

La dimension spirituelle du soin 1 : Entrer dans la conception unifiante du soin

La primauté de la rationalité technique oriente l'action de soigner vers le faire et le savoir-faire. La pression croissante des considérations économiques la conduit à être un objet de processus et donc d'évaluation. L'histoire de notre pays et la sécularisation de notre société renvoient les considérations religieuses mais aussi spirituelles ou philosophiques dans la sphère privée. Enfin, le modèle anthropologique séparant le corps et l'esprit amène de fait à dissocier la personne de la souffrance qu'elle éprouve.

Tous ces éléments contribuent à ne pas interroger le sens, ou tout au moins à rendre difficile la formulation de questionnements d'autres ordres que strictement technique, économique ou au mieux éthique. Les dimensions de la souffrance et du soin qui dépassent le somatique ou le psychologique sont souvent ignorées et mises de côté. De fait, les échanges entre soignants sur ces sujets sont exceptionnels.

La place de la prise en compte de la dimension spirituelle dans les recommandations de bonne pratique est d'ailleurs erratique. Étonnamment, elle semble réservée aux seuls soins palliatifs.

L'OMS dans un rapport sur la fin de vie définit comme spirituels « les aspects de la vie humaine liés aux expériences qui transcendent les phénomènes sensoriels. [...] L'aspect spirituel de la vie humaine peut être envisagé comme un facteur d'intégration, maintenant ensemble les composantes physiques, psychologiques et sociales. Il est souvent perçu comme ayant un rapport avec le sens et le but de l'existence et pour ceux qui approchent de la fin de leur vie cela est fréquemment ressenti comme un besoin de compassion, de réconciliation et d'affirmation du mérite » (OMS). En France, la circulaire dite Laroque, de 1986, relative à l'organisation des soins palliatifs et à l'accompagnement des malades en phase terminale, texte de référence, précise ce que sont les soins d'accompagnement de fin de vie. Elle mentionne les problèmes spirituels comme devant être pris en charge dans l'accompagnement. La dimension spirituelle est brièvement mentionnée dans un texte publié par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé (ANAES) en 2002, non sans une certaine confusion avec les aspects émotionnels et avec les rites mortuaires. Dans les recommandations de la Conférence de consensus de janvier 2004, émanant de l'ANAES et de la SFAP*, on peut lire : «La personne malade et ses proches doivent être reconnus dans leurs convictions. Ne pas répondre aux besoins spirituels (religieux, philosophiques et autres) peut générer une véritable souffrance.» Pourtant, cette mention ne s'accompagne pas de recommandations destinées à la pratique.

L'expérience spirituelle a fait récemment son apparition en médecine, plus précisément en psychiatrie et sous l'angle de la pathologie. En effet, la dernière version du DSM IV*, l'ouvrage de référence américain classifiant les troubles psychiatriques, intègre les problèmes psychologiques liés à une crise religieuse ou spirituelle.

À noter cependant que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris a reconnu en 1984 une liste de quatorze besoins fondamentaux relevant des soins infirmiers, dans lesquels figurent les besoins spirituels.

La rue, les maladies somatiques ou psychiatriques, les dépendances, la perte d'autonomie brutale ou progressive, l'isolement, le suicide d'un proche, le deuil, l'enfermement physique ou intérieur, les événements de vie, la fin de vie qui n'en finit pas... autant de situations, non exhaustives, qui font converger vers l'expérience de la souffrance.

Elle va interroger la personne dans ce qui fonde son identité profonde, parfois jusqu'à la faire vaciller. Les manifestations en sont multiples : corporelles, psychiques, spirituelles.

David Le Breton nous rappelle que « la condition humaine est corporelle, la présence au monde se tisse dans la chair. Le statut donné au corps est la pierre de touche du statut du sujet. Toute altération de la part corporelle de l'homme est une altération de soi. [...] L'individu n'est pas la somme de ses organes, le corps est matière première d'identité. [...] Nulle société humaine ne perçoit le corps comme un cadavre indifférent après la mort. Nulle part, il n'est un reste disponible à la curiosité et à la fantaisie des vivants » (Le Breton).

La souffrance ne peut pas être idéalisée : loin des discours s'efforçant de la sublimer, de la spiritualiser ou de la considérer comme humanisante, sa réalité est douloureuse et parfois, l'épreuve de la souffrance se termine mal... Notamment parce qu'elle isole et divise. L'isolement peut être entendu à travers des phrases comme : « Vous ne pouvez pas comprendre ; depuis que l'on sait que je suis malade, on ne me regarde plus pareil. » La division intérieure se dit par des mises à distance de tout ou partie de son corps : « Mon corps a mal. »

Il existe donc un double enjeu face à des personnes en situation de souffrance : mettre, remettre, renouveler du lien et unifier la personne.

Dans la souffrance, quelle qu'en soit la porte d'entrée, l'identité est en crise. Tout ce que l'on était se transforme : son aspect physique, ses relations, sa place au milieu de ses proches, son rang dans la société, son sentiment de puissance, son pouvoir, ses repères... Qui devient-on ? Ce que l'on était n'est plus et que sera-t-on demain ? Impressions de fragilité et d'éphémère, tout échappe. Le corps devient étrange voire étranger, il demeure pourtant sien. On constate la disparition partielle ou totale de ce qu'on pensait être. Plus que jamais, « je » est « un autre ».

Pour la personne souffrante, le corps n'est pas d'abord un espace que l'on analyse, radiographie et ausculte. Il n'est pas le lieu de dysfonctionnements physiopathologiques ou sociaux. Le corps est d'abord le lieu où elle vit. Il incarne son être au monde. Il est la condition de son existence. L'homme est indissociable de sa chair. Il est traversé par elle et toute son expérience de vie passe par lui. Il y a dans le corps quelque chose qui dépasse l'individu. Plus que jamais « je » est « mon corps ».

Parce que la souffrance a des conséquences sur l'identité profonde, le soignant ne peut pas se limiter à une approche mécanique soutenue par une représentation dissociée corps/esprit de la personne. La démarche technique de la médecine ou du social doit s'associer à une attention à la globalité d'une personne singulière, perçue dans l'histoire de son existence, en lien avec un environnement. Aujourd'hui, de nombreux modèles montrent que la souffrance est un phénomène bio-psycho-social qui implique l'être entier. Nous sommes parvenus à un niveau de connaissances qui permet d'intégrer des données de champs qui étaient jusqu'alors distincts voire en concurrence : le biologique, le psychique et le socioculturel. La compréhension de l'homme ne peut se faire que par une convergence, une synergie de ces trois dimensions vers une voie commune. Dans le cas contraire et dans le domaine de la souffrance psychique par exemple, la psychiatrie médicalisante sans référence

psychopathologique risque d'oublier la signification individuelle des symptômes ou la spécificité de chaque patient : Inversement, les théories psychologiques qui dédaigneraient les apports de la biologie et de la psychopharmacologie en seraient moins efficaces. L'homme ne fonctionne pas comme un ordinateur. Aujourd'hui, la pertinence du soin se trouve dans la prise en compte de la complexité de l'individu, de la multiplicité des plans, de la pluralité des causalités.

L'ethnopsychiatre et professeur de psychologie clinique et pathologique à l'université Paris-VIII, Tobie Nathan, l'écrit: «Tout homme est constitué au confluent d'une union biologique et d'une alliance culturelle.»

Malgré ces avancées vers une vision plus unitive de la personne et de son accompagnement, l'ignorance des sujets spirituels persiste dans la médecine contemporaine de l'Occident.

Nous sommes habitués à une distinction entre le corps et l'esprit comme à celle entre le matériel et le spirituel. Mais qu'est-ce que le spirituel ? La philosophie occidentale l'a surtout pensé en opposition au matériel sous des catégories religieuses dont il peine à se séparer. Cette pensée dichotomique nous imprègne tellement qu'il nous est difficile de penser l'unité de l'être.

Le soin rétablit cette unité car ce que nous sommes en profondeur réside dans notre façon d'être dans notre corps. Il reconstruit l'unité de celui qui le reçoit et lui donne la possibilité d'une unité corporelle, à condition que le soignant lui-même soit suffisamment unifié. Alors le corps et l'âme peuvent se transformer conjointement. Le soin ne saurait se réduire à une science, à une technique, à une compétence que des impératifs quantifiés de performance tendent pourtant à privilégier.

L'action est nécessaire. Auprès du souffrant, chacun a bien quelque chose à faire et mobilise pour ce faire des techniques apprises : le médecin diagnostique et prescrit, le biologiste analyse, l'infirmière pose les actes médicaux, le psychologue interprète, le religieux officie, l'assistante sociale conseille, l'écouter écoute. Même le bénévole mobilise un savoir-faire acquis en formation et par l'expérience. Pour autant, l'action n'est pas suffisante. L'acte seul, posé de manière mécanique, peut parfois conduire à une médecine et du social qualifiés de « déshumanisés ».

« La médecine n'est pas une science, c'est un art, ce qui veut dire qu'elle est indissociable de la fin qu'elle vise. C'est une discipline qui a une forte composante scientifique et d'ailleurs, le premier devoir moral du médecin est d'être compétent. Mais les médecins sont obligés d'assumer une réflexion sur la fin que poursuit leur art, la santé, le soin. Toute réflexion sur les fins suppose une réflexion philosophique » (Comte-Sponville).

*Texte de Jean-Guilhem Xerri,
Extrait du livre : « Le soin dans tous ses états »*