

RelBib

Bibliography of the Study of Religion

<https://relbib.de>

Dear reader,

This is a self-archived version of the following article:

Author: Lüddeckens, Dorothea
Title: "La Religiosité Alternative dans les Soins Palliatifs des Hôpitaux"

Published in: Spiritualité en Milieu Hospitalier
Genève: Labor et Fides

Year: 2016
Pages: 141 - 155
ISBN: 978-2-8309-1586-0
DOI: <https://doi.org/10.5167/uzh-123539>

The article is used with permission of [Labor et Fides](#).

Thank you for supporting Green Open Access.

Your RelBib team

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK

LA RELIGIOSITÉ ALTERNATIVE DANS LES SOINS PALLIATIFS DES HÔPITAUX

Dorothea LÜDDECKENS

1. INTRODUCTION

L'importance de la religion en Europe occidentale semble, en fonction de l'auteur qui l'apprécie ou du sujet en jeu, tantôt diminuer et tantôt augmenter. Cependant, si l'ampleur, les tendances et les conséquences d'une prétendue « sécularisation » sont évaluées de manières très différentes, l'ensemble des spécialistes sont convaincus que l'importance de la religion en tant que « baldaquin sacré » – notion introduite par Peter Berger (1967) – est en déclin en Europe occidentale et aux Etats-Unis. Examinons plus en détail ce qu'il en est. Au premier abord, des observations contradictoires peuvent être faites. D'une part :

[...] l'institution de la religion, au moins sous la forme des institutions religieuses, a de moins en moins d'influence sur d'autres institutions comme [...] les soins médicaux¹, les sciences et la famille (Beckford, 2001).

Alors que, d'autre part, selon le même auteur :

Les soins médicaux, les mouvements pour la protection de l'environnement ou la promotion de la paix, [...] sont [...] des sphères dans lesquelles le symbolisme religieux est de plus en plus approprié (Beckford, 1989, p. 171).

Cette observation est à mettre en relation avec un phénomène désigné comme celui de la « religion fluide » (Lüddeckens & Walthert, 2010)

1. C'est nous qui soulignons.

que Beckford définit comme un *free floating phenomenon* (Beckford, 2001). Tandis que le christianisme traditionnel perd sa signification au niveau institutionnel, on observe néanmoins qu'il a tendance à pénétrer dans d'autres sphères de la société, tels les soins médicaux, même si ce n'est la plupart du temps que dans une toute petite mesure.

Dans ce chapitre sera posée, en premier lieu, la question de la forme de la religion et de la manière dont cette dernière pénètre dans les soins médicaux, puis, en second lieu, viendra l'étude de la manière dont ce développement défie le concept de différenciation des différents systèmes sectorisés et juxtaposés qui constituent la société moderne.

Mais, auparavant, une remarque d'ordre terminologique s'impose : dans le champ étudié, les termes de « religion » et de « spiritualité » sont souvent définis de manière différenciée. La « religion » est comprise comme faisant référence à des formes institutionnalisées, traditionnelles et liées à une dimension communautaire. Elle est souvent critiquée et est, entre autres, associée à des abus de pouvoir, à la légèreté, à la superficialité et à la dépendance. Par contre, la « spiritualité » est par principe attribuée à tous les êtres humains et est associée aux notions de « liberté », d'intériorité et de développement intellectuel. Cette différenciation est en partie reprise dans les discours théoriques. Pour ma part, je préfère utiliser le terme de « religion » comme terme générique recouvrant aussi bien la religion traditionnelle institutionnalisée des communautés religieuses que les formes de religiosité individualisées dites « spirituelles ». C'est là un moyen d'éviter une évaluation normative qui consisterait à considérer la religion comme démodée, intolérante ou même dangereuse et nuisible et, en quelque sorte, comme une forme moins avancée au niveau du développement mental que la « spiritualité ». Il faut ajouter à cela que la définition scientifique ne coïncide pas toujours avec la définition émique, c'est-à-dire donnée par les personnes concernées elles-mêmes. C'est ainsi que, par exemple, des personnes ou des communautés religieuses font tout pour ne pas être considérées comme religieuses mais comme « spirituelles », alors même qu'elles adoptent un mode d'organisation tout à fait institutionnel.

2. LA RELIGION ALTERNATIVE

De plus en plus de personnes en Suisse ne partagent plus les concepts et les pratiques chrétiens traditionnels et/ou ne s'intéressent pas du tout à la religion. D'autres individus s'intéressent à la religion, mais comme il a été mentionné plus haut, se désignent comme étant « spirituels » plutôt que comme étant « religieux ». Ces individus font partie d'un champ qui, pour autant qu'il présente quelques traits spécifiques, peut être désigné par l'appellation de « religion alternative ». Ses caractéristiques sont les suivantes :

- 1) Auto-identification soulignant le fait d'être différent du genre constitué par les religions dites traditionnelles et conservatrices. L'individu se voit comme appartenant au futur et à un genre de mouvement en croissance, différent du matérialisme prédominant et d'une idéologie hostile à la nature. Ce mouvement est perçu comme ayant dépassé les vieilles religions « bornées ».
- 2) L'individu, son développement et son autonomie sont très valorisés. Cet aspect rejoint l'observation faite par Callum Brown (2006) de l'importance prise depuis les années 1960 par la narration d'un épanouissement de soi individuel et par la liberté personnelle. La prise de décision par l'individu y apparaît comme un topos central. Les gens veulent prendre leurs propres décisions et les revendiquer comme étant des décisions individuelles². C'est donc l'individu qui est ici l'instance décisionnelle : on ne pratique pas et ne croit pas à quelque chose parce que quelqu'un d'autre nous a dit de le faire, mais parce que cela se base sur nos propres expériences authentiques.
- 3) La plupart du temps, c'est à la vie de l'individu, ici et maintenant, qu'est attribuée une importance capitale et non pas à la vie après la mort (pour laquelle la vie sur terre ne serait qu'un prélude) ou à une communauté à laquelle l'individu devrait se subordonner. Paul Heelas (2002) a particulièrement signalé

2. Cf. Hammer (2010). Pour la distinction entre individualisations structurelle et sémantique : Wohlrab-Sahr (1997).

que le centre de l'attention à la vie est la « vraie vie interne » (p. 362).

- 4) L'attention accordée à la vie est liée à l'attention au corps.
- 5) Les possibilités de progrès de l'individu : sa transformation possible à un niveau spirituel et mental plus élevé.

On trouve cette forme de religiosité alternative tant au-dedans qu'au-dehors des Eglises, de même que dans d'autres communautés religieuses, telles les communautés de convertis bouddhistes et hindous. La thèse exposée ici est que c'est cette forme de religiosité qui pénètre de plus en plus dans le système de santé.

Pendant les années 1960, un développement de la religion dite alternative à l'intérieur de la contre-culture a été observé. Ce mouvement, dont une partie est connue sous le terme de New Age, se répandit dans les universités et influença les jeunes beaucoup plus largement qu'auparavant. Si la contre-culture, qui se développait pendant les années 1960 et 1970, appartient désormais au passé, la religion alternative a survécu sous forme de concepts et de pratiques et est devenue, de plus en plus, un élément de la culture du courant dominant. Ce changement a été observé depuis les années 1980. Des concepts comme ceux de « réincarnation », de « pleine conscience » et des termes tels que « holistique » ainsi que des pratiques comme la méditation ne sont plus réservés à des personnes originales et à des fanatiques de l'Asie, mais sont désormais largement acceptés dans la société. Pendant que l'adhésion à la croyance en la résurrection des morts et à d'autres questions d'ordre religieux traditionnelles décline dans les populations suisses et allemandes³, on y trouve une augmentation ou une stabilité des convictions de religiosités alternatives. En 1989, seulement 13,8 % des gens interrogés en Suisse étaient d'accord avec la déclaration « la réincarnation de l'âme dans une autre vie existe » ; en 1999, ils étaient 18,1 % et, en 2009, 30 % ont trouvé la réincarnation probable selon l'ISSP (Campiche, 2004). Aujourd'hui, on peut trouver des livres ésotériques au supermarché, de la méditation de pleine conscience dans des cours de management et du yoga dans les centres de sport.

3. En 1989, 53 % des Suisses croyaient à un dieu chrétien ; en 1999, ils étaient encore 37 % (Campiche, 2004).

3. LA DIFFÉRENCIATION ENTRE RELIGION ET MÉDECINE

Malgré cette pénétration dans le « courant dominant », force est de constater que dans de nombreuses parties de la société, la religion alternative est absente. Tel est aussi le cas dans les hôpitaux publics. Dans le contexte des différenciations internes à la société, la politique, la religion et les sciences sont devenues des sous-systèmes fonctionnellement différenciés et définis. Simultanément au développement et à l'avancée réussis des sciences, la médecine s'est émancipée des concepts religieux. La maladie n'est plus une question de corrélations métaphysiques, mais isolée de celles-ci⁴, elle est dès lors attribuée à des causes spécifiques liées au corps physique. Prier pour la guérison n'est pas le devoir de l'expert médical, mais tout au plus celui des prêtres ou des parents. Citant Parsons, Fox et Lidz, Vanderpool (2008) dit que la médecine entretient une « dépendance sous-jacente certaine à la culture religieuse et est infiltrée par cette dernière » (p. 207), mais que la médecine conventionnelle est scientifique dans la mesure où elle dépend de preuves expérimentales pour les diagnostics et les traitements. On pourrait en conclure que cette différenciation entre religion et médecine existe aussi dans les hôpitaux publics. La religion peut être là, mais demeure limitée seulement au travail pastoral. En fait, dans les hôpitaux, la religiosité n'est pas cantonnée dans les idées et les pratiques personnelles, mais on la trouve aussi dans les traitements professionnels appliqués par les infirmières, les infirmiers et les thérapeutes. Et dans ce champ, la religiosité alternative est très active.

4. LES CONCEPTS DE LA RELIGION ALTERNATIVE CONCERNANT LA MÉDECINE

En 1980, Marilyn Ferguson, l'une des porte-parole les plus influentes du New Age, cite Tarthang Tulku⁵ dans sa contribution

4. « (...) et jusqu'à un certain point isolée du patient même » (Bauch, 1996, p. 34); voir aussi Foucault (1963, 2015⁹) et FREIDSON (1988).

5. Tarthang Tulku a fondé en 1969 le Tibetan Nyingma Meditation Center en Californie.

portant le titre *Healing Ourselves* : « La santé complète et le réveil sont vraiment la même chose » (p. 241). Elle-même écrivait :

L'espoir d'une vraie transformation sociale ne doit pas se baser sur des preuves circonstanciées. Une scène majeure, les soins médicaux, a déjà commencé à subir des changements déchirants. [...] Ici on peut observer ce qui arrive quand les consommateurs commencent à retirer la légitimation à des institutions autoritaires (Ferguson, 1980, p. 241).

Ferguson parlait de la « médecine holistique » voyant dans le terme « holistique » le paradigme qui relie le mouvement historique du New Age, et par conséquent la religion alternative, avec le mouvement de la santé holistique (Melton, 1990, p. xvii) :

[...] dans la mesure où il est difficile ou même impossible pour un observateur de fixer des limites entre les deux (Melton, 1990, p. xix).

Le même constat peut être avancé pour la religion alternative du XXI^e siècle et les médecines complémentaires et alternatives (MCA). Les caractéristiques de la religion alternative que j'ai mentionnées sont valables aussi pour les MCA. A travers différents concepts, comme celui d'énergie, la MCA s'associe elle-même à des concepts religieux. Le champ de médecine et thérapie alternatives est marqué par des concepts et des pratiques qui ne font (ou ne veulent) pas de séparation entre religion et médecine. Au contraire, beaucoup d'idées et de pratiques dans ce champ ont pour programme d'action de combiner les deux. Ni la religiosité alternative, ni la médecine, ni les thérapies alternatives ne veulent établir une différenciation entre la science/médecine d'un côté et la religion (qu'elles nommeraient plutôt spiritualité) de l'autre. Avoir « l'esprit holistique », indique un refus de cloisonner une personne dans son corps, son esprit ou son âme. Toutefois, il convient de noter que c'était là exactement le programme d'action de la médecine moderne, dans la mesure où la maladie n'était plus comprise comme étant un problème religieux, mais comme une conséquence de causes physiques sous-jacentes. Mais, pour la médecine, la différenciation s'exprimait de la manière suivante : un argument n'est pas un argument s'il est religieux.

5. L'EXEMPLE DES SOINS PALLIATIFS

J'aimerais présenter à ce propos des exemples typiques provenant du champ des soins palliatifs. Ils sont tirés d'un projet d'étude sur la religiosité alternative en fin de vie dont les données ont été récoltées par Mirjam Mezger et Barbara Zeugin⁶. Ils démontrent comment la religiosité alternative, le *spiritual care* et la médecine palliative régulent leurs rapports.

Par exemple, Rita, une infirmière et thérapeute pratique, qui travaille dans un hôpital public à Zurich, explique :

« Bon, je ne regarde pas seulement les symptômes corporels, mais je regarde toujours la situation de l'être humain. [...] Avec la psyché, avec l'âme – quels sont ses besoins? »

Quand on l'accompagne pendant son travail, il semble que son centre d'attention premier soit le travail avec le corps du patient. Une observation plus attentive révèle qu'elle utilise la réflexologie, l'ostéopathie et l'inhalothérapie qui sont des pratiques qui s'inscrivent dans une vision beaucoup plus large que celle du seul corps physique. Rita souhaite renforcer les pouvoirs autorégénérants du patient. Son identité professionnelle est définie comme celle d'une spécialiste de médecine énergétique, qui travaille avec les champs d'énergie et adopte une approche holistique pour chaque dimension de l'expérience humaine, y compris la dimension de l'esprit et de l'âme. La polarité, sa spécialité, est comprise comme étant une théorie et une pratique qui est dérivée de « ce que les Anciens disaient de l'énergie de la vie, nommée chi ou prana »⁷ tout en étant à la fois un procédé thérapeutique moderne⁸. Dans le champ des soins palliatifs, la guérison du corps n'est plus le but des traitements. Par

6. Le projet « Religiosité alternative et ses conséquences en fin de vie » est dirigé conjointement dans le cadre du PNR 67 « Fin de vie » par Rafael Walthert, Helmut Zander et moi-même.

7. Wellness Institute (2000-2014, http://www.wellnessinstitute.net/web/polarity_therapy).

8. « ... la thérapie de polarité s'inspire de tous les systèmes d'énergie de médecine historiques majeurs, elle présente une intégration unique et moderne qui pourrait être considérée comme adoptant une perspective plus holistique » (Gilchrist, 2006, p. 162).

conséquent, l'effort de Rita vise plutôt un soulagement des maladies, un support mental et spirituel et des processus pouvant aider les mourants à prendre en charge leur situation. Des patients la contactent lorsqu'ils ne souhaitent rien avoir à faire avec l'Eglise, mais veulent, néanmoins, parler de la vie après la mort, des expériences spirituelles et des réalités supérieures. Ainsi offre-t-elle :

« Un espace où l'on parle aux gens de leurs croyances et leurs pensées concernant la vie après la mort. De ce qui leur donne de la force. »

L'analyse de nombreuses interviews laisse clairement apparaître que le corps devient ambivalent pour les infirmières, les infirmiers et les thérapeutes lorsqu'ils sentent la mort s'approcher. Pour beaucoup d'entre eux, les soins physiques passent alors au second plan, pendant que les contacts doux, qui sont destinés à calmer l'esprit, deviennent plus importants⁹. Alors que les soins physiques sont compris par les infirmières et les infirmiers comme quelque chose qu'ils font avec les patients, l'application d'huiles parfumées, l'ostéopathie ou la kinésiologie appliquée, par exemple, sont compris comme étant inclus dans le concept de la relation et sont, parfois, explicitement mis en rapport avec la spiritualité.

Le but de cet apaisement est de maintenir les gens dans un état de « lâcher-prise ». La conception selon laquelle les personnes mourantes peuvent « lâcher prise » de leurs agressivités, de leurs angoisses, de leurs souvenirs négatifs et de leurs traumatismes est, ici, décisive. Car, alors seulement, il est possible de quitter la vie et le corps. Ainsi, Doris, une infirmière, dit :

« Des parfums forts, comme la rose ou la lavande fonctionnent. Je ne sais pas, si cela est testé scientifiquement [...] – néanmoins les gens disent que ça aide contre les anxiétés, le mal-être, les troubles et la peur. La rose aide, en particulier, à lâcher prise, à libérer, pour la transition de la vie à la mort ou bien le contraire [...] à la vie. On l'utilise aussi pendant les accouchements. »

9. Beaucoup d'aides-soignant(e)s expliquent aussi qu'ils veulent toucher les mourants le moins possible dans la dernière phase de leur vie. Cela peut, éventuellement, être mis en rapport avec la conception de vouloir « laisser partir » les mourants qui sera développée plus loin.

Dans la citation ci-dessus, la mort n'est pas vue comme la fin de la vie, mais comme une transition qui aurait une correspondance avec la naissance. Ici, par voie de conséquence, le cadre de la médecine officielle est abandonné et il y a recours à des modèles d'interprétation d'ordre religieux. L'association des actes de naissance et de mort est, dans ce champ, en fort accord avec des concepts de réincarnation. Dans ce cadre, il est reconnu que les transitions apportent toujours de l'inquiétude et peuvent susciter de l'angoisse, qui doit, si elle est présente, être calmée¹⁰. La relation causale avec la religion alternative se précise quand des infirmières, des infirmiers et des thérapeutes, comme Rita et Doris, utilisent leurs concepts issus du champ de la médecine alternative et de la religion, tels que « santé » et « maladie », « vie » et « mort », à côté de concepts médicaux plus conventionnels qui sont cruciaux pour les institutions laïques dans lesquelles ils travaillent. Beaucoup d'infirmières, d'infirmiers et de thérapeutes avec qui nous avons parlé, telles Rita et Doris, ne se considèrent pas comme étant religieux dans leur travail, mais ils se considèrent comme des individus intéressés par la spiritualité. Ils n'appartiennent pas nécessairement à une communauté religieuse et si c'est le cas, ce fait n'est pas décisif pour leurs identités dans la plupart des cas. La pratique dans leurs vies personnelles, les livres spirituels et d'aide à soi-même qu'ils lisent, ainsi que les conceptions qu'ils ont du sens de la vie s'harmonisent avec les thérapies alternatives qu'ils appliquent. L'institutionnalisation des procédés correspondants est visible, par exemple, dans des directives officielles destinées aux soignant(e)s. C'est ce qu'illustre l'exemple suivant appliqué dans le cadre d'un hôpital en ville :

Le but des soins d'arômes est de renforcer, [...], les défenses naturelles des gens. Les soins d'arômes mènent à un enrichissement et à une revalorisation du travail soignant et augmentent la satisfaction avec le travail du personnel soignant¹¹.

10. On retrouve, ici, au niveau populaire, l'intégration d'emprunts à la littérature scientifique, par exemple à la littérature sur la théorie rituelle. Voir notamment Lüddeckens (2004).

11. Je remercie Miriam Mezger pour cette indication, la source est connue par l'auteur. Il est symptomatique que l'on parle dans cette contribution de « traitements thérapeutiques » et non pas de « méthodes de soins ».

Ainsi, à côté de la sémantique alternative-thérapeutique apparaît une autre découverte faite dans le cadre de l'analyse des données rassemblées par Mirjam Mezger et Barbara Zeugin : les procédés thérapeutiques alternatifs sont utilisés par les utilisateurs et utilisatrices eux-mêmes comme des stratégies de coping.

6. QUELQUES THÈSES SUR L'IMBRICATION DE LA RELIGION ALTERNATIVE ET LES PRATIQUES MÉDICALES : VERS UNE « DÉDIFFÉRENCIATION » ?

Ainsi qu'il a été mentionné auparavant, avec le processus de la médicalisation des soins, la médecine et la religion se sont différenciées en deux sous-systèmes. Par conséquent, la communication médicale ne thématise pas le salut, mais la guérison. Le code n'est pas celui de la communication religieuse « immanent/transcendant » mais celui de l'opposition « sain/malsain ». En considérant conjointement les résultats d'autres recherches et ceux de notre projet sur la religiosité alternative dans les soins palliatifs, il m'est venu l'idée qu'il est possible d'observer, ici, un processus de « dédifférenciation » (Tiryakian, 1992) : dans nos données, on trouve des traitements médicaux qui sont destinés à maintenir le corps et qui, en même temps, soutiennent des buts transcendants. Les acteurs jugent leur soutien physique comme étant, en même temps, un soutien spirituel, car ils sont convaincus que le corps, l'esprit et l'âme sont inséparables. Médecine et thérapie alternatives sont capables de fonctionner dans un environnement laïque sous l'identité du *spiritual care* en entretenant un rapport de proximité avec la religion alternative¹². Elles n'offrent aucun rapport explicite à la religion traditionnelle, mais elles mettent en scène plus ou moins explicitement des marqueurs non spécifiques qui sont interprétés individuellement par les patients. C'est ainsi que les liens avec la transcendance sont implicites et exprimés avec des termes tels que ceux d'« énergie », d'« âme » et de « spiritualité », qui indiquent le niveau ou l'intensité de la relation entre les aides-

12. Cf. la contribution de Barbara Zeugin et Rafael Walthert dans ce même ouvrage, pp. 157ss.

soignant(e)s, les thérapeutes et les patients. Cette façon de faire crée un espace pour un large éventail de concepts et d'options individuelles pour tous les acteurs impliqués.

Cette observation correspond à l'image de soi véhiculée par les procédés « holistiques ». On observe une institutionnalisation croissante de médecine et thérapie alternatives et, de manière concourante, de la religiosité alternative dans des institutions médicales laïques en Suisse et en Allemagne. La plupart du temps, ces phénomènes restent cantonnés en marge du système de santé : en psychiatrie, en psychosomatique, en obstétrique et, dans le contexte de nos travaux, dans les soins palliatifs, où ces approches représentent les soins terminaux qui entrent en jeu lorsque la médecine scientifique a achevé son travail. La médecine scientifique n'étant pas capable de soigner au-delà d'un certain seuil d'efficacité ici atteint, elle se contente alors d'atténuer la souffrance. Cependant, de nouveaux développements se tiennent, justement, en marge de ce système. On observe, en outre, que la médecine alternative fait des progrès dans les institutions académiques notamment par la création de chaires universitaires comme à Berne pour l'homéopathie et à Zurich pour la médecine complémentaire et intégrative. D'un autre côté, la religion alternative (et plus spécifiquement, le champ qui est associé au terme de « spiritualité ») pénètre des domaines de la science plus classique : ainsi, une chaire de *spiritual care* a-t-elle été créée dans la Faculté de médecine (!) de l'Université Ludwig Maximilian à Munich.

J'aimerais terminer ma contribution avec quatre conclusions :

La plupart du temps, la médecine alternative est surtout présente dans les groupes professionnels ayant un prestige social bas tels ceux des aides-soignant(e)s et des thérapeutes. Quelles pistes explicatives pourraient être avancées pour expliquer cet état de fait ? Voici, selon moi, quelques tentatives d'explication. D'abord, souvenons-nous de la citation de Ferguson : « [...] Ici on peut observer ce qui arrive quand les consommateurs commencent à retirer la légitimité à des institutions autoritaires » (1980, p. 241). Les systèmes différenciés, comme la médecine, caractérisés à la fois par une forte hiérarchie et des tendances « dédifférenciantes », tel le mouvement de la santé holistique, sont aussi le lieu d'une critique des forces de

pouvoir (réelles ou prétendues) (Tiryakian, 1992). Les hôpitaux sont des institutions très hiérarchiques, dans lesquelles les médecins ont la position la plus haute et la plus puissante en ce qui concerne les traitements médicaux. Dans ce champ, ce ne sont pas seulement les consommateurs qui « retirent la légitimité » (Ferguson, 1980, p. 241) aux dépositaires de l'autorité médicale, mais aussi certains acteurs du système de santé. Médecine et thérapie alternatives, ainsi que la religion alternative, possèdent un trait antiélitiste (celui de la conception du sujet qui s'autorise lui-même de ses choix concernant la religion) par lequel l'autorité des médecins est remise en question¹³. Les procédés thérapeutiques alternatifs sont ainsi des instruments puissants pour les acteurs du champ médical, qui se voient comme limités par le système au niveau de leurs professions, soit des spécialistes tels que les infirmières, les infirmiers et les thérapeutes. Communément, il s'agit de femmes. Et si cela n'est pas le cas, leurs professions sont néanmoins vues comme étant des activités féminines. On peut voir des parallèles historiques avec les sages-femmes, dont le pouvoir a été fortement restreint à cause du processus de médicalisation. Dans ce dernier cas également, les femmes sont les personnages clefs par lesquels les thérapies et la religion alternatives entrent, à travers l'obstétrique, dans les hôpitaux publics.

Médecine et thérapie alternatives offrent souvent aux patients des concepts qui leur permettent de comprendre leurs maladies dans un contexte plus large. Ainsi, ils peuvent acquérir une notion de leurs maladies qui correspond à l'« image de soi » qu'ils ont d'eux-mêmes en tant que personnes individuelles ayant une biographie spécifique. De plus, des possibilités s'ouvrent alors pour les personnes concernées de faire quelque chose elles-mêmes, et de ne pas seulement accepter les traitements médicaux conventionnels qui leur sont offerts. Même s'il s'agit de méthodes qui sont appliquées aux patients et qui ne demandent pas d'activité du patient lui-même, comme l'acupuncture, se décider pour cette méthode va contre la routine et peut être perçu comme un acte d'autodétermination. Toutefois, l'acceptation et l'utilisation de médecines complémentaires,

13. Il convient de faire la différence entre les personnes qui jouent un rôle dans la médecine alternative et la majorité des patients.

si elles sont accompagnées de promesses de guérison, peuvent changer du tout au tout chez les patients mourants. Les espérances de guérison ne s'étant pas réalisées, les procédés sont alors refusés dans leur totalité.

Aussi longtemps qu'il y a un espoir de guérir, le corps physique se trouve au centre de l'attention à l'hôpital public. Les relations sociales, les aspects psychologiques et surtout la religion sont seulement vus comme des facteurs aidant au processus de la guérison physique. Dans les institutions et hôpitaux spécialisés en soins palliatifs, on peut observer le contraire : le traitement du corps est vu comme une condition de base dans un processus dans lequel beaucoup plus d'importance est accordée à l'engagement mental et spirituel avec « le mourir » et la mort.

Les médecins sont habitués, en médecine scientifique conventionnelle, à travailler avec le paradigme de différenciation entre science/médecine et religion. Il est intéressant de constater que plus ils deviennent âgés et expérimentés, plus les médecins se distancient de leurs éducations scientifiques et académiques. Ils sont alors plus disposés à accepter les traitements alternatifs et à les entremêler avec la religion alternative. Cela n'est pas seulement le cas pour les soins palliatifs, mais aussi au-delà de ce domaine. Dans ce groupe de praticiennes et de praticiens avec une longue expérience, j'ai rencontré au cours de mes recherches plusieurs médecins qui ont des numéros de téléphone de guérisseurs et guérisseuses spirituel(le)s sur leurs tables de laïcs et qui les passent à leurs patients intéressés.

Ainsi, il est possible de conclure que le mélange de la spiritualité et de la pratique médicale dans un environnement laïque peut être vécu comme une ressource puissante, souvent offerte par des femmes, pour la communauté médicale et ses patients. Certains aspects méritent d'être discutés de manière plus approfondie : par exemple, jusqu'à quel point est-il possible d'observer l'intégration croissante de la religion alternative via les thérapies alternatives dans les soins médicaux ? Ou encore dans quelle mesure un environnement peut-il être appelé laïque si les anges, les énergies spirituelles et les liens métaphysiques l'investissent ?

Bibliographie

- BAUCH, Jost (1996). *Gesundheit als sozialer Code. Von der Vergesellschaftung des Gesundheitswesens zur Medikalisierung der Gesellschaft*. Weinheim, Deutschland : Juventa-Verlag.
- BECKFORD, James A. (1989). *Religion and Advanced Industrial Society*. London : Unwin Hyman.
- (2001). *Is Secularisation Good for the Sociology of Religion?* Unpublished paper presented at the Department of Sociology, University of Edinburgh. Consulté à : <https://homepages.warwick.ac.uk/~syred/Secularisation.htm>. Date de la dernière consultation : 28.08.2014.
- BERGER, Peter L. (1967). *The Sacred Canopy: Elements of a Sociological Theory of Religions*. Garden City (NY) : Doubleday.
- BROWN, Callum G. (2006). *Religion and Society in Twentieth-Century Britain*. Harlow : Pearson Longman.
- CAMPICHE, Roland J. (2004). *Les deux visages de la religion. Fascination et désenchantement*. Genève : Labor et Fides.
- FERGUSON, Marilyn (1980). *The Aquarian Conspiracy. Personal and Social Transformation in the 1980s*. Los Angeles : Tarcher.
- FOUCAULT, Michel (1963, 2015⁹). *Naissance de la clinique*. Paris : PUF.
- FREIDSON, Eliot (1988). *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago : University of Chicago Press.
- GILCHRIST, Roger (2006). *Craniosacral Therapy and the Energetic Body : An Overview of Craniosacral Biodynamics*. Berkeley : North Atlantic Books.
- HAMMER, Olaf (2010). « I Did It My Way? Individual Choice and Social Conformity in New Age Religion ». In : Steven D. AUPERS & Dick HOUTMAN (éd.), *Religions of Modernity: Relocating the Sacred to the Self and the Digital* (pp. 49-67). Leiden : Brill.
- HEELAS, Paul (2002). « The Spiritual Revolution : From “Religion” to “Spirituality” ». In : Linda WOODHEAD (éd.), *Religions in the Modern World : Traditions and Transformations* (pp. 357-377). New York : Routledge.
- LÜDDECKENS, Dorothea (2004). « Neue Rituale für alle Lebenslagen. Beobachtungen zur Popularisierung des Ritualdiskurses ». *Zeitschrift für Religions und Geistesgeschichte*, 1, 37-53.
- & WALTHERT, Rafael (2010). *Fluide Religion. Neue religiöse Bewegungen im Wandel. Theoretische und empirische Systematisierungen*. Bielefeld : transcript.
- MELTON, John G. (1990). « Introductory Essay ». In : ID., Jerome CLARK & Aidan A. KELLY (éd.), *New Age Encyclopedia* (pp. xiii-xxxv). Detroit : Gale.
- PARSONS, Talcott, FOX, Renee, & LIDZ, Victor M. (1973). « The “Gift of Life” and It’s Reciprocation ». In : Arien MACK (éd.), *Death in American Experience* (pp. 1-49). New York : Schocken Books.

- TIRYAKIAN, Edward A. (1992). « Dialectics of Modernity. Reenchantment and Dedifferentiation as Counterprocesses ». In : Bernard GIESEN (éd.), *The Temporalization of Social Order. Some Theoretical Remarks on the Change in « Change »* (pp. 78-94). Berkeley : University of California Press.
- VANDERPOOL, Harold Y. (2008). « The Religious Features of Scientific Medicine ». *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 18(3), 203-234.
- WELLNESS INSTITUTE (2000-2014). Consulté à : <http://www.wellnessinstitute.net>. Date de la dernière consultation : 30.08.2014.
- WOHLRAB-SAHR, Monika (1997). « Individualisierung : Differenzierungsprozess und Zurechnungsmodus ». In : Ulrich BECK & Peter SOPP (éd.), *Individualisierung und Integration. Neue Konfliktlinien und neuer Integrationsmodus ?* (pp. 23-35). Opladen : Leske+Budrich.