



HAL
open science

La gestion du fait religieux au sein de l'institution médicale. Perspective historique et étude de cas : des patients touchés par le VIH/Sida et leurs médecins.

Anne-Cécile Bégot

► **To cite this version:**

Anne-Cécile Bégot. La gestion du fait religieux au sein de l'institution médicale. Perspective historique et étude de cas : des patients touchés par le VIH/Sida et leurs médecins.. 2006. halshs-00096886

HAL Id: halshs-00096886

<https://shs.hal.science/halshs-00096886>

Preprint submitted on 20 Sep 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Octobre 2005

**LA GESTION DU FAIT RELIGIEUX AU SEIN DE
L'INSTITUTION MEDICALE.
PERSPECTIVE HISTORIQUE ET ETUDE DE CAS □
DES PATIENTS TOUCHES PAR LE VIH/SIDA ET LEURS
MEDECINS**



Anne-Cécile BÉGOT
Groupe de Sociologie des Religions et de la Laïcité
59-61, rue Pouchet
75017 Paris

Préface

L'étude très fouillée, nuancée et rigoureuse que nous présente Anne-Cécile Bégot porte sur un sujet d'une constante actualité et dont on peut prévoir, sans grand risque d'erreur, qu'il sera de plus en plus important dans les prochaines décennies. En effet, les rapports entre médecine et religion sont profonds dans toutes les civilisations et à toutes les époques. En Occident, ces rapports ont conjugué, en même temps, proximité et distance. Notre auteur rappelle à juste titre la vieille formule utilisée sous l'Ancien Régime : «*Je le touchai, Dieu le guérit*». Cependant la tradition médicale issue de l'Antiquité a donné une relative autonomie à la médecine européenne qui ne s'est pas trouvée englobée par la religion (comme l'a été longtemps l'institution scolaire), même si elle a du tenir compte des prescriptions et des interdits religieux. Dans cette dialectique entre proximité et distance, le mouvement de laïcisation a fait progressivement prédominer la distance, comme Anne-Cécile Bégot le montre, en première partie de son travail, dans sa belle synthèse sur «*La religion au sein de l'institution médicale*».

En 1970, quand l'hôpital devient un service public complètement indépendant de la sphère religieuse, ce processus de laïcisation semble achevé et médecine et religion définitivement séparées. Il ne s'agit pourtant pas de la fin de l'histoire comme on l'a peut-être cru et, un tiers de siècle plus tard, de nouveaux rapports surgissent sous la forme de problèmes largement inédits. Le politique déclare alors fortement qu'il est nécessaire de réaffirmer «*le principe de laïcité*» dans ce secteur. Le Président Jacques Chirac l'a indiqué en décembre 2003 et le Premier ministre, Dominique de Villepin, l'a redit le 21 octobre 2005, au moment même où cette préface est rédigée. Ces réaffirmations risquent d'être quelque peu incantatoires et les mesures législatives ou réglementaires éventuellement prises peu efficaces, voire même contre-productives, si un effort de connaissance n'est pas fait, permettant d'analyser et de comprendre la situation présente.

Je tiens le travail d'Anne-Cécile Bégot pour une contribution décisive à ce nécessaire effort de connaissance. A partir des relations entre des patients touchés par le VIH/SIDA et des médecins, elle a réalisé une enquête de terrain remarquable grâce à des entretiens semi-directifs d'une grande richesse. Elle indique, de façon précise, ses hypothèses de travail, la façon dont elle a procédé et, ensuite, elle expose très clairement les résultats auxquels elle est parvenue. Certes, comme elle le signale elle-même, le fait d'avoir mené son enquête en région

parisienne a eu «un effet grossissant» sur ces résultats. Mais justement, le but même d'une sociologie qualitative consiste à exercer un effet de loupe, pour mieux cerner l'objet de son étude. Et la mixité sociale et culturelle devenant de plus en plus grande dans la France entière, on peut induire que les lieux aujourd'hui plus monocolors et où les problèmes se posent encore autrement feront face, d'ici dix, quinze ans au plus, à des situations analogues. D'ailleurs, ce serait une erreur de croire que les questions nouvelles qu'affrontent les médecins ne proviennent que de cette diversification sociale et culturelle. Elles proviennent aussi, nous y reviendrons, de mutations sociales, socio-symboliques profondes et qui concernent tout autant ce que l'on pourrait appeler le «Français ordinaire», le «Gaulois» pour parler comme les jeunes de certaines banlieues. On peut enfin ajouter sur ce point que l'objet spécifique de l'étude des patients touchés par le VIH/SIDA donne un second effet grossissant et éclairant de la relation actuelle entre médecin et patient. Là encore, beaucoup de résultats découverts présentent une portée plus large et peuvent servir à une réflexion d'ordre général sur médecine et religion aujourd'hui.

Anne-Cécile Bégot a choisi son plan à partir d'une hypothèse précise la «gestion du fait religieux» dans la relation thérapeutique dépend de la position occupée par le médecin au sein du champ médical. Elle examine d'abord, classiquement, les praticiens hospitaliers, en les distinguant selon leurs statuts, et ensuite les médecins généralistes. A cela, elle ajoute, de façon neuve, les médecins qui exercent dans le milieu associatif. Les résultats obtenus montrent la pertinence d'un tel choix fondé sur un positionnement objectif. Mais, tout au long de l'exposé, on rencontre significativement un autre paramètre important les convictions propres du médecin. Convictions religieuses ou irréligieuses d'abord, et, ensuite, univers symbolique de références plus large, conceptions du monde, idées plus ou moins implicites ou explicites, vagues ou précises du sens de la vie. Le médecin n'est pas lui-même en dehors des questions de sens, elles influent sur la manière dont il se comporte avec ses patients surtout quand il s'agit de faire face au VIH/SIDA.

Les médecins eux-mêmes en sont conscients et c'est pourquoi le problème de «l'intrusion» ou de la «non intrusion» dans l'univers symbolique du patient, dans sa vie privée (religieuse et non religieuse) apparaît, du début à la fin de l'enquête, comme une préoccupation récurrente des médecins interrogés. Leurs réponses dépendent là encore de leur positionnement dans le champ médical et de réflexions personnelles, aidées parfois par un débat collectif, mais le plus souvent menées en solitaire. Le travail de l'auteure met bien en

valeur cet aspect des choses d'autant plus important que la formation des médecins ne leur donne guère des instruments pour y faire face et que le contexte est difficile. En effet, aucune solution n'est évidente, même si dans les récits de pratiques rapportés on peut -et ce n'est pas le moindre intérêt de cette étude- trouver des éléments de réponse.

L'attitude de non intrusion, la neutralité affective, se montre soucieuse de respecter la liberté du patient, de rester sur le terrain sûr où le médecin peut avoir une autorité légitime (sa compétence professionnelle). Le médecin ne veut pas devenir un nouveau clerc. Il est attentif au risque de cléricisme médical. Il ne faut pas sous-estimer ces raisons. Pour avoir moi-même effectué quelques bouts d'enquêtes auprès de patients, j'ai été frappé par le souci d'un bon nombre de préserver leur autonomie et par leur refus d'un «pouvoir médical». Mais à trop être érigée en principe, cette attitude risque de réduire la relation entre médecin et patient à sa nécessaire technicité en faisant fi d'autres aspects qui vont interagir avec elle. D'ailleurs, la liberté de chacun n'est pas une réalité a priori, figée, qui voisinerait avec celle d'autrui comme les voitures se rangent les unes à côté des autres dans un parking. La liberté se niche aussi dans le dialogue, l'interpellation, la parole neuve qui tranche avec ce que l'on a coutume d'entendre.

C'est pourquoi, bon gré malgré, bien des médecins, bien des soignants sont conduit à avoir une intrusion plus ou moins forte dans le champ religieux (ou plus largement symbolique) même si celui-ci ne relève pas de leur compétence professionnelle. A lire l'argumentaire des médecins qui pratiquent plus ou moins cet interventionnisme, on en comprend les raisons. Sauf chez ceux qui affichent ouvertement leurs convictions religieuses et ont une clientèle liée à cette posture, elle relèvent souvent d'un pragmatisme, de la recherche d'une plus grande efficacité du traitement, mais aussi, dans certains cas, de la volonté d'exercer une médecine humaine et tolérante. Mais attention alors au risque d'une médecine qui, sous couvert de rapports plus humains, pourra se montrer plus englobante et, même, plus totalisante. Attention au risque d'«enchaînement affectif» selon l'expression de l'historienne Anne Carol¹. Attention également, et cela ressort bien de cette étude, à ne pas devenir un directeur de conscience pour les populations issues de l'immigration.

¹ A. Carol, *Les médecins et la mort, XIXe-XXe siècle*, Paris, Aubier, 2004, 307.

A lire Anne-Cécile Bégot, on pense à l'avertissement du fils de Jean le Bon à la bataille de Poitiers en 1356 : « Père gardez-vous à gauche, père gardez-vous à droite ». La pratique médicale s'est toujours accompagnée de questions éthiques et déontologiques difficiles. Ces questions se posent aujourd'hui dans un nouveau contexte dont parle l'auteure dans des pages fort pertinentes consacrées à la « reconfiguration des rapports médecine/religions », après nous avoir indiqué l'essentiel du processus de laïcisation de la médecine. En effet, la situation présente est celle d'un troisième seuil de laïcisation qui ne continue pas de façon linéaire les deux premiers seuils mais effectue un virage, comme une route de montagne vire faute de pouvoir aller tout droit à son but. Le paysage peut alors donner une impression de déjà vu : pourtant on n'a pas fait du surplace, on n'est encore moins revenu en arrière. De même, il n'y a pas un « retour » du religieux mais, effectivement, une reconfiguration des rapports entre la religion et les grandes institutions séculières, les grands domaines de la vie sociale, une publicisation du religieux qui est liée à une nouvelle conjoncture.

Cette reconfiguration est due à plusieurs facteurs. Un des plus importants est le déclin de la croyance dans la conjonction des progrès : jusqu'à la guerre 1914-1918 on pouvait raisonnablement croire que le progrès scientifique et technique engendrait presque automatiquement, s'il n'était pas contrarié par un conservatisme politique et/ou religieux, du progrès social et moral. Face au clerc religieux qui parlait de « l'espérance de l'au-delà », le clerc médecin parlait, lui, de la progression de « l'espérance de vie ». La médecine apparaissait comme une institution morale et le médecin comme un savant moral. Cela comportait sa part d'ombre comme le rappelle Madame Bégot : ainsi l'hôpital était une zone de « non droit ». Ensuite, on a pu encore longtemps opposer un « mauvais » progrès (pour la médecine il se trouvait lié à des médecins dévoyés, serviteurs du nazisme ou du stalinisme) et un « bon » progrès (porté par tout médecin « consciencieux »). La relation entre médecin et « malade » se résumait ainsi : « une confiance et une conscience ».

Ceci ne peut plus du tout avoir cours aujourd'hui car, dans les représentations sociales, il s'est produit une dissociation entre le progrès technique et scientifique et le progrès social et moral. Crise de la réussite, le progrès médical, même exercé par des médecins dont la conscience (professionnelle et morale) est irréprochable, aboutit à des dilemmes moraux. La création du Comité Consultatif National d'Éthique, en 1983, en est un indice fort. Une autre indice important est l'article 3 de la Charte européenne des droits fondamentaux qui donne des limitations au progrès médical au nom de la « dignité humaine ». De fait, cette même

dignité («Le droit de mourir dans la dignité» par exemple) est invoquée face au prolongement de la vie, un prolongement qui n'est plus l'objet d'espérance mais de crainte quand on estime que cette vie a perdu ses qualités humaines.

Qu'est-ce que l'être humain ? Qu'est-ce qui constitue fondamentalement sa «dignité» ? Les questions anthropologiques, les questions de sens mises, socialement entre parenthèse pendant le temps du progrès triomphant, resurgissent sur la place publique. Depuis des siècles, les religions gèrent ces questions de sens. C'est donc fort logiquement que le Président Mitterrand a demandé, lors de la création de ce Comité, à des représentants de sensibilités religieuses et philosophiques diverses de siéger au CCNE. Ce serait se fermer les yeux qu'ignorer un changement aussi important et dont la pratique médicale ne peut sortir indemne.

Mai 1968 avait déjà pressenti cela en se révoltant contre des institutions désormais perçues comme trop sûres d'elles-mêmes et pouvant représenter une entrave à l'autonomie de l'être humain. Cette nouvelle donne s'est manifestée, dès le début des années 1970, avec le problème de la libéralisation de l'avortement dont parle Anne-Cécile Bégot. La religion s'est individualisée face à la position officielle de l'Eglise catholique, une militance favorable à une loi libérale s'exprime alors au sein de certaines associations catholiques ou à titre personnel et elle se trouve relayée par les médias au même titre que le point de vue de la hiérarchie. La position du professeur Paul Milliez va dans ce sens, or il est récusé par le Mouvement de Libération des Femmes (MLF) non comme catholique mais comme homme et médecin. La maîtrise par les femmes de leur propre corps suppose la lutte contre la domination médicale².

La loi libéralisant l'avortement donne significativement la décision finale à la femme et non au médecin mais reconnaît à ce dernier le droit de faire objection de conscience, de ne pas pratiquer d'avortement. La question, très nouvelle alors, du respect de droits fondamentaux à l'intérieur même de l'institution se trouve ainsi posée. Certes, elle l'est d'abord au profit des agents institutionnels, mais cela montre que les médecins restent, au sein de leur pratique professionnelle, des personnes pouvant effectuer des choix privés. Cela est un indice du

² Notons que le médecin femme de cette étude qui croit continuer la lutte féministe face à ses patientes musulmanes, se trouve en fait dans une position ambiguë

changement de la représentation sociale du médecin qui, jusqu'alors, ressemblait à la vision traditionnelle du chaman «Un homme qui n'est pas un homme, tout en étant un homme»³.

Par ailleurs, remettre la décision finale à la femme donne le dernier mot à l'individu concerné et fait de l'institution un instrument au service de cet individu. Or, je l'ai montré ailleurs⁴, la laïcisation précoce réalisée en France, a fait que, pour les régimes qui se sont réclamés de 1789 (et spécialement le régime républicain), les institutions séculières comme l'école et la médecine ont joué, au profit du politique, un rôle particulièrement important de socialisation morale, permettant de relativiser (voire de déstabiliser) le rôle moral de la religion. D'où une déférence à l'égard de ces institutions plus forte qu'ailleurs, notamment qu'en Grande Bretagne où, pourtant, le progrès techniques et scientifiques de la médecine était plus précoce qu'en France⁵. Il est donc logique que le choc en retour actuel soit ressenti durement en France et que l'adaptation des médecins à la nouvelle donne soit plus difficile.

Elle doit pourtant se faire car ce qu'on appelle trop commodément le «consommérisme médical» n'est que l'envers de la sorte de 'prédication' sociale continue aujourd'hui exigeant de l'individu qu'il soit libre et responsable. L'interférence de certains comportements religieux dans la sphère médicale est liée à cette nouvelle donne. Cela ne signifie pas qu'il faille tout accepter. Mais si l'on prend des décisions qui se dispensent au préalable d'analyser la nouvelle conjoncture, si des enquêtes et des analyses de la qualité de celles d'Anne-Cécile Bégot ne sont pas prises en considération comme elles le méritent, alors le résultat risque d'être boomerang. C'est pourquoi j'espère fortement que ce travail rencontrera l'écho qu'il mérite.

Jean Baubérot

Président d'honneur de l'École pratique des Hautes Études (Sorbonne)

Titulaire de la chaire «Histoire et sociologie de la laïcité» à l'E.P.H.E.

³ J.-P. Valabrèga, *La relation thérapeutique*, Paris, Flammarion, 1962, 146.

⁴ J. Baubérot, *Laïcité 1905-2005 entre passion et raison*, Paris, Le Seuil 2004, 55-65, 208-216 pour la médecine.

⁵ Cf. sur la médecine anglaise J. Baubérot – S. Mathieu, *Religion, modernité et culture au Royaume Uni et en France*, Paris, Le Seuil, 2002, 116s, 207-210.

Introduction

Au cours de ces cinquante dernières années, la médecine a connu de nombreux progrès (institutionnels et médicaux)⁶ mais a laissé peu de place aux discussions sur la question du sens (sens de la vie, de la mort, de la maladie, ...)⁷. Dans ce contexte, la présence de manifestations religieuses dans la relation thérapeutique apparaît comme problématique car les médecins ne savent pas comment les gérer.

L'apparition du fait religieux au sein de la sphère médicale et plus précisément de l'institution hospitalière a fait l'objet d'un traitement médiatique à la fin de l'année 2003, lors des auditions, par la Commission Stasi, d'acteurs ou de personnages considérés comme emblématiques des interrogations portées par cette commission, sur la laïcité. Le mardi 21 octobre 2003, le Directeur et une sage femme de l'hôpital intercommunal André-Grégoire, de la ville de Montreuil (93), ont témoigné, devant cette commission, sur l'apparition d'expressions de radicalisation religieuse parmi les patients⁸.

La déclaration du président de la République, Jacques Chirac, aux conclusions apportées par le rapport de la Commission Stasi, déclaration selon laquelle « à l'hôpital, rien ne saurait justifier qu'un patient refuse, par principe, de se faire soigner par un médecin de l'autre sexe, il faudra *qu'une loi* vienne consacrer cette règle pour tous les malades qui s'adressent au service public », va susciter certaines polémiques. Ainsi, Martin Winckler, médecin ayant acquis une certaine notoriété depuis la parution de son ouvrage *La maladie de Sachs* (prix du livre Inter en 1998), note, sur son site Internet⁹, que la déclaration du président de la République va à contre-courant des principes éthique et professionnel qui organisent la profession médicale. Principe éthique dans le sens où une femme, qu'elle soit voilée ou pas, est en droit de refuser d'être examinée par un gynécologue homme. Principe professionnel car le code de déontologie médicale précise, dans l'article 6, que « le médecin doit respecter le

⁶ - I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet, « Introduction. Une médecine en discussion », *Quelle médecine voulons-nous*, sous la direction de I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet, Paris, La Dispute, 2002, pp. 9-16.

⁷ - Exception doit être faite des soins palliatifs.

⁸ - D. Saubaber, « L'hôpital confronté à la radicalisation des pratiques religieuses », *Le monde interactif*. Disponible sur <http://www.ac-versailles.fr/PEDAGOGI/ses/themes/laicite/saubaber.html>, consulté en septembre 2004.

⁹ - Disponible sur <http://www.martinwinckler.com>, consulté en septembre 2004.

droit que possède toute personne de choisir librement son médecin. Il doit lui faciliter l'exercice de ce droit »¹⁰.

Par ailleurs, les propos tenus par Isabelle Lévy, formatrice en milieu hospitalier sur les pratiques religieuses, et ce suite à la sortie de son dernier ouvrage¹¹, tendent à relativiser l'idée d'une nouvelle loi pour préserver la laïcité à l'hôpital. Dans une interview donnée au journal *L'express*, elle estime que « l'arsenal juridique existant est suffisant mais non appliqué Il faudrait le faire connaître aux soignants et au grand public »¹².

Une nouvelle loi n'a pas été votée au parlement mais une circulaire, datée du 2 février 2005, vient rappeler les principes relatifs à la laïcité dans les établissements de santé : d'un côté, les patients sont traités de manière égale, quel que soit leur engagement religieux, et ils ne peuvent douter de la neutralité du personnel hospitalier de l'autre, les patients ont le libre choix de leur praticien excepté dans les cas d'urgence et ils ne peuvent récuser un médecin en raison de la religion effective ou supposée de celui-ci¹³.

De manière générale, le traitement fait par les médias de la présence du religieux à l'hôpital est envisagé comme un événement nouveau et exceptionnel. Dans le cadre de ce rapport, on voudrait montrer d'une part, que les liens entre médecine et religions s'inscrivent dans la construction de la modernité, celle d'une progressive différenciation des sphères religieuse et médicale, et d'autre part que la gestion du fait religieux dans la relation thérapeutique se comprend au regard de cette construction historique. En d'autres termes, c'est à partir du contexte socio-historique que l'on va construire la problématique et les hypothèses de travail de la présente étude.

Le choix d'une démarche socio-historique pour explorer la dimension pragmatique des conduites a été envisagée par d'autres sociologues, notamment Nicolas Dodier¹⁴ et

¹⁰ - Disponible sur http://martinwinckler.com/article.php?id_article=104, consulté en septembre 2004.

¹¹ - I. Lévy, *La religion à l'hôpital. Laïcité et respect du culte. Refus des soins. Interdits alimentaires. Rites funéraires*, Paris, Presse de la Renaissance, 2004.

¹² - « L'hôpital face aux religions », propos recueillis par C. Chartier. Disponible sur <http://www.lexpress.fr/>, consulté en septembre 2004.

¹³ - Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-02/a0020035.htm>, consulté en août 2005.

¹⁴ - N. Dodier, A. Camus, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, juillet-août 1997, n° 4, p. 733-763.

Isabelle Baszanger¹⁵. Alors que le premier, avec Agnès Camus, s'intéresse aux formes de prise en charge du malheur au sein de l'hôpital, la seconde retrace la naissance de la médecine de la douleur. Ces auteurs construisent leur objet d'étude à partir d'un terreau historique où les conduites observées sur le terrain sont envisagées à partir d'une genèse historique. Ainsi, pour Nicolas Dodier et Agnès Camus, les trois formes de prise en charge du malheur qui ont régi l'histoire de l'hôpital (hospitalité accordée aux malheureux, gestion collective des malheureux et dynamique de l'innovation biomédicale) sont présentes dans le travail quotidien à l'hôpital. Quant à Isabelle Baszanger, elle observe, dans le contexte américain des années 1970, l'émergence et l'affrontement de deux conceptions de la douleur qu'elle retrouve, lors de son enquête de terrain, effectuée à Paris, dans deux centres de la douleur.

On a fait le choix d'étudier la gestion du fait religieux au sein de l'institution médicale à partir d'une maladie chronique¹⁶ car cela permet d'éviter de se polariser sur des aspects conjoncturels, exacerbés par le regard médiatique. Le choix du VIH/Sida tient au fait qu'il s'agit d'un bon analyseur social. Les caractéristiques épidémiologiques et le caractère inguérissable de ce virus touchent aux différents aspects de la vie biologique et sociale : vie, mort, inégalités sociales face à la maladie, observance (traitements), relation thérapeutique (médecins/patients), place de l'hôpital et de la médecine de ville dans l'organisation des soins du VIH/Sida, etc.

Pour mener à bien le présent projet, on a réalisé une enquête de terrain auprès de quarante-quatre médecins traitant des patients touchés par le VIH/Sida. Les entretiens réalisés avaient pour thématique centrale, la manière dont les médecins gèrent les croyances et pratiques religieuses de leurs patients¹⁷. Cette enquête a été réalisée sur Paris et sa banlieue, durant l'année 2004.

¹⁵ - I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, coll. « La couleur des idées », 1995.

¹⁶ - Pour D. Carricaburu et M. Ménoret, « selon sa gravité, une maladie aiguë va présenter, sur un temps qui peut aller de quelques jours à quelques semaines, un début, un déroulement et une fin qui va déboucher sur la guérison ou la mort : la grippe en est un bon exemple. Une maladie chronique a elle aussi un début qui peut coïncider avec le commencement de la vie dans le cas de certaines maladies génétiques, comme l'hémophilie, ou se manifester plus tardivement comme dans le cas de la sclérose en plaques. Une fois déclarée, s'il n'y a pas de traitement curatif, la maladie est dite 'chronique' dans la mesure où elle va durer aussi longtemps que la vie de la personne », D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 93.

¹⁷ - L'enquête de terrain sera davantage explicitée au cours de la deuxième partie.

Au cours de ce rapport, on abordera, dans une première partie, la place et le rôle de la religion au sein de l'institution médicale à partir de trois aspects : la laïcisation de l'institution médicale, le rapport des médecins à la religion, et la reconfiguration des rapports entre médecine et religion. Dans une deuxième partie, on présentera les différents aspects de l'enquête de terrain (méthodologie, grille d'entretiens, ...) ainsi que les données sociodémographiques des personnes interviewées. Les deux dernières parties seront consacrées à la gestion du fait religieux par les praticiens hospitaliers (troisième partie), les médecins « associatifs » et les généralistes (quatrième partie). Pour cela, on tentera de répondre à trois questions : comment la religion apparaît-elle dans la relation thérapeutique ? Comment les médecins légitiment-ils leur approche du fait religieux ? Et enfin, quelles réponses apportent-ils à ces manifestations religieuses ?

PREMIERE PARTIE

LA RELIGION AU SEIN DE L'INSTITUTION MEDICALE

Longtemps religion et médecine ont été fortement intriquées. La différenciation de ces sphères, l'une des caractéristiques de la modernité¹⁸, participe à la construction de l'institution médicale. Celle-ci est entendue de la manière suivante : « Une institution prend en charge, de façon plus ou moins contraignante, un domaine (un champ, en terme sociologique plus resserré) de la vie sociale dont la valeur ne dépend pas, *a priori*, d'un choix privé. La contrainte qu'exerce l'institution est une contrainte socialement légitime : elle doit être plus ou moins admise par l'individu quelle que soit son opinion personnelle »¹⁹.

La construction de l'institution médicale, engagée dès le début du XIX^e siècle, participe à définir la place et le rôle de la religion au sein de la sphère médicale. Pour en rendre compte, trois aspects vont être envisagés : la laïcisation de l'institution médicale, le rapport des médecins à la religion, et la reconfiguration des rapports entre médecine et religions. Mais, pour l'heure, un bref aperçu de la situation durant l'Ancien Régime permettra de souligner les changements opérés à partir du XIX^e siècle.

I . La période de l'Ancien Régime

Durant la période de l'Ancien Régime (XVII^e-XVIII^e siècles), la société française se caractérise par l'absence de différenciation entre sacré et profane. La religion catholique, alors dominante, est une institution englobante : l'État et la société n'ont pas d'existence propre dans le sens où la référence religieuse y est omniprésente. Trois aspects permettent de caractériser les rapports médecine/religion durant cette période : les représentations de la maladie, la place occupée par les médecins, et le rôle joué par les autres thérapeutes.

¹⁸ - Selon la sociologue D. Hervieu-Léger, la modernité se caractérise par une rationalisation de l'ensemble des activités humaines, l'autonomie du sujet, la différenciation des sphères sociales et par un changement perpétuel, « La religion des Européens : modernité, religion, sécularisation », D. Hervieu-Léger et G. Davie (dir.), *Identités religieuses en Europe*, Paris, La Découverte, 1996, p. 9-23.

¹⁹ - J. Baubérot, *Laïcité 1905-2005, entre passion et raison*, Paris, Seuil, 2004, p. 226.

Dans le cadre de cette première partie, il s'agit d'envisager la construction de l'institution médicale sous un angle spécifique, celui de la laïcisation, mais l'un ne va pas sans l'autre.

1) Les représentations de la maladie

«Si de nombreux maux ont existé de toute éternité, chaque époque a ‘ses maladies’²⁰. Pour la période de l’Ancien Régime, marquée par les grandes épidémies de pestes, c’est la dimension collective de la maladie qui prédomine. L’interprétation qu’en donne l’Église catholique, selon les catéchismes de l’époque, est la suivante□il est du devoir du catholique de supporter cette épreuve avec patience et résignation, et de l’envisager comme un don ou un signe d’élection. Cependant, si une élite se complaît dans le dolorisme²¹, l’Église catholique met en garde ses fidèles□la maladie est certes un avertissement de Dieu adressé au pêcheur, mais il serait tout aussi impie de négliger le remède que de refuser la maladie.

La pratique de l’inoculation de la variole, introduite au début du XVIII^e siècle, va mettre en cause le modèle étiologique (assignation des causes de la maladie) de l’Église catholique, celui où la maladie est envisagée comme un châtiment de Dieu. En effet, cette pratique va à l’encontre de l’idée d’un Dieu tout-puissant susceptible de guérir la maladie mais aussi de la provoquer. L’Église n’est pas contre l’inoculation mais elle la réprovoque car, explique l’historien François Lebrun, «Dieu reste seul maître de la vie et de la mort, de la santé et de la maladie. Celle-ci est bien un avertissement providentiel et un instrument d’ascèse spirituelle avant d’être un mal naturel²².

2) Les médecins

Avant d’être membre d’une profession, le médecin est chrétien et, au regard de l’Église, un auxiliaire de Dieu. «La vieille formule ‘je le touchai, Dieu le guérit’ dit bien la modeste place dans laquelle les médecins sont confinés²³. Face à la maladie, les médecins de la période de l’Ancien Régime «font preuve le plus souvent d’une sorte de fatalisme. Leur

²⁰ - C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d’hier, malades d’aujourd’hui*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1984, p. 23.

²¹ - À titre d’exemple, on peut citer ce passage de la lettre écrite par Louis-Marie Grignon de Montfort, en 1703, à sa sœur tombée malade au cours de son noviciat□«Ma chère sœur, je me réjouis d’apprendre la maladie que le Bon Dieu vous a envoyée pour vous purifier comme l’or dans la fournaise. J’envie quasi votre bonheur²¹, cité par F. Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, coll. «Histoire²¹, 1995, p. 14.

²² - *Idem*, p. 17.

²³ - O. Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos-Historiques, 1994, p. 11.

attitude s'aligne d'autant plus aisément sur celle de l'Église qu'ils sont dans beaucoup de cas impuissants à comprendre la maladie autant qu'à la guérir²⁴.

Reproduisant le discours de l'Église, le médecin envisage également Dieu comme la cause première de la maladie²⁵. Ainsi, pour le médecin David Jouysse, exerçant à Rouen, au XVII^e siècle, «Le traitement médical doit '*commencer par la purification de nos âmes*'²⁶. Quant aux causes secondes, les médecins reprennent celles énoncées par leurs maîtres (médecins de l'Antiquité) où la maladie est due à un dérèglement des humeurs□ sang, phlegme, bile et atrabile (théorie des humeurs). Par ailleurs, ils envisagent et conçoivent le corps humain comme un microcosme de l'univers.

Selon l'historien Olivier Faure, même si les théories médicales sur lesquelles se fondent les médecins sont anciennes, la médecine humorale n'exclut pas l'observation, et en cela, elle n'a rien de mystique²⁷. Le lien entre l'observation des signes cliniques du patient et l'établissement du diagnostic n'a pas toujours lieu au chevet du malade dans la mesure où certains médecins font leur consultation par voie épistolaire□ à ceux qui savent lire et écrire, ils envoient un questionnaire auquel le patient répond, et ce afin d'établir un diagnostic²⁸.

Quant aux principaux remèdes employés par les médecins - la saignée et les purgations -, ils ont peu d'impact sur les maladies de l'époque, essentiellement infectieuses (peste). «Si le spectacle permanent de la mort (un enfant sur quatre n'atteint pas son premier anniversaire, un sur deux meurt avant vingt ans) n'entraîne pas la passivité et l'indifférence qu'on a si souvent dénoncées, il rappelle à tous, et d'abord au médecin, les limites de l'intervention humaine et confirme le message religieux²⁹.

²⁴ - F. Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, coll. «Histoire», 1995, p. 19.

²⁵ - Si l'on examine cette question sur le long terme, il faut indiquer que les médecins de la Grèce Ancienne «conçoivent la maladie plutôt comme un phénomène naturel que comme une manifestation surnaturelle», E. Freidson, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 23.

²⁶ - C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1984, p. 34-35.

²⁷ - O. Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos-Historiques, 1994, p. 13.

²⁸ - On peut noter qu'aujourd'hui, certains médecins délivrent des conseils à leurs patients par le biais de message électronique c'est-à-dire sans consulter leurs patients.

²⁹ - O. Faure, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos-Historiques, 1994, p. 19.

3) Les autres thérapeutes

Le troisième aspect caractérisant les rapports médecine/religion durant la période de l'Ancien Régime, est qu'il n'existe pas de différence entre médecins et « empiriques ». Les empiriques constituent une catégorie générique réunissant aussi bien des curés³⁰, religieuses, personnes charitables, dames pieuses que des inventeurs de drogues ou des rebouteux, bailleurs, renoueux, ... Il existe bien l'édit de Marly, datant de 1707, qui introduit la notion d'exercice illégal de la médecine et différencie les médecins qui ont obtenu un diplôme de la faculté de médecine³¹ des « empiriques » mais, dans la pratique, la population recourt surtout à ceux qui lui sont proches tant géographiquement que culturellement, à savoir les empiriques, et à des pratiques que l'Église qualifie de superstitions et dont elle n'a pas toujours le contrôle³². Le médecin n'est pas du tout perçu par la population comme celui qui guérit : une certaine méfiance est même de mise à son égard.

L'hétéronomie des sphères religieuse et médicale, durant l'Ancien Régime, peut être illustrée à partir de certaines pratiques. Ainsi, c'est au curé d'avertir les autorités lorsqu'une épidémie apparaît. Par ailleurs, des manuels de santé, destinés aux populations, sont imprimés par des prélats. Ces derniers se chargent également de faire passer un examen de moralité aux sages-femmes et ce afin de s'assurer qu'elles n'useront pas de leurs savoirs à des fins abortives. Au niveau de l'hôpital, l'Église catholique assure la présence d'un personnel avec les sœurs religieuses et, au sein des grandes salles des malades, un autel est dressé où « on exige souvent du malade qu'il se confesse à l'entrée »³³. Quant aux médecins, ils sont dans un rapport de domination à l'égard de l'Église catholique car, en 1712, il leur est rappelé qu'ils ne peuvent visiter un malade gravement atteint si celui-ci ne présente pas un certificat de confession : cette obligation légale, qui prendra fin avec la Révolution Française, permet de

³⁰ - Il faut toutefois noter que le concile de Latran, en 1139, interdit aux clercs l'exercice de la médecine hors des cloîtres, P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p. 17.

³¹ - L'article 26 de cet édit précise que « nul ne pourra, sous quelque prétexte que ce soit, exercer la médecine, ni donner aucun remède, même gratuitement, dans les villes et bourgs de notre royaume, s'il n'a pas obtenu le degré de licencié dans quelque une des facultés de médecine qui y sont établies », F. Lebrun, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, coll. « Histoire », 1995, p. 94.

³² - La frontière entre magie et religion est ténue, et F. Lebrun cite le cas suivant : « Pourquoi le fait d'utiliser une clé d'église dédiée à saint Pierre que l'on se met dans le dos pour se prémunir contre la rage, est-il condamné comme superstitieux, alors que le port de scapulaires est encouragé comme préservatif contre toutes sortes de maladies », « L'Église face à la maladie et à la guérison entre Trente et Vatican II. Discours et pratiques », *Gestions religieuses de la santé*, F. Lautman, J. Maître (dir.), Paris, L'Harmattan, coll. « Santé, sociétés et cultures », 1995, p. 22.

³³ - F. Steudler, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974, p. 34.

s'assurer que tous les patients ont reçu l'extrême-onction (derniers sacrements³⁴), avant de mourir.

³⁴ - Les derniers sacrements consistent en la conjonction de trois sacrements□ la confession des péchés, la communion (le malade doit avaler l'hostie sans la vomir), et l'extrême onction faite avec de l'huile d'olive bénie par un évêque.

II . La laïcisation de l'institution médicale

La laïcisation de l'institution médicale commence au tout début du XIX^e siècle. Le passage de la France de l'Ancien Régime au XIX^e siècle est marqué, selon l'historien Jean Baubérot, par le «premier seuil de laïcisation»³⁵, lequel se traduit par un changement de statut de la religion au sein de la société française. La religion est reconnue comme nécessaire (besoins religieux) mais elle n'est plus une institution englobante et plusieurs cultes sont reconnus (le catholicisme, le protestantisme luthérien et réformé, puis en 1808, le judaïsme).

Le deuxième seuil de laïcisation démarre à partir des années 1880, avec les lois sur l'obligation de l'instruction et la laïcisation de l'enseignement public, pour aller jusqu'à la loi de 1905 sur la séparation des Églises et de l'État³⁶. Trois aspects caractérisent ce deuxième seuil : la dissociation institutionnelle («la religion n'est plus officiellement considérée comme une des institutions qui structure la société»), l'absence de légitimité des religions (la religion devient une affaire privée et les besoins religieux n'ont plus d'objectivité socialement reconnue), et la reconnaissance de la liberté de conscience et de culte («l'État reconnaît à chaque citoyen le libre choix et le libre refus de la religion»)³⁷.

Durant cette période (passage du premier au deuxième seuil de laïcisation), la laïcisation de l'institution médicale s'organise essentiellement autour de trois domaines : la médicalisation des populations, la professionnalisation des médecins, et la laïcisation de l'hôpital.

1) La médicalisation des populations

La démographie médicale³⁸ ne suffit pas à rendre compte de ce processus qu'est la médicalisation car il s'agit d'«une transformation culturelle et non simplement une conquête

³⁵ - Ce premier seuil est marqué par «la loi du 18 germinal an X (8 avril 1802) [qui] est un ensemble formé par le Concordat – convention entre le pape et le gouvernement français – et les Articles organiques, vaste police des cultes, qui concernent le catholicisme et le protestantisme luthérien et réformé, désormais 'cultes reconnus'», J. Baubérot, *Vers un nouveau pacte laïque*, Paris, Seuil, 1990, p. 33.

³⁶ - J. Baubérot, *Laïcité 1905-2005, entre passion et raison*, Paris, Seuil, 2004, p. 60.

³⁷ - J. Baubérot, *Vers un nouveau pacte laïque*, Paris, Seuil, 1990, p. 95.

³⁸ - Les données démographiques sont les suivantes : on dénombre un médecin pour 1 500 habitants en 1844 contre un médecin pour 2 377 habitants, en 1881 (J. Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au*

professionnelle. La médicalisation, selon les termes du sociologue Didier Fassin, «consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical»³⁹. On envisagera la médicalisation de la société française du XIX^e siècle, à partir du recours à la médecine officielle et des débuts de la santé publique.

La loi de 1803 (19 ventôse an XI) prévoit la création de deux ordres de médecin : les médecins et les officiers de santé. Les premiers doivent justifier de quatre années d'études dans l'une des trois écoles de médecine (Paris, Montpellier et Strasbourg), alors que les officiers de santé effectuent soit trois années d'études, soit six à huit ans d'exercice de la médecine. Ces deux ordres de médecin constituent une médecine à deux vitesses dans la mesure où les médecins s'installent surtout dans les petites villes et soignent les populations aisées, tandis que les officiers de santé exercent essentiellement dans les villages et les bourgs auprès d'une population considérée comme ayant des maladies plus simples.

Les différences de revenus traduisent aussi les inégalités existant entre ces deux ordres de médecin : les officiers de santé gagnent entre six cents et huit cents francs par an contre quatre mille francs pour les médecins de première classe⁴⁰. De plus, les autorités locales sont peu regardantes sur les compétences des officiers de santé : leur objectif est d'avoir quelqu'un qui ait une pratique de la médecine et sache communiquer avec les populations locales (parler un dialecte). Dans cette perspective, on retiendra l'initiative du maire d'une petite ville de la Drôme, qui se propose d'allouer une bourse à un étudiant en médecine s'il prend l'engagement de s'installer dans sa ville. La coexistence entre médecins et officiers de santé se poursuivra en dépit de la suppression de ce dernier ordre, avec la loi de 1892. Ainsi, en 1898, les officiers de santé représentent encore 10% des médecins.

Dans la pratique, on se rend compte que la loi du 10 mars 1803 vise moins à établir un strict monopole sur l'exercice de la médecine qu'à officialiser le plus grand nombre de

XIX^e siècle, Paris, Hachette, 1977, p. 50). Aujourd'hui, les chiffres sont les suivants : en moyenne, il y a 329 médecins pour 100 000 habitants, S. Darriné, «Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice», *Études et résultats*, DREES (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), février 2002, n° 156. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>, consulté en août 2005.

³⁹ - D. Fassin, «Avant propos. Les politiques de la médicalisation», *L'ère de la médicalisation. Ecce homosanita*, P. Aïach, D. Delanoë (dir.), Paris, Anthropos, 1998, p. 5.

⁴⁰ - J. Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977, p. 104.

soignants⁴¹. En effet, contre les «illégaux» (curés, religieuses, guérisseurs, empiriques), elle ne prévoit qu'une simple contravention passible d'une amende dont le montant n'est pas fixé. Cette loi, explique l'historien Jacques Léonard, blâme davantage l'usurpation du titre de médecin que l'infraction d'exercice illégal proprement dite⁴². Et, il ne faut pas négliger le fait que les «Empiriques» s'engouffrent dans cette brèche laissée vacante par la législation de 1803 (domaines non couverts par la loi) : la psychiatrie, les accouchements, les troubles sexuels, la douleur, la dentisterie, les soins oculaires, ...

Autrement dit, la création des deux ordres de médecin et les termes de la loi de 1803 ont permis de médicaliser la population à un moindre coût⁴³.

En dépit de la législation sur l'exercice illégal de la médecine, les «Empiriques» sont toujours plébiscités, et ce notamment parce que la médecine est peu efficace d'un point de vue thérapeutique. La préoccupation première des populations est l'efficacité thérapeutique et non le titre ou le diplôme du guérisseur. «Est-il pas significatif que les concurrents illégaux des médecins soient appelés guérisseurs, s'interroge J. Léonard. L'opinion publique au XIX^e siècle refuse de faire coïncider le diplôme et la faculté de guérir»⁴⁴. Le recours aux empiriques est tellement banalisé que même le médecin laisse sa femme ou ses enfants aller chez le rebouteux. Et l'on constate que dans certaines régions de France, des médecins n'ont pu survivre à la concurrence de l'activité médicale des prêtres et religieuses. Il est question, précise l'historien Pierre Guillaume, d'une démedicalisation des régions les plus cléricales⁴⁵.

Si la frontière entre médecine et religion reste poreuse, elle ne doit pas masquer des conflits d'intérêts⁴⁶. Les médecins formulent une série de reproches à l'égard des religieuses : leur «obscurantisme», notamment lorsqu'elles décident d'organiser des rassemblements à caractère expiatoire durant les épidémies ; leur opposition à l'égard de certaines pratiques médicales, telle que la chloroformisation des femmes enceintes ; leur refus de laisser entrer

⁴¹ - O. Faure, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, p. 15-16.

⁴² - J. Léonard, *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, p. 69.

⁴³ - O. Faure, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, p. 16.

⁴⁴ - J. Léonard, *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992, p. 63.

⁴⁵ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p. 28.

⁴⁶ - On notera, avec P. Guillaume, que dans les archives on voit davantage apparaître les conflits entre médecine et Église que les compromis et concessions faites au quotidien, cf. P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p. 26.

des prostituées à l'hôpital□ leur zèle à l'égard des patients, ... Mais, aussi bien dans les hôpitaux que dans les campagnes, les médecins ne peuvent se passer de leurs services□ car elles constituent la solution la plus économique pour soigner les indigents. Et, à y regarder de plus près, on se rend compte que les religieuses sont davantage les auxiliaires des médecins que leurs concurrentes. Dans les campagnes, elles sont proches des malades - et ce à la différence de certains médecins -, elles leur apportent un réconfort psychologique ou spirituel (soins de l'âme), elles s'occupent des basses besognes que les médecins ne veulent pas faire (soigner les plaies nauséabondes, ...), et surtout, si le médecin est catholique, elles se chargent de sa renommée et de la constitution de sa clientèle. En d'autres termes, elles participent aussi à la médicalisation des populations.

Ces différents aspects (faible efficacité thérapeutique de la médecine officielle, les religieuses comme auxiliaires des médecins, ...) permettent d'expliquer le nombre peu élevé de condamnations pour exercice illégal de la médecine. Selon les archives judiciaires, entre janvier 1854 et février 1857, il y a eu douze crimes, cent vingt et un délits dont onze d'exercice illégal de la médecine auquel s'ajoute un avortement, soit moins que des délits de chasse ou d'utilisation frauduleuse de timbres usagers, et c'est bien au nombre de ces délits mineurs que se range l'exercice illégal de la médecine⁴⁷.

À partir de la seconde moitié du XIX^e siècle, la médicalisation des populations s'étend à d'autres domaines que le recours au médecin (officiel). À titre d'exemple, on peut citer les mesures prises à l'égard des établissements scolaires. En 1853, un arrêté (Fortoul) impose de la viande dans la nourriture scolaire⁴⁸. Cela répond à l'idée que ce mets, et plus globalement les aliments, procurent de l'énergie. Des enseignements d'hygiène et de sciences naturelles vont être donnés dans les écoles laïcisées. «Instituteurs et institutrices, écrit J. Léonard, sont chargés de contrôler la propreté des élèves et d'enseigner des rudiments de sciences naturelles□ ils ne doivent pas accueillir d'enfants non vaccinés et ils collaborent de leur mieux à la lutte contre les poux domestiques□⁴⁹. La collaboration entre médecins et enseignants s'effectuera également sur le terrain de l'alcoolisme. Ainsi, en 1877, un *Avis* de l'Académie de médecine, énumérant les dangers de l'alcoolisme, est placardé dans toutes les écoles de

⁴⁷ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p. 26.

⁴⁸ - Pour G. Vigarello, l'État n'a pas pu s'impliquer davantage dans une politique sanitaire, au cours de la première moitié du 19^e siècle, car il lui manquait les moyens financiers et une administration efficace, G. Vigarello, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, coll. «l'univers historique□», 1993, p. 237.

⁴⁹ - J. Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977, p. 209.

garçons. Cet avis fait suite à la loi de 1873 qui condamne « l'ivrognerie » manifestée sur la voie publique et ses récidives.

En plus de l'école, la médecine s'introduit au sein des familles par le biais des sociétés de secours mutuels (première forme de mutualisation). Peu répandue durant la première moitié du XIX^e siècle, la mutualisation est légalisée avec le décret de mars 1852. Le premier recensement officiel sur les sociétés de secours mutuels rend compte des chiffres suivants : en 1852, il existe 2 500 sociétés pour environ 200 000 adhérents⁵⁰. Un demi-siècle plus tard, le nombre de sociétés passe à 15 372 et à plus de deux millions de membres⁵¹. Ce mode de couverture médicale reste très minoritaire mais là, écrit O. Faure, le médecin est « armé du pouvoir certain de transformer les habitudes de la classe ouvrière, de refaire son éducation physique et morale, de la soustraire à la tyrannie de la débauche, aux suggestions perfides de la misère, aux préjugés de l'ignorance, de stimuler les principes d'ordre, de travail et d'économie, de préparer au pays des générations plus saines et plus robustes »⁵². En se substituant, en partie, à la charité (chrétienne), la mutualisation n'en demeure pas moins un outil, pour les médecins, de conversion du peuple aux valeurs dominantes, celles de la bourgeoisie.

Si la médicalisation des populations (ralliement de la population à la médecine scientifique et officielle) a bien été une révolution culturelle – autant voulue par le peuple qu'imposée par les médecins et les autorités⁵³ – aujourd'hui, elle tend à s'étendre à tous les domaines de l'existence ce qui, pour D. Fassin, est un moyen de pacifier certains conflits (l'auteur fait, ici, référence, aux étrangers qui bénéficient de papiers pour séjourner en France, non pas comme titre de séjour mais comme autorisation provisoire de séjour pour soins⁵⁴) mais aussi est une forme d'incapacité à faire face à certains problèmes sociaux (médicalisation de la toxicomanie avec la politique de réduction des risques – traitement de substitution -, sans pour autant que le trafic disparaisse)⁵⁵.

⁵⁰ - O. Faure, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, p. 121.

⁵¹ - J. Léonard, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977, p. 133.

⁵² - O. Faure, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993, p. 125.

⁵³ - Thèse défendue par l'historien O. Faure, *Idem*, p. 6.

⁵⁴ - Deux décrets ont été pris, en juillet 2005, pour freiner la délivrance des autorisations de séjour pour soins, « Les associations dénoncent le durcissement de l'accès à l'AME », *Libération*, mardi 2 août 2005, <<http://www.liberation.fr/page.php?Article=314925>>, consulté en août 2005.

⁵⁵ - D. Fassin, « Avant propos. Les politiques de la médicalisation », *L'ère de la médicalisation. Ecce homosantitas*, P. Aïach, D. Delanoë (dir.), Paris, Anthropos, 1998, p. 10.

2) La professionnalisation des médecins

D'un point de vue sociologique, la profession se définit à partir de deux critères : le monopole sur les services et l'autonomie dans l'exercice des activités⁵⁶. Le premier de ces critères sera rempli avec la loi Chevandier, en 1892, car elle accorde aux médecins le monopole sur l'exercice de la médecine et elle supprime l'ordre des officiers de santé. À la différence de la loi de 1803, la loi Chevandier prévoit des sanctions pour exercice illégal de la médecine et légalise le syndicalisme médical qui détient alors la personnalité juridique pour poursuivre ceux qui exercent sans diplôme reconnu⁵⁷.

Les progrès médicaux et les découvertes scientifiques réalisés dans le dernier quart du XIX^e siècle permettent d'expliquer le pouvoir qui va être reconnu aux médecins. Mais, explique le politiste Patrick Hassenteufel, la reconnaissance de ce pouvoir tient aussi à la mobilisation politique des médecins sous la III^e République et à leurs interactions avec l'État⁵⁸. L'obtention de la loi de 1892 est le fruit de cette mobilisation. De plus, la présence des médecins au sein des administrations publiques va être renforcée. Face aux épidémies, des médecins sont mandatés par l'administration pour organiser les secours. Ils sont également chargés de déclarer les épidémies, rôle autrefois dévolu aux curés.

En moyenne, sur la période 1875-1902, les médecins vont représenter plus de 10% des députés et entre 12 et 14% des conseillers généraux. Et, entre 1875 et 1914, trente médecins deviennent ministres dont Paul Bert, Émile Combes et Georges Clémenceau. Dans leur grande majorité, les médecins de la III^e République sont républicains (en 1881, soixante députés médecins sur soixante-huit sont républicains) ; ainsi, 73% d'entre eux vont voter la loi sur la séparation des Églises et de l'État en 1905 (9 décembre)⁵⁹. Il existe aussi une forte convergence entre les valeurs défendues par la III^e République et celles des médecins : chacun vantant les vertus du progrès thérapeutique. Et, ces deux figures emblématiques que sont

⁵⁶ - Plus précisément, la profession est définie de la manière suivante : « Type d'occupations, qui se sont développées au cours du XIX^e siècle dans les sociétés industrielles sur la base de savoirs académiques spécialisés, et dont les membres se sont vus reconnaître le privilège d'une autonomie importante dans l'exercice de leurs activités et d'un monopole sur le marché de leurs services », Cl. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, P. Roussin, M.-C. Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980*, Paris, Inserm/Doin, 1993, p. 1.

⁵⁷ - L'autonomie de la profession ne sera acquise qu'en 1940, lors de la création de l'Ordre des médecins (l'Ordre sera abrogé en 1943 et réhabilité en 1945).

⁵⁸ - P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presse de Sciences Po, 1997, p. 31.

⁵⁹ - *Idem*, p. 36.

Louis Pasteur et Claude Bernard (tous deux ont reçu des funérailles nationales), ont souligné les limites des incursions du discours religieux dans le milieu de la science. Pour Claude Bernard, «La recherche des causes premières n'est point du domaine scientifique». Quant à Louis Pasteur, il affirme que «Prétendre introduire la religion dans la science est d'un esprit faux»⁶⁰.

Il faut cependant relativiser les choses car aussi républicains soient-ils, les médecins n'ont pas obtenu tout, tout de suite. Ainsi, les médecins Chevandier et Naquet avaient déjà fait des propositions de loi dans les années 1870 pour obtenir le monopole sur l'exercice de la médecine ils n'obtiendront gain de cause que vingt ans plus tard, en 1892. Par ailleurs, alors que ouvriers et patrons obtiennent le droit de se syndiquer en 1884, ce droit ne sera reconnu aux médecins qu'en 1892. Mais, écrit Jacques Léonard à propos de la III^e République, «Aucun régime n'a autant réalisé en faveur de la science médicale»⁶¹. Outre la loi de 1892, l'auteur mentionne celle de 1898 sur les accidents du travail car elle autorise le libre choix du médecin c'est-à-dire qu'elle satisfait l'une des revendications les plus chères aux médecins (avec la tarification à l'acte, la libre entente sur les tarifs, et la liberté thérapeutique). Il fait également référence à la création de chaires de médecine, de laboratoires, de facultés en province, à la reconstruction de bâtiments universitaires ou hospitaliers. On peut également ajouter la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite pour les indigents qui augmente la demande médicale solvable, et celle de 1902 sur la vaccination obligatoire et la déclaration obligatoire des maladies contagieuses car elle accorde un peu plus de légitimité à la profession médicale. En d'autres termes, le pouvoir dévolu à la profession médicale tient autant aux progrès médicaux qu'à l'accession au pouvoir politique des médecins, qu'aux mesures prises par l'État pour légitimer leur action.

3) La laïcisation de l'hôpital

La laïcisation de l'institution hospitalière intervient lors de la construction du premier seuil de laïcisation (1789-1806) avec la nationalisation des biens hospitaliers, en 1790, et le changement de statut des hôpitaux qui deviennent des établissements dépendant de la commune sous tutelle de l'État. Les religieuses soignantes vont cependant continuer à jouer

⁶⁰ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p.49.

⁶¹ - J. Léonard, «La stratégie d'une corporation. La 'prise du pouvoir' sous la III^e République», *Panoramiques. Sois patient et tais-toi. Le pouvoir médical*, dirigé par Rémi Lenoir et Myriam Tsikounas, 4^e trimestre 1994, vol. II, n° 17, p. 32.

un rôle important au sein de ces établissements dispersées par la Révolution, elles vont revenir dans les hôpitaux au début du XIX^e siècle, suite au décret du 18 février 1809. Celui-ci indique que le service intérieur des hospices peut être confié à des sœurs hospitalières appartenant à des congrégations autorisées par le gouvernement. Cette situation s'explique, entre autre, par un problème de recrutement des «gardes-malades» fortement dévalorisés socialement, très mal rémunérés et présentant des conditions d'exercice lamentables⁶².

C'est sous la III^e République que les mesures les plus significatives en vue de la laïcisation de l'hôpital vont être prises. En accédant au pouvoir politique, les médecins acquièrent une légitimité qui leur permet d'entreprendre la laïcisation de l'institution hospitalière. Ainsi, le docteur Bourneville, républicain et conseiller municipal à Paris de 1876 à 1883, ouvre en 1878, des cours municipaux pour former des auxiliaires de médecins, les infirmières. Ces cours sont organisés dans quatre hôpitaux parisiens (Pitié, Bicêtre, Salpêtrière, Lariboisière), et on estime, en 1908, que plus de six mille infirmières ont été formées dans ces hôpitaux⁶³. Par ailleurs, le Conseil municipal de Paris va obtenir, de l'Assistance publique, entre 1879 et 1881, la suppression des postes occupés par les aumôniers qui exercent dans les hôpitaux. Ces derniers seront alors desservis par le clergé de la paroisse dont ils dépendent⁶⁴. Une autre mesure visant la laïcisation des hôpitaux consiste à rebaptiser les salles d'opération les noms des saintes et saints sont remplacés par des médecins et inventeurs (Trousseau, Broca, Jenner)⁶⁵.

La laïcisation du personnel hospitalier ne tient pas seulement à des raisons idéologiques, il s'agit aussi de faire face à l'essoufflement de certaines congrégations religieuses dans le recrutement de nouveau personnel, et à l'incompétence médicale des sœurs. Celles-ci ont été formées pour raviver la foi des mourants et leur assurer une «bonne» mort mais elles n'ont pas reçu de formation médicale. Par ailleurs, leur présence au sein des hôpitaux est mal supportée par les médecins car certaines d'entre elles détournent les locaux hospitaliers de leur fonction soignante, d'autres distribuent des médicaments avariés, d'autres encore abusent de leur autorité morale auprès des patients.

⁶² - I. Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, coll. «Le lien social», 2003, p. 35-36.

⁶³ - Y. Knibiehler, V. Leroux-Hugon, O. Dupont-Hess, Y. Tastayre, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, coll. «Littérature», p. 49.

⁶⁴ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi. XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Aubier, coll. «Historique», 1990, p. 84.

⁶⁵ - J. Lalouette, «Expulser Dieu» la laïcisation des écoles, des hôpitaux et des prétoires», *Mots. Les langages du politiques*, juin 1991, n°7, p. 34-35.

La laïcisation du personnel médical a été très lente à se mettre en place. Alors que dix-sept hôpitaux de Paris sont laïcisés entre 1878 et 1888⁶⁶, la province tarde à prendre des mesures efficaces. En 1939, les religieuses représentent 19% du personnel hospitalier (13854 religieuses dans les hôpitaux dont 135 parisiennes)⁶⁷ et l'on voit encore des soeurs exercer dans les hôpitaux au lendemain de la deuxième guerre mondiale⁶⁸. Un décret datant de 1943, va imposer au personnel hospitalier de posséder des diplômes d'État ce qui va conduire les congrégations religieuses à disparaître des hôpitaux⁶⁹.

Contrairement à ce que l'on peut penser, la laïcisation de l'hôpital ne signifie pas le rejet de toute forme de religiosité. Ainsi, la loi de 1905 sur la séparation des Églises et de l'État assure la liberté de conscience aux patients hospitalisés. «La République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte»⁷⁰, mais elle prévoit le financement des aumôniers au sein des hôpitaux, et ce même si, comme le souligne J. Baubérot, «Le service d'aumônerie s'effectue au profit des anciens cultes reconnus et prolonge implicitement une certaine reconnaissance officielle au détriment de l'égalité entre tous les cultes»⁷¹. En d'autres termes, les aumôniers rémunérés par les hôpitaux représentent les religions catholique, protestante et juive, mais rien n'est prévu pour les religions qui se sont implantées plus tardivement sur le sol français (islam, bouddhisme ou certains groupes religieux minoritaires).

Une autre précision doit être apportée pour éviter toute forme d'anachronisme l'hôpital tel qu'on le conçoit aujourd'hui (début du XXI^e siècle), n'a rien à voir avec celui du XIX^e siècle. Jusqu'au vote de la loi de 1941, confirmée par une ordonnance de 1945, l'hôpital est réservé aux indigents, et les populations ayant les moyens de se soigner se rendent dans des cliniques privées. L'hôpital a longtemps été un lieu de non droit et d'expérimentation sans

⁶⁶ - Y. Knibiehler, V. Leroux-Hugon, O. Dupont-Hess, Y. Tastayre, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, coll. Littérature, p. 47.

⁶⁷ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi. XIX^e-XX^e siècles*, Paris, Aubier, coll. «Historique», 1990, p. 88.

⁶⁸ - «France, la laïcité bouge encore. Entretien avec Émile Poulat», *Relioscope*, 3 septembre 2004. Disponible sur <http://www.relioscope.fr/>, consulté en août 2005.

⁶⁹ - I. Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, coll. «Le lien social», 2003, p. 48.

⁷⁰ - Article 2 de la loi du 9 décembre 1905.

⁷¹ - J. Baubérot, *Vers un nouveau pacte laïque*, Paris, Seuil, 1990, p. 93.

contrôle, et ce au motif de la bienfaisance (gratuité des soins)⁷². Après 1941, en fait surtout au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'hôpital sera ouvert à tous les citoyens⁷³.

Un double mouvement participe à la construction de l'institution médicale, au cours du premier seuil de laïcisation □ d'un côté on observe une relative tolérance à l'égard de certaines manifestations religieuses (sœurs ou religieuses présentes dans les campagnes et les hôpitaux, peu de condamnations pour exercice illégal de la médecine, ...), et de l'autre, on voit le pouvoir médical s'étendre progressivement, notamment avec la médicalisation des populations (recours au médecin plus systématisé, diffusion de principes hygiéniques, médicalisation des fautes/péchés tel que l'alcoolisme, premières mesures de santé publique, ...), et l'acquisition du monopole sur l'exercice de la médecine par les médecins □ En dépit des conflits d'intérêts qu'il a suscité, ce double mouvement va permettre de rallier l'ensemble de la population à la médecine et de lui offrir des soins, aussi rudimentaires soient-ils.

Au terme de la construction du deuxième seuil de laïcisation (1870-1905), on voit se dessiner une tendance qui va progressivement devenir dominante au sein de la société française □ la médecine s'impose comme un recours socialement légitime (en ce sens elle devient une institution sociale) et la religion devient une affaire privée (elle se désinstitutionnalise). Au niveau de l'institution hospitalière, la séparation des sphères religieuse et médicale se traduit par au moins trois aspects □ l'acte médical ne relève plus de la religion (constitution du savoir médical), le médecin n'est plus assujéti à la religion, et la gestion du fait religieux fait l'objet d'un traitement à part (rémunération des aumôniers). En d'autres termes, la religion est évacuée de la pratique médicale, et l'organisation de la pratique religieuse est assurée par des professionnels du champ religieux.

Au cours du XX^e siècle, cette tendance se trouve renforcée de deux manières □ d'une part, la médecine connaît des progrès importants au lendemain de la seconde guerre mondiale (introduction des antibiotiques), et s'impose à tous les citoyens (création de la Sécurité sociale, ouverture des hôpitaux à l'ensemble de la population, ...), et d'autre part, en devenant, en 1970, un «établissement public de santé», l'hôpital se doit de traiter ses «usagers» selon les principes □ l'égalité et de neutralité en matière religieuse.

⁷² - I. Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, coll. «Le lien social», 2003, p. 37.

⁷³ - P. Raynaud, L. Veyret, «Nouvelle conception de l'hôpital. 1941-1980», *Histoire des hôpitaux en France*, J. Imbert (dir.), Toulouse, Privat, 1982, p. 406.

III . Le rapport des médecins à la religion

Les liens entretenus par les médecins avec la religion est un sujet peu étudié, et pour cause, le Conseil de l'Ordre des médecins interdit de questionner ses membres sur leurs «*actes, attitudes, opinions politiques ou religieuses*». Ainsi, dans le cadre d'une enquête menée auprès de médecins généralistes, à partir des fichiers du Conseil de l'Ordre, des chercheurs ont du renoncer aux questions de nature idéologique ou celles concernant les appartenances religieuses et les opinions politiques, et ce à la demande du Conseil⁷⁴.

Ce sujet peut néanmoins être abordé en partant d'une autre perspective – même si elle reste incomplète -, celle de mouvements ou d'associations réunissant des médecins manifestant leur appartenance religieuse. On le fera à partir de la Société médicale Saint Luc, du Renouveau Charismatique et d'autres groupements.

1) La création de la Société médicale Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien

Cette Société voit le jour dans un contexte spécifique, celui des premières lois visant la laïcisation de la société française. Elle est une réponse à l'appel lancé par le pape Léon XIII (encyclique *Humanum Genus*) qui, en avril 1884, demande aux catholiques de «*s'unir contre le rationalisme et le matérialisme athée qui imprègnent la société*»⁷⁵. Quelques mois plus tard, en septembre 1884, le docteur Le Bele fonde la première association de médecins catholiques qui prend le nom de Société médicale Saint Luc, Saint Côme, et Saint Damien.

En répondant aux vœux du pape Léon XIII, les médecins catholiques veulent lutter contre les mesures portant atteintes, selon eux, à la place du catholicisme au sein de la société française. Pour cela, la Société médicale Saint Luc exige de ses membres d'adhérer d'esprit et de cœur aux décisions du Saint Siège et de l'Église catholique. Précurseur de l'action catholique, le médecin catholique «*se doit de tout faire pour préparer son patient à une mort chrétienne en l'informant de son état et, s'il se trouve dans une famille impie, en essayant d'ouvrir celle-ci aux vérités de l'Église*»⁷⁶. De même, il lui est recommandé de ne pas fournir

⁷⁴ - Cl. Herzlich, M. Bungener, G. Paicheler, P. Roussin, M.-C. Zuber, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980*, Paris, Inserm/Doïn, 1993, p. 10.

⁷⁵ - Voir le site Internet de cette société, aujourd'hui dénommée Centre catholique des médecins Français. Disponible sur <http://frblin.club.fr/ccmf/01histoire/hist.htm>, consulté en novembre 2004

⁷⁶ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p.194.

de certificat de complaisance pour les suicidés car cela conduirait à donner des funérailles chrétiennes à des individus qui n'y ont pas droit. Quant au recours aux anesthésiques, s'ils ne sont pas condamnés par l'Église⁷⁷, le médecin ne doit pas en abuser surtout si son patient est en fin de vie, et ce afin que ce dernier puisse bénéficier, en étant conscient, des derniers sacrements.

Consciente que ses positions sont menacées au sein de la société française, l'Église catholique adopte une position ambivalente□ d'un côté, elle admet la nécessité d'une formation scientifique des infirmières et médecins et s'engage dans des campagnes hygiéniques - notamment contre l'alcoolisme avec la création, en 1899, de la Fédération française de la Croix Blanche (un mouvement catholique anti-alcoolique), mais aussi contre la tuberculose et la syphilis -, ce qui lui permet de retrouver un rôle sanitaire□ de l'autre, elle apporte son soutien à des évènements «merveilleux□ – tout en cherchant à en contrôler les excès⁷⁸ – telles que les guérisons miraculeuses de Lourdes. En ce sens, elle recevra, en 1906, l'appui des médecins catholiques de la Société médicale Saint Luc qui signent une pétition pour empêcher la fermeture de la piscine de Lourdes, pour des raisons hygiéniques.

Fer de lance d'un humanisme médical, les médecins catholiques voient leur nombre augmenter au début du 20^e siècle□ de 752 adhérents en 1903, ils passent à 1□05 en 1913. Et, durant l'entre-deux guerres, sur les 28□00 praticiens en exercice, 7,5% sont adhérents à la Société médicale Saint Luc⁷⁹.

⁷⁷ - D'après les théologiens du XIX^e siècle, il n'y a pas matière à condamner l'anesthésie «Parce que, écrit l'historien Claude Langlois, comme ce nouvel usage s'inscrit dans l'exercice de la profession médicale, celui-ci, en tant que savoir-faire professionnel, est techniquement neutre, en tant que pratique efficace, est fondamentalement bon□. Ce point de vue évoluera au fil du temps, notamment au lendemain de la seconde guerre mondiale, sous le pontificat de Pie XII□ celui-ci légitime le recours à la souffrance comme moyen de rédemption puis revient sur ses positions au cours des années 1950, C. Langlois, «Catholicisme, douleur et dolorisme (XIX^e-XX^e s.). La modernité de Pie XII□, *Laennec. Médecine, santé, éthique*, 1996, n° 3-4, p. 13.

Il faut cependant préciser que la mort accidentelle, durant une opération sous anesthésie, est redoutée car cela signifie que le défunt n'a pas reçu les derniers sacrements et que cela risque fort de le conduire en enfer, voir texte de Jean Baubérot sur son blog, «La laïcisation de la mort en France□. Disponible sur□ <http://jeanbauberotlaicite.blogspot.com/laicite_medecine_ecole/>, consulté en août 2005.

⁷⁸ - La création, en 1892, du Bureau des constatations, pour contrôler scientifiquement les guérisons de Lourdes, en est un exemple. De même, elle se garde de cautionner un abbé anonyme qui prétend guérir ses fidèles comme Jésus.

⁷⁹ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p.91 et 107.

2) Un premier décrochage avec la loi Neuwirth (1967)

Les principales difficultés rencontrées par la Société médicale vont surgir au lendemain de Vatican II (1962-1965). À cette époque, en octobre 1963, elle réorganise ses statuts et prend le nom de Centre catholique des médecins français (CCMF). Alors que la loi sur la libéralisation de la contraception (loi Neuwirth) est votée en 1967⁸⁰, l'Église adopte d'abord une position plutôt libérale dans le sens où une commission extra-conciliaire remet à Paul VI, en 1966 (au moment des débats parlementaires en France), un avis selon lequel il faut laisser la liberté de choix des moyens contraceptifs aux couples. En février 1968, quelques mois après le vote de la loi Neuwirth, le pape n'a toujours pas réagi il ne le fera qu'en juillet 1968.

L'encyclique *Humanae Vitae*, datée du 25 juillet 1968 et rendue publique le 29, affirme que « Tout acte matrimonial doit rester ouvert à la transmission de la vie. Toute action qui se proposerait comme but ou comme moyen de rendre impossible la procréation est absolument exclue ». Et, les impératifs sociaux ou personnels doivent céder le pas à « l'intention créatrice de Dieu ». En cela, cette encyclique réaffirme les positions adoptées au lendemain de la guerre (1951) par Pie XII. Celui-ci écrivait « Tout être humain, même l'enfant dans le sein de sa mère, tient le droit à la vie immédiatement de Dieu et non de ses parents ou de quelque société ou autorité humaine »⁸¹. Il faut rappeler que jusque dans les années 1930, au moment de la découverte de la méthode Ogino (méthode contraceptive développée à partir du cycle d'ovulation de la femme), les moyens contraceptifs ne faisaient pas l'objet de débat puisqu'ils étaient condamnés la finalité du mariage (devenu un sacrement à partir du Moyen Âge) est la procréation.

Face à la position adoptée par Paul VI, dans *Humanae Vitae*, des médecins catholiques réagissent dans le journal *Le Monde* et à la radio. Ils expriment leurs réserves à l'égard de cette encyclique qui reste, selon eux, « le produit de la seule autorité du pape, encore desservi par une rédaction par des clercs, ignorant tout de la sexualité, et écrivant avec un vocabulaire

⁸⁰ - La mise en application de la loi prendra néanmoins cinq ans dans la mesure où les deux premiers décrets seront votés en février 1969 et les deux derniers en mars et avril 1972.

⁸¹ - J. Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*, Paris, Payot, 1991, p. 95.

périmé⁸². D'autres médecins, en faveur de l'encyclique, fondent le Centre Humanae Vitae (pour faire le contrepoint aux Centres de planning familial). On le voit, les positions adoptées par les médecins ne sont pas à l'unisson. Et, quand le Centre catholique des médecins français décide de s'exprimer sur le sujet, en octobre 1968, il votera une déclaration selon laquelle il revient au couple du choix de la méthode de régulation des naissances⁸³ 146 voix seront en faveur de ce texte, 65 contre et 19 abstentions.

3) Un deuxième décrochage avec la loi Veil (1975)

À la suite des débats sur la légalisation de l'avortement durant l'année 1970⁸³, on va retrouver une ligne de fracture au sein du camp catholique. Ainsi, dès janvier 1971, le président du Centre catholique des médecins français (CCMF), J.-P. Étienne, donne le ton. Dans un texte, il commence par écrire que l'avortement est un acte mauvais. Puis, il fait référence à différents cas de figure (avortement thérapeutique, conditions dramatiques des avortements clandestins, ...) pour finalement conclure qu'il s'agit d'un acte relevant du libre exercice de la conscience de chacun. En 1973, cette position est réaffirmée dans les termes suivants⁸⁴ « l'avortement est un mal⁸⁴ cependant il est des circonstances où il peut être inévitable⁸⁴. D'autres voix, allant dans le même sens que le CCMF, se feront entendre. Ainsi, le médecin catholique Paul Milliez, intervenant au cours des audiences du procès de Bobigny (jugement d'une jeune femme avortée en novembre 1972), affirmera, dans un article du *Figaro* que l'avortement est un meurtre mais qu'il est nécessaire dans différents cas de figure (viol, santé de l'enfant menacée).

Les positions prises par le Conseil de l'Ordre des médecins vont à l'encontre de celles du CCMF⁸⁵ en avril 1973, il publie un communiqué où il condamne tout avortement fait pour « l'inconvenance personnelle⁸⁵. L'année suivante, lors des débats parlementaires sur la loi Veil, le professeur Lortat-Jacob, président du Conseil de l'Ordre, adresse une lettre à tous les députés en leur demandant de ne pas voter cette loi et en annonçant qu'aucun médecin n'accepterait d'effectuer l'opération⁸⁵. Cette initiative va jeter un discrédit sur le Conseil de

⁸² - Cité par P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p. 178.

⁸³ - Une proposition de loi est déposée par le docteur Peyret en 1970, et le Mouvement de libération de la femme (MLF) apparaît aux yeux du grand public durant l'été de la même année.

⁸⁴ - P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p. 207.

⁸⁵ - P. Hassenteufel, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presses de Sciences Po, 1997, p. 52.

l'Ordre⁸⁶, mais elle permettra l'adoption de la clause de conscience, dans la loi du 17 janvier 1975, sur l'avortement. Cette clause permet à tout médecin de refuser la pratique de l'avortement si elle choque ses convictions profondes.

Concernant la loi sur l'avortement, il n'y a pas eu de flottement de la part de l'Église catholique. Durant les débats parlementaires, la *Déclaration de la congrégation pour la doctrine de la foi sur l'avortement provoquée*, faite le 25 novembre 1974, réitère la condamnation de l'avortement : « La vie humaine dit ce texte, doit être protégée et favorisée dès son début comme aux diverses étapes de son développement »⁸⁷.

Pour manifester leur opposition aux déclarations de l'Église, un certain nombre de médecins vont quitter le Centre catholique des médecins français (CCMF) : les effectifs baissent de moitié après l'encyclique *Humanae Vitae* (1968) et tombent entre cinq et six mille membres. La loi sur l'avortement va également faire chuter le nombre d'adhérents qui tourne, après le vote, autour de deux à trois mille membres⁸⁸.

Les positions adoptées par le CCMF à propos des lois sur la contraception et l'avortement vont à l'encontre de celles défendues par l'Église. En ce sens, le médecin catholique (celui du CCMF) n'est plus un acteur encadré dans des structures fortes, se soumettant à la hiérarchie : il devient un acteur qui évalue lui-même ses actions à l'aune de principes chrétiens. Le *Bulletin* édité par la Société médicale traduit bien cette évolution : les articles publiés dans la rubrique « L'Évangile du médecin » ne font plus référence au comportement professionnel du médecin. En d'autres termes, pour un certain nombre de médecins catholiques, la religion devient une affaire privée, une affaire de conscience individuelle : on assiste là, à la privatisation du croire.

Le changement de rôle du médecin catholique au sein de la société française et auprès de ses patients coïncide avec l'effritement des signes d'appartenance à l'Église catholique. Ainsi, la pratique religieuse hebdomadaire passe de 27% en 1962 à 17% en 1971⁸⁹. Quant à l'appartenance religieuse proprement dite, elle commence à baisser vers 1976-77 : 90% de

⁸⁶ - Ainsi, quand François Mitterrand créa, en 1983, le Conseil consultatif national d'éthique, il ne nomma aucun membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

⁸⁷ - Cité par P. Guillaume, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990, p. 199-200.

⁸⁸ - Ces chiffres nous ont été fournis par un médecin membre du Centre catholique des médecins français.

⁸⁹ - Y. Lambert, « La religion en France des années soixante à nos jours », *Données sociales*, INSEE, 2002, p. 565-579.

Français déclarent une appartenance religieuse en 1960 contre 85% dans la seconde moitié des années 1970, en sachant que les croyants non catholiques, dans les années 1960, ne représentent pas plus de 3% de la population française⁹⁰.

4) Les médecins face aux nouveaux religieux et spirituels

Pendant que des médecins du Centre catholique des médecins français (CCMF) manifestent leurs divergences avec le Vatican, d'autres apparaissent sur le devant de la scène en intégrant le Renouveau charismatique⁹¹. Ce mouvement fait son apparition, en France, au début des années 1970. Il se caractérise par des pratiques de guérison lesquelles sont envisagées, par la sociologue Martine Cohen, comme une forme de protestation « à l'égard de l'Église en tant qu'institution ayant délaissé les préoccupations de santé de ses fidèles et à l'égard de la médecine 'officielle' (dominante) en tant que pratique ignorante de la dimension spirituelle de l'homme⁹² ».

Le mouvement charismatique se compose de plusieurs tendances dont chacune envisage différemment les liens entre médecine et religion. Ainsi, dans la Communauté des Béatitudes, la protestation émise est « rétrogressive » dans le sens où il y a une mise en cause du changement social et religieux, à savoir la différenciation des sphères religieuse et médicale. Au sein de cette Communauté, on aspire « à restaurer une efficacité propre du religieux dans le domaine thérapeutique ». Moins radicale est la protestation émise par la Communauté du Chemin neuf. Son caractère « progressif » signifie accompagner le changement social, celui du développement d'une médecine plus humaine, moins fragmentée, ... Dans ce cas de figure, une « plus grande attention [est] accordée à la dimension

⁹⁰ - F. Champion, « Religieux flottant, éclectisme et synchrétismes », *Le fait religieux*, J. Delumeau (dir.), Paris, Fayard, 1993, p. 742.

⁹¹ - Selon F. Champion, le Renouveau charismatique est « proche du pentecôtisme protestant, il s'agit d'un mouvement de renouveau spirituel centré sur la conversion personnelle à travers l'expérience du 'baptême de l'esprit'. La conversion s'accompagne de l'acquisition de 'charismes', de dons miraculeux de prophétie, de guérison, de 'parler en langue' (la glossolalie ou langage inarticulé). La prière est la pratique centrale du Renouveau charismatique. Dans un groupe de prière, c'est physiquement, par des chants, par des transports collectifs, par 'l'abandon à l'Esprit' que se vivent la joie d'être ensemble et la certitude du retour imminent du Christ », « Recomposition du religieux », *Sortie de siècle. La France en mutation*, J.-P. Durant, F.-X. Merrien (dir.), Paris, Vigot, 1991, p. 172.

⁹² - M. Cohen, « Les charismatiques et la santé. Offres religieuses de salut ou nouvelles médecines parallèles », *Gestions religieuses de la santé*, F. Lautman, J. Maître (dir.), Paris, L'Harmattan, coll. « Santé, sociétés et cultures », 1995, p. 61.

psychologique du processus thérapeutique, mais aussi [au] développement de nouvelles médecines 'holistes' (homéopathie, acupuncture etc.)⁹³.

Ces différentes conceptions du traitement thérapeutique sont perceptibles dans la gestion qui en est faite. Ainsi, dans le cadre de la «Communauté thérapeutique d'accueil», ouverte en 1977 par des membres de la Communauté des Béatitudes, le religieux et le thérapeutique ne sont ni séparés, ni hiérarchisés. Prêtre, médecin et psychologue travaillent ensemble dans le cadre d'une cure qui dure entre quinze jours et trois semaines. À l'inverse, au sein du cabinet médical de la Communauté du Chemin neuf, ouvert à Lyon en 1978, le spirituel et le thérapeutique sont dissociés. Quand le médecin aborde une question délicate avec son patient (par exemple, le choix d'une méthode contraceptive), et que ce dernier en fait la demande, tous deux passent dans une pièce attenante, décorée d'icônes et équipée de livres religieux, pour prier.

Le fait d'associer démarches professionnelle et spirituelle est présent dans d'autres mouvements religieux. Ainsi, au sein du groupe IVI (Invitation à la vie), fondé au début des années 1980, en France, par Yvonne Trubert, il existe une *Maison de la santé* qui réunit professions médicales et paramédicales. L'étude réalisée par Régis Dericquebourg, auprès de certains de ces médecins, montre que ces derniers recourent à la prière et à l'harmonisation⁹⁴ pour guérir et soulager leurs patients⁹⁵.

On peut également faire référence au New Age. Apparu à la fin des années 1960 aux Etats-Unis, et au début des années 1970 en Europe, ce mouvement appartient aux Nouveaux Mouvements Religieux (NMR). Il a connu un certain nombre d'évolutions⁹⁶, et notamment, ces dernières années, l'accent a été mis sur la dimension thérapeutique. La terminologie adoptée par la sociologue Valérie Rocchi pour qualifier ce courant spirituel - Nébuleuse

⁹³ - *Idem*, p. 65.

⁹⁴ - Imposition des mains sur le corps afin de débloquent et/ou d'harmoniser les énergies.

⁹⁵ - R. Dericquebourg, *Croire et guérir. Quatre religions de guérison*, Paris, Dervy, 2001, p. 121.

⁹⁶ - Pour la sociologue Françoise Champion, deux périodes permettent de caractériser ce courant spirituelle Nouvel Âge. La première se caractérise par une tendance au messianisme et en l'espérance de temps nouveaux (cf. passage de l'ère du Poisson, marquée par des luttes et tensions, à l'ère du Verseau, temps de paix et d'harmonie). Durant les années 1980, le mouvement évolue, perd sa dimension messianique et devient un vaste milieu où l'on pratique toutes sortes de techniques et disciplines (yoga, méditation, transe,...), empruntant à diverses religions (religions orientales mais aussi chamanisme), à l'ésotérisme (astrologie, numérologie), et aux nouvelles thérapies corporelles, F. Champion, «Religion et modernité. Nouveaux Mouvements Religieux et nouvelles religiosités mystiques-ésotériques», *Cahiers Français*, 1995, n°173, pp. 13-18.

psycho-mystique -, permet d'en modaliser les différents aspects tout en insistant sur la dimension thérapeutique⁹⁷.

Les croyances et pratiques de la nébuleuse psycho-mystique se sont largement diffusées au sein de la société globale. Le nombre important de médecins pratiquant un «mode d'exercice particulier» (cinq mille sur les soixante dix-huit mille omnipraticiens)⁹⁸, à savoir l'acupuncture ou l'homéopathie, rend bien compte de la banalisation des «médecines douces»⁹⁹ au sein de la société globale. Sans forcément adhérer à l'ensemble des croyances et pratiques de cette nébuleuse, ces médecins offrent une alternative au modèle allopathique et se distinguent ainsi de leurs confrères, omnipraticiens.

On retrouve, auprès de l'Association médicale Avicenne de France, une prise en compte de la dimension religieuse dans l'exercice d'une profession médicale ou paramédicale. Créée en 1997, cette association réunit des médecins et professionnels paramédicaux musulmans¹⁰⁰. L'un des objectifs de cette association est d'assurer une formation médicale continue selon les principes de l'islam, notamment en organisant des conférences, journées d'études et séminaires sur des sujets divers. Les conclusions de ces manifestations sont mises en ligne, sur le site Internet de l'association¹⁰¹. On peut ainsi y lire que les greffes d'organes provenant d'animaux dont la consommation est illicite (le porc) ne sont autorisées «qu'en cas de nécessité extrême et donc en l'absence d'autres possibilités». Des conseils sont également donnés aux médecins soignant des patients qui souhaitent faire le ramadan alors que le jeûne semble difficile à respecter pour une personne atteinte d'un diabète insulino-dépendant, il est tout à fait possible de prescrire des antibiotiques à deux prises par jour pour une infection ORL.

Aussi différents que soient ces mouvements, ils s'inscrivent dans un processus de sécularisation, lequel se laisse saisir à partir de trois aspects. En premier lieu, il y a

⁹⁷ - V. Rocchi, «Des nouvelles formes du religieux» Entre quête de bien-être et logique protestataire le cas des groupes post-Nouvel-Age en France, *Social Compass*, 2003, vol. 50, n°1, p. 175-189.

⁹⁸ - Serge Darriné et Xavier Niel, «Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. 95000 médecins, dont 22000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers», *Études et résultats*, janvier 2001, n°99, p. 1-8.

⁹⁹ - J. Benoist, «Les médecines douces», *Passions ordinaires. Du match de football au concours de dictée*, C. Bromberger, Paris, Bayard, 1998, pp. 523-541.

¹⁰⁰ - Il existe une association de médecins juifs mais il n'a pas été possible de collecter des informations la concernant sur Internet.

¹⁰¹ - Disponible sur <<http://www.amaf-france.org/>>. Consulté en décembre 2004.

l'émergence, dans les années 1970, de nouvelles formes de spiritualités. Les Nouveaux Mouvements Religieux (NMR) sont la manifestation la plus visible de ce renouveau. Ils recouvrent une diversité religieuse importante. Entre les groupes effectivement nouveaux, des groupes néo-chrétiens (La famille) ou d'inspiration orientale, des groupes plus anciens mais apparus sur le devant de la scène sociale à cette époque (Moon, Église de Scientologie), d'autres plus classiques d'un point de vue religieux mais émergeant en Occident à cette époque (hindouisme, bouddhisme), des mouvements «parareligieux» qui utilisent des techniques de méditation ou de yoga, ou encore des renouveaux religieux au sein des religions instituées tels que le Renouveau charismatique chez les catholiques, ou la troisième vague pentecôtiste chez les protestants évangéliques¹⁰², ... on est face à une effervescence religieuse difficilement cernable¹⁰³.

En second lieu, il faut noter une plus grande visibilité sociale de l'islam laquelle se manifeste par une augmentation du nombre des lieux de culte. Alors que l'on recense une vingtaine de mosquées ou lieux de culte, en 1970, pour environ un million de musulmans, on en dénombre plus de mille cinq cents, en 2001, pour quatre à cinq millions de fidèles. La visibilité sociale de l'islam intervient également avec «l'affaire des foulards», en 1989, au collège de Creil, et qui donnera lieu à une loi, en mars 2004, sur les signes religieux à l'école (cf. interdiction du port de signes religieux ostensibles).

La politologue, Jocelyne Césari, a construit trois modalités de l'expression islamique en France. La première, l'islam tranquille, réunit surtout des hommes mariés, pères de famille, installés en France depuis plus de dix ans, et qui, suite à la politique de regroupement familial (1974), souhaitent vivre en France (80% d'entre eux) en respectant les prescriptions de l'islam. Ces musulmans, majoritaires en France, «refusent tout simplement de cantonner leur appartenance islamique à la sphère privée, considérant désormais qu'il est légitime de réclamer des salles de prières, des carrés musulmans dans les cimetières ou de la viande *halal* dans les écoles»¹⁰⁴.

¹⁰² - J.-P. Willaime, «Le pentecôtisme» contours et paradoxes d'un protestantisme émotionnel», *Archives de Sciences Sociales des Religions*, jan.-mars 1999, n° 105, p. 13-28.

¹⁰³ - L'appellation Nouveaux Mouvements Religieux traduit l'absence de consensus, entre sociologues, en ce qui concerne l'utilisation d'un autre terme, F. Champion, L. Hourmant, «Nouveaux mouvements religieux' et sectes», *Sectes et démocratie*, F. Champion, M. Cohen (éds), Paris, Seuil, 1999, p. 71.

¹⁰⁴ - J. Césari, «Comparaisons nationales. France» islam et tradition républicaine», *L'islam en Europe*, Paris, La Documentation Française, 1995, n° 46, p. 22.

La seconde, qualifiée d'islam sécularisé, regroupe des personnes qui envisagent leur religion comme un héritage culturel et familial. La plupart d'entre elles sont nées ou scolarisées en France, et ne se conforment pas toujours aux règles du culte. Le choix de la religion musulmane est individualisé il s'agit d'un choix personnel. Au sein de ce groupe, on trouve deux tendances des musulmans qui pratiquent uniquement dans la sphère privée, et les croyants non pratiquants. Dans ce cas de figure (islam sécularisé), l'attachement à l'islam est plus culturel que cultuel.

À propos de la troisième modalité, il est question de «réislamisation» ou d'islamisation. Il s'agit de «Jeunes de banlieue» en voie de marginalisation qui, après un engagement politique (lutte contre le racisme, pour les droits civiques, ...), s'orientent vers l'islam souvent sous la forme associative (militantisme social). Deux tendances se dégagent chez ces musulmans la première concerne les piétistes qui veulent appliquer tous les préceptes religieux et qui visent à islamiser le maximum d'espaces sociaux au profit d'une vie entièrement musulmane, tandis que la seconde touche des islamistes radicaux, beaucoup plus politisés. Ce type d'engagement religieux, précise J. Césari, constitue une réponse à la désagrégation de la famille et à l'affaiblissement du lien social¹⁰⁵.

La troisième caractéristique du processus de sécularisation est la perte d'emprise des religions instituées au sein des sociétés occidentales (cf. effritement de l'appartenance catholique), perte qui s'accompagne d'un maintien de certaines croyances religieuses et donne lieu à une «religion individuelle sans institution»¹⁰⁶. La tendance dominante va devenir celle d'agencements d'éléments issus de traditions religieuses différentes. Par exemple, 34% des catholiques qui croient en un Dieu personnel, croient aussi en la réincarnation¹⁰⁷. Le croire¹⁰⁸ est marqué par le pragmatisme (recherche de l'efficacité des croyances), la subjectivation (choix des croyances en fonction de ce qui convient ou pas), et l'individualisation (autonomie du sujet à l'égard des croyances et pratiques choisies).

¹⁰⁵ - J. Césari, *Musulmans et républicains. Les jeunes, l'islam et la France*, Bruxelles, Complexe, 1998, p. 71.

¹⁰⁶ - R. Campiche, «Entre l'exemple et l'expérience» de la transmission par la famille d'une tradition à celle d'un éthos religieux, *Figures des Dieux. Rites et mouvements religieux. Hommage à Jean Rémy*, Paris-Bruxelles, De Boeck, Coll. «Ouvertures sociologiques», 1996, pp. 117-131.

¹⁰⁷ - D. Hervieu-Léger, *Le pèlerin et le converti. La religion en mouvement*, Paris, Flammarion, 1999, p. 47.

¹⁰⁸ - Le croire recouvre «Outre les objets idéels de la conviction (les croyances proprement dites), toutes les pratiques, les langages, les gestes, les automatismes spontanés dans lesquels ces croyances sont inscrites. Le 'croire', c'est la croyance en acte, c'est la croyance vécue», D. Hervieu-Léger, *La religion pour mémoire*, Paris, Cerf, 1993, p. 105.

Le concept de sécularisation permet de saisir les différentes évolutions du fait religieux, au sein de la société française, au cours de ces trente dernières années (Nouveaux Mouvements Religieux, érosion des religions instituées, nouvelles manières de croire, augmentation du nombre de musulmans, ...) et désignent, selon la sociologue Danièle Hervieu-Léger, «l'ensemble des processus de réaménagement du croire qui se produisent dans une société dont le moteur est l'inassouvissement des attentes qu'elle suscite et dont la condition quotidienne est l'incertitude qui résulte de la recherche interminable des moyens de satisfaire ces attentes»¹⁰⁹. En d'autres termes, les renouveaux religieux et nouvelles manières de croire sont les produits d'une société constamment en mouvement dont l'objectif est de satisfaire des attentes inassouvies.

Le sociologue Jacques Maître avait déjà avancé cette idée tout en suggérant que des mouvements parallèles aux religions dominantes étaient susceptibles d'y apporter une réponse. Selon lui, «La modernité suscite plus d'espoirs en la réalisation des désirs qu'elle ne peut en réaliser effectivement, ce qui induit un surplus pour lequel les promesses ne peuvent venir que d'ailleurs»¹¹⁰. Dans cette perspective, les médecins qui allient démarches médicale et spirituelle répondent au langage de désir provoqué par les prouesses scientifiques et médicales, et ce notamment en offrant un «Supplément d'âme» à leurs patients (cf. la religion fait partie de la gestion de la maladie). Cette orientation professionnelle est surtout adoptée par les médecins qui exercent en cabinet de ville, d'une part car, théoriquement, il est interdit au personnel hospitalier de manifester son appartenance religieuse dans le cadre de l'exercice de ses fonctions (neutralité en matière religieuse)¹¹¹, et ce depuis que l'hôpital est un service public hospitalier (loi du 31 décembre 1970), et d'autre part parce que cette démarche permet à ces médecins de se démarquer du milieu hospitalier, lieu incarnant la technicité mais aussi des rapports déshumanisés.

¹⁰⁹ - D. Hervieu-Léger, «La religion des européens et modernité, religion, sécularisation», *Identités religieuses en Europe*, D. Hervieu-Léger et G. Davie (dir.), Paris, La Découverte, 1996, p. 19.

¹¹⁰ - J. Maître, «Régulations idéologiques officielles et nébuleuses d'hétérodoxies. A propos des rapports entre religion et santé», *Social Compass*, 1987, vol. XXXIV, n° 4, p. 363.

¹¹¹ - Le seul cas où le personnel médical a le droit de faire prévaloir ses convictions est l'interruption volontaire de grossesse (Art. R- 4127-18 du Code de la santé publique).

L'obligation de neutralité a été posée dès 1948, dans la jurisprudence (Conseil d'État 8/12/1948 Delle Pasteau). Ces dispositions légales doivent être nuancées, dans la mesure où au cours de l'enquête de terrain, des médecins ont mentionné le fait que des praticiens hospitaliers affichaient ouvertement leur religion dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions.

Depuis les années 1970, on assiste à un renouveau religieux qui a au moins trois incidences sur la sphère médicale. La première concerne les différences existant entre médecins exerçant en médecine de ville et les praticiens hospitaliers. Ces derniers, avec la création du service public hospitalier, en 1970, sont devenus des agents du service public et doivent se soumettre à certaines obligations dont celles de la neutralité en matière religieuse, et ce à la différence des médecins de ville qui peuvent afficher plus ou moins ouvertement leur appartenance religieuse.

La seconde a trait au fait que les interférences religieuses au sein de l'institution médicale, soient pensées en termes de protestation sociale (voir, par exemple, les analyses de Martine Cohen sur les groupes charismatiques). Cela signifie que désormais les sphères religieuse et médicale sont différenciées et que certaines pratiques émanant de groupes religieux (cf. Renouveau Charismatique) viennent révéler des «dysfonctionnements» de l'institution médicale. Les critiques concernant l'institution médicale s'inscrivent dans un contexte d'ultramodernité c'est-à-dire une phase où les deux principales caractéristiques de la modernité, l'individualisation et la réflexivité¹¹², sont exacerbées. Ainsi, les progrès de la médecine sont aussi envisagés dans ses aspects négatifs, à savoir ses effets iatrogéniques¹¹³. Par ailleurs, ces critiques ne sont pas seulement formulées par des groupes religieux minoritaires mais aussi par des soignants.

La troisième est relative à la visibilité sociale plus importante du fait religieux dans la sphère médicale qu'il s'agisse des demandes des Témoins de Jéhovah (cf. refus des transfusions sanguines), de patients qui arrêtent tout traitement médicamenteux pour s'en remettre à un groupe religieux, de femmes qui refusent de se faire soigner par un homme gynécologue (pour des motifs religieux), ou encore de médecins qui ne veulent pas travailler le samedi (pour des raisons religieuses également), on observe-là une tendance inverse à celle qui prévalait après la construction du deuxième seuil de laïcisation (privatisation de la religion), celle d'une publicisation du religieux.

¹¹² - J.-P. Willaime, «Religion in ultramodernity», *Religion and social theory* classical and contemporary Débates, J. A. Beckford, J. Wallis (éds.), à paraître en 2005.

¹¹³ - I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet, «Introduction. Une médecine en discussion», *Quelle médecine voulons-nous*, sous la direction de I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet, Paris, La Dispute, 2002, p. 12.

IV . Reconfigurations des rapports médecine/religions

Les changements constatés au sein de la sphère religieuse doivent être mis en regard de ceux intervenus au sein de la sphère médicale. On verra notamment la manière dont sont traitées les maladies chroniques et la place occupée par la religion au sein de l'institution médicale.

1) Émergence d'une «nouvelle» médecine et traitement du VIH/Sida

La prise en compte des maladies chroniques¹¹⁴ par l'institution médicale, au lendemain de la seconde guerre mondiale – quand les maladies chroniques supplantent les maladies aiguës - a modifié les rapports entre médecins et patients. Dans un article datant du milieu des années 1980, I. Baszanger, évalue les changements introduits dans la relation thérapeutique lorsque le patient est atteint d'une maladie chronique. S'inspirant des travaux de A. Strauss (sociologue interactionniste), elle estime que les rapports entre médecin et patient se trouvent changés, notamment car ce dernier prend une part active dans l'établissement du diagnostic, voire négocie le traitement avec son médecin, ... Une autre étude, réalisée par la sociologue Danièle Carricaburu, sur les personnes hémophiles, souligne le fait que les patients participent au travail médical en évaluant eux-mêmes le moment de se perfuser¹¹⁵.

Il ne faut cependant pas croire à un bouleversement des rapports entre médecin et patient□ ils sont toujours aussi lapidaires. Une étude réalisée en 1993 indique «qu'une véritable discussion entre le médecin et le patient, à la fois franche et compréhensible pour le patient, n'existe que dans environ 9% des cas cliniques et dans une proportion encore bien moindre, de l'ordre de 0,5%, lorsque le cas s'avère plus complexe□¹¹⁶. Cette étude tend également à montrer que les médecins incitent peu les patients à collaborer à la décision thérapeutique et ne prennent pas la peine de vérifier si le patient a bien compris la décision qui a été prise.

¹¹⁴ - La maladie chronique peut apparaître dès la naissance (hémophilie) ou se manifester plus tardivement (sclérose en plaque)□elle est qualifiée de chronique car, une fois déclarée, «elle va durer aussi longtemps que la vie de la personne□, D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 93.

¹¹⁵ - D. Carricaburu, *L'hémophilie au risque de la médecine. De la maladie individuelle à la contamination collective par le virus du sida*, Paris, Anthropos, 2000, p. 108-109.

¹¹⁶ - M. Charavel, «La relation médecin-patient vers une décision partagée, un nouveau champ d'investigation en psychologie de la santé□, *Bulletin de psychologie*, 2003, vol. 56, n° 1, p. 79.

L'intérêt pour les maladies chroniques s'est traduit par une nouvelle construction du savoir médical. Selon les sociologues W. Arney et B. Bergen¹¹⁷, l'approche de la maladie change aux alentours des années 1950, au moment où les maladies chroniques font l'objet d'investigations médicales, aux États-Unis¹¹⁸. Leur constat repose sur une analyse des différentes éditions de l'ouvrage de William Osler, *Principles and Practice of Medicine*. La première édition, datant de 1892, est un catalogue de maladies définies en termes anatomiques et biophysiques où le patient n'est pas conçu ou envisagé comme une personne.

Cinquante plus tard, le discours médical n'est plus strictement clinique et, dans les années 1970, le patient est envisagé dans ses dimensions sociale et affective. Le «nouveau regard médical incorpore 'l'expérience subjective' du patient, définissant progressivement un nouveau 'code de perception' destiné à remplacer le 'regard clinique'». Il s'agit de pénétrer les aspects les plus intimes de la vie du patient pour éclairer «les espaces sombres de l'esprit et des relations sociales»¹¹⁹. Des structures de prise en charge de patients chroniques vont voir le jour dans la société américaine. L'objectif étant de leur offrir des soins plus personnalisés et moins fragmentés (entre différentes spécialités médicales) mais aussi de réduire les coûts des maladies chroniques sur la collectivité¹²⁰.

À partir de l'étude réalisée par I. Baszanger sur la médecine de la douleur, il est possible de rendre compte de plusieurs aspects de cette nouvelle approche du patient chronique¹²¹. Dans l'un des centres de la douleur où cet auteur a mené sa recherche, elle note que l'objectif du médecin est d'amener le patient à changer de comportement. Le médecin

¹¹⁷ - W. R. Arney, B. J. Bergen, «The anomaly, the chronic patient and the play of medical power», *Sociology of Health and Illness*, 1983, vol. 5, n°1, p. 1-24.

¹¹⁸ - Il faut noter que les maladies chroniques ont été, aux États-Unis, l'objet d'investigations scientifiques dès 1927, et non pas au lendemain de la seconde guerre mondiale comme cela est souvent envisagé, notamment en raison de la supplantation des maladies chroniques sur les maladies aiguës à cette période. La catégorie «maladie chronique» n'est pas une découverte médicale mais celle de chercheurs intervenant dans le domaine socio-médical. Durant l'entre-deux guerres, des questionnaires épidémiologiques ont été passés auprès de la population américaine comportant deux questions sur la durée de la maladie : l'une sur des maladies de longue durée, l'autre sur une maladie survenue dans les deux semaines précédant la passation du questionnaire.

¹¹⁹ - D. Carricaburu, M. Ménoret, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004, p. 95.

¹²⁰ - Au début des années 1950, aux États-Unis, les dépenses publiques pour les maladies chroniques sont évaluées à un milliard et demi par an, W. R. Arney, B. J. Bergen, «The anomaly, the chronic patient and the play of medical power», *Sociology of Health and Illness*, 1983, vol. 5, n°1, p. 14.

¹²¹ - I. Baszanger souhaite toutefois différencier cette médecine qui accorde une place centrale à la personne de la médecine de la douleur : alors que la première fait référence à un «soi authentique ou à un sujet autonome», la seconde le fait par rapport à «une norme de comportement», I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, coll. «La couleur des idées», 1995, p. 346-347.

écoute le récit (des douleurs) du patient pour en donner diverses interprétations dont celle de considérer le comportement comme lieu de lecture de la douleur (et non le corps du patient)¹²². «Le comportement de la personne est devenu l'objet même du travail médical», écrit I. Baszanger¹²³.

Ce travail médical consiste à rendre le patient co-acteur du traitement d'un côté, le patient est responsable des échecs et succès qu'il obtient sur la douleur de l'autre, le médecin prescrit des médicaments mais aussi des comportements. Il s'agit, pour le patient, d'apprendre à gérer des situations de stress (faire la queue au supermarché, prendre le train, le métro, aller au musée, ...), et son environnement relationnel (travail, famille, amis, ...). Parmi les conseils prodigués par le médecin, il peut être question de priver le patient de certains liens de sociabilité (se couper de personnes ou d'activités) et donc de normaliser sa vie.

On en revient au constat posé par W. Arney et B. Bergen, selon lequel, la médecine centrée sur le malade a modifié le pouvoir médical il est devenu plus discret, humain et tolérant mais aussi, paradoxalement, plus englobant et totalisant¹²⁴.

Cette médecine «nouvelle» a été qualifiée de globale¹²⁵ dans le sens où les dimensions sociale et psychologique du patient font partie de l'investigation médicale¹²⁶. Elle ne concerne pas seulement la médecine de la douleur elle s'ouvre à d'autres lieux médicaux tels que la cancérologie, la chirurgie cardiaque et même la médecine légale.

Le traitement du VIH/Sida relève également de ce type de médecine. Deux aspects permettent d'en rendre compte. Le premier concerne la création des Réseaux ville-hôpital. Mis en place dans les années 1980 pour faire face à la désorganisation des soins offerts aux

¹²² - D'une certaine façon, on peut considérer que les praticiens hospitaliers chargés de traiter des patients VIH sont dans la même démarche dans la mesure où ils envisagent les effets secondaires des traitements anti-rétroviraux comme étant davantage liés au comportement du malade plutôt qu'au traitement lui-même, analyse faite par I. Wallach dans le cadre de sa thèse *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida : étude ethnologique des pratiques des patients et des méthodes d'intervention des acteurs de santé en milieu hospitalier et associatif*, titre provisoire, thèse à soutenir en 2006, sous la direction de DEHAYES Patrick, Université de Paris VII..

¹²³ - I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, coll. «La couleur des idées», 1995, p. 277.

¹²⁴ - W. R. Arney, B. J. Bergen, «The anomaly, the chronic patient and the play of medical power», *Sociology of Health and Illness*, 1983, vol. 5, n°1, p.20.

¹²⁵ - Au cours de la dernière partie (quatrième), on a qualifié l'approche des médecins associatifs de globale dans le sens où la dimension religieuse est prise en compte. Ici, on va le voir avec le cas du VIH/Sida, la dimension religieuse n'est pas intégrée à cette «nouvelle» approche du patient.

¹²⁶ - I. Baszanger, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, coll. «La couleur des idées», 1995.

personnes touchées par le VIH/Sida (et aux personnes âgées) mais aussi pour faire face aux restrictions budgétaires, les réseaux vont progressivement évoluer, notamment avec les lois de décembre 2001 et mars 2004, pour être finalement intégrés au système de soins. Pour l'économiste Jean-Paul Domin, «Le réseau est (donc) une structure de petite taille afin de faciliter la proximité. Il se rapproche du système de soins en intervenant dans trois directions principales□ la formation des médecins aux spécificités de nouvelles pathologies, la circulation de l'information et la prise en charge globale de la maladie»¹²⁷.

Cette prise en charge globale de la maladie est effectuée par les médecins et les associations. Les premiers praticiens engagés dans les réseaux étaient homosexuels□ ils voulaient lutter contre la stigmatisation sociale, promouvoir une médecine sociale, et apporter un soutien psychologique et une aide sociale aux patients VIH¹²⁸. Quant aux associations, J.-P. Domin mentionne Arc-en-ciel, une structure d'accueil de jour de personnes malades, créée en 1996 par Aides (association de lutte contre le sida), et qui propose toute une série d'activités et de services permettant une prise en charge globale du patient□ atelier de nutrition, groupes de paroles, conseils juridiques, restaurant,...

Le deuxième moyen de rendre compte de la prise en charge globale du patient VIH est de se référer aux conseils prodigués par le rapport dit Delfraissy. Commandité par les pouvoirs publics et mené sous la direction du professeur Jean-François Delfraissy, ce rapport est intitulé *Prise en charge des personnes infectées par le VIH*. Il est destiné aux soignants (conseils et recommandations) et paraît, ces dernières années sous forme, soit d'ouvrage papier, soit sous forme de document électronique téléchargeable sur Internet¹²⁹. Dans le cadre de ce rapport, la prise en charge globale du patient VIH est évoquée à propos de **l'observance** c'est-à-dire du respect des prescriptions médicamenteuses par le patient. D'après une étude menée par une doctorante, Isabelle Wallach, dans deux services hospitaliers parisiens, les

¹²⁷ - J.-P. Domin, «Les réseaux de santé□ une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté», 2004, Communication aux 4^e journées de la proximité, GRECAM, Université Aix-Marseille III, p. 5. Disponible sur □ <www.cocof.be/telecharge/DOCS/sante/reseauxsante/nouvelleapprocheedelamedecine.pdf>, consulté en août 2005.

¹²⁸ - Cette situation vaut avant tout pour la ville de Paris. D. Fassin qui a étudié les réseaux ville-hôpital de Seine-Saint-Denis (apparus en 1990), souligne que «Les objets sur lesquelles se développe l'action militante dans les réseaux de banlieue sont avant tout d'ordre politique et professionnel», D. Fassin, «Les réseaux ville-hôpital, agitateur depuis 1985. Une approche globale de la prise en charge des malades du sida», *Prévenir*, n°17, 1994, 2^e semestre, p. 119.

¹²⁹ - Pour le rapport de l'année 2004, il est disponible sur □ <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy_2004/rapport.pdf>, consultée en août 2005.

médecins traitant des patients touchés par le VIH/Sida considèrent que ces derniers sont non-observants à partir du moment où ils manquent de prendre une prise par semaine¹³⁰.

L'importance accordée par les médecins à l'observance tient aux deux chiffres suivants : alors que le rapport Delfraissy précise que pour certains traitements, il est nécessaire que le patient y adhère à 100%¹³¹, des études menées auprès de patients touchés par le VIH/Sida indiquent que l'observance est de 57% en moyenne¹³².

L'un des problèmes auxquels sont confrontés les médecins est que l'inobservance peut conduire à une résistance aux anti-rétroviraux et à une moindre efficacité des « schémas thérapeutiques ultérieurs ». Le nombre de molécules sur le marché étant limité, les médecins veulent éviter de changer trop souvent les protocoles thérapeutiques¹³³. De ce fait, différentes études visent à comprendre ce qui favorise ou non l'observance, et la prise en charge globale du patient fait partie des facteurs qui lui sont favorables.

Le rapport (Delfraissy) de l'année 2002, se référant aux études longitudinales de la cohorte APROCO¹³⁴ (menée à l'hôpital), indique que les facteurs cognitifs, émotionnels et sociaux jouent un rôle indéniable dans le suivi du traitement médicamenteux des patients VIH

¹³⁰ - La recherche menée par Isabelle Wallach montre que les médecins tendent à minimiser les effets secondaires des patients, et ce dans la mesure où cela impliquerait de changer le traitement en cours, et ce alors que le nombre de molécules est limité, I. Wallach, *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida : étude ethnologique des pratiques des patients et des méthodes d'intervention des acteurs de santé en milieu hospitalier et associatif*, titre provisoire, thèse à soutenir en 2006, sous la direction de DEHAYES Patrick, Université de Paris VII.

¹³¹ - « Quatre-vingt-quinze à 100% d'observance sont nécessaires pour garantir une efficacité maximale des traitements au plan virologique », *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, J.-F. Delfraissy (dir.), Paris, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », 2002, p. 75.

¹³² - C. Andréao et alii, « La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire », *Santé publique*, 2001, vol. 13, n°3, pp. 249-262.

¹³³ - Une étude a été réalisée en 1999, auprès de 22 336 patients touchés par le VIH/Sida, et indique que 5,6% d'entre eux sont en échec thérapeutique. Une personne est considérée comme étant en échec thérapeutique lorsqu'elle est traitée par anti-rétroviraux depuis plus de six mois et présente des lymphocytes CD4 inférieurs à 200/ml et une charge virale supérieure à 30 000 copies/ml, F. Bourdillon, S. Courtial-Destembert, J.-M. Nadal, G. Leblanc, « Personnes infectées par le VIH en situation d'échec thérapeutique au 1^{er} trimestre 1999 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2000, n°8. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2000/0008/>. Consulté en mai 2005.

¹³⁴ - « L'étude APROCO a été initiée en mai 1997 pour suivre les évolutions cliniques, biologiques et socio-comportementales des patients infectés par le VIH-1 qui commençaient une multithérapie antirétrovirale comportant au moins un inhibiteur de protéase », B. Spire, S. Duran, M. Souville, et alii., « L'observance aux multithérapies des personnes infectées par le VIH de l'approche prédictive à l'approche dynamique », *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida », 2001, p. 44.

(sans pour autant être des facteurs prédictifs)¹³⁵. Pour être tout à fait complet, l'observance aux multithérapies dépend de trois aspects : le traitement en lui-même (qu'il soit ou non complexe) qui doit être intégré à la vie quotidienne du patient et toléré par l'organisme ; la prise en compte des conditions de vie du patient (cf. aspects sociaux, psychologiques et économiques), et la confiance du patient dans l'équipe soignante¹³⁶.

L'idée d'une prise en charge globale du patient est également évoquée à propos du médecin généraliste. « La consultation du médecin généraliste, note le rapport Delfraissy, est souvent le lieu privilégié qui permet au patient d'énoncer ses difficultés, tant au plan social, que psychologique, du point de vue du vécu quotidien de la maladie et de ses traitements (...) Il [le médecin] peut proposer une prise en charge individualisée, tenant compte des antécédents personnels ou familiaux, du mode de vie et des facteurs de risque¹³⁷.

La prise en charge globale du patient résulte d'une conjoncture spécifique où les intérêts de différents acteurs vont se rencontrer : ceux des médecins/scientifiques et ceux des associations de lutte contre le sida. Les années 1980-90 sont marquées par l'arrivée d'associations revendiquant de nouvelles formes de légitimité et d'expertise en matière scientifique et médicale¹³⁸. Les associations de lutte contre le sida s'inscrivent dans cette nouvelle logique. La demande d'une prise en charge globale du patient fera partie des revendications de certaines d'entre elles. Ainsi, en 1996, Jérôme Soletti, de l'association Aides, écrit, à propos du rapport Dormont (prédécesseur du rapport Delfraissy), « Les mesures novatrices proposées aux pouvoirs publics [dans le cadre de ce rapport] reprennent des revendications formulées par AIDES depuis de nombreuses années : la prise en charge des

¹³⁵ - *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, J.-F. Delfraissy (dir.), Paris, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », 2002, p. 76.

¹³⁶ - *Idem*, p. 53. Une enquête réalisée par l'association URACA (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines) va dans le même sens. Réalisée auprès de services de médecine interne et d'obstétrique, elle indique que lorsque la relation thérapeutique réussit à s'établir, le suivi des patients est plaisant, de bonne qualité et devient identique à celui des autres malades, *Les communautés africaines en France face à l'actualité du sida. La prévention à l'heure des thérapies. Exclusion, immigration et sida. La médecine face à l'interculturel*, rapport URACA (Unité de réflexion et d'action des communautés africaines), Paris, 1998, p. 133.

¹³⁷ - *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, J.-F. Delfraissy (dir.), Paris, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », 2002, p. 373.

¹³⁸ - J. Barbot, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, coll. « Voix et regards », 2002, p. 8.

personnes touchées est enfin réfléchi dans sa globalité, médicale, sociale et psychologique¹³⁹.

La reconnaissance, par les pouvoirs publics, des « bienfaits » de cette prise en charge résulte d'une convergence d'intérêts entre les associations de lutte contre le sida et les médecins/scientifiques, suite à l'apparition des multithérapies, en 1996. Les associations y trouvent un nouvel enjeu d'activisme thérapeutique, après une période de démobilisation¹⁴⁰, tandis que les médecins et chercheurs, étant dans l'incertitude quant à l'efficacité des nouvelles molécules sur le long cours, y voient, à partir d'études menées sur le sujet¹⁴¹, un moyen d'améliorer l'observance. Rarement évoqué, et pourtant cet aspect n'est pas à négliger, le coût que représente le traitement des personnes infectées par le VIH/Sida incite les pouvoirs publics à promouvoir la meilleure observance qu'il soit¹⁴². Par ailleurs, dans une étude faite sur les urgences médicales, N. Dodier et A. Camus ont souligné que la « valeur mobilisatrice » des malades se trouve, entre autre, dans le fait qu'ils représentent ou non un coût pour le service¹⁴³. L'absence de sécurité sociale d'un malade signifie une baisse de la valeur mobilisatrice du patient, et ce alors qu'un nombre de plus en plus important de patients VIH se trouve être dans cette situation.

La prise en charge des maladies chroniques à partir d'une approche globale se caractérise donc par deux dimensions pour le moins paradoxales : d'un côté, le patient est envisagé comme acteur de la gestion de la maladie, même s'il reste à nuancer cette notion

¹³⁹ - J. Soletti, « Rapport Dormont : quelles conséquences pour les personnes touchées », *Remaides*, 13 septembre 1996, n° 21. Disponible sur

<http://www.france.qrd.org/sante/remaides/REM21/FR21/dormont.html>, consulté en janvier 2005.

Daniel Defert, sociologue et fondateur de l'association AIDES, estime également que les services hospitaliers ont évolué dans leur approche des patients, et ce suite à l'apparition des traitements anti-rétroviraux. Selon lui, au sein de ces services, il y a une « remise en question des standards de la relation thérapeutique, en faveur d'une approche globale de la personne et pas seulement d'un point de vue sanitaire », Entretien avec D. Defert, « Rester mobilisés », *Informations sociales. Sida : les nouvelles données*, 1998, n° 71, p. 117.

¹⁴⁰ - J. Barbot, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, coll. « Voix et regards », 2002, p. 266-280.

¹⁴¹ - M. Morin, « De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales », *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida », 2001, 5-20.

¹⁴² - Le coût total de l'infection par le VIH à l'hôpital a évolué, selon les moyens dont disposent la médecine : en 1987/88, ce coût représente 152 millions d'euros, il passe à 636 millions au plus fort de l'épidémie (1995), pour redescendre à 461 millions en 2002, et ce tout en sachant que ce dernier chiffre augmente depuis 1998. *Sida et hépatite C. Les chiffres clés*.

Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/vih_vhc/sommaire.htm, consulté en août 2005.

¹⁴³ - N. Dodier, A. Camus, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, juillet-août 1997, n° 4, p. 746.

d'acteur, et ce notamment par rapport aux origines sociales du patient (par exemple, les ressources mobilisées par des patients homosexuels engagés dans des associations de lutte contre le sida, sont assez éloignées de celles d'immigrés accueillis en France pour des raisons médicales)¹⁴⁴, de l'autre, le pouvoir des médecins est étendu dans le sens où ses prescriptions touchent autant le domaine biomédical que comportemental. En d'autres termes, les médecins ne font pas que créer les possibilités sociales de se conduire en malade¹⁴⁵ - ce qui n'est pas la moindre des choses quand on sait que les patients étrangers peuvent rester en France quand il est prouvé que leur pays d'origine n'a pas les moyens de les soigner -, ils sont aussi ceux qui définissent le comportement social à adopter face à la maladie. Avec l'infection au VIH/Sida, cette intrusion dans la vie privée des patients est d'autant plus forte qu'elle concerne des sujets tels que la sexualité, le désir de grossesse, la mort, ...

Il faut cependant noter que la prise en charge globale du patient n'inclut pas la dimension religieuse (cf. aucune mention n'est faite de cette question dans le rapport Delfraissy). Cette situation s'explique par la manière dont s'est construite historiquement l'institution médicale - évincement de la dimension religieuse, faisant de la gestion religieuse de la maladie une pratique véhiculant des éléments de protestation mais aussi une activité peu valorisante pour les médecins. On peut également avancer le fait que, jusqu'à l'arrivée des traitements anti-rétroviraux, la gestion religieuse du VIH/Sida a plutôt été une question sulfureuse. Il n'est pas question, ici, d'évoquer les prises de position du pape Jean-Paul II sur le préservatif¹⁴⁶ mais des groupes, plus ou moins religieux, qui ont proposé une autre approche du VIH/Sida, et ce face à l'impuissance thérapeutique du modèle biomédical. L'instinctothérapie de Guy Claude Burger¹⁴⁷ ou les groupes de méditation organisés par Niro Assistent, une américaine qui dit s'être séronégative (passer d'un statut sérologique positif

¹⁴⁴ - Pour les sociologues C. Herzlich et P. Adam, « il faut admettre que le sida porte la marque des inégalités sociales, des hiérarchies et des dominations les plus traditionnelles (...) Malgré ce qu'on a dit de son 'exceptionnalité', le sida n'est jamais hors des rapports sociaux habituels », C. Herzlich, P. Adam, « Urgence sanitaire et liens sociaux - l'exceptionnalité du sida », *Cahiers internationaux de sociologie*, 1997, vol. CII, p. 26.

¹⁴⁵ - Les travaux menés par le sociologue interactionniste, Éliot Freidson, sur la profession médicale insistent sur le rôle d'entrepreneur moral du médecin. Pour cet auteur, la maladie n'est pas une réalité neutre ou scientifique comme peuvent l'être les virus ou les molécules. Pour être diagnostiquée comme telle, le médecin évalue ce qu'il estime être « normal », « désirable », « convenable ». Autrement dit, « la médecine est une entreprise morale comme le droit et la religion dont le but est de découvrir et de maîtriser des choses qu'elle considère comme indésirable », É. Freidson, *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984, p. 211-214.

¹⁴⁶ - Face au sida, Jean-Paul II préconise l'abstinence, la fidélité ou les rapports sexuels dans le seul cadre du mariage.

¹⁴⁷ - L'instinctothérapie est d'autant plus illégitime, socialement, que son leader/inventeur, Guy Claude Burger, a été condamné, en décembre 2001, à quinze ans de réclusion criminelle pour viol et corruption de mineurs de quinze ans.

au HIV à un statut négatif), en sont des exemples¹⁴⁸. Ces groupes apparaissent comme protestataires d'une part parce qu'ils mettent en cause les « théories » médicales (par exemple, passer d'un statut sérologique positif à un statut négatif ou se dire guéri du sida), et d'autre part parce qu'ils sont souvent dans une logique alternative au modèle biomédical (certaines personnes touchées par le VIH/Sida s'en remettent exclusivement à ces groupes et ne veulent pas entendre parler de médecine officielle).

2) *La place de la religion au sein de l'institution médicale*

Depuis une trentaine d'années, on observe, au sein de l'institution hospitalière, la mise en place de dispositions pour tenir compte des croyances et pratiques religieuses des patients. Cette initiative coïncide avec le fait que, depuis les années 1970, plus de la moitié des Français décède à l'hôpital.

Parmi ces dispositions, on notera que le règlement intérieur type des établissements hospitaliers du 14 janvier 1974 recommande de respecter, dans la mesure du possible, les exigences alimentaires liées à la pratique de certaines religions¹⁴⁹. Quant à la Charte du patient hospitalisé, annexée à la circulaire ministérielle n°95-92 du 6 mai 1995 (relative aux droits des patients hospitalisés), elle précise que « Tout établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, etc.). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres »¹⁵⁰.

Concernant la formation du personnel soignant aux questions religieuses, il est prévu, dans le cadre du diplôme d'infirmier qu'une attention soit apportée aux croyances et rites religieux du patient (arrêté ministériel datant du 12 avril 1979 relatif au programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier)¹⁵¹. Par ailleurs, Isabelle Lévy, ancien cadre administratif des hôpitaux et formatrice sur les questions religieuses depuis une dizaine d'années dans le milieu hospitalier, forme le personnel soignant aux spécificités religieuses des patients. Par

¹⁴⁸ - B. Paillard, A. Guérin, *Médecines parallèles et sida*, Paris, CETSAT (Centre d'Études Transdisciplinaires), 1999.

¹⁴⁹ - I. Lévy, *La religion à l'hôpital. Laïcité et respect du culte. Refus des soins. Interdits alimentaires. Rites funéraires*, Paris, Presse de la Renaissance, 2004, p. 20.

¹⁵⁰ - *Idem*, p. 20-21.

¹⁵¹ - *Ibid.*, p. 20.

exemple, dans son dernier ouvrage, *La religion à l'hôpital*, elle consacre tout un chapitre aux différentes manières d'appréhender la mort et le défunt, selon que l'on soit chrétien, juif ou musulman¹⁵². Au-delà de son rôle instructif, ce livre vise à ce que le personnel soignant adopte une attitude tolérante et respectueuse à l'égard des croyances et pratiques religieuses des patients¹⁵³.

Parmi les autres mesures prises au niveau de l'institution hospitalière, on peut relever la création, en janvier 1996, d'une consultation Éthique et Religion à l'Hôpital Antoine-Béclère (Clamart) par l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Cette consultation est née sous l'impulsion du docteur Paul Atlan, gynécologue et psychiatre, et se donne pour objectif de répondre aux questions éthiques ou religieuses que se posent des femmes ou des couples face à la naissance d'un enfant. Selon ce médecin, « Dans une spécialité comme la gynécologie-obstétrique, révolutionnée ces dernières années par les nouvelles techniques, on ne peut ignorer les questionnements religieux, éthiques ou culturels des patients »¹⁵⁴. Ainsi, en fonction des problèmes rencontrés par ce médecin et selon la religion d'appartenance de ses patients, il sollicite prêtre, pasteur, rabbin, imam ou autre pour obtenir une réponse aux questionnements des parents.

De ces différentes mesures pour une prise en compte des croyances et pratiques religieuses des patients, on retiendra deux aspects. Le premier est qu'elles ne concernent que l'hôpital. Il existe des initiatives destinées aux médecins généralistes, tel ce dossier de presse réalisé par la *Revue Prescrire*, durant l'été 1995, sur la gestion des conséquences médicales du jeûne du ramadan¹⁵⁵, mais elles sont ponctuelles. Le second aspect est que, en dehors du dernier cas de figure (mise en place d'une consultation Éthique et religion), ces mesures s'adressent surtout au personnel « Subalterne », essentiellement les infirmiers. D'après I.

¹⁵² - Par exemple, chez les juifs et les musulmans, la toilette funéraire ne doit pas être faite par le personnel soignant mais uniquement par des personnes qualifiées religieusement.

¹⁵³ - Ainsi, l'auteur précise plusieurs aspects : les choix alimentaires des patients doivent être respectés ; les célébrations religieuses (prières, sacrements) sont autorisées dans la chambre d'un hôpital (lieu privé) ; il est possible d'aménager la chambre du patient comme celui-ci le souhaite (orientation du lit vers la Mecque) si cela ne gêne pas les soins et le personnel soignant ; il est possible de demander à une femme voilée de retirer son voile mais il faut alors s'assurer qu'elle ne se retrouve pas seule avec un homme sauf si cela est nécessaire pour les soins auquel cas, il est possible de lui proposer une charlotte, ...

¹⁵⁴ - « Un patient c'est un tout », interview donnée par le docteur Atlan à D. Saubaber. Disponible sur : <http://lexpress.fr/info/fra/dossier/laicite/dossier.asp?ida=429350>, consulté en octobre 2004.

¹⁵⁵ - Fariq Hakkou, « Les conséquences médicales du jeûne du ramadan », *La Revue Prescrire*, n° 153, juillet-août 1995, pp. 512-523. La revue précise que Fariq Hakkou, l'auteur du dossier, est pharmacologue à Casablanca (Maroc) et anime une fondation médicale marocaine, la fondation Hassan II, pour la recherche scientifique et médicale sur le Ramadan.

Lévy, certains médecins suivent les formations qu'elle organise mais, explique-t-elle, c'est avant tout les infirmiers ou étudiants infirmiers qui en bénéficient¹⁵⁶.

L'évolution de la pathologie VIH tend à faire évoluer cette situation dans la mesure où les hospitalisations à moyens et longs termes ont chuté¹⁵⁷. Cela signifie que les praticiens hospitaliers voient davantage leurs patients en consultation ou en hospitalisation de jour et peuvent difficilement déléguer la gestion du fait religieux aux infirmiers.

Pour autant, la prise en charge du fait religieux ne constitue pas, au regard des compétences professionnelles et des critères d'excellence de la profession médicale (rédaction d'articles dans la presse médicale, participation à des congrès et colloques, mener des recherches cliniques, ...), une activité valorisante pour les médecins. Son organisation, au sein de l'institution hospitalière, est là pour en témoigner. Elle peut même être envisagée, pour certains d'entre eux, comme une forme de déclassement, et ce dans la mesure où les médecins sont de plus en plus amenés à s'occuper des conditions socio-économiques dans lesquelles vivent les patients touchés par le VIH/Sida, lesquelles ont tendance à se dégrader¹⁵⁸.

À partir de ces différents aspects, on peut considérer que la situation des médecins traitant des patients touchés par le VIH/Sida est ambiguë dans le sens où ils ne sont pas formés aux questions religieuses alors qu'implicitement, c'est ce qu'on attend d'eux.

¹⁵⁶ - Conversation téléphonique avec cet auteur.

¹⁵⁷ - Une enquête réalisée en 2000, auprès de patients touchés par le VIH/Sida, indique la répartition suivante à propos des types de séjour faits à l'hôpital : un peu moins des deux tiers (61%) concernent des courts séjours (consultation : 43% et hospitalisation de jour : 18%), et plus du tiers concerne des hospitalisations (moyen séjour : 8%, et 29% d'hospitalisation complète), « Structure de la fréquentation hospitalière un jour donné en 2000 », *Sida et Hépatite C. les chiffres clés*. Disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/html/publication/dhos/vih_vhc/sommaire.htm, consulté en mai 2005.

¹⁵⁸ - D'après l'enquête Vespa (menée en 2003 auprès de 2932 personnes suivies à l'hôpital pour l'infection par le VIH), parmi les moins de 60 ans, 40% des hommes et 55% des femmes sont inactifs. Les étrangers vivent dans des conditions de logement précaires : 15% des hommes et 23% des femmes vivent chez des amis, dans un foyer ou sont sans domicile fixe, F. Lert, Y. Obadia et l'équipe de l'enquête Vespa, « Comment vit-on en France avec le VIH/sida », *Population et sociétés*, n° 406, novembre 2004, p. 3 et 4. Disponible sur : http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/numeros_dispo.htm. Consulté en août 2005.

Conclusion

Au terme de cette première partie, on souhaite dégager trois aspects qui caractérisent les rapports médecine/religion.

La première concerne la laïcisation de l'institution médicale. Elle a été mise en place lors du premier seuil de laïcisation, au tout début du XIX^e siècle. Tout en reconnaissant que la religion répond à des besoins, l'État ne l'envisage plus comme une institution englobante (par exemple, l'Église catholique ne tient plus les registres d'état civil) et il reconnaît plusieurs cultes (catholicisme, protestantisme puis judaïsme). Dans cette perspective, la loi de mars 1803 qui introduit la notion juridique d'exercice illégal de la médecine, est un moyen, d'une part d'évincer de la sphère médicale curés, religieuses et autres empiriques, et d'autre part, de répondre aux besoins médicaux de la population, en créant deux ordres de médecins. En accordant de tels pouvoirs à la médecine (il faut rappeler que la Grande-Bretagne n'accordera aux médecins le monopole sur l'exercice de la médecine qu'en 1848), le pouvoir politique y trouve une autre source de légitimation, et ce alors qu'il s'est émancipé de la tutelle de l'Église catholique (Concordat et ses articles organiques)¹⁵⁹.

La différenciation des sphères religieuse et médicale s'est réalisée progressivement, au cours du XIX^e siècle, compte tenu de la faible efficacité thérapeutique de la médecine officielle et de la complémentarité des rôles entre religieuses et médecins. Les progrès médicaux et les avancées scientifiques réalisés dans le dernier quart du XIX^e siècle vont renforcer la légitimité accordée aux médecins. Leur entrée dans le monde politique, sous la III^e République, va aussi beaucoup les aider dans ce processus de légitimation sociale. Ainsi, la loi Chevandier (1892) renforce le monopole des médecins sur l'exercice de la médecine.

Au terme de la construction du deuxième seuil de laïcisation, le principe de la séparation des sphères religieuse et médicale s'est imposé c'est-à-dire que religion et acte médical sont dissociés. La liberté de conscience du patient est garantie mais elle relève de la sphère privée et est assurée par des professionnels (clergé).

¹⁵⁹ - Cette thèse est défendue par J. Baubérot dans un texte qui figure sur son blog. Disponible sur <http://jeanbauberotlaicite.blogspot.com/>, consulté en août 2005.

La deuxième caractéristique rend compte des évolutions intervenues dans la sphère religieuse. Celle-ci est marquée par le processus de sécularisation c'est-à-dire par l'effritement des religions instituées, l'émergence de nouvelles formes de spiritualités et de nouvelles manières de croire, et par l'accroissement du nombre de musulmans. L'une des conséquences des reconfigurations du champ religieux est la plus grande visibilité sociale de certaines manifestations religieuses□alors que le deuxième seuil de laïcisation de la société française se caractérisait, entre autre, par la privatisation du croire, on observe, un siècle plus tard et dans certains domaines, un phénomène inverse avec la publicisation de manifestations religieuses dont certaines vont toucher le champ médical (interdits alimentaires, interdits religieux, transfusion sanguine chez les patients Témoins de Jéhovah, ...). L'autre conséquence de cette reconfiguration est l'émergence de revendications plaidant en faveur d'une alliance entre médecine et religion (cf. médecins alliant engagement religieux et pratique médicale). Aussi minoritaire soit-elle, cette tendance met en cause le fonctionnement de l'institution médicale et véhicule des éléments de protestation□médecine technicisée, patient morcelé, ... Elle permet à une certaine catégorie de médecins, notamment des généralistes, de se démarquer de leurs confrères.

La dernière caractéristique concerne les évolutions du champ médical. Ainsi, au lendemain de la seconde guerre mondiale, une nouvelle médecine voit le jour, aux Etats-Unis, et se diffuse en France au cours des années 1980, pour traiter des patients atteints de pathologies chroniques. Elle consiste à prendre en charge le patient dans ses différentes dimensions□médicale, sociale et psychologique. Plus humaine, cette médecine n'en demeure pas moins totalisante puisqu'elle vise à améliorer l'état de santé du patient en modifiant, entre autre, le comportement de ce dernier. Cette médecine, souvent qualifiée de globale, s'est progressivement imposée dans la gestion du VIH/Sida, et ce notamment quand les traitements anti-rétroviraux sont apparus sur le marché (1996).

La question religieuse n'est cependant pas intégrée aux pratiques professionnelles des médecins. La construction de l'institution médicale a participé à une division sociale du travail où la gestion du fait religieux ne relève plus de la sphère de compétences du médecin. Des différentes initiatives engagées au sein de l'hôpital, on se rend compte qu'elle est réservée à une catégorie de personnels□les infirmiers. Autrement dit, la prise en compte des croyances et pratiques religieuses ne constitue pas une activité valorisante pour les praticiens

hospitaliers, et il n'existe pas de mode d'emploi et/ou une rationalisation de la pratique médicale en ce domaine¹⁶⁰.

Compte tenu des différents aspects évoqués, la gestion du fait religieux apparaît comme une activité présentant des enjeux spécifiques, selon les médecins. Certains peuvent y voir une activité valorisante, de distinction, tandis que d'autres peuvent l'envisager comme dévalorisante ou déclassante. Plus précisément, et il s'agit là de l'hypothèse centrale de ce travail, le type de gestion des croyances et pratiques religieuses dépend de la position occupée par le médecin au sein du champ médical.

C'est à partir de cette hypothèse, que l'on va saisir la manière dont les médecins gèrent les croyances et pratiques religieuses de patients touchés par le VIH/Sida. Trois questions serviront de fil conducteur à l'analyse □ comment la religion apparaît-elle dans la relation thérapeutique (est-elle le fait du médecin, quelle démarche adopte-t-il vis-à-vis de ses patients, ...) □ Comment les médecins légitiment-ils leur approche de la religion dans la relation thérapeutique □ Et, comment réagissent-ils à la présence du fait religieux □

¹⁶⁰ - On observe, dans certains domaines comme le cancer, une rationalisation de la pratique médicale avec la mise en place de normes, les références médicales opposables (RMO), qui consistent à éliminer des actes non nécessaires ou inadéquats, P. Castel, I. Merle, « Quand les normes de pratiques deviennent une ressources pour les médecins », *Sociologie du travail*, 2002, vol. 44, pp. 337-355.

DEUXIEME PARTIE

UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE DU FAIT RELIGIEUX AU SEIN DE L'INSTITUTION MEDICALE

Cette seconde partie aura pour objectif d'explicitier les termes et concepts utilisés dans les hypothèses de travail. Puis, on présentera l'enquête de terrain et les caractéristiques socio-démographiques des médecins interviewés.

I . Les hypothèses de travail

1) La gestion de la maladie

À partir des éléments avancés au cours de la première partie, on pose le constat suivant : la médecine s'est progressivement imposée comme l'instance légitime de soins, notamment en limitant les interférences religieuses de son domaine d'action (monopole sur les soins). Au niveau de la société globale, le processus de privatisation du fait religieux - l'une des caractéristiques du deuxième seuil de laïcisation - a accentué cette idée d'une séparation stricte des sphères religieuse et médicale et a contribué à faire de la visibilité sociale de la religion quelque chose de problématique. Quant à la laïcisation de l'institution médicale, elle s'est traduite par une division sociale du travail : aux infirmiers (plutôt aux infirmières) est dévolue la prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients, et aux médecins la gestion de la maladie : ces derniers recevant rarement une formation sur ces questions.

Ces différents aspects doivent être envisagés au regard des spécificités liées au VIH/Sida. Avec l'arrivée des traitements anti-rétroviraux (1996), cette pathologie est devenue chronique (tout en restant létale) et nécessite, selon certains médecins, une observance quasi-totale (cf. 100% d'adhérence). Dans cette configuration, certaines manifestations religieuses sont considérées, par un grand nombre de médecins, comme un élément favorisant ou non l'adhérence aux traitements. La façon dont les médecins sont amenés à répondre à la présence du fait religieux dans la relation thérapeutique est envisagée, ici, comme **une forme de gestion**.

Plusieurs études menées en sociologie de la santé se sont intéressées à la gestion des maladies chroniques. Du point de vue des malades, la gestion de la maladie renvoie à la manière dont ces derniers répondent aux difficultés que pose la maladie dans la vie quotidienne. Ils ont « une connaissance de leur état qui leur vient à la fois de l'intérieur et de

l'extérieur¹⁶¹ et participent aux décisions médicales. En ce sens, ce type de malade ne remplit pas le rôle social qu'on lui assigne (cf. selon le modèle parsonien, le malade est exempté de travailler dans la mesure où le médecin déclare qu'il ne peut remplir ce rôle social), ne serait-ce que parce qu'il continue à exercer une activité professionnelle. Du point de vue des soignants, la gestion de la maladie renvoie aux difficultés rencontrées par les médecins pour faire face à une pathologie qu'ils ne peuvent guérir. «Le travail médical, écrit Isabelle Baszanger, est mis en difficulté par les pathologies chroniques quelles qu'elles soient. Il faut bien réaliser que, si l'objectif idéal est de guérir la maladie, l'objectif réaliste, concret, est en fait de contrôler, autant que faire se peut, son évolution ou au moins ses symptômes et leurs conséquences. C'est en ce sens que l'on parle de gestion de la maladie¹⁶².

La gestion de la maladie consiste donc, pour le médecin s'occupant de patients VIH, à cerner l'ensemble des aspects qui vont contribuer ou non à l'observance des traitements anti-rétroviraux et à diminuer les effets secondaires liés aux médicaments. Certaines croyances et pratiques religieuses font partie de cette gestion. Autrement dit, la gestion du fait religieux relève de l'activité du médecin dans la mesure où cela a une incidence sur l'évolution de la pathologie.

Cette gestion s'inscrit dans un double mouvement□ celui, justement, de la légitimité sociale de la prise en charge globale des patients atteints de maladies chroniques□ et celui de la mise en place de dispositifs visant à prendre davantage en considération les croyances et pratiques religieuses des patients hospitalisés (cf. Charte du patient hospitalisé, circulaire du 2 février 2005 qui rappelle les principes de la laïcité) – qui tend à la rendre légitime, socialement, sans pour autant être pleinement intégrée à la pratique médicale (cf. quasi-absence de formation des médecins sur cette question, aucune recommandation dans le rapport Delfraissy). Est-ce à dire que l'ensemble des médecins vont intégrer le fait religieux à leur pratique médicale□

D'après l'hypothèse avancée précédemment, la gestion du fait religieux dans la relation thérapeutique dépend de la position occupée par le médecin au sein du champ médical ou, pour être plus précis, du «segment professionnel□ auquel il appartient. Pour les

¹⁶¹ - C. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison*, Paris, Payot, 1984, p. 268.

¹⁶² - Souligné par nous. I. Baszanger, «Les maladies chroniques et leur ordre négocié□, *Revue Française de Sociologie*, vol. XXVII, 1986, p. 11.

sociologues interactionnistes R. Buser et A. Strauss, les professions doivent être appréhendées comme un état en perpétuel mouvement. En ce sens, la notion de segment professionnel désigne des «Unités sociales de base en mouvement à l'intérieur des professions. Les segments constituent donc des sous-groupes ne se superposant pas à ceux formés par les différentes disciplines médicales. Les membres d'un même segment partagent une identité professionnelle spécifique, ainsi que des idées similaires sur la nature de leur discipline»¹⁶³. En d'autres termes, selon le segment professionnel auquel appartient le médecin, il envisage différemment sa profession et se positionne de manière spécifique au sein du champ médical. Compte tenu de ces aspects, on suppose qu'il existe une certaine homogénéité dans la gestion du fait religieux, selon le segment professionnel auquel appartient le médecin. À partir de l'enquête de terrain, on a envisagé trois types de segment professionnel dont on dégagera les spécificités quant aux liens qu'ils ont avec la pathologie VIH/Sida. C'est également à partir des caractéristiques de ces segments professionnels que l'on émettra des hypothèses pour chacun d'entre eux.

Le premier segment concerne les médecins généralistes. En 2000, ils représentent 52% des 196000 médecins en exercice (48% pour les spécialistes)¹⁶⁴. Ils se caractérisent tout d'abord par un rapport de domination avec les praticiens hospitaliers, domination qui s'établit dès le cursus scolaire. La médecine générale, écrivent les sociologues M. Bungener et I. Baszanger, est «ce qui reste» pour ceux qui ne se sont pas spécialisés. Elle concerne «ceux qui n'ont pas passé ou pas réussi les concours les plus prestigieux et dont l'apprentissage a été écourté». Les généralistes ont une image d'eux-mêmes qui se construit par défaut, et ont des relations difficiles avec le milieu hospitalier¹⁶⁵. En dépit du fait que les Réseaux ville-hôpital (réseau VIH) ont revalorisé leur rôle¹⁶⁶ et des dernières mesures prises en leur faveur¹⁶⁷, l'arrivée des traitements anti-rétroviraux a reconfiguré les rapports entre généralistes et hospitaliers pour asseoir la domination de ces derniers. Ainsi, les hospitaliers sont les seuls à

¹⁶³ - Cité par I. Baszanger, «Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes», *Revue Française de Sociologie*, XXII, 1981, p. 228.

¹⁶⁴ - M. Bungener, I. Baszanger, «Médecine générale, le temps des redéfinitions», *Quelle médecine voulons-nous*, I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet (dir.), Paris, La Dispute, 2002, p. 20.

¹⁶⁵ - *Idem*, p. 24.

¹⁶⁶ - J.-P. Domin, «L'expérimentation des réseaux ville-hôpital : l'émergence d'un nouveau mode de régulation dans les services de soins», *Économies et Sociétés*, Série «Économie et Gestion des Services», vol. 11, n°3, 2003, p. 1874.

¹⁶⁷ - Jusqu'à la rentrée 2004-2005, les généralistes sont ceux qui n'ont pas réussi le concours de l'internat ou qui ne l'ont pas passé. Désormais, tous les médecins, à la fin de leur deuxième cycle d'études (DCEM) doivent passer le concours de l'internat : la médecine générale devenant une spécialité, ce qui est une manière de la revaloriser.

pouvoir initier les traitements anti-rétroviraux, et les généralistes ne peuvent que renouveler l'ordonnance d'un traitement déjà en cours. Par ailleurs, des études tendent à montrer que les patients suivis uniquement par des médecins de ville sont moins bien soignés que ceux traités par des praticiens hospitaliers¹⁶⁸, ce qui tend à exacerber ce rapport de domination.

Compte tenu de ces différents aspects, on peut se demander si la prise en compte des croyances et pratiques religieuses n'est pas envisagée, par les généralistes, comme le «*Sale boulot*», celui dont se déchargent les hospitaliers. Le statut professionnel des généralistes devra être interrogé dans le sens où le fait d'exercer en secteur libéral (*versus* les hospitaliers sont salariés) peut ou non favoriser la prise en charge des croyances et pratiques religieuses du patient. Il faudra également tenir compte que cette prise en charge peut être une forme de distinction entre confrères. On pense ici aux médecins appartenant à des mouvements ou groupements religieux (mouvement charismatique, associations de médecins catholiques, musulmans, ...) et qui le font savoir, plus ou moins explicitement, à leurs patients. Plus globalement, on peut se demander si l'appartenance religieuse du médecin peut être un facteur discriminant dans la prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients¹⁶⁹.

Le second segment regroupe les praticiens hospitaliers. Loin d'être homogène, ce segment, est composé de différents statuts lesquels traduisent des positions différentes au sein de la hiérarchie hospitalière. Au sommet on trouve les praticiens hospitaliers - praticiens universitaires (PU-PH) ils exercent en CHU (centre hospitalo-universitaire), et leur activité

¹⁶⁸ - Une étude menée auprès de médecins généralistes exerçant à Marseille, au début des années 1990, indique que sur huit questions posées sur la connaissance du VIH, seul un tiers des répondants obtient un score supérieur à quatre bonnes réponses. Par ailleurs, une étude américaine réalisée à partir de quatre mille dossiers médicaux de patients VIH, dans l'État de New York, montre que les patients suivis uniquement par un généraliste sont significativement moins nombreux à avoir accès à l'AZT que ceux suivis par un spécialiste ou par un généraliste en partenariat avec un spécialiste, V. Pachabezian, «*Enquête sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infection par le VIH*», *Transcriptase*, septembre 1994, n° 28, et Y. Obadia, J.-P. Moatti, «*Prise en charge des patients VIH en médecine ambulatoire* le spectre de la spécialisation», *Transcriptase*, juillet août 1993, n° 17.

¹⁶⁹ - Cette réflexion s'inscrit dans la lignée des travaux de Max Weber qui envisage des affinités électives entre éthique religieuse et action dans le monde, notamment professionnel. Au cours d'une étude réalisée au début du XX^e siècle et intitulée *Éthique protestante et esprit du capitalisme*, ce sociologue allemand estime qu'il existe des affinités électives entre l'appartenance au puritanisme (une certaine forme de protestantisme) et le développement du capitalisme, notamment en Amérique du Nord. Cet auteur constate que pour les puritains, la réussite professionnelle et une vie ascétique peuvent être le signe de leur élection, de la grâce que leur accorderait Dieu. Il s'agit-là d'une manière de mettre un terme à cette tension née de l'impossibilité de savoir si la personne est sauvée ou non (doctrine de la prédestination). Mentionner cette étude a pour objectif de souligner les interférences qui peuvent exister entre appartenance religieuse et exercice d'une profession la perception et l'action dans le monde résultent, en partie, de l'éthique religieuse. Bien qu'inscrite dans un contexte historique spécifique, cette thèse peut servir à penser la présente étude en s'interrogeant sur l'existence d'affinités entre l'appartenance religieuse du médecin et son action dans le monde, notamment le rapport qu'il entretient avec ses patients. Cf. M. Weber, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Flammarion, 2000.

professionnelle se répartit dans trois domaines : recherche, enseignement et soins. Au bas de la hiérarchie, il y a l'ensemble des vacataires désignés sous le sigle de PATT (praticiens attachés)¹⁷⁰. Entre ces deux extrémités, on trouve les praticiens qui exercent dans des centres hospitaliers, moins prestigieux que les CHU (cf. centre hospitalier général, centre hospitalier intercommunal). Ces médecins ont pour point commun de délivrer les traitements anti-rétroviraux, d'en assurer le suivi, et ainsi d'être relativement attentifs aux facteurs susceptibles d'améliorer les résultats biologiques du patient (cf. nombre de CD4 et charge virale¹⁷¹). Dans ce contexte, la prise en compte des croyances et pratiques religieuses représente, au regard de ces professionnels, un enjeu différent des généralistes. Trois aspects peuvent, ici, être évoqués. Le premier concerne les critères d'excellence de la profession. Reposant sur la rédaction d'articles scientifiques¹⁷², la réalisation de recherches cliniques, la participation à des conférences, ... on peut se demander si la prise en charge de manifestations religieuses ne constitue pas, au regard de certains hospitaliers, une tâche « indigne » de leurs fonctions ou mineure face à leurs responsabilités. À l'inverse (second aspect), d'autres praticiens peuvent envisager cette prise en charge comme une nouvelle spécialité, leur conférant un certain prestige dans d'autres sphères que la médecine. Le dernier aspect est relatif aux croyances et pratiques religieuses véhiculant des éléments de protestation et ce dans la mesure où elles mettent en cause l'autorité des médecins (cf. le patient ne suit pas les prescriptions thérapeutiques pour des raisons religieuses)¹⁷³. Cela peut avoir pour conséquence, au niveau de la pratique médicale, de refuser de les prendre en considération ou de les discréditer en portant dessus un jugement moral.

À ces deux segments professionnels, il faut en ajouter un troisième, celui des médecins qui exercent dans le milieu associatif et qu'on désignera par « médecins associatifs ». Pour la

¹⁷⁰ - Les généralistes exerçant à l'hôpital sont aussi considérés comme praticiens attachés. On a fait le choix de les exclure de ce segment car on considère qu'ils construisent leur identité professionnelle davantage en référence à la médecine de ville qu'à la médecine hospitalière.

¹⁷¹ - Les CD4 ou T4 sont une sous-population de lymphocytes T qui constituent la cible privilégiée du VIH. La diminution du nombre de CD4 signifie que le système immunitaire de la personne baisse. Quant à la charge virale, elle permet de suivre la progression de la maladie et de mesurer l'efficacité des traitements. Plus la charge virale est importante, plus le virus HIV est présent dans l'organisme de la personne.

¹⁷² - Selon N. Dodier et A. Camus, « l'activité de publication dans des revues scientifiques joue un rôle de plus en plus important dans la carrière des médecins », « l'hospitalité de l'hôpital. L'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, 1997, n° 35, p. 117.

¹⁷³ - On pense ici aux patients non-observants pour des motivations religieuses. « Définie comme la mesure dans laquelle le comportement du patient (en termes de médicaments, suivi de régimes ou de changement de style de vie) coïncide avec l'avis médical » (S. Fainzang, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF, coll. « Ethnologies, Controverses », 2001, p. 33.), l'observance renvoie bien à la soumission du patient aux ordres que contient l'ordonnance établie par le médecin et inversement, l'inobservance peut être une forme de contestation de l'autorité médicale.

plupart d'entre eux, ces médecins ne prescrivent pas de traitement anti-rétroviral et, en ce sens, ils sont assez proches des généralistes. Ils se différencient cependant de ces derniers car ils n'exercent pas en secteur libéral. Salariés d'une association, ils n'ont pas un rapport «marchand» (de clientèle) avec leurs patients. Par ailleurs, s'ils ne s'engagent pas, tels les praticiens hospitaliers, à respecter les principes qui prévalent dans le service public hospitalier, ils adhèrent aux valeurs promues par l'association qui les emploie. Il faudra s'intéresser à ces valeurs mais aussi aux publics auxquels s'adressent ces associations pour envisager la manière dont est organisée la gestion des croyances et pratiques religieuses des patients. On s'interrogera aussi sur le fait de ne pas prescrire de traitement—cela favorise-t-il la prise en compte des croyances et pratiques religieuses dans la mesure où l'autorité du médecin n'est pas mise en cause—

D'après les observations enregistrées sur le terrain, il n'existe pas de modèle de gestion du fait religieux—les médecins se «débrouillent» comme ils peuvent avec les croyances et pratiques religieuses de leurs patients. Cependant, l'objectif de la présente étude est bien de montrer que les médecins gèrent différemment le fait religieux selon le segment professionnel auxquels ils appartiennent. En d'autres termes, il est possible de dégager des tendances spécifiques à chaque segment car ils partagent des intérêts et des valeurs qui leurs sont propres.

2) *Le fait religieux*

Qu'entend-on par «fait religieux» ou «manifestations religieuses»? Quand on s'intéresse à la démarche spirituelle des patients (termes utilisés dans la lettre type envoyée aux médecins), on se réfère aux différentes modalités d'appartenance et d'identification religieuses. Il ne s'agit pas de retenir les seuls patients inscrits dans une religion donnée mais tous ceux qui manifestent une adhésion à des croyances et pratiques religieuses¹⁷⁴. Il s'avère qu'aujourd'hui, le rapport à la religion est beaucoup plus individualisé. On l'a indiqué à propos des caractéristiques de la sécularisation, le croire contemporain se caractérise par l'individualisation (autonomie du sujet à l'égard des croyances et pratiques choisies), le

¹⁷⁴ - Dans un article, on a défini la démarche spirituelle de la manière suivante—elle «désigne cette recherche personnelle marquée par un habitus, lequel réduit l'autonomie de l'individu et oriente ou influence son parcours spirituel», A.-C. Bégot, «La gestion spirituelle du VIH/Sida—parcours biographique et construction identitaire», *sciences sociales et santé*, 2004, vol. 22, n° 3, p. 44.

pragmatisme (recherche de l'efficacité des croyances), et la subjectivation (choix des croyances en fonction de ce qui convient ou pas).

Pour autant, on n'envisage pas la démarche religieuse ou spirituelle comme étant dégagee des contraintes sociales. L'autonomisation du croire est à relativiser car l'engagement religieux reste socialement déterminé¹⁷⁵. Certes, la religion ne s'hérite plus mais la famille reste le lieu de la transmission religieuse et de l'apprentissage d'un habitus religieux¹⁷⁶. La démarche spirituelle est envisagée comme l'expérience interne de la religion, par opposition avec ses formes établies et institutionnelles¹⁷⁷. Elle est néanmoins marquée par un habitus lequel réduit l'autonomie de l'individu et oriente son parcours religieux¹⁷⁸.

La position que l'on adopte conduit à définir ce qu'on entend par religion. Ce sujet a été l'objet d'un certain nombre de débats au sein de la communauté scientifique. Les sociologues ont tenté d'y apporter une réponse, qui varie d'un auteur à l'autre. On a retenu celle d'Yves Lambert car elle est la plus exhaustive tout en étant circonscrite au champ religieux. D'après ce sociologue, une religion est définie comme telle quand elle répond à trois critères : la croyance en l'existence d'une réalité se situant au-delà de la réalité empirique c'est-à-dire des limites objectives de la nature et de l'homme telles que les saisit la démarche scientifique ; l'existence d'une relation entre l'homme et ces réalités supra-empiriques par des moyens symboliques (rites, prières, médiations) ; l'existence de formes rituelles collectives. Une religion, écrit Y. Lambert, peut se définir comme un système de croyances et pratiques se rapportant à des réalités supra-empiriques en relation avec l'homme par des moyens symboliques et donnant lieu à des formes communautaires¹⁷⁹.

Le fait religieux c'est la mise en acte de la religion c'est-à-dire l'ensemble des croyances et pratiques se référant à une (ou plusieurs) religion(s) donnée(s), selon des modalités du croire et des modes d'appartenance spécifiques (cf. l'individu peut être plus ou

¹⁷⁵ - R. Campiche, « Individualisation du croire et recomposition de la religion », *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 1993, n° 81, pp. 117-131.

¹⁷⁶ - D. Hervieu-Léger, *Le pèlerin et le converti. La religion en mouvement*, Paris, Flammarion, 1999.

¹⁷⁷ - R. Campiche, « Entre l'exemple et l'expérience de la transmission par la famille d'une tradition à celle d'un éthos religieux », *Figures des Dieux. Rites et mouvements religieux. Hommage à Jean Rémy*, Paris-Bruxelles, De Boeck, Coll. « Ouvertures sociologiques », 1996, p. 147-162.

¹⁷⁸ - A.-C. Bégot, « La gestion spirituelle du VIH/Sida : parcours biographique et construction identitaire », *Sciences sociales et santé*, 2004, vol. 22, n° 3, p. 44.

¹⁷⁹ - Y. Lambert, « Une définition plurielle pour une réalité en mutation », *Cahiers Français*, 1995, n° 273, p. 5.

moins observant à l'égard des prescriptions religieuses et plus ou moins distant vis-à-vis de son organisation religieuse d'appartenance).

Avant de présenter l'enquête de terrain proprement dite, on a pensé qu'il serait intéressant d'avoir un florilège des types de manifestations religieuses présentes dans la relation thérapeutique.

Parmi les manifestations religieuses dont sont témoins les médecins peu d'entre elles concernent la nudité des corps. Deux éléments permettent d'expliquer cette situation□ tout d'abord, les rapports entre patients et médecins s'inscrivent sur le long terme. De ce fait, des liens se nouent entre eux et évitent les situations d'urgence, comme cela peut se produire en gynécologie. Ensuite, toute consultation ne donne pas lieu au déshabillage quasi-systématique que l'on observe lors des visites chez le médecin. Les propos tenus par une jeune médecin (30-39 ans) exerçant dans un CHU parisien et ayant des patients africains sont assez éloquents en la matière□ «*Tous les musulmans que j'ai, dit-elle, ce sont des africains, alors les africains, pour la pudeur, y'a aucun problème (rire) ... parfois, je leur dis, 'déshabillez-vous', et ils se retrouvent tout nus, pour moi 'déshabillez-vous', c'était enlevez le pantalon, le pull, et puis au moins gardez le soutien-gorge et le slip, ben je les vois toutes nues, donc y'a vraiment pas de problème de pudeur, les hommes aussi, je ne les fais pas mettre tout nus, eux, se mettent tout nus tout seuls*□ (e25)¹⁸⁰.

Les manifestations religieuses peuvent apparaître, en cas d'hospitalisation, en dehors du cadre de la consultation médicale. Un praticien exerçant dans un hôpital du Nord de Paris raconte qu'il s'est trouvé face au mari de sa patiente, en train de prier, et ce alors qu'il effectuait sa visite. «*On a eu une fois, explique-t-il, le mari d'une malade, il était musulman, il était malien ou quelque chose comme ça, et alors il était dans la chambre le matin alors que les visites ne sont pas autorisées, il a sorti son tapis et s'est mis à faire sa prière dans la chambre, au moment de la visite, ce n'était pas tout à fait à propos, les visites sont l'après-midi*□ (e2). On le voit, le médecin met davantage en cause les horaires de visite plutôt que la pratique religieuse en elle-même, dans la mesure où la chambre du malade est un lieu privé

¹⁸⁰ - Une codification a été adoptée pour préserver l'anonymat des personnes interviewées□ à chaque médecin correspond un chiffre (allant de 1 à 44), et la lettre «*□*» désigne le terme entretien. Par ailleurs, les termes mis en italique sont les propos tenus par les médecins.

dans lequel le patient a le droit d'exercer sa religion (dans la mesure où cela ne gêne pas autrui).

Un autre médecin, travaillant dans un service de soins palliatifs, mentionne le cas d'une famille juive qui lui a demandé de faire un « faux » certificat de décès, et ce afin d'enterrer au plus vite le défunt. « Un israélite religieux qui vous fait modifier, qui vous demande de modifier l'heure du certificat, voire la date du certificat de décès parce qu'il faut qu'il soit enterré le plus vite possible, et qu'on ne peut pas, moi, ça me pose un problème quand même » (e36). L'un de ses confrères, hospitalier, trouve également la situation problématique quand certains de ses patients, touchés par le VIH/Sida, effectuent des « retraites » religieuses et arrêtent leur traitement anti-rétroviral. « Ça m'irrite un peu, dit-il, quand je vois qu'ils n'ont pas pris leurs médicaments pendant six mois, que la charge virale est au plafond, que tout va mal, et qu'ils me disent qu'ils ont été faire une retraite ou l'équivalent, dans un pseudo-monastère au Zaïre pendant quatre mois » (e7).

D'autres médecins estiment que certaines attitudes ou croyances religieuses ne favorisent pas une démarche active vis-à-vis de la prise en charge de la maladie et/ou des traitements. Un médecin exerçant sur la Rive gauche (14^e arrondissement de Paris) s'exprime en ces termes : « Je remarque que pour les gens qui ont des croyances religieuses, certains sont fatalistes, et quelquefois, il se disent, 'bon ben c'est comme ça', alors ça n'aide pas forcément à prendre son traitement » (e11).

La pratique du ramadan (jeûne prolongé) est également évoquée par les médecins car certains patients ne prennent plus leur traitement durant cette période, et ils voient alors leurs résultats biologiques se détériorer¹⁸¹. Un médecin explique que des patients touchés par le VIH/Sida et dont le système immunitaire est faible, veulent absolument se rendre à la Mecque, « alors qu'il y a des risques de méningites » (e16).

Il y a aussi les patients qui croient que Dieu peut les guérir du sida. Un généraliste raconte que l'une de ses patientes, sous traitement anti-rétroviral, ayant peu d'effets secondaires et dont les résultats biologiques (charge virale, nombre de CD4) étaient stables, a

¹⁸¹ - Parmi les personnes qui se déclarent musulmanes, 80% respectent le ramadan, X. Ternisien, « Des musulmans majoritairement à gauche mais conservateurs en matière de moeurs », *Le Monde*, 30 août 2005. Disponible sur <http://www.lemonde.fr/web/article/0,1-0,36-683717,0.html>, consulté en septembre 2005.

décidé, un jour, d'arrêter de prendre ses médicaments. «*Elle m'a dit, explique-t-il, que n'importe comment, elle allait guérir, qu'elle n'avait pas de problème, qu'elle n'avait pas besoin de médicaments pour guérir puisque elle faisait suffisamment d'exercices (religieux) ou de rapprochements de Dieu, Dieu lui enverra en récompense sa guérison*» (e12). L'une de ses consoeurs, travaillant dans un hôpital de la banlieue parisienne, raconte que récemment, elle s'est trouvée face à un patient touché par le VIH qui lui a tenu le propos suivants «*je pouvais prendre son sang pour sauver l'humanité, que Dieu l'avait envoyé à moi pour que je sois l'intermédiaire de cette prise de sang pour sauver l'humanité*» (e23).

Plus tragiques sont les cas où les médecins voient leurs patients décéder, et ce après avoir décidé d'arrêter de prendre leur traitement médicamenteux (anti-rétroviraux). L'un d'entre eux, exerçant dans le département de la Seine-Saint-Denis (93), raconte les faits suivants «*J'ai un patient haïtien qui est mort y'a deux ans. Jusqu'au bout, jusqu'au bout, il m'a soutenu qu'il prenait son traitement alors que les chiffres étaient là (résultats biologiques), alors bien sûr on ne peut pas raisonner que sur des chiffres mais manifestement, il ne prenait pas ses traitements, d'où le fait que ses paramètres biologiques échappaient, et quand on lui a fait une recherche de résistance aux médicaments, on voyait que aucun médicament n'était résistant au virus, donc, en toute logique, il aurait du prendre son traitement, et ça marchait, ça marchait tout de suite, et il ne les prenait pas. Et il m'a soutenu jusqu'au bout (qu'il prenait ses médicaments). Je n'ai appris qu'à la fin, et encore, en cuisinant sa femme, qu'il faisait partie d'une communauté haïtienne, alors je ne sais pas ce que c'est, si c'est des adventistes ou des pentecôtistes, mais où y'a des prêches, sa femme y retourne deux-trois fois par semaine, ils prêchent, ils prêchent, ils prêchent, et c'est Dieu, c'est Dieu, jusqu'au bout, alors sa femme prend son traitement, elle, elle a bien compris, mais lui, ça a été, y'a que Dieu, il est à l'article de la mort, il est mort ici, ce n'était que Dieu, moi, je trouve que c'est dangereux*» (16).

L'un de ses confrères, exerçant également en Seine-Saint-Denis, raconte un cas plus ou moins semblable. «*On a eu un patient qui était persuadé qu'en Afrique, on lui avait jeté un mauvais sort (...) c'est comme ça qu'il avait attrapé le sida et que de toute façon il n'arriverait jamais à soigner cette maladie (...) On a essayé pas mal de choses, et puis au bout du compte, ça a été l'échec, le patient est décédé dans le service (...) À un moment, il a bien voulu prendre le traitement mais, à ce moment-là, il avait un virus qui était devenu résistant à pratiquement tous les médicaments qu'on avait à notre disposition, à cause*

justement de périodes où il prenait très mal ses médicaments parce que pour lui, c'était inutile, ça ne servait à rien, ce n'était pas comme ça qu'il allait s'améliorer puisqu'il y avait quelque chose de beaucoup plus fort qui le maintenait malade (e21).

À partir des propos tenus par les médecins, trois aspects doivent être pris en considération. Le premier concerne la fréquence de ces manifestations religieuses. On n'a pas cherché à quantifier ces aspects mais on peut indiquer qu'ils apparaissent plus ou moins fréquemment selon l'intérêt que les médecins leur portent et l'expérience qu'ils en ont.

Le second est relatif au fait que les manifestations religieuses évoquées par les médecins sont surtout le fait de patients immigrés, et concernent essentiellement les africains voire les maghrébins. On peut se demander à quoi tient cette visibilité sociale de la religion est-elle propre à la religion en soi ou s'agit-il de manifestations moins familières dans la mesure où elles émanent de personnes originaires de cultures étrangères. Quoi qu'il en soit, le discours sur le fait religieux des patients VIH est beaucoup plus prégnant chez les médecins qui exercent dans des zones où le nombre d'immigrés est important, à savoir le Nord de Paris, le Nord-Est des Hauts-de-Seine (92) et la Seine-Saint-Denis. À l'inverse, les médecins qui ont peu de patients VIH/Sida originaires de l'Afrique sub-saharienne dans leur clientèle, notamment les médecins généralistes exerçant dans des zones géographiques spécifiques, disent ne pas observer de manifestations religieuses auprès de leurs patients séropositifs.

Le troisième aspect concerne la pratique religieuse des étrangers. Très peu d'enquêtes existent sur le sujet. Celle réalisée par l'INSEE, en 1996, indique qu'elle est plus importante pour les étrangers que les nationaux : 31% des étrangers déclarent une pratique religieuse régulière contre 14,8% pour les Français¹⁸². Mais il faut préciser qu'au-delà de la pratique des individus, les modalités du croire et le type d'organisation religieuse sont déterminants dans le rapport à l'institution médicale. En effet, alors que la plupart des religions placent la santé de l'individu avant le respect des prescriptions religieuses, il est possible que certaines personnes ne tiennent pas compte de ce principe. De la même façon, il existe des groupes religieux qui font prévaloir le spirituel sur le temporel et dévaluent l'efficacité thérapeutique de la médecine officielle.

¹⁸² - X. Niel, « L'état de la pratique religieuse en France », *INSEE première*, mars 1998, n° 570, p. 3.

II . L'enquête de terrain et les données sociodémographiques

Pour valider les hypothèses de travail, on a décidé de réaliser des entretiens semi-directifs avec des médecins. Le choix d'une enquête qualitative tient au fait qu'elle permet, à partir d'entretiens semi-directifs, de saisir le sens donné par les acteurs sociaux à leurs pratiques. À l'inverse, les données quantitatives (obtenues par questionnaires) permettent d'envisager l'état de la question sans connaître les motivations des individus. Ainsi, l'enquête réalisée par Medhermes, en février 2002, auprès de 770 médecins, donne la mesure de l'importance du fait religieux dans la relation thérapeutique (74% des hospitaliers ont déjà abordé ce sujet avec leurs patients)¹⁸³, sans pour autant préciser la manière dont se présente et se gère cette question.

L'enquête de terrain a été réalisée sur Paris et la banlieue parisienne, plus précisément dans la petite couronne c'est-à-dire dans les départements des Hauts-de-Seine (92), de Seine-Saint-Denis (93) et du Val-de-Marne (94). Elle a été menée entre février (premiers courriers envoyés) et septembre 2004 (derniers entretiens réalisés).

Le fait de circonscrire géographiquement l'enquête tient essentiellement à des contraintes de temps. Il faudra tenir compte de cette variable dans l'analyse des données dans la mesure où les caractéristiques épidémiologiques du VIH/Sida indiquent une incidence plus importante en Ile-de-France que dans les autres régions de France. Ainsi, depuis le début de l'épidémie jusqu'au 31 décembre 2003, 26 254 cas de sida domiciliés en Ile-de-France ont été diagnostiqués, soit plus de 45% des cas déclarés en France (alors que la population francilienne ne représente que 19% de la population en métropole)¹⁸⁴.

1) Le déroulement de l'enquête de terrain

La prise de contact avec les médecins s'est faite essentiellement par courrier. J'envoyais une lettre avec l'en-tête de mon laboratoire d'appartenance, le Groupe de

¹⁸³ - I. Lévy, *La religion à l'hôpital. Laïcité et respect du culte. Refus des soins. Interdits alimentaires. Rites funéraires*, Paris, Presse de la Renaissance, 2004, p. 188-189.

¹⁸⁴ - S. Helfin, C. Embersin, I. Grémy, *et alii*, «Suivi de l'infection à VIH/Sida en Ile-De-France. Les personnes atteintes : données épidémiologiques et aspects de la prévention», *Bulletin de santé. Épidémiologie en Ile-de-France*, décembre 2004, n°9, p. 2. Disponible sur http://www.ors-idf.org/etudes/etudes_apres_99.asp. Consulté en août 2005.

Sociologie des Religions et de la Laïcité (GSRL). Ce laboratoire est une Unité Mixte de Recherche (UMR), ce qui signifie, dans le jargon administratif, qu'il dépend de deux institutions, en l'occurrence l'École Pratique des Hautes Études (EPHE) et le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS). Ces deux institutions figurent explicitement sur les courriers envoyés aux médecins. Par ailleurs, dans le contenu de la lettre, je précisais que je bénéficiais d'un financement de l'association Ensemble contre le Sida (Sidaction)¹⁸⁵.

Il est important de préciser ces différents aspects car ils ont été une sorte de «carte de visite» ou de «porte d'entrée» auprès des médecins. D'un côté, mon appartenance au GSRL légitimait une recherche sur le fait religieux dans la relation thérapeutique, de l'autre, le financement par le Sidaction justifiait que je m'adresse à certains médecins en tant que «spécialistes» du VIH/Sida.

Différentes approches ont été engagées pour prendre contact avec les médecins. La première a été de m'adresser à ceux dont les coordonnées figurent sur des sites Internet consacrés aux VIH/Sida : sites de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, associations de lutte contre le sida, réseaux HIV, des Centres d'Informations et de Soins sur l'Immunodéficience Humaine (CISIH), ... Elle a été la plus efficace dans la mesure où je pouvais m'adresser nominativement aux médecins.

Pour les réseaux HIV, il n'a pas été possible de recueillir la liste des noms des médecins exerçant en cabinet de ville : les responsables des réseaux se sont chargés d'adresser eux-mêmes la lettre type que je le leur avais fait parvenir. Dans ce cas de figure, le taux de réponse positive à ma demande d'entretien est quasiment nul, ce qui souligne l'importance d'avoir les coordonnées des médecins pour pouvoir les solliciter et les relancer.

Un autre moyen de contacter des médecins a été d'obtenir leurs coordonnées par le biais de confrères : à la fin d'un entretien, je demandais au médecin s'il avait un ou deux noms de collègues auprès de qui je pourrais m'adresser, en me recommandant de lui. Dans ce dernier cas de figure, j'ajoutais au début de la lettre type, la formule suivante : «Suite à un entretien réalisé avec le docteur X, et avec son accord, je me permets de vous adresser ce courrier». Cette technique dite «effet boule de neige» a permis de toucher des médecins

¹⁸⁵ - Voir Annexes, lettre type envoyée aux médecins.

qui, d'une part n'apparaissent pas forcément sur les sites Internet consultés, et d'autre part auraient pu refuser une demande d'entretien complètement anonyme.

D'autres médecins, rencontrés dans le cadre d'une précédente étude (Agence Nationale de Recherches sur le Sida) ou au cours de la Convention de Ensemble contre le sida, ont également été contactés. Là aussi, le fait d'avoir eu un contact préalable avec ces médecins, a permis d'avoir des réponses positives à la demande d'entretien.

Le refus exprimé par certains médecins, pour réaliser un entretien, tient essentiellement à deux raisons : calendrier trop chargé et/ou sujet d'étude ne les intéressant pas (aucun patient engagé dans une démarche spirituelle et/ou absence d'intérêt du médecin pour cette question). Face à ces réactions, il fallait argumenter. Dans le premier cas de figure, j'expliquais que ma demande n'était pas urgente et pouvait attendre. Ainsi, certains entretiens ont été réalisés quelque temps après avoir adressé la lettre type (deux mois parfois plus). Dans le deuxième cas de figure (sujet d'étude ne les intéressant pas), j'ai dû préciser que, malgré tout, leur témoignage est intéressant, ne serait-ce pour comprendre pourquoi la dimension spirituelle n'apparaît pas dans leur consultation. Des entretiens réalisés avec ces médecins, il ressort que la dimension spirituelle est malgré tout présente mais qu'elle est prise en compte soit de manière implicite, soit pour des cas autres que le VIH/Sida.

Parmi les médecins que je n'ai pu convaincre (de réaliser un entretien), il est intéressant d'envisager les arguments qui ont été utilisés. L'un d'entre eux m'a tout d'abord expliqué (par téléphone) que la spiritualité ressort peu de ses consultations car, selon lui, il s'agit d'une dimension personnelle et privée. Puis, il ajoute que la spiritualité apparaît beaucoup moins depuis qu'il existe les multithérapies. Et, dans un dernier effort de justification, il me tient les propos suivants : « Vous savez, ici, on est en banlieue (*Val-de-Marne*), les gens ont autre chose à faire que d'avoir une spiritualité ». Ces propos permettent de saisir les représentations qu'ont certains médecins de leurs patients, en l'occurrence, celle d'associer pauvreté matérielle et pauvreté spirituelle.

Un autre point d'achoppement dans la négociation des entretiens a été les termes utilisés dans la lettre type : il y est question de « patients inscrits dans une démarche spirituelle ». Certains médecins m'ont demandé de préciser leur signification avant de s'engager plus avant. J'expliquais qu'ils avaient été choisis pour y inclure aussi bien des

personnes se rendant plus ou moins régulièrement dans un lieu de culte que celles qui s'inscrivent dans un rapport beaucoup plus mouvant ou fluctuant vis-à-vis du religieux¹⁸⁶. Estimant que cette définition ne coïncidait pas avec la sienne, un médecin a refusé ma demande d'entretien¹⁸⁷.

C'est peu de chose que de rappeler le caractère fastidieux d'une prise de rendez-vous avec un médecin, notamment en milieu hospitalier où il faut s'adresser au bon service et surtout appeler au bon moment. Pour joindre certains médecins, j'ai dû passer au moins une dizaine de coups de téléphone. Que dire également de ces médecins qui m'ont fait attendre, pour certains d'entre eux, jusqu'à cinquante minutes, ou de ceux qui m'avaient oubliée⁽¹⁾, ou encore de ceux qui n'avaient que vingt minutes à m'accorder alors que dans le courrier qui leur était adressé, je précisais que l'entretien durait environ une heure. Ces désagréments doivent cependant être relativisés par le fait que certains retards étaient justifiés par des urgences médicales et que dans leur emploi du temps, souvent surchargé, ces médecins ont malgré tout consacré (gratuitement, il faut le souligner) un peu de leur temps à cette étude.

Généralement, les entretiens se sont déroulés de la manière suivante□je me déplaçais sur le lieu de travail de la personne (hôpital, cabinet de ville, association, centre de santé) voire, mais c'est beaucoup plus rare, au domicile du médecin ou dans un café/restaurant de son choix. La présence de mon magnétophone n'a pas été refusée par les médecins et, quand certains émettaient quelques réserves, je reprécisais les termes du courrier que je leur avais adressé□l'entretien reste anonyme. La durée des entretiens oscille entre vingt minutes et une heure trente avec une moyenne de quarante-cinq/cinquante minutes. L'ensemble des entretiens a fait l'objet d'une transcription sur traitement de texte.

Une grille d'entretien a été constituée et a fait l'objet d'ajustements suite aux premiers entretiens. Elle comporte trois thématiques. La première concerne essentiellement le parcours professionnel de la personne□choix de la médecine, formation au HIV, organisation du temps de travail, ... Une amorce est faite sur le thème religion et pratique médicale, à partir de deux questions. La première est formulée de la manière suivante□«Selon vous, indépendamment

¹⁸⁶ - Implicitement, ces termes permettent aussi de qualifier le rapport qu'ont les individus à la spiritualité (individualisation du croire, relativisme/exclusivisme, ...) mais cet aspect a rarement été abordé par téléphone.

¹⁸⁷ - On ne pouvait s'entendre sur la définition de la spiritualité dans la mesure où pour ce médecin, toute personne s'interrogeant sur son existence est dans une démarche spirituelle, alors que selon moi, cette définition est plus existentialiste que religieuse. Voir ci-dessus.

de la question du VIH/Sida c'est-à-dire pour tout type de pathologie, est-ce que vous estimez qu'un médecin peut ou doit se soucier des croyances et pratiques religieuses de ses patients[12]. Quant à la seconde, elle porte sur le lieu d'exercice professionnel[13] «Selon vous, est-ce que le lieu d'exercice professionnel – hôpital, cabinet de ville, association – permet d'accorder davantage d'attention aux croyances et pratiques religieuses des patients[14].

La seconde thématique porte sur les réactions des praticiens face aux croyances et pratiques religieuses de leurs patients[15] difficultés rencontrées, solutions apportées, aspects bénéfiques d'une démarche spirituelle, ... Quant à la troisième thématique, elle concerne les rapports qu'a le médecin avec la religion/spiritualité[16] engagement religieux ou absence d'appartenance religieuse.

À la fin de l'entretien, les médecins ont rempli une fiche signalétique qui comporte diverses questions permettant d'obtenir des données socio-démographiques (âge, sexe, statut professionnel, ...).

2) *Les données sociodémographiques*

La validité des enquêtes qualitatives repose essentiellement sur la diversité des témoignages recueillis. C'est la raison pour laquelle le choix des interviewés s'est effectué en fonction de plusieurs critères[17] lieu d'exercice professionnel, structure d'accueil, et statut professionnel (cf. le site Internet de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris permet d'avoir ce type de données).

Quarante-quatre entretiens ont été réalisés avec des médecins. Les caractéristiques sociodémographiques de ces médecins sont les suivantes[18] dix-sept femmes et vingt-sept hommes. Cinq se trouvent dans la tranche d'âge 30-39 ans, neuf dans la tranche 40-49 ans, quatorze dans la tranche 50-59 ans et six dans la tranche 60 ans et plus.

Parmi les quarante-quatre médecins, on notera que trente-cinq d'entre eux ont une activité à l'hôpital, quinze exercent en cabinet de ville, douze dans une association et trois sont dans un autre cas de figure (centre de santé). Le total est supérieur à quarante-quatre car certains médecins ont plusieurs lieux de travail.

Concernant le statut professionnel des médecins, on obtient les données suivantes : treize sont généralistes, sept sont praticiens universitaires - praticiens hospitaliers (PU-PH), cinq sont praticiens hospitaliers (dont trois hors CHU), un est chef de service dans un établissement participant au service public hospitalier (PSPH), trois sont praticiens contractuels (PCONT), dix-sept praticiens attachés (PATT), et seize exercent dans une association¹⁸⁸. La caractéristique essentielle de ces derniers médecins est que, pour la plupart d'entre eux, ils sont salariés de l'association. À nouveau, on constate que le total est supérieur à quarante-quatre car certains médecins ont plusieurs statuts professionnels : par exemple, certains médecins exercent en tant que praticien hospitalier et dans une association, d'autres exercent comme généraliste et à l'hôpital, ...

Sur les quarante-quatre médecins, vingt-et-un sont omnipraticiens et vingt-trois sont spécialistes¹⁸⁹. Parmi ces derniers, on trouve essentiellement les spécialités suivantes : maladies infectieuses, médecine interne et santé publique.

Vingt-quatre médecins déclarent ne pas avoir d'appartenance religieuse, dix-neuf en déclarent une, et un autre cas de figure (personne se déclarant de « culture chrétienne »). Pour connaître l'appartenance religieuse d'une population donnée, la formulation des questions est importante car elle donne des résultats différents. Ainsi, dans les enquêtes françaises, la question retenue (« Pouvez-vous me dire quelle est votre religion, si vous en avez une ? »), recueille des taux d'appartenance beaucoup plus élevés que ceux obtenus dans les enquêtes européennes (« Considérez-vous que vous appartenez à une religion ? » suivie d'une réponse « Oui », « Non », puis il est demandé « Laquelle ? » à ceux qui ont répondu « Oui ») car la formulation conduit ceux qui ont été baptisés à répondre par l'affirmative même si ces personnes ne se considèrent plus comme « appartenants »¹⁹⁰. Dans la fiche signalétique adressée aux médecins, on a fait le choix d'un questionnement apportant des réponses plus restrictives, et ce afin d'obtenir des réponses plus proches de la réalité.

¹⁸⁸ - On reviendra sur ces caractéristiques au cours des parties suivantes.

¹⁸⁹ - Les médecins, omnipraticiens et spécialistes, effectuent une partie de leurs études ensemble, au cours du premier (deux ans) et du deuxième cycle (quatre ans). À la fin du deuxième cycle, les étudiants passent un concours qui mène à deux filières différentes. Ceux qui obtiennent le concours vont effectuer l'internat c'est-à-dire qu'ils vont se spécialiser dans une discipline, en quatre ou cinq ans. À l'inverse, ceux qui ratent le concours vont s'orienter vers le résidanat qui conduit à la médecine générale et dure trois ans. Cette organisation des études a changé depuis la rentrée 2004 dans la mesure où la médecine générale va devenir une spécialité.

¹⁹⁰ - Y. Lambert, « La religion en France des années 1960 à nos jours », *Données sociales*, INSEE, 2002, pp. 565-579. On notera qu'en 1999, 56% des Français déclarent appartenir à une religion (question restrictive).

L'appartenance religieuse est une catégorie construite d'un point de vue sociologique et qui ne correspond pas toujours à la réalité vécue par les acteurs. On peut le voir à partir des réactions de trois médecins. Le premier d'entre eux explique, au cours de l'entretien, qu'il est «*déiste*», «*d'extraction musulmane*»¹⁹¹. Lorsqu'il remplit la fiche signalétique, on peut s'attendre à ce qu'il réponde «oui» à la question «considérez-vous que vous appartenez à une religion», mais il n'en fait rien et coche la case «non» car pour lui, les religions sont fabriquées par les hommes. Dans un autre cas de figure, la médecin appartient à un groupe religieux minoritaire, Invitation à la vie (IVI), mais déclare ne pas appartenir à une religion sur sa fiche signalétique. La «*quête spirituelle*» dans laquelle se trouve ce médecin ne correspond pas, selon elle, à une appartenance religieuse. Dernier cas de figure une médecin se déclare sans appartenance religieuse mais dit se sentir «*juive*» et pratique certaines fêtes religieuses (Roche Shana).

Parmi les dix-neuf médecins qui ont une appartenance religieuse, neuf se disent catholiques, quatre musulmans, trois juifs, un protestant, un bouddhiste et un judéo-chrétien.

3) *L'analyse de contenu*

L'analyse de contenu a été effectuée sur le corpus recueilli au cours de l'enquête de terrain. Les quarante-quatre entretiens enregistrés ont fait l'objet d'une transcription dactylographiée (traitement de texte), en vue d'une analyse thématique. Celle-ci consiste à découper transversalement ce qui, d'un entretien à l'autre, se réfère au même thème.

L'analyse thématique se déroule en trois temps la préanalyse consiste en une lecture flottante des différents entretiens. Il s'agit de laisser venir à soi des impressions, des orientations pour recueillir des indices. L'indice étant l'élément qui permet d'effectuer une analyse thématique du corpus.

Ensuite, il s'agit de coder le matériel, de l'exploiter en fonction des thématiques retenues (au cours de la préanalyse)¹⁹². «Traiter le matériel, c'est le coder», écrit Laurence

¹⁹¹ - On rappelle que les termes mis en italique sont ceux tenus par les interviewés.

¹⁹² - Plus précisément, le codage consiste à découper le corpus en unités d'enregistrement et unités de contexte, puis à compter les unités dégagées (présence/absence d'unité, fréquence des unités, ...), et enfin à catégoriser ces unités (ventiler les unités).

Bardin¹⁹³. Cette deuxième phase a été réalisée à partir d'un logiciel d'analyse de données, Modalisa. Celui-ci permet de regrouper les propos tenus par les médecins pour chaque thématique créée. En d'autres termes, pour un thème donné, on a une lecture transversale de l'ensemble du corpus. Le gain de temps obtenu grâce à ce logiciel ne dispense pas de revenir régulièrement au texte d'origine (l'entretien transcrit) dans la mesure où le contexte dans lequel ont été tenus certains propos reste primordial.

Toute analyse de contenu est effectuée à partir d'hypothèses de travail et d'une problématique donnée. L'objectif de la présente étude étant de comprendre comment les médecins gèrent les croyances et pratiques religieuses de leurs patients en fonction de leur segment professionnel d'appartenance, trois thématiques ont retenu l'attention : les approches du fait religieux, les formes de légitimation et les réactions des médecins face à ces manifestations religieuses.

La dernière phase de l'analyse de contenu est celle du traitement des résultats : il s'agit d'interpréter les données recueillies au cours de l'analyse de contenu, et ce en fonction des hypothèses et de la problématique retenues. Dans les pages qui suivent, il sera question de cette dernière phase c'est-à-dire de restituer l'interprétation faite du corpus recueilli, à partir des propos tenus par les médecins.

Pour préserver l'anonymat des médecins, on rappelle qu'un code leur a été attribué, et pour rendre la lecture de leurs propos plus visible, ceux-ci ont été mis en italique.

¹⁹³ - L. Bardin, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, coll. «Le psychologue», 1989, p. 134.

Conclusion

Dans le cadre de cette étude, on désigne le fait religieux par l'ensemble des manifestations en lien avec une religion donnée, et la démarche spirituelle par l'expérience interne de la religion, par opposition avec ses formes établies. Il ne s'agit pas d'examiner la démarche des patients mais d'envisager la manière dont elle est perçue et appréhendée par les médecins.

La gestion de la maladie chronique consiste essentiellement à contrôler l'évolution des symptômes et leurs conséquences. Le médecin est amené à tenir compte des croyances et pratiques religieuses du patient dans la mesure où ces dernières peuvent avoir une incidence sur l'évolution de la maladie (sur l'observance des traitements et/ou sur les effets secondaires provoqués par les médicaments).

Cependant, on l'a indiqué à plusieurs reprises, les médecins n'ont pas suivi de formation pour gérer le fait religieux car la construction socio-historique de l'institution médicale a évacué cette activité de leur sphère de compétence. Celle-ci peut apparaître, pour certains d'entre eux, comme dévalorisante ou, à l'inverse, comme une forme de distinction. Dès lors, on se rend compte que la gestion du fait religieux est appréciée et envisagée selon des enjeux propres au champ médical. On a alors formulé l'hypothèse suivante : la gestion du fait religieux dépend du segment professionnel auquel appartient le médecin. Trois segments ont été envisagés : celui des praticiens hospitaliers, celui des généralistes et celui des associatifs.

La notion de segment professionnel, fondatrice de l'identité des médecins, recouvre différents aspects : démographie médicale (nombre de médecins par habitants), position de domination ou d'assujettissement du médecin à l'égard de ses confrères, type de classification professionnelle (par exemple libéral *versus* salarié), valeurs propres au secteur d'activité (par exemple, celles du service public), ... Chaque segment professionnel gère différemment le fait religieux car cela représente un enjeu qui lui est spécifique. Et, pour connaître le type de gestion mis en place par les médecins, on s'intéressera à trois aspects : l'approche du fait religieux, la légitimation de cette approche, et les modalités d'action des médecins.

TROISIEME PARTIE

LES PRATICIENS HOSPITALIERS

Il n'est pas inutile de rappeler les évolutions de la pratique médicale dans le traitement du VIH/Sida. Jusqu'en 1996, les médecins sont impuissants pour traiter cette pathologie. En l'absence de traitement efficace, ils tentent de contrôler les effets des maladies opportunistes, générés par le virus HIV. Quant aux fondements de la relation médecins/patients, ils sont bousculés car, dans certains cas de figure, le patient en sait autant (si ce n'est plus) que son médecin sur la pathologie qui l'affecte¹⁹⁴. Avec l'arrivée des traitements anti-rétroviraux, les praticiens hospitaliers retrouvent un rôle de soignant - même s'il n'est toujours pas possible de guérir du sida.

Les caractéristiques socio-démographiques des patients touchés par le VIH/Sida ont également évolué au fil du temps. Le nombre de cas de sida infectés par voie hétérosexuelle devient majoritaire en 1997¹⁹⁵, et parmi les nouveaux cas de sida, diagnostiqués durant l'année 2003-2004, plus de la moitié (57%) concerne des rapports hétérosexuels dont un tiers concerne des femmes de nationalité d'un pays d'Afrique sub-saharienne¹⁹⁶. La précarisation des patients touchés par le VIH/Sida est de plus en plus importante¹⁹⁷, et il s'agit d'une donnée que les médecins hospitaliers prennent de plus en plus en considération compte tenu que cela participe à l'efficacité des traitements (ces aspects sont évoqués par le rapport Delfraissy). Ainsi, les hospitaliers questionnent leurs patients pour connaître leurs conditions de vie, et ce afin de déterminer s'il est pertinent de leur adresser tel ou tel traitement (cf. le médecin va éviter de prescrire des médicaments qui se conservent au frigidaire à un patient qui vit dans un squat). D'autres vont passer une partie de leur temps à démêler des situations sociales inextricables avec l'assistante sociale (cf. patient sans sécurité sociale ou sans papier).

La pratique médicale des praticiens hospitaliers a donc évolué dans deux directions apparemment contradictoires : celle d'une plus grande complexité dans l'administration des traitements anti-rétroviraux (connaissance des traitements, des nouvelles molécules, des compatibilités et incompatibilités entre plusieurs médicaments, des effets secondaires, ...), et

¹⁹⁴ - N. Méchin, *Médecin, malade, sida : une rencontre*, Paris-Montréal, L'Harmattan, 1999, p. 184.

¹⁹⁵ - En 1991, la répartition des cas de sida par mode de contamination est la suivante : 52,3% par rapports homosexuels, 20,3% par usage de drogue intraveineuse, 13,4% par rapports hétérosexuels. En 1997, ces chiffres sont respectivement de 34,2%, 18,8% et 37,9%, F. Bourdillon, S. Courtal-Destembert, J.-M. Nadal, « Surveillance du sida en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2000, n° 38. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/beh/2000/0008/>. Consulté en mai 2005.

¹⁹⁶ - « Notification obligatoire de l'infection à VIH », [s.n.], *Surveillance du VIH/Sida en France*, rapport n° 2, mars 2004, p. 3. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>, consulté en août 2005.

¹⁹⁷ - Voir première partie.

celle d'une plus grande attention accordée aux conditions de vie des patients. On verra dans quelle mesure les manifestations religieuses sont intégrées ou non à leurs pratiques médicales.

Au cours de cette troisième partie, il sera question des types de gestion du fait religieux par les praticiens hospitaliers. On a divisé ce groupe de médecins en deux avec, d'un côté, les praticiens universitaires – praticiens hospitaliers (PU-PH), et de l'autre, les autres praticiens hospitaliers (PHU, PH, PCONT, PATT)¹⁹⁸ car leurs approches du fait religieux et les modalités d'action qu'ils mettent en place sont fortement différenciées. On verra pour quelles raisons au cours des pages suivantes.

I. Les praticiens universitaires - les praticiens hospitaliers (PU-PH)

Le premier segment professionnel réunit des praticiens universitaires – praticiens hospitaliers (PU-PH) qui sont au nombre de sept dans le cadre de la présente étude. Le statut de PU-PH est apparu au moment de la réforme de l'hôpital, en décembre 1958, et a été impulsé par le professeur Robert Debré avec la création des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU). Les PU-PH « consacrent à leurs fonctions hospitalières, à l'enseignement et à la recherche, la totalité de leur activité sous réserve des dérogations qui pourront être prévues par leur statut »¹⁹⁹. En d'autres termes, ces médecins consacrent l'essentiel de leur temps de travail aux soins, à l'enseignement et à la recherche.

Dans la présente étude, six PU-PH sont salariés à plein temps à l'hôpital, et un est hospitalier à plein temps avec secteur privé à l'hôpital. Ces médecins sont spécialisés soit en maladies infectieuses et tropicales, soit en médecine interne ou soit en immunologie clinique. Les trois hommes se situent tous dans la tranche d'âge soixante ans et plus, alors que les femmes sont plus jeunes – trois d'entre elles ont entre quarante et quarante-neuf ans, et une est dans la tranche d'âge cinquante/cinquante-neuf ans. Cinq de ces médecins exercent sur Paris et deux en banlieue parisienne, l'un dans le Val-de-Marne (94), l'autre dans les Hauts-de-Seine (92).

¹⁹⁸ - PHU = praticien hospitalier universitaire ; PH = praticien hospitalier ; PCONT = praticien contractuel ; PATT = praticien attaché. On reviendra sur le statut professionnel de ces médecins au cours des pages suivantes.

¹⁹⁹ - Cité par F. Steudler, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974, p. 81-82.

La position qu'occupent ces médecins au sein de la hiérarchie hospitalière mais aussi au sein du champ médical est la plus élevée et la plus prestigieuse. On verra dans quelle mesure cela influence leur approche du fait religieux dans la relation thérapeutique.

1) Une approche distanciée

Ce premier groupe de médecins se caractérise par une approche distanciée dans le sens où le fait religieux n'est pas intégré à la pratique médicale. Différents extraits d'entretiens permettent de rendre compte de cet aspect □ «*Dans un cadre hospitalier*, explique une médecin exerçant en banlieue parisienne, *moi, c'est vrai que je n'aborde pas ce problème-là avec eux (...)* *Ce n'est pas quelque chose que j'intègre dans ma relation, je ne me dis pas que ça va être plus simple pour eux s'ils ont une spiritualité riche ou il faut que je dise les choses comme ça parce que je sais qu'ils ont telles ou telles croyances, enfin, je veux dire que pour moi c'est pas quelque chose qui interfère dans ma pratique* □ (e1). L'une de ses consœurs, exerçant dans Paris s'exprime en ces termes □ «*Non, quand vous rencontrez quelqu'un (un patient) vous ne lui demandez pas s'il est croyant (...)* *Ce n'est pas la religion (qui m'intéresse), mais qu'est-ce qu'ils croient, de quoi ils ont envie, comment ils voient les choses* □ (e20).

Un autre médecin, travaillant dans un hôpital du Nord de Paris, dit «*On n'a pas beaucoup d'informations sur ça (l'appartenance religieuse des patients), parce qu'on ne va pas tellement au-devant de ces informations* □ (e2). Un autre indique à propos de ses patients, «*Je ne les questionne pas beaucoup là-dessus, ça n'intervient pas, si vous voulez, dans ma démarche médicale (...)* à titre personnel, *j'essaie de rester le plus discret possible (sur cette question)* □ (e7). Quant à ce médecin, exerçant sur la Rive Gauche (14^e arrondissement de Paris), il est plus catégorique □ «*Moi, j'ai quasiment jamais de discussion d'ordre religieux avec des malades, j'ai eu des discussions d'ordre religieux avec des milliers de personnes, avec les malades, jamais* □ (e32).

Certains médecins sont pourtant attentifs aux signes qui traduisent un intérêt pour la religion. L'une évoque les «*crucifix* □ présents dans la chambre du patient, un autre «*Les livres sur la table de chevet* □, un autre encore les «*postes de radio qui marchent sur une émission religieuse* □. L'appartenance religieuse du médecin peut servir à discerner des éléments indicibles. De confession catholique, un médecin dit «*Sentir* □ que tel ou tel patient

est engagé dans une démarche spirituelle ☐ «☐'en a un certain nombre qui ne le disent pas ouvertement mais quand même, plus ou moins, ça vient à un moment donné dans la conversation, qu'ils ont un engagement religieux assez fort (...) Ils (ces patients) font partie d'une paroisse et sont tiraillés (...) par leur marginalité, alors le plus souvent c'est homosexuel ou bisexuel (...) Ils restent attachés à une vie spirituelle et une croyance spirituelle importante, et ça, on le sent ça☐ (e2).

L'approche distanciée qu'ont les PU-PH à l'égard du fait religieux ne signifie pas qu'ils refusent d'aborder le sujet mais cela se fait sous certaines conditions (obligation, contrainte, confiance). «☐i le patient en parle comme un problème qu'il vit, précise un médecin exerçant dans un CHU de la banlieue de Paris, on est bien obligé de l'écouter, si vous voulez, on est quand même à l'écoute de nos patients☐ (e7). «☐s peuvent être amenés à en parler, ajoute une autre, de temps en temps, mais c'est que moi, spontanément, je ne vais pas leur poser la question☐. Plus loin, cette médecin précise comment cela se passe☐ «☐je leur dis que manifestement y'a un truc qui ne va pas comme ça devrait aller (elle fait référence aux mauvais résultats biologiques du patient), et que je ne comprends pas pourquoi, je pose la question, je dis, 'd'après ce que je vois, je ne sais pas, soit vous oubliez les médicaments, soit vous ne les prenez pas donc si c'est ça, autant qu'on en parle et dites-moi pourquoi', donc c'est plutôt dans ces circonstances-là qu'ils peuvent être amenés à en parler☐ (e1). Un médecin exerçant dans un hôpital du Nord de Paris estime que ce sujet (la religion) peut être abordé avec les patients avec qui il a établi une relation de confiance. «☐a arrive (qu'il évoque l'appartenance religieuse de son patient), dit-il, quelques fois, mais il faut vraiment qu'il y ait une relation de confiance réciproque qui se fait, que le malade consulte depuis longtemps☐ (e2).

À partir de ces propos, on se rend compte que la question religieuse apparaît dans le cadre d'une consultation, soit parce qu'elle s'impose au médecin, soit parce qu'une relation de confiance s'est établie. Beaucoup plus rarement, le médecin interroge ses patients sur leur engagement religieux/spirituel.

2) Les formes de légitimation

L'approche distanciée qu'ont ces médecins vis-à-vis du fait religieux est **légitimée** de différentes manières□l'une évoque son incompétence, un autre le «**devoir de réserve**», un autre la nécessaire séparation des pouvoirs religieux et médical, une autre enfin, la perte de son pouvoir décisionnel.

Dans le premier cas de figure, on peut mentionner le cas de cette femme qui, à la question, «**Est-ce que vous demandez à vos patients s'ils ont une appartenance religieuse**», répond□«**'est-à-dire que pour leur poser des questions, ensuite, il faut savoir quoi leur répondre, voyez, moi comme je suis plutôt agnostique, ça me gêne un petit peu d'aller approfondir la question**». Plus loin dans l'entretien, elle tient à préciser, «**J'ai quand même des discussions avec eux (les patients), je ne suis pas un médecin qui ne s'intéresse pas du tout à la vie des patients (...) j'aime bien savoir comment ils vivent, s'ils ont un environnement, des amis, une famille, quel est leur métier, leur salaire, leurs projets, on discute beaucoup de ça, et puis pour ceux qui sont artistes, ils m'invitent volontiers à voir leur spectacle, d'autres m'amènent les photos de leurs enfants□...) mais peut-être que sur ce plan-là (la religion), peut-être que j'ai un blocage, si vous voulez, c'est possible, c'est possible que ça vienne de moi parce que moi, je ne suis pas engagée, donc ça sous-estime peut-être leur engagement**» (e11). On ajoutera que cette médecin qui se dit «**agnostique**» (dans le cadre de l'entretien) se déclare par ailleurs catholique sur sa fiche signalétique (remplie à la fin de l'entretien).

Un autre médecin, exerçant en banlieue parisienne, tient des propos relativement proches de ceux de sa consœur, tout en étant plus radicalisés□«**Moi, dit-il, étant très laïque, j'ai toujours tendance à penser que je préférerais qu'ils n'en parlent pas, que la question religieuse, que la question de la spiritualité n'intervienne pas dans la relation médicale**» (e7). Cet aspect est tellement prégnant chez ce médecin qu'il oublie de mentionner toute une partie de ses patients, africains, fortement engagés dans la religion. Il s'en rappellera une fois le magnétophone éteint. On reprendra l'entretien et il expliquera qu'il est effectivement amené à s'intéresser à cette question dans la mesure où cela peut interférer sur ses prescriptions médicamenteuses.

La deuxième forme de légitimation repose sur le caractère laïque de l'hôpital, et est évoquée - situation pour le moins paradoxale - par un médecin catholique. La dimension religieuse du patient, explique ce médecin, *«On n'a pas à la susciter, la solliciter, l'utiliser pour les soins, on a un devoir de réserve, c'est un service public, chacun peut avoir ses opinions philosophiques, religieuses, je ne dis pas que c'est un peu comme à l'école mais (...) on est là d'abord pour assurer la santé des corps, avant celle des âmes bien que les deux soient liées, ça va de soi»* (e2). Plus tard, il ajoute, *«Se préoccuper (des croyances et pratiques religieuses des patients), c'est beaucoup dire, non, non, y'a un devoir de non intrusion de la part du médecin, faut faire attention, y'a un devoir de réserve quand même»*. À ce titre, il précise qu'au sein du service dans lequel il exerce, le dossier médical ne contient pas de données sur l'appartenance religieuse du patient. La position défendue par ce médecin (hôpital laïque = neutralité du médecin) peut s'expliquer par son appartenance religieuse celle-ci le rendant plus sensible à la séparation des sphères religieuse et médicale, et ce notamment compte tenu de l'histoire de la laïcisation de l'institution hospitalière (voir première partie). L'âge de ce médecin (plus de soixante ans) fait qu'il appartient à une génération également sensibilisée au conflit entre médecin et religion (cf. les positions défendues par le Président du Conseil de l'Ordre des médecins au moment du vote de la loi sur l'avortement).

La troisième forme de légitimation met également l'accent sur la dimension laïque de l'hôpital mais en se plaçant du point de vue du patient. Énoncée par un médecin protestant, cette proposition tient surtout compte de la liberté de conscience du patient. Il faut par ailleurs préciser, pour comprendre la position adoptée par ce médecin, qu'il fait partie du Comité consultatif national d'éthique (CCNN)²⁰⁰. *«J'ai toujours été très méfiant, dit-il, vis-à-vis des convictions des malades et je pense que c'est un domaine qui reste de l'intime, du respect par le médecin de telle ou telle conviction, je ne suis pas sûr qu'il ait tellement à intervenir en ce domaine. Par exemple, j'ai toujours été hostile et j'ai enseigné qu'il fallait absolument pas que le malade perçoive qu'elle était la conviction spirituelle du médecin parce que je trouve que c'est une emprise terrible»*. Et de citer en exemple le cas de Maurice Papon²⁰¹ *«J'ai été*

²⁰⁰ - Ce Comité a été mis en place sous la présidence de François Mitterrand, en 1983, et se voulait être un organe laïque, permettant de faire le contrepoids à l'Ordre des médecins, fortement marqué par des positions traditionnalistes et catholiques (cf. le président de l'Ordre des médecins, le professeur Lortat-Jacob, lors des débats sur l'avortement, envoie un courrier aux députés pour les enjoindre à ne pas voter la loi).

²⁰¹ - Haut fonctionnaire qui sera responsable de la déportation de mille cinq cents personnes juives durant la seconde guerre mondiale. En 1961 (17 octobre), en tant que préfet de police de la ville de Paris (il a été nommé en 1958), il sera responsable de la mort de plusieurs centaines d'Algériens.

frappé, dit-il, de voir, quand Papon a été hospitalisé (...), que les médecins juifs ont dit, 'je ne veux pas m'occuper de Papon', j'ai été un peu choqué de voir que Papon, quels que soient les crimes qu'il ait fait, épouvantables, je ne vois pas en quoi on ne pouvait pas en même temps le soigner comme un malade. Le danger c'est de dire, je vais me comporter vis-à-vis d'un musulman, vis-à-vis d'un chrétien intégriste, d'un athée, d'une façon différente. Un malade, c'est un malade, et on n'a pas à être attentif à cette dimension spirituelle qui reste, à mon avis, du domaine de l'intime (...) Mon obsession depuis toujours, c'est que la médecine n'occupe pas tout le territoire des personnes□y'a un territoire que je veux privilégier, c'est le territoire de l'intime et je ne veux pas d'intrusion dans la vie de la personne, le médecin n'a pas à devenir le maître à penser, le guide spirituel (...) Ce métier est un métier extraordinaire, c'est un métier où on doit prendre en compte la dimension de la personne, faut savoir aussi s'arrêter (...) Ce qui m'importe le plus dans la relation entre un médecin et un malade, c'est de susciter au maximum un espace de liberté autour de lui□ (e32).

On voit bien la différence de point de vue se dégager entre le médecin catholique et le médecin protestant□tous deux envisagent les rapports entre médecin et patient sous l'angle de la domination mais alors que le premier estime qu'il est du devoir du médecin de ne pas abuser de son autorité en demandant au patient son appartenance religieuse, le second considère que le devoir de réserve concerne le médecin lui-même qui n'a pas à laisser transparaître son appartenance religieuse au patient. Cette conception du pouvoir se retrouve, à un niveau plus général, dans le catholicisme et le protestantisme□ il émane d'un personnage sacré (et infaillible) dans un cas, alors que dans l'autre, il est à la disposition de chacun²⁰².

La dernière forme de légitimation consiste à invoquer la neutralité nécessaire au médecin pour prendre les décisions qui s'imposent□à trop entrer dans l'intimité des patients, selon une médecin, ce recul n'existe plus. D'une certaine façon, elle veut en revenir à une conception classique de la relation patient/médecin, celle où prévaut la neutralité affective. Exerçant dans un hôpital parisien (Nord de Paris), elle explique que «*□la dimension spirituelle intervient pas mal dans tout ce qui concerne le mode de contamination, le sentiment de culpabilité etc., et ça, ça tourne autour de la prévention, de la contamination et donc c'est un discours qui est plus développé quand la psychologue s'assied, et prend du temps avec ses patients, ce n'est pas que les médecins se désintéressent de la prévention, loin de là mais c'est*

²⁰² - L'autorité spirituelle, dans le cadre du catholicisme est incarnée par le pape, considéré comme infaillible (légitimité traditionnelle), alors que dans le protestantisme, elle émane des textes sacrés (pouvoir idéologique).

difficile d'aller trop loin, pour nous, dans ces questions parce que, on distord notre place de soignant (...) C'est-à-dire que quand on entre trop (...) dans la vie des gens, leur sexualité, leur intimité, on n'a plus la distance suffisante pour prendre des décisions médicales appropriées, curatives (...) Y'a un moment où (...) vous n'avez plus le recul pour prendre des décisions éclairées. Y'a une obligation de maintenir une certaine distance par rapport à ces questions-là, c'est pour ça que c'est la psychologue qui est plus, on a besoin de trianguler la relation sur ces questions (...) ☒ (e13). Quand cette médecin explique qu'elle est amenée, par ailleurs, à passer des heures avec l'assistante sociale de l'hôpital pour tenter de trouver une solution aux problèmes sociaux de ses patients, on comprend que la religion est une charge supplémentaire qui vient perturber sa pratique médicale.

Les praticiens universitaires – praticiens hospitaliers (PU-PH) justifient l'approche distanciée qu'ils ont de la spiritualité en ayant recours à trois registres distincts ☐ le premier concerne leur incompétence en matière religieuse, le second les rapports de domination entre patient et médecin, et le troisième la neutralité affective dans la relation thérapeutique.

Cette distanciation s'explique par la position qu'ils occupent au sein du champ médical. Positionnés au plus haut de la hiérarchie médicale, ces praticiens ne cherchent pas à subvertir les rapports entre patients et médecins. Au contraire, ils reproduisent un schéma relativement traditionnel de la relation thérapeutique, celle du profane et de l'expert, et dans certains cas souhaitent le renforcer (cf. cas de cette médecin qui souhaite qu'une distance soit maintenue entre médecin et patient). Ils ont apporté des changements dans leurs relations aux patients, notamment en adoptant une approche personnalisée, mais ils ne souhaitent pas voir leur rôle d'expert être mis en cause.

On peut toutefois observer quelques nuances entre les hommes et les femmes, et ce notamment parce que ces médecins sont de générations différentes ☐ alors que les premiers ont tous plus de soixante ans, et sont donc en fin de carrière, les secondes sont plus jeunes (trois sont dans la tranche d'âge 40-49 ans, et une dans la tranche 50-59 ans) et donc plus sensibles à ce que la gestion du fait religieux ne participe à leur déclassement, et ce tant vis-à-vis de leurs confrères (PU-PH) que des autres praticiens hospitaliers. Et il est intéressant de noter que la médecin la plus réceptive à cette question (celle qui évoque la distance nécessaire entre patient et médecin) est celle qui exerce dans une zone fortement marquée par l'immigration

(Nord de Paris) et qui passe une partie de son temps à gérer les problèmes socio-économiques de ses patients.

Les PU-PH s'interrogent rarement sur l'appartenance religieuse de leurs patients car cela impliquerait de modifier cette distance qui existe entre eux et leurs malades. Les formes de légitimation qu'ils invoquent pour justifier leur approche du fait religieux reproduisent un schéma idéal-typique de la relation patient/médecin : technicité (compétences techniques du médecin), neutralité affective (le rapport au patient ne repose pas sur des liens personnels mais au contraire sur des règles abstraites), et universalisme (recherche du bien-être du patient et orientation vers l'intérêt général)²⁰³.

La position adoptée par ces médecins tient au fait qu'ils sont très peu soumis à l'influence de leurs patients et ce pour plusieurs raisons : ils sont salariés de l'hôpital, ils consacrent seulement une partie de leur temps aux soins (le reste étant réparti entre la recherche et l'enseignement), et peuvent déléguer certaines tâches auprès d'autres personnes, notamment des praticiens de statuts inférieurs. La distance qu'ils imposent entre eux et leurs patients est un habitus hérité et construit dans les centres hospitalo-universitaires (CHU) où l'intimité du patient ne fait pas partie de l'investigation médicale.

3) *Les modalités d'action*

La prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients par les PU-PH s'organise essentiellement autour de trois aspects. Le premier est celui d'une rationalisation du discours : l'objectif du médecin n'est pas d'intégrer les croyances religieuses du patient au discours médical mais de présenter ce dernier, de manière « rationnelle », en ayant recours aux données biologiques (taux de CD4, copies de la charge virale). Ainsi, pour une médecin exerçant en banlieue parisienne (92), quand elle estime que des patients ne prennent pas leurs traitements en raison de croyances ou pratiques religieuses, elle leur dit, « moi, j'ai d'autres informations', donc j'essaye de leur transmettre les informations rationnelles que je peux avoir à ma disposition et que je peux intervenir mais je ne peux pas aller plus loin, je ne peux pas avoir une intervention plus incisive » (e1).

²⁰³ - Ces caractéristiques ont été dégagées par le sociologue Talcott Parsons. Voir P. Adam, C. Herzlich, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, coll. « 28 », 1994, p. 78.

Dans le même registre, une médecin exerçant dans un hôpital parisien fait valoir les résultats biologiques pour délégitimer l'efficacité thérapeutique des pratiques parallèles (mêlant souvent des éléments religieux ou spirituels). À un patient qui s'en remet à ce type de médecine, elle lui dit «*vous pouvez prendre toutes les huiles, tous les minéraux, de toutes façon, regardez, vous avez votre virus, prenez votre traitement, et le jour où vous direz ce qui est à 300000 il est à 10000* (la charge virale se mesure en nombre de copies plus le virus est présent dans le corps, plus le nombre de copies est élevé, et inversement), *franchement, on publie ensemble, si vous n'avez pris que des gélules, que des machins*» (e20). De la même façon, quand une mère de famille, femme de ménage, a acheté de l'eau à un prix très élevé pour faire des injections à son fils touché par le VIH, elle a fait analyser cette eau pour démentir l'idée qu'elle aurait des propriétés thérapeutiques.

Le second aspect consiste à déléguer la prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients à d'autres personnels hospitaliers. Une médecin exerçant dans le 14^e arrondissement de Paris, qui se déclare catholique (fiche signalétique) tout en disant qu'elle est agnostique (entretien), explique que si des patients lui parlent de religion ou de spiritualité, «*je leur dis 'mais y'a un prêtre qui peut venir vous voir, qui peut vous aider, y'a même des volontaires' (catholiques)*» (e11). Par ailleurs, elle raconte que «*dès que j'ai un malade qui va pas bien (on suppose qu'il est catholique), qui ne peut plus parler, je l'appelle (l'aumônier), je lui dis de venir, et il vient, je lui dis, 'il vaut mieux bénir en plus que pas assez' (elle fait référence, ici, aux derniers sacrements délivrés aux catholiques), tant pis, même s'il n'a rien demandé*» (e11).

L'une de ses collègues (catholique), on l'évoquait précédemment, a recours à une psychologue pour trianguler la relation au patient, et ce car elle estime qu'une distance avec ce dernier est nécessaire pour prendre des décisions médicales. Et, quand elle a le sentiment que «*la place de la religion est telle, dans la vie de la personne, que si on ne la prend pas en considération, on ne peut pas soigner le malade*», dans un premier temps, elle essaye de parler au patient, puis «*au gré des situations, il est arrivé qu'on fasse appel directement à l'aumônier, je me souviens d'un malade où on avait directement fait appel à l'aumônier parce qu'on n'arrivait pas à lui faire émerger le sens qu'il souhaitait que l'on puisse donner aux soins*» (e13). On retiendra que le recours à l'aumônier est beaucoup plus systématisé chez les médecins qui se déclarent catholiques.

Tant que le patient est catholique, la situation va de soi. Dès lors que la demande ne concerne plus les anciens cultes reconnus (catholique, protestant, juif), la situation peut devenir problématique. À propos d'un homme musulman récemment admis dans son service, et décédé trois jours avant que l'on fasse l'entretien, un médecin souligne l'impuissance face à laquelle il s'est trouvé devant les réactions de la famille de ce patient. Ce dernier, explique ce médecin, n'a pas souhaité prendre les traitements anti-rétroviraux qui lui ont été proposés. La famille du patient s'en est pris aux médecins de l'équipe en disant, «*Vous ne (le) soignez pas, pourquoi vous ne le soignez pas, pourquoi il meurt, pourquoi on ne nous a pas prévenu*», et ce médecin de commenter, *tout est sujet de révolte contre les autres*. La sœur de ce patient s'est plainte de l'absence de «*Mosquée*» au sein de l'hôpital, et ce médecin de répondre, «*Allez dire ça au directeur de l'hôpital, aux soignants, aux infirmières*» (e2). Démuni face à une demande à laquelle il ne peut répondre, ce médecin renvoie cette femme auprès de ses instances de tutelle et de ceux et celles qu'ils considèrent être chargés de gérer le fait religieux à l'hôpital : infirmières et infirmiers. Pour lui, «*ce sont les surveillantes, si vous voulez, qui demandent s'ils (les patients) souhaitent l'aide ou le secours d'un prêtre ou d'un religieux*» (e2).

La division sociale du travail consiste, dans certains services, à ce que la psychologue prenne en charge la dimension religieuse des patients et ce afin que le médecin puisse s'occuper des soins. Ce même médecin exprime cette situation de la manière suivante : «*Il n'a une de nos psychologues qui fait ça parfaitement (gérer le fait religieux), et les voit (les patients), bon moi, je n'ai pas à savoir tout ce qui est dit mais disons que l'essentiel, c'est qu'on puisse assurer les soins, la continuité des soins, et s'assurer que les médicaments sont pris*» (e2).

Dans le troisième cas de figure, le médecin peut décider de prendre en charge lui-même les croyances et pratiques religieuses mais, on va le voir à partir d'un cas de figure précis, cela suscite de vives réticences. Exerçant dans les quartiers Nord de Paris, un médecin, de confession catholique, estime que l'un des arguments qu'il est possible d'utiliser pour motiver ou stimuler un patient croyant à prendre ses traitements, est celui de la culpabilité face au suicide. «*Chez des personnes qui hésitent à prendre un traitement, explique-t-il, on peut utiliser l'élément de la foi religieuse pour dire, 'mais Dieu a interdit le suicide, (...) les religions interdisent le suicide et justifient qu'on prenne soin de son corps'*» (e2). Mais, lui, en tant que médecin et surtout compte tenu du principe de liberté, ne tiendra

qu'exceptionnellement ce type de propos. «*Il est assez difficile pour nous de le faire, explique-t-il, parce que ça nécessite toute une démarche, je pense que certains aumôniers peuvent le faire (mais nous) exceptionnellement, exceptionnellement, on ne peut pas dire les choses comme ça, parce que les gens vont dire 'mais attendez, je fais ce que je veux' (et) c'est un argument que l'on peut renverser, il faut respecter la liberté de chacun, si les gens ne veulent pas se soigner*» (e2).

L'approche distanciée qu'ont les PU-PH du fait religieux rend sa prise en charge relativement limitée. Pour autant, divers épisodes, évoqués par deux médecins exerçant dans un même service d'un hôpital situé dans le Nord de Paris, rendent compte d'une gestion plus engagée, et ce avant l'arrivée des traitements anti-rétroviraux. Dans ce service, deux mesures ont été prises pour gérer le fait religieux et plus globalement la mort au sein de l'institution médicale. La première a été de créer, dans la deuxième moitié des années 1980, un groupe réunissant l'ensemble des membres de l'équipe soignante (médecins, surveillantes, infirmières, aides-soignantes) et des personnes extérieures au service (médecin spécialiste des soins palliatifs, prêtre, ...). L'objectif de ces réunions était que chacun partage son expérience professionnelle auprès des autres, et ce afin que l'information circule entre les membres de l'équipe. Ainsi, explique un médecin, «*l'aide-soignante, qui est la personne la plus proche, celle qui s'occupe du corps, qui fait la toilette, etc., elle est tout de suite projetée le plus proche possible de la personne (...) donc les aides-soignantes exprimaient les échanges qu'elles avaient eus avec le patient et qu'on avait absolument pas perçus*» (e13).

Au-delà des échanges d'informations, ces réunions avaient pour objectif de maintenir une certaine cohésion sociale au sein de l'équipe. Face aux nombreux décès de personnes jeunes, et à la révolte des familles, le danger que pouvait rencontrer le service était le départ de ses membres. «*Vous, explique ce spécialiste en maladies infectieuses, on n'avait aucune expérience parce que les gens ne mourraient pas, j'avais trente ans, quarante ans en maladies infectieuses, ils (les patients) allaient en réanimation, quand ils avaient quelque chose de très grave mais c'était assez exceptionnel qu'on ait des gens qui décèdent dans le service, c'est vraiment le sida qui a amené ça, et là, on n'était pas préparé à ça, à voir les gens qui meurent et qui pèsent vingt-cinq kilos*» (e2).

Les intervenants extérieurs au service étaient donc chargés d'organiser des groupes de parole où chacun pouvait s'exprimer et se sentir utile. «*Entre 86 et 90, raconte cette médecin,*

on a vu un nombre énorme de patients mourir, ça a été impressionnant, y'avait deux malades qui mourraient par semaine dans le service, donc pour une équipe soignante, c'est une épreuve terrible, d'arriver à se régénérer entre chacun de ces deuils, et donc on s'est rendu compte, à ce moment-là, que pour prendre en charge les patients de façon satisfaisante, il fallait une prise en charge globale, globale incluait les aspirations spirituelles de la personne malade (e13). Les réunions de l'équipe étaient donc destinées, entre autre, à apporter des éléments de réflexion et d'action sur la prise en compte de la dimension spirituelle des patients mourants.

L'autre mesure prise par le chef de service a été le recours à un ethnologue, et ce pour faire face aux demandes de patients musulmans et africains face auxquelles l'équipe soignante était désarmée. Cet ethnologue «*est venu ici, explique la médecin de ce service, pour nous aider à prendre en charge des patients en phase avancée de la maladie ... où on était complètement démuni pour savoir comment orienter et répondre aux attentes, et qu'est-ce qu'ils attendaient, vraiment, on ne comprenait rien ... et il (l'ethnologue) a aidé à démêler certaines situations vraiment difficiles, en particulier, on avait été frappé par certains patients africains, pour eux aussi ça devait être complètement inextricable, ils n'avaient pas la demande de leurs attentes, alors, ils partaient dans un espèce d'échappement délirant, on a vu des malades qui ont fait des délires aigus, d'ailleurs souvent à connotation mystique*» (e13).

Ces initiatives ont été abandonnées avec l'arrivée des traitements anti-rétroviraux, en 1996, et la baisse importante du nombre de décès dans le service. Désormais, la prise en charge des croyances et pratiques religieuses s'effectue surtout par la psychologue ou, dans le cadre d'hospitalisation, par la surveillante et les infirmières voire par l'aumônier. Ce changement, donne à penser que la prise en charge du fait religieux est moins problématique à partir du moment où il n'existe plus d'enjeux thérapeutique (prise des traitements) c'est-à-dire quand le patient est, inéluctablement, amené à mourir. Ces médecins ont cependant dû gérer «*la mise en visibilité de l'échec - c'est-à-dire la mort -*», en ayant recours à des intervenants extérieurs²⁰⁴.

²⁰⁴ - «*Les Églises interrogées par les progrès de la médecine*», entretien avec D. Hervieu-Léger, *Dieu aime-t-il les malades* Les religions monothéistes face à la maladie, N. Martin, A. Spire (éds.), Paris, Éditions Anne Carrières, 2004, p. 109.

On retrouve cette dimension dans les propos tenus par la médecin du service précédemment mentionné. Selon elle, le médecin se soucie «forcément» de l'appartenance religieuse du patient quand il est proche de la mort, et de se demander, «alors maintenant, est-ce qu'il y a une place en amont de cela, si ça pouvait être discuté, c'est-à-dire est-ce que en dehors de la fin de vie y'a une place pour la religion dans la relation médecin/patient, je dirai que ça, c'est un petit peu au gré des situations ponctuelles et individuelles» (e13).

Des propos tenus par les praticiens hospitaliers – praticiens universitaires (PU-PH), on constate qu'ils intègrent peu les croyances et pratiques religieuses de leurs patients à leur pratique médicale. Cette situation s'explique par le fait qu'ils sont peu intéressés à ce sujet (absence de question posée ouvertement au patient sur son engagement religieux) mais aussi, pour certains d'entre eux, parce qu'ils y sont peu confrontés. En effet, certains médecins rencontrent peu de cas où le religieux interfère dans leur pratique professionnelle. Cette situation s'explique de différentes manières : ils ont une conception de la relation thérapeutique qui laisse peu de place à ce type d'intervention ; la division sociale du travail médical les rend peu disponibles pour les cas problématiques (en terme religieux et non médical) ; et enfin, ils exercent dans des hôpitaux où la population la plus religieuse, notamment celle originaire d'un pays de l'Afrique sub-saharienne, est la moins présente²⁰⁵.

Quand les PU-PH se chargent du fait religieux, ils tentent parfois de négocier avec le patient ou d'argumenter, notamment en opposant au discours religieux, un discours rationnel. Mais, dans la plupart des cas, ils délèguent cette prise en charge auprès de la psychologue, notamment quand le religieux interfère sur l'observance et que le patient est suivi en consultation. Ils font davantage appel à la surveillante ou à l'infirmière quand des manifestations religieuses surgissent dans le cadre d'une hospitalisation. L'aumônier est surtout sollicité pour des patients hospitalisés et catholiques²⁰⁶.

²⁰⁵ - Par exemple, le pourcentage de patients originaires d'un pays d'Afrique sub-saharienne dans la file active annuelle de patients VIH, en 2002, est de 18% à l'hôpital Cochin (14^e arrondissement de Paris), contre 22% à l'hôpital Henri Mondor à Créteil (Val-de-Marne), et 32% à l'hôpital Avicenne à Bobigny (Seine-Saint-Denis), N. Valin, F. Lot, C. Larsen *et alii*, *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteinte par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 2002, p. 46-48. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=parcours+sociom%E9dical>, consulté en août 2005.

²⁰⁶ - Généralement, pour les autres religions, l'aumônier n'est pas en permanence à l'hôpital et intervient à la demande du patient.

II . Les «~~autres~~» praticiens hospitaliers

Ce deuxième groupe de médecins réunit douze hommes et quatre femmes. Quinze d'entre eux exercent à l'hôpital, dont un dans un établissement participant au service public hospitalier (PSPH)²⁰⁷. Une médecin (la seizième) a une activité à l'hôpital (non liée au VIH) et exerce l'essentiel de son activité dans un centre de santé~~on~~ on a préféré l'ajouter à ce segment professionnel car, de la même façon que ses confrères hospitaliers, elle délivre des traitements anti-rétroviraux²⁰⁸. Le fait d'exercer en secteur hospitalier est donc un élément important à prendre en considération car il s'agit de médecins qui initient les traitements thérapeutiques (multithérapies) et, théoriquement, suivent les patients au niveau de l'infection au VIH.

Le statut de ces médecins est assez diversifié. Deux d'entre eux sont praticiens hospitaliers universitaire (PHU) dans un centre hospitalier universitaire (CHU), trois sont praticiens hospitaliers hors CHU (PH hors CHU), un est chef de service dans une fondation (PSPH), trois sont praticiens contractuels (PCONT), six sont praticiens attachés (PATT), et une est salariée dans un centre de santé.

Certains praticiens hospitaliers (PHU et PH hors CHU) consacrent une grande partie de leur activité professionnelle aux soins et peuvent, éventuellement, enseigner ou exercer une activité de recherche²⁰⁹. Pour obtenir le statut de PH, ces médecins ont dû passer un concours national~~ils~~ ils sont nommés à titre permanent et exercent leurs fonctions à temps plein.

Parmi les praticiens contractuels (PCONT), on trouve des parcours plus ou moins atypiques~~l'un~~ l'un est généraliste et possède toujours son cabinet de ville mais exerce l'essentiel de son activité à l'hôpital~~un autre~~ un autre est omnipraticien mais ne s'est jamais installé à son compte et a progressivement orienté son activité professionnelle vers l'hôpital~~quant~~ quant à la

²⁰⁷ - En l'occurrence, il s'agit d'une fondation qui doit satisfaire aux critères remplis par le service public hospitalier.

²⁰⁸ - L'une de ses consœurs, exerçant également dans un centre de santé, fait partie du groupe des médecins généralistes, et ce notamment parce qu'elle ne délivre pas de traitements anti-rétroviraux.

²⁰⁹ - Les praticiens hospitaliers sont nommés à titre permanent et exercent leurs fonctions à temps plein. Ils assurent les actes médicaux de diagnostic, de traitement, de soins d'urgence dispensés par le service public hospitalier et participent aux actions définies par les articles L111-1 et L111-2 du code de la santé publique. Par ailleurs, ils peuvent participer aux missions définies par l'article L111-3 et par les articles L23-1, L23-2 et L23-3 du Code de la santé publique, à savoir l'enseignement universitaire et postuniversitaire et à la recherche de type médical.

dernière, elle s'est spécialisée dans les maladies infectieuses et consacre la plupart de son temps à la recherche clinique. Les praticiens contractuels (PCONT) sont, théoriquement, dans une situation temporaire puisqu'ils ont signé un contrat, avec le directeur de l'établissement, d'une durée allant de six mois à deux ans.

Le statut de praticien attaché (PATT) est plus précaire que celui de praticien contractuel dans la mesure où ces médecins sont rémunérés sous forme de vacations. Le contrat établi avec l'établissement hospitalier est, au maximum, d'un an (renouvelable). Certains effectuent un temps plein dans un seul hôpital, d'autres ont des vacations dans plusieurs hôpitaux, d'autres encore cumulent des vacations à l'hôpital et dans une association. Il existe une autre catégorie de praticiens attachés, ce sont des généralistes qui exercent en cabinet de ville et qui effectuent des vacations à l'hôpital, souvent dans le cadre d'un Réseau Ville-Hôpital. Ces médecins font partie d'un autre segment professionnel (celui des généralistes) □ on a toutefois fait le choix de retenir l'un d'entre eux dans le segment des hospitaliers car son activité est essentiellement tournée vers l'hôpital (50 à 60% de son temps de travail) et il voit un certain nombre de ses patients à la fois à l'hôpital et dans son cabinet de ville.

1) Une approche sélective

Ces médecins hospitaliers ont une approche sélective du fait religieux dans le sens où ils se préoccupent essentiellement des croyances et pratiques religieuses susceptibles d'interférer avec leurs prescriptions thérapeutiques. Leur objectif est que le patient adhère le plus possible au traitement et de saisir les éléments qui peuvent être facteurs d'inobservance, la religion pouvant en faire partie. En d'autres termes, cette approche du fait religieux sert avant tout à éviter des échappements thérapeutiques. Face à cette pratique relativement nouvelle - se préoccuper des croyances et pratiques religieuses des patients -, chaque médecin procède à sa manière, en étant plus ou moins directif.

Plusieurs médecins choisissent de questionner leurs patients sur leur engagement religieux. Pour un médecin exerçant en Seine-Saint-Denis (93), spécialiste des maladies infectieuses (PHU), la méthode qu'il adopte est sans ambages □ «*Quand je vois quelqu'un de séropositif, ma question (sur l'appartenance religieuse du patient) fait partie des trente questions que je pose la première fois que je vois quelqu'un* □ (e6). Pour lui, l'appartenance

religieuse fait partie d'une batterie de questions sur les conditions de vie du patient □ «*□'est une question que je pose toujours aux gens de savoir avec qui ils vivent, s'ils ont des enfants, combien y'en a, où sont leurs enfants, qu'est-ce qu'ils font dans la vie, s'ils ont des papiers (pour les étrangers), s'ils n'ont pas de papiers, s'ils croient, est-ce qu'ils croient en Dieu, comme ça au moins j'ai un panel de ce qui leur est important, et ça se fouille ou ça ne se fouille pas* □ (e6).

L'un de ses confrères, omnipraticien exerçant également dans un hôpital de Seine-Saint-Denis (PH hors CHU), explique que «*□pour chaque nouveau patient que je vois maintenant, et c'est assez récent, ça doit faire 2-3 ans, je demande s'il a une religion* □ (e16). Il précise ce qu'il inscrit dans le dossier médical du patient □ «*□ marque sur mon dossier, par exemple, malienne, en France depuis tant de temps, mariée, deux enfants, confession musulmane, très pratiquante, pas pratiquante, ça je peux le noter aussi, parfois je pose la question s'il lit le Coran, s'il lit l'arabe, ça peut être important aussi, alors c'est vrai pour les musulmans, c'est vrai aussi pour les chrétiens, et aussi vrai pour les quelques bouddhistes que j'ai* □.

Un autre confrère, praticien attaché dans deux hôpitaux (PATT), l'un se trouvant dans le Val-de-Marne, l'autre à Paris, tente également de systématiser la question de l'appartenance religieuse de ses patients □ «*□ moi, dit-il, j'ai un lexique, j'ai un répertoire de questions que je pose systématiquement (...) Oui, la religion intervient parce que quand ils (les patients) sont chrétiens ou pratiquants, c'est une chose, quand ils sont musulmans et pratiquants, c'est une autre, quand ils sont chrétiens de naissance ou de baptême, simplement, sans avoir pratiqué, c'est autre chose* □ (e28). Pour autant, il ne pose pas d'emblée la question de l'appartenance religieuse car il attend que deux conditions soient réunies pour le faire □ d'une part qu'une relation de confiance s'établisse avec le patient, et d'autre part, que les traitements prescrits aient prouvé leur efficacité. La religion, explique ce médecin, «*□ n'est amené à en parler au fur et à mesure que la relation de confiance est établie, ce n'est pas à la première consultation, 5^e, 6^e, 8^e, plus tard, quand les traitements commencent à être efficaces, qu'ils ont repris du poids, qu'ils sont retournés dans leur village d'origine (référence aux patients africains), qu'ils ont trouvé un emploi* □ (e28).

Un autre médecin insiste aussi sur la nécessité d'une relation de confiance avec le patient mais, à la différence de son confrère (e28), il ne pose pas de question sur

l'appartenance religieuse. Cette différence d'approche s'explique par le fait que le premier est un hospitalier à part entière (médecin qui a construit sa carrière au sein de l'hôpital), tandis que le second a longtemps exercé dans un cabinet de ville en tant que généraliste, pour, à la fin des années 1980, orienter l'essentiel de son activité professionnelle vers l'hôpital, dans les maladies infectieuses. L'approche que ce dernier médecin a de la religion est plus proche des généralistes que des hospitaliers dans la mesure où il considère que c'est la nature de la relation thérapeutique qui permet au patient d'évoquer son engagement religieux. «*Moi, dit-il, dans les discours que j'ai avec les patients (...) j'essaye d'avoir un contact un peu personnalisé, donc ce sont des patients que je vois régulièrement, certains depuis dix ans, donc on a souvent des discussions là-dessus, mais si vous voulez, je ne suis pas intrusif, je ne pose pas de questions, c'est-à-dire que si vous voulez, mon cheminement à la relation, avec la vie d'un patient, ces problèmes-là apparaissent tout à fait naturellement, surtout dans des maladies aussi profondes, le sida c'est quand même une issue assez redoutée, donc ces problèmes émergent de façon naturelle, quand on établit un lien normal, de qualité avec les patients qu'on a (...) je ne suis pas du tout intrusif, je laisse parler les gens, je les écoute, de temps en temps, je leur fais redire les choses mais c'est pas une question que je pose comme ça, mais ça rentre dans ma pratique, bien sûr» (e22). En d'autres termes, la religion apparaît dans la relation thérapeutique suite aux liens noués, sur le long terme, entre praticien et patient.*

Une autre manière de procéder, commune à plusieurs médecins de ce groupe, consiste à rassembler divers indices permettant de connaître, de manière plus ou moins précise, la religion d'appartenance du patient. Pour cette médecin d'origine africaine, praticien attachée à l'hôpital, le nom du patient lui permet de deviner quelle est la religion de ses patients «*Par le prénom, par le nom de famille, on arrive à distinguer qui est catholique et qui est musulman, ne serait-ce que ces deux religions (...) chez les musulmans on ne trouvera pas de Georgette et chez les chrétiens, on ne trouvera pas de Aïssatou, donc c'est des choses très simples*» (e39). Et, précise-t-elle, si ces indices ne suffisent pas, elle pose directement la question au patient.

Un autre cas de figure, peu fréquent, est évoqué par un praticien hospitalier (hors CHU) exerçant dans un centre hospitalier intercommunal (CHI) de la banlieue parisienne (Val-de-Marne) Il raconte qu'il a saisi l'occasion d'une étude menée par un groupe de travail

sur les conditions de vie des migrants (travail, composition familiale, ...), pour interroger ses patients sur leur appartenance religieuse.

Certains médecins évoquent le fait que les patients, d'eux-mêmes, parlent de leurs pratiques religieuses. Une jeune médecin, exerçant dans un CHU (centre hospitalo-universitaire) de Paris en tant que praticien contractuel (PCONT), explique que «*Pour les musulmans, ils nous posent tous la question (au moment du ramadan), 'est-ce que je peux prendre mes médicaments le soir après neuf heures plutôt que six heures comme d'habitude'*», donc ils l'expriment». Elle ajoute qu'elle peut aussi être amenée à questionner les patients et raconte à quelles confusions cela peut conduire «*moi, je les pousse, alors après c'est sûr que parfois je tombe sur un africain qui n'est pas musulman, bon personne ne le prend mal, 'mais vous faites le ramadan'*», 'ah non, je suis catholique', 'bon, ben excusez-moi', voilà, je pose la question, parce que je préfère qu'on me dise 'ah ben non, je suis catholique' plutôt que de ne pas la poser à quelqu'un qui est musulman et qui fera n'importe quoi avec ses traitements» (e25)..

La réaction de ce médecin souligne un fait important dans ce qui caractérise l'approche sélective ce sont avant tout les patients africains et ceux supposés pratiquer le ramadan (Africains et maghrébins) qui vont faire l'objet d'un questionnement sur leurs croyances et pratiques religieuses. Plusieurs médecins ont évoqué le fait que certains patients sont plus croyants que d'autres, notamment les étrangers et plus précisément les Africains. L'un d'entre eux estime que «*98% des Africains disent croire en Dieu*» (e6). Pour un autre, généraliste et praticien attaché, dans «*80% des cas*», les patients Africains ont une démarche spirituelle mais ils ne l'évoquent pas (e29). Compte tenu que les nouveaux patients touchés par le VIH sont, dans certains services de la banlieue parisienne, pour 50% d'entre eux des patients africains²¹⁰, ces médecins estiment légitime de les questionner sur leur engagement religieux.

Le recours des africains à la spiritualité s'explique selon un certain nombre de médecins par la mentalité ou la «*culture*» africaine. On citera l'un d'entre eux car étant lui-même d'origine africaine, la légitimité de son discours s'en trouve renforcée. D'après lui,

²¹⁰ - Cela concerne les hôpitaux du Kremlin-Bicêtre (Val-de-Marne) et de Bobigny (Seine-Saint-Denis), N. Valin, F. Lot, C. Larsen et alii, *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteinte par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 2002, p. 46 et 51.

pour «*Les Africains, la conception du virus c'est quelque chose qui leur est complètement étranger, déjà pour un occidental le virus c'est quelque chose qu'on a du mal à se représenter, parce que chez l'Africain, la maladie elle peut être transmise soit quand on jette un sort, soit parce qu'on s'est mal comporté vis-à-vis de son bon Dieu (...) Et la troisième chose qui intervient dans le côté un peu mystique qu'on peut faire dans la représentation de la maladie sida, c'est que l'Africain ne peut pas accepter qu'on lui dise qu'une maladie est stabilisée (...) Ce sont des facteurs qui viennent entretenir un mythe autour de la maladie et donc les réponses à ce mythe peuvent être des réponses mystiques ou religieuses*» (e28).

Ce médecin réifie la «*mentalité*» africaine, de la même façon qu'un certain courant de l'ethnopsychiatrie considère que la culture est à l'origine des conduites déviantes des africains²¹¹. Penser que les africains ne puisse avoir une compréhension biomédicale du VIH/Sida, c'est oublier deux éléments importants des représentations sociales de la maladie le premier est lié au niveau d'étude des patients africains - et pourtant, ce médecin a, de lui-même, évoqué le fait qu'un grand nombre d'entre eux vit dans la précarité et a peu fait d'études -. Une étude réalisée auprès des populations originaires d'Afrique sub-saharienne (essentiellement Côte d'Ivoire, République démocratique du Congo, Cameroun, Congo Brazaville, Mali et Sénégal) touchées par le VIH/Sida, montre que plus d'un tiers d'entre elles n'a pas atteint le niveau d'études secondaires (18% n'a reçu aucune scolarité et 14% a le niveau d'études primaires)²¹². Une autre réalisée en 2001, auprès d'un échantillon représentatif de la population française, âgée de 18 à 69 ans²¹³, indique que ce sont les jeunes et les personnes diplômées qui connaissent le mieux la maladie et les moyens de s'en

²¹¹ - D'après cet auteur, l'ethnopsychiatrie occulte le contexte social, politique et économique dans lequel vivent les Africains. Cette occultation s'effectue à partir d'une grille culturelle indépendante des réalités sociales. La réification de la culture (la culture est une entité en soi qu'il est possible de repérer et d'isoler, dont l'individu hérite et qu'il transmet) et la surdétermination par le culturel (c'est dans la culture qu'il faut rechercher l'origine et le remède des maux de l'Autre ou de ses conduites déviantes), deux principes à l'oeuvre dans l'ethnopsychiatrie, conduisent à envisager les problèmes des immigrés vivant en France à partir de l'acculturation ces derniers auraient adopté les valeurs du monde occidental trop vite. Par ailleurs, souligne D. Fassin, l'ethnopsychiatrie a tendance à envisager les problèmes des immigrés en termes de conflits psychiques on est face à une «*psychopathologisation*», D. Fassin, «*Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psychée africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes*», *L'Homme*, n°53, 2000, pp. 231-250.

²¹² - N. Valin, F. Lot, C. Larsen *et alii*, *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteinte par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 2002, p. 13.

²¹³ - Enquête KAPS (connaissance, attitude, croyance, pratique) réalisée tous les trois ans depuis 1990, auprès d'un échantillon représentatif de la société française, par l'institut de sondage IPSOS, «*Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France en 2001*», *Observatoire régional de santé d'Ile-de-France*, 2001, pp. 1-4. Disponible sur <http://www.ors-idf.org/etudes/etudes_apres_99.asp#3>, consulté en août 2005.

protéger²¹⁴. Dès lors, on peut se demander si l'incompréhension de l'évolution du VIH ne tient pas plutôt à un manque d'information et d'éducation sur le sujet²¹⁵.

Le second aspect relève de la construction sociale des représentations de la maladie. « La maladie, explique la sociologue Claudine Herzlich, entraîne toujours la formulation de questions ayant trait à ses *causes* (...) et plus encore à son *sens* : 'pourquoi moi', 'pourquoi lui', 'pourquoi ici', 'pourquoi maintenant'²¹⁶. L'auteur ajoute « il serait faux de croire que ce besoin d'interpréter la maladie, de lui assigner des causes conçues en termes non organiques, de lui donner un sens constitue une survivance : celle des époques où la médecine scientifique n'ayant pas encore fourni les 'vraies' réponses, l'homme fabriquait du sens pour colmater ses ignorances. Nous croyons au contraire que ce besoin, s'il prend aujourd'hui des formes spécifiques, est aussi fort qu'autrefois²¹⁷. Dans une étude réalisée à la fin des années 1960, cet auteur a montré que la maladie est un signifiant dont le signifié révèle le rapport qu'ont les individus au social²¹⁸. De manière plus précise, le discours tenu sur la maladie cristallise les conflits existant entre l'homme et la société, lesquels varient selon le groupe social d'appartenance.

Les représentations sociales de la maladie constituent donc un invariant elles sont présentes partout et tout le temps, et non propres aux africains. Le fait que ces derniers rattachent la contamination au VIH à des éléments supra-empiriques (« *mystiques* ») ne doit cependant pas masquer les choses un même individu peut tout à fait considérer que la transmission du VIH/Sida se réalise par voie sanguine ou sexuelle voire materno-fœtale (*i.e.* reproduire le discours médical) et par un acte de sorcellerie. Dans le cadre d'une étude réalisée pour le compte de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS)²¹⁹, on a pu

²¹⁴ - On retiendra que 18,7% de la population interrogée pense que le VIH peut se transmettre dans les toilettes publiques et 24,4% par une piqûre de moustique, *Idem*, p. 1.

²¹⁵ - Il faut cependant relativiser cette proposition compte tenu que les dernières enquêtes menées auprès des homosexuels révèlent qu'en dépit d'un niveau socio-culturel élevé (63% des répondants ont fait des études supérieures), les pratiques dites « à risque » (pénétration anale non protégée dans les douze derniers mois avec des partenaires occasionnels) ont augmenté ces dernières années entre 1997 et 2004, elles ont augmenté de 70%, *Premiers résultats de l'enquête Presse Gay 2004*, Institut de veille sanitaire (InVS), Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS), Paris, juin 2005, p. 17-18. Ce document est téléchargeable sur le site de l'InVS <http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/index.html>, consulté en octobre 2005.

²¹⁶ - Cl. Herzlich, « Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social », *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, M. Augé et Cl. Herzlich (dir.), éd. des archives contemporaines, Paris, 1986, p. 201.

²¹⁷ - *Idem*, p. 201-202.

²¹⁸ - *Ibid.*, p. 202.

²¹⁹ - A.-C. Bégot, *La gestion spirituelle du VIH/Sida : parcours biographique et construction identitaire*, rapport à l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), Paris, octobre 2002.

constater ce type de cas de figure. Un homme, catholique, originaire du Cameroun, ayant fait des études supérieures (licence), évoquait le VIH à partir de trois registres étiologiques : médical, religieux (péchés), et traditionnel (sorcellerie). Dans ce dernier cas de figure, il expliquait qu'un sort lui avait été envoyé d'Afrique²²⁰. Ces trois modèles ne sont pas exclusifs mais coextensifs.

Toujours dans le cadre de cette étude menée pour l'ANRS, on a pu observer dans certains milieux, certes minoritaires et relativement marginaux, un discours réfutant l'équation VIH=Sida²²¹. «Ce courant considère que la cause des maladies rassemblées sous le nom de Sida est due à un affaiblissement du 'terrain'. La malnutrition, la pollution de l'alimentation, de l'air, de l'eau, les radiations, la chimiothérapie, les transfusions, les excès de stress, les conditions de travail, ... mais aussi des médicaments dont l'AZT, sont de ces éléments qui fragilisent le 'terrain'»²²². L'existence d'autres facteurs (que biomédicaux) dans l'apparition du VIH voire la négation de l'existence du sida n'est donc pas propre aux africains même si, chez certains d'entre eux, la religion est plus prégnante²²³.

²²⁰ - L'accumulation de malheurs (dans le cas de cette personne : divorce, perte d'emploi, problèmes de santé, contamination au VIH, emprisonnement de son frère,...) peut, en soi, justifier le recours à un modèle étiologique exogène (sorcellerie). «Le seuil de l'angoisse sociale une fois franchi, écrit l'ethnologue A. Zempléni, certaines 'maladies' – graves, aiguës, atypiques, chroniques, répétitives... – sont expliquées, légitimées et disculpées *de la même manière* que les autres infortunes qui affectent les corps, les biens et la vie sociale des individus (...) Tous ces évènements (malheurs) *peuvent* renvoyer les uns aux autres comme autant d'effets *de la même chaîne causale* ou comme autant de coup portés à l'intégrité du même corps (...) Et si tous ces évènements néfastes sont connexes et enchaînables, c'est qu'ils sont interprétables au moyen des mêmes schèmes étiologiques tels que par exemple la sorcellerie», A. Zempléni, «La 'maladie' et ses 'causes'. Introduction», *L'ethnographie. Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures*, n° 96-97, 1985-2 et 3, p. 17.

²²¹ - Ce courant a été impulsé par le rétrovirologue américain Peter Duesberg. Le groupe constitué autour de Duesberg date de 1987. Il s'agit d'un groupe «Pour la réévaluation scientifique de l'hypothèse VIH = sida», fondé par un biologiste de Harvard, le biologiste Charles A. Thomas. L'une des thèses défendues par ces chercheurs est que «En cachant les vraies causes des maladies injustement appelées sida, le 'complexe médico-industriel' préparerait une grande catastrophe par goût du pouvoir et désir de s'enrichir» (A. Guérin et B. Paillard, *Médecine parallèles et sida*, Paris, CETSAAH (Centre d'Études Transdisciplinaires), 1999, p. 38). Ce courant a suscité un certain nombre de critiques, notamment parce que le président d'Afrique du sud, Thabo Mbeki, y a adhéré. C'est ce qui expliquerait le peu d'empressement qu'a mis ce dernier à engager des campagnes efficaces de lutte contre le sida. Ainsi, il a refusé d'administrer de l'AZT aux malades du sida sous prétexte que son innocuité n'a pas été démontrée (C. Zémouri, «Thabo Mbeki persiste», *L'Humanité*, 11 juillet 2000. Disponible sur : <http://www.humanite.presse.fr/popup_print.php?id_article=228345>, consulté en août 2005). En France, la thèse de P. Duesberg est diffusée sur le site personnel de Mark Griffith <<http://perso.wanadoo.fr/sidasante>>, consulté en août 2005.

Pour une vision plus complète de ce courant, voir le rapport de A. Guérin et B. Paillard, *Médecine parallèles et sida*, Paris, CETSAAH (Centre d'Études Transdisciplinaires), 1999.

²²² - A.-C. Bégot, «Au cœur de la souffrance le projet de devenir psychothérapeute spirituel», *Systèmes de pensée en Afrique noire*, numéro dirigé par D. Casajus, à paraître en décembre 2005, n°LXVII.

²²³ - Il faut également éviter de généraliser les choses dans la mesure où l'engagement religieux n'est pas le même chez tous les africains ou les personnes originaires de l'Afrique. Ainsi, la part des populations issues de l'immigration africaine et turque se déclarant sans religion est de 20%, selon l'enquête du Cevipof (Centre de recherches politique en Sciences Po), c'est-à-dire que ce chiffre est relativement proche des 28% de sans religion dans la population française, X. Ternisien, «Des musulmans majoritairement à gauche mais conservateurs en

L'approche sélective du fait religieux, celle où le questionnement de l'appartenance religieuse est réservé aux Africains, aux personnes originaires du Maghreb ou aux musulmans, présente des biais dans la mesure où elle ne permet pas de savoir ce qu'il en est des Français ou supposés tels. Ainsi, l'un des médecins de ce groupe, explique que pour «*l'homosexuel BCBG, de 35 ans, je ne vais pas lui poser la question (de son appartenance religieuse), ce n'est pas la même (chose), parce que je sais que y'a d'autres, il peut tout à fait avoir une croyance, parfois, ça peut venir dans la conversation, 'tiens je suis allé à la messe', mais ce n'est pas une question primordiale que je vais poser, par contre, c'est vrai que je vais plus poser ma question quand j'ai un ressortissant, si c'est un malien, je voudrais savoir s'il est chrétien ou musulman ou animiste*» (e16). Quant à ce praticien attaché, ayant, dans sa file active, beaucoup d'Africains et quelques homosexuels, il dit de ces derniers «*est différent, ils n'ont pas cette problématique de la religion, ils sont rationnels quoi, on ne peut pas dire que la religion est irrationnelle (...) mais ils sont (les homosexuels) très dans la revendication associative, c'est-à-dire qu'ils veulent tous s'approprier les traitements, s'approprier les bilans qu'on va leur faire, prendre les copies de bilans, les faire interpréter par d'autres, enfin c'est vraiment dans la revendication et dans l'appropriation des soins*» (e28). Un autre médecin raconte qu'il ne demande qu'aux patients africains s'ils ont un engagement religieux. Et, quand on lui demande pourquoi il n'interroge pas les autres patients, les «*Européens*», il répond, «*Je ne sais pas, je vois tellement d'africains, je me pose la question de savoir si je leur pose la question (aux européens) ou si ne je la posais pas, je ne sais pas*» (e6).

Plutôt que de poser la question de l'appartenance religieuse à tous leurs patients, ces médecins préfèrent opérer des choix qui, finalement, renforcent certains stéréotypes et favorisent une attitude discriminante. En effet, les populations africaines sont souvent fortement démunies²²⁴, et ce tant en termes financiers que socio-culturels, et n'ont pas toujours

matière de mœurs», *Le Monde*, 30 août 2005. Disponible sur <<http://www.lemonde.fr/web/article/0,1-0,36-683717,0.html>>, consulté en septembre 2005.

²²⁴ - Toujours selon l'enquête réalisée par l'Institut de veille sanitaire, 47% des enquêtés étaient sans activité professionnelle, N. Valin, F. Lot, C. Larsen *et alii*, *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteinte par le VIH prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France*, Paris, Institut de veille sanitaire, 2002, p. 14.

Par ailleurs, on peut rappeler que les étrangers vivent dans des conditions de logement précaires : 15% des hommes et 23% des femmes vivent chez des amis, dans un foyer ou sont sans domicile fixe, F. Lert, Y. Obadia et l'équipe de l'enquête Vespa, «*Comment vit-on en France avec le VIH/sida*», *Population et sociétés*, n° 406, novembre 2004, p. 3 et 4.

les ressources nécessaires (à la différence de certains homosexuels qui militent dans des associations et qui ont un capital socio-culturel élevé) pour s'opposer aux incursions du médecin dans leur vie privée. Différentes recherches ont montré, écrit la sociologue Isabelle Parizot, que si la relation médicale est une relation de négociation, «La possibilité pour le patient de faire entendre son point de vue dépend de son statut social□ les personnes discréditées ou appartenant aux catégories sociales défavorisées disposent d'un moindre pouvoir de négociation□²²⁵. De ce fait, et on va le voir dans les formes de légitimation, cela peut conduire les médecins à exercer leur autorité dans un domaine relevant, *a priori*, de la liberté de conscience.

2) Les formes de légitimation

Les médecins **légitiment** leur démarche (se préoccuper, d'une manière ou d'une autre, des croyances et pratiques religieuses du patient) en ayant recours essentiellement à plusieurs types d'arguments. Le **premier et le plus répandu** consiste à évoquer la question de l'observance□ l'objectif des médecins est de cerner les facteurs susceptibles de perturber l'adhérence du patient au traitement, et donc d'envisager quelles sont les croyances et pratiques religieuses qui peuvent interférer dans leur pratique médicale. Avec les maladies chroniques, explique un praticien hospitalier (hors CHU), «*Il n'a une problématique qui est différente, c'est-à-dire que ce sont des gens qui vont avoir un suivi prolongé, qui vont avoir des traitements qu'ils doivent prendre pour éviter d'avoir des complications et pour avoir des résistances qui apparaissent au virus, et pour ça, il faut que d'une part, il y ait une relation de confiance qui s'établisse, et puis qu'on rentre un petit peu, même beaucoup, dans leur, je vais pas dire leur intimité, mais dans leur vie de tous les jours pour savoir quels obstacles éventuels au traitement, quels sont les moments où ils peuvent le prendre, pas le prendre, quel type de traitement, etc., (...), on est amené à avoir des informations alors pas forcément sur la religion mais globalement, sur la vie des gens, alors la religion, y'en a qui en parlent, y'en a qui n'en parlent pas□* (e15). Ici, l'approche personnalisée du patient (prise en compte des conditions de vie) permet de saisir les facteurs favorisant ou non l'observance (adhésion aux traitements).

²²⁵ - I. Parizot, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, coll. «Le lien social□, 2003, p. 6.

Répondant à la question de savoir si un médecin peut ou doit se préoccuper des croyances et pratiques religieuses de ses patients, un médecin, praticien contractuel dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) parisien, répond de la manière suivante : « *On est un peu obligé parce que y'a certaines pratiques religieuses qui interfèrent avec notre pratique médicale à nous, c'est vrai par exemple des musulmans très croyants qui font le ramadan, qui ont des contraintes alimentaires, etc., quand on est dans la maladie chronique avec des prises de médicaments (...) on est obligé de prendre en compte leurs croyances, leurs modes de vie* » (e25). De la même façon, un praticien attaché dans un centre hospitalo-universitaire (CHU) parisien, et répondant à la même question, s'intéresse aux patients musulmans car « *Il y'a quand même cette période de ramadan qui intervient dans l'année et pour la prise des thérapeutiques, il est important, c'est qu'en effet, quand même faut respecter des périodes de jeûnes, des périodes où on mange la nuit, comment adapter la prise de médicaments avec les contraintes alimentaires qu'il peut y avoir pour certains médicaments (...) parce qu'on a vu des échappements thérapeutiques au détour du ramadan* » (e33).

Quant à ce praticien attaché exerçant dans un hôpital des Hauts-de-Seine (92), il explique qu'il s'intéresse à la démarche spirituelle de ses patients « *Pour savoir jusqu'où ils vont des fois dans la démarche, je ne veux pas non plus qu'ils mélangent la démarche, y'a des rebouteux, c'est souvent dans un souci, puisqu'on le voit chez les Africains, moi, mon souci c'est qu'ils prennent leur traitement, que ça se passe bien* » (e14).

Le **deuxième argument** avancé par les médecins, pour justifier leur approche du fait religieux, est de connaître le degré d'engagement religieux du patient. « *Quand les croyances peuvent soutenir les patients, explique un praticien hospitalier (hors CHU) exerçant en Seine-Saint-Denis, c'est bien, mais si la croyance du patient devient plus importante que la croyance en la médecine ou envers le médecin, là, c'est dangereux parce que j'ai eu des patients où c'était Dieu qui allait régler les problèmes, et alors, après, il faut faire très attention parce que y'a des patients qui arrêtent leur traitement (...) et on se trouve devant des catastrophes* » (e16). Au moment de la consultation, explique ce même médecin, « *Il essaye de savoir combien de fois il ou elle va à la messe, si elle dépense beaucoup d'argent parce que parfois c'est des escroqueries sous-jacentes, les gens qui ont du mal à joindre les deux bouts, une femme seule avec trois enfants, qui est veuve, qui ne roule pas sur l'or, elle ne travaille pas, donc si elle passe son temps, trois fois par semaine, dans des prêches où il faut donner pour la quête pour sauver son âme, ça peut mettre une famille en*

danger (e16). «*L*à, poursuit-il, *on essaye avec l'assistante sociale, avec d'autres personnes de la même communauté, de voir comment ont peut rattraper les choses, si je sens la patiente en danger... je n'ai pas de recette, c'est au feeling, y'a pas de recette pré-établie* (e16).

Quant à ce praticien hospitalier exerçant en Seine-Saint-Denis, il veut s'assurer que l'engagement spirituel du patient ne va pas empiéter sur sa pratique professionnelle. «*Quand un certain nombre de gens croient en Dieu, explique-t-il, ce qui me paraît important c'est de bien différencier la place de Dieu et la place du médecin parce que y'a des gens qui disent 'mais Dieu s'en occupe', 'Dieu s'en occupe' alors que ce n'est pas Dieu qui s'en occupe, il s'en occupe peut-être mais c'est moi qui prescrit les médicaments, si les médicaments sont mal pris, l'état de santé des gens s'aggrave et tout Dieu qu'il soit, s'il y en a un, il n'empêche pas les gens de mourir* (e6). Son objectif est donc de déterminer précisément quelle place le patient réserve à la religion et aux soins médicaux. «*Quand quelqu'un me dit 'je crois en Dieu', pour moi c'est important parce que je leur dis, 'là, y'a le médecin' (...) Si on me dit, 'non mais Dieu va s'en charger', alors là, je suis très inquiet sur la qualité du suivi. Beaucoup d'Africains disent ça, 'non mais Dieu t'a donné l'intelligence et donc tu peux faire en sorte que, toi, tu me connais donc je vais obéir ou je vais écouter ce que tu dis', à ce moment-là, c'est intéressant parce que personne n'interfère avec personne (...)* Dans ce dernier cas de figure, «*J*e dis aux gens, 'ben c'est très bien, tu vois, y'a un médecin, y'a une équipe qui s'occupent de toi, et puis Dieu, ben vas-y, continue' (e6).

Ces médecins différencient deux types d'engagement religieux □ celui qui est complémentaire au traitement médical, et celui qui est alternatif. Lorsque la démarche spirituelle du patient est complémentaire aux soins médicaux c'est-à-dire lorsqu'elle ne fait pas ombrage aux prescriptions médicales, on observe, dans le discours des médecins, une posture morale où ils évaluent les choix du patient (cf. les termes, «*J*'est bien □, «*J*'est très bien □), car celui-ci va dans le sens qu'ils souhaitent (cf. le patient «*J*béit □, «*J*écoute □ le médecin). À l'inverse, quand le patient s'en remet uniquement à Dieu (pour se soigner), le médecin utilise un discours alarmiste («*M*ettre une famille en danger □, «*D*ieu n'empêche pas les gens de mourir □). À partir de ces prises de position, on se rend compte que le pouvoir exercé par les médecins s'étend à un domaine très intime, celui de la liberté de conscience des patients.

Le **troisième argument** est avancé par des médecins qui questionnent peu leurs patients sur leur engagement religieux□ ils veulent justement éviter d’abuser de leur autorité en matière religieuse. Un praticien attaché, exerçant dans un CHU de province et par ailleurs prêtre²²⁶, préfère ne pas systématiser la question de l’engagement religieux de ses patients, car, selon lui, cela peut être une forme d’abus. *«Quand on soigne, explique-t-il, quand on est médecin, on a déjà beaucoup de pouvoir sur les gens, donc si c’est pour, en plus, entre guillemets, prendre le pouvoir sur eux par la religion, il faut quand même leur laisser un domaine qui est de leur domaine, il faut faire attention à ça (...) Je ne vais pas demander systématiquement (quelle est l’appartenance religieuse des patients) parce que y’a des choses que je trouve indiscrètes et qui ne me servent pas pour mon suivi»* (e37).

L’une de ses consœurs, praticien hospitalier universitaire dans un hôpital de la Seine-Saint-Denis, envisage un compromis avec ses patients, et ce afin d’être reconnue pour ce qu’elle est□médecin. *«Je reconnais l’importance de la spiritualité, explique-t-elle, mais je veux qu’on reconnaisse en moi ce que j’ai comme pouvant apporter de thérapeutique à un patient parce que j’ai fait des études et j’ai cette connaissance pour le faire, mais en même temps, je ne veux pas que ça soit emballé dans une espèce, quelque chose qu’on appelait quand j’étais plus jeune, le pouvoir médical où effectivement la stature du médecin permettait d’exercer un certain pouvoir sur celui qui ne connaissait pas, je ne suis jamais dans cette position-là, ce n’est pas une position qui m’intéresse»* (e23).

Il n’est pas étonnant, quelque part, de voir les médecins être de plus en plus intrusifs dans la vie quotidienne et privée des patients. Se donnant pour objectif prioritaire l’adhérence du patient au traitement, et ce dans des conditions où ils voient beaucoup de malades en peu de temps, tous les moyens sont bons pour favoriser l’observance, quitte à conseiller le patient en matière religieuse, à lui dire quelles sont les «Bonnes» et «Mauvaises» pratiques religieuses. En d’autres termes, le pouvoir du médecin s’étend à des domaines jusque-là réservés à la sphère privée (conscience personnelle) et tend à normaliser l’engagement religieux du patient. Ce qui est problématique, c’est que ce pouvoir peut devenir totalisant

²²⁶ - Il est intéressant de noter que ce médecin-prêtre travaille avec deux référents en tête□l’un, propre au monde médical, l’autre, à la religion catholique. Dans la pratique ça se traduit de la manière suivante□il n’hésite pas à donner ou recommander le préservatif à ses patients, même s’il estime qu’il existe d’autres moyens de se protéger (abstinence et fidélité).

Par ailleurs, sa formation religieuse le rend particulièrement attentif et sensible aux discours tenus par ses patients□il parvient même à déterminer quand ses patients sont catholiques, et ce en fonction du discours qu’ils tiennent sur leur sexualité.

mais aussi qu'il est réservé aux populations les plus démunies, socialement et économiquement, celles qui peuvent le moins s'opposer à l'autorité médicale. Et, d'une certaine façon, on peut se demander si la déqualification qu'introduit le fait de se préoccuper des croyances et pratiques religieuses des patients n'est pas «compensée» par cette normalisation de l'engagement religieux.

3) Les modalités d'action

À la différence des PU-PH, les autres praticiens hospitaliers sont beaucoup plus enclins à questionner leurs patients sur leur engagement religieux. Cette démarche leur permet de déterminer la place occupée par la religion dans l'organisation des soins (est-elle complémentaire ou alternative à la démarche médicale), et ce parce qu'ils veulent éviter que certaines pratiques religieuses interfèrent dans leurs prescriptions ou leurs traitements. La prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients VIH par ces praticiens hospitaliers s'effectue en deux temps. La première consiste à argumenter et négocier avec le patient, et la seconde à déléguer auprès d'autres personnes.

a) Le temps de l'argumentation et des négociations

Avant de passer le relais à des «médiateurs», les médecins de ce groupes tentent, d'eux-mêmes, de clarifier la situation, d'évaluer les risques encourus par le patient au regard de son engagement religieux, et de lever ce qu'ils perçoivent être des obstacles à leurs prescriptions (respect des traitements, prévention du VIH, ...). Ils vont donc tenter de convaincre le patient de se conformer à certaines normes et d'abandonner certaines pratiques religieuses qu'ils estiment dangereuses ou néfastes pour leur santé. Leur répertoire d'actions s'organise essentiellement autour de la discussion et de la négociation.

L'un des moyens utilisés par les médecins est de rationaliser le discours de leurs patients, sans pour autant être convaincu de la pertinence de cette démarche. Quand l'une de ses patiente lui dit être «*létichée pour la contamination*» (selon la patiente, la contamination au VIH est due à un sort), une médecin exerçant dans un centre de santé décide de remettre «*les choses dans la juste réalité*. Je lui dis (à cette patiente), '*tu ne peux pas avoir attrapé la maladie comme ça, voilà comment ça s'attrape, y'a tel moyen de contamination, on n'a pas pu t'envoyer un sort, ce n'est pas possible*'. Elle entend mais à mon avis, ça rentre d'un côté

et puis ça sort de l'autre» (e3). On notera qu'un certain nombre de médecins n'hésite pas à tutoyer les patients immigrés, surtout maghrébins ou africains.

L'un de ses confrères, praticien attaché, raconte un cas relativement «classique» mais pour lequel il ne peut pas grand chose : «C'est un cas classique, dit-il, c'est on diagnostique un homme africain séropositif, on lui explique la contamination sexuelle, ils le savent tous de toute façon, on convoque sa femme²²⁷, il est avec sa femme depuis dix ou quinze ans, ils ont six enfants, la femme est négative, et du coup les enfants sont négatifs, alors lui expliquer que dès demain, il faut mettre la capote parce que c'est mortel pour sa femme, alors que ça fait dix ans qu'il couche avec sans capote et qu'elle n'a rien attrapé et que les enfants n'ont rien attrapé... si on n'a pas un bon niveau d'études, c'est surréaliste, c'est inabordable donc forcément pour eux ... faut que y'ait quelque chose qui l'ai protégée derrière et ce quelque chose qu'on ne voit pas, ça ne peut être que le bon Dieu» (e29). Face à ce type de patient, ce médecin explique que «C'est vachement compliqué, je n'ai pas de recette toute faite, je réagis au feeling, en ré-explicant les choses, en essayant d'utiliser des mots simples pour leur faire prendre conscience des mécanismes de l'infection, en leur disant que si le bon dieu les protège, y'a des ratés, preuve en est que lui a été contaminé, mais je sais pertinemment qu'on est complètement dans l'échec» (e29). On notera que pour ce médecin, la compréhension des mécanismes de transmission du VIH/Sida concerne surtout les personnes ayant un certain niveau d'éducation.

La difficulté face à laquelle se trouvent certains médecins est de convaincre leurs patients à suivre leurs traitements alors que ces derniers ne se sentent pas malades. «Ils (les patients) ne le ressentent pas vraiment (le VIH), explique une médecin, c'est-à-dire qu'ils prennent les médicaments mais ils vont bien» (e3). De ce fait, certains patients musulmans n'hésitent pas à faire le ramadan : «Comme ils vont bien, poursuit cette médecin, y'a pas de raison que je ne fasse pas le ramadan». Dans ce cas de figure, elle leur dit qu'ils ne sont pas tenus de respecter ce rite religieux : «Avec les musulmans qui arrêtent le traitement pendant le ramadan, on est amené de leur rappeler l'importance de ne pas arrêter l'observance, et puis de leur rappeler que quand même, quand on est malade, on n'est pas obligé de le faire (mais) pour eux, ce n'est pas une maladie gravissime» (e3). En d'autres termes, cette

²²⁷ - On peut souligner, ici, le choix des termes utilisés («convoqués») mais surtout se demander ce qu'il en est du respect du secret médical.

médecin a recours aux préceptes religieux (cf. le Coran dispense les malades du ramadan) pour convaincre ses patients de ne pas s'engager dans un jeûne prolongé.

D'autres médecins n'hésitent pas à intégrer l'univers symbolique des patients c'est-à-dire à entrer dans leur démarche croyante pour légitimer le recours aux traitements anti-rétroviraux. L'un d'entre eux, exerçant dans un hôpital de la Seine-Saint-Denis, dit «*Je négocier avec Dieu*» «*À ce moment-là (c'est-à-dire quand le patient ne veut pas suivre les traitements), on essayera peut-être aussi de négocier avec Dieu, de dire 'on peut respecter tout à fait ce qui est de votre engagement spirituel mais peut-être que Dieu ne vous en voudra pas non plus de faire ce qu'il faut pour vous soigner'*» (e44). L'une de ses collègues, exerçant dans un autre hôpital de la Seine-Saint-Denis, a également recours à Dieu pour faire prendre conscience aux patients que les traitements anti-rétroviraux et l'engagement religieux ne sont pas incompatibles «*Je leur dis, 'oui, d'accord, mais sûrement, cet être auquel vous faites référence et qui vous demande ceci et cela, aurait besoin, pour vous aider à aller bien, que vous fassiez un minimum d'effort pour que ce soit possible'*» (e23).

Un médecin exerçant dans un hôpital de Seine-Saint-Denis va plus loin que ses collègues dans sa démarche de persuasion dans la mesure où il utilise l'un de ses outils de travail pour convaincre ses patients d'arrêter certaines pratiques. Il propose à certains patients musulmans de les exonérer de leurs devoirs religieux en leur rédigeant un certificat médical «*Je vois que c'est dangereux (la pratique du ramadan), je dis, 'non, il ne faut pas faire le ramadan', et je vais tout mettre en œuvre, j'ai même fait des certificats pour les imams, en disant, je dis, 'je fais un certificat à l'imam comme quoi votre état de santé vous interdit de faire le ramadan, et l'imam comprendra très bien', et donc y'a des patients qui disent, 'c'est très bien, maintenant, j'ai le papier, je vais donner ça à l'imam'*» (e16).

L'un de ses confrères fonctionne davantage sur le registre de la culpabilité dans la mesure où, aux immigrés, il leur présente l'observance comme l'une des conditions de leur survie. «*Quelqu'un qui vient d'Afrique Noire, explique ce médecin, ou quelqu'un qui vient dans une démarche de je viens chercher du travail en France, il apprend qu'il est malade, ce qui est quand même une catastrophe énorme donc faut les aider à ce qu'ils se remettent dans leur démarche initiale qui est, je viens en France pour trouver du travail (...) Ils arrivent, ils ont rien, et s'ils gagnent le virus au début, c'est quand même pas le meilleur des cadeaux surtout qu'ils pensent que là, ils vont mourir. Moi, à ma première consultation, quand ils*

apprennent ça, qu'ils ne vont pas mourir mais s'ils prennent bien les médicaments, c'est là toute mon interrogation sur le fait qu'ils croient parce que quelqu'un qui vient d'apprendre qu'il est séropositif, alors ça confronte immédiatement aux croyances des gens, donc moi j'arrive avec mon petit paquet cadeau, c'est 'y'a des médicaments et tu ne vas pas mourir'» (e6).

Sans être aussi explicite, l'une de ses consœurs, elle même Africaine, insiste auprès des patients africains sur le fait qu'ils ont de la chance de pouvoir bénéficier de soins (depuis 1998, les étrangers bénéficient d'un droit à un titre de séjour en cas de maladie grave). «l'insiste surtout, explique-t-elle, sur la nécessité de se faire soigner, qu'ils ont la chance de se soigner, donc qu'ils profitent de cette chance, je parle en ce sens-là» (e39).

Dans un certain nombre de cas, les médecins vont **tolérer** que leurs patients tiennent un discours qui les implique en tant qu'«auxiliaires» de Dieu ou qu'ils aient des pratiques «hétérodoxes» - au regard de la médecine officielle -, et ce dans la mesure où ces derniers se conforment à leurs prescriptions. Une médecin exerçant dans un hôpital parisien explique qu'elle accepte que l'une de ses patientes tienne un discours religieux dans la mesure où la prise des anti-rétroviraux n'est pas mise en cause. D'origine zaïroise, cette patiente considère que Dieu est à l'origine de toute chose. «Elle ramène tout à Dieu, explique cette médecin, 'si Dieu le veut, c'est Dieu qui va m'aider, qui m'aide à prendre bien mes traitements, c'est grâce à Dieu que mes traitements marchent'» (e25). Face à ce type de discours, cette médecin est partagée entre raisonner sa patiente et la laisser tenir ces propos car elle a le sentiment que cette démarche religieuse fidélise sa patiente au traitement. L'attitude qu'elle adopte est alors celle de l'humour. Quand cette patiente lui dit, «'y'a Dieu au dessus de vous, et pour moi, vous êtes juste en dessous de Dieu'», elle lui répond, «Je lui dis, 'arrêtez', on en plaisante, moi, j'en plaisante», mais, plus loin, elle ajoute, «son discours n'interfère pas avec ce que je considère être une bonne prise en charge donc ça c'est important (...) Je la taquine, je lui dis, 'quand même, c'est pas Dieu, c'est parce que vous, vous prenez bien vos médicaments', elle me dit, 'oui, mais c'est grâce à la force que me donne Dieu, qui me fait bien prendre mes médicaments', je lui dis, 'd'où que vienne la force, en tout cas, c'est bien, continuez comme ça'» (e25).

L'une de ses consœurs, exerçant dans un centre de santé, est convaincue que de nombreux patients africains prennent d'autres traitements que ceux qu'elle leur prescrits,

notamment ceux de marabouts. Face à ce type de pratiques, elle tient les propos suivants ☐ «☐ *laisse faire, oui, je laisse faire, à partir du moment où ils ne me font pas n'importe quoi avec les médicaments que je leur donne, je leur dis d'ailleurs, 'il faut bien les prendre, l'observance a son importance, si pour X raisons, vous ne vous sentez plus aptes à les prendre, vous arrêtez tout, et on en parle, vous ne me faites pas un jour sur deux, en prenant autre chose à côté, non, vous prenez bien ou vous ne prenez pas'* ☐ (e3).

L'un de ses confrères, praticien attaché dans deux hôpitaux (l'un à Paris, l'autre en banlieue parisienne), se situe dans le même registre ☐ «☐ *Je pense, dit-il à propos des patients africains, qu'ils sont tellement perdus quand on va leur annoncer la séropositivité, le fait de devoir prendre un traitement, le fait de ne plus pouvoir travailler, enfin pas tout mais y'a tellement de traumatismes dans l'annonce de la séropositivité, plus le vécu qu'on leur fait subir, que je trouve tout à fait normal que de temps en temps, ils aillent voir dans une autre école, et l'école des tradipraticiens, moi, je ne décourage pas ça, seulement, je ne veux pas que ça aille trop loin, je ne souhaite pas que ça ait trop d'incidences avec l'efficacité du traitement ou de la prise en charge* ☐ (e28). De la même façon, il ne va pas à l'encontre de certaines croyances de ses patients, et ce tant que cela n'empiète pas sur ses prescriptions. «☐ *Un musulman, explique-t-il, il va faire beaucoup de sacrifices en se disant que ça peut réduire la maladie (...) Quand vous lui annoncez que son biologique est amélioré, il a tendance à dire que 'c'est grâce aux sacrifices que j'ai faits', ce que je ne vais pas nier d'ailleurs, ça ne me gêne pas ce type de représentations, quand je suis embêté c'est lorsque les représentations, les croyances vont à l'encontre de l'efficacité des traitements* ☐ (e28).

De la même façon, l'un de ses confrères (PCONT), exerçant dans un hôpital de la Seine-Saint-Denis, accepte que l'un de ses patients fasse le ramadan parce qu'il continue à prendre ses traitements. «☐ *J'ai un monsieur maghrébin, dit-il, d'un certain âge, qui me disait qu'il faisait le ramadan, et on lui a expliqué que quand on est malade, même dans le Coran, le jeûne n'est pas obligatoire, je crois que c'est même écrit que le patient ne doit pas jeûner s'il est malade, donc nous on lui avait laissé le choix, à partir du moment où il avait choisi le jeûne, ce qui était important pour nous c'était quand même qu'il prenne les traitements, il pouvait jeûner mais il fallait qu'il prenne les traitements* ☐ (e21). L'un de ses confrères (PATT), exerçant dans les Hauts-de-Seine, accepte d'adapter le traitement médicamenteux au rite religieux (ramadan) à la condition que le patient soit en bonne santé ☐ «☐ *J'en a (des patients), dit-il, qui me demandent d'adapter leur traitement, le fait qu'ils ne vont manger*

qu'à partir de 18h00, c'est pas très compliqué à adapter les choses, du moment qu'ils sont en bonne santé (e14).

Le médecin est également amené à **s'adapter** aux croyances et pratiques religieuses de ses patients, et notamment à **accepter** son univers symbolique. Dans le cas de figure qui suit, le médecin distingue les patients avec qui il peut plaisanter de la religion des autres. «Une de mes patientes, explique-t-il, c'est un jeu tacite entre nous, à chaque fois qu'elle vient, je lui dis, 'comment ça va', 'je vais bien, par la grâce de Dieu', je dis, 'oui, je sais', je lui dis, 'vous savez Dieu, il ne fait pas grand chose là-dedans', alors là, je la provoque à chaque fois, elle me dit, 'docteur, vous êtes un mécréant, mais je vous sauverai, je vous ouvrirai à la parole divine', je lui dis, 'vous n'y arriverai pas' (...) c'est un jeu, c'est fait exprès (e16). Il précise qu'il ne tient pas ce type de discours à tous ces patients parce que, «Si le médecin ne croit pas en Dieu, le patient peut se sentir mal, il peut le prendre, 'si le médecin ne croit pas en Dieu, pourquoi je verrai ce médecin-là, s'il ne croit pas en Dieu, c'est qu'il n'y a rien à faire' (...) Il serait malvenu de la part du médecin de démonter les religions parce qu'on risque de perdre la confiance du patient (...) donc, ne pas se moquer de la religion, pas la mettre en doute non plus mais essayer de faire comprendre que la religion ne résout pas tous les problèmes, qu'elle peut aider mais qu'il faut un plus (e16).

On l'a indiqué à plusieurs reprises, les médecins ne reçoivent **pas de formation** sur les questions religieuses. Pour y faire face, certains vont mettre en avant leur propre appartenance (ou non appartenance) religieuse, tandis que d'autres vont se documenter sur le sujet.

Dans le premier cas de figure (exposer ses propres croyances), il y a le cas de cette médecin musulmane et africaine. Exerçant dans un hôpital des quartiers Nord de Paris, elle observe que certains patients musulmans croient qu'ils vont guérir du sida sans prendre de traitement. À ces patients, elle leur répond, «Dieu a donné les moyens de trouver des médicaments pour vous soigner, si vous refusez, Dieu vous a quand même donné les moyens de vous soigner». Elle ajoute, «Quand vous leur parlez comme ça, quand ils voient que c'est une personne qui croit aussi en Dieu qui leur dit ça, je pense que le message passe aussi (e39). Il ne s'agit pas, précise-t-elle, de faire du prosélytisme, mais de faire prendre conscience au patient «Que je sais de quoi ils parlent (e39).

Un autre médecin, exerçant dans un hôpital de la Seine-Saint-Denis et ne déclarant pas d'appartenance religieuse, estime que dans certains cas de figure, il est nécessaire de dire aux patients ce qu'il en est de sa propre démarche□de la sorte, il peut les inciter à parler d'eux-mêmes. Son objectif est *«□'essayer d'établir un vrai contact avec la personne, de trouver toutes les stratégies de reformulation, de provocation, de plaisanterie, enfin tout ce qui va permettre de comprendre ce qui se joue, et puis de ne pas refuser de m'exposer moi-même, éventuellement, de dire, autant mes patients savent que je suis juif d'origine et plutôt laïque athée mais que je suis médecin et citoyen ... pour amener les gens, justement, à accepter de parler un petit peu d'eux-mêmes, de choses intimes d'eux-mêmes□»* (e44). Il est à noter que cette démarche est assez isolée□les médecins préférant ne pas dire ce qu'il en est de leur propre engagement religieux. On peut l'expliquer par le fait que ce médecin a participé à des groupes Balint²²⁸ et est sensible au fait que la relation patient/médecin soit équilibrée.

Concernant le second cas de figure (se renseigner sur le fait religieux), on peut relever la démarche autodidacte d'un médecin (PATT) exerçant dans un hôpital des Hauts-de-Seine (92)□qui a lu un ouvrage intitulé *«□émarche de soins et spiritualité□»*²²⁹ et ce afin de mieux conseiller ses patients. *«□'ai parcouru un livre, dit-il, parce qu'on s'adapte, et je regardais qu'elles étaient les recommandations□»* (e14), notamment celles concernant les patients souhaitant faire le ramadan. Il faut également mentionner cette initiative, tout à fait marginale, d'un médecin musulman, d'origine africaine, qui s'est rendu dans une église proche de Paris, pour évaluer la dangerosité du discours qui y est tenu sur le VIH/Sida. *«□'m'est arrivé, dit-il, d'aller dans ces églises pour voir, pour ces patients qui étaient en rupture de traitement c'est-à-dire en échappement thérapeutique, pour savoir c'est quoi le discours qui leur était donné, et c'est vrai que le prêtre ne tient pas le discours d'interrompre les traitements mais il tient un discours qui consiste à dire, vous vous investissez dans la religion et vous allez aller mieux, et c'est que le pas entre ça et interrompre les traitements, il est vite franchi□»* (e28).

²²⁸ - Michael Balint est un médecin psychanalyste anglais qui, dans les années 1940, a développé à Londres, à la *Tavistock Clinic for Human Relations*, *«□ne formation collective des médecins généralistes, destinée à les sensibiliser à l'importance de la dimension psychologique dans la médecine générale□»*. Divers groupes Balint se sont mis en place, en France, au début des années 1960. L'étude réalisée par C. Herzlich sur l'un de ces groupes, insiste sur la dimension relationnelle qui existe entre patient et médecin, C. Herzlich, *«□Du symptôme organique à la norme sociale□des médecins dans un 'groupe Balint'□»*, *Sciences Sociales et Santé*, 1984, vol. II, n° 1, p. 12.

²²⁹ - Ce médecin ne se souvenait pas exactement du titre de cet ouvrage. Je pense qu'il doit s'agir d'un des premiers ouvrages écrits par Isabelle Lévy et intitulé *Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*, Paris, Estem, 1999.

Un autre médecin, praticien contractuel dans un hôpital de Seine-Saint-Denis et menant diverses actions de prévention auprès de personnes précarisées, au moyen d'un bus, a décidé de former les membres de son équipe (assistante sociale, psychologue, infirmière, animateur) en faisant intervenir différentes personnes, au cours de leurs réunions hebdomadaires. «*Je fais venir régulièrement des gens qui me parlent des pratiques religieuses, dit-il, y'a huit jours, y'a quelqu'un (ancien infirmier «spécialiste» de ces questions) qui est venu nous parler ... de tout ce qui est pratiques religieuses musulmanes, donc je l'ai fait venir afin qu'il explique à l'équipe, ce qui est la particularité musulmane ... il est venu (parler) pendant trois heures là-dessus» (e22).*

La première démarche des praticiens hospitaliers est de trouver, eux-mêmes, une solution aux problèmes qu'ils rencontrent face à l'engagement religieux de leurs patients. Cette attitude est autant une réponse aux contraintes posées par l'hôpital (temps des consultations limité, coût des traitements) qu'un moyen de s'assurer de leur autorité sur leurs patients. Mais, face à une situation qui peut rapidement basculer dans l'inextricable (résultats biologiques mauvais, le patient ne vient plus aux consultations, décès, ...), les médecins peuvent décider de recourir à d'autres personnes. On va le voir, ces recours sont beaucoup plus diversifiés que ceux des PU-PH mais surtout ils impliquent différemment le médecin.

b) Déléguer auprès d'autres personnes et recours à la médiation

La plupart des médecins de ce groupe recourt à d'autres personnes pour prendre en charge les croyances et pratiques religieuses de leurs patients. Ces personnes font rarement partie du personnel soignant (exceptés les infirmières et les psychiatres) car s'agissant de lever les obstacles aux prescriptions du médecin c'est-à-dire de modifier le comportement du patient, ces médecins estiment préférables d'avoir recours à un tiers proche du malade.

L'infirmière est très peu évoquée par les praticiens, comme un recours possible (cf. moindre hospitalisation) et, quand c'est le cas, c'est au nom de sa plus grande proximité avec les patients (l'infirmière peut recueillir des informations qui ne sont pas dites au médecin) ou de ses attributions professionnelles, notamment parce qu'elle est plus présente au moment des hospitalisations. Chef de service dans une unité de soins palliatifs et de suite sida, un médecin explique comment son équipe procède pour connaître l'appartenance religieuse des patients. «*Ici, c'est une infirmière qui fait l'entrée (pour les hospitalisations), donc elle demande à un*

moment, soit au patient, soit à la famille, si y'a une religion qu'il (le patient) pratique, elle tourne ça d'une certaine façon ... c'est la surveillante qui demande discrètement, en quelque sorte (e36).

Le recours au **psychiatre** intervient essentiellement quand le médecin estime que le patient est «*délirant*» c'est-à-dire que la dimension religieuse évolue vers un registre psychopathologique, qu'il ne maîtrise pas. Cette solution est assez rare car elle n'est pas considérée comme très efficace par les praticiens. Ainsi, une médecin (PHU) exerçant en Seine-Saint-Denis raconte que les patients lui disent plus de choses qu'au psychiatre «*J'a des choses que les patients me disent et qu'ils ne disent pas au psychiatre, explique-t-elle, quand j'ai eu des patients qui ont fait des délires mystiques, ils me racontaient plus de choses que ce qu'ils osent dire aux psychiatres*» (e23).

Lorsque le patient présente, au regard du médecin, certaines résistances comportementales (prise des médicaments irrégulière, prévention inexistante, ...), il a recours (quand cela est possible), au **psychologue**. Le temps pris pour lever les obstacles à la prise en charge du patient constitue un paramètre dans la décision et le choix du médecin. On retrouve cet aspect dans les propos de ce médecin (PH hors CHU) exerçant dans un hôpital de la banlieue parisienne (94) «*Quand il faut commencer à discuter (avec le patient), ça peut prendre très longtemps ... et c'est vrai qu'on n'a pas toujours le temps qu'on souhaiterait pour pouvoir aller plus loin*» (e15). En même temps, il souligne le fait que la collaboration avec les psychologues n'est pas toujours très fructueuse «*Les communications (avec les psychologues) ne sont pas toujours très (bonnes), on a du mal à avoir des informations en retour de la prise en charge avec les psychologues*» (e15).

Certains médecins soulignent aussi les limites de l'intervention du psychologue car celui-ci n'a pas toujours les compétences requises pour traiter les patients qu'ils leur adressent. Dans ce cas de figure, ils préfèrent recourir à des **ethnopsychiatres**²³⁰ ou des médiateurs culturels. Ainsi, quand ce médecin (PHU) exerçant en Seine-Saint-Denis, se rend compte que l'une de ses patientes pratique le vaudou, il préfère l'adresser à un ethnopsychiatre qu'à la psychologue du service car, selon lui, celle-ci n'a pas la connaissance

²³⁰ - Selon l'anthropologue F. Laplantine, l'ethnopsychiatrie «est une entreprise qui consiste à comprendre et à soigner le psychisme par la culture», F. Laplantine, *L'ethnopsychiatrie*, Paris, PUF, coll. Que sais-je, 1988, p. 5. Contrairement à ce qu'on peut penser, les ethnopsychiatres ne sont pas tous psychiatres, même si certains le sont.

de la «*culture vaudoue*» (e6). De la même façon, un autre médecin adresse ces patients à un ethnopsychiatre quand, dit-il, «*J'arrive pas, personnellement, moi ou la psychologue avec qui je bosse, à briser le carcan culturel, le carcan religieux*» (e22). Il ajoute, de manière ironique, «*L'ethnopsychiatrie n'y arrive pas plus que moi d'ailleurs (rire), enfin j'envoie quand même, quand je vois qu'il y a une espèce de point de résistance qu'on n'arrive pas à briser, parce que les croyances sont (ne finit pas sa phrase)*» (e22).

L'une des difficultés mentionnées par les médecins souhaitant adresser leurs patients à un ethnopsychiatre est la gestion du temps. Une médecin (PHU) travaillant dans un hôpital de Seine-Saint-Denis exprime cette situation dans les termes suivants «*On fait une demande de consultation en ethnopsychiatrie, ça va se faire huit semaines plus tard, et ensuite le patient sera revu X temps après (...) mais quand on a une masse de cinq cents patients à gérer, tous les deux mois, je veux dire dans la réalité des choses (...) y'a pas la ressource pour tout ça*» (e23). Et d'ajouter «*Moi, dit-elle, j'ai cinq cents malades à gérer, on a mille huit cent cinquante hôpitaux de jour par an, je ne peux pas attendre comme ça l'ethnopsychiatrie, ce n'est pas possible (...) tout ça, c'est une espèce de psychiatrie de luxe qui fonctionne à très petite vitesse*» (e23).

D'autres médecins s'interrogent aussi sur le bien fondé de l'ethnopsychiatrie. L'un d'entre eux estime que «*On ne peut pas briser une pratique qui est ancestrale ou rituelle (...) pour mettre quoi à la place, et comme on ne met rien à la place parce que les gens sont laissés dans leur ghetto culturel et intellectuel, c'est compliqué, et a-t-on le droit de faire ça, j'en sais rien, c'est toute la question, j'en sais rien, est-ce qu'on a le droit de déstructurer des gens sans les restructurer, je ne sais pas*» (e22).

Certains médecins n'hésitent pas à recourir à d'autres personnes, tel qu'un membre de la famille, proche ou éloignée, s'ils estiment qu'elles sont susceptibles d'influencer le patient dans le sens qu'ils souhaitent. Ces personnes sont envisagées comme des «*personnes ressources*» par les médecins. L'un d'entre eux (PH hors CHU) explique comment il envisage les choses «*Si une personne vient en disant, 'je suis venue avec ma sœur, est-ce qu'elle peut venir avec moi, docteur', je dis, 'si vous êtes d'accord, je suis d'accord' (...) ça repose sur l'idée de négociation, du choix des personnes, et si une personne dit, 'j'ai vachement confiance dans telle personne qui d'ailleurs, ça peut être des cas comme ça, 'ma*

sœur, elle m'emmène à l'église parce que toutes les deux on croit beaucoup', etc., ça peut être de cet ordre-là (e44).

Faire appel à des **médiateurs culturels** est un autre recours utilisé par les médecins pour faire face à des croyances et pratiques religieuses qui interfèrent dans leurs pratiques médicales. Généralement, ces médiateurs travaillent dans des associations de migrants compte tenu qu'il s'agit de gérer des problèmes «*culturels*» la culture et la religion du patient n'étant pas, selon les médecins, dissociées ou plutôt, la religion fait partie de la culture du patient. Le recours à ces médiateurs est une pratique beaucoup plus répandue en banlieue parisienne qu'à Paris, surtout dans les services où la file active est composée d'un nombre important d'immigrés.

Pour illustrer cette pratique (recours à un médiateur), on peut mentionner ce médecin (PATT) qui s'est retrouvé face à une patiente qui se croyait investie d'une mission prophétique (cette femme habitait un appartement de coordination thérapeutique et rendait visite aux autres locataires avec un crucifix en leur expliquant la mission de Jésus). Il a fait appel à une médiatrice interculturelle pour tenter de trouver une solution à cette femme un peu trop prosélyte à son goût «*était une personne de la République du Congo (la patiente), on a fait venir une médiatrice interculturelle du Congo, pour discuter, et qui est très très pieuse aussi, et qui a discuté avec elle, pour essayer de savoir ce qui se cachait derrière le prêche qu'elle faisait*» (e28). Et, quand il s'est trouvé face à un patient haïtien qui présentait des signes de délire psychiatrique, il a également fait intervenir un médiateur d'une association de haïtiens.

D'après un médecin, les associations sont le parent pauvre de la médecine. «*Les gens, dit-il, ont besoin d'un soutien, alors les psychologues, les psychiatres, les ethnopsychiatres c'est bien mais y'en a pas, y'a pas les budgets pour, donc on fait avec les petits moyens, avec des associations, des choses comme ça*» (e16). Dans un contexte où les médecins ne peuvent bénéficier des services/compétences de professionnels (psychiatre, psychologue, ...), la plupart d'entre eux développent des partenariats avec des associations spécialisées sur les migrants ils font appel à elles de manière ponctuelle ou alors, ils font en sorte qu'elles puissent tenir une permanence au sein de l'hôpital.

Dans le premier cas de figure (intervention ponctuelle), il s'agit de faire face à des cas considérés comme «*problématiques*». Un médecin raconte que pour certains patients africains «*qui restent persuadés que derrière (le sida) y'a des rites, la contamination est liée à un mauvais sort*» (e29), il a recours à une association qui fait venir d'Afrique, tous les ans, des tradipraticiens, lesquels travaillent sur la prise en charge de ces croyances.

Le recours ponctuel à des associations peut créer de mauvaises surprises, notamment quand le médecin n'a pas eu le temps de rencontrer ses dirigeants et de connaître ses objectifs. Un médecin, exerçant dans un CHI du Val-de-Marne, raconte qu'il a une fois fait appel à une association qui était, dit-il, «*pas mal axée sur la religion, notamment en termes d'explications et d'informations par rapport au VIH, qui ne sont pas forcément des informations vérifiées scientifiquement et qui peuvent poser des problèmes, je ne dirai pas d' enrôlement religieux mais (...) il faut aussi essayer d'être prudent par rapport aux associations avec lesquelles on travaille*» (e15).

Dans le second cas de figure (association assurant une permanence au sein de l'hôpital), l'association joue un rôle préventif, en banalisant le VIH/Sida auprès des populations, et en détectant les éventuels problèmes liés à la religion. Un médecin exerçant en Seine-Saint-Denis raconte qu'une association vient régulièrement dans son service, «*parce qu'on a une population africaine importante, donc ce sont des africaines (les femmes de l'association), elles-mêmes séropositives, vivant, pour les plus anciennes, vivant en France, intégrées complètement mais quand même avec leurs racines, avec leurs croyances et ayant vécu le drame du sida (...) donc elles sont là (les femmes de l'association) pour dédramatiser pour les nouvelles venues*» (e16)²³¹. Parfois, les femmes de cette association mettent en garde les médecins quand une patiente s'investit beaucoup dans la religion «*elles disent 'attention, là, y'a un petit problème, il va falloir jouer serré, il va falloir rectifier le tir', parce que ça peut jouer, quelles que soient les confessions*» (e16).

Il est intéressant de noter qu'un certain nombre de ces médecins jouent un rôle actif dans ces associations de migrants certains les ont créées, d'autres en sont administrateurs, un

²³¹ - Des études réalisées auprès des associations de femmes africaines montrent qu'elles se sont surtout développées dans les années 1980 et qu'elles constituent une passerelle entre la culture d'origine de ces femmes et la société française, C. Quiminal, «*Les associations de femmes africaines en France. Nouvelles formes de solidarité et individualisation*», *Cahiers du Gedisst* (Groupe d'études sur la division sociale et sexuelle du travail), 1998, n°11, pp. 111-130.

autre en est président... Ils sont dans une logique militante et, excepté l'un d'entre eux qui se dit musulman, les autres ne déclarent pas d'appartenance religieuse. Exerçant dans des zones où il y a une forte proportion d'immigrés (Nord de Paris et Seine-Saint-Denis), ils envisagent l'engagement religieux du patient africain d'un point de vue «marxiste» c'est-à-dire que la religion est perçue comme une sorte de refuge permettant de faire face à la fois à la détresse économique, à l'isolement social, et au déracinement culturel. «Les gens, explique l'un de ces médecins (PHU), ne viennent pas (en France) avec une démarche spirituelle, ils viennent avec une démarche poussée par un village qui est d'essayer de sortir soi-même de la difficulté que l'on a au pays pour avoir un travail (e6).

L'un de ses confrères (PATT) s'exprime en ces termes «Je pense que (la religion) c'est l'autre côté du refuge, quand autour de vous, tout est pourri, soit vous vous mettez une balle dans la tête, soit vous retournez sur des valeurs spirituelles qui vous permettent d'accepter votre vie pourrie, je pense, enfin je ne sais pas, ... L'image que j'ai du monde, c'est quand même que plus on est dans un pays en voie de développement, plus l'emprise de la religion est forte, et plus on va dans des pays évolués économiquement et plus y'a un abandon de la religion, exception faite peut-être de l'intégrisme américain» (e29).

Un autre médecin, exerçant en Seine-Saint-Denis, s'inscrit moins dans une lecture marxiste du fait religieux que féministe. Il manifeste un certain agacement face aux femmes musulmanes qui portent le voile «Par, dit-il, «Les histoires de voile y'a l'idée d'infériorité clairement de la femme, de soumission, de ne pas montrer son corps, ni le reste, donc c'est vrai que ça m'agasse un peu quand même, ça ne me plaît pas trop» (e44).

Quant à leur confrère musulman, d'origine africaine (PATT), il est plus nuancé dans ses propos, même s'il envisage aussi la religion comme une forme de «refuge». «Je pense, dit-il, que le fait de se retrouver dans un environnement (pour les africains), les pratiques de la religion sont reprises mais avec tout le côté culturel, je pense que là, c'est un refuge où les africains aiment bien se retrouver, et puis quelque part, (dans les églises fréquentées par les africains) y'a une reconstitution de l'atmosphère de leur village d'origine» (e28).

En s'investissant dans des associations destinées aux populations africaines, ces médecins mettent en avant des valeurs humanistes, celles de l'entraide et de la solidarité. L'un d'entre eux explique qu'il a créé son association pour que les Africains «lient des liens,

qu'ils aient des correspondants, qu'ils sachent qu'ils peuvent compter sur des gens, qu'on va essayer de les aider, de leur trouver un lieu pour dormir, qu'ils peuvent manger quelque part (e6). Un autre, à la fois généraliste et praticien attaché, met davantage en avant le fait que les associations dans lesquelles il est investi puissent être un relais pour les patients étrangers qui le consultent et qui sont dans une grande précarité. Son objectif, explique-t-il, est de «*faire le lien médical, réorienter (le patient) pour obtenir des papiers ou l'aide médicale, y'en a beaucoup qui arrivent à l'association (dans laquelle il est administrateur) qui n'ont pas de papiers, pas de sécu, qui sont en précarité totale, donc je débroussaille un peu le terrain ici, je les vois gratuitement ici (dans son cabinet), pour débroussiller le terrain, et puis si y'a besoin d'examens, de traitement, ou de choses comme ça, je les réoriente, comme je travaille à l'hôpital, en précarité, je connais bien le circuit pour régulariser au moins sur l'aide médicale d'État ... et quand y'a besoin d'aller plus loin dans le bilan, je peux les réorienter sur les consultations précaires*» (e29).

L'un de ses confrères (PH) envisage également l'association dont il est président et qui se destine aux patients africains, comme un lieu de médiation. Pour lui, l'association peut être un lieu de parole que n'offre pas l'institution hospitalière. «*Les patients africains, dit-il, peuvent trouver beaucoup plus leur compte dans un cadre associatif et éventuellement dans un cadre qui, justement, ne serait pas le colloque singulier, qui serait plutôt en groupe avec des gens avec qui on se sent un petit peu en confiance, on ne se sent pas menacé, une parole libre peut sortir*» (e44).

Très investis dans le milieu associatif, ces médecins deviennent plus ou moins spécialistes des migrants. Cela n'a pas été sans interrogation, notamment pour le médecin d'origine africaine. Dès le début de sa carrière professionnelle, à l'hôpital, ce médecin s'est vu proposé un poste pour soigner des patients africains. Sa première réaction a été de refuser. Au départ, dit-il, «*J'ai dit 'non' parce que c'est une forme d'exclusion, prendre un médecin de leurs pays d'origine (les africains) pouvant les prendre en charge, à mon avis, ça correspond à un schéma qui entretient l'exclusion de ces populations, donc au début, j'ai refusé, et puis ce qui s'est passé, c'est que spontanément, les malades venaient vers moi, spontanément les malades africains venaient vers moi ... et je me suis retrouvé à avoir une file active importante*» (e28).

Progressivement, ces médecins ont été reconnus, dans la sphère médicale et au-delà, comme des experts sur les migrants. L'un a écrit un article dans une revue sur ce thème (santé et migrants) et participe à un programme de jumelage entre l'hôpital où il exerce et un autre au Mali. Un autre intervient dans un séminaire multidisciplinaire sur la même thématique. Un autre forme le personnel de l'association dans laquelle il est administrateur sur les représentations sociales de la maladie chez les migrants. Quant au dernier, il est chroniqueur sur une radio destinée à la population africaine. Il intervient sur les questions de santé, et préside une association qui envoie du matériel médical dans des pays africains. D'une certaine manière, ces médecins trouvent dans leur engagement associatif une forme de reconnaissance sociale, et ce alors qu'au sein de la profession médicale s'occuper des exclus, et a fortiori, de leurs croyances et pratiques religieuses, n'est pas une activité valorisante.

Pour conclure sur les modalités d'actions auxquelles ont recours les médecins pour gérer les croyances et pratiques religieuses de leurs patients, on mentionnera le fait que dans certains cas de figure, ils peuvent décider de ne plus soigner le patient. «*Quand c'est quelqu'un qui est malade et qui, malgré tout, ne veut pas prendre de traitement, explique un médecin exerçant en Seine-Saint-Denis, (...) au bout d'un moment, mon attitude c'est de dire au patient, 'écoutez, moi je ne peux pas assurer votre soin (...) mais par contre, je vais vous diriger vers un confrère, moi je refuse de vous soigner dans des limites que vous m'imposez, je ne peux pas vous soigner'*» (e21). L'un de ses confrères exprime la même chose mais après avoir pris en considération l'ensemble des conditions socio-psychologiques du patient. «*M'arrive, explique ce médecin, quand on discute de ces choses-là en équipe, de dire que dès lors que des gens adultes, bien informés, moins délirants, que ce ne soit pas des psychotiques, que ce ne soit pas des délirants, qui sont dans une conviction qui est la-leur, même s'ils en crèvent, c'est leur choix, je vous le résume mais c'est un peu ça, que si y'a refus de traitement de la part de quelqu'un, si on a rempli ces conditions-là (...) après, arrive ce qui arrive*» (e44).

À la différence des praticiens hospitaliers – praticiens universitaires (PU-PH), les autres praticiens hospitaliers se trouvent dans une position sociale qui ne leur permet pas de déléguer les patients récalcitrants (ceux qui sont inobservants) à leurs confrères. Ils doivent gérer les problèmes liés à l'observance thérapeutique par leurs propres moyens. On l'a vu, leurs modalités d'actions sont beaucoup plus étendues que celles des PU-PH. Ils argumentent, négocient, tolèrent le recours à telle ou telle pratique religieuse. Certains d'entre

eux se sont constitués un réseau relationnel leur permettant de faire appel à des personnes ressources ou des médiateurs face à des patients considérés comme problématiques. En ce sens, ils sont les plus inventifs et les plus pragmatiques.

Le recours aux personnes ressources et aux médiateurs présentent, pour ces praticiens hospitaliers, deux avantages. Le premier est d'ordre financier dans la mesure où il ne s'agit pas de salarier des professionnels mais d'avoir recours à des associations financées dans le cadre des campagnes de lutte et de prévention contre le sida. Le second est lié aux rapports entre patient et médecin. Il est toujours difficile pour un praticien, notamment quand il réalise un suivi sur le long terme, de céder «son» patient à un confrère (psychiatre ou autre hospitalier). L'étude réalisée par C. Herzlich auprès de généralistes suivant une formation Balint souligne le fait que les médecins qui recommandent leurs patients à un confrère estiment être en échec²³². Avoir recours à des médiateurs travaillant dans des associations présente alors l'avantage, pour les médecins, de ne pas «perdre» leurs patients, et de rester «maîtres» de la situation.

Les recommandations faites par les différents rapports Delfraissy, visant à une prise en charge globale du patient (prise en compte des aspects sociaux, psychologiques, médicaux du patient), et ce afin d'améliorer l'observance thérapeutique, place le médecin dans une position ambivalente. D'un côté, il a un rapport beaucoup plus «humain» avec ses patients, de l'autre il devient un «expert total», gérant aussi bien la pathologie que l'environnement social et religieux des patients. La perte de légitimité sociale dont est l'objet le praticien hospitalier (cf. à l'égard de ses collègues, et notamment des PU-PH qui investissent le domaine de la recherche, mais aussi à l'égard des patients qui refusent de suivre leurs prescriptions) est alors compensée par une extension de ses pouvoirs (cf. normalisation des croyances et pratiques religieuses des patients).

Les praticiens hospitaliers (hors PU-PH) ne perçoivent pas la prise en charge des croyances et pratiques religieuses de leurs patients comme une activité dévalorisante et ce pour plusieurs raisons. La première tient au fait qu'ils la rattachent constamment à des considérations biomédicales (cf. l'observance thérapeutique obtenue par les résultats biologiques) et se défendent d'avoir des conversations philosophiques ou religieuses avec

²³² - C. Herzlich, «Du symptôme organique à la norme sociale» des médecins dans un 'groupe Balint', *Sciences Sociales et Santé*, 1984, vol. II, n° 1, p. 11-31.

leurs patients. La seconde est qu'elle concerne des patients (maghrébins et africains essentiellement) qu'ils se représentent comme étant religieux de par leur nature ou leur culture. La dernière raison est que cela permet, pour certains médecins, d'en tirer une certaine reconnaissance sociale (cf. diverses interventions en tant que spécialistes de ces populations), et ce en dehors du champ médical.

Conclusion

On a divisé le groupe des praticiens hospitaliers en deux segments car, selon leur statut professionnel, on se rend compte qu'ils ont une approche différente des croyances et pratiques religieuses de leurs patients.

Le fait religieux est peu pris en compte par les praticiens hospitaliers – praticiens universitaires (PU-PH). Cette situation ne s'explique pas par leur propre rapport à la religion, même si des nuances sont perceptibles, selon la religion d'appartenance, dans la justification à ne pas prendre en considération les croyances et pratiques religieuses du patient (cf. voir les positions du médecin catholique parlant de «*devoir de réserve*» et celles du protestant qui tient à préserver les patients du pouvoir de certains médecins). Elle ne s'explique pas non plus par le lieu d'exercice professionnel, même si, là encore, on observe que les praticiens exerçant dans des CHU du Nord de Paris voient davantage de manifestations religieuses que ceux exerçant sur la Rive Gauche. En fait, ce qui est déterminant dans l'approche que ces praticiens ont du fait religieux, c'est leur formation et leur statut professionnel. Ils sont tous spécialistes (maladies infectieuses et tropicales, médecine interne, immunologie) et vont voir apparaître le VIH alors qu'ils sont en poste, certains depuis plusieurs années, d'autres depuis quelques mois. Ils se sont donc formés sur le tas. En intégrant un CISIH (Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine), ils ont participé à l'avancement de la recherche clinique et à la diffusion des connaissances sur le virus. Aujourd'hui, ce sont eux qui enseignent aux étudiants le virus, les traitements, l'évolution de la pathologie, ... En réussissant le concours de PU-PH (praticien universitaire, praticien hospitalier), ces médecins ont atteint le sommet de la hiérarchie hospitalière, mais aussi de la profession médicale. Ils partagent leur «*temps plein*» à l'hôpital entre la recherche, l'enseignement et les soins. Dans ce cadre-là, ils ne conçoivent pas d'intégrer le fait religieux à la relation thérapeutique, et quand cela s'impose à eux, ils ont tendance à le déléguer auprès d'autres professionnels.

Le second segment professionnel réunit les autres praticiens hospitaliers – praticiens hospitaliers, praticiens contractuels, praticiens attachés. Même s'il est vrai que certains d'entre eux ont un statut plus précaire que d'autres (les praticiens hospitaliers ont réussi le concours et sont en poste alors que les praticiens contractuels et les attachés ne sont pas statutaires), on constate que leur approche du fait religieux dans la relation thérapeutique est relativement proche. En effet, ils ont tous pour objectif de limiter les obstacles à l'observance

et en ce sens ils s'intéressent aux personnes dont les croyances et pratiques religieuses peuvent interférer dans leurs prescriptions thérapeutiques. On constate qu'ils questionnent surtout les patients immigrés, ceux qu'ils supposent pratiquer le ramadan ou appartenir à un groupe évangélique (certains de ces groupes évoquent souvent la toute puissance de Dieu et parfois la guérison du sida).

La méthode adoptée par les médecins est plus ou moins intrusive (questionnement direct, par recoupement ou progressif) mais elle les conduit inévitablement à porter un jugement de valeur sur l'intensité de l'engagement religieux du patient. Animés de valeurs humanistes, ces médecins pensent agir pour le bien du patient, sans imaginer qu'il s'agit d'une intrusion dans sa vie privée. Cette situation est d'autant plus délicate qu'elle concerne essentiellement des patients immigrés c'est-à-dire ceux qui, globalement, sont les moins à même de pouvoir contrecarrer les arguments « scientifiques » du médecin.

QUATRIEME PARTIE

LES MEDECINS ASSOCIATIFS ET GENERALISTES

Les médecins «associatifs» (ceux qui exercent l'essentiel de leur activité liée au VIH dans une association) et généralistes constituent deux segments à part entière. On a fait le choix de les réunir dans une même partie car, à la différence des praticiens hospitaliers, ils ne prescrivent pas (à quelques exceptions près) de traitement anti-rétroviral. Cela signifie que la gestion du fait religieux qu'ils vont mettre en place sera distincte de celle des médecins exerçant à l'hôpital. L'enjeu de l'observance est réduit (comparativement à ce qui se passe à l'hôpital) et se traduit par des rapports différents vis-à-vis des patients touchés par le VIH/Sida.

Pour autant, ces médecins ont des logiques professionnelles qui leurs sont spécifiques. Ainsi, les médecins associatifs, salariés d'une association, sont plus proches des praticiens hospitaliers dans la mesure où leur rapport aux malades ne s'inscrit pas dans une logique d'intérêt économique. À l'inverse, les généralistes, en tant que travailleurs indépendants, voient leur revenu dépendre de leur patientèle et sont donc davantage sensibilisés au fait de satisfaire les attentes de leurs patients.

En tenant compte de ces considérations, il reste à déterminer ce qu'il en est de la gestion que ces médecins ont du fait religieux. Pour cela, on envisagera trois aspects, déjà dégagés pour les praticiens hospitaliers : l'approche du fait religieux, les modes de légitimation et les modalités d'action engagée.

I. Les médecins associatifs

Les médecins appartenant à ce segment professionnel se caractérisent par le fait qu'ils travaillent dans une association. À la différence d'autres praticiens qui partagent leur activité professionnelle entre l'hôpital et une association ou leur cabinet et une association, ceux-ci y consacrent l'essentiel de leur temps. Sept médecins se trouvent dans ce cas de figure dont six hommes et une femme²³³. Certains travaillent dans des associations qui gèrent des

²³³ - À la fin de cette section, consacrée aux médecins associatifs, on envisagera le cas de deux psychiatres. On a fait le choix de mettre ces médecins dans ce segment professionnel car ils ne prescrivent pas de traitement anti-rétroviral (c'est le cas des médecins associatifs) et n'exercent pas en tant que travailleur indépendant, pour leur activité liée au VIH. Pour autant, on ne peut inclure ces médecins dans l'analyse des médecins associatifs car leur spécialisation en psychiatrie leur fait envisager différemment la question de l'engagement religieux.

appartements de coordination thérapeutique (ACT)²³⁴ ou qui mènent des actions de prévention dans des foyers de travailleurs immigrés ou des prisons, d'autres exercent dans des structures de soins palliatifs... Ils ont en commun de s'adresser à des populations précaires et souvent immigrées.

Quatre de ces médecins sont omnipraticiens et trois sont spécialistes (deux en santé publique et un en soins palliatifs). La formation qu'ils ont reçue joue un rôle important dans la prise en compte des croyances et pratiques religieuses des patients. Sur les trois médecins spécialistes, tous ont reçu une formation en sciences humaines (l'un a même un doctorat en anthropologie), et ont été sensibilisés au fait que les représentations de la maladie, du corps, de la santé, ... varient d'un milieu socio-culturel à l'autre la religion pouvant avoir une influence sur ces représentations. Pour les autres médecins (omnipraticiens), s'ils n'ont pas reçu une telle formation, ils ont tous acquis une expérience professionnelle auprès de publics précaires (prison, association de migrants, ...), et/ou ont exercé à l'étranger (l'un en effectuant des stages dans des pays d'Afrique et d'Asie, l'autre parce qu'il est étranger). En d'autres termes, ces omnipraticiens ne se sont jamais installés à leur compte (excepté celui qui est étranger) mais, pour pouvoir exercer ailleurs qu'en cabinet, ils se sont « spécialisés » dans d'autres domaines (publics précaires, migrants).

Un autre élément doit être pris en compte pour comprendre le type de gestion du fait religieux mis en place par ces médecins celui de leur engagement dans le milieu associatif. La rémunération n'est pas ce qui les motive prioritairement car, au regard de ce que gagnent leurs confrères (notamment dans le secteur libéral), ils sont moins bien rémunérés. L'un d'entre eux envisage même son travail comme une forme de militantisme « C'est vrai, dit-il, qu'il y a une part de militantisme dans le travail en association » (e9). L'idée de travailler dans le milieu associatif s'est imposée au cours de leurs études ou après avoir exercé.

L'un d'entre eux raconte qu'au cours de ces études il s'est rendu compte qu'il avait beaucoup de mal à gérer ses rapports avec les patients et a préféré s'orienter vers des activités

²³⁴ - Les ACT ont été mis en place par la Direction Générale de la Santé (DGS) et la Direction de la Sécurité Sociale, suite à une circulaire datant de août 1994. Au sein de ces appartements sont reçus des personnes séropositives au HIV mais suffisamment autonomes pour pouvoir s'assurer leurs repas et autres gestes du quotidien. Là, ces personnes reçoivent un suivi médical, social et psychologique. L'objectif des ACT est d'éviter de regrouper en trop grand nombre des malades du sida, « afin de ne pas encourager la ségrégation des personnes souvent déjà marginalisées », A. Monlouis-Félicité, « Au plus proche de la vie familiale », *Informations sociales. Sida les nouvelles donnes*, 1998, n°1, 1998, p. 49.

qui l'impliquent moins au niveau relationnel. «*C'est vrai, dit-il, que la médecine pure et dure, clinique, j'aimais bien mais ça me bouffait trop, moi personnellement, je m'impliquais trop dans la relation avec les malades donc je rentrais un peu fracassé chez moi, je me souviens des gardes que je faisais, je rentrais très perturbé chez moi, donc c'est vrai que, ensuite, je me suis orienté vers la santé publique, qui est plus sur de l'organisation de la santé*» (e10).

Les médecins associatifs mettent souvent l'accent sur l'approche différente qu'ils ont du patient pour justifier leur orientation professionnelle. L'un d'entre eux s'explique en ces termes «*La vision hospitalière ne me plaisait pas trop puisqu'on s'occupait plus de la maladie que du malade, très grossièrement, pour simplifier, et puis on n'avait pas le temps à donner aux patients, et puis c'est un milieu quand même très confiné, où on est entre médecins et infirmières (...) Et c'est vrai que le fait de découvrir le milieu associatif avec à la fois les médecins, les infirmières, les assistants sociaux, les éducateurs, les psychologues, enfin tout un tas de fonctions et de personnes qu'on n'a pas forcément à l'hôpital ...avec une vision du malade qui est pluridisciplinaire et vraiment globale*» (e8).

Un autre médecin, dont l'activité consiste à mener des actions de prévention dans des foyers de travailleurs immigrés mais aussi à aider/conseiller des praticiens hospitaliers qui donnent des consultations auprès de migrants, explique qu'à la différence de la médecine libérale qui vise la «*rentabilité du cabinet*», à l'hôpital et dans une association, «*on a le temps de discuter (avec le patient), on a le temps de comprendre, on a le temps de converser, et pour essayer d'aider la personne sur ses représentations, à mieux comprendre le traitement qu'on lui donne*» (e27).

En d'autres termes, les médecins associatifs envisagent leur orientation professionnelle comme un moyen de pallier les insuffisances des autres secteurs d'activité le rapport au malade et la pluridisciplinarité sont valorisés par rapport à l'hôpital le temps consacré au patient et l'absence de rentabilité sont mis en avant par rapport à la médecine libérale²³⁵. Il reste à déterminer ce qu'il faut entendre par «*approche globale*» du fait religieux.

²³⁵ - Une exception doit être faite avec le médecin étranger, de nationalité algérienne, venu en France à la suite des événements qui ont frappé l'Algérie. Il a choisi d'être médecin car cela lui confère un statut prestigieux et il est respecté de ses compatriotes. En Algérie, explique-t-il, «*à le bon Dieu et juste en dessous, juste à l'étage*

1) Une approche globale

À la différence des praticiens hospitaliers, le fait religieux dans la relation thérapeutique présente un enjeu différent pour les médecins associatifs, et ce pour au moins deux raisons. La première tient au fait que, à l'exception de l'un d'entre eux, tous les autres ne prescrivent pas de traitements anti-rétroviraux. Le suivi thérapeutique (l'observance) fait partie de leurs préoccupations mais leur activité n'est pas orientée vers les soins curatifs. La seconde est liée à leur activité□ ils mènent des actions de prévention, coordonnent les soins voire ont un rôle de gestionnaire. Ainsi, l'un d'entre eux ne voit que trois patients dans la semaine car l'essentiel de son temps est consacré à coordonner et animer les différentes structures de l'association dans laquelle il travaille, sur la région Ile-de-France. De ce fait, la relation thérapeutique se construit différemment qu'à l'hôpital et ce tant au niveau des actions menées (cf. intervention collective dans des foyers ou prisons, permanence dans des foyers, consultation dans un café, ...) que dans le temps consacré au patient. Alors que la consultation d'un praticien hospitalier dure entre trois et vingt minutes (selon le cas de figure), celle du médecin associatif varie entre quarante minutes et deux heures.

L'approche qu'ont ces médecins du fait religieux est qualifiée de globale dans le sens où ils n'envisagent pas de traiter leurs patients d'un point de vue strictement médical mais aussi social, psychologique et religieux. Il ne s'agit pas, tels les praticiens hospitaliers, d'intégrer le fait religieux dans l'organisation des soins pour améliorer l'observance (suivi thérapeutique), mais d'envisager le patient dans ses différentes composantes (médicale, sociale, psychologique, religieuse, ...) pour pouvoir le soigner dans sa globalité. Cette approche, on va le voir, est essentiellement motivée par le fait que ces médecins traitent des patients immigrés, issus d'une culture différente. En d'autres termes, ce n'est pas le suivi des traitements anti-rétroviraux qui motive l'approche globale du médecin associatif mais la manière dont il se représente l'immigré.

Dans ce groupe de médecins, le fait religieux apparaît souvent quand le patient manifeste le désir d'en parler c'est-à-dire quand s'est nouée une relation de confiance entre les deux parties. Pour un omnipraticien, chargé du suivi longitudinal de patients vivant dans des foyers de travailleurs immigrés, « *il faut tisser le lien, c'est pas la première fois que vous*

en dessous, y'a le médecin. Moi, poursuit-il, je suis un type très mégaloman (...) donc j'aime bien que les gens viennent me considérer□ (e4).

lui parlez de ça, il faut qu'il revienne, qu'il vous connaisse (...) Quand il me voit (le patient), il me dit, 'je souhaite parler', on ferme la porte et on discute, on prend un café ou il m'apporte un thé, quelques fois il m'apporte un repas, les africains, ils m'apportent un repas, et puis je mange et on discute ensemble, on parle de ceci, cela, voyez parce qu'il faut mettre les gens à l'aise» (e4). Pour ce médecin, la connaissance de l'appartenance religieuse de ses patients passe également par le fait qu'il les voit se rendre dans la salle de prière du foyer (pour les musulmans)«Au sein de tous les foyers où on va, y'a des salles de prière donc moi je vois ces personnes aller faire leurs prières, y'a cinq prières par jour, et je suis intercalé entre deux prières, donc je vois ces personnes en train de faire leur prière et puis qui viennent me voir» (e4).

Les médecins qui mènent des actions de prévention dans des foyers de travailleurs immigrés ou dans des prisons préfèrent, d'emblée, intégrer la dimension religieuse à leur pratique. Ainsi, un médecin travaillant dans des foyers et prisons, explique quelle est la manière de travailler de son association«Nous, on travaille sur la prévention de la santé des migrants, on est dans une approche globale de la santé, ça veut dire que si on est financé sur le sida, on va pas aborder que le sida, on va aborder les autres problématiques de santé, mais aussi la santé mentale, la santé sociale et qui dit santé sociale, dit représentations de la maladie, représentations de la santé, représentations de la mort dans différentes cultures, donc on doit tenir compte des croyances des gens, des tabous, de tout ce qui entoure les représentations culturelles et religieuses des personnes». Concrètement, cela signifie «Que l'on tient compte des tabous entourant la sexualité, des images qui peuvent choquer parce que dans certaines cultures, on ne montre pas certaines choses, on est dans des actions de santé communautaire donc on doit s'appuyer sur les représentations des gens (...) On est dans une action où le relationnel joue beaucoup, il doit y avoir une interface entre le savoir du médecin et le savoir des personnes qui sont-là, et c'est dans cette interface que va se jouer la relation» (e9).

Dans le cas des soins palliatifs, la prise en compte de l'engagement religieux s'impose d'autant plus que les patients vivent sur place (ils ne viennent pas à une consultation à l'hôpital) voire y finissent leurs jours. Dans ce cas de figure, le médecin demande au patient s'il est intéressé par une «offre» religieuse. Un médecin spécialiste en soins palliatifs raconte comment il procède«Quand les patients le demandent, disent qu'ils ne sont pas bien par rapport à Dieu ou par rapport au sens de l'existence ou qu'ils ne sont pas bien parce qu'ils

ne comprennent pas des choses, quand on a l'impression que c'est la question du sens qui émerge, y'a les souffrances de fin de vie, y'a les souffrances physiques liées à la dégradation, y'a les souffrances morales(...) Et puis, y'a les questions du type, 'mais ça rime à quoi finalement cette existence', 'quand ça va s'arrêter', 'pourquoi je laisse des choses derrière moi', 'qu'est-ce qu'il va y avoir après', toutes ces questions-là qui font que ça touche la question de l'existence, de la finitude, là, ça paraît judicieux de proposer un soutien spirituel, en disant, 'est-ce que vous voulez rencontrer quelqu'un'» (e24).

Même si l'approche globale se traduit par le fait que le médecin intègre l'engagement spirituel du patient dans sa pratique professionnelle, il peut néanmoins solliciter le patient, le questionner sur la nature de cet engagement. Ainsi, une femme, médecin coordinatrice dans une association qui gère des appartements de coordination thérapeutique, dit poser la question à ses patients «Moi, dit-elle, je ne suis pas trop intrusive, je leur demande s'ils ont une croyance, en quoi ils croient (...) mais c'est vrai que je ne suis jamais allée en profondeur dans leurs croyances» (e10).

Un médecin coordinateur, par ailleurs praticien attaché à l'hôpital émet certaines réserves quant au fait de questionner les patients sur leur engagement religieux. Pour autant, il ne légitime pas son approche du fait religieux de la même façon que les praticiens hospitaliers. «Moi, dit-il, je ne vais pas leur poser la question, je n'ai jamais posé la question directement, 'est-ce que vous êtes croyant' (...) Je ne pose jamais la question spontanément à un patient, quelle est sa croyance, parce que je trouve que c'est intrusif (...) Je parle très peu de religion sauf quand les gens en parlent, et puis je les écoute, mais je veux dire, je ne donne pas mon avis, je ne dis pas 'c'est bien, vous avez raison, faut continuer à prier', voyez ce que je veux dire, je les écoute, ils en parlent, et je peux leur poser une question, 'ça vous aide', ils me disent 'oui', mais je ne porte pas de jugement de valeurs, même si au fond de moi, j'ai le sentiment que c'est une bonne chose» (e19).

2) Les formes de légitimation

Pour ce groupe de médecins, l'approche qu'ils ont du fait religieux est **légitimée** de trois manières différentes. La première et la plus prégnante est d'ordre culturaliste dans le sens où le médecin considère que les migrants ont besoin de soins adaptés à leur culture

d'origine. Dans cette perspective, le médecin estime nécessaire de tenir compte des croyances et pratiques religieuses des patients pour rendre sa pratique médicale plus efficace.

Un médecin menant des actions de prévention santé au sein de prisons et de foyers de travailleurs immigrés raconte les raisons pour lesquelles il est important de tenir compte des référents culturels ou religieux du public auquel il s'adresse. *«On est parti (en banlieue parisienne) et on est intervenu sur un foyer africain et puis on a parlé du sida, et au moment où on a commencé à poser les questions aux gens pour tester ce qu'ils avaient acquis comme savoir, on s'est rendu compte que le VIH, le sida, les modes de contamination, le cycle du virus, la transmission, les traitements, les préservatifs, tout était bien, et à un moment, y'en a un qui me dit, 'l'origine du VIH, la cause du sida, la cause première du sida ce n'est pas le VIH, la cause première c'est la transgression, et je vais vous le prouver que c'est la transgression', il me dit, 'regardez dans ce foyer', tout le monde avait l'air d'accord avec lui, il me dit, 'dans ce foyer, on a une prostituée qui était séropositive et elle a eu des relations avec plein de gens, et de tous ces gens-là, y'en a qu'un seul qui a été contaminé et cette personne-là, avant de partir de son pays, elle s'est disputée avec ses parents et ses parents l'ont maudit parce qu'ils ne voulaient pas qu'il parte et ils lui ont dit, tu vas aller trouver fortune et trouver de l'argent de l'autre côté de la mer et tu ne trouveras que malheur, mort et désolation, donc y'a que lui qui a eu le sida donc la cause première c'est cette transgression-là, c'est cette malédiction que les parents lui ont fait peser sur lui, et c'est ça la cause première', c'est-à-dire que la maladie n'est jamais sans cause, y'a toujours une causalité, et quand il s'agit de maladie infectieuse, la cause est souvent une transgression sociale, religieuse, culturelle, etc., (...) C'est vrai que si l'on ne tient pas compte de ces croyances-là ou si on ne les identifie pas, (il faut) au moins les identifier pour rendre compte des obstacles culturels et religieux qu'il va falloir débloquer pour faire passer l'information» (e9).*

La seconde forme de légitimation est d'ordre relationnelle elle consiste à vouloir personnaliser la relation au patient. Ainsi, ce médecin algérien, venu en France après les événements sanglants qui ont touché l'Algérie, en 1992-93, et travaillant dans des foyers de travailleurs immigrés, tient compte de l'appartenance religieuse de ses patients pour adapter le discours qu'il va leur tenir. *«C'est important, dit-il, c'est important, un bouddhiste et un musulman, vous ne pouvez pas les traiter de la même manière, y'a une conduite spécifique, appropriée, un chrétien, un athée, ce n'est pas la même chose, un médecin se doit d'adapter*

sa stratégie à la personne qui est en face, c'est important, vous n'allez pas dire à un athée, 'c'est Dieu qui l'a voulu', c'est ridicule (e4).

De la même façon, pour ce spécialiste en santé publique, exerçant auprès de migrants, connaître l'appartenance religieuse des patients lui permet d'adapter le traitement. *«Il est important, dit-il, actuellement, dans le monde où nous sommes, où les gens tiennent à certaines valeurs culturelles et religieuses, religieuses ou spirituelles, parce que la personne qui vient vous voir, si elle est musulmane ou chrétienne ou bouddhiste ou bien athée, elle vient et vous ne connaissez pas (sa religion) et la personne vous dit, 'docteur, vous savez que je suis musulman, y'a certaines choses (médicament) que (je ne peux pas prendre)', alors sûrement vous tiendrez compte de ce qu'il dit* (e27).

La troisième forme de légitimation est d'ordre médical avoir une approche globale du patient permet de saisir les problèmes liés à l'observance. *«Moi, explique la médecin coordinatrice dans une structure gérant des ACT, dans toutes les structures où je bosse, j'ai des consultations qui durent trois-quarts d'heure, une heure, j'essaye de comprendre, de prendre en charge la personne dans sa globalité, pas seulement par rapport au VIH, essayer de comprendre quelle est la difficulté par rapport (au traitement), quand on sait que y'a un traitement qui marche, pourquoi la personne l'a pris pendant trois mois et puis pourquoi elle s'arrête, je suis obligée de m'interroger sur la relation de la personne au traitement, du coup de la relation de la personne à la vie et à la mort, et après je suis obligée de travailler autour de ces symboliques, et de savoir quelles valeurs peut prendre sa vie* (e10). L'argument médical est beaucoup plus utilisé par les médecins qui ont des liens avec l'hôpital (cf. consultations) ou prescrivent des traitements que par les autres.

Quant au médecin qui manifeste certaines réserves dans le fait de s'intéresser aux croyances et pratiques religieuses des patients, il se justifie de la manière suivante *«Moi, dit-il, j'essaye de ne pas être trop intrusif (...) Je pense que ça met les patients un peu mal à l'aise d'être trop intrusif, c'est personnel. Moi, autant je fais un interrogatoire médical complet, pour tout ce qui concerne la pathologie, donc le mode de vie, la profession, etc., c'est des données importantes, autant par contre je ne vais pas aller leur demander leurs croyances s'ils en parlent pas spontanément, je ne vais pas aller leur demander quelle est leur croyance, parce que je trouve que ça risquerait d'être intrusif. Dans le domaine du VIH, on était très intrusif dans les débuts, où justement, on demandait le nombre de rapports*

(sexuels) etc., et même quand ça n'avait pas de raisons épidémiologiques et que y'a des médecins qui continuaient à être vraiment très, très intrusifs, je pense que maintenant, on a de moins en moins de raisons de l'être☒ (e19).

Au regard des propos tenus par les médecins associatifs, on constate qu'ils ont recours aux mêmes arguments que les praticiens hospitaliers (hors PU-PH) pour légitimer leur approche du fait religieux. Cependant, un élément les différencie, et il est de taille☒alors que les praticiens hospitaliers mettent surtout l'accent sur la question de l'observance (tous ont rattaché la prise en compte des manifestations religieuses à l'observance thérapeutique), les médecins associatifs, n'étant pas tous concernés par le suivi thérapeutique des patients, mais aussi parce qu'ils ne sont pas tous dans les soins curatifs, privilégient une approche globale du patient. En d'autres termes, les praticiens hospitaliers ne se préoccuperaient pas de l'engagement religieux de leurs patients si cela n'avait pas une incidence sur leurs prescriptions, alors que les médecins associatifs s'en chargeraient malgré tout car ils considèrent qu'ils doivent adapter leur pratique médicale à leurs patients d'origine étrangère. Pour ces derniers médecins, la dimension religieuse est intégrée à leur pratique médicale.

3) Les modalités d'action

La caractéristique principale des médecins associatifs est qu'ils intègrent la dimension religieuse à leur pratique médicale et le font de manière plus ou moins systématisée. Pour avoir un aperçu de la pratique de ces médecins, on a retenu deux cas de figure qui permettent d'observer deux manières distinctes d'opérer☒ l'une est individualisée et personnalisée, l'autre est collective et professionnalisée²³⁶.

Dans le premier cas de figure, on est face à un médecin qui exerce une partie de son activité professionnelle dans une association gérant des appartements de coordination thérapeutique (ACT). Elle est omnipraticien et travaille dans cette structure depuis sa création, en 1998. Elle rencontre chaque patient une fois par semaine à raison de trois quarts d'heure à une heure chacun. Il s'agit de personnes se trouvant dans une très grande précarité. Son rôle

²³⁶ - Pour le médecin qui préfère ne pas aborder les questions religieuses (volonté de respecter leur intimité), ses modalités d'action consistent essentiellement à écouter et conseiller le patient. Il évoque l'existence, dans l'hôpital où il exerçait, de petites fiches mises à disposition des patients musulmans et leur recommandant de ne pas pratiquer le ramadan lorsqu'ils sont atteints de pathologies chroniques, ces recommandations étant faites par des imams.

consiste à coordonner leurs soins mais aussi à les aider à accepter la maladie, à se réinsérer socialement, ... Dans le cadre de ses fonctions, elle envisage la religion comme un «outil de travail» qu'elle utilise dans trois cas de figure différents.

Dans le premier cas de figure, la religion est envisagée comme un moyen d'intégration ou d'insertion sociale. Cette médecin considère le lieu de culte comme un lieu de sociabilité, d'échanges et de convivialité. «*Les gens (vivant en ACT), c'est des gens très seuls, qui sont dans une très grande solitude, ils peuvent voir dans la semaine que des travailleurs sociaux et avoir les rencontres médicales mais sinon, ne plus voir personne, donc c'est vrai que (la religion) c'est une façon pour moi de les resocialiser*» (e10). Elle explique que ces patients, notamment les africains, ne vont pas dans des associations de lutte contre le VIH/Sida (Aides, Arc-en-ciel, Ikambéré) car ils craignent de se retrouver face à quelqu'un de leur pays d'origine et qu'ainsi leur séropositivité au VIH ne soit révélée. «*Ils vont s'interdire (les patients africains) d'aller dans les associations, donc le lieu religieux peut être un endroit où ils vont rencontrer du monde et amorcer une resocialisation. Pour moi, ça me sert dans ce sens, parce qu'une fois qu'on amorce la resocialisation, ça veut dire peut-être pouvoir aller manger avec quelqu'un qu'on a rencontré, parce que les repas, pour moi, en tant que médecin, c'est quelque chose de très très important (...) quand on mange seul, on n'a plus très envie de manger et puis peu à peu on laisse tomber cette notion de faire attention à soi, de faire attention à son corps, si on mange avec d'autres personnes, la dimension conviviale intervient*». De ce fait, l'engagement religieux de ses patients «*fait partie complètement du traitement, tout ça, ça fait des interactions entre différents lieux, le lieu religieux va me permettre à travers la resocialisation de pouvoir travailler les choses par rapport au temps de repas*» (e10).

Cette médecin se sert aussi de la religion pour (re)donner espoir à ses patients. Elle évoque le cas des patients africains «*déracinés*», «*sans attache*», et dont certains ont vécu des «*horreurs*» dans leur pays d'origine, notamment les rwandais. «*Je sais, dit-elle, que certains patients ont vécu des horreurs qui moi m'ont fait associer spontanément à ce qu'avaient pu vivre certains juifs pendant la Shoah, et après ça, comment vous redonnez du sens à la vie*» (e10). Démunie face à ces patients, elle pense que la religion peut être un moyen de leur redonner espoir. «*Moi, dit-elle, je me sens un petit peu démunie, toute seule, alors j'essaye de voir quels rapports ils ont avec leur Dieu, et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à (recourir à la religion)*» (e10). Elle évoque alors le cas d'un patient rwandais,

«*Qui est incapable de remplir son rôle d'homme vis-à-vis de sa femme et son fils qu'il a laissés là-bas, incapable d'envoyer de l'argent, se sentant dans une très très grande culpabilité de vivre en France, en fait, il ne fait que survivre après tout ce qu'il a vécu*» (e10). «*Pour essayer de le raccrocher à la vie, poursuit-elle, et de lui donner envie de se battre, c'est vrai que j'ai cherché un tiers et que ça a été la religion à qui j'ai fait appel pour qu'il se permette de vivre ici, sans être dans la culpabilité d'avoir laissé là-bas sa famille*» (e10).

Dans le troisième cas de figure, cette médecin utilise la religion comme un rempart contre l'inobservance. Face à des patients qui veulent arrêter de prendre leur traitement anti-rétroviral, «*Je leur fais comprendre que la vie passait avant tout, que je ne pouvais pas croire que leur Dieu pouvait penser que ça valait le coup de mettre en danger leur vie et tout le combat qu'ils avaient mené parce que je sais que s'ils commencent à ne plus prendre les traitements ou à ne les prendre que le soir, ils risquent de devenir résistants au traitement, donc ça, ça fait partie des arguments que j'ai utilisés*» (e10). Elle poursuit en ces termes, «*Je me suis servie du sens de la vie, du fait qu'on n'a pas le droit de porter atteinte à sa vie, que sa vie appartient à Dieu et que eux, à ce moment-là, ils n'avaient pas le droit de mettre en l'air tous les efforts qu'ils avaient faits*» (e10). On peut mesurer, ici, combien la gestion du fait religieux est envisagée différemment selon le segment professionnel auquel appartient le médecin que l'on se souvienne de ce PU-PH catholique qui disait ne pas pouvoir envisager la religion comme un rempart au suicide (il préfère déléguer ce type d'action aux aumôniers), alors que cette médecin l'utilise comme un outil pour éviter la non-observance thérapeutique.

Le deuxième médecin exerce dans une structure de soins palliatifs qui a récemment ouvert ses portes (fin 2003). Il y travaille à plein temps et est spécialiste en soins palliatifs. Il traite des patients touchés par le VIH/Sida mais aussi par d'autres pathologies dans la mesure où la structure qui l'emploie est ouverte aux personnes en fin de vie ou atteintes d'une maladie mortelle.

Le premier élément caractérisant ce médecin est d'avoir reçu une formation (soins palliatifs) où la dimension spirituelle n'est pas exclue de la pratique professionnelle. Ainsi, selon la charte adoptée par la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, la prise en charge du patient est globale c'est-à-dire médicale, psychologique, sociale et

spirituelle²³⁷. En d'autres termes, et ce à la différence de ses confrères, ce médecin se préoccupe de l'engagement religieux de tous ses patients, qu'ils soient ou non immigrés.

Cette approche globale est pourtant fortement marquée par une division sociale du travail□chaque membre de l'équipe soignante doit s'en tenir à son domaine de compétences. Dans cette configuration, la gestion du fait religieux relève de spécialistes religieux, et non pas du psychologue ou du médecin. «*D'emblée, explique ce médecin, je propose (au patient) un intervenant (religieux) en disant que moi, je suis dans un autre métier. En tant que médecin, j'ai travaillé sur les questions spirituelles, un petit peu, loin s'en faut d'être quelqu'un dont c'est le métier, mais je pense que si le psychologue commence à travailler ces questions ou si l'assistante sociale commence à s'interroger sur les médicaments ou si moi je commence sur l'accompagnement spirituel, on sort de nos rôles, on glisse et on risque de se faire du mal et de faire du mal aux patients*» (e24). Pour ce médecin, ce n'est pas l'origine culturelle du patient ou la non-observance thérapeutique qui favorise la prise en charge des croyances et pratiques religieuses mais le fait que le patient en manifeste le désir.

Cette position (répartition des tâches selon les métiers) n'exclut pas des discussions sur la religion. «*La m'est arrivé, raconte ce médecin, que des familles de patients me disent, 'je n'ai pas envie de rencontrer quelqu'un, je voudrais en parler avec vous', je pense à la maman d'un gamin de vingt ans qui est mort y'a quelques mois, qui était dans une grande souffrance spirituelle, c'était typiquement dans l'éducation qu'elle avait reçue, qui était une éducation musulmane, Dieu était responsable de tout ce qui arrivait donc s'il lui arrivait tel malheur c'est parce qu'elle avait mal agi (...). Je lui avais proposé de rencontrer quelqu'un des religions, pour parler de ça(...). Moi, je ne me sentais pas d'attaque mais elle n'a pas voulu, elle souhaitait qu'on en parle, donc on s'est posé pour en parler dans la mesure où on était de religions proches puisque moi, je suis juif, et elle, elle est musulmane, c'est les religions du Livre, on a un peu parlé du Livre de Job (...). Et puis je lui ai dit que ce que je*

²³⁷ - Voir le site Internet de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs□ <<http://www.sfap.org/index>>, consulté en août 2005. Par ailleurs, cette même société définit les soins palliatifs de la manière suivante□ «*Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et sa mort comme un processus normal. Ils ne hâtent ni ne retardent le décès. Leur but est de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'à la mort*». Ce type de soins prend en considération la douleur physique, la souffrance psychologique, morale et spirituelle. Il ne s'agit pas de soins curatifs dans le sens où il y a un renoncement à agir sur la cause de la maladie que l'on sait désormais incurable mais d'agir sur le fait de vivre sa mort, I. Baszanger, «*La fin de vie*□de nouvelles frontières entre curatif et palliatif», *Quelle médecine voulons-nous*□, I. Baszanger, M. Bungener, A. Paillet (dir.), Paris, La Dispute, 2002, p. 214.

pouvais lui fournir s'arrêtait là, parce qu'après, ce n'est plus mon rôle et que je n'étais pas compétent (e24).

La structure dans laquelle travaille ce médecin a décidé de faire appel aux services du prêtre de la paroisse voisine il passe une fois par semaine rencontrer les patients qui le souhaitent. Le choix de ce référent spirituel s'est fait à la suite d'un entretien, et ce afin de *«Comprendre quelles étaient ses motivations (du prêtre), à essayer de voir s'il n'essayait pas de récupérer des brebis égarées pour sa paroisse, je pense vraiment pas»* (e24). Et ce médecin ajoute, en reprenant les propos de son directeur, *«Tu moins avec un curé, on sait d'où il vient et quelle formation il a»* (e24).

Dès lors qu'un patient exprime le désir de rencontrer un représentant d'une autre religion, c'est le médecin qui se charge d'effectuer les démarches pour satisfaire sa demande (*«Une dame (patiente) m'a dit comme ça, 'oui, je voudrais un moine bouddhiste tibétain', on lui a trouvé un moine bouddhiste tibétain»*). *«Souvent, explique ce médecin, j'essaie de rencontrer l'intervenant, moi ou l'autre médecin, un petit peu avant pour expliquer sans trop entrer dans les détails, ce qu'est la nature de sa demande (au patient), 'voilà, c'est quelqu'un qui est à la fin de sa vie et qui est chez nous depuis tant de temps', et il faut le préparer (l'intervenant religieux) parce qu'on a des patients qui ont des plaies moches avec défiguration, ou des odeurs épouvantables, qui sont amputés de plusieurs membres, ça peut être choquant pour quelqu'un qui n'est pas d'un métier soignant»*. Après avoir rencontré le patient, l'intervenant spirituel peut souhaiter voir l'équipe soignante et discuter avec elle *«En général, ils le souhaitent mais ce n'est pas une règle absolue et c'est un espace qui est à eux, ce n'est pas parce qu'on est dans une prise en charge globale qu'on doit savoir tout ce qui s'est dit à tous les moments, de quel droit»* (e24).

Ce médecin refuse de secourir, coûte que coûte, un patient qui souhaiterait arrêter ses traitements anti-rétroviraux. *«En cinq ans de soins palliatifs, je l'ai vu une fois chez une dame musulmane qui voulait faire le ramadan, personnellement, ça ne me pose pas de problème qu'elle jeûne, c'est sa vie, c'est son corps, c'est son histoire (...) j'avais expliqué à la dame qu'elle risquait d'avoir tel et tel symptôme si elle ne prenait pas les pilules et puis par ailleurs, dans l'islam, quand on est malade, c'est péché que de faire le jeûne»*. Mais, ajoute-t-il, *«Il suffit que je lui dise, après elle choisit, de quel droit je m'immiscerais (dans ses choix) ... donc elle a jeûné, c'est ses oignons, aucun problème»* (e24). De la même façon,

il accepte que des patients recourent à des thérapies parallèles à partir du moment où il les a informés des effets (nocifs) que cela peut provoquer sur eux. Évoquant le cas d'une patiente qui consulte quelqu'un («*l'âtre supérieur*») pratiquant des «*soins spirituels*», il explique qu'il a «*beaucoup négocié (avec elle) parce que y'a des traitements que je lui avais proposés, qui me paraissaient utiles pour elle et qu'elle n'a pas voulu parce que ce n'était pas compatible avec la phytothérapie, la poudre d'aileron de requin, et le gouzi gouzi*²³⁸. Je lui ai dit très clairement que le gouzi gouzi ne marcherait pas et que la cortisone lui rendrait service, mais je n'étais pas là pour choisir à sa place. Elle m'a dit qu'elle choisissait le gouzi gouzi, de quel droit je lui imposerais la cortisone» elle est grande, elle est majeure, vaccinée, elle a toutes ses dents (e24).

Ce médecin fait reposer les relations qu'il a avec ses patients sur la notion de responsabilité. À partir du moment où ces derniers sont informés des dangers de telle ou telle pratique, il les laisse libre de leur choix.

À partir de ces deux exemples, on peut observer deux manières différentes de prendre en charge les croyances et pratiques religieuses des patients. Dans le premier cas de figure, la médecin n'a pas reçu de formation sur la gestion du fait religieux dans la relation thérapeutique. Elle utilise la religion pour resocialiser ses patients, leur redonner le goût de vivre ou encore éviter qu'ils n'arrêtent leur traitement ou se suicident, mais il s'agit d'une initiative personnelle. Travaillant en équipe (directeur de la structure, psychologue, assistante sociale, ...), elle est, malgré tout, livrée à elle-même quand elle doit remplir ses objectifs» réinsérer socialement les patients. La religion devient un «*outil de travail*» car elle est «*démunie*» face à certains patients. Cette médecin s'interroge sur les «*dangers*» d'une telle approche» la religion est-elle forcément un élément positif pour les patients» On le voit, cette approche (individualisée et personnalisée), qui, il faut le rappeler, répond à des objectifs professionnels (réinsérer socialement les patients) comporte des dangers» celui de sortir le médecin de sa sphère de compétence et d'empiéter sur des aspects aussi intimes que l'engagement religieux ou la liberté de conscience.

Dans le second cas de figure, le médecin s'est spécialisé dans une discipline où une réflexion a été menée et des principes ont été posés sur la prise en charge des croyances et

²³⁸ - Pour ce médecin, ce qu'il appelle le «*gouzi gouzi*» correspond à de la poudre d'aileron de requin, de l'essence de Kamophile, de la tisane, ... c'est-à-dire des thérapies parallèles.

pratiques religieuses (spirituelles) des patients. Ainsi, les pionniers de cette discipline (cf. Marie De Hennezel²³⁹) sont aujourd'hui critiqués pour leur conception «idéale» de la mort. Pour ce médecin, «La bonne mort, c'est la mort telle que les gens peuvent arriver à la vivre, mais c'est parfois loin de l'idéal absolu qu'on voit dans les livres de Marie de Hennezel» (e24).

Ce médecin travaille dans une institution où cette réflexion se poursuit (quel référent religieux retenir pour la structure) et ces principes sont mis en application. On le voit notamment sur le détachement qu'il affiche à l'égard des patients qui ne suivent pas ses prescriptions thérapeutiques et décident de suivre une thérapie parallèle. Dans ce cas de figure, le patient est envisagé comme un acteur responsable de ses choix.

Les modalités d'action de ces deux médecins sont spécifiques dans le sens où ils voient régulièrement les mêmes patients, lesquels vivent en permanence dans la structure dans laquelle ils travaillent. Pour ceux qui exercent dans des foyers de travailleurs immigrés ou dans des prisons, les actions engagées sont plus ponctuelles, mais participent de la même démarche, celle d'un partenariat possible entre médecins et représentants spirituels. L'un de ces médecins raconte qu'au cours d'une intervention dans un foyer de travailleurs immigrés, il a fait appel à un imam pour appuyer/légitimer son discours de prévention. «On voulait faire une intervention sur le sida, explique-t-il, on était parti un vendredi, on n'avait pas capté que c'était la prière du vendredi, y'avait beaucoup de gens même des gens extérieurs au foyer, donc moi j'étais parti voir l'imam, je lui ai dit, 'écoutez, moi je voudrais bien que vous parliez du sida', il m'avait dit, 'y'a pas de problème', il s'est assis, moi, j'avais parlé, et lui reprenait derrière moi, il expliquait en arabe et les gens avaient l'air de bien comprendre et de poser des questions, voilà, ça s'est très bien passé» (e9).

Ce type d'action souligne bien le fait que pour certains médecins associatifs les représentants religieux sont envisagés comme des partenaires avec lesquels il est possible de travailler. Il ne s'agit pas de leur déléguer certaines tâches mais de les inclure dans une démarche où ils apportent une légitimité morale à un discours médical. On peut considérer que ce type de médecine se rapproche beaucoup de la médecine communautaire, et ce dans la

²³⁹ - M. De Hennezel, *La mort intime. Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*, Paris, Pocket, 1999.

mesure où il n'existe pas de rapports marchands entre les parties (médecin/patient) et où les acteurs s'approprient le savoir qui leur est livré.

La question de l'observance est beaucoup moins présente dans le discours des médecins associatifs, et ce notamment parce qu'un certain nombre d'entre eux mènent surtout des actions de prévention. Pour ceux qui s'en préoccupent malgré tout, on retrouve cette idée de négocier des pratiques parallèles contre le traitement anti-rétroviral (voir les praticiens hospitaliers). Ainsi, un médecin associatif raconte que quand il fait des médiations auprès de praticiens hospitaliers, il leur explique qu'il est possible que les patients africains suivent un «*□omplètement de traitement*□ c'est-à-dire recourent à la médecine traditionnelle, dans la mesure où ils continuent à prendre leur traitement anti-rétroviral. Le recours à la médecine traditionnelle, dit-il, «*□'est important, ça a une action importante sur le psychisme de l'individu, (s'adressant au praticien hospitalier il dit) 'laissez-le faire dans la mesure où ça va apporter un effet bénéfique pour la personne, ce n'est pas antagoniste (...) L'essentiel, pour la personne, pour qu'elle se sente bien dans sa tête, c'est qu'elle puisse croire à ce type de traitement, et ensuite, de continuer à suivre le traitement médical... dans les normes'*□ (e27). Dès lors, on constate que plus le médecin associatif se rapproche du milieu hospitalier, plus il tend à en reproduire les modalités d'action. En d'autres termes, l'interpénétration des sphères religieuse et médicale est d'autant plus forte (cf. intervention d'un imam ou de représentants religieux) que le médecin est peu concerné par la question de l'observance et/ou des soins curatifs.

Pour conclure sur les médecins associatifs, il faut souligner un aspect important, celui de leur appartenance religieuse. Six d'entre eux, sur les sept, déclarent une appartenance religieuse (trois juifs, deux musulmans, et un catholique), et le septième déclare ne pas avoir de religion mais se dit «*□éiste d'extraction musulmane*□ (il croit en Dieu mais estime que les religions sont des créations de l'homme). À titre de comparaison, parmi les seize praticiens hospitaliers (hors PU-PH), onze sont sans appartenance religieuse²⁴⁰. Dès lors, peut-on établir un lien entre l'approche globale qu'ont certains de ces médecins et leur appartenance religieuse□ S'il n'existe pas de lien manifeste ou tangible entre l'appartenance religieuse de ces médecins et le type d'approche qu'ils ont de la médecine (cf. ces médecins ne mettent pas en avant leur appartenance religieuse auprès de leurs patients), il faut cependant constater

²⁴⁰ - Pour les cinq autres, deux sont musulmans, deux catholiques et un de culture chrétienne.

qu'ils intègrent la religion dans leur pratique médicale (recours à des représentants religieux, utilisation des croyances et pratiques religieuses du patient, ...) sans que cela ne leur pose de problème. Cette démarche est loin d'être évidente pour les autres médecins. En d'autres termes, le fait de déclarer une appartenance religieuse peut faciliter la prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients. Cette démarche semble d'autant plus légitime, au regard des médecins, qu'ils se sont orientés dans ce secteur d'activité (association) pour ne pas devoir répondre à certains critères d'exercice de la profession (rentabilité, technicité, ...) et pour privilégier la relation au patient. Par ailleurs, il faut noter que le médecin le plus distant à l'égard de l'engagement religieux de ses patients, est celui qui se déclare catholique.

Au regard des praticiens hospitaliers (hors PU-PH) qui tiennent compte de l'engagement religieux de leur patient et des médecins associatifs, on observe deux approches différentes□les premiers le font essentiellement pour favoriser l'observance des patients voire pour contenir les effets secondaires liés aux traitements, tandis que les seconds l'envisagent comme une manière de soigner les migrants ou les patients en fin de vie. En d'autres termes, la prise en compte des croyances et pratiques religieuses des patients est liée, dans un cas, à des critères biomédicaux, et dans l'autre, à des critères culturels.

4) Le point de vue des psychiatres

Avant d'envisager le segment des médecins généralistes, on souhaiterait évoquer le cas de deux psychiatres. Ces médecins ont été retenus dans le groupe des médecins associatifs car ils ne prescrivent pas de traitement anti-rétroviral et ne se trouvent pas dans un rapport marchand avec leurs patients, et ce même si par ailleurs ils exercent dans le secteur libéral (chacun ayant un cabinet de consultation). On traitera le cas de ces médecins à part car ils n'ont pas pour objectif de gérer les croyances et pratiques religieuses des patients, et parce qu'ils envisagent la spiritualité ou l'engagement religieux des patients en termes psychiatriques.

Le premier de ces médecins est directeur d'une association qui propose différents services à des personnes toxicomanes et à leur famille□ appartements de coordination thérapeutique, chambres d'hôtel, délivrance de produits de substitution, soins aux addictions, suivi thérapeutique et social, appui à la parentalité (mères toxicomanes). Il considère que la dimension religieuse doit faire partie de la prise en charge des patients même si elle ne peut

apparaître dans le cadre de son association tant le travail s'effectue dans l'urgence. *«Il y a tous les jours trente ou quarante personnes qui viennent (à l'association), et c'est ça, si vous voulez la difficulté dans laquelle nous sommes, qui est une pression de la demande, de l'urgence des réponses qui est davantage sur les soins psychiques et les soins somatiques que sur la question des soins de l'âme ou un certain nombre d'interrogations»* (e34).

Il a néanmoins rencontré des patients qui se sont engagés, soit dans des groupes religieux, soit dans leur religion d'origine. Il mentionne le Patriarce (aujourd'hui disparu) ou la Scientologie²⁴¹ pour les premiers, et le catholicisme et l'islam pour les seconds. Dans le premier cas de figure, on est face à des groupes qui proposent un accompagnement spirituel à des personnes qui souhaitent devenir abstinentes, alors que dans le second, ce sont des individus qui renouent avec leur héritage religieux.

Pour ce médecin, les patients qui se sont engagés dans une démarche spirituelle ont substitué une forme de dépendance à une autre. Quand ils ressortent de ces groupes, explique-t-il, *«Ils ne retrouvent plus cette compensation qu'ils cherchaient sous l'emprise de la dépendance»* (e34). *«Moi, dit-il, j'ai eu des patients qui se retrouvaient un jour adeptes du Patriarce, parfois pendant des années et quand ils ressortaient, ils devenaient toxicomanes très très vite, dans la semaine qui suivait (...) C'était une description de ce qu'on sait sur le plan psychopathologique c'est-à-dire que tout le temps où ils étaient avec le Patriarce, dans cette secte, y'avait pas de problème de drogue (mais) dès qu'ils en sortent, ils n'ont pas cette autonomie donc ils reprenaient et de façon extrêmement dangereuse puisque pendant des années ils avaient été abstinentes»* (e34). Ces groupes ont une forte *«emprise»* sur les individus *«C'est la pensée unique donc c'est confortable, c'est confortable, tant qu'on reste dans cette emprise, la vie est simple, c'est même rassurant»* (e34). Pour lui, ces patients *«Ils sont engagés dans la religion comme ça, sur un mode toxicomaniaque, presque fanatique, je ne suis pas sûr que ce soit de la spiritualité, c'est plus du côté psychiatrique»* (e34).

Le problème, précise ce médecin, c'est que les patients qui fréquentent ces groupes ont *«une démarche religieuse totalitaire»* (e34) ils refusent toute autre forme de soins que celle du groupe. En contre-exemple, il mentionne les Narcotiques Anonymes (NA), pour indiquer qu'une démarche spirituelle n'est pas forcément exclusive avec les NA, *«On peut*

²⁴¹ - L'Église de Scientologie propose différentes actions pour lutter contre les drogues.

partager les mêmes patients c'est-à-dire que les gens qui sont suivis à Narcotiques Anonymes, ça n'empêche pas qu'ils aient des consultations et que y'ait un suivi social, etc., c'est plus un complément (e34).

Pour ce médecin, ce n'est pas le type d'organisation religieuse (secte, Église) qui est en cause (même si certains groupes exercent une emprise plus forte que d'autres) mais l'intensité de l'engagement de l'individu. Pour illustrer son propos, il mentionne le cas d'un patient *«Qui est devenu pratiquant très assidu du catholicisme, le curé l'avait fasciné, il est devenu son maître à penser malgré lui (...) Ca l'a énormément aidé à se sortir de la drogue pendant un certain temps et puis à un moment, il a commencé à relativiser, à être beaucoup plus dans une dimension critique, et à ce moment-là, il a recommencé à se droguer et il n'était plus du tout catholique* (e34).

Dans cette perspective, il considère que la «*royance*» ou la «*recherche spirituelle*» c'est être «*libre*», c'est avoir «*un sentiment de liberté*». La spiritualité peut être facteur de mieux-être car elle «*permet de sublimer*» la sublimation ce sont des processus qui permettent d'*apaiser les tensions* (e34).

Le regard que pose sa consoeur, également psychiatre (et psychanalyste), sur l'engagement spirituel de ses patients est beaucoup plus global, d'une part car elle ne traite pas une population spécifique (sa consultation à l'hôpital est ouverte au tout venant et non pas aux seuls toxicomanes), et d'autre part, parce qu'elle ne suit pas ses patients dans leur quotidien. De manière générale, au cours de ses consultations, elle a recours à une technique qui consiste à faire associer les patients sur un certain nombre de thèmes et ce afin de comprendre les difficultés qu'ils rencontrent dans le vécu de leur contamination au VIH (dénier de la maladie, mauvaise observance thérapeutique, ...).

L'un des aspects qui a frappé cette psychiatre est «*l'agressivité*» dont sont l'objet les médecins qui traitent des patients VIH. Tant qu'il n'y avait pas de traitement pour lutter contre le VIH/Sida, «*les relations médecins/patients étaient uniquement des relations de paroles, et donc beaucoup moins agressives que quand le médicament est arrivé*». Elle peut elle-même témoigner de cet aspect puisqu'elle a travaillé dans un Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et qu'au moment de l'annonce des résultats, certains patients l'embrassaient quand elle leur disait qu'ils étaient séronégatifs au VIH «*J'ai toujours été*

frappée, explique-t-elle, par l'identification qu'il y avait, le nombre de patients qui m'ont embrassée quand ils étaient séronégatifs, comme si j'en étais, c'est vrai que je suis porteur de quelque chose qui les rassure, ou à l'inverse quand je suis porteur de quelque chose qui est cette violence de la découverte de la séropositivité (e31).

Elle établit un lien entre l'annonce de la séropositivité au VIH, l'apparition des traitements anti-rétroviraux et l'agressivité des patients à l'égard des médecins. Dans cette perspective, elle considère que Dieu permet de médiatiser la violence qui surgit à l'annonce de la séropositivité. «*Le grand avantage de la religion, explique-t-elle, pour ceux qui sont croyants, c'est que ça médiatise la violence de la maladie entre le patient et le médecin, y'a une médiatisation, la violence de la maladie, dans ce cas-là, elle est attribuée à Dieu, un Dieu ou des Dieux, donc c'est un tiers, tandis que pour beaucoup de gens non croyants, la violence de la maladie elle est attribuée à celui ou celle qui la nomme (à savoir le médecin)*» (e31). De la même façon, elle constate que l'engagement religieux peut être salvateur pour les africains qui vivent dans une grande solitude. «*De que je constate c'est que (pour) beaucoup, ça les aide énormément, ils ont un appui quelque part dans leur solitude extrême, et du coup, avec les médecins, qui sont aussi les seuls à savoir leur maladie, avec qui ils peuvent en parler, leurs croyances les aident à être moins seuls, et à être moins seuls aussi avec les médecins*» (e31).

À l'inverse, elle constate que la religion peut être culpabilisante (quand le patient envisage la contamination comme une faute) et conduire à la «*dépression*» ce qui, «*par anticipation*» peut se traduire par «*ne pas prendre les médicaments*» (e31). Quant au patient qui se déclare guéri du sida, elle estime que c'est un «*délirant*», quelqu'un qui ne peut pas «*supporter quelque chose qui n'est pas symbolisable*» (e31).

Pour elle, qui se décrit comme psychanalyste et non croyante, «*la spiritualité est une manière de régler la fragilité humaine*» (e31).

La gestion du fait religieux s'organise autour de trois aspects. En avoir une approche spécifique, légitimer cette dernière et engager des actions pour parvenir à ses fins. Avec les psychiatres, un seul versant est abordé, celui de l'approche du fait religieux (laquelle est fortement psychologisée), et ce dans la mesure où ils ne prescrivent pas de traitements anti-rétroviraux et ne sont pas dans les soins somatiques.

II . Les généralistes exerçant en cabinet de ville

Ce segment professionnel réunit douze médecins, sept femmes et cinq hommes. À l'exception d'une personne qui travaille dans un centre de santé, toutes exercent en cabinet de ville – trois dans un cabinet individuel et huit en cabinet de groupe. Ce dernier secteur d'activité (cabinet de groupe) permet d'éviter des frais (loyer, secrétaire, ...) mais aussi, dans certains cas de figure, de travailler collectivement (réunions mensuelles, partage des dossiers des patients, conseils entre confrères, ...).

Deux médecins exercent l'essentiel de leur activité dans un cabinet de ville, neuf ont une double activité professionnelle (ville et hôpital, ville et association, ville et enseignements à la faculté), et une est à la fois généraliste dans un centre de santé et médecin coordinateur d'un Réseau ville-hôpital. Tous sont omnipraticiens même si certains d'entre eux sont devenus, en travaillant à l'hôpital, des « spécialistes » du VIH.

La particularité de ces médecins est qu'ils appartiennent massivement (dix d'entre eux) à un Réseau Ville-Hôpital (RVH) et/ou, dans une moindre mesure (deux d'entre eux), à un Centre d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH). Les Réseaux ville-hôpital (RVH) ont joué un rôle fondamental dans la formation des omnipraticiens au VIH/Sida. Mis en place, de manière plus ou moins formelle, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, ces réseaux avaient pour vocation de former des professionnels de santé (omnipraticiens, infirmiers, professions paramédicales, dentistes, ...) au VIH/Sida et de coordonner les soins entre la ville et l'hôpital. Un certain nombre d'entre eux ont, dans la période où le nombre de décès était important (le nombre de décès augmente de manière croissante entre 1989 et 1995, et commence à baisser à partir de 1996²⁴²), accompagné des patients en fin de vie dans le cadre d'hospitalisation à domicile (HAD).

Les activités du réseau consistent essentiellement en des réunions, séminaires, congrès où des professionnels interviennent sur des questions de santé (VIH/Sida, hépatites, toxicomanie, ...) ou d'autres thématiques (femmes et VIH/Sida, migrants et VIH/Sida, ...).

²⁴² - En 1989, le nombre de décès par semestre excède les mille personnes. Un pic est atteint en 1994 avec plus de deux mille décès par semestre, J. Pillonel, *Impact des nouvelles stratégies thérapeutiques sur l'incidence des cas de sida, janvier 1994-juin 1997*, diapositive n°4. Disponible sur <<http://www.invs.sante.fr>>, consulté en août 2005.

Ces formations permettent d'actualiser les connaissances sur la pathologie□les nouveautés en matière de traitements, le suivi thérapeutique, les nouveaux dispositifs de soins, ...

Aujourd'hui, les Réseaux ville-hôpital (RVH) sont beaucoup plus formalisés et surtout, ils tendent à s'élargir à d'autres pathologies. Par ailleurs, avec l'arrivée des traitements thérapeutiques (anti-rétroviraux) et le fait que le VIH/Sida devienne une maladie chronique, certains RVH se sont donnés pour objectif de créer des passerelles entre médecine de ville et hôpitaux, notamment pour désengorger ces derniers□ les omnipraticiens des Réseaux sont censés prendre en charge les pathologies autres que celles liées au sida. Ces changements ont une incidence sur la perception qu'ils ont de leur rôle. Certains ont le sentiment que le budget alloué à leur activité, au sein de l'hôpital (en tant que praticien attaché), est menacé par des restrictions budgétaires. D'autres expriment des rapports de domination entre praticiens hospitaliers et eux-mêmes. On reviendra sur ces aspects dans la mesure où cela peut jouer un rôle dans la prise en charge du fait religieux.

1) Des approches diversifiées

Deux aspects distinguent le médecin de ville du praticien hospitalier. En premier lieu, et on l'a déjà indiqué, le médecin exerçant en cabinet de ville ne peut pas initier de traitement thérapeutique (anti-rétroviral) pour le VIH/Sida. Exceptés deux médecins (sur les douze) qui, dans le cadre de leurs fonctions de praticiens attachés, donnent des consultations à l'hôpital et donc initient des multithérapies, les autres généralistes ne peuvent que renouveler ces traitements. Cette situation peut exacerber les rapports de domination entre généralistes et hospitaliers, et interférer dans la gestion du fait religieux car, on va le voir, la question de l'observance thérapeutique est beaucoup moins présente.

En second lieu, il faut prendre en considération les liens qui unissent le médecin à sa clientèle□alors que le praticien hospitalier subit peu le contrôle social de ses patients du fait de son activité salariée, le médecin exerçant en cabinet de ville en est davantage tributaire car ses patients le consultent en fonction de l'évaluation qu'ils portent sur lui. Le «*système référentiel profane*», écrit le sociologue É. Freidson, «*permet de mettre en évidence ce qui détermine le choix du client, et permet de comprendre comment le sexe, la race et les antécédents ethniques du médecin influent sur son succès, bien que l'on répète souvent que*

les professions reposent sur le statut acquis²⁴³. En d'autres termes, le médecin exerçant en cabinet de ville est évalué par sa clientèle en fonction de critères non professionnels et doit s'adapter à cette situation. En ce sens, son appartenance religieuse ou son approche du fait religieux peut influencer ses rapports avec les patients.

Ces deux aspects (positionnement du généraliste au sein du champ médical et rapports à la clientèle), exercent une influence sur la gestion qu'ont les généralistes du fait religieux. Pour la plupart d'entre eux, la religion ou l'appartenance religieuse du patient est un sujet de conversation parmi d'autres□ famille, enfants, scolarité, profession, ... Ici, on est face au médecin de famille qui noue des liens avec ses patients sur le long terme et a une certaine intimité avec eux□ l'engagement spirituel fait alors partie des sujets de conversation possibles. Pour autant, tous les généralistes n'ont pas la même approche du fait religieux. C'est la raison pour laquelle on a dégagé trois groupes de médecins□ à chacun d'entre eux correspond une approche et des formes de légitimation spécifiques du fait religieux.

a) *L'approche engagée*

Cette **première** approche concerne des médecins qui affichent ouvertement leur appartenance religieuse et recrutent une partie de leur clientèle du fait de cette situation. Trois médecins sur les douze, soit un quart de l'effectif des généralistes de l'enquête, sont concernés par cette approche. L'un est bouddhiste, l'autre catholique²⁴⁴, et la troisième dit ne pas avoir d'appartenance religieuse (selon sa fiche signalétique) tout en spécifiant qu'elle est en «*Quête, en pèlerinage permanent*□ et fait partie d'un groupe religieux minoritaire, Invitation à la vie (IVI)²⁴⁵.

La particularité de ces médecins est donc d'afficher explicitement leur appartenance religieuse. Cela se manifeste par la présence de signes ostensibles au sein de leur cabinet de consultation□ on y trouve des représentations de Bouddha, des figurations de la Vierge Marie

²⁴³ - E. Freidson, «*Influence du client sur l'exercice de la médecine*□, *Médecine, maladie et société. Recueil de textes présentés et commentés*, C. Herzlich (éd.), Paris, EPHE/Mouton, 1970, p. 231.

²⁴⁴ - Ce médecin utilise souvent l'imparfait pour évoquer sa pratique professionnelle car, au moment de réaliser l'entretien, il était à la retraite. On a fait le choix de le retenir dans l'enquête car il a arrêté d'exercer six mois avant de faire l'entretien.

²⁴⁵ - Ce groupe présente la particularité, selon R. Dericquebourg, d'être une religion de guérison c'est-à-dire d'accorder une place centrale aux pratiques de guérison, *Croire et guérir. Quatre religions de guérison*, Paris, Dervy, 2001.

ou des ouvrages religieux sur les rayonnages d'une bibliothèque. Ainsi, le médecin catholique raconte comment est agencé son cabinet de consultation □ «*Ça, dit-il, ça doit être ma formation jésuite, j'avais un truc très simple, j'avais une balance, je pesais toujours mes malades, j'avais une balance qui était devant une bibliothèque et sur cette bibliothèque, c'était tout ce que j'appelle ma bondieuserie, c'était tous les bouquins, non seulement de philo, de morale, les dictionnaires, donc ils (ses patients) savaient très bien* □. Par ailleurs, une icône figurait également dans son cabinet (e17). Quant à la médecin en quête spirituelle, elle précise que certains patients se sentent interpellés quand ils voient les tableaux qui figurent dans son cabinet □ les gens, dit-elle, «*Quand ils voient, y'a des icônes et plein d'autres tableaux, et c'est vrai que s'ils ont, je dirai, une foi chrétienne, ça les interpelle, souvent ils me disent, 'mais c'est quelle Vierge que vous avez là* □' □ (e40).

Dans le cadre de ces consultations, le fait religieux n'est pas provoqué ou sollicité □ car, selon ces médecins, le patient détient suffisamment d'éléments pour l'évoquer de lui-même □ signes religieux ostensibles, recommandation du médecin par d'autres patients, appartenance à un réseau ou une association. «*En fait, explique le médecin en quête spirituelle, les gens viennent me voir parce qu'ils ont entendu parler de moi* □. Elle ajoute, «*Moi, je ne parle jamais de spiritualité parce que, si vous voulez, je trouve que déjà, l'environnement est assez, suggère que l'on peut aborder cet aspect des choses, je considère que c'est le patient qui choisit le moment quand il veut l'aborder* □ (e40). De même, raconte le médecin catholique et par ailleurs membre du Centre catholique des médecins de France (CCMF)²⁴⁶, «*Les gens savaient ce que je faisais, ce que j'étais, ils savaient que j'étais plutôt catholique pratiquant* □. Et d'ajouter, «*Quand ils (les patients) sentent que vous êtes ouverts et tolérants, ils venaient en parler assez facilement, moi je trouve que c'était une chose qui venait surtout avant la trithérapie, quand c'était vraiment la maladie mortelle* □ (e17).

Pour le médecin bouddhiste, ce n'est pas tant les signes religieux présents dans son cabinet qui suscitent des discussions d'ordre spirituel que l'examen médical, à la fois méthodique et fouillé. Il explique que «*Ça vient souvent au moment où on commence à parler de comment ça va dans la tête, quand il s'agit de questions psychologiques, on fait un peu le point sur le plan psychologique (...) les démarches religieuses, évidemment, ça fait partie de cet espace-là* □ (e5). Son engagement dans des associations de lutte contre le sida, dont

²⁴⁶ - Voir la première partie sur l'historique de cette association.

certaines affichent ouvertement leurs liens avec une religion (Basiliade²⁴⁷, Beth Haverim²⁴⁸) ou ont une approche psychologique de la maladie (Parsifal)²⁴⁹, lui a permis de se faire connaître auprès d'un certain public.

En dépit de leur caractéristique commune, ces médecins ne légitiment pas de la même façon leur approche de la spiritualité. Pour le médecin bouddhiste, la prise en charge globale de la maladie fait partie des attributions du généraliste et permet de se distinguer du praticien hospitalier. Selon lui, un généraliste «*peut et doit*» prendre en compte les croyances et pratiques religieuses du patient, «*On prend le patient dans son ensemble, surtout quand on est généraliste, on ne peut pas faire comme un spécialiste à l'hôpital qui, en fonction des résultats, bons ou pas bons, va changer de traitement et puis 'au revoir monsieur'*». Pour caractériser sa démarche, il cite la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir un état de bien-être physique, social et psychologique. Il considère que cette approche caractérise le généraliste «*C'est mon boulot, dit-il, je suis médecin généraliste et je prends en charge mes patients sur le plan physique, psychique et social*». De ce fait, quand le patient est dans une démarche spirituelle, il tente de cerner la place qu'elle occupe dans sa vie, notamment si cela contribue à son mieux-être, et l'intègre dans sa pratique professionnelle.

La position adoptée par le médecin en quête spirituelle consiste à tenir un discours allant à l'encontre de celui, dominant, qui prévaut dans le milieu médical celui de la mort inéluctable des personnes infectées par le VIH, et ce avant que ne soient introduits les traitements anti-rétroviraux. Elle légitime alors sa démarche en mettant l'accent sur le fait qu'elle a redonné espoir à des patients qui désiraient mourir et leur a apporté une autre vision de la maladie. «*Y'a plein de personnes, dit-elle, qui, en apprenant qu'elles avaient le VIH, ont effectivement choisi de partir de l'autre côté, si vous voulez, y'a eu aussi un message, à une époque, très négatif, qui disait que finalement y'avait pas de traitement, y'avait pas la possibilité de traiter ces personnes avec des thérapeutiques, on n'avait rien, on avait un peu*

²⁴⁷ - Association réunissant des chrétiens qui accueillent et accompagnent des personnes touchées par le VIH/Sida sur deux sites, à Paris et à Lyon. Des soirées prière sont organisées. Voir le site Internet de l'association <<http://www.basiliade.org>>, consulté en août 2005.

²⁴⁸ - Groupe Juif Gay et Lesbien de France fondé en 1977. Voir site Internet <<http://www.beit-haverim.com>>, consulté en août 2005.

²⁴⁹ - Selon *Les cahiers de Parsifal*, une prise en charge psychologique du patient VIH participe à son mieux-être, voire renforce son système immunitaire, *Les cahiers de Parsifal. Ne vaut-il pas mieux avoir raison trop tôt que tort trop tard* Bras de fer au Sida, non daté (environ 1992-93).

d'AZT, et puis c'est tout, donc beaucoup de personnes avaient perdu espoir». Et d'expliquer, «Le travail le plus spirituel qu'un médecin puisse faire c'est aussi de donner de l'espoir aux patients». Elle ajoute, «In les aide à se positionner (...) Après coup, ils ont toujours une petite phrase du style, 'ben finalement, dans la maladie, ce n'est pas si négatif que ça'» (e40).

Le médecin catholique, peu disert sur sa manière de concilier pratique professionnelle et engagement religieux, situe davantage son rôle au niveau de l'aide morale qu'il pouvait apporter à ses patients. «Quant ils (ses patients) me faisaient des allusions (à la religion), que ça pouvait être un levier, ça pouvait être, j'aime pas le mot, c'est pas une consolation mais une aide, oui, alors là, on pouvait en parler, on pouvait en parler, oui» (e17).

L'approche engagée de ces médecins leur permet, d'une part de concilier pratique médicale et engagement religieux, et d'autre part de se distinguer de leurs confrères (hospitaliers et généralistes) en apportant à leur exercice de la médecine un «Supplément d'âme». Passant plus de temps avec leurs patients (ils disent consacrer entre une demi-heure et une heure par patient, et parfois plus), ils exercent en secteur 2 c'est-à-dire qu'ils sont conventionnés mais ont des honoraires libres. Ce positionnement, au sein du champ médical, leur permet de se démarquer de leurs confrères et ainsi de faire face à une concurrence importante entre généralistes exerçant dans la région Ile-de-France²⁵⁰.

b) Une approche pragmatique

Parmi les généralistes exerçant en cabinet de ville, certains considèrent que l'engagement religieux de leurs patients doit être intégré à leur pratique médicale. De ce fait, ils ont adapté leur pratique aux besoins de leur clientèle et à l'évolution de la pathologie (cf. traitement sur le long terme). Ici, on est relativement proche de l'approche globale mais à la différence des médecins associatifs, les généralistes sont dans un rapport marchand avec leurs patients ce qui signifie qu'ils subissent davantage la contrainte sociale de ces derniers.

²⁵⁰ - Alors que le nombre de médecins pour 100 000 habitants est de 329 pour la France métropolitaine et les DOM, ce chiffre passe à 423 pour la région Ile-de-France, S. Darriné, «Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 les médecins dans les régions et par mode d'exercice», *Études et Résultats*, DRESS, février 2002, n° 156, p. 1. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>>, consulté en août 2005.

Ces médecins justifient leur approche du fait religieux, soit en termes culturalistes (cf. origine étrangère des patients), soit en termes d'observance thérapeutique. L'un d'entre eux, exerçant dans une cité des Hauts-de-Seine, estime qu'il «il faut que je prenne en compte (les croyances et pratiques religieuses de ses patients) par rapport au suivi de la maladie, de son traitement, ce qu'ils (les patients) acceptent de prendre, de ne pas prendre, on s'adapte». Plus tard, il ajoute, «On a beaucoup de patients maghrébins ici, je dois avoir 70% de la clientèle. Comme presque tous les patients maghrébins, maintenant, se réclament de la religion ou ont toujours une référence à ça, enfin plus des deux tiers (...), souvent, c'est un sujet de discussion, des choses dont on peut parler, quand vous avez les épisodes du voile, quand vous avez les attentats (...). Et, après lui avoir demandé s'il est gêné de discuter de ces sujets avec ses patients, il répond, «ce qui me gênerait, c'est de ne pas me rendre compte que ça les gêne, si je ne comprends pas bien la représentation qu'ils ont de la maladie ou de ce qu'ils ont envie de faire dans la vie, c'est quand même compliqué pour bien les soigner sur des maladies chroniques complexes (...) Quand on a un problème comme ça, chronique, quelque chose qui fait partie de votre vie, il faut essayer de voir comment ils se représentent la chose, et ils se la représentent obligatoirement à travers leurs croyances, leurs manières de vivre, les conditions sociales, vous n'allez pas traiter les gens de la même manière s'ils ne savent pas lire et écrire et qu'ils sont manœuvres ou en invalidité, et s'ils sont cadres supérieurs à Paris et qu'ils lisent parfaitement» (e42).

Quant à sa consœur, exerçant dans le douzième arrondissement de Paris, en secteur 2 (médecin conventionnée à honoraires libres), mais aussi à l'hôpital, en tant que praticien attaché, la dimension religieuse des patients apparaît dans le suivi sur le long terme. «Il est clair, dit-elle, que la relation des patients que je suis depuis 83, ben on a un lien forcément, on a marché ensemble, donc on a un lien qui dépasse la relation étroite patient/médecin donc forcément, on parle de choses, de sa profession, on parle de sa croyance» (e35). Donnant des consultations VIH à l'hôpital, elle est également sensible à la question de l'observance et il lui semble important de prendre en compte l'engagement religieux du patient quand elle initie un traitement anti-rétroviral. «Oui, dit-elle à propos de la prise en compte des croyances et pratiques religieuses du patient, parce que, par exemple, pour la mise en route des traitements anti-rétroviraux, avec l'alimentation ou sans alimentation, déjà par rapport aux pratiques ce n'est pas négligeable, c'est important de pouvoir échanger avec le patient sur ce thème-là, ça c'est sur le plan de la mise en route des traitements, d'organiser les choses de la vie» (e35).

Son objectif est de responsabiliser les patients, et ce tant sur les questions religieuses que sur la prise des traitements.

Ce qui caractérise ces médecins c'est qu'ils déclarent une appartenance religieuse et se sentent relativement à l'aise pour évoquer ces questions avec leurs patients, et ce à la différence du groupe de médecins suivant.

c) Une approche réservée

Une troisième approche du fait religieux peut être envisagée pour les généralistes qui exercent en cabinet de ville. Ils ne déclarent pas d'appartenance religieuse (fiche signalétique) et expriment des réticences quant au fait de devoir gérer des manifestations religieuses. Les propos d'un généraliste exerçant à Paris (12^e arrondissement), responsable d'un Réseau ville-hôpital et effectuant des consultations VIH à l'hôpital (praticien attaché), sont assez éloquents : pour lui, les croyances et pratiques religieuses ne doivent pas s'exprimer dans le cadre d'un cabinet médical, « *ce n'est pas le lieu, explique-t-il, ce n'est pas le lieu où ça doit s'exprimer, les gens viennent ici pour avoir des soins, et nous, nous sommes là pour les donner, pour moi, ça n'entre pas en ligne de compte, ce n'est pas des choses qui devraient gêner le soin. Plus tard, il ajoute, « il a à respecter les croyances des gens mais elles n'ont pas à s'exprimer ici, en tant que telles* ». Et, après avoir fait le décompte des « affaires religieuses qu'il a dû suivre, il pose le constat suivant : « *je trouve que ça commence à devenir un peu envahissant* » (e12).

L'une de ses consœurs, généraliste dans la banlieue parisienne et praticien attachée dans un hôpital de la banlieue parisienne (Seine-Saint-Denis), en tant que coordinatrice d'un Réseau ville-hôpital, estime qu'un médecin « *doit se soucier de ce qui régit la vie des gens, ça oui, tout en ajoutant, en référence aux croyances et pratiques religieuses des patients, sans plus à la fois* ». Plus tard, au cours de l'entretien, elle précise qu'elle consacre beaucoup de temps aux problèmes sociaux de ses patients et, évoquant le fait que des femmes musulmanes la consultent car elle-même est une femme, elle tient les propos suivants : « *je n'ai pas envie que la religion envahisse ma pratique* » (e38). Autre réaction de la part d'une médecin exerçant dans un centre de santé de la banlieue parisienne (Seine-Saint-Denis) et coordinatrice d'un Réseau ville-hôpital : selon elle, « *il y a un antagonisme entre la médecine et les pratiques religieuses* » (e41).

De manière générale, ces médecins ne sont pas hostiles à l'apparition du fait religieux dans la relation thérapeutique. En fait, ce sont certaines manifestations religieuses qu'ils ne supportent pas (celles s'imposent à eux) □ celles qui vont à l'encontre d'une part de ce qu'ils estiment être une démarche rationnelle, et d'autre part de leurs propres convictions.

Dans le premier cas de figure (la religion comme forme d'irrationalité), on peut mentionner le cas de cette médecin qui a une patiente touchée par le VIH et dont le nouveau mari ne souhaite pas porter de préservatif car, pense-t-il, Dieu les protège. Elle a proposé à sa patiente de discuter avec son mari des risques de contamination mais, explique cette médecin, «*On sait bien que quand on s'oppose à la religion, c'est en dehors de la raison, c'est d'ailleurs une raison qui me gêne, moi qui suis quelqu'un de très humaniste mais de très cartésien (...) on ne peut pas discuter avec des gens qui vous opposent la religion, c'est ça que je trouve insupportable d'ailleurs*» (e38).

L'un de ses confrères exprime la même difficulté de raisonner des patients engagés dans une démarche religieuse. «*Je ne vois pas, dit-il, quels moyens on a, on a beau discuter, parler avec eux, y'a une absence de compréhension, ils ne comprennent plus le pourquoi des traitements et pourquoi il faut le faire*» (e12). Il évoque un cas particulièrement difficile qu'il n'a pas pu résoudre, celui d'une femme entrée dans un groupe évangélique et qui estime pouvoir guérir du sida. De temps à autre, elle vient le consulter mais pas pour reprendre un traitement thérapeutique □ elle veut connaître les résultats de ses examens biologiques et ainsi savoir si elle est en voie de guérison. Alors que ces résultats se détériorent, ce médecin ne parvient pas à la raisonner (pour qu'elle reprenne un traitement) □ «*Quand j'en discute avec elle, elle me dit que je ne peux pas comprendre, que moi, je suis dans le matériel, et qu'elle, elle est dans le spirituel (...) Quand on discute, quand je lui montre les résultats, qu'elle se met en danger, que le fait d'avoir des maladies opportunistes et tout ça, elle me dit, 'mais non, n'importe comment, il ne peut rien m'arriver, je suis entre les mains de Dieu'*» (e12). Il se sent alors démuni et impuissant («*C'est là où c'est gênant, dit-il, parce que ça les met en péril et on ne peut pas lutter*» e12). Il décide d'en parler à des confrères, membres d'un Réseau VIH, sans que ces derniers puissent vraiment le sortir de cette impasse □ «*Personne n'a de solution, explique-t-il, c'est de parler, essayer de maintenir les liens (avec la patiente), essayer de faire en sorte qu'elle continue de faire de temps en temps des examens, pour voir où elle en est, pour que peut-être, ça fasse un déclic*» (e12). On le voit, l'appartenance à un

réseau ville-hôpital permet d'atténuer l'isolement dans lequel se trouve le médecin sans pour autant apporter une solution à tous les problèmes.

Dans le second cas de figure (la religion met en cause les convictions du médecin), on retiendra deux réactions d'une médecin exerçant dans le Nord des Hauts-de-Seine (92). La première de ces réactions concerne son rapport aux musulmans. Elle estime «*Qu'ils sont vachement larges d'esprit, j'ai une patiente, souvent je vais la voir, je lui dis, 'on se voit la semaine prochaine', elle me dit, 'Inch Allah', je lui dis, 'pas de problème, Allah veut bien, Dieu veut bien que je vienne vous voir la semaine prochaine', elle rigole, elle dit, 'Inch Allah', c'est-à-dire que vraiment, pour elle, elle continue de penser que c'est Dieu qui va décider si je reviendrai la semaine prochaine, et moi je continue de penser que c'est moi qui vais décider (...) Moi, je lui dis que Dieu n'existe pas, et ça ne la gêne pas du tout*» (e 43). A contrario, elle tient des propos particulièrement véhéments à l'égard des femmes voilées. Pour en saisir la teneur, il faut préciser qu'elle s'est orientée vers la médecine pour des raisons humanistes. Elle a mené divers combats politiques dans les années 1970 (tendance gauche) et, après un stage effectué dans un centre d'IVG (interruption volontaire de grossesse), elle se «*spécialise*» en gynécologie²⁵¹. Exerçant dans un cabinet de groupe qui est installé au cœur d'une cité, en banlieue parisienne, elle a vu certaines de ses patientes se transformer, et notamment porter le voile. «*L'autre fois, raconte-t-elle, j'ai vu une femme, elle est mariée à un irakien, elle est française, elle m'amène sa mère d'habitude, et sa mère qui est une vieille dame qui met des chapeaux, des robes et tout, elle était voilée, j'étais furieuse, j'ai passé un quart d'heure, pendant la consultation, à me calmer intérieurement (...) J'étais fâchée de voir que cette femme française s'était voilée parce qu'elle est mariée à un irakien, de m'imposer ça, son voile*» (e43). «*Moi, dit-elle, ça m'énerve de voir les femmes se voiler, pour moi, c'est un signe d'aliénation et j'ai beau comprendre, je veux bien comprendre que pour elles ça soit revendiquer une identité alors qu'on ne leur a pas permis vraiment de s'exprimer, ni de s'épanouir dans la société parce qu'elles étaient minoritaires enfin (...) dans une situation d'exclusion, etc., moi je trouve ça horripilant de voir une femme tout en noir*» (e43). Face à ces situations (présence de femmes voilées dans son cabinet), elle réagit de la manière suivante : «*Je le dis dans ces cas-là, dans ces cas-là, on en parle, je dis 'qu'est-ce que c'est que ça, quelle image de la femme vous donnez. Nous, on s'est battue pour*

²⁵¹ - Cette démarche engagée est relativement courante chez les médecins qui ont connu les événements de Mai 68. Jacques Lebas, médecin engagé à Médecins du monde et traitant des patients VIH, témoigne de son expérience dans un ouvrage intitulé *À la vie, à la mort. Médecin par temps d'épidémie*, Paris, Seuil, 1993.

travailler et vous, vous arrivez voilée, ça n'a aucun sens' (...) Elle ajoute, «*Moi, je ne suis pas croyante, mais je me suis battue et je me bats encore pour l'émancipation des femmes, les libertés, donc pour moi c'est quelque chose de très agressif*» (e43). On le voit à partir de cette médecin, ce n'est pas la religion en soi qui est gênante mais la représentation que s'en fait le médecin.

L'une de ses collègues, travaillant dans un centre de santé, préfère ne pas aborder ce genre de sujet parce que justement, elle serait amenée à exprimer des réserves sur l'engagement religieux de ses patientes «*Je ne veux pas rentrer dans ce genre de discussion, dit-elle, parce que j'estime que je vais involontairement me placer en position de dire mon avis sur une question qui ne me semble pas relever de la médecine, donc ça ne sera pas bon*» (e41). En fait, elle perçoit différemment les femmes musulmanes les africaines lui semblent indépendantes de leur maris et sont vêtues de vêtements gais, alors que les maghrébines paraissent soumises (à leur mari) et portent des habits ternes. «*Ce que je veux dire, explique-t-elle, souvent, ces femmes (maghrébines) qui ont cet espèce de voile, chiffon grisâtre, en dessous c'est pareil, c'est des tee-shirts troués, c'est pas une mise en valeur, tandis que les femmes africaines, ça a de la gueule, elles ont une tradition par rapport à leur corps qui n'est pas du tout la même (...)* Je pense qu'elles ne s'aiment pas quelque part (les femmes musulmanes maghrébines), et évidemment, ça a des conséquences sur la pratique parce que ce sont des gens qui souffrent parce que c'est quand même mieux de s'aimer que de ne pas s'aimer, on est en meilleure santé, généralement» (e41).

Les formes de **légitimation** utilisées par ces médecins relèvent de deux registres différents. Le premier consiste à expliquer que médecine et religion sont deux domaines séparés et que l'un n'a pas à interférer sur l'autre. À la différence des PU-PH qui ont également recours à ce type d'argument, là, on se trouve face à des généralistes qui sont dans une situation incertaine quant à leur statut de praticien attaché, et dans une position de domination à l'égard des hospitaliers. Situation incertaine dans le sens où ils ne sont pas sûrs du renouvellement de leurs vacations à l'hôpital («*Mais ce qui était vacations des praticiens attachés à une consultation, explique l'un d'entre eux, fondent comme neige au soleil, à l'heure actuelle, on sort tous avec des contrats précaires et on ne sait pas du tout ce que vont devenir ces postes de vacataires*», e12). Position de domination dans la mesure où le généraliste ne fait que renouveler l'ordonnance établie par le PH mais aussi parce qu'il a le sentiment d'être déqualifié par rapport aux patients VIH. Ainsi, une médecin exerçant en

Seine-Saint-Denis explique, à propos de l'un de ses patients, «~~Je~~ n'avais pas une place très intéressante, il venait me voir pour faire renouveler un médicament et puis son infectiologue (hospitalier) aurait pu très bien le renouveler, qu'elle renouvelle maintenant puisque je ne le vois plus depuis quelque temps, disons que je n'avais pas ma place parce qu'il était très bien suivi à l'hôpital, qu'il gérait tout très bien et que s'il avait besoin d'un petit truc, il venait me voir mais bon, on ne peut pas faire grand chose, ça n'est pas très intéressant» (e38).

Les manifestations religieuses mettent en cause l'autorité du médecin dans la mesure où il ne parvient pas à convaincre les patients du bien fondé de la démarche médicale (cf. cas de la patiente évangélique ou du couple sérodiscordant²⁵²). Dans ces conditions, le fait religieux vient cristalliser des enjeux spécifiques, notamment celui d'une domination des hospitaliers, et ce tant d'un point de vue médical (renouvellement des ordonnances des hospitaliers, traitement de pathologies mineures chez le patient VIH) qu'administratif (baisse des budgets alloués par l'hôpital aux réseaux ville-hôpital).

Il ne faut cependant pas se tromper sur les rapports entre généralistes et hospitaliers. Les généralistes ont tous souligné que leur participation à un Réseau Ville-Hôpital a contribué à améliorer leurs rapports avec les praticiens hospitaliers, même si certains conflits subsistent. Dans l'extrait d'entretien qui suit, on peut observer que le rapport de domination entre hospitaliers et généralistes subsiste même si des changements ont été opérés. Coordinatrice d'un réseau ville-hôpital, une médecin explique qu'en France, «~~La~~ médecine est très cloisonnée, en fait, ça allie tour d'ivoire de l'hôpital, du savoir, là où on dicte les choses qu'il faut faire, (...) et nous (les généralistes) de notre côté, (on a) un sentiment d'infériorité, mal digéré, en ayant le courage d'affirmer, 'écoutez, cette personne, je ne lui ai pas fait ça malgré que je savais qu'il fallait éventuellement le faire mais pour telle et telle raison' (...) Les médecins hospitaliers ayant quand même tendance à penser que ce qu'ils pensent c'est mieux et que eux, ils font des choses importantes et graves (...) Et puis maintenant (avec la mise en place du réseau ville-hôpital), on a beaucoup discuté, c'est une meilleure prise en compte de ça (des décisions du généraliste). Je trouve que y'en a de plus en plus (des hospitaliers) qui essayent de travailler en liaison, c'est des idées qu'on a toujours voulu avancer, nous, dans le réseau, si on travaille ensemble, si on a besoin de parler, si on arrive à confronter des trucs,

²⁵² - L'un des partenaires du couple est séropositif au VIH et l'autre est négatif.

à égalité, pas le médecin hospitalier qui vient donner la bonne parole au médecin de ville, qui l'écoute, bouche bée, nous on a eu des réunions où c'était des réunions très toniques (e41).

L'évolution de la prise en charge thérapeutique de la pathologie VIH, le fait qu'elle soit essentiellement traitée à l'hôpital, a contribué à reconfigurer les Réseaux ville-hôpital. Certains vont s'élargir à d'autres pathologies tandis que d'autres vont disparaître. Dans cette configuration, les généralistes se voient réserver le traitement de pathologies mineures non directement liées au VIH/Sida²⁵³ (le traitement de celui-ci étant réservé aux hospitaliers). Autrement dit, ils sont à nouveau mis dans une position de domination et de déqualification à l'égard des hospitaliers.

La seconde forme de légitimation est liée à la perception que certains médecins ont de l'évolution de leur profession. Pour ceux qui exercent dans des zones défavorisées économiquement, notamment certaines banlieues parisiennes, l'accent est mis sur la place grandissante occupée par le religieux dans la société globale et dans leur cabinet de consultation. Ils ne veulent pas avoir à gérer, en plus des problèmes sociaux, des faits religieux. Ce type d'argument est surtout utilisé par des femmes et vise essentiellement les patientes musulmanes (maghrébines ou arabes). On rejoint, ici, l'idée que gérer des croyances et pratiques religieuses est une activité peu valorisante pour le médecin car celui-ci a le sentiment de souscrire à une idéologie à laquelle il n'adhère pas. Les exemples donnés par ces médecins parlent d'eux-mêmes : « l'une ne supporte pas que des femmes la consultent voilées, une autre ne veut pas faire de certificat médical pour dispenser de sport des adolescents, ... Une autre raconte l'histoire suivante : « J'ai le souvenir d'un patient, un monsieur musulman, c'était y'a longtemps, j'étais enceinte de ma fille, il me dit, 'vous êtes mariée', j'aurais du lui dire, 'ça ne vous regarde pas' mais je lui dis 'non', et il me dit, 'mais ce n'est pas bien de ne pas être mariée', je lui dis, 'ça, c'est votre appréciation des choses, moi je pense que c'est bien qu'il y ait un père', voilà, ça en reste là, et puis ce monsieur, pendant trois-quatre ans, n'est pas revenu me voir, et puis un jour il est revenu me voir, il m'a dit, 'finalement c'est vrai ce que vous avez dit, c'est vrai qu'il faut qu'un enfant ait un père et une mère, et puis le reste ce n'est pas important', et puis on est reparti comme ça, je le suis toujours » (e42). Accepter que le fait religieux entre dans le cabinet médical, c'est, pour ces médecins, une façon de se

²⁵³ - Lorsqu'une personne est touchée par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), elle entre dans la phase Sida (syndrome de l'immunodéficience humaine), soit quand elle est touchée par une des vingt-sept pathologies (dites maladies opportunistes) reconnues comme étant caractéristiques du sida, soit par un taux de lymphocytes CD4 (défenses immunitaires) inférieur à 200/mm³.

plier aux principes religieux de leurs patients, et dans certains cas de figures, une forme de soumission aux hommes.

d) Absence de patients VIH ayant une démarche spirituelle

Un **élément important** doit être noté pour le groupe des généralistes exerçant en cabinet de ville – un certain nombre d’entre eux disent n’avoir jamais rencontré de patients touchés par le VIH/Sida et inscrits dans une démarche spirituelle. Certains de ces médecins ont mentionné cet aspect au cours de la prise de contact téléphonique – on a malgré tout souhaité les rencontrer, et ce afin de saisir les raisons de cette absence.

L’une de ces médecins, se déclarant athée et exerçant dans le cinquième arrondissement de Paris, tente de se remémorer certaines scènes vécues avec des patients touchés par le VIH. À ce propos, elle dit, «*J’ai pas le souvenir, et pourtant Dieu sait si on a accompagné des patients, moi, j’ai le souvenir où on avait en HAD (hospitalisation à domicile) trois patients, on avait en permanence trois patients, avec quasiment deux morts par semaine, moi, j’ai pas le souvenir d’un patient qui ait eu un discours religieux, spirituel, pourtant, on était là, chez eux, sur leur lit, enfin je me souviens, un véritable accompagnement, une très grande présence*» (e30). Selon elle, cette absence de «*Das*» ne peut pas provenir de son attitude à l’égard de la religion (réticences) puisqu’elle aborde volontiers ce sujet avec d’autres patients. Ainsi, explique-t-elle, «*J’a une congrégation, là, derrière (le cabinet), donc on reçoit pas mal de religieux, on parle de religion (...) Il m’arrive de parler de la foi, ce que ça représente pour les gens, quand on a du temps (...) avec les vieilles dames, j’ai des discussions (...) ils se confient à moi pour raconter*» (e30). Par ailleurs, concernant ses patients musulmans, elle leur demande s’ils pratiquent le ramadan («*J’ai quelques patients musulmans mais pas beaucoup donc effectivement je m’informe pour savoir s’ils font le ramadan ou pas*» e30). Ou encore, aux femmes musulmanes dont le mari exige qu’elles soient vierges avant le mariage, elle n’hésite pas à faire de faux certificats de virginité²⁵⁴.

²⁵⁴ - Cette médecin raconte qu’elle connaît aussi des adresses où les femmes peuvent se faire reconstituer l’hymen.

Un autre médecin, catholique, exerçant dans l'Essonne (91) et faisant quelques vacances pour un hôpital situé dans le Val-de-Marne²⁵⁵ (94), éprouve même des regrets à l'idée de ne pas aborder ce sujet avec ses patients VIH : « Non, non, non, dit-il, je n'ai pas, je les passe en revue (ses patients VIH), non, il n'y avait pas d'allusion, moi, j'aimerais bien d'ailleurs parce que j'aime bien ce thème, la religion ». Il poursuit en ces termes, « Je suis très intéressé par le fait religieux et spirituel, mais non, il n'y a pas de question, même pas le mot qui pourrait faire qu'on va en parler, 'qu'est-ce que vous en pensez', 'qu'est-ce que vous entendez par là', ce sont des questions que je poserais, cela pourrait déboucher sur une consultation beaucoup plus passionnante que celles que je venais de lui faire (rire), non, sur les cinq (patients) que je suis dans mon cabinet, y'a pas cette demande, y'a pas cette attente » (e26).

En tenant compte de ces deux exemples mais aussi au regard des propos tenus par les autres médecins, on peut considérer que le fait religieux apparaît davantage dans deux situations données : d'une part, quand le praticien soigne un nombre important de patients immigrés, originaires du Maghreb et/ou de l'Afrique subsaharienne, et d'autre part quand le médecin a une appartenance religieuse, connue ou non de ses patients.

2) Les modalités d'action des généralistes

À la différence des praticiens hospitaliers, les généralistes exerçant en cabinet de ville n'ont pas de personnels soignants (infirmières, psychologues, psychiatres) ou de médiateurs auprès de qui déléguer la gestion du fait religieux. La prise en charge des croyances et pratiques religieuses de leurs patients est une activité qui leur revient à eux seuls.

On se rend compte, au-delà des critiques ou réserves émises par certains médecins, que, dans la pratique, ils trouvent des solutions pour prendre en charge les croyances et pratiques religieuses de leurs patients avec des nuances, selon qu'ils déclarent ou non une appartenance religieuse. Il faut également constater que les modalités d'action engagées par les médecins concernent surtout d'autres pathologies que le VIH, et ce dans la mesure où ils ne traitent pas vraiment celui-ci (qui revient surtout aux hospitaliers).

²⁵⁵ - Durant les années 1990, ces vacances étaient destinées à des consultations VIH. Au moment de l'entretien, elles servent à le rémunérer pour le travail documentaire qu'il effectue pour le site Internet du réseau ville-hôpital.

Parmi les médecins qui déclarent une appartenance religieuse, un certain nombre effectuent des démarches pour prendre en charge les croyances et pratiques religieuses de leurs patients. Ainsi, le médecin se déclarant bouddhiste, a entrepris d'étudier différentes traditions religieuses pour soigner ses patients dans une perspective globale c'est-à-dire en tenant compte des dimensions médicale, sociale, psychologique et spirituelle. «*J'ai étudié, dit-il, j'ai lu les Évangiles, j'ai lu des livres sur l'histoire des religions, je suis allé écouter des conférences (...) J'ai un petit peu étudié les traditions juives, judaïques, comme ça pour connaître un petit peu le type de parole et de sagesse qu'ils enseignent*». Il considère que cette formation fait partie de son travail «*c'est du boulot, dit-il, parce qu'il faut se taper en plus (des lectures sur la religion) les anti-rétroviraux, ça finit par faire beaucoup mais bon, c'est un choix de pratique de médecine qui me convient, j'ai pas envie de faire distributeur de médicaments, point barre*» (e5).

L'un de ses confrères, se déclarant catholique, et ayant une clientèle composée à «*70% de maghrébins*» (il exerce dans le Nord du département des Hauts-de-Seine), raconte de quelle manière il procède quand certaines pratiques religieuses ont des conséquences sur la santé de ses patients «*pour les mycoses entre les doigts de pieds qu'il rencontre chez les musulmans (cela est lié aux ablutions faites avant de prier, cinq fois par jour), il explique «Qu'il faut essayer de trouver les moyens qu'ils acceptent de faire la prière sans se mouiller les pieds, donc on peut leur expliquer que dans le désert, on prend une pierre et on se frotte le pied, y'a pas d'eau donc on ne se lave pas avec de l'eau*» (e42). À ce premier argument, il interpelle le patient sur ses croyances et invoque l'autorité morale de l'imam «*«Dieu, dit-il à ses patients, souhaite qu'on prenne soin de sa carcasse et que ce n'est pas bien de ne pas prendre soin (de soi) sous prétexte de pratique rituelle', on connaît des imams qui ont dit qu'il n'y avait pas de problème, que si on était malade, il fallait pas mouiller les pieds*» (e42).

Quant aux patients musulmans atteints de diabète et qui ne se soignent pas, il leur tient ce type de discours «*«On peut les amener à réfléchir sur 'est-ce que c'est bien de se négliger comme ça, en s'en remettant au mektoub', parce qu'ils sont assez fatalistes quand même (...) Moi je leur dis que c'est embêtant parce que s'ils meurent (aux patients âgés), ils n'auront plus de retraite ou de pension, et c'est leur seule source de revenu de leur famille, je leur fais réfléchir sur le fait que s'ils meurent, d'accord, ils seront auprès de Dieu mais*

malheureusement, les ressources de la famille vont cruellement diminuer, et ils comprennent ça très bien, y'a pas que Dieu, y'a aussi la vie sociale (e42).

Ces deux exemples (mycoses aux pieds et non-observance) montrent bien l'implication du médecin dans la relation thérapeutique qui tente tout pour dissuader ses patients de ne pas se soigner, mais aussi le rôle qu'il se met à jouer, celui d'une normalisation des pratiques religieuses de ses patients.

Ce médecin se forme par le biais des réseaux auxquels il appartient (VIH et diabète). Dans le cadre du réseau VIH, il a bénéficié d'une formation sur la question religieuse. *«On a eu, explique ce médecin, des soirées où des gens sont venus nous parler de la représentation et du mode de vie, enfin de la sexualité, de la représentation de la maladie et des religions, et ce que ça impliquait dans les prises en charge des patients au niveau du Maghreb et de l'Afrique Noire* (e42). De la même façon, par le réseau diabète, il a reçu une formation sur le thème *«diabète et ramadan*.

Par ailleurs, il tente de recueillir des informations auprès d'étudiants musulmans (on notera la confusion entre maghrébins et musulmans dans la citation suivante) *«J'ai des étudiants maghrébins qui connaissent bien la religion maghrébine, donc ils nous expliquent* (e42) ou d'autres personnes *«Je me débrouille tout seul, dit-il, c'est des choses dont j'ai discuté avec des gens qui pratiquent cette religion et qui les connaissent (les rites et pratiques), je dis 'tiens, ça, ça me pose problème, comment on peut faire'* (e42).

D'autres médecins n'ont pas besoin d'effectuer ces recherches car il n'existe pas vraiment de distances, sociale et/ou culturelle, avec leurs patients. On peut déceler cet aspect dans le discours que tient une médecin à propos de patients partis rencontrer le Daïla Lama. De cette rencontre, elle dit qu'il s'agit *«une belle démarche, une belle démarche, lumineuse et qui sont revenus avec ce bagage supplémentaire et qui ont continué le traitement (anti-rétroviral)* (e35). Exerçant dans le XII^e arrondissement de Paris, en secteur 2 (médecin conventionnée à honoraires libres), et touchant davantage des patients homosexuels que des migrants, cette médecin est surtout amenée à rencontrer des patients dont la démarche spirituelle n'interfère pas avec sa pratique médicale *«Us (les patients) ont une réflexion sur leur vie, qui englobe leur vie, leur démarche (spirituelle) fait partie intégrante de leur histoire* (e35).

En ce qui concerne les médecins qui expriment certaines réticences à prendre en charge les croyances et pratiques religieuses de leurs patients, on constate, au-delà de leur discours critique, qu'ils sont malgré tout amenés à négocier ou à transiger avec leurs principes. Que l'on se souvienne de cette médecin, révoltée par le port du voile de certaines de ses patientes ☐ «*Toi, explique-t-elle, si on peut s'arranger, si c'est très important pour eux de faire le ramadan et que le médicament ils peuvent le prendre en deux prises, je ne vois pas pourquoi je les emmerderai à le prendre en trois (prises)*» ☐ (e43). Par ailleurs, quand elle effectue une visite dans une famille musulmane, elle ôte ses chaussures ☐ «*Toi, dit-elle, je sais que quand je vais chez certaines personnes, j'enlève mes chaussures parce que y'a des tapis*²⁵⁶» ☐ (e43).

De la même façon que son confrère (e42), elle a suivi, dans le cadre d'un réseau ville-hôpital, une formation sur le thème «*diabète et ramadan*» ☐. Et l'on se rend compte que le statut du généraliste est ici primordial dans la prise en compte des croyances et pratiques religieuses des patientes ☐ dans la mesure où il s'adapte aux exigences de sa clientèle. «*J'ai participé, explique cette médecin, à la réunion de formation sur diabète et ramadan parce qu'il s'avérait que la plupart des patients faisaient le ramadan sans nous demander notre autorisation et qu'on s'est rendu compte qu'en les conseillant, finalement, c'est mieux que si on les laisse faire sans les conseiller (...)* Y'a des choses comme ça, des choses qui dans la pratique religieuse des patients sont de toute façon incontournables, ben forcément, on les prend en compte puisque ça apparaît dans nos relations avec eux» ☐ (e43).

Il est donc clair que les généralistes sont davantage soumis au contrôle social exercé par leurs patients. Pour autant, les médecins se donnent des limites qu'ils ne souhaitent pas franchir dans la prise en compte des croyances et pratiques religieuses de leurs patients. Une médecin exerçant dans un centre de santé, explique qu'au moment du ramadan, «*J'est classique que des ados viennent me demander des dispenses de sport parce qu'ils sont trop fatigués, je dis toujours 'non', les gens savent que je dis non parce que je dis, 'tu choisis de faire ça, c'est ton problème mais faut pas confondre, moi je suis médecin'*» ☐ (e41). Et, quand il s'agit de traiter des patients diabétiques qui veulent faire le ramadan, elle dit «*Se bagarrer*» ☐

²⁵⁶ - Cette médecin doit ici faire référence au fait que ces tapis peuvent servir pour la prière. Dans la religion musulmane, il est effectivement conseillé de retirer ses chaussures pour prier car elles peuvent contenir des éléments impurs.

avec eux pour qu'ils ne le fassent pas, «²⁵⁷ leur dis que l'islam ne demande pas aux gens malades de ne pas se soigner²⁵⁷ mais, devant le fait accompli, «²⁵⁷ j'arrive pas à le convaincre, et bien je vais essayer d'aménager son traitement pour que ça ne soit pas si mauvais, pour que les résultats soient moins pires que si je reste bloquée sur mon truc de trois fois par jour (...) donc je vais transiger là-dessus²⁵⁷ (e41).

Devant certains cas de figure, perçus comme inextricables, le médecin peut en arriver à envisager des solutions extrêmes. L'un d'entre eux, ne parvenant pas à trouver d'issue face à une patiente engagée dans un groupe qu'il qualifie de «²⁵⁷sectaire²⁵⁷ (cette patiente ne prend plus ses traitements anti-rétroviraux), se demande s'il ne doit pas la dénoncer. «²⁵⁷Écoutez, dit-il, moi je ne sais pas ce qu'il faut faire, j'en discute avec la personne et j'essaie de lui faire comprendre que le spirituel est important et que c'est certainement une force mais que quand ça interfère dans son soin, son traitement, elle se met en danger, mais après, elle est libre du choix, je ne peux pas intervenir, j'ai le droit d'informer, de dire les choses, et puis après, les gens font ce qu'ils veulent, alors je ne sais pas si c'est à moi de faire des dénonciations, des choses comme ça, auprès de l'État, je ne sais pas²⁵⁷ (e12).

Pour conclure sur le groupe des médecins généralistes, on retiendra trois aspects. Le premier est que le statut professionnel du médecin de ville peut influencer sur l'approche du fait religieux. Lorsque le médecin se sent menacé dans son identité professionnelle (cf. sentiment de rapports de domination avec les praticiens hospitaliers, incertitude quant au renouvellement de vacations ou non renouvellement de ces vacations, ...), certaines manifestations religieuses viennent cristalliser cette situation incertaine et cette position de domination, et ce dans la mesure où elles mettent en cause l'autorité du médecin.

Le second aspect concerne l'appartenance religieuse du médecin²⁵⁷ à nouveau, on constate qu'il est plus facile pour les médecins déclarant une appartenance religieuse de gérer les croyances et pratiques religieuses de leurs patients.

Pour autant, et cela concerne le troisième aspect, un autre élément vient pondérer la variable religieuse (appartenance religieuse du médecin), celui de la contrainte exercée par la clientèle dans un secteur libéral. On l'a indiqué, même les médecins les plus critiques à

²⁵⁷ - Ce médecin a accepté de faire l'entretien pour témoigner de son expérience et pour que ce type de cas soit connu d'un plus grand public.

l'égard du fait religieux vont adapter leur pratique aux croyances et pratiques religieuses de leurs patients et/ou trouver des solutions pour que engagement religieux et soins médicaux soient compatibles.

Conclusion

Les médecins associatifs et généralistes ont été réunis dans une même partie car la plupart d'entre eux ne prescrivent pas de traitement anti-rétroviraux. Pour autant, la gestion du fait religieux dans la relation thérapeutique est distincte selon le cas de figure envisagé.

Les médecins associatifs adoptent plutôt une approche globale du fait religieux (et du patient) laquelle se caractérise par l'intégration des croyances et pratiques religieuses des patients à leur pratique médicale. Cette démarche s'explique par plusieurs facteurs : ils estiment qu'ils doivent tenir compte de la spécificité culturelle des patients immigrés ; leur rôle consiste à se charger du suivi médical du patient mais aussi de son accompagnement social et psychologique ; enfin, leur appartenance religieuse peut favoriser la prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients. À la différence de certains généralistes, ces médecins ne perçoivent pas cette orientation de leur activité professionnelle comme dévalorisante dans la mesure où ils ont fait le choix d'une médecine qui ne présente, selon eux, ni les contraintes du secteur libéral, ni celles du milieu hospitalier. La formation reçue par le médecin joue cependant un rôle prépondérant dans la gestion du fait religieux : certains étant plus armés (cf. le médecin spécialisé dans les soins palliatifs) que d'autres (cf. la médecin généraliste exerçant dans un ACT et se sentant « *démunie* » face à certains patients).

Les généralistes ont une approche diversifiée du fait religieux et ce dans la mesure où leur positionnement au sein du champ médical n'est pas le même. Les médecins affichant ouvertement leur appartenance religieuse exercent en secteur 2 (honoraires libres), dans des zones où la population est aisée (8^e, 16^e arrondissements de Paris et Boulogne Billancourt dans les Hauts-de-Seine), et ne se sentent pas menacés dans leur activité et leur autorité. Au contraire, leur engagement religieux constitue une sorte de « produit d'appel » leur permettant de se démarquer de leurs confrères. D'autres médecins déclarent une appartenance religieuse mais ne l'affichent pas ouvertement. Ici aussi, la prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients n'est pas vécue de manière problématique. Pour l'un d'entre eux, on observe même une adaptation de son activité professionnelle à sa patientèle. Quant aux médecins qui ne déclarent pas d'appartenance religieuse, ils ont un discours beaucoup plus critique à l'égard des croyances et pratiques religieuses de leurs patients, et ce notamment car celles-ci viennent exacerber une position fragilisée au sein du champ médical. Ils ont

néanmoins une attitude pragmatique à l'égard des patients car ils adaptent leur pratique aux exigences religieuses de ces derniers.

Conclusion générale

Il a été question, au cours de cette étude, de rendre compte des liens entre les sphères religieuse et médicale, au fil du temps. Fortement intriquées jusqu'au début du XIX^e siècle, elles vont progressivement se dissocier. Ainsi, la loi de 1803, qui introduit deux ordres de médecins, répond surtout à des velléités politiques, mais ne pourra pas être réellement mise en application avant la fin du XIX^e siècle. Les médecins ne peuvent se passer des services des religieuses car elles travaillent gratuitement, se chargent des basses besognes et, finalement, contribuent, à leur manière, à la médicalisation des populations.

L'accession des médecins au pouvoir politique, sous la III^e République, et les découvertes scientifiques de la fin du XIX^e siècle, vont être l'occasion de promouvoir leurs intérêts□ ils vont obtenir le monopole sur l'exercice de la médecine et bénéficier d'une légitimité sociale qui leur faisait défaut jusqu'alors. Dans le même temps, la religion tend à devenir une affaire privée (loi de 1905 sur la séparation des Églises et de l'État), même si une très large majorité de français est catholique et que la France est marquée par son héritage judéo-chrétien.

Au début du XX^e siècle, les sphères religieuse et médicale sont théoriquement dissociées. Dans la pratique, les choses sont plus lentes à se mettre en place dans la mesure où, par exemple, des religieuses continuent à travailler dans les hôpitaux et les mœurs gardent l'emprunte du catholicisme (cf. lois sur la contraception, l'avortement, ...)²⁵⁸.

La dissociation de ces sphères va toutefois se réaliser car la légitimité sociale de la médecine s'accroît (progrès techniques, découvertes scientifiques, ...) et parce que la religion perd de son emprise sur les individus. On peut observer ce dernier processus à partir d'un mouvement comme la Société Saint Luc, Saint Côme, Saint Damien□ fer de lance de l'humanisme catholique à la fin du XIX^e siècle, les médecins adhérant à cette société vont

²⁵⁸ - La loi de 1920, écrit J. Mossuz-Lavau, adoptée après une guerre meurtrière, oeuvrait contre la dénatalité et contre les thèses néo-malthusiennes (porter à la connaissance des milieux populaires des méthodes sûres pour contrôler leur fécondité). Cette loi interdit toutes les procédures qui pourraient permettre soit de prévenir efficacement une grossesse non désirée (articles 3 concerne la contraception), soit encore d'interrompre celle-ci (articles 1 et 2 concernent l'avortement), J. Mossuz-Lavau, *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*, Paris, Payot, 1991, p. 15. Cette loi reproduit les positions défendues par l'Église catholique.

progressivement prendre leurs distances avec le Vatican (notamment au moment du vote des lois sur la contraception et l'avortement) et réserver leur engagement religieux pour eux-mêmes. À la même période c'est-à-dire dans les années 1970, on voit surgir d'autres groupements religieux, nostalgiques d'une époque où religion et médecine travaillaient main dans la main. (cf. certains groupes charismatiques) ou espérant une nouvelle alliance entre science et religion.

L'héritage des lois de 1892 (monopole sur l'exercice de la médecine) et de 1905 (séparation des Églises et de l'État) se traduit, quand l'hôpital devient un service public, en 1970, par une dissociation forte entre les sphères religieuse et médicale. Là où sont formés les médecins (l'hôpital) prévaut le principe de la neutralité religieuse. Qui plus est, quand des dispositions sont prises pour prendre en charge les croyances et pratiques religieuses des patients à l'hôpital, cela ne concerne pas les médecins mais les infirmiers. Tout concourt à faire de la gestion du fait religieux une activité peu valorisante pour les praticiens□ la constitution de l'institution médicale (laïcisation), l'effritement du religieux au sein de la société globale, et les critères d'excellence de la profession (recherche, publication d'articles, participation à des colloques, ...).

Dans ce contexte apparaît une nouvelle gestion des maladies chroniques□ plus humaine dans le sens où le patient est considéré dans ses aspects psychologique, social, ... mais aussi plus totalisante puisque le médecin est amené à prescrire des comportements. En France, cette approche globale du malade n'inclut pas – du moins explicitement - la prise en compte des croyances et pratiques religieuses. Exception doit être faite des soins palliatifs car le respect des prescriptions du médecin ne met pas en cause son autorité.

Comment les médecins sont-ils amenés à gérer l'apparition de manifestations religieuses dans la mesure où ils n'ont pas reçu de formation sur cette question et qu'il s'agit d'une activité peu valorisante au regard de la construction de l'institution médicale□ À partir d'une enquête de terrain, réalisée en 2004, auprès de quarante-quatre médecins traitant des patients touchés par le VIH/Sida, on a émis une hypothèse centrale□ la gestion du fait religieux par les médecins dépend de la position qu'ils occupent au sein du champ médical -, et des hypothèses spécifiques, propres à chaque segment professionnel. Le choix de la pathologie VIH tient essentiellement au fait qu'il s'agit d'une maladie chronique c'est-à-dire

qu'elle peut être l'objet d'une approche globale, mais aussi parce qu'à partir de ses modes de transmission, elle touche aux fondements de la vie biologique et sociale.

Le fait d'avoir mené l'enquête de terrain en région parisienne a un effet grossissant sur les résultats obtenus. La fréquence des manifestations religieuses doit certainement être moindre dans des hôpitaux situés dans des petites villes de province et ainsi apparaître comme plus exotiques au regard de ces médecins. Pour autant, cela ne devrait pas infirmer hypothèse de départ (gestion différenciée du fait religieux selon l'appartenance à un segment professionnel) dans la mesure où les segments professionnels sont présents dans l'ensemble du champ médical.

D'emblée, il faut noter que l'apparition de manifestations religieuses dans la relation thérapeutique est plus fréquente selon le lieu où exerce le médecin. Là où la population étrangère est la plus nombreuse, les médecins rencontrent davantage de cas de figure. Cela est lié à plusieurs aspects : la population étrangère est plus pratiquante que la population nationale (cf. enquête INSEE), certaines pratiques religieuses ont une visibilité sociale plus importante que d'autres (cf. ramadan), et l'appartenance religieuse du médecin (ou la non appartenance religieuse) le rend plus sensible à ce sujet. Quand le médecin affiche ouvertement sa religion d'appartenance, il peut recruter une partie de sa clientèle en fonction de ce signe de distinction. Et, quand il déclare une appartenance sans pour autant la manifester, il adopte une attitude plus ouverte vis-à-vis du fait religieux, attitude à laquelle peuvent être sensible ses patients. Ces deux variables (afficher ouvertement son appartenance religieuse et déclarer une appartenance religieuse) ont permis de différencier la gestion du fait religieux entre médecins, et ce dans la mesure où ces derniers ne manifestent pas de réticences à l'égard du religieux voire l'intègrent à leur pratique médicale. Il faut cependant relativiser ces propos, d'une part car les médecins qui ne déclarent pas d'appartenance religieuse peuvent aussi prendre en charge des manifestations religieuses mais ils le justifient d'une autre manière (cf. recours à des critères biologiques) et d'autre part, parce qu'il existe une sorte d'homologie sociale et culturelle entre le médecin et sa clientèle (cf. le médecin catholique exerçant en secteur 2, dans le 16^e arrondissement de Paris, ne soigne pas une clientèle composée à « 70% de maghrébins » ; inversement, les médecins associatifs, souvent mal payés, dont certains sont étrangers ou d'origine étrangère, ne gèrent pas des populations bien insérées économiquement et socialement). En d'autres termes, la prise en charge des

croyances et pratiques religieuses du patient est souvent moins problématique quand l'écart social et culturel est réduit entre patient et médecin.

Le segment professionnel d'appartenance des médecins joue un rôle indéniable dans la gestion du fait religieux. Cette notion permet de recouvrir l'ensemble des éléments participant à la construction de l'identité des médecins □ démographie médicale, position de domination ou d'assujettissement du médecin à l'égard de ses confrères, classification professionnelle (salarié, libéral), valeurs promues par le secteur d'activité (hôpital, cabinet de ville, association), ... En tenant compte de ces différents aspects, on se rend compte qu'il existe bien une gestion différenciée du fait religieux selon le segment professionnel d'appartenance du médecin.

Pour chaque segment, on a abordé trois aspects correspondant à ce qu'on entend par gestion du fait religieux □ approche qu'ont les médecins du fait religieux, formes de légitimation qu'ils utilisent, et les modalités d'action qu'ils engagent. Il s'avère que chaque segment professionnel a une approche spécifique du fait religieux □ distanciée pour les praticiens universitaires – praticiens hospitaliers (PU-PH), sélective pour les autres praticiens hospitaliers, globale pour les médecins associatifs, et différenciées pour les généralistes (engagée, pragmatique et réservée). Les formes de légitimation auxquelles ont recours les médecins diffèrent peu d'un segment professionnel à l'autre. Cependant, elles y occupent une place plus ou moins prépondérante □ la distorsion des rapports aux patients prédomine chez les PU-PH □ la non-observance des traitements anti-rétroviraux est omniprésente chez les « autres » praticiens hospitaliers □ la dimension culturaliste prévaut chez les associatifs, et pour les généralistes, les arguments sont pluriels. Quant aux modalités d'action, elles varient d'un segment professionnel à l'autre □ peu diversifiées pour les PU-PH, elles sont au contraire nombreuses et variées pour les « autres » praticiens hospitaliers. Les médecins associatifs sont plus ou moins organisés/professionnalisés sur ces questions, alors que les généralistes répondent davantage aux attentes de leurs patients.

Si l'on entre un peu plus dans les détails, voici ce qu'on peut retenir. Les praticiens universitaires – praticiens hospitaliers (PU-PH) prennent peu en considération l'engagement spirituel du patient car cela met en cause le fondement sur lequel ils font reposer la relation thérapeutique, celui d'un rapport entre expert et profane. On l'observe dans les formes de légitimation qu'ils utilisent (incompétence, neutralité, autorité), et parce que l'expertise

médicale est au cœur de leurs rapports au patient. Ils suivent bien les recommandations du rapport Delfraissy, celles visant à une prise en charge globale du patient, mais cela reste circonscrit à certains domaines (profession, revenu, nombre d'enfants, lieu d'habitation), lesquels ne mettent pas en cause leur rôle d'expert. Étant au plus haut de la hiérarchie médicale, ces médecins consacrent leur activité aux soins mais aussi à l'enseignement et la recherche. Ce sont eux, notamment, qui participent aux essais sur les nouvelles molécules et qui enseignent les caractéristiques du VIH. Dès lors, la prise en charge du fait religieux est une activité à laquelle ils n'ont pas de temps à consacrer ou qui peut être vécue comme déclassante. Ils ont alors tendance à la déléguer auprès d'autres personnes (infirmières, aumôniers essentiellement).

Les «Autres» praticiens hospitaliers réagissent différemment à la prise en charge des croyances et pratiques religieuses des patients. Un souci constant les anime, celui de l'observance des traitements qu'ils administrent. En ce sens, certaines manifestations religieuses constituent une forme de protestation, une mise en cause de leur autorité. D'où leur volonté de connaître la place réservée à la religion par le patient (démarche complémentaire ou alternative au traitement anti-rétroviral). À partir du moment où ils constatent que la religion vient supplanter leur prescriptions, ils sont dans l'évaluation morale et en viennent à prescrire les «Bonnes» croyances et pratiques religieuses. Quand ils ne parviennent pas à leurs fins et sentent le patient en danger, ils peuvent avoir recours à d'autres intervenants (infirmières et (ethno)psychiatres dans une moindre mesure, et surtout, médiateurs et associations) lesquels ne mettent pas en cause leur relation aux patients.

Les médecins associatifs ont une approche globale du patient dans le sens où ils envisagent d'emblée ce dernier dans ses aspects psychologique, social, culturel, ... Traitant surtout des patients immigrés (et souvent précaires) et étant rarement dans les soins curatifs, ces médecins souhaitent adapter leur activité professionnelle aux besoins de ces patients, notamment en tenant compte de leur engagement religieux. Ils se caractérisent aussi par le fait qu'ils ont tous une appartenance religieuse, ce qui donne à penser que cela facilite la prise en charge du fait religieux.

Concernant les généralistes, leur approche du fait religieux est différenciée, et ce notamment parce qu'ils occupent une position différente au sein du champ médical. Ainsi, ceux qui affichent ouvertement leur appartenance religieuse exercent en secteur 2, alors que

ceux qui ont une approche réservée du fait religieux, travaillent surtout dans des banlieues concentrant un nombre important de populations immigrées. L'apparition du fait religieux dans la relation thérapeutique apparaît alors comme une forme de distinction pour les premiers, et un signe d'un déclassement pour les seconds (faire le sale boulot et/ou réduction de l'autonomie du médecin). Pour autant, étant dans un rapport « marchand » avec leurs patients, tous s'accrochent plus ou moins de ces manifestations religieuses et adaptent leur pratique médicale.

Cette étude s'inscrit dans la continuité des travaux des sociologues interactionnistes qui envisagent les rapports entre médecins et patients sous l'angle du conflit (malade et médecin ont une perception différente de ce qu'est la maladie, du rôle du praticien, ...). On a ainsi pu constater que selon la place occupée par le médecin au sein du champ médical, il gère différemment le fait religieux. Le statut professionnel du médecin, le secteur d'activité dans lequel il exerce (hôpital, association, cabinet de ville), la classification professionnelle à laquelle il appartient (salarié/libéral), la démographie médicale (concurrence entre médecins), mais aussi le type de clientèle, fortement lié au lieu d'implantation du médecin, participent à déterminer cette place et à gérer différemment le fait religieux. La variable religieuse (appartenance religieuse ou non du médecin), participant aussi à la construction de l'identité du médecin, est tout aussi déterminante dans la gestion du fait religieux.

Envisagée comme l'une des caractéristiques de la modernité, la différenciation des sphères sociales, notamment celle de la médecine et de la religion, est aujourd'hui plus ou moins mise à mal. Est-ce à dire que l'on est passé dans une phase d'ultra-modernité ? Celle d'une modernité exacerbée, notamment par le doute et le questionnement critique, mais où le religieux, sans exercer d'emprise sur la vie sociale, joue un rôle « en tant que ressource spirituelle, éthique, culturelle ou même politique au sens très large »²⁵⁹. La question reste posée.

²⁵⁹ - J.-P. Willaime, « Religion in ultramodernity », *Religion and social theory* : classical and contemporary Debates, J. A. Beckford, J. Wallis (éds.), à paraître en 2005.

Bibliographie

- ADAM Philippe, HERZLICH Claudine, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan, coll. «*28*», 1994.
- ANDRÉANO C. *et alii*, «*La non-observance des patients infectés par le VIH, soutenus par une association communautaire*», *Santé publique*, 2001, vol. 13, n°3, pp. 249-262. Disponible sur http://www.bdsp.tm.fr/fulltext/show.asp?Url=/Sfsp/SantePublique/2001/3/IMP_SPIRE_ps.pdf, consulté en août 2005.
- ARNEY William Ray, BERGEN Bernard J., «*The anomaly, the chronic patient and the play of medical power*», *Sociology of Health and Illness*, 1983, vol. 5, n°1, pp. 1-24.
- ATLAN Paul, entretien recueilli par SAUBABER D., «*Un patient c'est un tout*», Disponible sur <http://lexpress.fr/info/fra/dossier/laicite/dossier.asp?id=429350>, consulté en octobre 2004.
- BARBOT Jeannine, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, coll. «*Voix et regards*», 2002.
- BARDIN Laurence, *L'analyse de contenu*, Paris, PUF, coll. «*Le psychologue*», 1989.
- BASZANGER, Isabelle, «*Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes*», *Revue Française de Sociologie*, XXII, 1981, pp. 223-245.
- BASZANGER Isabelle, «*Les maladies chroniques et leur ordre négocié*», *Revue Française de Sociologie*, 1986, vol. XXVII, pp. 3-27.
- BASZANGER Isabelle, *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Seuil, coll. «*La couleur des idées*», 1995.
- BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine, PAILLET Anne, «*Introduction. Une médecine en discussion*», BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine, PAILLET Anne (dir.), *Quelle médecine voulons-nous*, Paris, La Dispute, 2002, pp. 9-16.
- BASZANGER Isabelle, «*La fin de vie de nouvelles frontières entre curatif et palliatif*», *Quelle médecine voulons-nous*, BASZANGER Isabelle, BUNGENER Martine, PAILLET Anne (dir.), Paris, La Dispute, 2002, pp. 211-213.
- BAUBÉROT Jean, *Vers un nouveau pacte laïque*, Paris, Seuil, 1990.

- BAUBÉROT Jean, *Laïcité 1905-2005, entre passion et raison*, Paris, Seuil, 2004.
- BAUBÉROT Jean, «La laïcisation de la mort en France». Disponible sur http://jeanbauberotlaicite.blogspot.com/laicite_medecine_ecole/, consulté en août 2005.
- BÉGOT Anne-Cécile «La gestion spirituelle du VIH/Sida» parcours biographique et construction identitaire», *Sciences sociales et santé*, 2004, vol. 22, n° 3, pp. 41-60.
- BÉGOT Anne-Cécile, «Au cœur de la souffrance» le projet de devenir psychothérapeute spirituel», *Systèmes de pensée en Afrique noire*, CASAJUS Dominique (dir.), à paraître en décembre 2005, n°XVII.
- BENOIST Jean, «Les médecines douces», *Passions ordinaires. Du match de football au concours de dictée*, BROMBERGER Christian, Paris, Bayard, 1998, pp. 523-541.
- BOLTANSKI Luc, «Les usages sociaux du corps», *Annales, Économies, Sociétés, Civilisations*, 1971, vol. 26, pp. 205-231.
- BOURDILLON François, COURTIAL-DESTEMBERT S., NADAL J-M., LEBLANC G., «Personnes infectées par le VIH en situation d'échec thérapeutique au 1^{er} trimestre 1999», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2000, n°8. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/beh/2000/0008/>, consulté en mai 2005.
- BUNGERNER Martine, BASZANGER Isabelle, «Médecine générale, le temps des redéfinitions», », *Quelle médecine voulons-nous*, BASZANGER Isabelle, BUNGERNER Martine, PAILLET Anne (dir.), Paris, La Dispute, 2002, pp. 19-34.
- CAMPICHE Roland, «Individualisation du croire et recomposition de la religion», *Archives de Sciences Sociales des Religions*, 1993, n°81, pp. 117-131.
- CAMPICHE Roland, «Entre l'exemple et l'expérience» de la transmission par la famille d'une tradition à celle d'un éthos religieux», *Figures des Dieux. Rites et mouvements religieux. Hommage à Jean Rémy*, Paris-Bruxelles, De Boeck, Coll. «Ouvertures sociologiques», 1996, pp. 117-131.
- CARRICABURU Danièle, *L'hémophilie au risque de la médecine. De la maladie individuelle à la contamination collective par le virus du sida*, Paris, Anthropos, 2000.
- CARRICABURU Danièle, MÉNORET Marie, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, 2004.
- CASTEL Patrick, MERLE Ivonne, «Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins», *Sociologie du travail*, 2002, vol. 44, p. 337-355.

- CHAMPION Françoise, «Recomposition du religieux», *Sortie de siècle. La France en mutation*, DURAND Jean-Pierre, MERRIEN François-Xavier (dir.), Paris, Vigot, 1991, pp. 167-191.
- CHAMPION Françoise, «Religieux flottant, éclectisme et syncrétismes», *Le fait religieux*, DELUMEAU Jean (dir.), Paris, Fayard, 1993, pp. 741-772.
- CHAMPION Françoise, «Religion et modernité. Nouveaux Mouvements Religieux et nouvelles religiosités mystiques-ésotériques», *Cahiers Français*, 1995, n°73, pp. 13-18.
- CHAMPION Françoise, HOURMANT Louis, «Nouveaux mouvements religieux' et sectes», *Sectes et démocratie*, CHAMPION Françoise, COHEN Martine (éds), Paris, Seuil, 1999, pp. 59-85.
- CHARAVEL Marie, «La relation médecin-patient vers la décision partagée, un nouveau champ d'investigation en psychologie de la santé», *Bulletin de psychologie*, tome 56 (1), 463, pp. 79-88.
- CÉSARI Joselyne, «Comparaisons nationales. France islam et tradition républicaine», *L'islam en Europe*, Paris, La Documentation Française, 1995, n°46, pp. 21-30.
- CÉSARI Joselyne, *Musulmans et républicains. Les jeunes, l'islam et la France*, Bruxelles, Complexe, 1998.
- Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-02/a0020035.htm>, consulté en août 2005.
- COHEN Martine, «Les charismatiques et la santé. Offres religieuses de salut ou nouvelles médecines parallèles», *Gestions religieuses de la santé*, LAUTMAN Françoise, MAÎTRE Jacques (dir.), Paris, L'Harmattan, coll. «Santé, sociétés et cultures», 1995, pp. 61-87.
- DARRINÉ Serge, NIEL Xavier, «Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000. 95000 médecins, dont 22000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers», *Études et résultats*, janvier 2001, n°99, p. 1-8. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>, consulté en août 2005.
- DARRINÉ Serge, «Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 les médecins dans les régions et par mode d'exercice», *Études et résultats*,

DREES (direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), février 2002, n° 156. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/index.htm>, consulté en août 2005.

- DEFERT Daniel, entretien avec, « Rester mobilisés », *Informations sociales. Sida les nouvelles donnes*, 1998, n° 71, pp. 116-118.
- DELFRAISSY Jean-François (dir.), *Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, Flammarion, coll. « Médecine-Sciences », 2002. Le rapport 2004 est disponible sur http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/delfraissy_2004/rapport.pdf, consulté en août 2005.
- DERICQUEBOURG Régis, *Croire et guérir. Quatre religions de guérison*, Paris, Dervy, 2001.
- DODIER Nicolas, CAMUS Agnès, « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, juillet-août 1997, n° 4, pp. 733-763.
- DODIER Nicolas, CAMUS Agnès, « L'hospitalité de l'hôpital. L'accueil et le tri des patients aux urgences médicales », *Communications*, 1997, n° 65, pp.109-119.
- DOMIN Jean-Paul, « L'expérimentation des réseaux ville-hôpital l'émergence d'un nouveau mode de régulation dans les services de soins », *Économies et Sociétés*, Série « Économie et Gestion des Services », 2003, vol. 11, n° 1, pp. 1869-1896.
- DOMIN Jean-Paul, « Les réseaux de santé une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté », 2004, Communication aux 4^e journées de la proximité, GRECAM, Université Aix-Marseille III, pp. 1-23. Disponible sur www.cocof.be/telecharge/DOCS/sante/reseauxsante/nouvelleapprochedelamedecine.pdf, consulté en août 2005.
- FAINZANG Sylvie, *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, PUF, coll. « Ethnologies, Controverses », 2001.
- FASSIN Didier, « Les réseaux ville-hôpital, agitateur depuis 1985. Une approche globale de la prise en charge des malades du sida », *Prévenir*, 1994, n° 7, 2^e semestre, pp. 117-125.
- FASSIN Didier, « Avant propos. Les politiques de la médicalisation », *L'ère de la médicalisation. Ecce homosanitas*, AÏACH Pierre, DELANOË Daniel (dir.), Paris, Anthropos, 1998, pp. 1-13.

- FASSIN Didier, «Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psychée africaine, des colonies africaines aux banlieues parisiennes», *L'Homme*, 2000, n°53, pp. 231-250.
- FAURE Olivier, *Les Français et leur médecine au XIX^e siècle*, Paris, Belin, 1993.
- FAURE Olivier, *Histoire sociale de la médecine (XVIII^e-XX^e siècles)*, Paris, Anthropos-Historiques, 1994.
- FREIDSON Éliot, «Influence du client sur l'exercice de la médecine», *Médecine, maladie et société. Recueil de textes présentés et commentés*, HERZLICH Claudine (éd.), Paris, EPHE/Mouton, 1970, pp. 225-238.
- FREIDSON Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.
- GUILLAUME Pierre, *Médecins, Église et foi depuis deux siècles*, Paris, Aubier, 1990.
- HAKKOU Fariq, «Les conséquences médicales du jeûne du ramadan», *La Revue Prescrire*, juillet-août 1995, n° 153, pp. 512-523.
- HASSENTEUFEL Patrick, *Les médecins face à l'État. Une comparaison européenne*, Paris, Presse de Sciences Po, 1997.
- HELFEN Sandrine, EMBERSIN Catherine, GRÉMY Isabelle *et alii*, «Suivi de l'infection à VIH/Sida en Ile-De-France. Les personnes atteintes données épidémiologiques et aspects de la prévention», *Bulletin de santé. Épidémiologie en Ile-de-France*, 2004, n°9, pp. 1-8. Disponible sur <http://www.ors-idf.org/etudes/etudes_apres_99.asp>. Consulté en août 2005.
- HENNEZEL (De) Marie, *La mort intime. Ceux qui vont mourir nous apprennent à vivre*, Paris, Pocket, 1999.
- HERVIEU-LÉGER Danièle, *La religion pour mémoire*, Paris, Cerf, 1993.
- HERVIEU-LÉGER Danièle, «La religion des Européens modernité, religion, sécularisation», HERVIEU-LÉGER Danièle et DAVIE Grace (dir.), *Identités religieuses en Europe*, Paris, La Découverte, 1996, pp. 9-23.
- HERVIEU-LÉGER Danièle, *Le pèlerin et le converti. La religion en mouvement*, Paris, Flammarion, 1999.
- HERVIEU-LÉGER Danièle, «Les Églises interrogées par les progrès de la médecine», entretien avec HERVIEU-LÉGER Danièle, *Dieu aime-t-il les malades Les religions monothéistes face à la maladie*, MARTIN Nicolas, SPIRE Antoine (éds.), Paris, Éditions Anne Carrières, 2004, pp. 77-137.
- HERZLICH Claudine, PIERRET Jeanine, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Bibliothèque scientifique Payot, 1984.

- HERZLICH Claudine, «Du symptôme organique à la norme sociale des médecins dans un ‘groupe Balint’», *Sciences Sociales et Santé*, 1984, vol. II, n° 1, pp. 11-31.
- HERZLICH Claudine, «Médecine moderne et quête de sens : la maladie signifiant social», *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, AUGÉ Marc, HERZLICH Claudine (dir.), Paris, éd. des archives contemporaines, 1986, pp.189-215.
- HERZLICH Claudine, BUNGENER Martine, PAICHELER G., ROUSSIN P., ZUBER M.-C., *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français. 1930-1980*, Paris, Inserm/Doin, 1993.
- HERZLICH Claudine, ADAM Philippe, «Urgence sanitaire et liens sociaux l'exceptionnalité du sida», *Cahiers internationaux de sociologie*, 1997, vol. CII, pp. 5-28.
- KNIBIEHLER Yvonne, LEROUX-HUGON Véronique, DUPONT-HESS Odile, TASTAYRE Yolande, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française (1880-1980)*, Paris, Hachette, coll. «Littérature», 1984.
- LALOUETTE Jacqueline, «Expulser Dieu la laïcisation des écoles, des hôpitaux et des prétoires», *Mots. Les langages du politiques*, juin 1991, n°7, pp. 23-39.
- LAMBERT Yves, «Religion et modernité. Une définition plurielle pour une réalité en mutation», *Cahiers Français*, 1995, n° 273, pp. 3-12.
- LAMBERT Yves, «La religion en France des années soixante à nos jours», *Données sociales*, INSEE, 2002, pp. 565-579.
- LANGLOIS Claude, «Catholicisme, douleur et dolorisme (XIX^e-XX^e s.). La modernité de Pie XII», *Laennec. Médecine, santé, éthique*, 1996, n° 3-4, pp. 12-16.
- LAPLANTINE François, *L'ethnopsychiatrie*, Paris, PUF, coll. «Que sais-je», 1988.
- LEBAS Jacques, *À la vie, à la mort. Médecin par temps d'épidémies*, Paris, Seuil, 1993.
- LEBRUN François, «L'Église face à la maladie et à la guérison entre Trente et Vatican II. Discours et pratiques», *Gestions religieuses de la santé*, LAUTMAN Françoise, MAÎTRE Jacques (dir.), Paris, L'Harmattan, coll. «Santé, sociétés et cultures», 1995, pp. 15-23.
- LEBRUN François, *Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVII^e et XVIII^e siècles*, Paris, Seuil, coll. «Histoire», 1995.
- LÉONARD Jacques, *La vie quotidienne du médecin de province au XIX^e siècle*, Paris, Hachette, 1977.

- LÉONARD Jacques, *Médecins, malades et société dans la France du XIX^e siècle*, Paris, Sciences en situation, 1992.
- LÉONARD Jacques, « La stratégie d'une corporation. La 'prise du pouvoir' sous la III^e République », *Panoramiques. Sois patient et tais-toi. Le pouvoir médical*, LENOIR Rémy TSIKOUNAS Myriam (dir.), 1994, vol. II, n° 17, pp. 28-33.
- LERT France, OBADIA Yolande et l'équipe de l'enquête Vespa, « Comment vit-on en France avec le VIH/sida », *Population et sociétés*, n° 406, novembre 2004, pp. 1-4. Disponible sur http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/numeros_dispo.htm, consulté en août 2005.
- LÉVY Isabelle, *Soins et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*, Paris, Estem, 1999.
- LÉVY Isabelle, *La religion à l'hôpital. Laïcité et respect du culte. Refus des soins. Interdits alimentaires. Rites funéraires*, Paris, Presse de la Renaissance, 2004.
- LÉVY Isabelle, « L'hôpital face aux religions », propos recueillis par CHARTIER Claire. Disponible sur <http://www.lexpress.fr/info/france/dossier/laicite/dossier.asp?ida=429344>, consulté en septembre 2004.
- *Libération*, « Les associations dénoncent le durcissement de l'accès à l'AME », mardi 2 août 2005. Disponible sur <http://www.liberation.fr/page.php?Article=314925>, consulté en août 2005.
- MAÎTRE Jacques, « Régulations idéologiques officielles et nébuleuses d'hétérodoxies. A propos des rapports entre religion et santé », *Social compass*, 1987, vol. XXXIV, n° 4, pp. 353-364.
- MECHIN Nathalie, *Médecin, malade, sida une rencontre*, Paris-Montréal, L'Harmattan, 1999.
- MONLOUIS-FÉLICITÉ Agnès, « Au plus proche de la vie familiale », *Informations sociales. Sida les nouvelles donnees*, 1998, n° 1, pp. 48-53.
- MORIN Michel, « De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique contributions et perspectives des sciences sociales », *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida », 2001, pp. 5-20.
- MOSSUZ-LAVAU Janine, *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*, Paris, Payot, 1991.

- NIEL Xavier, «L'état de la pratique religieuse en France», *INSEE première*, mars 1998, n° 570, pp. 1-4. Disponible sur http://www.insee.fr/fr/ppp/publications/collect_doc.asp?coll=1&paru=1&pres=1&avis=1, consulté en août 2005.
- OBADIA Yolande, MOATTI J.-P., «Prise en charge des patients VIH en médecine ambulatoire le spectre de la spécialisation», *Transcriptase*, 1993, n° 17, pp. 32-35. Disponible sur <http://publications.lecrips.net/airs/index.asp>, consulté en août 2005.
- *Observatoire régional de santé d'Ile-de-France*, «Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida en France en 2001», 2001, pp. 1-4. Disponible sur http://www.ors-idf.org/etudes/etudes_apres_99.asp#3, consulté en août 2005.
- PACHABÉZIAN Vincent, «Enquête sur le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'infection par le VIH», *Transcriptase*, 1994, n° 28, pp. 2-4. Disponible sur <http://publications.lecrips.net/airs/index.asp>, consulté en août 2005.
- PAILLARD Bernard, GUÉRIN Anne, *Médecines parallèles et sida*, Paris, CETSAM (Centre d'Études Transdisciplinaires), 1999.
- PARIZOT Isabelle, *Soigner les exclus. Identités et rapports sociaux dans les centres de soins gratuits*, Paris, PUF, coll. «Le lien social», 2003.
- PILLONEL Josiane, *Impact des nouvelles stratégies thérapeutiques sur l'incidence des cas de sida, janvier 1994-juin 1997*. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr>, consulté en août 2005.
- POULAT Emile, «France, la laïcité bouge encore. Entretien avec Émile Poulat», *Relioscope*, 3 septembre 2004. Disponible sur <http://www.relioscope.fr/>, consulté en août 2005.
- *Premiers résultats de l'enquête Presse Gay 2004*, Institut de Veille sanitaire, Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Paris, 2005. Disponible sur http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epg_resultats/index.html, consulté en octobre 2005.
- QUIMINAL Catherine, «Les associations de femmes africaines en France. Nouvelles formes de solidarité et individualisation», *Cahiers du GEDISST*, 1998, n° 21, pp. 111-130.
- RAYNAUD Pierre, VEYRET Louis, «Nouvelle conception de l'hôpital. 1941-1980», *Histoire des hôpitaux en France*, IMBERT Jean (dir.), Toulouse, Privat, 1982, pp. 404-430.

- ROCCHI Valérie, « Des nouvelles formes du religieux □ Entre quête de bien-être et logique protestataire □ le cas des groupes post-Nouvel-Age en France □ », *Social Compass*, 2003, vol. 50, n° □, p. 175-189.
- SAUBABER Delphine, « L'hôpital confronté à la radicalisation des pratiques religieuses », *Le monde interactif*. Disponible sur □ <<http://www.ac-versailles.fr/PEDAGOGI/ses/themes/laicite/saubaber.html>>, consulté en septembre 2004.
- *Sida et Hépatite C. les chiffres clés*. Disponible sur □ <http://www.sante.gouv.fr/htm/publication/dhos/vih_vhc/sommaire.htm>, consulté en mai 2005.
- SOLETTI Jean, « Rapport Dormont □ quelles conséquences pour les personnes touchées □ □ », *Remaides*, 13 septembre 1996, n° 21. Disponible sur □ <<http://www.france.qrd.org/sante/remaides/REM21/FR21/dormont.html>>, consulté en janvier 2005.
- SPIRE Bruno, DURAN Ségolène, SOUVILLE Marc, *et alii.*, « L'observance aux multithérapies des personnes infectées par le VIH □ de l'approche prédictive à l'approche dynamique □ », *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida. Mesure, déterminants, évolution*, Paris, ANRS, coll. « Sciences sociales et sida □ », 2001, pp. 43-56.
- STEUDLER François, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974.
- *Surveillance du VIH/Sida en France*, [s.n.], rapport n° □, mars 2004, p. 3. Disponible sur □ <<http://www.invs.sante.fr/surveillance/vih-sida/default.htm>>, consulté en août 2005.
- TERNISIEN Xavier, « Des musulmans majoritairement à gauche mais conservateurs en matière de mœurs □ », *Le monde*, 30 août 2005. Disponible sur □ <<http://www.lemonde.fr/web/article/0,1-0,36-683717,0.html>>, consulté en septembre 2005.
- URACA (*Unité de réflexion et d'action des communautés africaines*), *Les communautés africaines en France face à l'actualité du sida. La prévention à l'heure des thérapies. Exclusion, immigration et Sida. La médecine face à l'interculturel*, Paris, rapport de l'association URACA, 1998.
- VALIN Nadia, LOT Florence, LARSEN Christine, *et alii*, *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteinte par le VIH prises en charge*

dans les hôpitaux d'Ile-de-France, Paris, Institut de veille sanitaire, 2002. Disponible sur

<<http://www.invs.sante.fr/recherche/index2.asp?txtQuery=parcours+sociom%E9dica>>, consulté en août 2005.

- VIGARELLO Georges, *Le sain et le malsain. Santé et mieux-être depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, coll. «L'univers historique», 1993.
- WALLACH Isabelle, *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida : étude ethnologique des pratiques des patients et des méthodes d'intervention des acteurs de santé en milieu hospitalier et associatif*, titre provisoire, thèse à soutenir en 2006, sous la direction de DEHAYES Patrick, Université de Paris VII.
- WEBER Max, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme*, Paris, Flammarion, 2000
- WILLAIME Jean-Paul, «Le pentecôtisme : contours et paradoxes d'un protestantisme émotionnel», *Archives de Sciences Sociales des Religions*, jan.-mars 1999, n° 105, pp. 5-28.
- WILLAIME Jean-Paul, «Religion in ultramodernity», *Religion and social theory : classical and contemporary Debates*, BECKFORGD James A., WALLIS John (éds.), à paraître en 2005.
- ZEMPLÉNI Andreas, «La 'maladie' et ses 'causes'. Introduction», *L'ethnographie. Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écritures*, 1985, vol. 96-97, n° 1 et 3, pp. 3-44.

ANNEXES

Annexe 1 ☐ Lettre type adressée aux médecins

Bégot Anne-Cécile
Tél. 01 40 25 10 95
06 68 29 94 85
Mail ☐ begot@iresco.fr

Date

Objet ☐ demande d'entretien

Coordonnées médecin

Cher Monsieur,

Chercheuse au Groupe de Sociologie des Religions et de la Laïcité (GSRL/CNRS), je réalise actuellement une étude, financée par l'association Ensemble contre le Sida, auprès de médecins qui soignent des patients ayant une double spécificité ☐ celle d'être touchés par le VIH/Sida et celle d'être inscrits dans une démarche spirituelle. L'objectif de cette étude étant de dégager les modalités d'actions des praticiens avec ce type de patients.

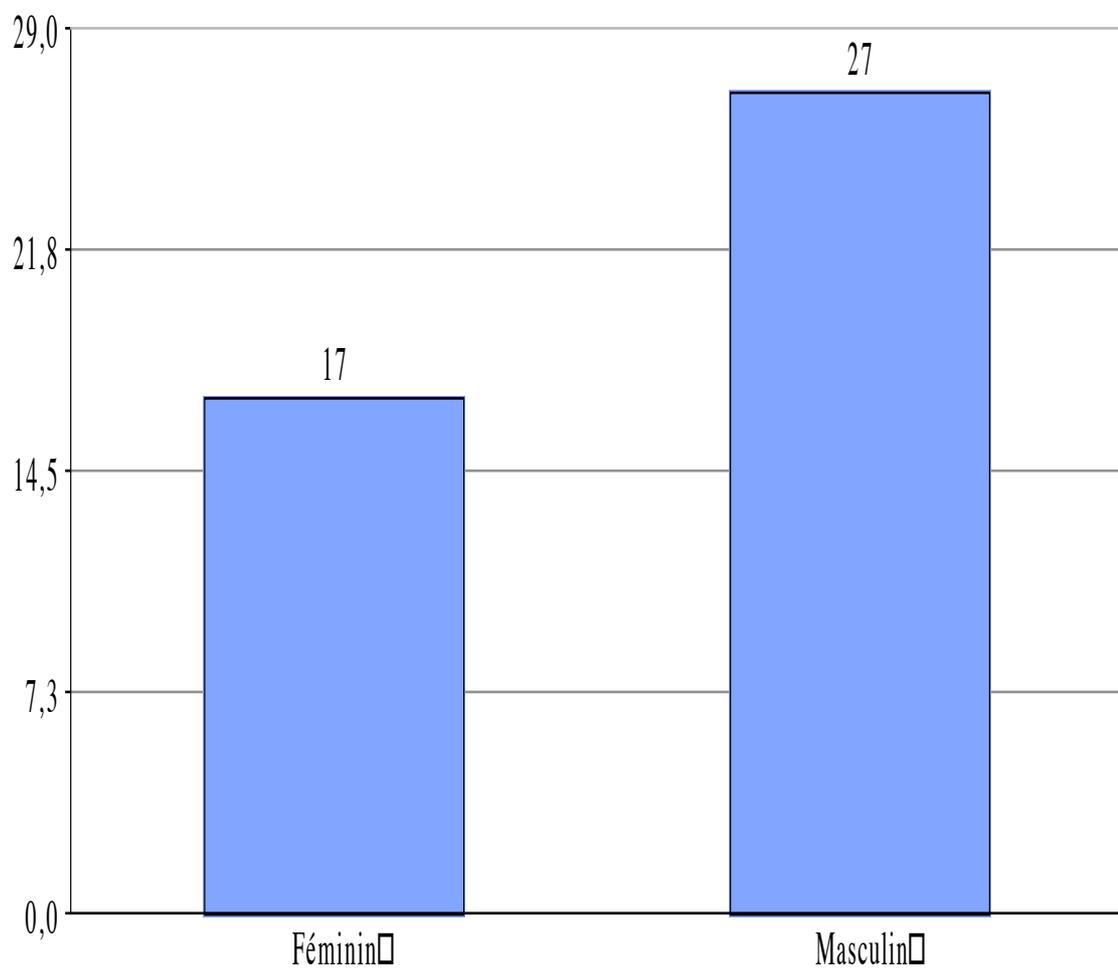
J'aimerais pouvoir m'entretenir avec vous de cette question car vous êtes une personne de terrain ayant des contacts avec des malades infectés par le VIH. L'entretien, enregistré, durerait environ une heure. Il s'agirait d'évoquer votre parcours professionnel (spécialisation sur le VIH/Sida) et les différents cas que vous avez pu rencontrer dans le cadre de l'exercice de vos fonctions. L'anonymat de l'entretien sera respecté.

Je prendrai contact avec vous prochainement pour vous proposer de me recevoir. Je vous serais très reconnaissante de répondre positivement à ma demande. Si toutefois vous souhaitez me contacter personnellement, mes coordonnées figurent ci-dessus.

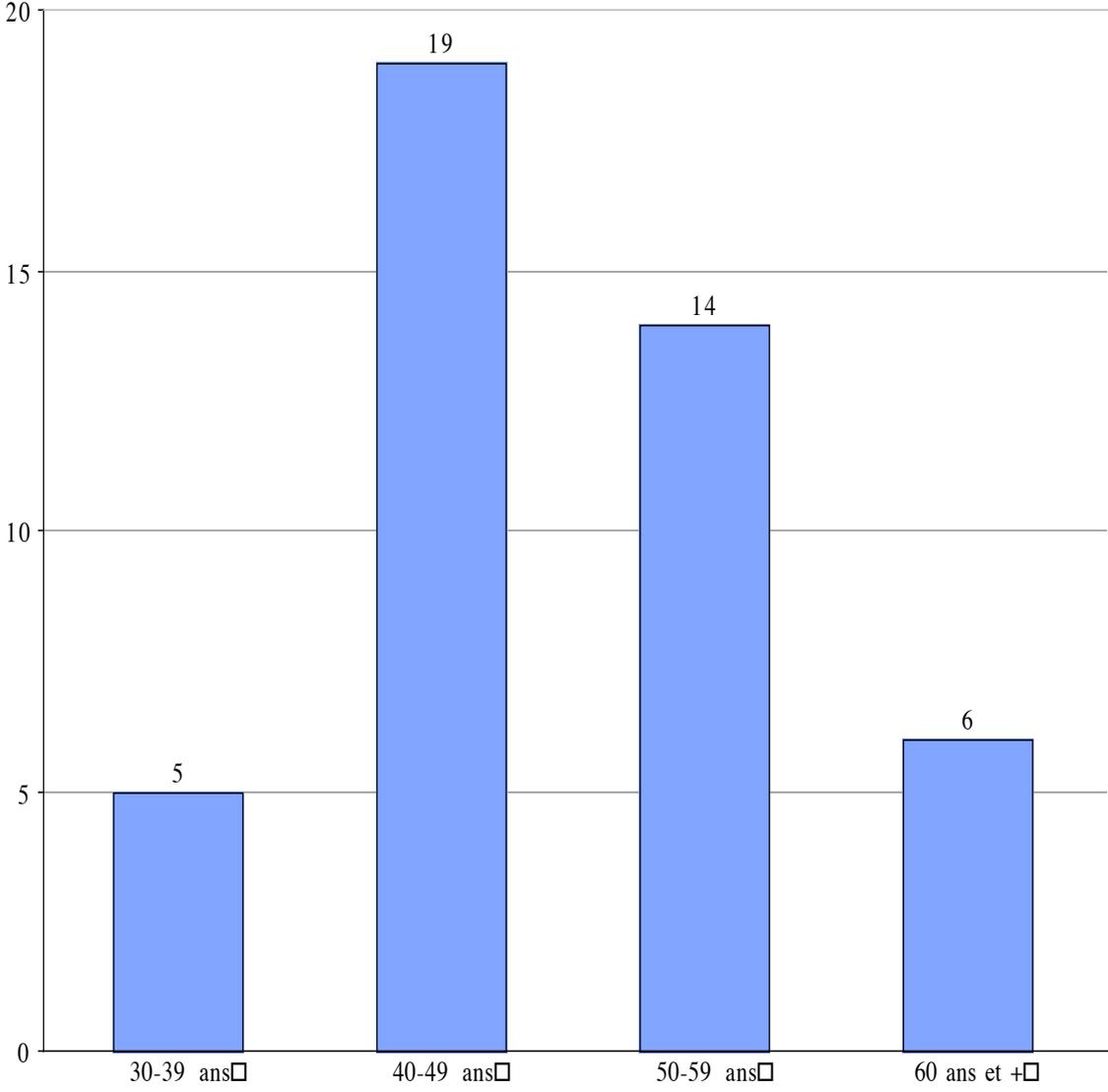
En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ma démarche, je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Anne-Cécile BÉGOT
Sociologue au Groupe de
Sociologie des Religions et de
la Laïcité

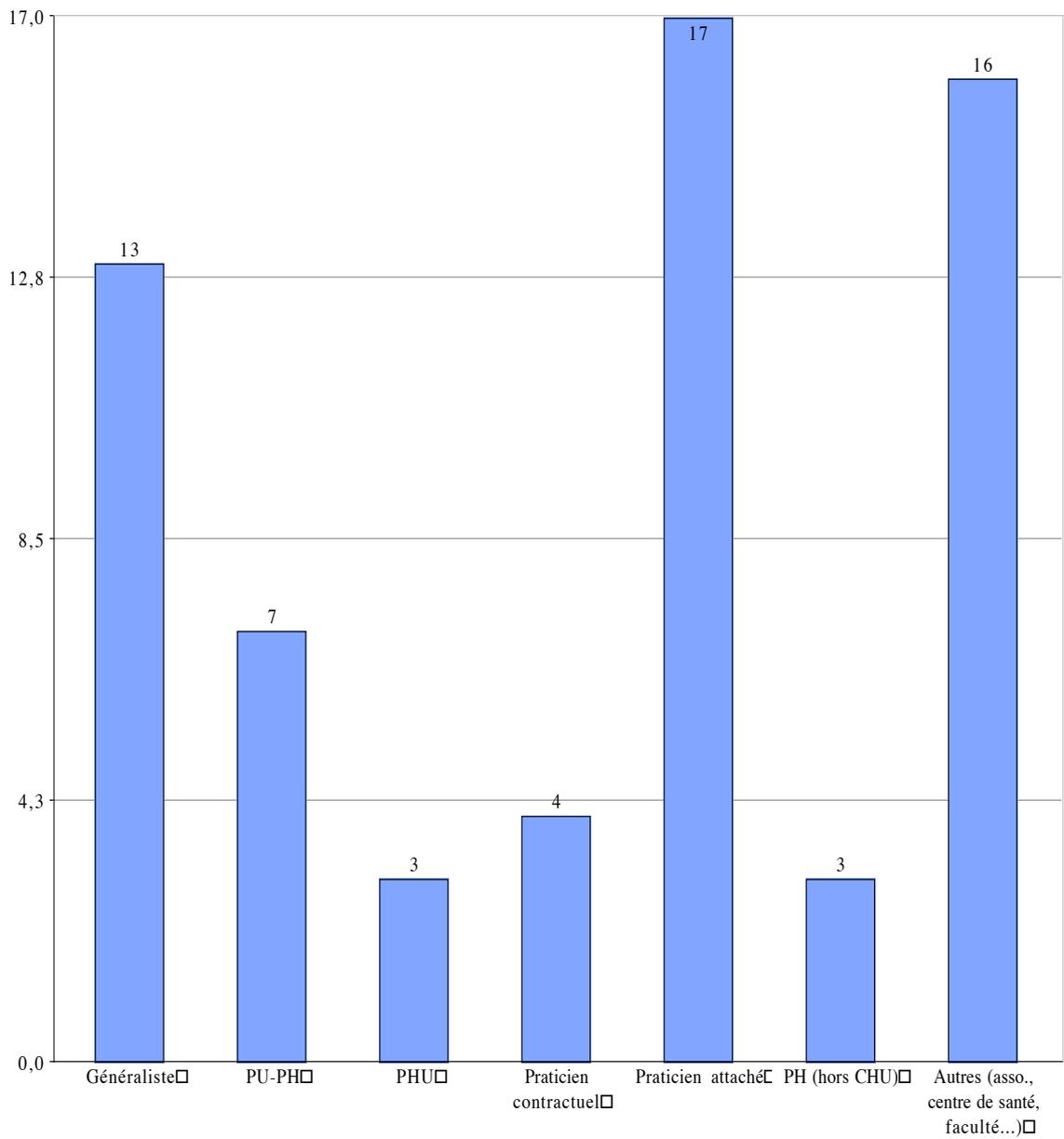
Annexe 2 □ Répartition par sexe



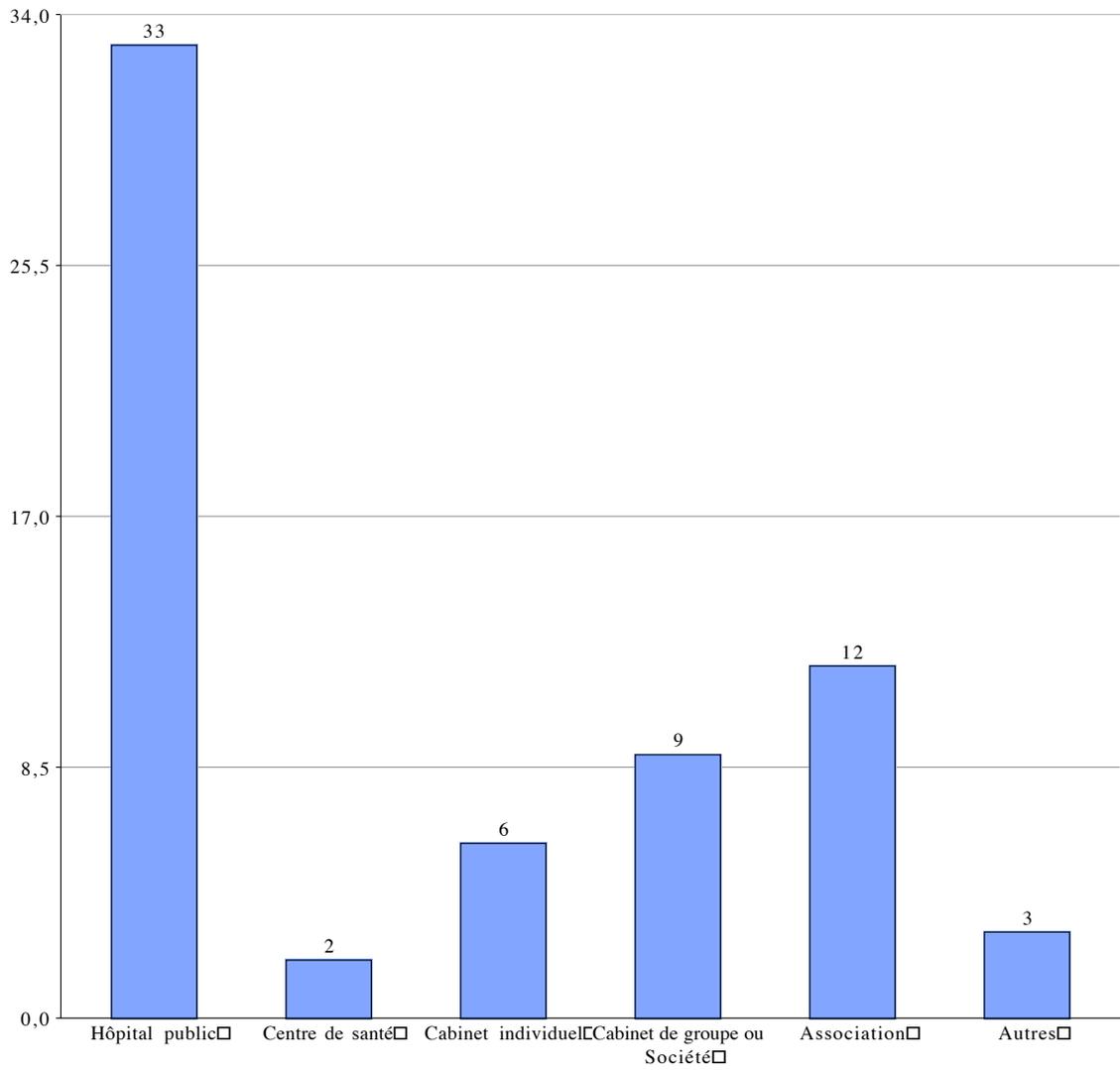
Annexe 3 Répartition par âge



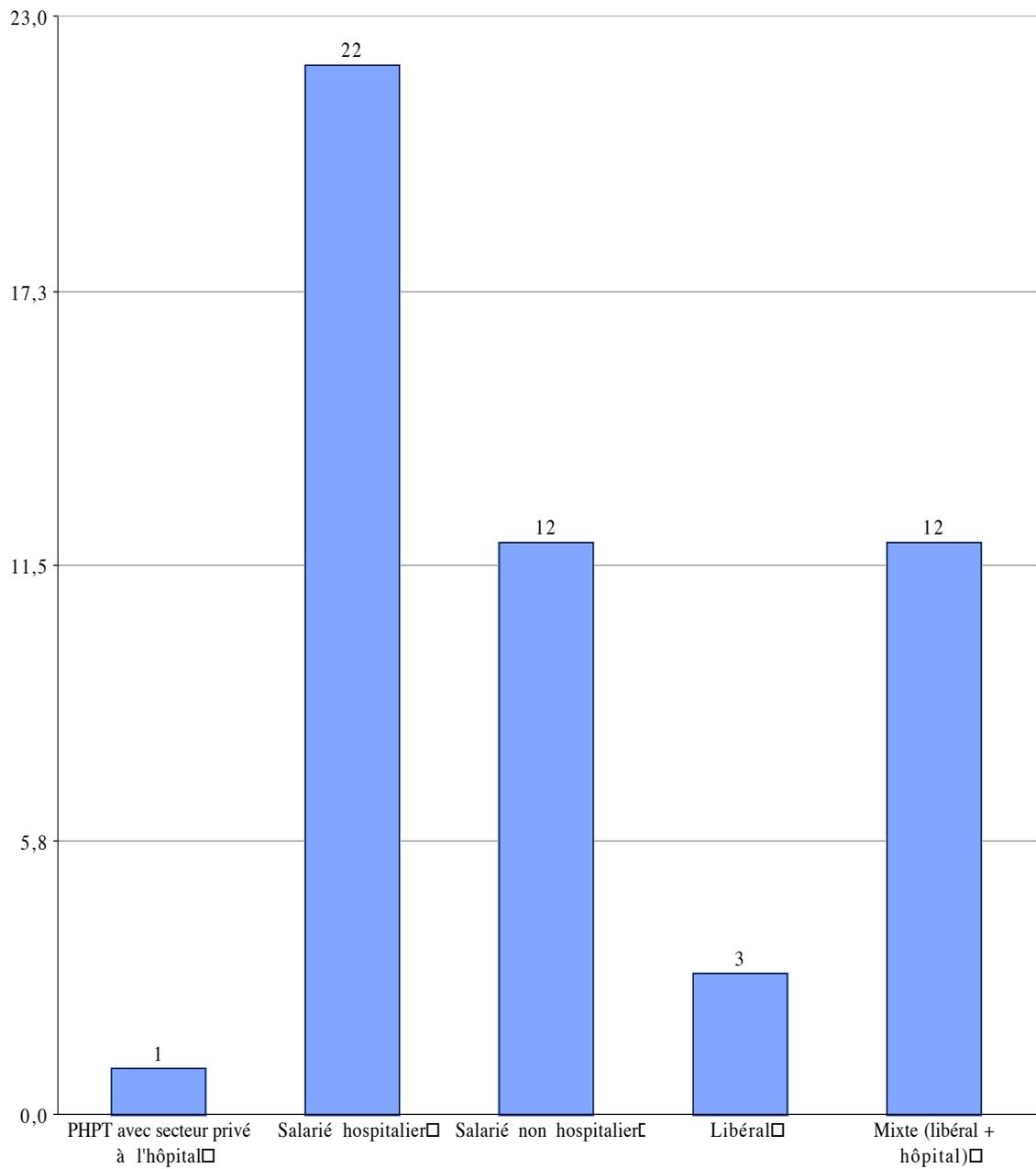
Annexe 4 Statut professionnel des interviewés



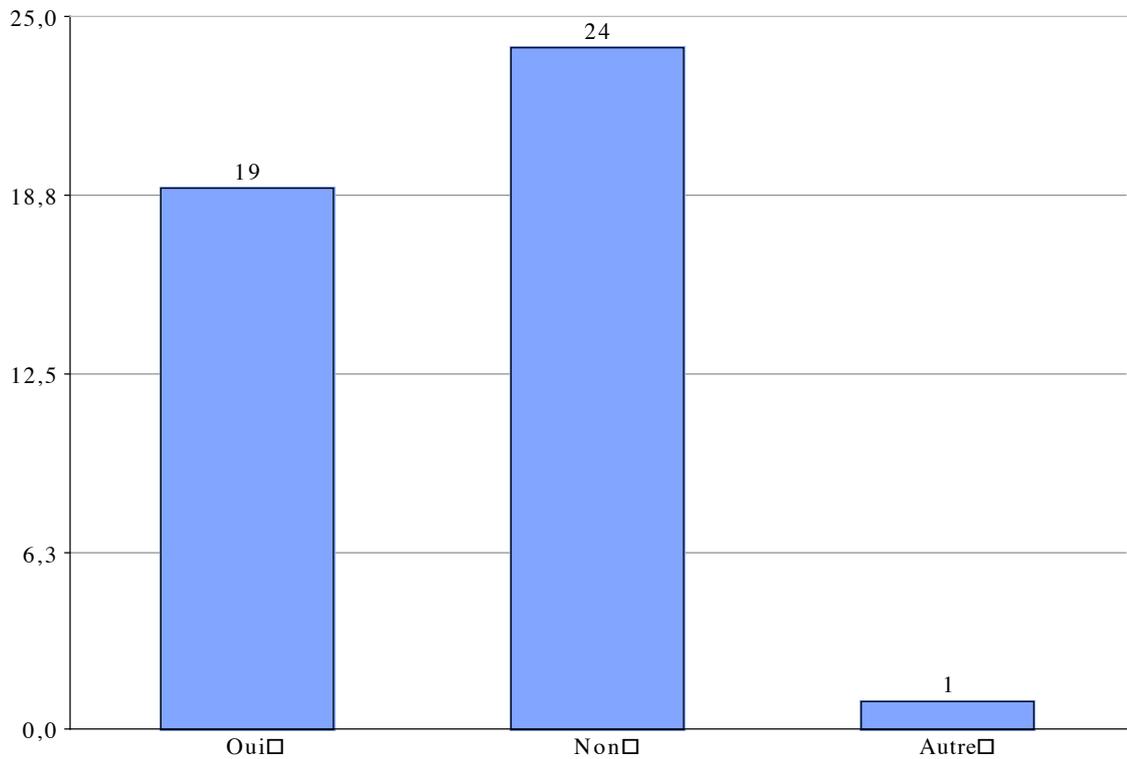
Annexe 5 □ Secteur d'activité des interviewés



Annexe 6 □ Classification professionnelle des interviewés



Annexe 7 □ Appartenance religieuse des interviewés



Annexe 8 □ Répartition par religion de ceux qui déclarent une appartenance (n=19)

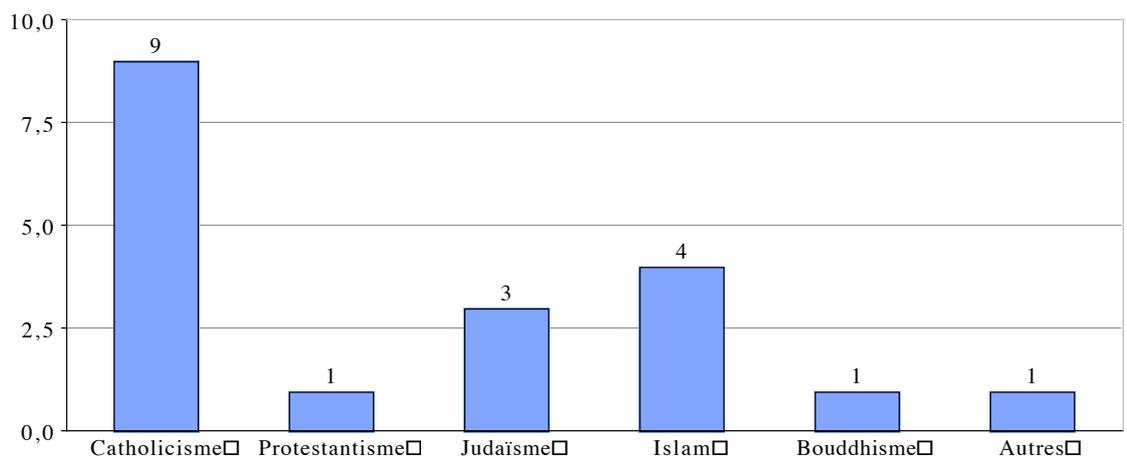


Table des matières

Préface de Jean Baubérot	p. 2
Introduction	p. 8
PREMIERE PARTIE ☐	
LA RELIGION AU SEIN DE L'INSTITUTION MEDICALE	p. 12
I . La période de l'Ancien Régime	p. 13
1) <i>Les représentations de la maladie</i>	p. 14
2) <i>Les médecins</i>	p. 14
3) <i>Les autres thérapeutes</i>	p. 16
II . La laïcisation de l'institution médicale	p. 18
1) <i>La médicalisation des populations</i>	p. 18
2) <i>La professionnalisation des médecins</i>	p. 23
3) <i>La laïcisation de l'hôpital</i>	p. 24
III . Le rapport des médecins à la religion	p. 28
1) <i>La création de la Société médicale Saint Luc, Saint Côme et Saint Damien</i>	p. 28
2) <i>Un premier décrochage avec la loi Neuwirth (1967)</i>	p. 30
3) <i>Un deuxième décrochage avec la loi Veil (1975)</i>	p. 31
4) <i>Les médecins face aux nouveaux religieux et spirituels</i>	p. 33
IV . Reconfigurations des rapports médecine/religions	p. 40
1) <i>Émergence d'une «☐nouvelle☐ médecine et traitement du VIH/Sida</i>	p. 40
2) <i>La place de la religion au sein de l'institution médicale</i>	p. 48
Conclusion	p. 51
DEUXIEME PARTIE ☐	
UNE APPROCHE SOCIOLOGIQUE DU FAIT RELIGIEUX	p. 54
I . Hypothèses de travail	p. 55
1) <i>La gestion de la maladie</i>	p. 55
2) <i>Le fait religieux</i>	p. 60

II . L'enquête de terrain et les données sociodémographiques	p. 66
1) <i>Le déroulement de l'enquête de terrain</i>	p. 66
2) <i>Les données sociodémographiques</i>	p. 70
3) <i>L'analyse de contenu</i>	p. 72
Conclusion	p. 74
TROISIEME PARTIE □ LES PRATICIENS HOSPITALIERS	p. 75
I . Les praticiens universitaires - les praticiens hospitaliers (PU-PH) ...	p. 77
1) <i>Une approche distanciée</i>	p. 78
2) <i>Les formes de légitimation</i>	p. 80
3) <i>Les modalités d'action</i>	p. 84
II . Les «<input type="checkbox"/>autres<input type="checkbox"/> praticiens hospitaliers	p. 90
1) <i>Une approche sélective</i>	p. 91
2) <i>Les formes de légitimation</i>	p. 99
3) <i>Les modalités d'action</i>	p. 103
a) <i>Le temps de l'argumentation et des négociations</i>	p. 103
b) <i>Déléguer auprès d'autres personnes et recours à la médiation</i>	p. 110
Conclusion	p. 120
QUATRIEME PARTIE □	
LES MEDECINS ASSOCIATIFS ET LES GENERALISTES	p. 122
I . Les médecins associatifs □.....	p. 123
1) <i>Une approche globale</i>	p. 126
2) <i>Les formes de légitimation</i>	p. 128
3) <i>Les modalités d'action</i>	p. 131
4) <i>Le point de vue des psychiatres</i>	p. 139
II . Les généralistes exerçant en cabinet de ville	p. 143
1) <i>Des approches diversifiées</i>	p. 144
a) <i>L'approche engagée</i>	p. 145
b) <i>Une approche pragmatique</i>	p. 148
c) <i>Une approche réservée</i>	p. 150
d) <i>Absence de patients VIH ayant une démarche spirituelle ...</i>	p. 156
2) <i>Les modalités d'action des généralistes</i>	p. 157

Conclusion	p. 163
Conclusion générale	p. 165
Bibliographie	p. 171
Annexes	p. 181
Annexe 1☐lettre type adressée aux médecins	p. 182
Annexe 2☐répartition par sexe	p. 183
Annexe 3☐répartition par âge	p. 184
Annexe 4☐Statut professionnel des interviewés	p. 185
Annexe 5☐Secteur d'activité des interviewés	p. 186
Annexe 6☐Classification professionnelle des interviewés	p. 187
Annexe 7☐Appartenance religieuse des interviewé.....	p. 188
Annexe 8☐Répartition par religion de ceux qui déclarent une appartenance (n=19)	p. 188
Table des matières	p. 189