur ou qu'on est plein de doutes.* » (A. 36 ans, femme, médecin, libérale, pratique hebdomadaire)
- « *La mort pour moi c'est une libération, pour moi ce n'est pas un mort définitive, Dieu nous a donné la vie, la mort aussi, faut qu'on la comprenne.* » (A. non pratiquant, SDF)
- « *C'est quelque chose qui va me gêner dans mon programme [...] J'ai peur de la mort parce que bon Dieu, je ne vais plus avoir rien à faire, je suis un peu triste si il y a la mort, parce que je n'aurais plus rien à faire.* » (P. 66 ans, homme, traditionaliste, pratique quotidienne)
- « *Je pense que la mort c'est aussi le fait de comprendre beaucoup de choses de la Vie [...] Et la mort ce n'est pas négatif.* » (J. 40 ans, homme, traditionaliste, pratique hebdomadaire)
- « *La mort est la continuation du travail sur terre.* » (I. 23 ans, homme, traditionaliste, pratique quotidienne)

3) Relation à Dieu

a) Dans le Catholicisme

Faire venir le prêtre est une notion qui revient chez à peu près tous les types de profils, seules deux personnes sur les 8 interrogées n'en parlent pas :

- « *Ah oui, oui, bien sûr, je serais très touchée qu'il s'inquiète si j'ai besoin de voir un prêtre, peut-être de recevoir un sacrement.* » (C. 65 ans pratiquante quotidienne)
- « *Ou le cas échéant un prêtre ou un curé ou... qui puisse venir pour moi ça sera une éternelle bénédiction, si besoin est pour la personne... c'est quelque chose qui devrait être sur demande de la part du patient... Ou au moins sur les papiers d'entrée de l'hôpital, avoir une petite case : « Oui ou non je souhaiterais l'intervention d'un religieux. » » (B. 26 ans, non pratiquant)*

La place attendue du soignant pour aider le patient dans sa relation à Dieu est variable :

- « *Je trouve ça bien que ce soit séparé [...] Et avoir une personne autre que le soignant qui est à l'écoute, et à qui on peut confier des choses qu'on ne dirait pas forcément à quelqu'un de soignant.* » (V. 37 ans, non pratiquante)
- « *Je ne sais pas si il peut beaucoup pour m'aider dans ma relation à Dieu.* » (C. 65 ans pratiquante quotidienne)
- « *Et si il est catholique, on peut parler de ça, si il n'est pas catholique, si il est musulman, c'est plus compliqué.* » (O. 75 ans, femme, hebdomadaire)
- « *Ce serait très important pour moi, et si il était croyant en plus, que sentant que, voilà, la vie m'échappe, qu'il prie avec moi.* » (C. 65 ans pratiquante quotidienne)

En revanche l'attente d'une attitude "empathique" est proposée par tous les membres du groupe :

- « *Ce qui m'effraierait le plus si, par exemple, je devais mourir à l'hôpital, c'est la solitude. [...] Donc ce serait plutôt une présence qu'un discours, parce qu'on n'est jamais à la place de celui qui va partir. [...] De la part du soignant, il y a certainement une proximité, une chaleur humaine, si tant est qu'elle n'est pas reçue des siens.* » (S. 42 ans, pratique quotidienne)
- « *J'aimerais bien qu'il se fasse 'pro'.* » (B. 27 ans pratique hebdomadaire)
- « *Que le soignant soit suffisamment clair pour ne pas cacher la vérité, mais comprendre quelle est notre perspective pour pouvoir m'aider à passer ce moment avec le plus de force possible.* » (H. 76 ans, pratique hebdomadaire)

b) Dans le Protestantisme

Soit le soignant n'a pas de place pour aider dans la relation à Dieu, soit il peut avoir une place, mais sous la condition d'être au moins chrétien :

- « *Si c'est une personne qui est croyante, qui croit en Jésus, qui va me rappeler justement ces promesses qui sont dans la parole de Dieu, [...] Je pense que ce sera un bon accompagnement, c'est ce qui manque d'ailleurs dans les hôpitaux, même pour nous chrétiens.* » (D. évangélique, pratique quotidienne, responsable d'une église évangélique)
- « *Peut-être que si c'est un soignant catholique, ça me perturberais un peu [...] Je préférerais que ce soit un soignant pour le coup plutôt protestant.* » (A. 35 ans, réformée, pratique mensuelle)
- « *En fait je pense que je n'attends pas du soignant qu'il m'aide dans ma relation à Dieu [...] Je préférerais voir un pasteur, des gens de mon Eglise, ou des gens de ma famille, des gens que je connais quand même bien, mais du soignant, je n'attends pas qu'il rentre dans ma vie.* » (M. 35 ans, pratique bi annuelle)

La place attendue du soignant est soit une aide rituelle, soit une attitude empathique :

- « *Je pense que j'aurais peur, je pense que j'aimerais qu'il me rassure.* » (A. 35 ans, réformée, pratique mensuelle)
- « *Je pense que la première chose importante pour moi c'est qu'il puisse être à l'écoute [...] Je crois que l'écoute, être disponible pour répondre à mes besoins, accepter que ma famille soit présente, accepter aussi éventuellement*

la présence d'un pasteur [...] Qu'il puisse être très délicat et pédagogue notamment dans la partie soin. » (A. 49 ans, réformée, pratique bimensuelle)

- *« Ça serait bien vraiment bien de me tenir la main, et soit de faire des chants [...] Ou de lire la bible [...] Et de prier pour moi aussi, et si la personne peut vraiment prier en me tenant la main, dans l'espoir que [...] Vraiment je puisse continuer à nourrir mon âme dans cet état. » (A. évangélique, pratique quotidienne)*

c) Dans l'Islam

On retrouve la même dualité chez les musulmans, soit le soignant n'a pas de place attendue, soit il peut aider à prier :

- *« Faut qu'on sache qu'il faudrait m'aider peut-être si j'arrive plus à faire la shahada, mais voilà quoi j'ai pas de demande particulière. » (Z. 50 ans, femme, pratique intermittente)*
- *« On souhaiterait que le soignant nous rappelle de faire le témoignage qu'il n'est de Dieu qu'Allah et que le prophète -Qu'Allah le bénisse et lui accorde le salut- Muhammad est son messager. » (M. 39 ans, Imam)*
- *« Spirituellement, je ne pense pas que le soignant va m'aider, je pense que sur le plan physique il pourra soulager mes douleurs, m'aider, me donner les médicaments, mais toute l'autre partie, ce sera moi et ma famille, je ne pense pas que je le laisserai rentrer dans le cercle. » (D. 27 ans, femme, médecin pratique quotidienne)*
- *« Vraiment pour moi la relation à Dieu est unique, c'est un être vers son créateur en fait, et du coup je rejoins tout à fait D. quand elle dit qu'il ne peut pas y avoir d'intermédiaire. Sur ce plan-là, je ne pense pas qu'il (le soignant) puisse être une aide. [...] Me questionner sur ma conscience... y a que moi qui peut le faire, je ne pense pas qu'une autre personne puisse m'aider à ce moment-là. » (M. 35 ans, femme, pratique hebdomadaire au moins)*

d) Dans le Judaïsme

Pour une majorité, la place du soignant n'est pas dans l'accompagnement spirituel, mais consiste à passer la main à l'autorité religieuse compétente, et ne pas être un obstacle. Les soins ne font pas partie à proprement parler de l'accompagnement spirituel. Seul un des interviewés aimerait que l'on prie pour lui :

- « *Je ne pense pas que le soignant ait un rôle, à part le fait de respecter ma volonté de poursuivre ou pas les soins [...] Alors c'est important qu'il soit à l'écoute effectivement, mais je l'associe pas forcément à la religion. Je l'associe plus à quelque chose d'humain. [...] Proposer éventuellement, si j'aimerais parler à quelqu'un pour parler de religion, mais pas au-delà de ça.* » (A, 36 ans, femme, médecin pratique hebdomadaire)
- « *Ben pas grand-chose, je pense que c'est pas à lui de le faire, ce n'est pas sa place. Ce n'est pas son rôle. [...] Tout ce que je veux, c'est ne pas empêcher des rites ou ce que je veux faire.* » (C. 27 ans, femme, médecin, juive traditionaliste, pratique hebdomadaire)
- « *Prier pour moi, prier pour moi [...] en silence, dans son petit coin personnel quoi [...] Il y a une personne qui peut être très juste, tu vois, juste chez nous, du point de vue du Judaïsme ; il peut être juste, et Dieu il peut écouter ses paroles par exemple.* » (A. 50 ans, homme, SDF, non pratiquant)

D'autres voient le rôle humain du soignant comme un rôle spirituel, il faut donc être le plus empathique possible, le plus humain, faire ses soins au mieux :

- « *Mais il peut m'accompagner oui, déjà d'être accompagné c'est déjà être choisi et de faire partie de ces dernières heures et de ces derniers jours. Et c'est déjà énorme. [...] S'il a été choisi pour me soigner, c'est déjà qu'il y a un petit côté spirituel dans tout ça. [...] C'est peut-être d'être, pas indulgent, mais d'accepter l'autre.* » (J. 40 ans, homme, traditionaliste, pratique hebdomadaire)
- « *Qu'il me donne les meilleurs soins possibles. Pour être le plus propre avant de partir. [...] On ne peut pas séparer l'aspect spirituel et l'aspect médical. Les deux sont liés.* » (I. 23 ans, homme, traditionaliste, pratique quotidienne)
- « *Essayer de me rassurer avec des paroles, des choses comme ça.* » (A. 50 ans, homme, SDF, non pratiquant)

4) Paix

a) Dans le Catholicisme

La place du soignant attendue est très variable, indépendamment de la pratique :

- « *C'est l'accompagnement par la prière, pour trouver la paix intérieure, par cette prière... Peut-être de s'arrêter un moment dans sa journée, et de prier avec moi.* » (B. 27 ans, homme, pratique hebdomadaire)
- « *Ben déjà éviter de souffrir, accompagner la douleur, de la soulager, après pour la famille, je pense que j'aurais peur pour la tristesse de la famille, faudrait que il y ait des gens qui soient à l'écoute, qui leur parlent, qui leur expliquent.* » (V. 37 ans, femme, non pratiquante)
- « *S'il n'est pas croyant, je ne sais pas comment il pourrait m'aider à rentrer dans cette démarche.* » (S. 42 ans, homme pratique quotidienne)
- « *Le soignant ce n'est pas lui qui apporte purement le spirituel. D'abord soigner, effectivement d'accompagner... Ce n'est pas sur lui, à moins qu'il y ait un cas spécialement particulier, avec un soignant très spirituel, mais à mon avis, ce n'est pas le rôle du soignant d'accompagner spirituellement d'une manière précise.* » (H 76 ans, homme pratique hebdomadaire)

b) Dans le Protestantisme

Chez les évangéliques, l'accent est mis sur l'aide rituelle, alors que chez les réformés, c'est sur l'empathie, voire l'absence de rôle.

- « *Je ne suis pas sûre que ce soit pour moi, le soignant la première personne de qui j'ai le plus d'attente pour trouver cette paix intérieure [...] Ce qui contribuerai, ça serait être ce qu'on disait tout à l'heure, à savoir respecter mes demandes. [...] Donc le dialogue, le contact, la délicatesse, le tact, être le moins intrusif possible.* » (A. 49 ans, culte une à deux fois par mois, réformée)

- « *C'est être accompagné avec la louange, avec la prière, avec la parole de Dieu, parce que le soignant ne peut pas nous donner la paix, mais au travers de lui, Dieu peut agir pour nous donner la paix.* » (M. 35 ans, homme, pratique quotidienne, évangélique)

c) Dans l'Islam

On retrouve exactement les mêmes thèmes abordés précédemment, l'aide rituelle, l'empathie, ou rien du tout :

- « *Si je vois quelqu'un qui peut me lire le coran pour entendre la parole d'Allah -qu'il soit loué- ça me fait penser à Allah. [...] Commencer à parler de la shahada jusqu'à ce qu'il va répéter avec toi, il va répéter avec toi, jusqu'à ce qu'arrive la mort.* » (K. 34 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *Je pense que le soignant peut pas entrer dans la spiritualité, c'est entre moi et mon Seigneur.* » (Y. 33 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *Qu'il soit là, vraiment, qu'il ait une écoute vraiment attentive et altruiste en fait, qu'il soit vraiment dans l'écoute, peut-être pas dans la gestuelle, mais vraiment dans l'écoute.* » (M. 35 ans, femme, pratique hebdomadaire au moins)

d) Dans le Judaïsme

On retrouve les mêmes représentations, mais l'accent est plus fort sur l'absence de rôle. Seul un des interrogés propose que le soignant puisse aider pour quelques gestes rituels simples.

- « *Que quelqu'un me tienne la main, avant de partir... Etre accompagné.* » (A. 50 ans, homme, SDF, non pratiquant)
- « *Je n'attends rien du soignant pour m'aider dans ma spiritualité.* » (C. 27 ans, femme, médecin, juive traditionaliste, pratique hebdomadaire)

- « *Peut-être nous aider à faire l'ablution des mains si on peut pas se lever. Peut-être mettre une kippa sur la tête pour pouvoir effectuer la prière. Mais je reste quand même sur la première question, si cette personne-là a été choisie pour vous accompagner à vos derniers jours, le fait qu'elle ait été choisie, c'est déjà pratique et ça nous aide énormément.* » (J. 40 ans, homme, traditionaliste, pratique hebdomadaire)

5) Relation aux autres

a) Dans le Catholicisme

La consigne principale qui revient est « prévenir et accompagner la famille ». Une interviewée seulement pense que le soignant n'a aucun rôle pour cela.

- « *Essayer de les faire joindre. S'ils ne savent pas encore que je suis dans un état critique.* » (S. 42 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *C'est important que le soignant ait vis-à-vis de la personne qui va rester, un dialogue qui l'aide justement à arriver jusqu'au bout.* » (H. 76 ans, homme, pratique hebdomadaire)
- « *Je pense qu'il ne peut pas faire grand-chose pour moi.* » (C. 60 ans, femme, pratique hebdomadaire)

b) Dans le Protestantisme

Idem chez les protestants, avec en plus chez les évangéliques, la demande de rappeler que la foi du patient lui permet de rester dans l'espérance :

- « *Si le soignant est chrétien et dans notre foi, qu'il puisse aussi montrer à notre famille et à notre entourage, que même si nous sommes dans la souffrance et que nous n'avons pas la possibilité de communiquer, on a une espérance d'au-delà.* » (M. 35 ans, pratique quotidienne, évangélique)

- « *Même nos familles peuvent aussi souffrir à ce moment-là. Ils auront besoin à ce moment-là de quelqu'un pour leur rappeler ces promesses-là.* » (D. évangélique, pratique quotidienne)
- « *Il est important que le soignant puisse dire les choses à l'entourage, et de pas laisser la famille dans l'incompréhension, dans le doute.* » (M. 35 ans, pratique quotidienne, évangélique)

L'autre point important est la demande d'accueil des proches par les soignants :

- « *Accepter leur présence (des proches) [...] Et puis aussi de demander à l'entourage de sortir si il y a des moments difficiles.* » (A. 49 ans, femme, culte une à deux fois par mois. Réformée)
- « *Que le médecin facilite cette possibilité de pouvoir avoir des personnes vraiment de confiance qui viennent pour l'entourer.* » (A. évangélique, pratique quotidienne)
- « *Quand ma famille arrive, ben qu'il me laisse avec elle quoi.* » (M. 35ans, femme, culte deux fois par an. Réformée)

c) Dans l'Islam

Deux points spécifiques à l'islam sont le fait de révéler si l'on a des dettes afin que les descendants puissent la régler, et se faire pardonner par sa famille avant de mourir. On retrouve sinon les propositions déjà évoquées : accompagner et informer la famille, et parfois rester à l'écart.

- « *Moi j'aimerais bien qu'il utilise ses compétences professionnelles [...] Pour pouvoir apaiser mes proches.* » (M. 35 ans, femme, pratique hebdomadaire au moins) ... « *Je suis d'accord là-dessus.* » (S. 53 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *Si je ne peux pas appeler ma famille, il doit le faire pour moi [...] Faut toujours dire la vérité si on est en fin de vie [...] Faut toujours se faire pardonner par*

toute la famille. [...] Dans l'islam, si ta mère ou ton père ne te pardonnent pas quelque chose, c'est très grave. » (Y. 33 ans, homme, pratique quotidienne)

- *« Ce qui est important, c'est si on a des dettes, que nous nous connaissons (i.e. la personne qui va mourir) et que personne ne connaît, à ce moment il faut le dire, pour que quelqu'un de la famille, les enfants, son épouse, ou ses frères, ses sœurs, prennent la responsabilité de rendre les dettes. » (M.39 ans, homme, Imam)*
- *« Spirituellement, je ne pense pas que le soignant va m'aider, je pense que sur le plan physique il pourra soulager mes douleurs, m'aider, me donner les médicaments, mais toute l'autre partie, ce sera moi et ma famille, je ne pense pas que je le laisserai rentrer dans le cercle. » (D. 27 ans, médecin, femme, pratique quotidienne)*

d) Dans le Judaïsme

Les interviews sont unanimes : la famille doit être réunie. Mais ce sera toujours fait sans que le soignant ait à intervenir. Le soignant n'a donc aucun rôle à jouer, sauf laisser la famille se réunir :

- *« Ce n'est pas une question qui se pose de fait. » (J. 40 ans, homme, traditionnaliste, pratique hebdomadaire)*
- *« Pour moi c'est fini, il a plus de rôle, pour moi il doit surveiller son langage, c'est tout. » (P. 66 ans, homme, traditionnaliste, pratique quotidienne)*
- *« Le soignant...Enfin... Je... Je pense que vraiment, pour moi ce n'est pas dans ses prérogatives. » (C. 27 ans, femme, médecin, juive traditionnaliste, pratique hebdomadaire)*

6) Sens de la vie

a) Dans le Catholicisme

Chez les pratiquants, la vie a déjà son sens, le soignant n'a pas de rôle, et c'est l'aumônier qui est important, chez les deux personnes non pratiquantes interrogées, le soignant peut apporter du sens à la vie par sa présence, son écoute, et sa capacité à changer les idées :

- « *Je pense que ce n'est pas au moment de mourir qu'on va se poser la question sur le sens de la vie.* » (C. 60 ans, femme, pratique hebdomadaire)
- « *C'est plus le rôle d'un aumônier de venir présenter la vie sous cette forme de transition, qu'au médecin.* » (H. 76 ans, homme, pratique hebdomadaire)
- « *Si on a pas la possibilité de rentrer chez soi, c'est plus un accompagnement psychologique et moral. [...] Je sais que d'avoir un soignant qui prend le temps, juste qui écoute, ça fait du bien.* » (V. 37 ans, femme, non pratiquante)
- « *Ben... à part me changer les idées [...] Je pense que la personne va déjà se torturer l'esprit assez longtemps pour que éventuellement trois heures dans la journée, on puisse le faire changer d'idées quoi...* » (B. 26 ans, homme, pratique non pratiquant)

b) Dans le Protestantisme

Pour les évangéliques, le soignant ne pourra aider dans cet aspect que s'il est chrétien. Pour les réformés, on retrouve différentes notions, telles que la cohésion d'équipe soignante, l'écoute.

- « *Pour moi c'est le comportement d'une équipe, c'est-à-dire que le médecin en charge de votre dossier, ça doit être celui qui pilote, et donc la présence, la disponibilité, la délicatesse, le respect des infirmières et des autres soignants, est au moins aussi important, donc c'est un travail d'ensemble, que les choses soient harmonieuses, que il n'y ait pas de propos contradictoires.* » (A. 49 ans, femme, culte une à deux fois par mois. Réformée)
- « *Je pense que c'est toujours basé sur beaucoup de dialogue pour voir ce qui fait sens chez nous.* » (A.35 ans, femme, culte une fois par mois, réformée)

- « *Si le médecin a la capacité d'amener les gens à comprendre que la vie, ne s'arrête pas là, à un chrétien, vraiment c'est souhaitable qu'il puisse vraiment donner de l'espérance à même les jours qui sont comptés, que la personne ne soit pas totalement abattue, et qu'il puisse relever la tête, mais au cas où il sait, et il connaît et il sait donner cet encouragement-là. Au cas où il ne connaît pas, et il ne croit pas à ça, que je pense que tout s'arrête là.* » (A. âge non connu, homme, pratique quotidienne, évangélique)

c) Dans l'Islam

Il peut s'agir d'encourager à faire du bien aux autres, mais aussi d'accomplir certains gestes rituels. Pour d'autres le soignant n'a pas de rôle à jouer. Le fait de dire des paroles réconfortantes, ou de parler de foi (à condition d'être instruit dans l'Islam), sont aussi vus comme des moyens pour aider à trouver du sens à sa vie.

- « *Mais je voudrais qu'on m'aide [...] A ce que, la vie continue peut-être au travers de mes enfants ! [...] Je pense qu'arrivée à la mort, je voudrais quand même entendre le Coran [...] Faire la dernière prière [...] Je voudrais que, voilà, on m'aide à ce que je parte l'esprit tranquille.* » (Z. 50 ans, femme, pratique intermittente)
- « *M'aider à faire du bien aux gens. [...] Si le soignant peut t'aider à faire des bonnes actions, même faire voir un autre malade qui est malade, c'est déjà une bonne action. [...] Lire le coran, c'est important aussi, ça apaise le cœur.* » (Y. 33 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *La religion, c'est là où il peut aider les gens, sinon là il peut rien faire.* » (S. 53 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *Je ne sais pas si un médecin ou une personne extérieure peut nous aider à trouver un sens spécifique à ce moment-là de la vie, ou de la fin de vie.* » (M. 35 ans, femme, pratique hebdomadaire au moins)

d) Dans le Judaïsme

La question du sens de la vie ne se pose pas d'après les personnes interviewées, elle est soit inadaptée, soit inaccessible au soignant.

- « *Ma vie pour moi elle a déjà un sens. Elle a déjà un sens.* » (A. 50 ans, homme, SDF, non pratiquant)
- « *Ce n'est pas dans les 10 dernières minutes qu'on donne du sens à sa vie [...] Ce n'est pas le soignant, dans la prise en charge de la fin de vie, qui va changer ce qu'on a pu laisser comme trace derrière nous.* » (C. 27 ans, femme, médecin, juive traditionaliste, pratique hebdomadaire)
- « *Dans le cas où on est à la fois en fin de vie et isolé, le soignant peut effectivement avoir un rôle de cette nature-là. [...] Dans notre cas, ce n'est pas une question qui se pose.* » (J. 66 ans, femme, traditionaliste, pratique hebdomadaire)
- Investigateur : « *La question du sens de la vie n'a pas de sens ?* » J : « *Non. Parce que la vie c'est d'être dans le présent. [...] Dans le Judaïsme, on n'attend pas de mourir pour faire le bilan. On vit dans le présent et on le fait tous les jours notre bilan.* » (J. 40 ans, homme, traditionaliste, pratique hebdomadaire)

7) Préparation à la mort

Cette question a été rajoutée dans le questionnaire, par rapport aux quatre grand types de besoins spirituels mis en exergue par Koenig²⁵, afin d'enrichir les données, et de voir si d'autres besoins spirituels étaient exprimés par les personnes interrogées.

a) Dans le Catholicisme

La place du soignant consiste essentiellement dans l'attention au corps du malade

(douleur, propreté etc.). L'attitude de sincérité et de réconfort est encore évoquée ici.

Pour tout le reste, c'est le prêtre qui est évoqué pour se préparer à la mort :

- « *Retirer la douleur sans être complètement amorphe [...] Et expliquer ce qui va se passer, être clair sur ce qu'il va se passer, pas infantiliser en fait, tout en rassurant.* » (V. 37 ans, femme, non pratiquante)
- « *On ne se prépare pas vraiment à la mort, on angoisse, on angoisse pas, on l'a en horreur ou pas, je pense pas qu'on puisse la préparer comme on prépare un concours ou un examen. [...] Le mieux c'est de soutenir les personnes jusqu'au bout et de garder le sourire et la joie de vivre et voilà.* » (B. 26 ans, homme, non pratiquant)
- « *C'est le rôle du prêtre, plus que le soignant, c'est intéressant que le soignant soit utile, il soigne le corps, il peut aider à soigner l'âme par sa bienveillance, sa présence par la prière, après le reste n'est pas entre ses mains, mais là où il peut avoir une aide, c'est l'accompagnement des proches, des aidants, préparer à la mort peut être aussi ça.* » (B. 27 ans, homme, pratique hebdomadaire)
- « *Je crois qu'il peut aider la personne à rester digne dans son physique. L'aider à rester humain, digne, propre.* » (H. 76 ans, homme, pratique hebdomadaire)

b) Dans le Protestantisme

On retrouve les mêmes données que chez les catholiques interrogés : soins de corps, et réconfort, favoriser le contact avec l'autorité religieuse compétente, ici le pasteur. La nécessité d'être croyant pour aider sur le plan spirituel est de nouveau évoquée par les évangéliques.

- « *Je pense qu'on va tourner sur la même chose [...] Un soignant qui n'est pas converti, ce sera difficile, pour m'aider, bon peut-être il va prendre soin de moi, de mon corps.* » (D. âge non connu, homme, pratique quotidienne, évangélique)
- « *Me faire belle... Je ne sais pas trop ce que je pense de la mort, de ce qui se passe et tout ça, je ne sais pas du coup comment me préparer [...] J'aurais envie que le soignant me rassure dans cette vision que j'ai.* » (A.35 ans, femme, culte une fois par mois, réformée)

- « *Pas forcément une préparation spécifique de la part du soignant, à part l'honnêteté [...] Et une facilitation d'accès à un pasteur.* » (M. 35ans, femme, culte deux fois par an. Réformée)

c) Dans l'Islam

Comme pour les chrétiens, la sincérité est demandée au soignant. Pour certains, il faut être musulman pour pouvoir aider sur le plan spirituel, pour d'autres, non. Un sujet a parlé de demander l'accord pour le don d'organe.

- « *Il peut m'accompagner si il a une Foi, qu'il pense à la vie après la mort, ça dépend peut être des personnalités.* » (D. 27 ans, femme, médecin, pratique quotidienne)
- « *Si le docteur veut quelque chose de moi, je vais lui demander d'abord ; si il me dit : « Il y a un autre malade qui a souffert des choses, mais on peut lui remplacer ceci ou cela. », moi je peux l'autoriser (à me prélever).* » (S. 53 ans, homme, pratique quotidienne)
- « *Bon déjà faut qu'il me dise la vérité hein ! [...] Etre à l'écoute, très disponible, et en même temps garder sa place de soignant.* » (Z. 50 ans, femme, pratique intermittente)
- « *Si il n'y a personne, et qu'il y a le soignant, qu'il soit musulman ou pas, tu lui parles de la rencontre prochaine avec le Créateur, qu'il fasse le « tawbah », qu'il demande pardon, qu'il se repentisse.* » (M. 39 ans, homme, Imam)

d) Dans le Judaïsme

La place du soignant est de nouveau vue comme un accompagnement humain, basé sur la discrétion, la présence, l'accompagnement, selon les situations.

- « *La place du soignant c'est de faire attention, à son cœur, à ses pensées, à ses actes, il doit être entier, le pauvre, le plus entier possible.* » (P. 66 ans, homme, traditionnaliste, pratique quotidienne)
- « *Qu'il reste tout simplement à côté de moi, et qu'il voit la magie de Dieu.* » (J. 40 ans, homme, traditionnaliste, pratique hebdomadaire)
- « *Le médecin [...] Lui il peut rien faire, c'est le destin, ça arrive, ça tombe, c'est un couperet, il est parti, il est parti c'est comme ça.* » (F. 71 ans, homme, traditionnaliste, pratique hebdomadaire)

8) Synthèse des résultats

On peut considérer deux types d'attitudes attendues par le patient :

- Une attitude « verticale » : l'aide rituelle à proprement parler (prier avec/pour le malade, orienter le malade vers une direction, poser une kippa sur la tête etc.)
- Une attitude « horizontale » que l'on peut qualifier « d'humanité » tout simplement, qui regroupe plusieurs types d'actes ou de façon d'être telles que la sincérité, l'empathie, la qualité des soins, le réconfort, la présence physique, l'écoute contacter les proches si besoin etc.

Les résultats sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

	Nombre	Aide rituelle	Humanité	Pas d'aide
Catholiques				
○ Praticants quotidiens	2	2	2	0
○ Praticants hebdomadaires	4	2	4	0
○ Praticants mensuels	0	0	0	0
○ Praticants annuels	0	0	0	0
○ Non pratiquants	2	0	2	0
- total	8	4	8	0
Protestants				
- Evangéliques				
○ Praticants quotidiens	5	5	4*	0
○ Praticants hebdomadaires	0	0	0	0
○ Praticants mensuels	0	0	0	0
○ Praticants annuels	0	0	0	0
○ Non pratiquants	0	0	0	0
- Réformés				
○ Praticants quotidiens	0	0	0	0
○ Praticants hebdomadaires	0	0	0	0
○ Praticants mensuels	2	0	2	0
○ Praticants annuels	1	0	1	0
○ Non pratiquants	0	0	0	0
- Total	8	5	7	0
Juifs				
- Libéraux				
○ Praticants quotidiens	0	0	0	0
○ Praticants hebdomadaires	1	0	1	0
○ Praticants mensuels	0	0	0	0
○ Praticants annuels	0	0	0	0
○ Non pratiquants	1	1	1	0
- Traditionnalistes				
○ Praticants quotidiens	2	0	2	0
○ Praticants hebdomadaires	4	1	4	0
○ Praticants mensuels	0	0	0	0
○ Praticants annuels	0	0	0	0
○ Non pratiquants	0	0	0	0
- Orthodoxes	0	0	0	0
- Total	8	2	8	0
Musulmans				
○ Praticants quotidiens	6	4	6	0
○ Praticants hebdomadaires	1	1	1	0
○ Praticants mensuels	0	0	0	0
○ Praticants annuels	1	1	1	0
○ Non pratiquants	0	0	0	0
- Total	8	6	8	0
total	32	17	31	0

*les réponses d'une personne ont été incomplètes et ses attentes n'ont pas pu être déterminées.

Tableau 9 : Attitude attendue du soignant dans l'accompagnement spirituel selon la religion

V. DISCUSSION

1) Validité interne

Points forts :

- Les résultats sont plausibles.
- Une triangulation des données a été réalisée par un entretien auprès de deux responsables religieux n'ayant pas participé aux interviews.
- Le questionnaire semi-dirigé est simple, et a servi pour tous les entretiens.
- La saturation des données a été obtenue.

Points faibles :

- Le codage n'as pas été fait en aveugle.
- L'investigateur est lui-même chrétien, ce qui peut créer un biais d'évaluation.
- 3 des personnes interrogées parmi le groupe « musulman » n'étaient pas parfaitement francophones, ce qui a pu entraîner un biais de confusion.
- Il manque l'âge de 4 personnes du groupe « protestant », et une des personnes de ce groupe n'a pas répondu à toutes les questions posées.
- Lors de l'un des focus-group avec des musulmans, la présence d'un imam au sein des interrogés a pu créer un biais de recueil dans la mesure où les autres interviewés ont beaucoup répété ce que disait l'imam.

2) Validité externe

Points forts :

- Le questionnaire a été réalisé à partir de données issues de la littérature internationale, récupérées grâce à des questionnaires ayant déjà fait leurs preuves.
- Le questionnaire est reproductible.

Points faibles :

- Un point faible propre à cette thèse est qu'il manque certains « types » de personnes : par exemple il n'y a pas de personne âgée dans le groupe « musulman », il n'y a pas eu de femme évangélique ou d'homme réformé interrogé, ni d'évangélique ou de juif traditionaliste peu ou pas pratiquant, ni de juif orthodoxe qui ont été interrogés.
- La généralisation des résultats est peu envisageable sans travail quantitatif complémentaire devant :
 - les faibles effectifs interrogés, bien qu'il y ait saturation des données.
 - La démographie et le relief culturel propre à la région parisienne.
- Le fait que les personnes interrogées ne soient pas en fin de vie crée probablement un biais de recueil.

3) Apports de la thèse

Des thèses et des mémoires récents existent sur l'identification des besoins spirituels des patients, ou de la place que pourrait avoir le soignant, vue de l'extérieur. Ce travail tire son originalité du fait qu'il n'existe pas à ce jour en France, d'étude qui évalue la place attendue du soignant par le patient dans l'accompagnement spirituel du patient en fin de vie. Par ailleurs, la spiritualité est un sujet très peu abordé dans ce pays. S'il existe des recommandations fournies par les autorités religieuses sur des rites post mortem comme les toilettes funéraires, ou sur les obligations ou interdits alimentaires, la place du soignant dans la spiritualité du patient vivant n'est peu ou pas explicitée.

4) Points de discussion

a) Définition du mot spiritualité et reconnaissance de la spiritualité de l'« autre »

Une des problématiques de l'interprétation des résultats est la définition de la spiritualité. La spiritualité est un mot qui se trouve au carrefour de la théologie, de la philosophie, des sciences humaines et sociales, de la médecine. Une définition consensuelle de ce mot ne peut qu'être très difficile. Comme ce travail n'est pas un traité de philosophie ou de théologie, la définition : « *Qualité de ce qui constitue la vie transcendante d'une personne humaine* » est certainement incomplète, mais se veut seulement être une approche permettant de traiter le plus adéquatement possible la question des besoins spirituels des patients.

Ensuite, la théorie sur laquelle est fondé le questionnaire utilisé pour ce travail implique un ordre « horizontal » dans les besoins spirituels ce qui est discutable quand on parle de spiritualité. La relation avec les autres, notamment la famille est une notion qui revient quasi constamment dans le discours des personnes interviewées. Certains y voient une forme de transcendance au sens où l'autre peut représenter une façon de se détacher de soi et d'autres, non : « *C'est plutôt les problèmes spirituels, recevoir les derniers sacrements si je suis proche de la mort, comme vous dites. Si vraiment on va très mal et que c'est prévisible c'est bien de recevoir les derniers sacrements. C'est ça que je voudrais. C'est tout. Le reste c'est des problèmes de vie, l'important c'est la vie d'après. Donc à la limite je m'en fiche.* » (C. Catholique, en parlant du rapport aux autres)

Pour les uns, il y a un lien évident entre les soins physiques et la spiritualité, pour les autres, non : « *On ne peut pas séparer l'aspect spirituel et l'aspect médical.* » (I. juif), « *Je pense que sur le plan physique il pourra soulager mes douleurs, m'aider, me donner les médicaments, mais toute l'autre partie, ce sera moi et ma famille, je ne pense pas que je le laisserai rentrer dans le cercle.* » (D. musulmane). On peut donner plusieurs autres exemples du même style, qui montrent que la conception même de ce qui est spirituel varie selon les personnes et les religions. Que faut-il considérer comme spirituel ?

A partir du moment où l'on reconnaît les besoins spirituels comme fondamentaux, même si leurs manifestations sont différentes selon les personnes, l'important est de détecter quels sont ces besoins chez chacun, puisqu'ils existent, et de porter en quelque sorte un « diagnostic » spirituel. Le patient a-t-il besoin de réconfort, de silence, de la bible, d'un imam etc. ? Mais une fois cela fait, que faire ?

b) Mission de l'hôpital

En d'autres termes, est-ce au soignant de régler les petites histoires personnelles du patient ? A. Augereau, dans une étude sur 50 patients en soins palliatifs, trouve que 67% des personnes interrogées souhaitent que le médecin soigne le corps et l'esprit, et en même temps n'attendent rien de leur médecin sur le plan spirituel.⁵⁷ Par dépit ? Par conviction ? Par expérience ? Si le patient n'attend rien de nous, la question est réglée. Mais si le patient explicite clairement une demande spirituelle à laquelle le soignant pourrait répondre, que faire ? Est-ce notre rôle ? Plusieurs objections sont possibles :

- Cela paraît difficilement envisageable en terme de temps, vu le contexte actuel de l'hôpital et de la ville, et du temps que peut prendre une discussion « spirituelle ».
- Les représentations des soignants, vis-à-vis de la mort, de « l'au-delà », peuvent les rebuter vis-à-vis d'une telle demande.
- Le patient peut lui-même rebuter le soignant.
- Le soignant peut ne pas se sentir compétent pour accéder à une demande d'aide spirituelle, ou avoir une objection de conscience.
- En quoi la non-réponse à ces besoins constitue-t-elle une « perte de chance » pour le patient, puisqu'il va mourir ?

D'autre part,

- Peut-on refuser cela à quelqu'un qui va bientôt mourir ?
- On réalise parfois des gestes ou des soins qui nous dégoûtent, parce qu'il faut le faire pour le bien du malade. Le dégoût d'un geste n'est pas opposable à l'éthique qui impose à la conscience la réalisation de ce geste dont la non-réalisation serait dommageable pour le patient.
- Soignant pour le meilleur et pour le pire, on s'engage à s'occuper de tous de la même manière sans faire acception de personnes.
- Si l'on n'est pas compétent ou si l'on a une objection de conscience pour réaliser un soin, on doit passer la main. La chose est possible de la même façon pour ce qui est spirituel.
- De même qu'un patient en soins palliatifs a le droit de se sentir « confortable » sur le plan physique ou psychique, et peut bénéficier à ce titre d'antalgiques, de sédatifs ou d'anxiolytiques, il a aussi le droit d'être « confortable » sur le plan spirituel.

La notion de *total pain*, concept créé dans les années 1960 sous l'influence de Cicely Saunders (infirmière, assistante sociale puis médecin), a permis aux soins palliatifs de voir le jour. Ce n'est qu'en 1986 que la circulaire « Laroque » identifie les soins palliatifs comme un ensemble « *de techniques de prévention et de lutte contre la douleur, de prise en charge psychologique du malade, de sa famille, de prise en considération de leurs problèmes individuels, sociaux et spirituels* »⁵⁸. La souffrance spirituelle ne peut donc être négligée si l'on recherche à soigner le malade dans sa totalité. Ainsi le soignant a un rôle, au moins de dépistage besoins spirituels, et plus, si le patient, le soignant, leur relation, l'organisation de service et les soins que requièrent les autres malades le permettent. Prendre conscience et faire prendre conscience que l'on peut réellement aider un patient en lui montrant qu'on est sensible à sa recherche spirituelle pourraient faire avancer sa prise en charge.

c) Et les personnes athées ?

Le parti pris dans ce travail de se consacrer uniquement à l'étude des personnes affiliées à l'une des religions majoritaires en France sans traiter spécifiquement des athées paraît contradictoire avec la définition des besoins spirituels utilisée. Si ce sont des besoins universels, pourquoi ne pas s'en enquérir chez tout le monde, d'autant plus que les personnes athées représenteraient jusqu'à 29% des français⁴⁷?

L'abord de la spiritualité de la personne athée revêt un caractère particulier dans plusieurs aspects :

- Elle est nécessairement areligieuse.
- L'objet de la transcendance est nécessairement matériel ou a un support matériel.
- Le sens de la vie est nécessairement fini au sens où celui-ci a pour objet la matière ou quelque chose qui s'y rapporte (la personne elle-même, sa famille, une cause comme perpétuer la mémoire de tel ou tel fait etc.).
- Il existe peut-être plusieurs courants d'athéisme, inclus dans différents systèmes de pensée (Nietzsche, Marx, Descartes etc.), avec des problématiques qui leur sont propres.
- La définition même de l'athéisme peut être variable selon les personnes avec par exemple une personne se disant athée mais croyant quand même en quelque chose, comme la providence qui donne le bien « si on fait le bien », ou le mal, « si on fait le mal ».

Quatre personnes se disant athées ont été interrogées par l'investigateur avec le questionnaire utilisé pour ce travail. Le point principal évoqué était le rapprochement avec la famille, et une fois, le fait que le soignant fasse bien son travail. Tous les autres

thèmes, le sens de la vie, la relation à Dieu, la paix intérieure, la préparation à la mort, paraissaient absurdes. Aucun thème autre n'a été abordé spontanément, mais on peut imaginer que le beau ou le bien par exemple, puissent toucher certaines personnes.

Il est possible que la réponse à la question de la place attendue du soignant dans l'accompagnement spirituel d'un patient athée en fin de vie ne varie pas beaucoup de celle de ce travail. Toutefois, ces quelques données et toutes les spécificités propres à la personne athée citées plus haut laissent à penser qu'un travail portant exclusivement sur la personne athée soit souhaitable.

d) Points propres à chaque religion

1. Dans le Catholicisme

Sur les 8 personnes interrogées, si toutes sauf deux ont parlé de voir le prêtre à un moment ou à un autre, une seule seulement a parlé de l'extrême onction, en avouant ne pas savoir précisément ce que c'est. L'extrême onction ou sacrement des malades est un rituel très ancien (lettre de saint jacques chapitre 14 verset 15) où le prêtre oint d'huile le malade en certains endroits du corps, car « *cette prière inspirée par la foi sauvera le malade* » (lettre de Saint Jacques). L'Eglise Catholique croit qu'à travers ce rituel, la guérison peut être obtenue, et l'administre d'abord dans ce but, et aussi pour le réconfort du malade. Il n'est pas donné par exemple aux condamnés à mort. Il est intéressant de noter que c'est une conception non connue des personnes interrogées. Il s'agit peut-être d'un manque de connaissance de leur propre religion ou

d'un trop faible effectif interrogé, en tout cas, ce rituel fait partie de la théologie catholique, et est expressément recommandé.

A part contacter le prêtre, être disponible pour la famille, en expliquant la situation du malade, ou en l'accompagnant, et faire preuve d'empathie, il n'y a pas de règles pour le reste. Certains aimeraient qu'on prie pour ou avec eux, d'autres souhaiteraient une attention particulière dans les soins. Pour certains le soignant n'a pas de rôle pour ce qui est d'aider à trouver la paix intérieure, pour d'autres ce sera pour la relation avec les autres... Il n'y a pas assez de personnes interrogées pour savoir si l'absence ou la présence d'une pratique religieuse joue sur la place du soignant attendue. A ce stade la meilleure attitude semble de demander, pour être fixé.

2. Dans le Protestantisme

Une nette différence était observable durant les entretiens, où les 3 personnes représentantes de l'Eglise Réformée exprimaient plutôt une attitude d'incertitude vis-à-vis de la mort, tandis que les 5 personnes évangéliques mettaient l'accent sur l'espérance de la résurrection. Cette différence peut s'attribuer au fait que les évangéliques interrogés se disaient tous très pratiquants, alors que les réformés étaient plutôt peu pratiquants. L'autre point marquant était que les personnes évangéliques étaient toutes très ouvertes, voire demandeuses que le soignant prie et chante avec eux, lise la bible etc., et les aide à prier, alors qu'au contraire les personnes réformées demandaient plutôt de la réserve, de l'intimité, de la place pour la famille.

Il n'y a au final que la demande d'attitude empathique qui revienne chez 5 des personnes interviewées, et la demande d'accompagnement et d'explication à la famille

qui revienne chez tous les interviewés. De même que chez les catholiques, tout le reste est variable, et il y a trop peu de personnes interrogées dans ce groupe pour pouvoir tirer de plus amples conclusions.

3. Dans l'Islam

Une chose est certaine, c'est qu'il faut faire en sorte que la shahada (la profession de foi musulmane) soit dite et répétée avant de mourir, et si possible, en étant tourné vers la Mecque. S'il est préférable que l'aide provienne de quelqu'un de musulman, un non-musulman peut aider aussi. La demande d'attitude empathique revient chez tout le monde, dans l'attention aux soins, et le dialogue. La place attribuée à la famille est particulière, en raison de l'importance d'être pardonné par ses proches avant de mourir. De nouveau, les autres points abordés par les personnes interrogées sont plutôt sporadiques. A noter que le recours à l'imam n'a été précisé que par une seule personne, la moins pratiquante. Dans le cas par exemple d'un patient musulman isolé, la connaissance de ces données peut être d'un grand bénéfice pour la relation soignant-soigné, et pour le patient lui-même.

Il est aussi intéressant de voir que l'Islam est sous tendu par la question du salut de l'âme, et que même la question de la famille et du pardon qu'elle doit donner au mourant, n'a de sens que parce qu'elle est ordonnée à la question du salut dudit mourant. Il est probable que des doutes du patient à propos de sa vie après la mort, ou la peur de l'enfer etc. peuvent entraîner des troubles spirituels, tant cette question est importante. Aussi la connaître et savoir l'aborder, peut fortement aider.

4. Dans le Judaïsme

La position sur la place attendue du soignant nettement plus tranchée que l'on observe chez les juifs est très intéressante. Pourquoi un tel cercle infranchissable autour du patient ?

Une ébauche de réponse pourrait être la conception de Dieu dans le Judaïsme. Dieu est si saint, qu'on ne prononce pas son nom (YHWH), lequel ne pouvait être - à une certaine époque - prononcé que par le grand prêtre dans le temple une fois l'an. La mort, ou quelque part, le retour à Dieu d'un être humain est donc peut être « affecté » par cette sainteté, qui confère un caractère éminemment sacré au phénomène de la mort et de ce qui l'entoure. D'ailleurs, les rituels post-mortem sont extrêmement bien codifiés, et témoignent de cette importance.

Un autre élément de réponse pourrait être la conception de l'au-delà dans le Judaïsme, qui reste mystérieuse comparé au christianisme ou à l'islam (mort - jugement - paradis/enfer). Le rapport au corps étant très important, on peut très bien imaginer que quelque chose fait « de travers » par un non-initié, pourrait entraver ce passage de la mort, vu que les modalités de la vie après la mort sont imprécises.

Quoi qu'il en soit, on est, dans le cadre du Judaïsme, dans une configuration familiale et communautaire qui gère entièrement l'aspect spirituel. Le soignant n'a pas de rôle particulier, hormis une attitude empathique, des soins de qualités, et rarement plus, sauf avec des personnalités particulières.

Au cours d'un entretien téléphonique le grand rabbin de France actuel, Mr Haim Korsia, ce dernier expliquait que ce qui compte, c'est la vie présente. Même si l'au-delà est

important, il ne doit pas devenir une obsession au point d'en oublier la vie de ce monde. Toujours selon lui, La compréhension claire de la vision juive des questions abordées ici nécessite plusieurs années d'études et il serait très difficile de pouvoir la résumer Précisément. La plus belle définition permettant d'aborder ce problème serait que « *ce monde est un corridor pour l'autre monde* ».

Cette conception de la vie présente et future laisse espérer que s'enquérir des besoins spirituels peut contribuer à améliorer la relation soignant-famille-soigné, ne serait-ce que parce que cela montrera à la famille que l'idée du spirituel n'est pas un tabou. Bien évidemment, les rituels post-mortem sont rarement réalisables dans la chambre du défunt pour des raisons d'hygiène et d'organisation de service, mais témoigner de bonne volonté, ne peut qu'enrichir la relation avec le malade et sa famille.

e) Rapport avec le cadre légal en France

La loi est claire : pas de signe religieux distinctif, pas de prosélytisme, primauté des soins pour les malades, des règles d'hygiène, et surtout du bon sens et du savoir vivre ensemble. A ce jour en France, il n'est pas interdit d'aider un malade qui est en souffrance spirituelle et qui adresse une demande à un soignant en exercice, tant que ce soignant remplit en premier lieu son devoir d'état, et se trouve dans la juste mesure, entre un patient qui a une demande précise et la charge de travail que ce soignant a à réaliser.

f) Cas des soignants interrogés

Les 7 soignants interrogés (21% de l'échantillon) présentent des attitudes très différentes. La différence des profils sur la religion, le degré de croyance, la profession exercée par ces personnes fait qu'on ne peut pas tirer de conclusion sur ces différences d'attitude. Ce qui est notable par contre c'est que tous répondent au questionnaire à l'aune de leur croyances, et non de leur profession, ce qui fait d'eux d'abord des « croyants » et ensuite des soignants. Même si être soignant modifie très probablement le rapport à la fin de vie, cela est probablement secondaire pour plusieurs raisons :

- on peut avoir un rapport à la fin de vie modifié sans pour autant être soignant : deuil familial, accident etc.

- le principe même de la foi est de croire en ce qu'on ne voit pas. Qui va jusqu'au bout de cette démarche fera donc abstraction de tout, soignant ou pas.

Par ailleurs, aucun soignant interrogé n'a exprimé le fait qu'aider le patient sur le plan spirituel est quelque chose d'impossible en pratique, ou au contraire de fondamental. Il n'y avait pas de question posée à ce sujet, mais l'absence de remarque spontanée peut laisser supposer qu'il y a un champ à explorer dans l'aide que le soignant peut procurer au patient sur le plan spirituel.

VI. CONCLUSION

La fin de vie et la mort sont des moments critiques dans la vie de toute personne, et les besoins spirituels qui s'y rattachent, essentiels. L'analyse des résultats ci-dessus montre deux attitudes principales :

1. Ou bien le soignant n'a aucun rôle explicite attendu dans l'accompagnement spirituel, et doit principalement tâcher d'effectuer ses soins le mieux possible, et éventuellement d'appeler un responsable religieux si besoin.
2. Ou bien le soignant peut accompagner le patient en fin de vie, en priant avec lui, en lisant des textes appartenant aux livres « sacrés » et en l'aidant à réaliser certains gestes rituels, principalement dans le cas où le patient serait isolé, et si le soignant est de la même religion. L'accompagnement spirituel demeure cependant l'apanage des autorités religieuses ou de la famille, et l'accompagnement par le soignant ne constitue qu'un « appoint ».

Cet « appoint » est cependant lié à la spiritualité du soignant lui-même, à ses désirs d'aider le patient dans sa spiritualité, aux limites de sa fonction, à la relation soignant-soigné, mais aussi au fait que la situation même d'être face à la mort imminente d'un autre être humain implique un rôle qui nous dépasse.

Donc même si le soignant ne ressent pas l'envie d'aider le patient dans ses besoins spirituels, ou ne se sent pas le mieux placé pour le faire, sa place de soignant auprès d'un mourant implique un « devoir spirituel », à travers la disponibilité, l'écoute, l'attention la sincérité etc. qui sont systématiquement évoquées par les personnes interrogées.

La place du soignant dans l'accompagnement spirituel du patient est donc fonction de nombreuses données dont l'équation finale semble difficile à résoudre.

Finalement, cette place n'est-elle pas simplement celle que notre conscience de soignant nous demande de prendre ? Au besoin, il est toujours possible de « passer la main », si l'état spirituel du patient le demande.

Dans tous les cas, s'enquérir de façon neutre des besoins spirituels du patient, et tâcher d'y répondre, dans la mesure du possible, constitue une démarche s'incluant dans la prise en charge globale du patient, et est particulièrement importante à l'approche de la mort. Les patients gagneraient à ce que cette démarche soit encouragée, dans les limites du cadre législatif français sur la laïcité.

Ces données sont recueillies chez des gens bien portants. Il conviendrait d'en vérifier la véracité chez des patients en fin de vie, à plus grande échelle, et chez des patients athées.

VII. BIBLIOGRAPHIE

2. Harold G Koenig, MD. Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. mai 2009;54(5):283-91.
3. McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The Lancet*. 10 mai 2003;361(9369):1603-7.
4. Harold G. Koenig. Commentary: Why Do Research on Spirituality and Health, and What Do the Results Mean? - Springer. *Journal of Religion and Health*. juin 2012;51(2):460-7.
5. Koenig HG, King DE, Carson VB. *Handbook of Religion and Health*. 2e ed. New York: Oxford University Press. 2012. p. 91-93. ISBN: 978-0195335958.
6. Williams JA et al. Attention to Inpatients' Religious and Spiritual Concerns: Predictors and Association with Patient Satisfaction. *J Gen Intern Med*. nov 2011;26(11):1265-71.
7. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. 1e ed. New York: Oxford University Press. 2001. 712p. ISBN: 0-19-511866-9
8. Pargament KI, Koenig HG, Tarakeshwar N, et al. Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients: A 2-year longitudinal study. *Arch Intern Med*. 13 août 2001;161(15):1881-5.
9. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, et al. Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA*. 13 déc 2000;284(22):2907-11.
10. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB. *Handbook of religion and health*. 1e ed. New York: Oxford University Press. 2001. p.68-70. ISBN: 0-19-511866-9
11. Handzo G, Koenig HG. Spiritual care: whose job is it anyway? *South Med J*. déc 2004;97(12):1242-4.
12. Kristeller J, Sheedy Zumbun C, Schilling RF. I would if I could: how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*. 1999;8:451-548.
13. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, et al. Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *J Clin Oncol*. 10 févr 2007;25(5):555-60.
14. Balboni TA, Paulk ME, Balboni MJ, et al. Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *J Clin Oncol*. 20 janv 2010;28(3):445-52.
15. Astrow AB, Wexler A, Teixeira K, et al. Is Failure to Meet Spiritual Needs Associated With Cancer Patients' Perceptions of Quality of Care and Their Satisfaction With Care? *JCO*. 20 déc 2007;25(36):5753-7.

16. Luckhaupt S, Yi M. Beliefs of Primary Care Residents Regarding Spirituality and Religion in Clinical Encounters with Patients: A Study at a Midwestern U.S. Teaching Institution. *Acad Med.* juin 2005;80(6):560-70.
17. Monroe MH, Bynum D, Susi B, et al. Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Arch Intern Med.* 8 déc 2003;163(22):2751-6.
18. Balboni T, Balboni M, Paulk ME, et al. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer.* 1 déc 2011;117(23):5383-91.
22. Rougeron, C. La dimension spirituelle de l'accompagnement des patients en fin de vie : besoins et chemins d'expression du patient ; missions des accompagnants. Thèse de doctorat en sciences. Paris: Université de Paris 5, 1999.
23. Büssing A, Koenig HG. Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions.* 12 nov 2010;1:18-27.
25. Büssing A, Balzat H, Heusser P. Spiritual needs of patients with chronic pain diseases and cancer - validation of the spiritual needs questionnaire. *Eur J Med Res.* 28 juin 2010;15(6):266-73.
32. Dreyfus F-G. Premiers résultats d'une sociologie du Protestantisme en France. *Archive des sciences sociales des religions.* 1959;8(1):147-57.
50. Picon R. La mort, le deuil, la promesse: sens et enjeux du service funèbre. Editions Olivetan.2005. p.29. ISBN : 9782915245356

VIII. SITOGRAPHIE

1. Field MJ, Cassel CK, Institute of Medicine (US) Committee on Care at the End of Life. Approaching Death: Caring at the End of Life. National Academies Press (US); 1997 [Internet]. 1997 [cité 10 sept 2016]; chapitre 3. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233603/>
19. De Romanet R. l'expérience spirituelle, un souffle pour les soins palliatifs [Internet]. 2014 [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/ir-rscs/images/L_experience_spirituelle.pdf
20. Dictionnaire de Théologie Catholique édition numérique de l'édition Letouzey [Internet]. 2012 [cité 28 août 2016] Disponible sur: http://jesusmarie.free.fr/dictionnaire_de_theologie_catholique_lettre_A.html
21. Saroglou V. Spiritualité moderne - un regard de psychologie de la religion- [Internet]. 2003 [cité 28 juill 2016]. Disponible sur: <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/psyreli/documents/RTL-Spirituality.pdf>
24. Chambaud Y. Réflexion spirituelle sur les soins palliatifs [Internet]. 1993 [cité 28 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.lueur.org/textes/soins-palliatifs.html>
26. Pratique religieuse en France - EUREL [Internet]. 2014 [cité 29 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.eurel.info/spip.php?rubrique21>
27. Institut IFOP. Les Français et la croyance religieuse [Internet]. 2011 [cité 5 déc 2015]. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/poll/1479-1-study_file.pdf
28. Principales religions et Eglises - Etude eurel [Internet]. 2014 [cité 5 déc 2015]. Disponible sur: <http://www.eurel.info/spip.php?rubrique352>
29. Statistiques de l'Eglise Catholique en France (guide 2014) - Eglise Catholique en France [Internet]. 2014 [cité 28 oct 2015]. Disponible sur: <http://www.eglise.catholique.fr/conference-des- eveques-de-france/guide-de-leglise/leglise-catholique-en-france-et-en-chiffres/371402- statistiques-de-leglise-catholique-en-france-guide-2013/>
30. Institut IFOP. Analyse : le catholicisme en France en 2010 [Internet]. 2010 [cité 5 déc 2015]. Disponible sur: http://www.ifop.fr/media/pressdocument/238-1-document_file.pdf
31. Analyse: le catholicisme en France en 2010 [Internet]. 2010 [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: http://www.ifop.fr/media/pressdocument/238-1-document_file.pdf
33. Fath Sebastien, Willaime JP. Protestants IFOP - protestants-ifop.pdf [Internet]. 2010 [cité 5 déc 2015]. Disponible sur: http://protestantisme-congres2010.protestants.org/fileadmin/user_upload/Protestantisme_et_Societe/documentation/protestants-ifop.pdf

34. La Fédération Protestante de France, La Croix, L'Institut Européen en Sciences des Religions. Etude auprès des protestants et des pasteurs [Internet]. 2010 [cité 6 déc 2015]. Disponible sur: http://www.ifop.fr/media/poll/1320-1-study_file.pdf
35. La Croix. Les religions en France [Internet]. 2008 [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: <http://archive.wikiwix.com/cache/?url=http%3A%2F%2Fwww.la-croix.com%2Farticle%2Findex.jsp%3FdocId%3D2326188%26rubId%3D786>
36. Fourquet J. Analyse: 1989-2011 Enquête sur l'implantation et l'évolution de l'Islam de France [Internet]. 2011 [cité 5 déc 2015] Disponible sur: http://www.ifop.com/media/pressdocument/343-1-document_file.pdf
37. Region: Europe | Pew Research Center [Internet]. 2011 [cité 13 mars 2016] Disponible sur: <http://www.pewforum.org/2011/01/27/future-of-the-global-muslim-population-regional-europe/>
38. Appendix B: Data Sources by Country | Pew Research Center [Internet]. 2011 [cité 13 mars 2016] Disponible sur: <http://www.pewforum.org/2011/01/27/future-of-the-global-muslim-population-appendix-b/>
39. Street 1615 L., NW, Washington S 800, Inquiries D 20036 202 419 4300 | M 202 419 4349 | F 202 419 4372 | M. Mapping the Global Muslim Population [Internet]. Pew Research Center's Religion & Public Life Project. 2009 [cité 30 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.pewforum.org/2009/10/07/mapping-the-global-muslim-population/>
40. Dashefsky A, DeelaPergola S, Sheskin I. World Jewish Population. 2015 [Internet]. 2015 [cité 31 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.jewishdatabank.org/Studies/downloadFile.cfm?FileID=3394>
41. Halais G. La communauté juive de France compte 550.000 personnes, dont 25.000 à Toulouse | France info [Internet]. 2012 [cité 1 août 2016]. Disponible sur: <http://www.franceinfo.fr/actu/societe/article/la-communaute-juive-de-france-compte-550-000-personnes-dont-25-000-toulouse-125573>
42. Fourquet J. Institut IFOP: les électorats sociologiques des votes juifs [Internet]. 2012 [cité 30 juill 2016]. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/pressdocument/415-1-document_file.pdf
43. Mikhtav. Divisions et pluralité du judaïsme contemporain [Internet]. Mikhtav Hadash. 2014 [cité 31 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.mikhtav.org/numero-1/divisions-et-pluralite-du-judaisme-contemporain/>
44. Cohen E. la grande enquête sur les juifs français [Internet]. 2002 [cité 30 juil 2016]. Disponible sur: http://www.akadem.org/medias/documents/--enquete-juifs_1.pdf
45. Department Of State. The Office of Website Management B of PA. France [Internet]. Department Of State. The Office of Website Management, Bureau of Public Affairs.; 2010 nov [cité 3 août 2016]. Disponible sur: <http://www.state.gov/j/drl/rls/irf/2010/148934.htm>
46. IFOP. Eléments d'analyse géographique de l'implantation des religions en France [Internet]. 2008 [cité 3 août 2016]. Disponible sur: http://www.ifop.com/media/poll/religions_geo.pdf
47. Marchand L. Une grande majorité de Français ne se réclament d'aucune religion. Le Monde.fr [Internet]. 7 mai 2015 [cité 3 août 2016]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/05/07/une-grande-majorite-de-francais-ne-se-reclament-d-aucune-religion_4629612_4355770.html

48. Gallup International Association. End of year 2014, France [Internet]. 2014 [cité 24 août 2016]. Disponible sur: http://www.wingia.com/web/files/richeditor/filemanager/France_Tabs_V3_a.pdf
49. Conseil National de l'Église Protestante Unie de France. L'Église Protestante Unie et la fin de vie [Internet]. Réforme. 2015 [cité 15 juill 2016]. Disponible sur: <http://reforme.net/une/religion/leglise-protestante-unie-et-fin-vie>
51. Islam de France - La Mort dans l'Islam [Internet]. Disponible sur: <http://www.islamdefrance.fr/main.php?module=articles&id=79&PHPSESSID=1f0a1f16c976307c2e0a36db3b8183d1>
52. ACMR. La prière du deuil. [Internet]. 2015 [cité 6 août 2016]. Disponible sur: http://www.mosquee-acmr.fr/article/la-priere-du-deuil_68
53. Gugenheim M. le rituel juif du deuil [Internet]. 2011 [cité 7 août 2016]. Disponible sur: http://www.consistoire.org/Brochures/Derniers_Devoirs/index_Derniers_Devoirs.html
54. Le Consistoire. Accompagner le passage dans l'au-delà [Internet]. 2011 [cité 7 août 2016]. Disponible sur: <http://www.consistoire.org/115.la-vie-juive/177.hevra-kadicha>
55. Conseil Départemental de Haute Garonne de l'Ordre des Médecins. Soins et laïcité au quotidien [Internet]. 2015 [cité 7 août 2016]. Disponible sur: http://www.ordmed31.org/IMG/pdf/print_28001_om_fiches_x34.pdf
56. Observatoire de la laïcité. Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé [Internet]. 2016 [cité 7 août 2016]. Disponible sur: http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/02/laicite_et_gestion_du_fait_religieux_dans_les_etablissements_publics_de_sante_1.pdf
57. Augereau A. Prise en charge spirituelle en soins palliatif - Comment les patients vivent-ils la spiritualité et de quel accompagnement ont-ils besoin? [Internet]. 2014 [cité le 24 août 2016]. Disponible sur: http://vigipallia.soin-palliatif.org/documents/Catalogue/THE_Augureau_2014.pdf
58. Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi, Direction générale de la santé. Circulaire DGS 3D du 26 août 1986 relative à l'Organisatio... - circulaire-laroque.pdf [Internet]. 1986 [cité 20 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/circulaire-laroque.pdf>

IX. ANNEXES

	Catholiques	Protestants	Musulmans	juifs
Attitude empathique	2	3	3	1
Aide rituelle	2	2	4	1
Pas de rôle	2	1	1	3
Attention dans les soins	1	0	0	3
Rôle possible si foi dans la même religion	1	1	0	0
Accepter/Accompagner la famille	1	1	1	1

Annexe 1 : Place du soignant attendue pour aider à trouver la paix

	Catholiques	Protestants	Musulmans	Juifs
Attitude empathique	4	4	1	2
Aide rituelle	2	4	6	1
Pas de rôle	1	1	2	5
Faciliter l'accès à une autorité religieuse	6	0	1	0
Attention dans les soins	0	1	0	1
Rôle possible si foi dans la même religion	2	4	6	0
Accepter/Accompagner la famille	0	1	1	1

Annexe 2 : Place du soignant attendue pour aider dans la relation à Dieu

	Catholiques	Protestants	Musulmans	Juifs
Appeler les proches	2	1	2	2
Expliquer la situation aux proches	1	3	3	1
Pas de rôle	1	1	1	4
Chercher à favoriser le rapprochement avec les proches	1	1	2	0
Se tenir à l'écart	0	1	2	0
Faire venir les visiteurs selon les besoins du patient	3	1	1	1

Annexe 3 : Place du soignant attendue pour aider dans la relation avec les autres

	Catholiques	Protestants	Musulmans	Juifs
Attitude empathique	2	2	2	0
Pas de rôle	3	0	1	6
Aide rituelle	0	0	2	0
Attention dans les soins	2	2	0	0
Expliquer la situation à la famille	0	1	1	0
Faciliter l'accès à une autorité religieuse	1	0	0	0
Aide en fonction du soignant	0	1	1	2
Cohésion de l'équipe soignante	0	1	0	0
Aider le patient à faire du bien	0	0	1	0

Annexe 4 : Place du soignant attendue pour aider à donner du sens à la vie

	Catholiques	Protestants	Musulmans	Juifs
Attitude empathique	2	2	1	5
Attention dans les soins	2	2	1	1
Aide plus ou moins possible en fonction du soignant	1	2	3	0
Aide rituelle	1	0	2	0
Faciliter l'accès à une autorité religieuse	2	1	0	0
Faire attention à ses paroles	0	0	0	2
Proposer le don d'organe	0	0	1	0

Annexe 5 : Place du soignant attendue pour aider à préparer la mort

X. PERMIS D'IMPRIMER

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

Le Président de thèse
Université ...Paris...Diderot
Le Professeur
ERIC GALAM

Date

09 05 2008


VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Philippe RUSZNIEWSKI



VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Philippe RUSZNIEWSKI

Quelle est la place du soignant vis-à-vis des besoins spirituels du patient en fin de vie ?

PERRUCHOT Thibaud. Directeur: Pr BUDOWSKI Max, Président : Pr GALAM Éric

INTRODUCTION : L'approche de la mort est une période au cours de laquelle les patients ressentent des besoins spirituels accrus, sans nécessairement trouver d'interlocuteur à ce sujet. Le soignant peut-il aider le patient en fin de vie sur le plan spirituel, et dans quelle mesure ?

MATERIEL ET METHODES : Il s'agit d'une étude qualitative et prospective par focus groupe ou entretiens individuels, de personnes bien portantes, appartenant aux groupes religieux majoritaires en France : catholiques, musulmans, protestants et juifs. Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un questionnaire semi-dirigé, avec des questions de types « directives anticipées ».

RESULTATS : 32 personnes ont été interrogées (8 de chaque groupe), dont 7 soignants. Deux attitudes sont exprimées : 1. Le soignant n'a aucun rôle explicite attendu dans l'accompagnement spirituel, particulièrement pour les juifs. 2. le soignant peut avoir un rôle, comme prier avec et/ou pour le malade, mais l'interlocuteur principal reste en général une autorité religieuse (prêtre, etc.) ou la famille. Avoir la même religion que le patient est une condition importante pour aider le patient dans sa spiritualité. Dire la vérité au patient, prévenir, être disponible pour la famille en cas d'aggravation sont des attitudes demandées au soignant dans tous les groupes.

CONCLUSION : Dans la population interrogée, le soignant n'est pas en général l'interlocuteur principal attendu pour répondre aux besoins spirituels des patients, mais peut faciliter la démarche auprès des personnes compétentes, et parfois accompagner le patient dans certaines démarches spirituelles, si la spiritualité propre du soignant et du soigné le permet, tout en respectant le cadre laïque du service public.

Mots-clefs : fin de vie, soignant, besoins spirituels, accompagnement