



SOINS, LAÏCITÉ & SPIRITUALITÉ

QUELS ENJEUX ETHIQUES ?

LES FICHES DOC'ETHIQUES DE L'EREBFC

Temps de lecture : environ 30 minutes

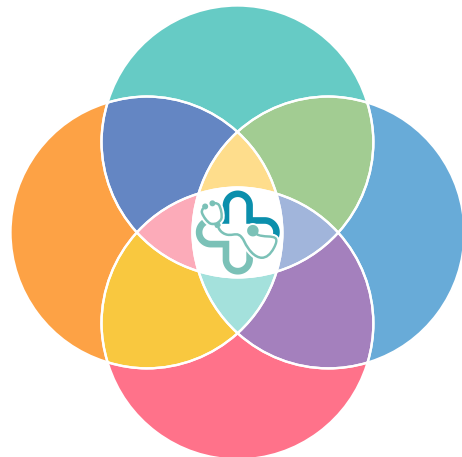
Les fiches "Doc'éthique" sont conçues comme un soutien à la réflexion préalable en éthique. L'éthique n'est pas une prise de position, ni un code de bonnes pratiques ou encore un jugement de valeurs. L'éthique est une démarche réflexive mettant en exergue les oppositions entre différentes valeurs et soulignant la nécessité d'y réfléchir afin de prendre ensuite des décisions circonstanciées et éclairées.

Le format court des "Doc'éthique" permettra ainsi aux intéressés d'avoir une première vue d'ensemble des questions qui jaillissent du thème traité, mais également au chercheur désireux de travailler sur cette thématique d'y trouver une première base pour affiner son questionnement et/ou son thème de recherche en éthique.

Une bibliographie pour lecteur curieux est proposée en complément.

Pour aller plus loin, nous vous invitons à vous référer à notre onglet "Documentation" sur : www.erebfc.fr

Pour télécharger ce document en pdf :



« Si l'aspect spirituel n'est pas au premier plan des soucis du médecin, il se pourrait que le sujet touche notre patient d'une façon si intime qu'il en influence à la fois le traitement, les choix du malade et sa relation avec l'équipe soignante. »

[1]

INTRODUCTION

La notion de santé a évolué à travers les époques contemporaines jusqu'à ce qu'en 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la définisse comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Ce faisant, la santé qui avait été réduite aux maladies, à leurs facteurs de risque et aux capacités de guérison, réintègre aujourd'hui à ses paradigmes les notions de bien-être et de qualité de vie, ainsi que leur influence sur l'état de santé et les capacités de rétablissement.

En 2012, l'OMS établit les critères qui lui serviront à évaluer la qualité de vie des populations à travers le monde. Ainsi, les dimensions physiques, psychologiques, le niveau d'indépendance, les relations sociales et l'environnement constituent le cadre d'analyse de la qualité de vie, auquel s'ajoute désormais la dimension spirituelle[2]. Aujourd'hui, la spiritualité n'est plus pensée comme affiliée nécessairement à une religion[3] mais plutôt comme une activité de l'esprit en quête de sens de l'existence. Elle s'exprime à travers des croyances, des valeurs, des traditions et des pratiques, que ce soit en soi-même ou avec autrui (famille, proche, communauté, société, nature) au moyen d'éléments significatifs ou sacrés[4] (lieux, prières rituelles, objets ou vêtements spécifiques, régime alimentaire).

La spiritualité implique également des manières de se comporter dans la vie quotidienne qui influent sur la santé : des coutumes alimentaires, des soins portés à un enfant, des représentations du bien naître et du bien mourir ou encore le sens donné à la souffrance[5][6]. Ce faisant, la spiritualité est un facteur social associé à la santé. De cette quête de sens existentielle découlent des besoins spirituels incluant les questions, les préoccupations, les pratiques et les luttes spirituelles, mais aussi les soins spirituels qui ont pour but de reconnaître et de prendre en compte la spiritualité dans les soins de santé.

Les croyances spirituelles peuvent être liées à une religion ou non, et participent à l'individualité de la personne qui se présente pour des soins. Pour autant, le système de santé public français se veut laïque. Il est porteur des valeurs de la République Française incluant la liberté de conscience, l'égalité des citoyens, la neutralité de l'État vis-à-vis des religions et de toute forme de spiritualité[7]. Partant de ce contexte demandons-nous : comment prendre en charge des patients singuliers, guidés par des croyances, des valeurs, des traditions, dans un système marqué par la neutralité et la laïcisation des soins ?

Ainsi, nous nous interrogerons dans cette doc'éthique sur les enjeux éthiques de l'intégration de la spiritualité et de la religion dans les soins, pour le patient, pour le soignant et de manière plus large, pour la société.

1- LES APPORTS DE LA SPIRITUALITÉ DANS LES SOINS

LA SPIRITUALITÉ FAVORISE LES « BONS » COMPORTEMENTS EN SANTÉ PUBLIQUE

En santé publique, certaines observations ont conduit à s'interroger sur les effets potentiellement bénéfiques de la spiritualité sur les comportements de santé.

En premier lieu, la fréquentation régulière d'un culte peut apporter une régulation de certains comportements et avoir un impact positif sur la santé individuelle des personnes[4]. Ainsi, on observe que la pratique régulière et collective d'une croyance permet tendanciellement :

- Une diminution du tabagisme, de la consommation d'alcool, de marijuana et de drogues illicites, ainsi que des comportements sexuels à risque, particulièrement chez les adolescents ;
- Une amélioration de la qualité de vie et de la santé mentale à long terme, notamment par une diminution des symptômes dépressifs et des comportements suicidaires ;
- L'existence d'une relation dose-réponse entre la fréquentation régulière d'un culte et une diminution du risque de mortalité.

Notons que *"les recherches tendent à montrer que ce sont, surtout, les pratiques religieuses, en tant que dimension sociale, collective, qui influent sur la santé des croyants"*[6]. Ainsi, les pratiques religieuses publiques (fréquentation de lieux, pratiques collectives de cérémonies, que ce soit dans un cadre institutionnel ou non) semblent avoir un impact plus marqué sur la santé individuelle que les pratiques spirituelles exclusivement individuelles.

De plus, intégrer la spiritualité dans les soins a pu montrer des effets positifs importants à l'échelle d'une population ou d'un pays lorsque les responsables de cultes et politiques travaillent dans un but sanitaire commun. La santé publique et la spiritualité ne visent pas les mêmes objectifs : la première vise la protection de la santé collective, la prévention et la réduction des inégalités, quand la seconde relève davantage d'une quête de sens et, selon les traditions religieuses, de la recherche du Salut, à travers notamment des pratiques et des prescriptions morales ou spirituelles. Leurs actions conjointes dans certains pays ont montré que des stratégies ciblées pouvaient aider à enrayer des maladies. Par exemple, dans le contexte du VIH, les responsables religieux peuvent contribuer à lutter contre la stigmatisation, à favoriser l'information des populations et à soutenir l'accès aux soins[8].

De même, ces derniers peuvent également participer, dans certains contextes, à des programmes en faveur de la santé maternelle et néonatale. En matière de vaccination, la collaboration avec les autorités religieuses peut également favoriser l'acceptation des campagnes auprès des communautés, comme l'illustrent notamment les programmes menés avec des imams dans les écoles coraniques d'Asie du Sud[8].

C'est ainsi qu'en 2023, après la pandémie de Covid-19, l'OMS a édité un document relevant l'importance de la collaboration avec des chefs religieux, des organisations d'inspiration religieuse et des communautés de croyants lors des urgences sanitaires afin de notamment *"cultiver la confiance"* grâce à des collaborations régulières, la confiance alors étant qualifiée d'*"élément essentiel des interventions en cas d'urgence sanitaire"* [9]. Ainsi la bonne collaboration entre les institutions et les cadres des croyances peut limiter la méfiance envers les autorités et protocoles sanitaires, tout en protégeant la population de messages contraires à sa protection.

[1] Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, Supplément gratuit du Courrier du médecin vaudois, n°6, 2008.

[2] OMS, Measuring quality of life, site visité le 11 septembre 2026. +

[3] BISSON D., La spiritualité au miroir de l'ultramodernité, Amnis, n°11, 2012. Consulté le 10 septembre 2026. +

[4] TRACY A., Spirituality in Serious Illness and Health, JAMA, 328(2), juillet, 2022, pp.184-197

[5] SPINI D. & LALIVE D'EPINAY C., PIN S., Pratique religieuse et survie dans la grande vieillesse, Médecine&Hygiène, 2368, 14 novembre 2001.

[6] BAILLY N., et al., Étude des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l'âge, Bulletin de psychologie, 2011/2, n° 512, 2011, pp.149-154. +

[7] Circulaire n° DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé, 02 février 2005. +

[8] Bridging the divide between religion and health care, Editorial, The Lancet Global Health, Vol 11, August 2023.

[9] OMS, Stratégie de l'Organisation mondiale de la Santé pour la collaboration avec les chefs religieux, les organisations d'inspiration religieuse et les communautés de croyants lors des urgences sanitaires, 2023. +



- [10] JOBIN G., Pourquoi s'intéresser à la spiritualité en milieu de santé ?, in Cahiers francophones de soins palliatifs, vol.23, n°1, 2023, pp. 11-19. +
- [11] BALBONI TA, PAULK ME, BALBONI MJ, et al. Provision of spiritual care to patients with advanced cancer: associations with medical care and quality of life near death. J Clin Oncol, 28(3), janvier 2010, pp.445-52. +
- [12] JOHNSON JR, ENGELBERG RA, NIELSEN EL & al., The association of spiritual care providers' activities with family members' satisfaction with care after a death, in the ICU. Crit Care Med., 42(9), 2014, pp.1991-2000. +
- [13] DE CHARENTENAY P., Éthique des soins et laïcité, Laennec, 2017/3, Tome 65, 2017. pp.6-15. +
- [14] AIT-KACI F., REICH M. & ULASZEWSKI A.-L., Croyances et médecines complémentaires et alternatives en cancérologie: le point de vue du psycho-oncologue, Rev Francoph Psycho Oncologie, n° 5, 2006, pp. 165-169. +
- [15] Soins infirmiers: Fondements généraux, 5e éd., 2021.
- [16] MOSSIERE G., La normalisation de la spiritualité dans le contexte de l'humanisation du soin, Ethnologie française, 2023/1, Vol. 53, 2023, pp.69-81. +
- [17] Guide des soins palliatifs du médecin vaudois, Supplément gratuit du Courrier du médecin vaudois, n°6, 2008.

Le patient peut ressentir le besoin de trouver un sens dans ses soins, quelle que soit leur durée, leur complexité, leur technicité ou leur lourdeur. Cela peut s'exprimer par un besoin d'apaisement, de confort et de pacification face à l'inconnu et l'angoisse[10], ou encore par une recherche de continuité, fractionnée par les soins ou la maladie. La demande du patient d'intégrer de la spiritualité dans ses soins peut aussi venir d'un besoin, au-delà de la maladie à traiter et du soin à accomplir, de se sentir reconnu dans ses croyances et, plus largement, reconnu dans son appartenance à l'Humanité : *"Par l'attention portée au vécu spirituel ou religieux des personnes malades ou de leur proches, on redit aux personnes qu'on les considère comme des humains à part entière, qui plus est des personnes ancrées dans leur culture, et ce même si la maladie peut leur donner le sentiment de ne plus faire partie de l'humanité ou que les conditions de la prise en charge les coupent de leur communauté d'ancrage."*[10]

Cette quête de sens se traduit concrètement par des bénéfices observables : l'intégration de la spiritualité dans les soins améliore la qualité de vie du patient[11], mais aussi celle de ses proches[12], même chez ceux réticents ou peu enclins à intégrer la spiritualité [4]. Ces travaux mettent en évidence une meilleure alliance thérapeutique, l'intégration des professionnels de santé dans une démarche interprofessionnelle riche et diversifiée, et la mise en place de projets thérapeutiques plus adaptés aux besoins du patient donnant *"justice à une médecine holistique qui rétablit la relation avec le patient dans toutes ses dimensions pour pouvoir mieux le soigner."*[13] Un des exemples de cette compréhension élargie s'illustre en soins palliatifs où la souffrance du patient notamment est abordée de manière multidimensionnelle. Par ailleurs, les études qui se penchent sur l'usage de médecines complémentaires et alternatives (MCA) montrent que leur recours est motivé par un désir de mieux-être, d'écoute par des professionnels attentifs à ce besoin spirituel et de recherche de sens[14]. Les patients témoignent du besoin actuel *"d'intégrer des valeurs personnelles dans leur trajectoire de soin, que ces valeurs soient de nature religieuse, spirituelle, intellectuelle, etc."* [14] A cet égard, la littérature états-unienne ou canadienne cite des patients demandant à leurs soignants de prier pour et avec eux dans diverses circonstances comme un moment de profonde angoisse ou une veille d'intervention chirurgicale[15].

Pour répondre à ces besoins, différents modèles d'accompagnement existent dans les soins conventionnels pour intégrer le spirituel dans le soin, allant du non-interventionnisme basé sur la simple présence à des modèles interventionnistes comme les psychothérapies intégrant le soin spirituel. L'approche narrative et l'anamnèse spirituelle[10] sont également des modèles développés, intermédiaires dans leur intervention. Tous ces modèles ont pour but d'entendre ce que le patient dit de sa qualité de vie et de ses besoins afin de proposer une médecine intégrative particulièrement nécessaire en soins palliatifs ou en oncologie, spécialités médicales où la prise en compte de ces diverses dimensions peut influencer directement la démarche de soin mise en œuvre.

Il n'est pas évident pour un patient de décider ou non d'aborder ses convictions personnelles avec le professionnel de santé qui le prend en charge. Pour autant, c'est le professionnel de santé qui sera en capacité d'agir, une fois la compréhension des souhaits du patient. Pour que le patient ose en parler, la qualité de la relation de soins est alors essentielle. En ce sens, et selon le manuel de formation utilisé en sciences infirmières à l'Université de Montréal[15], le succès de l'intervention spirituelle du professionnel de santé et sa portée thérapeutique dépendront en premier lieu de la relation de confiance mise en place et de la solidité que le patient lui confère : *"cette perspective insère la spiritualité dans une dynamique intersubjective entre deux personnes qui, différenciées par leurs statuts et expériences, mais aussi croyances et valeurs se rejoignent par l'attitude humaniste du soignant."* [16]

Quatre questions-clefs dans l'anamnèse spirituelle (FRICK) [17]

- Vous décrivez-vous au sens le plus large du terme comme une personne croyante, spirituelle/religieuse ?
- Quelle est la place de la spiritualité dans votre vie ? Quelle est son importance dans le contexte de votre maladie ?
- Êtes-vous intégré dans une communauté spirituelle ?
- Quel rôle souhaiteriez-vous donner à votre docteur, infirmière, physiothérapeute dans le domaine de la spiritualité ?

LA SPIRITUALITÉ PARTICIPE AUX PROGRÈS EN MATIÈRE DE RECHERCHE

Les convictions spirituelles ou religieuses peuvent parfois imposer des limites à certaines pratiques scientifiques (clonage humain, recherche sur les cellules embryonnaires par exemple). Toutefois ces convictions spirituelles peuvent également stimuler la recherche en proposant des approches alternatives.

Les interrogations éthiques ont, par exemple, contribué à développer des méthodes alternatives à l'utilisation des cellules souches embryonnaires. En effet, les cellules souches induites à la pluripotence (iPS) développées par le chercheur japonais Shinya Yamanaka permettent d'obtenir des cellules pluripotentes à partir de cellules adultes (peau, sang) grâce à des procédés de recueil sur le patient lui-même, permettant du même coup de réduire les problèmes de compatibilité immunologique*. Cet exemple montre que les contraintes relevant de croyances ou d'éthique professionnelle (corrélées ou non aux croyances personnelles) peuvent être motrices d'innovation. L'intérêt est alors double : cette approche permet d'apporter une réponse à certaines préoccupations d'ordre éthique et/ou spirituel, tout en présentant des avantages scientifiques spécifiques à cette découverte.

Dans d'autres cas, une croyance peut conduire à l'observation régulière de certains effets sur la santé. Ces effets peuvent susciter des interrogations scientifiques : les résultats observés relèvent-ils uniquement de la croyance ou peuvent-ils s'expliquer par un mécanisme biologique identifiable ? Pour illustrer ce propos, prenons l'exemple de certaines contrées de l'Inde qui vénèrent la déesse hindoue Shitala, symbole de fraîcheur et invoquée pour soulager l'inconfort en cas de fortes chaleurs ou la souffrance en cas de fièvre. Dans leurs pratiques alimentaires rattachées à cette vénération, ces populations croient que la consommation d'aliments froids permet de faire baisser la fièvre corporelle. Or, le fait de laisser la nourriture à l'air libre durant la nuit afin de la refroidir favorise également sa fermentation. Dès lors, les chercheurs se sont demandés si les éventuels effets bénéfiques attribués à ces aliments étaient réellement liés à leur température, comme le suggère la croyance, ou s'ils résultaient plutôt du processus de fermentation. D'après des études médicales récentes, *"les aliments fermentés [...] possèdent des propriétés antimicrobiennes qui aident à combattre les infections et contribuent à renforcer l'immunité générale."*[18] Cet exemple parmi tant d'autres invite à réfléchir sur les croyances traditionnelles susceptibles d'enrichir les pratiques médicales de la médecine occidentale.

2- LES ENJEUX ÉTHIQUES DE L'INTÉGRATION DE LA SPIRITUALITÉ DANS LES SOINS

LE RISQUE PARFOIS VITAL DE REFUSER UN TRAITEMENT

Les croyances, les valeurs, les traditions peuvent provoquer, comme nous l'avons défini précédemment, des effets bénéfiques pour la santé publique, la recherche ou encore l'évolution des pratiques. Cependant, ces croyances peuvent également être vectrices de potentiels préjudices pour le patient.

Le principe de l'Evidence-Based Medicine (EBM) consiste à fonder la pratique médicale sur les meilleures données scientifiques disponibles, tout en les articulant avec l'expertise clinique du professionnel et les préférences et valeurs propres au patient. Toutefois, certains patients peuvent éprouver des difficultés à concilier leurs convictions personnelles avec des données scientifiques qui, par nature, demeurent susceptibles d'évoluer au gré de l'avancée des connaissances et de la recherche. Il s'agira alors de construire autant que possible une démarche partagée avec le patient qui intègre le mieux possible les données scientifiques disponibles tout en tenant compte des croyances et valeurs singulières du patient. La relation mutuelle de confiance[13], à nouveau, aura un rôle capital car sa fragilisation peut conduire à une rupture de l'alliance thérapeutique, voire à l'abandon des traitements curatifs[19]-[20]. Afin d'éviter au patient le préjudice potentiellement mortel du refus de soin ou de traitement, le professionnel cherchera à ce que le patient observe les soins et traitements proposés. En effet, ce dernier a besoin de "croire" que les traitements et soins proposés sont dans son intérêt propre et que le choix de ceux-ci est basé sur toutes les informations disponibles, qu'elles soient d'ordre médical et scientifique ou d'ordre personnel comme la connaissance fine de ses besoins spirituels.

Prenons pour exemple le refus de traitement, et plus particulièrement le refus de la transfusion sanguine. Dans certaines croyances, comme pour les Témoins de Jehova, la transfusion sanguine est proscrite[21]. Une croyance peut donc conduire un patient à refuser un traitement qui serait bénéfique à sa survie. Ainsi, une interrogation peut être soulevée : jusqu'où respecter une décision potentiellement mortelle ? Si le patient bénéficie du droit de refuser un traitement selon la loi[22], le devoir des soignants est de s'assurer que cette décision est éclairée et ne résulte pas d'une pression exercée sur le patient, d'une éventuelle contrainte ou manipulation, notamment lorsque celle-ci est susceptible d'atteindre les droits du patient et de justifier une alerte à la Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (Miviludes)*. Pour répondre à cet objectif, le soignant cherchera à maintenir une relation mutuelle de confiance où la liberté du patient peut s'exprimer et être respectée.

[18] CHARLIER P. & DEO S., Dieux guérisseurs en Inde, La revue du Praticien, tome 76, n° 4, avril 2026.

[19] SUISSA V., CASTILLO M.C. & BLANCHET A. Le recours aux médecines complémentaires et alternatives (MCA) face aux incertitudes de la médecine allopathique, rev. Psycho Oncologie, n°10, 2016, pp.272-280. +

[20] WINNICOTT DW, Cure, In: Conversations ordinaires, ed. Gallimard, 2006.

[21] TAKASCHIMA A., Transfusion sanguine chez les Témoins de Jéhovah : Droit comparé entre la France et le Brésil., Anesthésie & Réanimation, 151 congrès SFAR, 2015, 1, A162. +

[22] Article L1111-4—Code de la santé publique—Légifrance. Consulté 9 septembre 2026. +

* Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires. Créée en 2002, la Miviludes coordonne depuis plus de vingt ans l'action de l'État face aux dérives sectaires, en menant des missions de veille, de prévention, de formation et d'accompagnement des victimes, en lien avec de nombreux partenaires institutionnels et associatifs.
Site : <https://www.miviludes.interieur.gouv.fr/>



[23] Serment d'Hippocrate

[24] PUJOL N, JOBIN G et BELOUCIF S, Quelle place pour la spiritualité dans le soin ?, rev. ESPRIT, n°6, juin, 2014, pp. 75 à 89.

[25] UNTERMAIER-KERLEO E., La neutralité religieuse des agents du service public hospitalier : une obligation en clair-obscur, Revue du droit des religions, n°19, 2025, pp. 17-30. Mis en ligne le 16 mai 2025, consulté le 28 août 2026. +

[26] MERCADIER C., Les professionnels du soin et la laïcité, Empan, n° 90, 2013/2, pp.39-42. +

[27] MAUGAN ME, La souffrance des soignants, Doc'éthique, EREBFC, 2022. +

[28] CORNET C, La maltraitance infantile, Dossier Thém'éthique, EREBFC, 2022. +

TENSION ENTRE BESOINS SPIRITUELS DU PATIENT ET CONSIDÉRATIONS SPIRITUELLES DU SOIGNANT

Des conceptions de bienfaisance qui s'opposent

"Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux"[23]. D'un point de vue éthique, le principe de bienfaisance consiste à rechercher ce qui est le plus favorable à la santé et au bien-être de la personne soignée, en tenant compte de ses besoins, de ses valeurs et de son propre point de vue. Il rejoint ainsi le rôle du professionnel de santé de traiter la maladie et de préserver, autant que possible, la vie et la qualité de vie de la personne. Mais la manière dont les professionnels envisagent la bienfaisance peut entrer en collision avec celle que le patient envisage pour lui-même. En effet, ce qui est médicalement considéré comme bénéfique ne correspondra pas nécessairement à ce que le patient identifie comme bénéfique pour lui-même. Cela se traduit alors sur le terrain par des incompréhensions et des désaccords.

Dans ces situations, le rôle du professionnel n'est pas de substituer son jugement à celui du patient, mais de créer les conditions permettant une décision libre et éclairée, en exposant les bénéfices, les risques et les alternatives thérapeutiques. La relation de soin devient alors un espace de dialogue dans lequel les connaissances du professionnel, les préférences du patient et ses convictions profondes doivent permettre la co-construction du projet de soins.

Les risques de malfaisance

Parler de spiritualité à un patient en situation de vulnérabilité implique de prendre conscience des risques à le faire. *"Si, dans le domaine du corps, les indicateurs d'un « bon » traitement sont mesurables objectivement, il est tentant de penser qu'il peut en être de même concernant la dimension spirituelle. [...] or comment définir le bien-être spirituel en des termes absolument neutres ?"*[24]

Les patients peuvent vivre de manière fortement négative une invitation à parler de leur intériorité qui feraient remonter à la surface d'anciennes mauvaises expériences spirituelles comme le rejet d'une communauté spirituelle[4]. A l'inverse, la personne pourrait espérer que le contexte laïque des lieux lui donnerait l'occasion de choisir en dehors des lignes de son culte ou de sa culture familiale, comme dans le cas d'une femme qui souhaiterait qu'on lui propose un avortement alors qu'elle ne s'autoriserait pas à le demander. Ainsi, la balance bénéfice/risque d'aborder la spiritualité dans les soins est loin d'être exempte de risques véritables pour le patient. La prise en charge médicale comporte un devoir de protection des plus vulnérables. Or, l'intégration de la spiritualité dans les soins peut avoir un effet à la fois protecteur et vulnérabilisant. Respecter l'expression de la spiritualité individuelle et la liberté de conscience place alors les soignants dans une posture où l'alliance thérapeutique peut être difficile à maintenir[13]. Ainsi, on peut interroger la légitimité d'introduire dans le dossier du patient des informations relatives à ses croyances : alors que la démarche cherche à prendre en compte la spiritualité du patient, elle prend cependant le risque de catégoriser les besoins et les refus du patient, pour in fine lui proposer des soins spirituels qui pourraient dépasser ou ne pas coïncider avec ses attentes.

Souffrance éthique

Du côté du soignant, la laïcité demande aux professionnels une posture qui n'est pas toujours confortable à porter : celle de prendre en compte les croyances du patient dans les soins sans y adhérer[25]-[26]. L'exigence de neutralité des agents n'ôte rien aux tensions quotidiennes sur la manière d'agir ni la limite de ce qu'il est possible ou non d'accueillir et tolérer, ce qui peut engendrer des tensions entre professionnels sur la démarche que le service met en place. Les professionnels peuvent par exemple être témoins de scènes difficiles, voire insoutenables, notamment lorsqu'il s'agit de mineurs ou de personnes placées sous-tutelle, où le choix opéré semble aller pour le professionnel à l'encontre du bien-être de la personne concernée. Ces situations peuvent amener le professionnel à vivre une profonde souffrance éthique au travail[27][28] où ne pas faire - ou faire autrement que ce que l'on aurait souhaité - fait souffrir le soignant en premier lieu, avant même d'être susceptible d'affecter la personne prise en charge.



L'ÉGALITÉ ET L'ÉQUITÉ DANS LES SOINS

Dans le domaine de la santé, professionnels et patients sont portés par des valeurs, des croyances, qui guident leurs décisions, leurs positionnements et leurs pratiques. Toutefois, ces visions singulières s'inscrivent, en France, dans un système de santé où la laïcité est un principe juridique d'organisation des pouvoirs publics dont l'hôpital fait partie intégrante. La circulaire du 2 février 2005 indique : *« La laïcité qui est consacrée par l'article 1 de la Constitution de 1958 impose à la République d'assurer « l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion ».* Pour l'hôpital, cela implique que :

- tous les patients soient traités de la même façon quelles que puissent être leurs croyances religieuses ;
- les patients ne puissent douter de la neutralité des agents hospitaliers.”[29]

L'égalité de traitement évoquée est traduite par Beauchamp et Childress par le principe éthique de justice, le définissant comme *“ce qui est équitable et juste dans le traitement d'une personne”*[30]. Dans la pratique soignante, le principe de justice peut entrer en tension avec l'éthique du care* lorsque le professionnel de santé cherche à être attentif aux singularités du patient et à adapter sa prise en charge, tout en respectant le cadre légal et les principes universels porté par le service public. L'équipe peut alors venir à s'interroger sur le fonctionnement habituel du service et sa capacité à le modifier pour répondre à un besoin spécifique. Les demandes liées aux croyances peuvent être par exemple un refus d'être pris en charge par un praticien au regard de son genre, un refus d'être soigné certains jours religieux, une exigence d'un régime alimentaire spécifique, une demande d'espace de prière, un respect d'un temps de méditation, une présence d'une famille entière ou d'une communauté au lit du patient, etc.** Ces demandes peuvent nécessiter une organisation plus complexe des soins, la mobilisation d'équipes expérimentées, l'utilisation de techniques alternatives et une planification multidisciplinaire. Ces adaptations peuvent parfois représenter une consommation supplémentaire de ressources humaines et organisationnelles[31][32] qui vient interroger la notion du juste soin[33]. Comment alors se conformer aux demandes spécifiques des patients pour respecter leurs convictions, tout en étant vigilants aux possibles répercussions sur les autres patients pouvant affecter le principe d'équité ?

3- LES ENJEUX BIOPOLITIQUES

Par un long processus de sécularisation, on a assisté en matière de santé au remplacement d'une instance normative - l'Eglise catholique en France - par une autre. La médecine occidentale s'est progressivement détachée de l'autorité religieuse afin d'acquiescer son autonomie scientifique[34]. Auparavant, les instances religieuses véhiculaient, selon leurs critères, des représentations de ce qui était considéré comme une vie ou une mort bonne, une souffrance acceptable ou encore une autonomie respectable. Maintenant, ce qui a trait au corps, à la vie et à la mort sont désormais standardisés par la médecine et la science. En effet, la médecine définit ce qui est normal et ce qui est pathologique, et cette séparation contribue ainsi à créer des normes corporelles, somatiques, et même esthétiques. Pour autant, l'histoire nous apprend que ce “remplacement”, d'une instance par une autre, quand bien même cette dernière travaille avec la preuve scientifique, se fait parfois au motif de l'exercice d'un contrôle, pouvant être lu secondairement comme douteux : *“[Au XVIII^{ème} siècle en France] les médecins sont les représentants d'un esprit scientifique volontiers anticlérical ; ce sont souvent des réformateurs sociaux opposés à la « résignation » de la religion. Ils veulent être des prescripteurs de normes : se développe parmi eux l'idée que la loi devrait réglementer le mariage pour empêcher les « mésalliances hygiéniques ». L'union conjugale doit requérir, outre l'accord des parents (l'Eglise catholique, elle, s'en tient au consentement mutuel), celui de la société représentée par le médecin.”*[34]

Selon David Le Breton, la religion dominante de chaque pays façonne le type de laïcité qui en découlera, avec des positions certes évolutives, mais marquées dans la durée sur des thématiques telles que la transfusion sanguine, la greffe d'organes ou de tissus, l'avortement ou l'euthanasie[35]. A cet égard, la comparaison entre la médecine française et anglaise de la fin du XIX^{ème} siècle permet d'illustrer la manière dont un même texte religieux peut donner deux exercices de la médecine et du traitement des corps très distincts : *“Au Royaume-Uni, les médecins [sont] assez souvent fils de pasteurs, et certains légitiment de façon religieuse de nouvelles pratiques médicales. Ainsi James Simpson prône l'anesthésie et l'accouchement sans douleur (longtemps refusé en France) par des arguments bibliques (“tu accoucheras avec effort” traduit Simpson, qui connaît bien l'hébreu). [...] Cela] met en contraste la culture protestante des médecins britanniques et hollandais qui, dès le XVII^e siècle, considèrent l'opium (et plus tard la morphine) comme un remède pour soulager la douleur, et les médecins français qui récusent cette pratique et privilégient l'augmentation de la durée de la vie. [...] Ainsi, l'important Dictionnaire des sciences médicales, publié en 1875, s'oppose à l'injection d'une dose d'opium pour abrégé l'agonie de pestiférés. Là encore, l'allongement, même faible, de la vie prime sur le soulagement de la souffrance.”*[34] Ainsi, dans l'élaboration de la science médicale, l'intrication des valeurs individuelles et des croyances dominantes apportent une couleur spécifique à chaque pays qui se répercute sur la manière de soigner une population entière. L'influence religieuse illustrée dans cet exemple constitue un cas particulier d'un phénomène plus large : la pratique médicale s'inscrit toujours dans un ensemble de représentations culturelles, morales et personnelles du corps, de la santé, de la souffrance et de la vie.

[29] SANTE—Bulletin Officiel N°2005-2 : Annonce N°35. (s. d.). Consulté 9 septembre 2026. +

[30] BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., Les principes de l'éthique biomédicale. Traduit de l'américain par Martine Fisbach. 2e tirage, Les belles lettres, 2020, p.322.

[31] KELLY PD, FANNING JB, DROLET B., Operating room time as a limited resource: ethical considerations for allocation, J.Med Ethics, 48(1), 2022, pp.14-18. +

[32] SMITH WR, AUDI R, Religious Accommodation in Bioethics and the Practice of Medicine, J Med Philos, 2;46(2), avril, 2021, pp. 188-218. +

[33] MAUGAN ME, Le juste soin, comment soigner aussi bien avec moins ?, Doc'éthique, EREBFC, 2024. +

[34] Laïcité, médecine, éthique et politiques publiques (XIX^e–XXI^e siècle), rev. Ethics, Medicine and Public Health, n°5, 2018, pp. 57 –68.

[35] LE BRETON D., “Corps, religion, laïcité”, dans Corps et religions, 2021, pp. 269-278.

* Le care ou « prendre soin » en français, s'attache à concentrer la prise en charge individuelle sur les besoins spécifiques de la personne.

** Pour plus de détails sur ces exemples, merci de vous référer à l'annexe en fin de document.

[36] EVEN G., Interroger ses valeurs, ses convictions et représentations de soignant. Apport du concept de "fonction apostolique" de Michael Balint, rev. Éthique et santé, n°22, 2025, pp. 64-69. +

[37] LAVOIE B., La laïcité aux urgences : les obligations religieuses dans le quotidien hospitalier, 2022.

[38] GOUVERNEMENT DU CANADA, , Distribution (en pourcentage) des principaux groupes religieux, Québec (RMR), 2011 et 2021. +

Aujourd'hui, la question ne peut se réduire à l'influence qu'une religion dominante peut avoir sur la médecine contemporaine au sein d'un État qui se veut neutre et laïque. La société est pour sa part multiple, pluriconfessionnelle, pluriculturelle[35] et la pluralité des spiritualités se répercute dans la diversité des pratiques des professionnels de santé : *"Ce médecin, la quarantaine florissante, sportif et svelte, très attentif à son poids de forme, est particulièrement attentif au poids de ses patients. Il pèse systématiquement tout patient qui entre dans son bureau et chacun repart avec un conseil sur l'alimentation... Il invite aussi vivement les patients évoquant la moindre plainte abdominale à éviter les aliments type crudités, tomates et les boissons gazeuses. Il faut dire que le médecin a lui-même des difficultés à digérer ces aliments. Il arrive à son associé, plus sédentaire et qui exècre le sport, de conseiller aux patients de relativiser les bons conseils de son confrère et de privilégier les occupations intellectuelles pour mieux s'épanouir"*[36]. Cet exemple en apparence anodin de la pratique médicale quotidienne illustre que chacun de ces deux professionnels appliquent les recommandations médicales tout en les transmettant à travers leur propre spiritualité, rapport au corps, à la nature et à leur mode de vie de manière générale.

Partant ainsi du principe que chez un individu la formation médicale et la culture personnelle ne sont pas dissociables dans la pratique médicale, une vigilance individuelle doit être portée sur le volet professionnel afin de venir interroger certaines normes qui de prime abord peuvent nous paraître évidentes ou justes. A cet égard, la réflexion éthique permet, par l'interrogation des cas cliniques concrets, un enrichissement continu de la formation des futurs professionnels de santé. Elle permet également d'ajuster la réponse faite au patient selon ses besoins, ses demandes et ses refus afin de prendre en compte les diverses représentations de la santé, de la souffrance et de la guérison, dans le respect de la loi et de la déontologie.

CONCLUSION

La spiritualité, qu'elle soit rattachée à une religion ou non, apparaît comme une dimension à la fois intime et singulière dans la relation de soin. Elle peut constituer une ressource pour le patient en lui permettant de donner du sens à la maladie et de trouver un soutien face à l'incertitude ou à la souffrance. Elle peut également contribuer, dans certains contextes, aux politiques de santé publique et participer à l'évolution des pratiques médicales et de la recherche.

Pour autant, son intégration dans les soins n'est pas sans risque ni sans tensions éthiques. La prise en compte de la spiritualité nécessite de rechercher un équilibre entre le respect de l'autonomie du patient, la bienfaisance et le risque de malfaisance, le principe de justice et les exigences propres au système de santé – notamment de respect de la laïcité. Le défi pour les professionnels consiste alors à reconnaître la singularité de chacun, à accompagner sans se substituer au patient, mais aussi à penser à un système de soin équitable à tous les patients.

La médecine fondée sur les preuves, même lorsqu'elle est exercée dans une perspective laïque, demeure une pratique humaine qui s'inscrit dans un ensemble de valeurs, de représentations et de conceptions du soin. Cette réflexion pose aussi la question de la capacité des professionnels à répondre à des demandes spécifiques. Si tous les soignants devraient pouvoir identifier un besoin spirituel, tous ne peuvent y répondre au regard des compétences, du temps, des moyens ou encore de l'organisation des soins. A ce titre, le modèle canadien qui intègre directement des professionnels spécifiquement formés aux soins spirituels[37][38] peut ouvrir une perspective intéressante. Cette évolution dans le système de santé Outre-Atlantique invite à la réflexion d'un tel modèle en France.



Rédaction,

mise en page & visuels :

Marie-Elisabeth MAUGAN

Chargée de mission - ressources documentaires et numériques
memauganechu-besancon.fr

Comité de relecture :

Dr Sandra FRACHE

Pédiatre responsable de l'Equipe Ressource Régionale Soins Palliatifs
Pédiatriques, Co-directrice de l'EREBFC

Pr QUENOT Jean-Pierre

Médecine Intensive-Réanimation, CHU Dijon Bourgogne
Co-directeur de l'EREBFC

Aurélien GENG

Coordinatrice de l'EREBFC

Dr Isabelle MARTIN

Gériatre, Présidente du Conseil de l'Orientation de l'EREBFC

Dr Elisabeth BATIT

Responsable de l'Equipe Territoriale Ressource en Éthique de la Santé (ETRES) BFC

Thierry MARTIN

Professeur émérite de Philosophie
Vice-président du COR de l'EREBFC

ANNEXE

Le Canada intègre le spirituel dans les soins par la présence d'intervenants en soins spirituels (IISS)[39]-[37]. Voici des exemples de demandes d'accommodation vécues en service d'urgences québécois et leurs réponses circonstanciées à leur système de soin, leur conception de la laïcité et les contraintes de services à l'instant T de l'évènement. En 2021, 59.8% des québécois se revendiquaient catholique[3], ce qui nous permet une superposition acceptable avec la France.

RÉPONSES NÉGATIVES DES ÉQUIPES AUX DEMANDES D'ACCOMMODATION POUR RAISON SPIRITUELLE

Exemple de cas	Réponse de l'équipe	Justification de l'équipe
Famille hindoue qui veut incinérer le corps d'un proche dans l'établissement	L'équipe organise un déplacement au crématorium	Impossibilité physique dans l'établissement
Patient musulman qui veut prier avec son tapis de prière dans le corridor des urgences	L'équipe refuse la demande	Limite les déplacements des patients et du personnel (espaces restreints)
Patients juifs qui demandent d'être reçus par le médecin plus vite le vendredi après-midi	Le médecin refuse	Salle d'attente remplie et capacité limitée du personnel à soigner un nombre important de patients en même temps
Un membre de la famille qui demande à être seul pour prier avec un patient dans une salle de réanimation	L'infirmière accepte que la personne prie dans la salle de réanimation, mais refuse de se retirer	L'infirmière a besoin de vérifier régulièrement l'équipement dans la salle de réanimation

RÉPONSES POSITIVES DES ÉQUIPES AUX DEMANDES D'ACCOMMODATION POUR RAISON SPIRITUELLE

Exemple de cas	Réponse de l'équipe	Justification de l'équipe
Parent qui prie dans le coin de la salle de réanimation alors que son enfant est malade	L'équipe accepte tant que l'espace le permet	Absence de limites quant aux déplacements physiques du personnel dans la salle de réanimation
Patients juifs se présentant le vendredi soir et ayant besoin de médicaments	Au lieu de donner une prescription, le médecin donne directement le médicament au patient	Disponibilité du médicament sur place et absence de contre-indications cliniques
Patients juifs non assurés se présentant le vendredi soir	Le médecin accepte que les patients reviennent un autre jour pour le payer	Absence de contraintes pratiques
Mère d'un patient musulman décédé qui demande d'utiliser un drap afin de procéder à un rituel funéraire sur place	L'équipe accepte, donne le drap et prête la paire de ciseaux	Disponibilité du matériel
Patient juif qui dépose une plainte en raison de l'absence d'option casher pour la nourriture offerte	L'équipe modifie le logiciel des options alimentaires pour inclure les diètes religieuses	Capacité technologique à inclure diverses options dans le logiciel
Patient musulman qui hésite à manger lors de la prise de médicaments pendant le ramadan	Médecin qui prescrit une prise de nourriture	Absence de contraintes pratiques



[39] Avenir en santé, Présentation du métier d'intervenants en soins spirituel, URL visité le 10 septembre 2026

[40] GOUVERNEMENT DU CANADA, Distribution (en pourcentage) des principaux groupes religieux, Québec (RMR), 2011 et 2021.

SOINS, LAÏCITÉ & SPIRITUALITÉ

QUELS ENJEUX ETHIQUES ?

BIBLIOGRAPHIE PROPOSÉE POUR LECTEUR CURIEUX

OUVRAGES & ARTICLES

- APHP, [Le guide de la Laïcité à l'hôpital](#), 2025. Site visité le 11 septembre 2026. 
- BERGHMANS C., [Thérapies complémentaires et alternatives et spiritualité : impacts sur la santé, une revue de questions](#), rev. L'information psychiatrique, n°10, Vol. 96, 2020, pp.751-759. 
- Circulaire 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité à l'hôpital. 
- COMTE-SPONVILLE A., [L'esprit de l'athéisme](#), Ed. Albin Michel, 2006.
- CCNE, [Éthique et santé publique](#), Avis n° 137, 2021. 
- CCNE, [L'évolution des enjeux éthiques relatifs au consentement dans le soin](#), Avis n° 136, 2021. 
- CCNE, [Tenir compte des origines des patients dans les données de santé](#), Avis n°151, 2026. 
- DANDAROVA-ROBERT Z., BUTCHER S., DESSART G., BRANDT PY., [Spiritualité et spiritual care en contexte francophone : revue de littérature sur l'état de la recherche en sciences infirmières](#), Revue francophone internationale de recherche infirmière, n°9, 2023.
- FINO C., [Spiritualité et santé : un laboratoire pour faire dialoguer les traditions religieuses et l'éthique biomédicale ?](#), Revue d'éthique et de théologie morale, HS, 2021, pp. 135 à 144.
- FRICK E. & al., [A Clinical Interview Assessing Cancer Patients' Spiritual Preferences](#), European Journal of Cancer Care, vol. 15, no 3, 2005, pp.238-243.
- GEORGE WASHINGTON UNIVERSITY FOR SPITIRUALITY AND HEALTH, [Outils clinique FICA](#), Site internet visité le 11 septembre 2026. 
- HAS & ANEMS, [Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux](#), 2010. Maj 16 mars 2018.
- KESSARA Z. & LENEL P., [Interculturalité, laïcité et fait religieux à l'hôpital](#), rev. L'aide-soignante, juin-juillet, n° 188, 2017.
- MONOD S. et al., [Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized Patients](#), BME Geriatrics, vol. 12, no 13, 2012. Site visité le 11 septembre 2026. 
- OBSERVATOIRE DE LA LAICITE, [Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé](#), mai 2018. Site visité le 11 septembre 2026. 