

Françoise Champion

La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine

L'exemple anglais

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.

revues.org

Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le Cléo, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Référence électronique

Françoise Champion, « La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine », *Archives de sciences sociales des religions* [En ligne], 163 | juillet-septembre 2013, mis en ligne le 01 octobre 2016, consulté le 12 novembre 2013. URL : <http://assr.revues.org/25197> ; DOI : 10.4000/assr.25197

Éditeur : Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales
<http://assr.revues.org>
<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne sur : <http://assr.revues.org/25197>
Ce document est le fac-similé de l'édition papier.

Cet article a été téléchargé sur le portail Cairn (<http://www.cairn.info>).



Distribution électronique Cairn pour Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales et pour Revues.org (Centre pour l'édition électronique ouverte)
Archives de sciences sociales des religions

Françoise Champion

La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine

L'exemple anglais*

Depuis une vingtaine d'années, on assiste à une nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie et la santé mentale dont le signe le plus éloquent est, en 1994, l'introduction, dans la quatrième édition du *Diagnostic Statistical Manual (DSM4)*, devenu référence mondiale du diagnostic des troubles de la santé mentale, d'une catégorie « problèmes religieux et spirituels ». Cette catégorie ne recouvre pas une pathologie, mais vise à attirer l'attention des praticiens sur une possible crise spirituelle (American Psychiatric Association, 1994 : 685). Simultanément, les publications se sont multipliées dans les revues académiques, des livres sont parus (par ex. : D. Bhugra, 1996 ; P. Huguélet, H. G. Koenig, 2009), des revues académiques spécifiquement dédiées à la question de la santé mentale et du religieux ont été créées. Ainsi de la revue *Mental Health, Religion and Culture* créée en 1998, que ses fondateurs pensaient d'ailleurs initialement intituler uniquement *Mental Health and Religion*. Ils ont finalement ajouté *Culture* car beaucoup d'académiciens et de professionnels voient la culture et la religion trop intimement liées pour qu'il soit possible de considérer l'une sans l'autre (S. Dein, K. M. Loewenthal, 1998).

Religieux est le terme pour lequel j'ai opté pour appréhender génériquement à la fois ce qui est qualifié de religion et ce qui est qualifié de spiritualité. Selon leur définition sociale actuelle – reprise par la plupart des analystes –, la spiritualité, de l'ordre du subjectif, se distingue de la religion, normée par l'appartenance à une communauté et à des autorités supérieures à l'individu. L'une et l'autre, cependant, s'opposent aux croyances et pratiques séculières, celles-ci, tout comme la religion et la spiritualité, pouvant recouvrir des choses différentes.

Il faut parler d'une nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie et la santé mentale car jusqu'au milieu du dernier siècle, et même encore après, la

* Je tiens à remercier le lecteur anglais de cet article pour ses questions et pistes d'investigations qui m'ont permis de préciser mes analyses.

religion était fortement prise en compte dans la pratique psychiatrique, mais d'une manière fort différente de celle qui se développe actuellement. Elle était alors inévitable au sens où l'ensemble de la société était imprégnée par les conceptions et les normes religieuses et que la maladie mentale, et antérieurement l'aliénation, avaient souvent une dimension religieuse (P.-H. Castel, 2010 : 98-238). Aussi, en même temps que les psychiatres et neurologues ne pouvaient en faire abstraction dans leur pratique, étaient-ils en concurrence avec la religion qui avait pour une part affaire à la même réalité, que les uns nommaient âme et les autres esprit. On sait que la soustraction de la médecine à l'autorité de la religion fut un élément majeur du processus de laïcisation. Concernant les maladies de l'âme ou de l'esprit, le retrait de la religion dans leur interprétation et, éventuellement leur prise en charge, se fit souvent dans l'hostilité – ainsi pour Freud, mais également et tout aussi vigoureusement pour Albert Ellis, un des deux créateurs reconnus des thérapies cognitives –, mais fut aussi particulièrement complexe. Par exemple, c'est grâce à un mouvement religieux, le mouvement Emmanuel dont les fondateurs appartenaient à l'establishment intellectuel américain, que, dans la première décennie du xx^e siècle, la psychothérapie fut largement popularisée (E. Caplan, 1998 ; R. Plas, 2008 : 145-147). Et, si Freud fut hostile aux religions, Jung, l'autre grand nom parmi les instigateurs de la psychanalyse et qui a connu un grand succès dans nombre de pays, était fort intéressé par la religion, notamment dans ses dimensions ésotériques. En outre, dans la psychothérapie lorsqu'elle eut rompu avec la psychanalyse, on ne rencontre pas seulement le parti antireligieux d'Albert Ellis mais aussi toute la psychologie humaniste avec, en particulier, Abraham Maslow et sa pyramide des besoins, dont, en bonne place, le besoin spirituel, sans parler du très important courant du *counseling* religieux. Cependant, on observe que ces conceptions et pratiques psychologiques et psychothérapeutiques à dimension religieuse concernaient très essentiellement les « problèmes personnels » et beaucoup moins le traitement des maladies mentales par la psychiatrie. Celle-ci, en effet, en tant que branche de la médecine, s'est voulue dégagée de toute conception religieuse, et si la religion était présente en psychiatrie, c'était très principalement comme élément pathogène.

La nouvelle présence du religieux en psychiatrie concerne plusieurs pays, mais pas tous, ou en tout cas, pour certains, de façon bien ténue, comme en France¹. Tout en étant puissamment globalisée sous hégémonie des États-Unis, pays où cette présence est la plus forte, elle a néanmoins des spécificités nationales. Je me focaliserai ici sur l'Angleterre² où le développement de la prise en

1. En raison du caractère radical du processus de laïcisation – distinct de celui de sécularisation (F. Champion, 2006 : 65-78) – appuyé sur un puissant mouvement anti-clérical, et au-delà anti-religions, avec une croyance particulièrement intense en la science. Signalons qu'en France aussi certaines pratiques à dimension « spirituelle » se développent (N. Garnoussi, 2012).

2. La plupart des recherches sur « religion et psychiatrie » sont menées aux États-Unis ; le groupe Spirituality se réfère largement à ces recherches. Parmi les autres pays où des recherches ont aussi été menées, l'Angleterre est dans les premiers rangs.

compte du religieux est repérable dans la plupart des institutions concernées par la psychiatrie et la santé mentale³. Je prendrai plus précisément pour terrain d'étude le cœur même de la psychiatrie britannique : le Royal College of Psychiatrists, corps professionnel représentant la psychiatrie britannique et responsable des cursus de formation à la psychiatrie, avec en particulier son groupe d'intérêt spécial Spirituality. Ce groupe prend place aux côtés d'autres « groupes d'intérêt spécial » intitulés Gays and lesbians, Philosophy, Private and independent practice, Psychopharmacology, Transcultural psychiatry, Women in psychiatry (liste non exhaustive, présentée par ordre alphabétique). Reconnu par le Royal College en 1999, le groupe Spirituality était en gestation depuis déjà une dizaine d'années. Ainsi, en 1993, le Président du Royal College, Andrew Sims avait-il plaidé pour une prise en compte du religieux, dans un discours d'adieu très remarqué quoique contesté. Déjà, depuis 1991, des conférences « Psychiatrie et religion » se tenaient au prestigieux Institute of Psychiatry⁴.

En 1999, lors de sa création, le groupe comptait 170 membres, et, depuis, il n'a cessé d'en gagner, en comptant aujourd'hui presque 2 600⁵, soit 20 % des membres du Royal College of Psychiatrists (RCP, qui ne comporte pas que des psychiatres, mais aussi des étudiants). En même temps que le groupe augmentait ses effectifs, il gagnait en légitimité et en audience : édités par le Royal College, il a notamment conçu, en direction d'un large public, une notice d'information *Spirituality and Mental Health*⁶, régulièrement réajustée, ainsi qu'un livre, *Spirituality and Psychiatry* (C. Cook, A. Powell, A. Sims, 2009) ; il a aussi élaboré pour le RCP des *Recommendations for Psychiatrists on Spirituality and Religion*⁷. Parmi d'autres indices de son audience, je citerai l'atelier pratique de méditation qu'il organise chaque année lors de la réunion annuelle du RCP, atelier qui rencontre un succès croissant d'année en année. Et sans doute faut-il considérer comme signe de son succès le fait qu'il suscite maintenant une certaine hostilité parmi des psychiatres qui, remarquant d'ailleurs qu'il comporte parmi ses membres plusieurs anciens présidents du RCP, contestent sa trop grande influence.

3. En 2001, le NIMHE (National Institute of Mental Health of England) a décidé de promouvoir la prise en compte de la religion et de la spiritualité dans la prise en charge en santé mentale, ce qui a depuis lors suscité de très nombreuses initiatives. Parmi les divers lieux concernés par la santé mentale où l'on peut observer l'intérêt pour la spiritualité, par exemple, *charity mental health* : <http://www.mentalhealth.org.uk/publications/?entryid5=39401&q=0%acspirituality%ac>

4. Certaines d'entre elles ont donné lieu à l'ouvrage de D. Bhugra, *op. cit.* (1996). Indiquons aussi que le Prince Charles, bienfaiteur [*patron*] du Royal College est intervenu dans un discours officiel au College en faveur d'une prise en compte de la spiritualité dans la psychiatrie ; il en est allé de même en 1997 de la part de l'archevêque de Canterbury, chef de l'Église établie d'Angleterre, lors d'un congrès tenu conjointement par le Royal College et l'Association of European Psychiatrists.

5. <http://www.rcpsych.ac.uk/rollofhonour/specialinterestgroups/spirituality/aboutus.aspx#join>

6. <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/therapies/spiritualityandmentalhealth.aspx>

7. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/PS03_2011.pdf

Le groupe parle de *spirituality*, mais son usage de ce terme ne renvoie pas à la définition sociale actuelle de la spiritualité : on verra qu'on y trouve des réalités religieuses hétérogènes. La nouvelle présence du religieux dans le champ de la santé mentale s'inscrit dans le mouvement plus vaste de la prise en compte du religieux dans les soins somatiques. Si celle-ci a fait l'objet de quelques recherches, notamment en ce qui concerne les soins infirmiers (S. Gilliat-Ray, 2003 ; T. Walter, 1996), tel n'est pas le cas en psychiatrie et santé mentale. Il s'agit ici de décrire sous quelles modalités le religieux est présent en psychiatrie, de comprendre les raisons du développement de cette présence et comment elle participe des mutations du champ religieux. On s'attachera à préciser tout d'abord l'argumentation psychiatrique, puis à identifier tant les transformations dans la psychiatrie que les logiques sociales qui soutiennent et crédibilisent la nouvelle présence du religieux en psychiatrie. On analysera enfin les divers types de religieux présents dans la psychiatrie contemporaine pour conclure sur la signification au niveau sociétal de cette nouvelle présence.

L'argumentation psychiatrique

L'argumentation psychiatrique ne peut bien sûr qu'être fondée sur l'amélioration de la prise en charge des patients, qui se joue tant dans l'évaluation clinique que dans le traitement de ceux-ci. S'agissant d'élaborer un diagnostic, envisageons tout d'abord, ce qui constitue – ou, en tout cas, a constitué – le cœur du métier de psychiatre : les expériences extraordinaires. Si les « délires mystiques » sont aujourd'hui moins fréquents qu'ils le furent, les psychiatres sont encore confrontés à des « expériences de mort imminente, des états mystiques ou de transe et à diverses variétés d'expériences religieuses » et doivent pouvoir faire le départ entre une expérience pathologique et une expérience qui ne l'est pas. La psychopathologie – comme d'ailleurs les institutions religieuses – s'était beaucoup intéressée à cette question avant qu'elle la délaisse, pendant trois ou quatre décennies. Elle refait surface dans les années 1980 quand certains psychiatres et surtout psychologues ont milité pour que le *Diagnostic Statistical Manual* accepte de différencier un état pathologique, non plus d'un état « mystique » comme antérieurement, mais d'un « épisode de crise spirituelle ». Tel est le cas depuis 1994, cette catégorie pouvant renvoyer à une crise liée à la perte de la foi, à une conversion à une nouvelle religion, à diverses interrogations sur des questions spirituelles qui ne sont pas nécessairement liées à une Église ou à une institution religieuse (American Psychiatric Association, 1994 : 685).

Un diagnostic différentiel – en sachant aussi qu'aspects pathologiques et non pathologiques peuvent s'entremêler – se pose tout particulièrement, disent les psychiatres qui militent pour l'attention au religieux des patients, lorsque ceux-ci présentent des traits psychotiques, des expériences inhabituelles, avec des perceptions visuelles ou auditives étranges, des pensées plus ou moins délirantes.

Le diagnostic différentiel se pose aussi quand le patient présente des traits dépressifs : retrait social, recherche de la solitude, comportement alimentaire ascétique. Les critères avancés permettant de pencher vers une crise spirituelle peuvent être l'absence de désorganisation conceptuelle, l'existence d'un bon fonctionnement avant l'épisode qui a conduit à la consultation, la limitation dans le temps des symptômes aigus, mais aussi le fait que les expériences non ordinaires soient rapportées à une tradition religieuse ou mythologique.

Hors même l'évaluation d'états fortement déviants, les bonnes pratiques en psychiatrie exigent de prendre en compte le contexte dans lequel intervient le problème. Or, ce contexte n'est pas seulement défini par du « bio » (éventuellement, une maladie somatique), du « psy » (les relations, tout particulièrement familiales, présentes et passées) ou du social (les problèmes économiques, professionnels), il est aussi spirituel, argumentent les « pys » (psychiatres et aussi psychologues) favorables au « religieux ». Ils plaident ainsi pour une psychiatrie à quatre dimensions : une psychiatrie bio-psycho-socio-spirituelle. La dimension spirituelle ne pourrait être ignorée, ne serait-ce que parce que le « bio », le « psy », le social sont chargés de sens et que ce sens est lié aux conceptions, religieuses, spirituelles, philosophiques ou métaphysiques des patients et concernent la question du Bien et du Mal. Elles façonnent les valeurs et les normes morales touchant tout particulièrement à la sexualité, à la famille, à la parenté, à la mort, en d'autres termes à la condition existentielle de l'humain. Ainsi les vécus subjectifs, les manières de sentir et de se conduire, attachés à la mort d'un proche et à ses circonstances, attachés à un divorce, à des relations extraconjugales, à un avortement, à un suicide, à l'homosexualité, sont-ils imprégnés de ces valeurs, normes, significations.

La nécessité dans l'évaluation clinique du patient de prendre en compte son histoire religieuse et spirituelle a été pleinement reconnue par le Royal College en 2006, lorsqu'il a estimé qu'évaluer l'état spirituel du patient était aussi important que de prendre connaissance de son histoire médicale (C. Cook, A. Powell, A. Sims, 2009 : 28).

En ce qui concerne le traitement, un point majeur est l'alliance thérapeutique qui peut ou non, ou plus ou moins, s'établir entre le patient et son psychiatre. L'importance de cette alliance est de plus en plus reconnue, tout d'abord dans le cas d'une prise en charge psychothérapeutique, mais plus largement aussi pour tout genre de suivi, y compris médicamenteux. Le patient a besoin de se sentir entendu, accepté, compris dans ce qui compte fondamentalement pour lui, et donc dans ses croyances religieuses et spirituelles. Il y a là un problème, estiment les partisans de la prise en compte du religieux, en raison de l'écart qui sépare souvent psychiatres et patients en matière de spiritualité (S. Dein, C. A. Lewis, K. M. Loewenthal, 2011). Ce déficit de religiosité devrait être suppléé, milite le groupe Spirituality, par un enseignement dans le cursus de psychiatrie ; un tel enseignement existe aux États-Unis, mais pas en Angleterre, soulignent-ils. Dans

cette perspective, le chantier concret le plus important du groupe est sans doute celui de l'élaboration de propositions d'enseignement. Outre le fait d'intervenir dans la relation patient-médecin, il est souligné à cet égard que les croyances et pratiques religieuses et spirituelles ont des effets positifs qui aident les patients à retrouver un meilleur équilibre. Voici les arguments généralement avancés, les plus religieux, à mon sens, étant présentés en fin de liste : la spiritualité (*spirituality*) développe l'estime de soi ; elle aide à donner un sens aux situations difficiles et, tout particulièrement à la maladie mentale, pouvant, en particulier, permettre aux patients de vivre avec des problèmes non résolus ; elle donne un but ; elle offre du soutien et des relations de qualité ; elle offre une vision du monde optimiste ; elle donne de l'espoir et une attitude positive ; elle fait se tourner vers les autres et ainsi oublier son mal-être ; elle encourage « le pardon à soi-même alors que la personne a tendance à interpréter sa maladie comme la punition d'un péché » (C. Cook, A. Powell, A. Sims, 2009 : 10).

Ces possibilités que donne au patient sa spiritualité doivent être constituées par les soignants en ressorts thérapeutiques. Depuis le milieu des années 2000, des voix officielles, tout particulièrement au Royal College, se sont fait entendre pour dire que la spiritualité des patients ne doit pas être la seule affaire des aumôniers, mais de tous les soignants et notamment des infirmiers/ères.

Le recours au religieux pour le traitement des patients peut aussi être beaucoup plus direct à travers l'offre de diverses thérapies proprement religieuses, par exemple, la méditation *vipassana* (et autres formes de méditation), la respiration holotropique, l'approche contemplative, l'approche par les états modifiés de conscience, la thérapie révélationnelle, la psychothérapie centrée sur l'âme... Les actions thérapeutiques exercées par l'amour, le pardon, la réconciliation, la prière sont aussi évoquées dans le groupe Spirituality⁸.

Ces dernières pratiques n'ont pas généralement, mais ce peut être néanmoins le cas, à être exercées par les psychiatres ou les psychothérapeutes, mais par des personnels religieux dont certains utilisent aussi l'exorcisme, dont la validité a été reconnue dans le groupe Spirituality. Les psychiatres du groupe estiment primordial de travailler en collaboration avec ceux-ci, notamment avec les aumôniers officiellement en charge des problèmes de santé mentale et avec les *counselors* religieux.

Transformations dans la santé mentale et dans la médecine

Une transformation décisive concerne le troisième acte du travail professionnel effectué par le psychiatre, celui de l'« inférence » (A. Abbott, 1988 : 48-52).

8. Liste établie à partir de textes de psychiatres figurant dans les archives du groupe Spirituality : <http://www.rcpsych.ac.uk/members/specialinterestgroups/spirituality/publicationsarchive.aspx>

Ce travail correspond au « raisonnement » que les professionnels entreprennent à propos des problèmes qui leur sont soumis ; il occupe une place d'autant plus importante entre le diagnostic et le traitement que la « connection » entre l'un et l'autre est plus « obscure ». Tel est justement le cas en médecine mentale où les relations entre diagnostic et traitement sont hasardeuses. En articulant dans un tout cohérent l'étiologie des névroses, la description de leurs mécanismes psychiques différenciés et leur traitement par la parole, la psychanalyse a pu fournir une inférence solide, tout aussi solide que l'inférence appuyée sur une causalité organique des maladies mentales puisque celle-ci, à part dans certains cas relativement limités, n'a jamais pu être vraiment prouvée. Aujourd'hui, la médecine mentale veut s'aligner sur la médecine somatique dont le travail d'inférence s'appuie en priorité sur l'*Evidence Based Medicine*⁹, qui est principalement fondée sur des essais cliniques randomisés – en double aveugle et avec une répartition au hasard des deux groupes de patients testés – et sur une logique strictement pragmatiste. Bien qu'en médecine mentale de tels essais soient pratiquement impossibles, les études comparées mettant en jeu des variables rendues discrètes font cependant autorité. Il peut s'agir, par exemple, de tester le lien entre réduction des symptômes et investissement religieux. Celui-ci correspond à un « score » établi à partir de l'importance de la foi religieuse (auto-estimée) dans l'ensemble de la vie du patient, de l'appartenance à un groupe religieux, de la fréquentation de cérémonies religieuses¹⁰. Une étude portant sur la dépression arrive ainsi à la conclusion que l'augmentation de l'investissement religieux est positivement corrélé avec une réduction des symptômes affectifs et cognitifs – perte d'intérêt, perte d'estime de soi, retrait social, perte d'espoir –, mais non avec les symptômes somatiques comme la perte de poids, l'insomnie, la grande fatigue, le défaut de concentration. Un essai clinique a comparé deux groupes de patients religieusement engagés : un des deux groupes a reçu une thérapie cognitivo-comportementale classique, l'autre une thérapie cognitivo-comportementale à orientation religieuse (utilisant des raisonnements religieux pour contrer les pensées irrationnelles, ainsi que des images religieuses) : les patients du deuxième groupe ont obtenu de meilleurs scores de réduction de leurs symptômes dépressifs que les premiers. Un autre essai a concerné soixante-deux patients musulmans souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée ; ils ont été divisés en deux groupes randomisés : un premier groupe recevant un traitement classique avec une thérapie de soutien et des médicaments ; le second, les mêmes médicaments avec une psychothérapie « d'orientation religieuse, le patient priant et lisant certains versets du Coran présentant une pertinence par rapport à sa pathologie ». L'amélioration des symptômes anxieux fut beaucoup plus rapide dans ce second groupe¹¹.

9. L'expression est diversement traduite en français : la traduction la plus fréquente est « médecine des preuves ».

10. On pourra remarquer que cette démarche existe depuis des décennies en sociologie.

11. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/nl6_larson.pdf

Dans une perspective proche, les études épidémiologiques incluant une ou plusieurs variables religieuses se sont également développées. Il en ressort notamment que le religieux est un facteur protecteur de la dépression comme le montre une méta-analyse effectuée sur plus de quatre-vingt études puisqu'elle a précisément établi que « les facteurs religieux/spirituels sont généralement liés à des taux faibles de dépression »¹².

Parmi les résultats chiffrés que l'on trouve dans ces études, notons par exemple que les personnes sans aucune attache religieuse ont un risque de dépression de 60 % plus élevé que les autres. Les études se sont de plus en plus affinées, pouvant par exemple estimer si la « fréquentation d'une église » est un facteur de protection contre la dépression aussi important en milieu urbain que rural (pour l'Angleterre la réponse est positive¹³).

Une autre transformation dans la médecine contribuant à rendre possible et à crédibiliser une « psychiatrie spirituelle » est la poussée des conceptions holistes, qui, croisées avec celle de la médecine des preuves, a permis que des médecines alternatives réussissent à s'imposer dans le paysage du système de soin (U. Sharma, 1995 ; M. Sacks, 2002). Certaines, classées dans les CAMs (*Complementary and Alternatives Medicines*) par le National Health Service, ont déjà conquis une pleine légitimité médicale, comme la « méditation », pour le traitement de certains problèmes de santé physique (hypertension, mal de dos chronique, etc.), mais aussi de santé mentale. Le *Mindfulness* (qui est une certaine technique de méditation) peut être aussi cité, du moins dans sa version cognitivo-comportementale : la *mindfulness-based cognitive therapy* est un traitement « validé » pour certains types de dépression et d'anxiété. D'autres médecines – l'ostéopathie, la chiropractie, l'homéopathie – ont été officiellement reconnues même si ce n'est pas sur un total pied d'égalité avec la biomédecine classique. Cette reconnaissance représente de fait une brèche dans l'orthodoxie médicale. Elle permet de donner du crédit à d'autres médecines hétérodoxes mettant en jeu une approche holistique qui en constitue la marque distinctive la plus commune, par-delà leur diversité. Ainsi des approches de santé mentale qui veulent considérer l'humain non seulement comme un être bio-psycho-social mais également spirituel.

La poussée des conceptions holistes est aussi particulièrement visible, en Angleterre, chez les infirmier/ères. Dans cette perspective, ils/elles ont promu des approches spirituelles. Selon certaines analyses, ce type de démarche relève avant tout d'une professionnalisation accrue, notamment vis-à-vis des médecins (S. Gilliat-Ray, 2003 ; T. Walter, 1996). Quoiqu'il en soit, ils/elles ont ainsi labouré le terrain en faveur d'une présence de la spiritualité en médecine.

12. *Ibid.*

13. *Ibid.*

La dernière transformation – sans doute la plus décisive – des pratiques de la médecine qui ait joué de fait en faveur d'une nouvelle présence du religieux en psychiatrie est le nouveau statut d'usagers-citoyens conquis par les patients. Non seulement ceux-ci ont droit au plein respect de leurs croyances, mais on leur reconnaît aussi une compétence quant à la prise en charge de leur maladie, compétence individuelle autant que collective à travers les associations de malades souffrant de telle ou telle maladie. La reconnaissance des usagers du système de soins est un mouvement général dans les pays de modernité avancée ; au Royaume-Uni, leur reconnaissance officielle est intervenue dès 1991 avec *The Patient's Charter*. Une des premières conséquences est que l'on veut désormais prendre en compte la demande des usagers. Des enquêtes ont été menées qui se sont intéressées à la demande en matière religieuse. Certaines sont rapportées dans le livre *Spirituality and Psychiatry* (C. Cook, A. Powell, A. Sims, 2009 : 193-195). En 1998, une importante enquête menée par la Mental Health Foundation montrait que plus de 50 % des usagers des services de santé mentale considéraient leurs croyances religieuses et spirituelles comme très importantes pour eux et susceptibles de les aider à faire face à leur maladie ; l'enquête montrait aussi que beaucoup de patients souhaitaient discuter de ces questions religieuses et spirituelles avec leur psychiatre. Une autre enquête relève que « beaucoup de personnes de toutes les religions disaient qu'elles redoutaient d'aller à l'hôpital ou dans un accueil de jour car, dans ces lieux, il n'y a rien qui leur permette d'exprimer leur foi [...], un endroit pour prier, du personnel qui veulent bien parler avec eux de leur foi ». Le rapport d'une troisième enquête, menée auprès de patients hospitalisés en santé mentale, s'ouvre par ce propos : « Si vous ne savez pas qui je suis, comment allez-vous pouvoir me soigner ? Quand vous ne savez pas combien est importante pour moi ma religion, quelle langue je parle, d'où je viens, comment allez-vous m'aider à faire face à ma maladie mentale ? »

La volonté de prêter attention aux usagers s'inscrit pour une part dans les nouvelles logiques de marché impulsées tant par la demande de clients-consommateurs de pouvoir choisir de nouvelles manières d'être soignés que par les nouvelles politiques de réduction des coûts. Mais, dans le contexte de troubles lourds, il s'agit surtout de s'appuyer sur la résilience et la compétence des patients, conceptions qui doivent beaucoup au mouvement du rétablissement [*recovery*]. Celui-ci s'enracine dans les mouvements de *self-help* et de rescapés [*survivors*] de la psychiatrie et de l'usage de drogues. Parmi ces groupes, une mention spéciale peut être accordée aux programmes en douze étapes [*twelve-steps groups*] pour se sortir d'une addiction ou d'une compulsion en raison de la proximité que leur programme entretient avec des significations religieuses. Il vise en effet à : « admettre qu'on ne peut pas contrôler soi-même son addiction ou sa compulsion ; reconnaître l'existence d'une puissance plus grande que soi-même qui peut donner de la force ; examiner ses erreurs passées avec l'aide d'un parrain (un membre expérimenté du groupe) ; faire amende honorable pour ces erreurs ;

apprendre à vivre une nouvelle vie avec un nouveau code de conduite ; aider ceux qui souffrent de la même addiction ou compulsion »¹⁴.

Dans la perspective de ces mouvements, le terme *recovery* n'a pas le même sens que celui classiquement retenu par le personnel médical : « une rémission des symptômes ou le retour à un fonctionnement normal ». Il signifie ici « qu'au-delà de la catastrophe de la maladie mentale [...], un processus de croissance et de développement personnel intervient permettant de surmonter le fait d'être un patient atteint de maladie mentale avec tout ce que cela implique, de regagner du contrôle et de construire une vie personnelle pleinement satisfaisante, ayant du sens » (B. Schrank, M. Slade, 2007). La clé du processus de *recovery* est avant tout l'espoir ; or, justement, la spiritualité « est une source majeure d'espérance et de sens quand il s'agit de reconstruire sa vie » (*ibid.*).

Ce mouvement du *recovery* a eu, au Royaume-Uni, un fort impact sur la politique de santé mentale puisque ses conceptions sont devenues, en 2004, la politique officielle du National Institute of Mental Health en Angleterre. Même si celle-ci ne reprend pas en fait l'ensemble des revendications et des idées des associations – généralement plutôt hostiles à la psychiatrie en tant que telle – cette politique entend¹⁵ s'appuyer sur les réseaux de proximité des patients (dont les communautés religieuses) et avoir pour principes et valeurs d'être au plus près de leurs aspirations et demandes. Cette politique estime devoir connaître « ce qui fait sens pour chaque personne et qui doit être valorisé, compris, constituer une priorité. Elle considère que les cultures, la diversité, la spiritualité et la sexualité ne sont pas seulement des enjeux pour une égalité des personnes, mais constituent des ressources qui peuvent faciliter le rétablissement » (G. Roberts, S. Hollins, 2007).

On peut s'étonner que ce soit au moment où les théories organicistes redevennent très largement dominantes en psychiatrie que s'affirment les conceptions du *recovery* – permettant donc au religieux de trouver une nouvelle place en psychiatrie – visant moins une guérison que l'aménagement d'une qualité de vie avec la maladie. C'est que les quelques avancées thérapeutiques liées aux nouvelles découvertes sur le cerveau restent en fait très limitées et que le temps du patient, soucieux d'améliorer maintenant sa condition de vie, n'est pas celui de la recherche toujours, lui, beaucoup plus long.

14. Présentation du programme dans les termes de l'American Psychological Association. Le programme des douze étapes pour sortir d'une addiction a initialement été conçu en 1939 au sein des Alcooliques Anonymes et avait, lui, des connotations religieuses explicites.

15. Il est beaucoup dit que cette politique n'est en fait que peu appliquée.

Transformations sociétales

On assiste depuis un quart de siècle, à la fois à de nouvelles effervescences de groupes ou de réseaux religieux et à une revitalisation de l'implication d'organisations religieuses dans la vie publique et les services sociaux (*welfare*)¹⁶. Cependant ces « reconfigurations » et « renouvelaux » peuvent de fait d'autant plus se déployer qu'ils interviennent « dans une société dans laquelle le sécularisme est désormais puissamment ancré » (L. Woodhead, 2012 : 19). En matière d'expériences non ordinaires, de troubles de l'esprit, la psychiatrie ne souffre, en effet, aujourd'hui, d'aucune vraie contestation, du moins dans les pays de modernité avancée : on a vu que les psychiatres tenants d'une prise en compte du religieux se doivent de l'argumenter dans les logiques scientifiques et pratiques de la psychiatrie. Mais, en même temps, la page de l'hostilité ou de la concurrence étant tournée, la règle sociale a changé et les psychiatres religieusement engagés, ou tout simplement croyants, n'ont plus à dresser une stricte ligne de partage entre leurs croyances religieuses et leur travail de psychiatre, mais peuvent désormais tenter de les concilier, y compris dans leur travail proprement psychiatrique. De plus, et surtout, il n'y a plus lieu de s'opposer à une certaine demande religieuse de la part des patients – tout au contraire, l'ignorer pourrait leur être dommageable – et, plus généralement de mettre à l'écart leurs caractéristiques religieuses dans le diagnostic et le traitement.

La promotion d'une société multi-religieuse, particulièrement nette en Angleterre, est sans doute, aujourd'hui, ce qui soutient le plus fortement la nouvelle présence du religieux en psychiatrie. À partir du milieu des années 1980, les migrants (ou les enfants d'une migration antérieure) installés dans les divers pays européens ont commencé à développer une revendication de reconnaissance religieuse. Jusqu'alors, il y avait bien une question sociale de l'immigration portant sur le statut social des immigrés, au bas de l'échelle sociale, mais cette question n'était nulle part envisagée en termes religieux. En Angleterre, dans une ligne revitalisant d'anciennes problématiques, la marginalisation fut envisagée en termes d'inégalités et de discriminations raciales. Face aux demandes de reconnaissance religieuse de ces populations issues de l'immigration, l'Angleterre a répondu par l'idée d'une société multiculturelle. Celle-ci renvoyait non pas, précisons-le, à des communautés religieuses séparées, mais, dans le contexte de la société britannique travaillée par l'idée de religion civile, au projet de faire travailler ensemble, pour le bien commun, toutes les religions. Les « nouvelles religions » ont ainsi été mobilisées pour la politique de « nouveau civique »¹⁷. Ces idées ont eu un impact sur les politiques menées dans tous les secteurs de la société (F. Champion, 2006 : 152-158), notamment en incitant à prêter attention à la diversité des traditions. Ce fut d'autant plus le cas dans la psychiatrie

16. Cf. le réseau de recherches, <http://www.religionandsociety.org.uk/>

17. Le ministère de l'intérieur a ainsi publié en février 2004 un rapport, *Working Together : Co-operation between Government and Faith Communities*.

que les patients issus de l'immigration y sont nombreux. Les personnels soignants y ont été fortement encouragés, en même temps qu'incités à donner un rôle accru aux personnels issus des différentes religions intervenant dans le système de soin (coordonnés au sein du Multifaith Group for Healthcare Chaplaincy). Il faut préciser que la recréation de l'importance sociale et personnelle-existentielle de la religion induite par les nouvelles religions issues de l'immigration n'a pu s'effectuer que parce que la société britannique est une société dans laquelle la religion a historiquement eu un rôle de ciment politique et moral (F. Champion, 2006). Celui-ci a joué plus fortement et plus longtemps que dans d'autres sociétés, notamment la France. L'Angleterre n'a en effet pas connu de puissant mouvement anticlérical et « séculariste » et le christianisme a profondément imprégné l'ensemble de la culture sans qu'une telle imprégnation suscite une large hostilité. Dans le champ psy, il est ainsi intéressant d'observer que Carl Jung, avec son intérêt affirmé pour les religions, y a été bien mieux accueilli qu'en France.

En psychiatrie, avec de très nombreux patients issus de l'immigration, la promotion de la diversité religieuse a été un appui décisif pour l'essor du groupe Spirituality. Pourtant, force est de constater que son intérêt concret pour les religions des migrants apparaît mince. Il n'a pas non plus noué de collaboration avec le Transcultural Special Interest Group, ni non plus d'ailleurs avec aucune autre association, nationale ou internationale, de psychiatrie transculturelle. Les associations auxquelles son site renvoie sont toutes en marge de la médecine classique (*mainstream*)¹⁸.

On terminera cette analyse des dynamiques qui ont soutenu l'intégration du religieux en psychiatrie en soulignant le rôle déclencheur qu'a joué la nouvelle effervescence religieuse qui s'est développée dans les années 1960-70, au cœur même de la modernité la plus avancée puisque touchant des jeunes bien éduqués de couches sociales favorisées (J. A. Beckford, 1984 ; P. Heelas, L. Woodhead, 2005 ; D. Hervieu-Léger, G. Davie, 1996). Cette effervescence remettait en cause l'utopie progressiste de la modernité avec son espérance en la science et sa vision d'un processus quasi linéaire de marginalisation du religieux. Le nouvel intérêt de la psychiatrie pour le religieux s'inscrit très directement dans la ligne de cette effervescence, plus particulièrement dans sa version mystique-ésotérique puisque les premiers militants de l'introduction de la catégorie « *religious or spiritual problem* » dans le DSM, étaient des psychologues du courant transpersonnel, dont la figure emblématique est Stanislas Groff. Un de ces psychologues, David Lukoff, qui revendique un rôle pionnier, incontestable semble-t-il, dans la réflexion (D. Lukoff, 1998), a ainsi mis en exergue de son blog où il parle de la « crise spirituelle » qu'il a lui-même vécue une citation de S. Groff :

18. <http://www.rcpsych.ac.uk/members/specialinterestgroups/spirituality/resources/organisations.aspx>

« *It is possible to undergo a profound crisis involving non-ordinary experiences and to perceive it as pathological or psychiatric when in fact it may be more accurately and beneficially defined as a spiritual emergency.* »

On notera que, dans la ligne de la contre-culture des années 1960-70, il compare l'épisode qualifié de psychotique par la psychiatrie à la crise initiatique du futur shaman qui « parfois prend le risque d'être pris pour un fou, mais sa folie remplit une fonction mystique ; elle lui révèle certains aspects de la réalité inaccessibles aux autres mortels et c'est seulement après être entré dans ces dimensions cachées que le "fou" devient un shaman »¹⁹.

Un religieux épuré à vocation universelle

Les genres religieux élaborés et promus dans la psychiatrie contemporaine et notamment dans le Royal College of Psychiatrists sont hétérogènes. Nous avons déjà observé le religieux scientificisé, intégré à *Evidence Based Medicine* et de ce fait relativement confidentiel. Le religieux mis en avant lorsque le Royal College s'adresse à un large public – patients, soignants, familles, religieux ou non –, comme c'est le cas de la notice d'information déjà évoquée²⁰, est un *religieux épuré à vocation universelle* : si universelle qu'il recouvre non seulement un religieux ne voulant se fonder que sur l'expérience personnelle en excluant toutes les croyances des diverses religions, mais aussi un religieux purement séculier, sans aucune référence aux traditions afférentes. La définition générique de la « spiritualité » alors donnée est « un sens profond de la signification et du but de la vie, un sentiment d'unité et de connection de son moi profond à l'universel ».

Ce type de religieux se concrétise dans des activités spirituelles telles que « faire des pèlerinages et des retraites, méditer et prier, lire les Écritures, écouter ou jouer de la musique sacrée, chanter des hymnes, des psaumes, des chants de dévotion, accomplir des actions de compassion, s'engager dans de profondes méditations ou contemplations, pratiquer de façon traditionnelle le yoga, le Tai Chi ou d'autres disciplines similaires ».

Parmi ces activités, les pratiques directement issues des religions orientales ou plus indirectement (la pleine conscience – [*mindfulness*] –, par exemple) apparaissent les plus importantes, tant par les conférences et écrits divers qui y sont dédiés que par leur pratique effective. Celle-ci peut être individuelle, mais aussi collective : j'ai déjà évoqué l'atelier de méditation proposé chaque année lors de la réunion annuelle de l'ensemble du Royal College ; on peut aussi noter l'existence de retraites méditatives proposées par une des membres du groupe.

19. <http://spiritualemergency.blogspot.com/2006/01/personal-account-dr-david-lukoff.html>

20. <http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinformation/therapies/spiritualityandmentalhealth.aspx>, les citations qui suivent proviennent également de la notice d'information.

La dimension religieuse des compétences « spirituelles » mises en avant dans la notice d'information n'est pas forcément évidente. Il s'agit en effet « de se voir comme les autres vous voient, de rester concentré sur le présent, d'être vigilant et attentif, de se reposer pour créer un état de paix de l'esprit, de développer un sens de l'empathie pour les autres, d'être présent auprès de celui qui souffre en gardant espoir, d'apprendre à mieux juger des situations, par exemple pour savoir quand parler ou agir, ou quand rester silencieux et ne rien faire, apprendre à donner sans se sentir vidé, à se laisser aller à son chagrin ».

Cependant, la façon dont ces compétences sont exprimées leur donne une certaine coloration religieuse en ce sens que bien des idées, bien des mots interviennent comme l'écho plus ou moins assourdi de préceptes contenus dans les grandes religions. Dans ce qui vient d'être cité, il me semble qu'il en va tout particulièrement ainsi quand on parle d'« état de paix », de « profonde empathie pour les autres », de « rester en silence », de « laisser aller ». L'enracinement religieux se fait-il plus net quand on parle de compassion ou de « contact avec les autres et avec le monde, qui donne l'idée d'une réciprocité [...] que si vous aidez une autre personne, vous vous aidez vous-même » ? Peut-être ; mais on observe surtout que la frontière est bien brouillée entre, d'une part, du religieux psychologisé et, d'autre part, du psychologique glissant vers des valeurs et des attitudes que certains nommeront « spirituelles ». Précisons que ce brouillage n'est pas propre à la psychiatrie : en matière de soins infirmiers en somatique, S. Gilliat-Ray (2003) et T. Walter (1996) soulignent que les références spirituelles utilisées sont très vagues, que « dans la pratique, le soin spirituel ne peut pas vraiment être distingué du soin psychologique » (T. Walter, 1996 : 29).

Au-delà même – ou en deçà – d'un religieux fort dilué, la notice d'information catégorise comme activités spirituelles certaines activités que le groupe Spirituality lui-même estime « n'être peut-être pas spirituelle de façon évidente » telles que « construire et maintenir de bonnes relations familiales », « construire et garder des amitiés, tout particulièrement celles fondées sur la confiance et l'intimité », « participer à une équipe de sport ou d'une autre activité impliquant coopération et confiance ». Sans doute peut-on voir dans cette extension très large de ce qu'est le « spirituel » un recodage stratégique susceptible d'élargir la pertinence de la spiritualité en même temps qu'une volonté d'inclure une très large population dans un domaine fortement valorisé par les rédacteurs de la notice.

Un religieux foisonnant d'expériences extraordinaires

Le contraste de ce religieux épuré avec celui que l'on peut observer en interne dans le groupe Spirituality est saisissant. Les conférences retranscrites ou la newsletter qui y circulent montrent en effet *un religieux foisonnant d'expériences extraordinaires* issues de traditions ou de croyances très diverses, de la tradition

abrahamique aux croyances des « Américains autochtones qui ont cultivé la conscience de la mort et l'absence de peur devant elle avec un chant de la mort qui a accompagné toute leur vie »²¹, en passant par la tradition ésotérique et le *New Age* et les religions orientales. Très souvent ces croyances s'entremêlent, d'autant plus qu'il y a l'idée d'une fondamentale convergence des traditions religieuses ou « spirituelles ». Tentons cependant de classer quelque peu les croyances circulant dans le groupe Spirituality. On peut commencer par celles que l'on retrouve dans le *New Age*, dont la présence est particulièrement forte, en signalant tout d'abord la référence répétée à Castaneda, auteur culte de la contre-culture des années 1960-70 et du *New Age*, qui a écrit sur les enseignements d'un shaman Yaqui ; on citera aussi, pêle-mêle et à titre d'exemples : la conception de l'univers comme hologramme, les expériences de mort imminente [*near-death experiences*], avec les « sorties hors du corps physique » et les souvenirs des vies antérieures et, parfois aussi, des communications médiumniques. Les croyances puisées dans la tradition abrahamique concernent notamment, les guérisons miraculeuses, la thérapie par la prière d'intercession, l'exorcisme. Des religions orientales, on retrouve la croyance en la réincarnation à laquelle sont associées des régressions dans les vies antérieures, mais aussi la référence au *Bardo Thodol* tibétain.

À travers ces exemples de croyances on peut observer que nombre d'entre elles ont à voir avec la mort : un rapide dénombrement donne environ deux tiers des textes circulant dans le groupe Spirituality qui parlent de la mort. Ils se réfèrent à toutes les traditions : ainsi en matière de livre, est non seulement évoqué le *Bardo Thodol* mais également l'*Ars Moriendi* ou le *Livre des morts* de l'Égypte ancienne.

Le syncrétisme ne s'opère pas seulement entre traditions ou croyances religieuses, mais également avec la science ou plutôt avec certaines composantes de la science qui posent des questions métaphysiques, telles la théorie du big bang ou la mécanique quantique qui ouvrirait à la possibilité de phénomènes psy/paranormaux, eux-mêmes justifiant les réalités extraordinaires des religions. Andrew Powell, resté longtemps le président du groupe Spirituality, encore aujourd'hui l'éditeur de sa Newsletter et l'un des trois éditeurs du livre *Spirituality and Psychiatry*, est particulièrement enclin à ce genre de bricolage. Ainsi quand il pense possible « que nous ayons une connaissance archétypique du Big Bang dans notre histoire mythique de la Chute, non seulement telle que projetée sur Adam et Ève, mais également à travers le drame inconscient que constitue pour tous leur naissance »²², ou bien quand il considère que certaines pratiques thérapeutiques – par exemple la régression dans les vies antérieures – « travaillent avec du matériel qui vient de l'inconscient collectif » et qu'alors « les limites

21. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ATT89148.ATTx.pdf>

22. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/AndrewPowellSoulOftheNewbornChild.pdf>

ordinaires de l'espace-temps sont transcendées », et que la présence active des archétypes, le constat du synchronisme et du « psy » peuvent être discutés à la lumière de la théorie quantique, du rôle premier de la conscience, et des recherches de Jung en ce sens²³.

À travers ces citations, on peut voir que le bricolage concerne aussi, et en fait, on s'en doute, prioritairement, des croyances et pratiques religieuses avec des croyances et pratiques psychothérapeutiques. Dans ce cas, les principaux « pys » mobilisés sont Stanislas Groff, l'initiateur du courant transpersonnel, et Carl Jung encore, qui associa psychologie des profondeurs et références et pratiques issues de l'ésotérisme et de l'Orient.

Si par ces auteurs, de même que, on l'a dit, par l'importance des croyances que l'on trouve aussi dans le *New Age*, le groupe Spirituality apparaît comme pouvant lui être apparenté, il s'en distingue en réalité nettement. Non seulement la présence des traditions abrahamiques y est beaucoup plus importante que dans le *New Age*, mais nombre des membres du groupe, et notamment ses leaders les plus influents, se réfèrent souvent aux institutions religieuses, travaillent en association avec leurs personnels religieux, sont eux-mêmes très engagés dans ces institutions, certains étant clercs en même temps que psychiatres. Aussi les méthodes thérapeutiques du christianisme sont-elles également bien présentes, d'ailleurs présentées comme celles qu'offre « l'Église »²⁴.

Quelle est l'ampleur de ce religieux-là dans le groupe Spirituality ? Un pointage des textes-archives qu'il diffuse sur son site fait apparaître qu'un peu plus d'une vingtaine d'auteurs sur quatre-vingts l'évoque, de façon plus ou moins poussée. Il est encore plus présent dans les newsletters, ne serait-ce que parce que celles-ci se font aussi le relais d'associations clairement dédiées à l'étude des réalités extraordinaires. En revanche, ce type de religieux n'est pas évoqué dans la notice d'information du groupe destinée à un large public. S'il n'est donc pas visible d'emblée pour qui s'intéresse à la prise en compte de la « spiritualité » dans la psychiatrie britannique – patient, soignant, public religieux ou non –, il n'est pas pour autant dissimulé. Dès que l'on entre sur les pages web du groupe, on accède en effet aux publications dont j'ai longuement parlé et aux newsletters. Surtout, il est présent dans le livre *Spirituality and Psychiatry*, publié, je le rappelle, par le Royal College of Psychiatrists.

Ces deux figures du religieux, un religieux épuré et un religieux foisonnant de réalités extraordinaires, figures bien différentes, mais s'entremêlant assez souvent, sont l'une et l'autre des constructions attachées à la modernité dont on peut faire remonter les prémisses au XVI^e siècle, moment où commence, selon Troeltsch, une certaine autonomisation du « type mystique ». À partir du XIX^e siècle, des religieux nouveaux s'affirment vigoureusement, notamment en

23. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/powell_BSAT.pdf

24. <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/powell3.pdf>

lien avec la théosophie dont la postérité – Alice Bayley ou Rudolf Steiner – après s'être retrouvée dans le *New Age* se retrouve aujourd'hui dans le groupe Spirituality du Royal College, ou avec le romantisme religieux. Dans ces mouvements, l'attraction de l'expérience mystique, ou du moins de l'expérience spirituelle toute personnelle, est toujours une composante forte des nouvelles compositions. Certains des groupes ou des mouvances de l'effervescence « spirituelle » des années 1960-70, se présentant dans leur continuité, recherchent très précisément de telles expériences à travers un travail sur l'intériorité – associant d'ailleurs souvent un travail sur les corps –, ce qui les conduit généralement à divers bricolages avec des conceptions et des pratiques psychologiques (V. Altglas, 2000 ; F. Champion, 1990, 2004 ; V. Rocchi, 2000). Dans les divers mouvements qui s'inaugurent au XIX^e siècle et dont on peut suivre les développements, ramifications, transformations au XX^e siècle (F. Champion, 1993 b ; W. J. Hanegraaff, 1996), s'approfondit toujours plus l'individualisation des croyances et la valeur de l'intériorité, en même temps que s'affirme toujours davantage la croyance en une convergence des diverses traditions religieuses et « spirituelles » – occidentales et orientales, mais aussi « premières » – entre elles et avec une certaine science (F. Champion, 1993a).

Ces mouvements ont été beaucoup critiqués, principalement ceux qui évoquent l'ésotérisme ou le *New Age*, mais également ceux qui promeuvent un religieux épuré. Insistant sur la « spiritualité » toute personnelle *vs* la religion « sociale » et « dogmatique », ils ont en effet pu être considérés comme relevant d'un subjectivisme destructeur de tout collectif ou d'un supplément d'âme au souci hédoniste de bien-être psychologique personnel. L'intégration en psychiatrie de ces genres religieux témoigne de la nouvelle légitimité qu'ils ont progressivement acquise (F. Champion, 2000 ; M. Pasi, 2000). Celle-ci existait déjà en soins infirmiers, pour le *care* (le prendre soin) donc, mais cette intégration en médecine mentale constitue un pas supplémentaire dans leur normalisation religieuse, qu'il s'agisse de la composition épurée, mais aussi, quoiqu'à un moindre degré, de la composition foisonnante de réalités extraordinaires.

Conclusion

Le religieux « est un phénomène social et culturel. En tant que telle, sa signification est sans cesse en construction et toujours révisable. » Sa conceptualisation et sa définition « sont travaillées par les êtres humains, à travers les institutions et organisations, les mouvements et les groupes »²⁵ (J. A. Beckford, 2003 : 214). Les nouvelles compositions que nous avons vu intégrées à la psychiatrie confirment cette mise en perspective de J. A. Beckford. En effet, le fait même de leur intégration dans une pratique professionnelle prestigieuse signale leur nouvelle

25. J. A. Beckford parle de « religion », mais dans mes conceptualisations il s'agit de « religieux ».

valeur religieuse. Celle-ci leur est accordée d'abord par des psychiatres religieusement engagés dans de grandes traditions religieuses. On remarquera que cette intégration s'opère alors que le retrait du religieux dans de nombreux secteurs se poursuit, ainsi qu'on peut notamment le voir, en Angleterre, pour les écoles et la place de l'éducation religieuse. C'est qu'il est des domaines de la vie et de l'activité humaines qui sont plus que d'autres sensibles aux croyances, expériences, affects, considérés comme religieux, et où le religieux peut répondre à certaines visées. Ainsi en est-il de ce que le « psy » concerne, le domaine de l'existential, de la vie et de la mort, de la procréation et de la filiation, de la sexualité, de la souffrance, et, s'agissant plus spécifiquement de la psychiatrie, des désordres de l'âme. Ces domaines peuvent être mis en forme et en sens par des genres religieux bien différents et, aujourd'hui, ils peuvent l'être par ceux qui se sont d'abord construits à la marge des grandes traditions. Leur légitimation en cours a permis qu'ils soient intégrés en psychiatrie, qui, en retour, travaille au renforcement de cette légitimation et donc à les faire entrer dans un cercle vertueux. Dans ce processus s'opère aussi une nouvelle catégorisation sociale des différentes formes de religieux, le concept de « spiritualité » devenant la catégorie générique et valorisante²⁶.

Françoise CHAMPION

CERMES 3 (Centre de recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société)
UMR 8211 CNRS, EHESS, Université Paris-Descartes, Sorbonne Paris-Cité,
U988 INSERM
fchampion@noos.fr

Bibliographie

- ABBOTT Andrew, 1988, *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press.
- ALTGLAS Véronique, 2000, « *Living in Harmony* : le souffle à des fins thérapeutiques », *Ethnologie française*, 4, p. 545-553.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic Statistical Manual*, 4th ed.
- BECKFORD James A., 1984, « Holistic Imagery and Ethics in New Religious and Healing Movements », *Social Compass*, 31-2/3, p. 259-72.
- BECKFORD James A., 2003, *Social Theory & Religion*, Cambridge, Cambridge University Press.
- BHUGRA Dinesh (ed.), 1996, *Psychiatry and Religion*, London & New York, Routledge.
- CAPLAN Eric, 1998, « Popularizing American psychotherapy: The Emmanuel Movement », *History of Psychology*, 1-4, p. 289-314.
- CASTEL Pierre-Henri, 2011, *Âmes scrupuleuses, vies d'angoisse, tristes obsédés*, Paris, Ithaque.

26. En témoigne aussi le titre de la revue, *Journal for the Study of Spirituality* (revue de la *British Association for the Study of Spirituality* créée en 2010), ce qui n'empêche pas la discussion sur ce « nouveau concept » (A.-C. Hornborg, 2011).

- CHAMPION Françoise, 1990, « La nébuleuse mystique-ésotérique. Orientations psychoreligieuses des courants mystiques et ésotériques contemporains », in Champion F., Hervieu-Léger D. (éds.), *De l'émotion en religion. Renouveaux et traditions*, Paris, Le Centurion, p. 17-70.
- , 1993, « La croyance en l'alliance de la science et de la religion dans les nouveaux courants mystiques et ésotériques », *Archives de sciences sociales des religions*, 81, p. 205-222.
- , 1993, « Le Nouvel-Âge : recomposition ou décomposition de la tradition "théosophique" ? », *Politica Hermetica*, 7 (Les postérités de la théosophie : du théosophisme au new-age), p. 114-122.
- , 2000, « New Religious and Healing Movements as Indicators of the De-Structuring of Religions and Mutations in the Symbolic Field », *Sociologia Internationalis*, Heft, 1, p. 47-61.
- , 2004, « Logique des bricolages. Retours sur la nébuleuse mystique-ésotérique et au-delà », *Recherches sociologiques*, XXXV-1, p. 59-77.
- , 2006, *Les laïcités européennes au miroir du cas britannique*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- COOK Chris, POWELL Andrew, SIMS Andrew (éds.), 2009, *Spirituality and Psychiatry*, London, RCPsych Publications.
- DEIN Simon, LOEWENTHAL Kate M., 1998, « Editorial », *Mental Health, Religion & Culture*, 1-1, p. 1-5.
- DEIN Simon, LEWIS Christopher Alan, LOEWENTHAL Kate M., 2011, « Psychiatrists views on the place of religion in psychiatry: An introduction to this special issue », *Mental Health, Religion & Culture*, 14-1, p. 1-8.
- GARNOUSSI Nadia, 2011, « Le Mindfulness ou la méditation pour la guérison et la croissance personnelle : des bricolages psychospirituels dans la médecine mentale », *Sociologie*, 3-2, p. 259-275.
- GILLIAT-RAY Sophie, 2003, « Nursing, professionalism, and spirituality », *Journal of Contemporary Religion*, 18-3, p. 335-349.
- HANEGRAAFF Wouter J., 1996, *New Age Religion and Western Culture*, Leyde, Brill.
- HEELAS Paul, WOODHEAD Linda, 2005, *The Spiritual Revolution. Why Religion is Giving Way to Spirituality?*, Oxford, Blackwell.
- HERVIEU-LÉGER, Danièle, DAVIE Grace, 1996, « Le déferlement spirituel des nouveaux mouvements religieux », in Davie G., Hervieu-Léger D., *Identités religieuses en Europe*, Paris, La Découverte, p. 269-289.
- HORNBORG Anne-Christine, 2011, « Are We All Spiritual ? A Comparative Perspective on the Appropriation of a New Concept of Spirituality », *Journal for the Study of Spirituality*, vol. 1, n° 2, p. 249-268.
- HUGUELET Philippe, KOENIG Harold G., 2009, *Religion and Spirituality in Psychiatry*, Cambridge, Cambridge University Press.
- LUKOFF David, 1998, « From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The Transpersonal Roots of the New DSM-IV Category », *Journal of Humanistic Psychology*, 38-2, p. 21-50.
- PASI Marco, 2000, sur FAIVRE Antoine, HANEGRAAFF Wouter J. (éds.), « Western Esotericism and the Science of Religion », *Archives de sciences sociales des religions*, 110, p. 110-17, <http://assr.revues.org/20543>

- PLAS Régine, 2008, « Aux origines des thérapies comportementales et cognitives : psychanalyse, behaviorisme et scientisme aux États-Unis (1906-1970) », in Champion F. (éd.), *Psychothérapie et société*, Paris, Armand Colin, p. 125-148.
- ROBERTS Glenn, HOLLINS Sheila, 2007, « Recovery: Our common purpose ? », *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 397-399, <http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/13/6/397>
- ROCCHI Valérie, 2000, « Du Nouvel Âge aux réseaux psychomystiques », *Ethnologie française*, 4, p. 583-590.
- SAKS Mike, « Professionalization, Regulation and Alternative Medicine », in Allsop J., Saks M. (éds.), *Regulating the Health Professions*, London, Sage, 202, p. 148-161.
- SCHRANK Beate, SLADE Mike, 2007, « Recovery in psychiatry », *The Psychiatrist*, 3, p. 321-325, <http://pb.rcpsych.org/cgi/content/full/31/9/321>
- SHARMA Ursula, 1995, *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*, London, Routledge.
- WALTER Tony, 1996, « Developments in Spiritual Care of the Dying », *Religion*, 26, p. 353-363.
- WOODHEAD Linda, 2012, « Introduction », in Woodhead L., Catto R. (éds.), *Religion and Change in Modern Britain*, Abingdon, Routledge.

La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine L'exemple anglais

Les transformations tant médicales que sociétales soutenant la nouvelle présence du religieux en psychiatrie sont analysées, en soulignant le rôle initiateur de la nouvelle effervescence religieuse qui s'est développée dans les années 1960-70 et qui remettait en cause l'utopie progressiste de la modernité avec son espérance en la science et sa vision d'un processus quasi linéaire de marginalisation du religieux. Ce rôle est concrètement repérable à travers les premiers militants de l'introduction de la catégorie « problème religieux ou spirituel » dans le Diagnostic Statistical Manual, norme mondiale du diagnostic des troubles de la santé mentale. La légitimation désormais en cours de références et de pratiques religieuses ou spirituelles participe ainsi d'un renouvellement de la clinique psychiatrique.

Mots-clés : psychiatrie, psychologie, médecine, Angleterre, nouveaux mouvements religieux.

The new presence of religious aspects in contemporary psychiatry The British example

Both medical and societal transformations supporting the new presence of religious aspects in psychiatry are discussed, highlighting the initiating role of the new religious turmoil that developed in the 60s and 70s and that questioned the progressive utopia of modernity along with its hope in science and its vision of a quasi-linear process of marginalization of religion. This role is specifically identifiable with the first advocates of the introduction of the "religious or spiritual problem" category in the Diagnostic Statistical Manual, international standard in mental health. The now ongoing legitimization of references and religious or spiritual practices participates in a renewal of psychiatric clinics.

Key words: psychiatry, psychology, medicine, England, new religious movements.

La nueva presencia de lo religioso en la psiquiatría contemporánea El ejemplo inglés

Las transformaciones tanto médicas como sociales que sostienen la nueva presencia de lo religioso en psiquiatría son analizadas, destacando el rol iniciador de la nueva efervescencia religiosa que se desarrolló en los años 1960-70, y que cuestionaba la utopía progresista de la modernidad con su esperanza en la ciencia y su visión de un proceso casi lineal de marginación de lo religioso. Este rol se puede rastrear concretamente a través de los primeros militantes de la introducción de la categoría "problema religioso o espiritual" en el Diagnostic Statistical Manual, norma mundial del diagnóstico de las patologías mentales. La legitimación, ya en curso, de referencias o prácticas religiosas o espirituales participa así de una renovación de la clínica psiquiátrica.

Palabras clave: psiquiatría, psicología, medicina, Inglaterra, nuevos movimientos religiosos.

