



Faculté Européenne de Sophrologie
16 Boulevard Saint Germain
75237 Paris

**Bien-être et santé mentale par la
spiritualité moderne.
Les principes de mise en œuvre.
Qualité de vie et résilience,
prévention de la souffrance psychique.
08/02/2020**

Aziz AMEUR
Psychologue Clinicien,
DESS de Psychopathologie et de psychologie clinique
DES de Sophrologie médicale

Sommaire

	pages
I- Bien-être et santé par la spiritualité : Etats des lieux.....	3
A- Bien-être, spiritualité et santé.....	3
B- Spiritualité moderne et Etats Modifiés de Conscience (EMC).....	8
C- Effets des pratiques spirituelles ou des EMC sur la santé	11
II- Pour une théorie de la spiritualité en santé mentale selon les paradigmes modernes : Etats des connaissances.....	14
A- Spiritualité, bien-être et bonheur des philosophes.....	14
B- Spiritualité, paradigmes et Telos (Avoir, Etre et Devenir).....	19
C- Spiritualité et sciences médicales modernes.....	23
D- Spiritualité et psychologie moderne.....	28
E- Spiritualité et sciences sociales modernes.....	35
F- Spiritualité et principes de laïcité.....	38
III- Principes pour la mise en œuvre d'un projet spiritualité en santé mentale	43
Bibliographie.....	47

I- BIEN-ETRE ET SANTE PAR LA SPIRITUALITE : ETATS DES LIEUX

Par Aziz AMEUR,

Psychologue Clinicien. DESS de Psychopathologie et de psychologie clinique
Membre administrateur de la faculté européenne de sophrologie.

Le 06.10.2020

A- Bien-être, spiritualité et santé

Le bien-être :

Le terme de bien-être renvoie à deux désignations principales :

- une première est physique : Le bien-être physique est défini par la sensation d'une bonne santé physiologique générale et d'une satisfaction des besoins primordiaux du corps.
 - une seconde fait référence au bien-être psychologique qui est issu d'une évaluation personnelle et subjective. Elle consiste en perceptions de satisfactions diverses, financières, professionnelles, sentimentales mais aussi en l'absence de troubles mentaux.
- La notion générale de mal-être est souvent présentée comme définissant la situation opposée.

La santé :

L'OMS définit la santé comme « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Cette définition, inscrite au préambule de la constitution de l'OMS en 1946, n'a pas été modifiée depuis. Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.

La spiritualité :

La notion de spiritualité (du latin ecclésiastique spiritualitas) comporte aussi des acceptions différentes selon le contexte. Elle se rattache conventionnellement, en Occident, à la religion dans la perspective de l'être humain en relation avec un être ou des êtres supérieurs et le salut de l'âme. Elle implique la quête de sens, d'espoir ou de libération et les démarches qui s'y rattachent (initiations, rituels, développement personnel,...). Elle peut également, et plus récemment, se comprendre comme dissociée de la religion ou de la foi en un Dieu, jusqu'à évoquer une « spiritualité sans religion » ou une « spiritualité sans dieu ».

-Le Bien-être ou une recherche de « bonheur » à préciser comme continuum allant d'une expérience profane (relaxation et calme dans le corps) à une réalité transcendante (paix de l'esprit) en passant par le recouvrement de la santé (physique et psychique).

1- Bien-être et stress :

-Dans un climat de crise, forcés de travailler plus longtemps, les Français cherchent à se débarrasser de leur stress et de leur anxiété et à trouver un meilleur équilibre de vie.

-Le marché du bien-être a connu en France une croissance de 7 % en 2016 (selon le « Bordeaux Business » au 05 Déc.2018). Il pèse 37,5 Mds € et emploie plus de 380 000 salariés (selon RDView). Un quart des Français a déjà eu recours à des services de bien-être. Ils sont de plus en plus nombreux à utiliser les spa ou pratiquer le yoga et la relaxation.

-Une autre étude du Global Wellness Institute présentée le 6 octobre 2018 montre que l'économie du bien-être a crû de 6,4% par an de 2015 à 2017, soit près de deux fois plus vite que la croissance économique mondiale (3,6%). Les dépenses (4 200 Mds \$) représentent plus de la moitié des dépenses mondiales totales de santé (7 300 Mds \$), ce qui représente 5,3% de la production économique mondiale.

2- Bien-être et développement personnel :

Le développement personnel est un ensemble de pratiques hétérogènes, appartenant à divers courants de pensées, qui ont pour objectif l'amélioration de la connaissance de soi, la valorisation des talents et potentiels, l'amélioration de la qualité de vie personnelle, la réalisation de ses aspirations et de ses rêves. Le développement

personnel n'est toutefois pas une sorte de psychothérapie et résulte d'influences multiples. En effet, la psychologie et la philosophie et souvent la diététique et la pratique du sport, fondent généralement les pratiques du développement personnel moderne.

Le développement personnel consiste en abandonner les idées négatives en les reformulant en pensées positives dans un genre d'ontologie optimiste et simplificatrice. Le « développement personnel » est utilisé particulièrement dans le domaine de formation, de management ou de vente, chez les promoteurs de philosophies « New Age », dans certains courants du coaching et chez des éducateurs et spécialistes du travail. En 2016, les ouvrages de cette psychologie populaire ont enregistré une hausse de plus de 14 % de chiffre d'affaires. Avoir une « qualité de vie au quotidien » est devenu l'aspiration de chacun, une performance ou une réussite à réaliser, un impératif « d'être heureux ».

3- Bien-être et Santé au travail :

-L'Union Européenne s'est déjà fixé pour objectif, dans « son pacte européen pour la santé mentale et le bien-être du 13 juin 2008 » – de faire du bien-être au travail une réalité européenne.

- Le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel mené par l'InVS (Institut de veille sanitaire 2014) et l'inspection médicale du travail montre que la souffrance psychique arrive en deuxième position des signalements de maladies à caractère professionnel dans la plupart des secteurs d'activité (InVS, 2014), après les maladies musculo-squelettiques.

-Selon l'enquête Samotrace (Surveillance de la santé mentale au travail), 1/3 des consultations pour des problèmes au travail sont en lien avec des troubles psychiques. La souffrance psychique est rapportée par 24% des hommes et 37% des femmes. La violence psychologique, quant à elle, atteint 17 % de la population salariée en France (Enquête 2017 de Sumer - Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques psychosociaux).

-En 2016, selon une étude de Malakoff Médéric, l'absentéisme au travail a concerné un tiers des salariés pour une durée moyenne de 17 jours. L'ANACT estime le coût à 3 521€ par an et par salarié pour le privé et 6 223€ dans le public, soit un coût total de 107 Mds € par an. Le coût de départ d'un salarié équivaut 90 à 200% de son salaire annuel. Les entreprises développent des actions de bien-être afin de résoudre ces problèmes et pour une meilleure qualité de vie de leurs employés. Cette démarche a aussi pour but d'augmenter la productivité et de s'acquitter de leurs obligations en matière de risques psychosociaux (article L.4121-1 du Code du travail).

4-Bien-être et Santé publique :

-Le rapport Santé Publique France-2017 réalisé par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) montre :

- L'accroissement de l'espérance de vie avec une incidence des maladies chroniques qui ne régressent pas. Cette prévalence est due au mode de vie et au vieillissement de la population.

-La pollution, la nutrition, le surpoids, la sédentarité entraînent l'explosion des maladies dites de civilisation (hypertension, diabète, surpoids, infarctus, obésité,...), maladies auto-immunes (Crohn, Sclérose en plaques,...), maladies dégénératives (Alzheimer,...), troubles psychiques (Dépression, TOC, hyperactivité,...), elles relèvent non seulement de l'accompagnement thérapeutique mais aussi de la prophylaxie.

-Une fréquence importante des troubles mentaux au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^e siècle sont : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs. Elles sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide, d'incapacités et de handicaps lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes.

En France, ces troubles occasionnent chaque année plus de 10000 suicides et près de 200000 tentatives. La vente d'antidépresseurs a été multipliée par sept entre 1980 et 2000. Ces pathologies ne peuvent se résumer à une affaire de connexions intra-cérébrales car les peines, les souffrances, les inhibitions, les déceptions, les angoisses, les peurs sont aussi liées aux environnements social et culturel.

5-Bien-être et Santé des personnes âgées :

-Selon l'IRDES -2018 (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé) : Les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 1/4 de la population et pourraient en représenter 1/3 en 2040. Si l'espérance de vie en France après 50 ans s'avère la plus élevée de l'UE notamment chez les femmes (37,4 ans vs 34,9 ans en 2014 dans l'UE ; gain de 2 ans en 10 ans), le nombre d'années vécues en bonne santé reste inférieur à celui de plusieurs pays.

-1/3 des utilisateurs des prestations de bien-être sont des personnes à la retraite en raison de problèmes de santé, une population concentrant la moitié des richesses.

- Il s'agit de bien vieillir dans sa tête et dans son corps pour bien avancer en âge. L'important n'est plus d'allonger la durée de vie seulement mais d'améliorer aussi la qualité de vie.

6-Bien-être et Spiritualité :

-La crise des valeurs dans les sociétés post-modernes produit mal de vivre général et/ou mal-être personnel, pouvant se traduire par certaines attitudes excessives, binaires et parfois radicales.

-Au 20^e siècle, après la désillusion des révolutions et des totalitarismes, alors que se mettaient en place la société de consommation et la mondialisation, on voit surgir différents mouvements alliant transcendance et mode de vie. Les sociétés s'avérant sécularisées mais non désacralisées, les sectes et les religions sans Dieu fleurissent, la quête du salut fit place à la quête du bonheur par la raison.

-La sophrologie, avec ses orientations phénoménologique et existentielle et ses techniques de bien-être orientales et occidentales, permet de faire l'expérience, pour les personnes qui y sont sensibles, de développer ou de vivre une spiritualité subjective selon les principes de la tradition moderne occidentale (rationnelle et laïque).

-La convergence des neurosciences et des philosophies orientales, les découvertes concernant les mécanismes neuronaux et les expériences scientifiques auxquelles s'est livré le moine Matthieu Ricard ont accéléré le rapprochement entre spiritualité et techniques de bien-être. Désormais la méditation n'a plus comme but l'accès de chacun à une transcendance, mais bien l'accroissement de son propre être, la prise en charge de soi et son adaptation aux conditions de vie actuelles. Connue tout d'abord sous le terme de « Mindfulness » à son arrivée sur les territoires francophones, la « Pleine Conscience » est une forme de méditation préconisée par un nombre croissant de praticiens en libéral et en hôpital.

- Le souci, c'est qu'adopter un mode de vie plus sain peut avoir des effets positifs et dans le même temps la défiance et le dénigrement de la science médicale. Le rapport de la Miviludes-2017 (Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires) a recensé 2323 demandes de dérive émanant majoritairement de particuliers (85%).

En Février 2016, un groupe de travail réunissant la DGEFP, le Direction générale de l'offre de soin, la Direction générale de la santé, la Miviludes et Pôle emploi a été constitué en vue de refonder la fiche du code ROME K1103 (Développement personnel et bien-être de la personne) qui avait fait l'objet d'une observation de la Commission d'enquête parlementaire dans son rapport remis au président du Sénat en Avril 2013 (cf. rapport 2013-2014 de la Miviludes).

Ce travail a abouti à une meilleure information et à des mentions utiles pour bien différencier le champ du bien-être de celui de la santé, avec rappel sur les risques d'exercice illégal de professions réglementées.

7-Bien-être et Religion :

Il importe de préciser ici les concepts : religion, religiosité et spiritualité. La religion recouvre une manière de croire structurée en « système » avec des croyances que la personne affirme, des règles de comportement et des rites. La religiosité, elle, est comprise comme l'ensemble des pratiques vécues par une personne à l'intérieur d'une religion donnée. La spiritualité se distingue des deux. Elle englobe le sens de l'existence, de la présence de l'être au monde ou encore d'harmonie et de paix intérieure. Autrement dit, la religion et la religiosité ne sont ni nécessaires ni suffisantes pour définir la spiritualité aujourd'hui et l'on peut affirmer que toute personne a une dimension spirituelle, qu'elle ait ou non une appartenance religieuse »¹.

La terminologie « spiritualité religieuse » : elle est souvent associée à l'origine latine religare, dont le premier sens (Félix Gaffiot) est : attacher par-derrière, relier, attacher, amarrer (les navires au rivage). C'est une racine possible du mot religion. Il s'agit alors essentiellement de se relier à Dieu, au divin, à une réalité transcendante, un lien qui conduirait, par extension, l'homme à se relier aussi à lui-même, aux autres, à la nature ou à l'univers. Beaucoup d'auteurs cependant, et depuis l'Antiquité (Cicéron), s'appuient sur l'étymologie latine relegere, « relire », qui peut être par extension « réécrire », par exemple les rituels ou se placer dans la perspective d'une nouvelle lecture. Aujourd'hui, dans les études francophones, c'est l'étymologie relegere qui est considérée comme généralement admise, tandis que dans les études anglophones c'est plutôt celle de religare.

Aussi la religion peut se comprendre aujourd'hui comme une manière de vivre et une recherche de réponses aux questions les plus profondes de l'humanité et se rapporte, en ce sens, à la philosophie. Elle peut être personnelle ou communautaire, privée ou publique, liée à la politique ou vouloir s'en affranchir. Elle peut aussi se reconnaître dans la définition et la pratique d'un culte, d'un enseignement, d'exercices spirituels et de comportements en société. Mais elle peut aussi être vue comme ce qu'il y a de plus contraire à la raison et jugée synonyme de superstition.

1. Monod-Zorzi Stéphanie, Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?, Editions Lumen Vitae, Collection Soins & Spiritualité, Bruxelles, 2012

La notion de « Sacré » en caractérise le fond. Elle se déploie en trois volets :

- Une explication du monde (la croyance en une vision du monde et de son devenir et le devenir de l'Homme = la foi)
- Des enseignements et une pratique-lien social et communautaire (l'éthique et la déontologie = la loi)
- Et une expérience intérieure propre (spiritualité=en soi).

D'après une étude publiée en 2013 par le CSA, les personnes se disant « sans religion » deviendraient majoritaires en France d'ici 20 à 30 ans. Une étude du Pew Forum réalisée en 2015 confirme cette tendance : les personnes sans religion seraient plus nombreuses que les chrétiens d'ici 2050.

Année	Christianisme	Sans religion	Islam	Autres religions
2010	63,0 %	28,0 %	7,5 %	1,5 %
2020	58,1 %	31,9 %	8,3 %	1,7 %
2030	53,1 %	36,1 %	9,1 %	1,7 %
2040	47,9 %	40,5 %	9,9 %	1,7 %
2050	43,1 %	44,1 %	10,9 %	1,9 %

Le discours religieux traditionnel ne tient plus depuis le 16^e siècle. On a remplacé Dieu par l'homme (humanisme) et on a remplacé le rôle de l'homme par des systèmes collectifs et « collectivisants », le matérialisme mécaniciste du 18^e, le positivisme et le scientisme du 19^e, le marxisme, le freudisme et finalement le nihilisme du 20^e. Toutes les religions et en particulier monothéiste peinent dans le discours. Le présent des adeptes potentiels est fait de facilités et d'immédiatetés mécaniques stressantes à satisfaire de façon urgemment épicurienne, alors que le message religieux s'inscrit dans la durée et l'endurance tout en s'obligeant à rendre grâce à une Réalité dans la mécanique n'est pas perceptible d'emblée par la raison profane. L'homme aspire à la paix et il croit l'atteindre en son nom propre par la satisfaction des besoins de l'instinct. La question aujourd'hui : c'est comment intégrer la structure du Divin dans la conjoncture de l'humain tel qu'il est vécu dans l'ici et maintenant des sociétés post-modernes. « Comment diviniser l'humain et humaniser le divin ? L'homme-dieu ou le sens de la vie ? s'interroge Luc Ferry (philosophe contemporain)². Le monde déchanté au niveau de l'éco-système, mais aussi au niveau de la santé et de l'équilibre psychique. Il est très difficile de parler de religion ou même de religiosité. Le terme de Spiritualité suscite moins de défense par l'intégration, depuis un siècle, des spiritualités orientales liées au yoga et à la relaxation, à l'échelle de la société et dans la santé (TA.Schultz-Psychiatre 1930, Sophrologie de A.Caycède-Psychiatre 1960, Pleine Conscience de J.Kabbat-Zinn-Médecin 1990) mais aussi par le regain récent des spiritualités religieuses nous venant d'Amérique du Nord et de leur intégration depuis 2010 dans les soins, en France (-AP-HP-hôpital Paul Brousse - HJ.Aubin-Psychiatre), en Belgique (CHU Brugmann-Bruxelles C.Kornreich-Psychiatre), en Suisse (Canton de Vaud-S.Monod-Médecin.santé Publique dans un modèle biosychosocial de la santé). L'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé suisse (IUHPE- UIPES) et la Society for Theory and Research on Salutogenesis (STARS) a organisé le 14 et 15 avril 2020 la sixième conférence internationale sur la salutogenèse : « Advancing Salutogenesis for thriving societies » à l'université de Zurich.

Les résultats des travaux dans le domaine ont montré que la spiritualité est une ressource importante pour faire face aux difficultés de la vie, pour donner de l'espoir et de l'optimisme et pour donner un sens à la vie. « Le manque du sens » à la vie était le principal facteur de récurrence suicidaire, de récidive carcérale, de consommation d'alcool et de drogues et de troubles psychiques³.

L'OMS publie en 2000 l'échelle d'évaluation « Qualité de vie et santé : WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life Assessment) » qui considère le degré de « Santé » en rapport avec le « Bien-être » à plusieurs registres dont la « Spiritualité/religion/croyances personnelles » (domaine VI). Les autres registres sont la santé physique (domaine I), la santé psychologique (domaine II), degré d'indépendance (domaine III) relations sociales (domaine IV), environnement (Domaine V). L'échelle WHOQOL permet de mesurer le niveau de santé domaine par domaine pour apprécier le bien-être global comme indicateur de santé.

Il est plus judicieux de parler, en France, de pédagogie ou d'accompagnement au bien-être ou à la spiritualité que de spiritualité proprement dite et encore moins de religiosité malgré les preuves scientifiques accumulées concernant les bénéfices de la religion sur la santé. Et cette pédagogie-accompagnement doit s'appuyer sur les formes de discours actuelles dites modernes et post-modernes pour l'introduire dans un contexte laïque, multiculturel et multi-religieux.

Adopter un discours actuel, c'est s'appuyer aussi sur les problématiques sociales de mal-être, de stress, des politiques des pouvoirs publics de santé contre les maladies mentales et la souffrance au travail, l'optimisation des soins dans une vision qui se veut biopsychosociale (empowerment). C'est asseoir une expérience phénoménologique qui permet potentiellement l'ouverture de conscience des personnes bénéficiaires, à leur

2. Francis Guibal, une spiritualité laïque ? A propos des essais de André Comte-Sponville et de Luc Ferry, cairn-info dans Études 2007/9 (Tome 407), pages 201 à 211

3. Koenig, H.G. (2009) Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. The Canadian Journal of Psychiatry, 54, 283-291

rythme et selon leur intériorité, d'une dimension profane vers une dimension métaphysique universelle commune à tous les êtres, vécue et ressentie dans un premier temps selon sa subjectivité propre (spirituelle), pouvant évoluer par la suite, selon sa sensibilité, vers une religiosité et demain vers la religion de son choix selon les principes de la loi 1905.

-Le Bien-être, une recherche de « bonheur » à préciser comme continuum allant d'une expérience profane (relaxation et calme dans le corps) à une réalité transcendante (paix de l'esprit) en passant par le recouvrement de la santé (physique et psychique).

Oui, la recherche du BIEN-ETRE est un dénominateur commun à 4 types populations dans notre société aujourd'hui :

1- Une population qui cherche à « décompresser » en raison d'un rythme de vie de plus en plus actif. Elle est le plus souvent bien portante et cherche à se détendre ou à se ressourcer (relaxation). Elle cherche aussi à cultiver ses potentialités (développement personnel et performance), elle peut relever du « psy ».

2- Une population qui a « décompressé » ou en phase de « décompresser » au niveau santé : maladies métaboliques dites de civilisation (hypertension, diabète, surpoids, infarctus, obésité), maladies auto-immunes (Crohn, Sclérose en plaques,...), maladies dégénératives (Alzheimer,...), troubles psychiques (Dépression, TOC, hyperactivité,...). Elle a besoin d'être accompagnée par des techniques et une relation thérapeutiques spécifiques. Elle relève du « psy » en priorité et secondairement au besoin du « spi ».

3- Une population qui peut être bien portante physiquement mais ce n'est pas souvent le cas, qui cherche à continuer à « être heureux » malgré événements de vie, maladie ou choix de destinée. Il s'agit d'aider à amortir la résonance émotionnelle et la souffrance psychique qui en résulte quel qu'en soit la cause, le but étant pour la personne d'en tirer « bonnes résolutions » pour continuer à être acteur de sa vie en recouvrant la santé existentielle. Elle relève du « psy » et du « spi ».

4- Une population qui est en demande ou en recherche de lien avec cette dimension métaphysique privilégiée par les spiritualités et les religions, c'est une population qui peut être bien portante au niveau santé et cherchant épanouissement de soi, elles vit le manque et l'incomplétude inhérents à la condition humaine, elle cherche complétude dans la « Méta » et en a conscience. C'est la bonne candidate pour la spiritualité avec ou sans religion, Une autre population et cette fois-ci mal portante (maladies chroniques, fin de vie) en recherche de réponses dans l'au-delà des paradigmes des sciences postmodernes, Elle ne cherche plus dans la « Physique » du monde (le comment ça m'arrive) mais dans la « Méta » du monde (le pourquoi ça m'arrive). Elle relève en priorité du « spi » et secondairement du « psy ».

B- Spiritualité moderne et Etats Modifiés de Conscience (EMC)

Médecine et EMC :

Etats modifiés de conscience (EMC) par la subnarcose, l'hypnose, la relaxation, la méditation, la sophrologie, la pleine conscience, EMC, c'est le terme qui se veut scientifique pour décrire les phénomènes de relaxation physique et psychique dans ce niveau de conscience ou de vigilance (intermédiaire entre la veille et le sommeil) qui se caractérise par la paix, l'harmonie et l'unité corps-esprit donnant lieu à l'expérience du bien-être comportant des effets positifs sur la santé.

Les premières recherches sur les EMC n'intéressaient que les psychiatres et les psychologues au début. Au fil du temps, cardiologues, neuroscientifiques, immunologues et endocrinologues se sont intéressés à leurs bienfaits dans leurs spécialités. Les techniques de bien-être sont désormais utilisées aujourd'hui en accompagnement thérapeutique dans de nombreux hôpitaux américains et européens⁴.

Au niveau santé mentale, dès les années 1930, JH.Schultz-Psychiatre, en utilisant l'hypnose et le yoga, a structuré sa méthode de relaxation, devenue célèbre (Training autogène de Schultz), la plus utilisée en Europe, en milieu médical, de 1930 à 1965, il l'a structurée en cycle inférieur permettant relaxation et bien-être et en cycle supérieur comme analyse personnelle et recherche de sens à partir des valeurs existentielles propre au sujet ; ensuite dans les années 1960 (A.Caycède-Neuropsychiatre-Espagne) a mis en évidence l'intégration dynamique de l'être existentiel par la Sophrologie en s'inspirant de l'hypnose, de l'hindouisme, du bouddhisme et du zen. Dans les années 1970 (JP. Hubert-Médecin-Psychanalyste en France, R. Abrezol-Médecin en Suisse, A.Boon-Psychiatre en Belgique) complètent cette intégration de l'être par une recherche analytique par la « Raison » et son enrichissement progressif (l'Homme Total) pour aboutir à l'Homme Final (de la conscience de soi et de son rôle dans le monde (A.Ameur-Psychologue Clinicien-France.2012). C'est à l'arrivée de la Pleine Conscience (Kabat-Zinn), tirée également de la tradition orientale (bouddhisme), que des études scientifiques de grande ampleur ont été entreprises, de 1990 à ce jour, permettant de sortir des controverses et d'attester de façon expérimentale des effets des EMC sur la santé générale et la santé mentale.

Nous citons également R Rager-Cardiologue-1980 qui a publié un ouvrage de référence : « Hypnose, sophrologie et médecine ». Nous citons d'autres chercheurs dont les productions sont largement inspirés de l'Orient : Erich Fromm-Psychiatre et son livre « bouddhisme zen et psychanalyse » en 1971, Jacques Vigne et son livre « le maître et le thérapeute » en 1991 qui compare l'action psychothérapique du Maître yogi et du Thérapeute occidental (étude de 5 ans réalisée sur place en Inde par financement du Ministère de la recherche français et de l'INETOP). Carl Gustave Jung n'est plus à citer, par l'œuvre colossale bien intégrée en Occident, autour des archétypes et de la psychologie des profondeurs, qu'il a produite à partir de ses expériences et voyages en Orient, en Inde d'Amérique et au sud du Sahara-Afrique.

C'est en 2000 que l'OMS publie le rapport « principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle » où on voit élaboré une échelle d'évaluation « Qualité de vie et santé : WHOQOL » qui considère le degré de « Santé » en rapport avec le « Bien-être » à plusieurs registres dont la « Spiritualité/religion/croyances personnelles » (domaine VI). Les autres registres sont la santé physique (domaine I), la santé psychologique (domaine II), degré d'indépendance (domaine III) relations sociales (domaine IV), environnement (Domaine V). L'échelle WHOQOL permet de mesurer le niveau de santé domaine par domaine pour apprécier le bien-être global comme indicateur de santé.

Le registre WHOQOL « Spiritualité/religion »(domaine VI) examine les croyances personnelles des individus et l'effet qu'elles ont sur la qualité de vie, que ce soit en les aidant à surmonter les difficultés de la vie ou en donnant un sens à leur expérience ainsi qu'à leurs interrogations spirituelles et personnelles, ou plus généralement en leur donnant un sentiment de bien-être.

Elle s'adresse aussi bien aux personnes qui appartiennent aux diverses religions établies (hindouisme, bouddhisme, judaïsme, christianisme, islam, etc.) qu'à celles dont les croyances personnelles et spirituelles ne s'inscrivent dans aucune orientation religieuse particulière. La religion, les croyances personnelles et la spiritualité donnent à grand nombre de personnes réconfort, bien-être, sécurité, sentiment d'appartenance, raison d'être et force. Certaines personnes, par contre, estiment que la religion a une influence négative sur leur vie ». Nous citons aussi ici les travaux plus récents, de Koenig (2001), de N.Bailly, N.Roussiau, GF.Bahi (2011.France), de HJ.Aubin-Psychiatre-2012 HP-hôpital Paul Brousse-Villejuif.France), de C.Kornreich-Psychiatre-2012- CHU Brugmann-Bruxelles, S.Monod-Médecin santé publique-2014 (Canton de Vaud-Suisse) qui montrent l'intérêt de plus en plus croissant de la spiritualité dans le domaine de la santé. Le terme « salutogenèse » en santé a été élaboré par les suisses en opposition au terme pathogenèse. Il a son équivalent dans les pays d'Amérique du nord avec le terme « d'empowerment » et en France avec le terme de « thérapies complémentaires » par l'Académie Nationale de Médecine Française (ANMF) et d'INM (« interventions non médicamenteuses ») par la Haute Autorité de Santé (HAS).

4. Williams/Teasdale , Segal, Kabat-Zinn, Méditer pour ne plus déprimer : La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux, préface de Christophe André, Odile Jacob 2009.

En 2014, les résultats d'une méta-analyse de 463 publications⁵ (AV.Franqueville –Thèse de doctorat en médecine-Toulouse.France) - concernant des patients présentant une plainte psychiatrique (254 articles), douloureuse chronique (62 articles) ou à expression somatique (142 articles), soit un total de 25 888 patients –montrent : Que la pratique des EMC, par les effets globaux qu'elle entraîne sur la totalité de l'être du patient, produit un effet significatif sur certains symptômes tels que la dépression, l'hypertension artérielle et symptômes nerveux à expression somatique. La pratique permet d'améliorer le bien-être ou le vécu du symptôme par l'amélioration de la qualité de vie et des indicateurs de santé générale (appétit, sommeil, amortissement de la résonance émotionnelle des événements).

Certaines études isolées et pas encore consensuelles montrent également une efficacité des EMC comme complément d'un traitement médical classique : diminution des douleurs chroniques⁹, amélioration des défenses immunitaires et des effets du traitement thérapeutique dans les cas de cancer¹⁰, de troubles gastriques et intestinaux, de fibromyalgie⁶ et de sida⁷.

D'autres études n'ont pas consisté uniquement en un objectif de réussite thérapeutique à l'égard du symptôme, notamment en cas de plainte somatique, elles ont consisté aussi à redonner au patient une prise de liberté par rapport à celui-ci. Ce sont des techniques que le patient s'approprie pour se donner lui-même les moyens d'accepter les bouleversements de vie produits par le symptôme et de les traverser avec plus de sérénité. Le patient se trouve au cœur du soin plutôt que dans la seule pathologie. Il n'y a pas de contre-indication formelle à cette pratique. Cependant les patients souffrant de pathologies psychiatriques décompensées doivent bénéficier d'un avis spécialisé autorisant la thérapie.

D'autres études ont pu démontrer les mécanismes d'actions neuronales impliqués. Les EMC produisent dans le cerveau des modifications fonctionnelles et structurelles (neurplasticité) qui apparaissent dès un mois de pratique quotidienne à raison de 20 minutes par jour. Certaines zones impliquées dans la modulation émotionnelle et l'attention sont activées (frontolimbique et frontopariétale) et permettrait d'intégrer les informations négatives sur un plan émotionnel plutôt que de passer par le langage et la cognition. Lorsque le sujet « méditant » ressent de la tristesse, on note à la fois une modification dans les zones du langage (activation de l'aire de Wernicke et diminution d'activité de l'aire de Broca) et une activation des zones de l'introspection et de la perception des sensations internes (aires paralimbiques). Le volume et le nombre de connexions neuronales des zones engagées dans l'empathie et les émotions positives (insula, cortex cingulaire) augmente, alors que les zones concernant l'agressivité, la peur et l'anticipation anxieuse (amygdales) voient leur volume diminuer. Les enregistrements électro-encéphalographiques réalisés témoignent d'une augmentation du rythme gamma dans le lobe préfrontal gauche, lié aux processus d'attention.

La possibilité d'une action biologique sur le système immunitaire et le cortisol est en cours de confirmation par d'autres études. Il en est de même pour la sécrétion de neuromédiateurs de type dopamine (plaisir) et sérotonine (bien-être).

Il convient aussi de préciser ici que la psychothérapie clinique évolue, depuis les années 70, notamment dans les thérapies cognitives et comportementales (TCC) qui intègre dans ses techniques, depuis 2000, la méditation dite de « pleine conscience » tirée du bouddhisme.

Les premières versions des TCC portent sur l'exposition à une situation et sur le contrôle des pensées qui y sont rattachées. La « méditation » a été intégrée à la troisième version de ces thérapies, elle partage avec elle plusieurs objectifs : décentration cognitive, réhabilitation des processus attentionnels, dépistage des mécanismes de pensées automatiques. La méditation se distingue cependant des TCC : S'appuyant sur l'acceptation de ce qui est, elle cherche à modifier l'attitude de l'individu par rapport aux cognitions plutôt que de modifier leur contenu ou de résoudre un problème. Elle permet d'apprendre aussi à tolérer les émotions plutôt que de les éliminer.

EMC et Spiritualité moderne :

Cet état de paix, d'harmonie et d'unité intérieure corps et esprit (EMC) a fasciné et fascine encore les penseurs occidentaux du 18^e siècle à ce jour par ses effets au-delà du bien-être et de la santé. Les spécialistes de la santé mentale s'y sont intéressés en premier sans doute en raison des limites des paradigmes occidentaux modernes pour comprendre l'étendue de la conscience ou de l'âme humaine. Citons une correspondance de Sigmund Freud, à l'approche de la fin de sa vie, avec Romain Rolland (prix Nobel de littérature.1915) qui a composé des ouvrages sur Ramakrishna, et Vivekananda. Freud pressentait quelque chose d'indéfinissable [cette autre dimension] qui l'attirait en Romain Rolland, probablement parce qu'il devinait qu'il n'y aurait guère accès avec (...) sa méthode de psychanalyse : « la mystique m'est aussi fermée que la musique. Je ne me vois pas lire ce que vous avez lu à ce sujet. Et pourtant, il vous est plus facile qu'à nous de lire dans l'âme humaine. Il écrivait à nouveau en 1931 à Romain Rolland : « Bien près de l'inévitable terme de ma vie que me rappelle une récente opération et sachant que je ne vous reverrai probablement plus, je puis vous avouer que j'ai rarement aussi vivement ressenti ce mystérieux attrait d'un être humain pour un autre qu'en ce qui vous concerne. Peut-être est-

5. Vargas de Franqueville. A. La pleine conscience, application clinique en médecine générale, revue de littérature.Thèse de médecine. Toulouse 2014

6. K. H. Kaplan, D. L. Goldenberg et M. Galvin-Nadeau, The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia, in General Hospital Psychiatry, 1993.

7- J. D. Creswell, F. F. Myers, S. W. Cole et M. R. Irwin, Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults, in Brain, Behavior, and immunity, 2009

ce lié, de quelque façon, à la conscience que vous avons de nos différences » (Jacques Vigne, psychiatre, « Le maître et le thérapeute » - 1991)⁸. C'est Romain Rolland qui a précisé l'état de bien-être (EMC) en « sentiment océanique »⁹ : une expérience psychologique ou spirituelle qui se rapporte à « l'impression ou à la volonté de se ressentir en unité [...] parfois hors de toute croyance religieuse. D'un point de vue freudien, l'homme n'est qu'une mécanique mis en branle par la libido avec comme principe régulateur le maintien de celle-ci au minimum d'excitation. Il conçoit l'homme lié à ses semblables par la nécessité partagée de satisfaire des désirs instinctuels. Pour Freud, le plaisir est dans le relâchement seul de la tension et non dans l'expérience de « la joie ». Ce n'est pas l'homme total, mais l'homme de l'intellect des philosophes des Lumières. L'amour fraternel est une exigence déraisonnable, contraire à la réalité, l'expérience mystique, une régression vers le narcissisme infantile (Roger Mucchielli. Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale-1967)¹⁰.

La vague de « New-âge » en Nouvelle Californie des années 70, arrivant en France dans la décennie suivante, souligne cette fascination pour l'Orient dans un genre fervent et protestataire de la culture d'après-guerre, rationaliste, scientifique, matérialiste et consumériste.

Les orientaux ne s'arrêtent pas à la valeur pratique du bien-être ou thérapeutique de mieux-être que les EMC produisent. Certes, les EMC peuvent résoudre des problèmes de santé ou accompagner à les résoudre ou prévenir les rechutes en cas de maladie chronique, ces états sont considérés par les orientaux comme un tremplin, comme première expérience qui ouvre à une évolution personnelle intérieure vers des états de conscience supérieurs permettant d'accéder à la raison d'être essentielle de l'existence. L'attrait des occidentaux s'explique parce que c'est pratique, ça relaxe, et cela est intelligible d'emblée par la raison, pouvant laisser la possibilité à chacun de s'approprier « cette dimension de l'Autre en soi » selon sa subjectivité (spiritualité) pour pouvoir la percevoir et la vivre ensuite « ici et maintenant » dans nos sociétés dites libres de penser, d'être et de devenir.

En conclusion,

Les approches par les spiritualités modernes comportent des techniques qui produisent des états modifiés de conscience (EMC) : une expérience intérieure de paix, d'harmonie et de bien-être qui se traduit par des effets sur la santé physique et psychique de l'individu. Le patient va mieux, le symptôme chronique est mieux vécu ou assumé, ce qui lui permet de devenir acteur et responsable de sa santé ou de son bien-être.

Les sciences modernes ont mis en évidence aujourd'hui les mécanismes neuro-psychologiques impliqués dans les EMC, elles mettent en valeur la spiritualité, comme « moyen scientifique et médical » d'épanouissement de soi.

8. Vigne, J. psychiatre, « Le maître et le thérapeute » - Albin Michel. Paris 1991

9. Google livre, Ouvrage collectif "Affectivité et pensée", page 187 [archive], consulté le 1er juin 2019

10. Mucchielli, R. Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale- Psychologie et sciences humaines. Dessart. Bruxelles. 1967

C- Effets des pratiques spirituelles ou des EMC sur la santé

Pour A.Ameur. 2005¹¹, « le Bien-être est pour le « profane sain », détente et relaxation, pour le « profane malade » recherche de santé, pour le « spiritualiste moderne », accroissement de ses ressources et de ses capacités psychiques et « pour le religieux », épanouissement dans le divin. C'est le même état ou le même résultat d'une même expérience intérieure, mais le niveau de lecture ou le niveau de conscience de chacun est différent. Autrement dit, une technique de relaxation ou une technique de méditation produit un état de bien-être, c'est une technique « d'amortissement de stress » ou « de recherche de rétablissement » pour le « profane » ; c'est l'expérience de « l'unité et de l'harmonie cosmique en soi corps et esprit » pour le « Spiritualiste moderne » et c'est l'amour ou la miséricorde de Dieu pour le « Religieux ».

Mais pour le « Sage », l'expérience personnelle profane du bien-être ouvre la voie à des possibilités d'évolution qui permettent potentiellement l'accès aux essences des trois dimensions d'une conscience totale ou complète (Avoir, Etre et Devenir). C'est la pleine conscience de Kabat Zinn, c'est l'homme total de la sophrologie, c'est l'homme parfait de la tradition soufie, c'est le Christ cosmique en soi de la tradition chrétienne, c'est le Moi pur et transcendantal de Husserl, c'est l'Esprit absolu de Hegel, c'est le Nirvana des hindous, l'état Samadhi des bouddhistes et Satori du Zen. C'est « en Son Nom » des religions monothéistes ».

Santé Générale et EMC :

par :

Nathalie Bailly. Laboratoire "Psychologie des Ages de la Vie.Tours, France, 2011

Nicolas Roussiau et Ghazlane Fleury-Bahi. Laboratoire de Psychologie des Pays de la Loire, France, 2011¹².

Si la psychiatrie ou la psychanalyse ont rapidement investi les différentes pathologies associées au fait religieux, comme les délires mystiques, ce n'est que récemment que la psychologie s'est intéressée aux différents liens possibles entre la santé, au sens large, et les pratiques spirituelles. Les évolutions théoriques, méthodologiques et statistiques ont permis une accumulation de résultats, qui permettent, maintenant, de faire un état des lieux, scientifiquement plus solide et parfois surprenant. Sans proposer ici une analyse complète de l'ensemble des productions scientifiques sur le sujet, un certain nombre de résultats méritent d'être mentionnés. Parmi les plus surprenants, on constate que les personnes, qui ont des croyances religieuses, présentent un temps de vie plus élevé (Bailly, 2009 ; Helm, Hays, Flint, Koenig, Blazer, 2000 ; McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, Thorensen, 2000 ; Spini, Lavive d'Epinau, Pin, 2001). Les personnes religieuses âgées ont une meilleure fonction endocrinienne (Levin, 1996), une pression artérielle satisfaisante (Koenig, Pargament, Nielsen, 1998 ; Wyatt, 2006), moins de maladies cardiaques (Goldbourg, Yaari, Medalie, 1993), moins d'attaques cérébrales (Colantonio, Kasl, Ostfeld, 1992). L'une des explications possibles, sur les liens entre santé et religiosité, tiendrait en partie au fait que les personnes religieuses ont moins de comportements à risques pour leur santé (Benjamins, Brown, 2004 ; Steinman, Zimmerman, 2004).

Santé Mentale et EMC :

par :

C. Kornreich Service de Psychiatrie, C.H.U. Brugmann, Laboratoire de Psychologie Médicale, ULBelgique, 2012.

H.-J. Aubin Service de psychiatrie-Addictologie, Hôpital Paul Brousse, France, 2012¹³.

Toutes les études portant sur le rapport entre religion et santé mentale montrent globalement une corrélation inverse entre des niveaux d'engagement religieux plus élevés et les indicateurs, d'une part de bien-être psychologique (satisfaction de vie, bonheur, affects positifs et moral plus élevé) et d'autre part avec moins de dépression, de pensées et de comportements suicidaires et d'abus de substance.

-Abus de substances : Les études confirment en général l'influence favorable de la religiosité sur les abus de substances : Geppert et al. ont revu 1.352 travaux publiés entre 1941 et 2004 et concluent à une relation inverse entre religiosité et abus de substance ainsi qu'à une diminution de l'usage de substances chez les personnes pratiquant la méditation. Une étude australienne portant sur 2000 jumeaux a montré une diminution du risque d'abus de substances chez les personnes se disant de religion baptiste, méthodiste ou orthodoxe et chez ceux rapportant une fréquentation hebdomadaire d'une église. Une étude chez un millier d'adolescents hongrois dans un contexte post-communiste a montré que la religiosité était un facteur associé à une diminution de l'utilisation du tabac, de la marijuana et de l'alcool chez les garçons et de la marijuana chez les filles. Une étude portant sur 1.615 adolescents canadiens a également montré une diminution de la consommation de boisson et de cannabis chez les adolescents qui accordaient de l'importance à la religion et assistaient aux offices et ce, indépendamment des facteurs socio-démographiques et de la structure familiale. Aux Etats-Unis, Kendler a mené une étude, chez des jumeaux hommes et femmes, en utilisant des mesures plus précises de la religiosité et a montré que le degré général de religiosité (implication dans les prières et recours à Dieu dans les périodes de crise), la croyance en un Dieu impliqué dans les affaires humaines, le degré de pardon, la croyance en un Dieu comme juge, la religiosité sociale et le degré de gratitude étaient inversement corrélés à l'abus de substances.

11. Ameur.A, Devenir, une question cruciale, de la méta-conscience en sophrologie à une théorie de la transcendance selon les paradigmes modernes, Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2005 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/devenir_et_m%C3%A9taconscience_article_22.pdf

12. Bailly. N, Roussiau. N, Fleury-Bahi.G, Etude des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l'âge. Bulletin de psychologie » 2011/2 Numéro 512 | pages 149 à 15

13. Kornreich. C et Aubin HJ, Religion et fonctionnement du cerveau (partie 2) : les religions jouent-elles un rôle favorable sur la santé mentale ?Article de synthèse.Revue Medicale de Bruxelles. 2012. p87-96.

Chez des hommes thaïlandais qui adhèrent au bouddhisme, la pratique religieuse plus intense semble associée à une moindre consommation d'alcool.

Pour les personnes qui présentent un abus de substance (alcool), la religiosité et la fréquentation des associations basées sur des dimensions spirituelles comme les Alcooliques Anonymes (AA) est associée à un meilleur pronostic.

Chez des patients cocaïnomanes, répartis de manière randomisée dans plusieurs modalités de traitement, ceux qui étaient engagés dans des activités religieuses semblaient rester plus longtemps en traitement, rester abstinent plus longtemps et avoir des tests urinaires négatifs plus fréquents que les autres. De nombreux auteurs attribuent le succès des AA en partie à la dimension spirituelle. Outre qu'ils offrent une supervision extérieure, une substitution de dépendance et un milieu social soutenant l'adhésion aux dimensions spirituelles et religieuses présentes chez les AA semblent un facteur de bon pronostic pour les patients alcooliques les plus sévèrement atteints. L'association inversée entre religiosité et consommation de substances se retrouve également dans des populations où on aurait pu estimer que le comportement serait moins influencé par ce type de facteur : ainsi une étude suisse réalisée chez une centaine de patients schizophrènes montre une relation inverse entre religiosité et consommation de tabac ou d'autres drogues dans cette population.

- **La dépression** et les symptômes dépressifs : La majorité des études montre que l'engagement religieux, d'une façon générale, est inversement proportionnel aux symptômes dépressifs. C'est le cas chez les personnes âgées (Braam et coll., 2001 ; Koenig et coll., 1997), mais aussi chez les adolescents, dans une période sensible où peuvent apparaître des troubles liés à la dépression (Pérez, Little, Henrich, 2009 ; Miller et Gur, 2002). De plus, chez les patients cliniquement dépressifs, la religion semble, également, associée à la rapidité à laquelle les individus atténuent les épisodes dépressifs (Koenig et coll., 1998 ; Koenig, Mc Cullough, Larson, 2001). L'ensemble de ces résultats se retrouve, en fait, dans bon nombre de cultures, indépendamment du contenu de la religion, même si certaines religions semblent plus efficaces que d'autres (Braam et coll., 2001). Dans une étude menée sur une population chinoise âgée, on a trouvé un lien entre le faible taux de dépression et les croyances et pratiques religieuses de type confucéennes (Mjelde-Mossey, Chi, Lou, 2006). Chez les Amish, le taux de dépression est particulièrement bas, il est même largement en-dessous de la moyenne des Américains (Seligman, 1992).

Si l'ensemble de ces résultats convergent pour l'effet positif de la religiosité sur la dépression, une distinction doit être prise en compte sur le rôle des pratiques religieuses publiques ou privées. Car il existe, en effet, de nombreuses manières d'aborder les dimensions « religieuses » et/ou « spirituelles ». La question théorique et méthodologique du choix des indicateurs est à l'origine de multiples controverses. Selon N.Bailly, N.Roussiau, G.Fleury-bahi et al., 2011, on peut parler d'une dimension publique de la religion, quand il est question de la fréquentation des lieux et des offices religieux, quand il y a rencontre avec d'autres personnes et, qui plus est, dans un cadre institutionnel donné (église, mosquée...). C'est alors la dimension sociale qui prime ici. La dimension privée, quant à elle, concerne plutôt la lecture en solitaire d'ouvrages religieux ou encore la prière, la méditation. Il s'agit alors d'une dimension plus spirituelle, dans la mesure où cette dimension recouvre un aspect plus individuel dans la quête de réponses au sens de la vie et dans la quête de soi. Cette distinction est à l'origine de travaux et de résultats différents. 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. Ainsi, pour les personnes âgées, cette dimension est majeure lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la longévité (Hummer, Rogers, Nam, Ellison, 1999 ; McCullough et coll., 2000). Chez les personnes âgées, cette dimension est, également, liée à une moindre diminution des fonctions cognitives avec le temps (Van Ness, Kasl, 2003). Quant à la dépression, de la même façon, il semblerait que l'engagement religieux public soit la variable explicative majeure du faible taux de dépression (McCullough, Larson, 1999). Bien évidemment, derrière la dimension publique, il y a le poids du soutien social, qui est connu, en dehors du champ religieux, comme un élément fondamental du fonctionnement positif et du « bien-être » des individus.

- **Les troubles anxieux** : il est difficile de séparer les études qui se sont intéressées à la dépression de celles qui ont trait aux troubles anxieux et en particulier le trouble anxieux généralisé, d'autant qu'il existe un continuum clinique entre ces affections. Les données retrouvées dans la dépression le sont donc aussi pour les troubles anxieux avec un effet favorable de la religiosité générale pour la majorité des études. Il existe en outre un effet spécifique de certaines sous-dimensions telles que la gratitude et l'absence relative de volonté de vengeance. Une revue portant sur 17 études a montré que l'effet protecteur de la religiosité sur l'anxiété ne serait présent que pour la dimension de religiosité intrinsèque [foi et convictions], la religiosité extrinsèque ou utilitariste étant elle associée à des niveaux d'anxiété plus élevés. Il faut également noter quelques spécificités. Le trouble panique serait favorisé par un haut degré de religiosité générale. Cette observation quelque peu surprenante doit être nuancée, car le degré de religiosité serait par ailleurs un élément pronostique favorable pour les patients atteints de trouble panique et entreprenant une thérapie cognitivo-comportementale.

Les patients souffrant de syndrome de stress post-traumatique (PTSD) recherchent souvent une aide au travers de la religion : les survivants du Tsunami de 2004 faisaient davantage confiance à un mode d'adaptation centré sur la spiritualité qu'aux structures formelles de soins de santé mentale pour les aider. De même, les habitants d'Afghanistan ayant été victimes de multiples traumatismes indiquaient rechercher une aide au travers du support familial et dans la religion bien davantage qu'en recourant à des soins médicaux.

- **Le suicide** : Les études sur le suicide sont relativement unanimes sur un impact préventif de la religiosité. Dans une étude européenne de grande ampleur, portant sur 15 pays et 20.000 personnes, les croyances religieuses fortes étaient associées à une faible acceptation du suicide chez les individus. L'exposition à un milieu religieux semblait un facteur protecteur contre le suicide chez les hommes en diminuant probablement son acceptabilité. Une autre étude de Neeleman (x), effectuée cette fois sur la base d'une enquête nationale dans les 11 provinces hollandaises, a confirmé une relation inverse entre le taux de suicide et le degré de croyance et d'affiliation religieuse. De la même manière, une étude épidémiologique canadienne, portant sur un échantillon représentatif de la population comportant 36.984 personnes, a conclu à une diminution du risque de tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête pour les personnes faisant état d'une fréquentation des offices religieux. Cette relation restait significative même après ajustement pour la variable concernant le support social. Dans cette étude, les notions de croyance religieuse et de fréquentation des offices religieux représentaient des mesures non indépendantes car fortement corrélées entre elles. Sur les 27.738 décès de jeunes gens entre 15 et 34 ans répertoriés en Utah (USA) entre les années 1991 et 1995, le risque relatif de suicide pour les personnes présentant une faible implication religieuse était jusqu'à 7 fois plus élevé que chez les personnes avec forte implication religieuse. Une autre étude américaine de 1993 a comparé la fréquence de participation à des activités religieuses de 584 personnes décédées par suicide à celle de 4.279 personnes décédées de mort naturelle chez des femmes et des hommes de plus de 50 ans après ajustement pour le sexe, le statut marital, l'âge et la fréquence des contacts sociaux. La probabilité de ne jamais avoir participé à des offices religieux était plus grande pour les victimes de suicide que pour les personnes décédées de mort naturelle.

- **Les Psychoses** : L'étude du lien entre religiosité et psychose invite évidemment à la circonspection : certaines études portent sur les croyances populaires relatives aux explications magico-religieuses des maladies mentales. D'autres études se penchent sur le contenu des délires en examinant si la présence d'un contenu religieux est associée à un degré de gravité ou à un pronostic différent pour les patients délirants. D'autres études encore s'interrogent sur l'existence d'un bénéfice ou d'un handicap d'une religiosité antérieure sur le développement et l'évolution de patients psychotiques.

-La maladie mentale a très longtemps reçu des explications magico-religieuses. C'est encore le cas dans certaines régions où la religion marque la vie quotidienne et fait partie intrinsèque de la culture. Une enquête portant sur 281 personnes suivies en médecine générale d'une part en Grande Bretagne et d'autre part en Arabie Saoudite, a indiqué que les Saoudiens pensaient davantage que les hallucinations étaient créées par le diable ou dues à de la magie et que le traitement le plus efficace était religieux, alors que les Britanniques citaient le terme de schizophrénie et supposaient un dommage cérébral en indiquant que le traitement le plus favorable impliquerait des médicaments et un traitement psychologique.

-Pour le contenu du délire, il semble qu'il y ait une grande stabilité. Il s'agit des grands thèmes humains : persécution, grandiosité, culpabilité, religion, hypochondrie, amour et jalousie. Ces thèmes montrent quelque variabilité selon les époques et les cultures, les thèmes de persécution et de grandiosité étant les plus stables. Comme on pouvait s'y attendre, les patients psychotiques qui déclarent une affiliation religieuse ont plus de contenu délirant de type religieux que les patients psychotiques non religieux. Le contenu religieux des délires ne semble pas associé à une sévérité particulière de la psychose mais pourrait rendre son traitement plus difficile. Une étude comparant 38 patients délirants sur un thème religieux et 85 patients avec d'autres sortes de délire a montré que les patients avec des délires religieux n'étaient pas cliniquement plus sévèrement atteints que les autres. Par contre, ils avaient plus de difficulté à adhérer au traitement. Les thèmes délirants religieux avaient trait à de la persécution par des entités spirituelles malveillantes, à une influence et à un contrôle subis par ces entités et à des délires de culpabilité, de péché ou de grandiosité.

-Dans une autre étude portant sur 115 patients psychotiques suivis pendant 3 ans en ambulatoire, le fait d'avoir une vision explicative de la maladie basée sur la spiritualité était plus fréquente chez les patients au pour lesquels la dimension religieuse était plus importante au départ. Cette vision religieuse de la maladie pouvait se modifier au fil du temps mais n'était pas associée au devenir social ou clinique des patients.

II- POUR UNE THEORIE DE LA SPIRITUALITE EN SANTE MENTALE SELON LES PARADIGMES MODERNES (ETAT DES CONNAISSANCES)

Par Aziz AMEUR,

Psychologue Clinicien. DESS de Psychopathologie et de psychologie clinique

Membre administrateur de la faculté européenne de sophrologie.

Le 06.10.2020

A- Spiritualité, bien-être et bonheur des philosophes¹⁴

Selon Koenig et al., 2001, « le terme de spiritualité était traditionnellement utilisé pour décrire la personne profondément religieuse mais son sens a été étendu progressivement pour inclure la personne superficiellement religieuse, la personne en recherche de religion, la personne en recherche de bien-être et de bonheur et la personne complètement sécularisée »¹⁵.

Le bonheur est défini comme état de sagesse par les philosophes. C'est un état de « conscience » (con-science = « science » et « con » = connaître avec) qui résume l'aboutissement de recherche du sens ou du bien-être par la « raison humaine ».

« Gnothi seauton » = « Connais-toi toi-même ». C'est, selon le Charmide de Platon¹⁶, le plus ancien des trois préceptes qui furent gravés à l'entrée du temple de Delphes. C'est le salut du dieu à son visiteur.

Comment interpréter le salut du dieu à son visiteur ?

"Connais-toi toi-même" veut dire "Sois sage" dit Critias. Mais que veut dire "Sois sage" ?

Dans l'Apologie de Socrate¹⁷, Socrate dit :

« Que veut dire le dieu et quel sens recèlent ses paroles? [...] Je me rendis chez un de ceux qui passent pour être des sages. [...] C'était un de nos hommes d'État, qui, à l'épreuve, me fit l'impression dont je vais vous parler. Il me parut en effet, en causant avec lui, que cet homme semblait sage à beaucoup d'autres et surtout à lui-même, mais qu'il ne l'était point. [...] Tout en m'en allant, je me disais à moi-même : « je suis plus sage que cet homme-là. Il se peut qu'aucun de nous deux ne sache rien de beau ni de bon; mais lui croit savoir quelque chose, alors qu'il ne sait rien, tandis que moi, si je ne sais pas, je ne crois pas non plus savoir. Il me semble donc que je suis un peu plus sage que lui par le fait même que ce que je ne sais pas, je ne pense pas non plus le savoir. » Socrate s'entretient avec Critias sur l'essence de la sagesse en évoquant l'exemple d'un médecin. Critias propose une définition : est sage celui qui agit utilement avec modération.

Socrate : « Donc, à ce qu'il me semble, puisqu'il [le médecin] agit quelquefois utilement, il agit avec modération, il est sage, néanmoins il ne se connaît pas, il ne sait pas qu'il est sage ».

Critias : « Mais non, Socrate, cela n'est pas possible ! Si tu crois que mes paroles aboutissent nécessairement à cette conséquence, j'aime mieux les retirer, j'aime mieux, sans rougir, avouer que je me suis exprimé inexactement, plutôt que d'accorder qu'on puisse être sage tout en ne se connaissant pas soi-même. Peu s'en faut même que je ne définisse la Sagesse comme la connaissance de soi-même et je suis tout à fait du sentiment de celui qui a placé dans le Temple de Delphes une inscription de ce genre [Gnothi seauton]. Cette inscription est, à mon avis, le salut que le dieu adresse à ceux qui y entrent; au lieu de la formule ordinaire "sois heureux!", il pense apparemment que ce salut "sois heureux!" n'est pas convenable et que les hommes doivent s'exhorter, non au bonheur, mais à la Sagesse. Voilà en quels termes, différents des nôtres, le dieu parle à ceux qui entrent dans son temple, si je comprends bien la pensée de l'auteur de l'inscription. Sois sage! dit-il à tout venant, dans un langage un peu énigmatique, comme celui d'un devin. "Connais-toi toi-même" et "sois sage", c'est la même chose; ainsi du moins nous le pensons, l'inscription et moi. Mais on peut fort bien y voir une différence, et c'est le cas de ceux qui ont gravé les inscriptions plus récentes: "Rien de trop" et "La caution mène au malheur". Ils ont pris la sentence : "Connais-toi toi-même" pour un conseil, et non pour le salut du dieu à ceux qui entrent. Et voulant montrer qu'eux

14. Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance » - Paris 2019 : http://www.faculte-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

15. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB : Handbook of Religion and Health. 1st ed. Oxford University Press, USA, 2001

16. Luc Brisson (dir.) et Louis-André Dorion (trad. du grec ancien), Charmide : Platon, Œuvres complètes, Paris, Éditions Flammarion, 2008 (1re éd. 2006), 2204 p. (ISBN 978-2-08-121810-9)

17. Platon (trad. Luc Brisson), « Apologie de Socrate », dans Œuvres complètes, Éditions Flammarion, 2008 (1re éd. 2006), 2204 p. (ISBN 978-2081218109).

aussi étaient capables de donner d'utiles conseils, ils ont gravé ces maximes [supplémentaires] sur les murs de l'édifice.

Gnothi seauton existe aussi dans une variante moderne dont l'origine est considérée inconnue : « Connais-toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les dieux ». La formule existe dans d'autres traditions, orientales et certaines religions monothéistes. « Celui qui se connaît lui-même, connaît son Seigneur » (Islam). Cette variante moderne semble venir du croisement des cultures à l'époque moderne, elle semble inviter à la recherche de connaissances supérieures par l'introspection alors que les auteurs anciens comme Platon et Porphyre de Tyr voyaient plutôt dans la citation d'origine une invitation à l'humilité et à la tempérance.

« Quel est [alors] le sens, quel est l'auteur du précepte sacré inscrit sur le temple d'Apollon, et qui dit à celui qui vient implorer le Dieu : Connais-toi toi-même? Il signifie, ce semble, que l'homme qui s'ignore lui-même ne saurait rendre au Dieu des hommages convenables ni en obtenir ce qu'il implore » (Porphyre de Tyr 300 a.JC)¹⁸.

Au 18^e siècle, Hegel développera la dialectique transcendantale dont la synthèse ou l'aboutissement se fait dans la conscience de l'Esprit Absolu après avoir expérimenté et intégré la conscience du monde et la conscience de soi (conscience dans le sens étymologique de « connaître » (science) et « avec » (con). « Conscience » = la « connaissance avec ». Ultérieurement, Husserl développera la phénoménologie dont l'aboutissement est le Moi pur et transcendantal.

On peut dire, aujourd'hui que chez les philosophes grecs et dans la tradition orientale, la sagesse (« sophia ») est l'idéal de la vie humaine. Elle peut être définie comme un état de réalisation qui s'appuie sur une connaissance de soi et du monde et s'accompagne d'un bonheur suprême, elle correspond à l'état de perfection le plus élevé que puisse atteindre l'être humain.

- Le « philosophe » est un amoureux de sagesse [Philo (amour) et sophia (sagesse)], il tente et tend à atteindre par la raison l'état de sage. Le philosophe est un apprenti en sagesse (Héraclide du Pont: (340 a.JC), un amateur de connaissances profondes et de maîtrise de soi ». C'est un sage en devenir.

Le point de départ de la vocation de philosophe est souvent décrit comme procédant de l'étonnement et du doute. C'est en effet l'étonnement qui poussa comme aujourd'hui les penseurs aux spéculations philosophiques. Au début, leur étonnement porta sur les difficultés qui se présentaient les premières à l'esprit ; puis, s'avancant ainsi peu à peu, ils étendirent leur exploration à des problèmes plus importants, tels que les phénomènes de la Lune, ceux du Soleil et des étoiles, enfin la genèse de l'Univers. Apercevoir une difficulté et s'étonner, c'est reconnaître sa propre ignorance. C'est pourquoi même l'amour des mythes est, en quelque sorte, amour de sagesse, car le mythe est un assemblage de merveilleux dans une recherche de sens.

Ce fut bien pour échapper à l'ignorance que les premiers philosophes se livrèrent à la philosophie pour dégager le sens du monde physique dont ils font l'expérience qui donnera lieu plus tard à la science moderne. Le sens essentiel qu'est la « Méta » à partir de la « Physique » du monde se pose toujours et à toute époque : « connais-toi-toi-même par l'expérience du monde ou la connaissance du monde et tu connaîtras l'univers et les dieux ».

Il s'agira de répondre à la grande question du sens de l'existence -autour de laquelle- s'ordonnent les questions de la vie, de la mort, de la souffrance, de la justice, ou dans une perspective théologique, la question de notre destination.

Voici les questions auxquelles se sont attachées à étudier, dans la suite, et notamment les philosophes de la métaphysique :

- Qu'est-ce que l'être ?
- Pourquoi y a-t-il de l'être plutôt que rien ?
- Existe-t-il une cause première ?
- Qu'est-ce que la liberté ?
- Est-ce que Dieu existe ?
- Est-ce que l'âme est immortelle ?
- Quel est le sens de la vie ?
- Qu'est-ce que la substance ?
- En quoi consiste la finalité des choses ?
- Le bonheur est-il quelque chose de relatif ?
- Comment faire lien entre l'Être, l'Univers et soi ?
- Comment s'exprime l'inexistence du vide?

Répondre à ces questions est une entreprise de connaissance à travers les expériences de vie et du monde (l'existence avant l'essence de Heidegger). La connaissance de soi permet de mieux connaître le monde. La

18. Porphyre de Tyr, Traité sur le précepte connais-toi toi-même. Ici-eBooks.3/01/17

connaissance du monde et de soi permettrait de connaître l'autre monde (l'Esprit absolu de Hegel et le Moi pur et transcendantal de Husserl). Ce qui permet de saisir, dans un devenir, le sens du connais-toi toi-même et tu connaîtras l'univers et les dieux (« sois...heureux » = « bien-être et bonheur »).

Devenir :

L'histoire ou sa propre histoire ontologique, est-elle le fruit du hasard et de l'imprévu ou répond-t-elle à un dessein ?

Deux écoles de pensée se confrontent, l'une nie toute idée de finalité ou de détermination en affirmant la foncière "absurdité" de l'histoire, fruit du hasard et de l'imprévu. Macbeth¹⁹ dit de l'existence humaine dans la tragédie éponyme de William Shakespeare (acte V, scène 5) : c'est une « histoire contée par un idiot, pleine de bruit et de fureur et qui ne signifie rien ».

L'autre qui affirme, au contraire, qu'elle obéit à un dessein qui peut être déterminé de l'extérieur par un principe transcendant ou idéal, ou, au contraire, le produit d'une logique et de forces immanentes. C'est la réalisation téléologique qui en caractérise la signification, c'est-à-dire la réalisation d'un dessein. C'est une affirmation de l'antiquité à la renaissance. Aristote, dans l'Éthique à Nicomaque²⁰, en a conceptualisé le sens sous la forme de « Telos » (qui a donné téléologique) ou de cause finale.

Le bonheur dans ses déclinaisons :

Selon Platon, il existe une hiérarchie dans le bonheur : les biens relatifs aux corps, les biens extérieurs et ceux relatifs à l'âme²¹.

Le bonheur ou la sagesse, correspond pour Platon à l'accès au « Vrai, au Beau, au Juste » c'est-à-dire à des valeurs, des normes, des principes, des idéaux dans une perception globale, par-delà les choses sensibles. Dans le Timée, il fait dire à Socrate « Un homme sera suprêmement heureux (eudaimôn) s'il ne cesse de prendre soin de son élément divin et qu'il maintient en bonne forme le démon (daimôn) qui, en lui, partage sa demeure »²².

Pythagore distingue 3 genres de vie : l'action, le gain (la gloire) et la contemplation. « Dans la vie, les uns naissent esclaves et chassent gloire et richesses, les autres naissent philosophes et chassent la vérité ».

Aristote insiste sur le désir de savoir, commun aux hommes, mais central chez le philosophe. Il veut savoir dans le seul but de savoir, savoir ce qui est universel et nécessaire.

La notion de bonheur va traverser la pensée occidentale depuis Socrate (Ve siècle av. J.-C.) et évoluer sensiblement au fil du temps et l'on peut distinguer aujourd'hui plusieurs grandes phases²³ :

- Durant l'Antiquité grecque puis romaine, les philosophes s'interrogent sur les conditions qui relient — ou au contraire opposent — le bonheur et le plaisir. Les Grecs emploient le terme eudaimonia (eudémonisme) ;
- Le judaïsme, le christianisme promeuvent l'idée qu'il n'est de bonheur absolu qu'au Paradis, duquel ont été chassés Adam et Eve, mais ici-bas, l'homme peut vivre dans la béatitude en s'entretenant avec Dieu par la prière et en agissant de sorte de le servir. Alors qu'en Grèce, le débat sur le bonheur se limitait à quelques philosophes, l'Église s'assigne la tâche de propager l'Évangile (euangélion, «bonne nouvelle», « urbi et orbi »), notamment et précisément cette idée de béatitude.
- Avec les temps modernes, sont combinées les approches gréco-romaine et judéo-chrétienne : le bonheur "terrestre" est réhabilité, le monde cesse d'être associé seulement au « mythe » de la création divine car on porte un intérêt à ses caractéristiques physiques. On parle alors de "félicité" puis — quand s'élabore la langue française — de "bonheur", l'imprimerie puis les politiques éducatives des nations contribuent à ce que la question du bonheur soit largement débattue.

Depuis l'avènement de la modernité, la notion évolue dans le sens d'un matérialisme affirmé, parfois revendiqué.

- Au XVIe siècle, les premiers intellectuels humanistes s'intéressent à la façon dont les humains réfléchissent par eux-mêmes (sans nécessairement se référer à Dieu), à leur manière d'appréhender le monde (que ce soit sous l'angle de la raison ou par le biais de la sensibilité) et d'y évoluer dans les meilleures conditions.
- Au XVIIe siècle, notamment avec Pascal et Spinoza, émerge la philosophie morale. Les penseurs occidentaux s'attachent à élaborer des doctrines visant à définir l'état de bonheur et préconiser les voies pour l'atteindre

19. Shakespeare (trad. Pierre Jean Jouve), Macbeth, Flammarion, 2006, 292 p. (ISBN 978-2-08-071295-0), p. 59

20. Aristote, Éthique à Nicomaque, Vrin (traducteur J. Tricot), 2007, Aristote, Éthique à Nicomaque II, 4, 1105 b 25

21. Luc Brisson, Le bonheur selon Platon [archive], Le Point, 20 octobre 2016

22. Platon, Timée. Cité par Frédérique Ildefonse, article « Platon », in Michèle Gally (dir.) Le bonheur, Dictionnaire historique et critique, CNRS, 2019, p. 296

23. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Bonheur>

- À la fin du XVIIIe siècle, « le bonheur est une idée neuve en Europe » (Saint-Just) au sens où le concept est totalement sécularisé. Se pose alors la question du « bonheur collectif », celui de « la société ». La démocratie est pensée comme un moyen d'atteindre le bonheur par l'intermédiaire d'hommes politiques préalablement choisis — les « élus » — et plus globalement l'État, qui commence à occuper dans l'imaginaire collectif une place équivalente à celle qu'occupait l'Église jusqu'alors.
- En France, la notion de bonheur prend un sens politique une vingtaine d'années plus tard, sous la Révolution française²⁴, quand l'article 1er de la constitution de 1793 postule que « le but de la société est le bonheur commun » et que Robespierre proclame : « l'homme est né pour le bonheur et pour la liberté [...]. La société a pour but la conservation de ses droits et la perfection de son être [...]. C'est à vous de faire votre métier : rendre les hommes heureux et libres par les lois²⁵ ». Peu à peu, les révolutionnaires français assignent à l'État un rôle comparable à celui qu'occupait précédemment l'Église. Ainsi, au fil du temps se développera le concept d'État-providence, le « bonheur ici-bas » (bien-être) occupant la place jusqu'ici détenue par l'Église « le salut dans l'au-delà ».
- Durant la seconde moitié du XIXe siècle, Marx et Nietzsche désignent chacun « le bonheur » comme un concept occultant des réalités essentielles : d'une part les inégalités sociales (Marx), d'autre part le fait que les humains endossent une lourde responsabilité morale depuis qu'ils affirment que « Dieu est mort » (Nietzsche). Pour le premier, le bonheur est une valeur bourgeoise, qu'il faut transformer en « question politique », plus exactement en facteur d'émancipation politique²⁶. Pour le second, le bonheur consiste en « une énergie vitale » qui pousse l'homme à accueillir avec joie tout ce qui advient, même le malheur²⁷.
- Au XXe siècle, la psychologie et la sociologie prennent le relais de la philosophie mais, après les ravages causés par les deux Guerres mondiales et la découverte des camps d'extermination, elles peinent à conceptualiser la question du bonheur. On parle alors de « paix » et de « droits de l'homme ». Selon la psychanalyse, ce qu'on entend généralement par « bonheur » résulte d'une volonté « inconsciente » et fébrile d'assouvir ses désirs, au point de considérer ceux-ci comme des « besoins ». Quand les pays industrialisés sont gagnés par le consumérisme et la multiplication des loisirs, la publicité devient un moyen d'attiser ces désirs et de propager l'idée que le bonheur se réduit à une simple question de confort matériel. Émerge alors le courant de la « pensée positive » visant à démontrer que quiconque, à force de volonté, peut trouver en lui-même les ressources nécessaires pour conjurer tous les désagréments. On parle alors d'estime de soi, de développement personnel, de résilience,.... Pour ceux dont la volonté ne suffit pas, les neurobiologistes étudient les relations chimiques à l'œuvre dans le cerveau de façon à concevoir des traitements médicamenteux leur permettant de lutter contre des pathologies liées à la « vie moderne » (stress, burn-out, dépression,...).
- Au début du XXIe siècle, le nombre de livres sur le bonheur explose : non seulement en philosophie mais dans le domaine du management et chez d'innombrables « marchands de bonheur »²⁸, au point que certains voient dans ce phénomène l'émergence d'une « industrie »²⁹ et d'une « économie du bonheur ». Le thème du bonheur est partout : les Nations Unies proclament la « Journée mondiale du bonheur », le Bhoutan institue le « Bonheur intérieur brut », les Émirats arabes unis créent un « ministère du bonheur », les grandes entreprises instaurent la fonction de « responsable du bonheur » (comme chez Google par exemple), certains scientifiques entreprennent de « mesurer le bonheur »³⁰... et l'on trouve même des militants de la décroissance défendre le principe d'une « sobriété heureuse ». Le thème du bonheur s'impose en force et est essentiellement mis en relation avec les conditions de travail³¹. Le phénomène a donné lieu et particulièrement en France à la création en 2010 de "l'Observatoire international du bonheur" et en 2015 fut instituée l'Université du bonheur au travail (Ubat).

Aujourd'hui, les « sciences du bonheur » constituent un champ de recherches regroupant des spécialistes de divers disciplines humaines, chercheurs en sciences de santé, sociales et expérimentales, en sciences de l'éducation, mêlant psychologues, économistes, sociologues, philosophes, historiens ainsi que neurologues et cogniticiens.

24. Robert Mauzi, L'idée du bonheur dans la littérature et la pensée françaises au XVIIIe siècle, Slatkine, 1960, 725 p.

25. Robespierre, « Sur le gouvernement représentatif », 10 mai 1793. Cité par Pierre-André Taguieff, op. cit. p. 71.

26. Franck Fischbach, Le bonheur est une question politique [archive], France Culture, 25 avril 2017.

27. Paul B. Preciado, Avec Marx, le bonheur est émancipation politique [archive], Libération, 21 octobre 2016.

28. Virginie Spies, Télévision, presse people : les marchands de bonheur, De Boeck, 2008.

29. Eva Illouz et Edgar Cabanas, Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies, Premier Parallèle, 2018.

30. Francesco et Luigi Luca Cavalli-Sforza, La science du bonheur. Les raisons et les valeurs de notre vie, Odile Jacob, 1998.

31. 82% des salariés estiment que l'entreprise est responsable de leur bonheur, selon un sondage [archive], Le Figaro, 21 janvier 2020.

En guise de conclusion,

Le bonheur ou la sagesse réside dans la plaisir juste (homéostasie), la connaissance (de soi et du monde), la vertu (éthique ou déontologie) et sa mise en pratique dans une finalité d'équilibre à l'intérieur de soi et de structuration autour de soi d'un monde meilleur (république de Platon ou cité vertueuse d'Al-Farabi ou encore cité de dieu selon Saint-Augustin d'Hippone).

La science, les philosophies orientale et occidentale, les religions s'y prennent avec des méthodes différentes mais elles ont pour point commun l'amélioration de la condition d'être-homme en soulageant ses désirs et besoins pour un devenir idéal qu'est un monde meilleur ici-bas et/ou un salut dans l'au-delà.

C'est à partir de la connaissance de soi (conscience de soi) qu'on pourrait mieux connaître le monde (conscience du monde) et vice-versa en vue de vivre d'autres niveaux de connaissances (conscience totale ou pleine conscience), ce qui donnerait lieu au sens « Telos » ou « Essentiel » de l'être au monde.

Le « Telos nécessite une ou des croyances et tendre à s'auto-réaliser à leur lumière pour que le futur soit au présent et que le présent incarne le futur et pour ce faire, il est nécessaire de disposer de paradigmes adéquats, c'est à dire qui tiennent compte des trois dimensions de l'Être : corps, esprit, métaphysique ou Avoir, Être et Devenir.

B- Spiritualité, paradigmes et Telos (Avoir, Etre et Devenir) ³²

Nous sommes des êtres en devenir et nous n'avons pas « réponse » à tous nos besoins et désirs et quand il y a réponse, elle ne se produit pas toujours comme attendu, ni dans les délais souhaités. « Se projeter dans un avenir meilleur », même s'il ne se réalise pas comme tel, permet de finaliser les frustrations du présent dans un but, dans un futur, dans une finalité (télos d'Aristote). Encore faut-il avoir un paradigme ?

Paradigme, croyance et finalité :

Paradigme :

Un paradigme est une représentation du monde, une manière de voir les choses, un modèle cohérent qui repose sur une base définie (matrice disciplinaire, modèle théorique ou courant de pensée). C'est en quelque sorte un rail de la pensée dont les lois ne doivent pas être confondues avec celles d'un autre paradigme et qui, le cas échéant, peuvent faire obstacle à l'introduction de nouvelles solutions mieux adaptées.

En linguistique, le paradigme est l'ensemble des formes différentes que peut prendre un mot. Le paradigme du verbe être au présent de l'indicatif est : suis, es, est, sommes, êtes, sont.

Dans les sciences sociales, le terme est employé pour décrire l'ensemble d'expériences, de croyances et de valeurs qui influencent la façon dont un individu perçoit la réalité et réagit à cette perception. C'est un système de représentation qui lui permet de définir l'environnement, de communiquer à propos de cet environnement, d'essayer de le comprendre ou de le prévoir. Les paradigmes tendent à différer selon les groupes sociaux et à changer dans le temps en fonction de l'évolution des connaissances (cas notamment des paradigmes scientifiques).

Le terme paradigme épistémologique était employé au début du XIX siècle, pour désigner un modèle de pensée dans des disciplines scientifiques. L'emploi le plus répandu se trouve aujourd'hui chez le philosophe et sociologue des sciences Thomas Kuhn³³ qui l'utilisait pour désigner l'ensemble des règles admises et intériorisées comme « normes » par la communauté scientifique, à un moment donné de son histoire, pour délimiter et problématiser les « faits » qu'elle juge dignes d'étude.

Thomas Kuhn cherche à historiciser la science et à rejeter une conception fixiste de celle-ci. Dans son ouvrage principal « Structure des Révolutions Scientifiques (1962) : Il ne considère pas le développement scientifique comme un processus d'accumulation, Pour lui, il y a des « épisodes extraordinaires » qui correspondent à des « révolutions scientifiques » (Copernic, Newton, Einstein). Toutes viennent renverser un paradigme dominant.

Tout n'est pas démontrable dans un paradigme. Au départ, il donne lieu à des hypothèses (croyances) qui vont être soumises à démonstrations ou à expérimentations pour en établir les preuves et valider ou non le paradigme. Les paradigmes qui ont participé à la structuration du monde autour de nous depuis la renaissance sont l'humanisme, le rationalisme, le matérialisme, le naturalisme, l'évolutionnisme, le positivisme, l'existentialisme, le scientisme, ...).

La philosophie des sciences modernes a abouti, depuis un siècle, à la nécessité pour la science et la religion de marquer leurs territoires. Le principe aujourd'hui largement accepté est celui du non-recouvrement. La pensée religieuse et la pensée scientifique poursuivent des buts différents. La science explique le fonctionnement de l'univers (« le comment ça marche ») tandis que la religion propose des croyances qui donnent un sens à l'univers (« le pourquoi ça marche ainsi »).

Les spiritualités modernes et la science semblent se rencontrer aujourd'hui en fournissant les preuves scientifiques sur les vertus thérapeutiques de la méditation et des autres EMC, mais aussi du jeûne et de l'hygiène de vie (alimentation, stress, activité physique).

A l'époque moderne, les paradigmes des sagesse classiques (antique et médiévale) en tant que voies d'amélioration de l'Homme par l'individu ont été supplantés par les paradigmes visant à apaiser ses passions, en tant « genre humain », au moyen de solutions globales, souvent d'ordre économique et/ou politiques (libéralisme, socialisme, communisme, anarchisme,...).

La « faillite » ou la remise en cause actuelle de ces paradigmes, de même que la prise de conscience de la dégradation de l'éco-système par la société matérialiste, ont conduit, depuis quelques décennies maintenant, à un regain d'intérêt pour ces « sagesse », c'est-à-dire des voies permettant à l'individu de s'améliorer au moyen d'un mode de vie équilibrée et d'un certain contrôle de ses passions vis-à-vis du monde extérieur.

32. Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

33. Thomas Kuhn (trad. Laure Meyer), La structure des révolutions scientifiques [« The Structure of Scientific Revolutions »] Paris, Flammarion, coll. « Champs / 791 », 2008 (1re éd. 1962), 284 p. (ISBN 978-2-0812-1485-9, OCLC 262699548). Scientific

Croyance :

La croyance est le fait de tenir quelque chose pour vrai, et ceci indépendamment des preuves éventuelles de son existence, réalité, ou possibilité. Le concept philosophique de croyance fait partie de la théorie de la connaissance.

Aujourd'hui, le terme croyance a deux usages : d'une part le rapport de l'individu aux mythes et aux hypothèses scientifiques, et de l'autre les hypothèses, tenues pour vraies, relatives aux choses de la vie courante.

Le doute et l'inconfort intérieur qu'il génère est le mécanisme qui amène l'individu à remettre en cause l'image qu'il se fait de la réalité. Mais comme il est impossible de remettre perpétuellement toutes ses connaissances en cause pour agir, il agit selon une approche plus ou moins fine de la réalité selon ses buts, les situations et les contextes, dans un genre « d'acte de foi » spontané.

Les croyances seraient soumises aux principes de la sélection naturelle et évolueraient d'une façon plus ou moins autonome à l'image des gènes et de la génétique (Même et Mémétique de Richard Dawkins.1976)³⁴. La croyance semble être un mécanisme étroitement lié à la conservation et à la survie. C'est un mécanisme qui empêche la rupture en cas de situation paradoxale : quand aucune réponse ne peut être mise en œuvre, la croyance prend un relais inattendu. C'est là que l'on trouve les mythes, la religion et autres croyances. Ils sont une accommodation d'un réel relatif et incertain, des fois déconcertant et inexplicable. Les croyances sont une façon d'expliquer la réalité en permettant d'arranger le paradoxe d'une expérience donnée.

L'homme vit dans le paradoxe (dualité du monde), il vit l'incomplétude et ne connaît que le « manque » au niveau physique (besoin) et au niveau psychique (désir) et cherche la « délivrance ou la salut » en arrangeant le réel par des croyances, dans l'espoir ou dans une finalité de devenir « heureux »

Les paradigmes post-modernes ne font que soulager ses besoins matériels en attisant ses désirs d'épanouissement existentiel, tout en le laissant sans signification sur sa raison d'être essentielle. C'est dans cette béance que les croyances transcendantales ou spirituelles se développent. L'Homme est incomplet et cherche sa complétude, non sur une seule possibilité mais sur les trois possibilités existentielles (Avoir, Etre et Devenir) pour faire « Unité » et retrouver dans un premier temps la tradition rationaliste occidentale que sont la phénoménologie de Husserl³⁵, l'existentialisme de Heidegger³⁶ et leur traduction en terme psychologique et psychopathologique (L. Binswanger.1971³⁷ et E. Minkowski.1966³⁸. Psychiatres) dans l'Analyse existentielle et la psychothérapie phénoméno-structurale³⁹. Il pourra ensuite, selon sa sensibilité et s'il le souhaite ; évoluer vers des paradigmes à la spiritualité « plus caractérisée ».

Finalité :

DEVENIR, UNE QUESTION CRUCIALE⁴⁰ : L'histoire de l'Homme, c'est l'histoire de ses représentations, l'histoire du comment il a donné du sens à sa vie, à son environnement et à l'univers.

Une finalité suppose un devenir et un devenir suppose un paradigme.

L'homme ne crée pas et n'invente pas dans l'absolu, il vit des contextes sociaux et culturels qui l'amènent à structurer le réel d'une certaine façon. Il ne peut pas ne pas donner et se donner du sens.

C'est dans cette interaction au milieu qu'il élabore et développe des théories et des idéaux. Il modélise le sujet et l'objet et la relation les reliant. L'étude du sujet éclaire et définit l'objet même si ce dernier n'est pas toujours perceptible physiquement et vice versa. Le vide définit le plein et le plein définit le vide.

Nous sommes peut-être arrivés, en ce début de 21^e siècle, à ce paradigme de la bouteille mi-vide, elle est en même temps mi-pleine. Elle n'est pas vide et elle n'est pas pleine, que peut-elle être ?

L'homme modélise parce qu'il est habité par l'harmonie et fait l'expérience des paradoxes d'une réalité duale, il vit le manque et l'incomplétude. Voici les besoins qui le caractérisent et qui motivent ses élaborations.

- 1- Les besoins physiques et biologiques (Avoir)
- 2- Les besoins d'estime et de reconnaissance (Etre)
- 3- Les besoins de donner un sens unitaire à son expérience de l'existence (Devenir).

34. Richard Dawkins Le Gène égoïste (en anglais : The Selfish Gene, Oxford University Press, New York, 1976, 352 p., poche

35. Edmund Husserl (trad. Alexandre Lowit), L'idée de la phénoménologie : Cinq Leçons, PUF, coll. « Épiméthée », 1985, 3e éd., 136 p.

36. Les Concepts fondamentaux de la métaphysique : monde, finitude, solitude, Paris, Gallimard, 1992, (trad. Daniel Panis).

37. Binswanger (Ludwig) Introduction à l'analyse existentielle, Éditions de Minuit, 1971

38. Traité de psychopathologie. Minkowski (Eugène). Edité par Puf, Logos, 1966

39. Roger Mucchielli, Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale. Dessart. Psychologie et sciences humaines. Bruxelles 1967

40. Ameer.A, Devenir, une question cruciale, de la méta-conscience en sophrologie à une théorie de la transcendance selon les paradigmes modernes, Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance » - Paris 2005 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/devenir_et_m%C3%A9taconscience_article_22.pdf

La réponse aux besoins physiques et biologiques a permis par exemple l'accès à de meilleurs abris et à l'amélioration de la sélection de l'espèce, elle a permis aussi l'institution de propriété, du mariage et la structuration des liens filiaux.

La réponse aux besoins d'estime et de reconnaissance a permis par exemple de grandes révolutions culturelles qui ont donné lieu à ce qui est communément admis, aujourd'hui, comme progrès social et culturel.

La réponse aux besoins de type 3 permet de donner du sens à son existence et à l'existence, cela a permis de structurer des philosophies et des systèmes de pensée transcendants (spiritualités et religions). Il cherche à « être heureux », la recherche du bonheur qu'on peut traduire sur un plan profane par « plaisir », sur un plan plus abstrait par « estime et reconnaissance » et sur un plan subtil par « paix » ou « épanouissement de soi », aucune définition n'épuise le sujet sur un seul registre. Sur un plan clinique, nous pensons, à la lumière des expériences des uns et des autres, que le bonheur pourrait résider dans « croire ou se représenter que demain est meilleur qu'aujourd'hui ». Dans la dépression, nous avons à faire le plus souvent à un avenir en panne.

Nous pouvons dire que l'homme vit le présent et le rêve aussi (futur et finalité). L'idéal communiste par exemple ne s'est jamais réalisé comme tel, mais il a fait progresser le monde vers plus de social et d'égalité. Un idéal s'ajuste au fur et à mesure moyennant changements paradigmatiques.

Si les spiritualités modernes ont pris de l'essor dès les années soixante, c'est par cette mouvance culturelle protestataire de l'époque qui affirmait la suprématie de l'esprit sur la matière en rejetant matérialisme, rationalisme et consumérisme de la civilisation occidentale au profit d'un mysticisme oriental.

A l'heure d'aujourd'hui, nous pouvons dire que ces spiritualités permettent à l'homme moderne de faire l'expérience de cette autre réalité, les EMC ouvrant la conscience vers des champs transcendants. Mais l'homme vit toujours la même question du sens : quoi en faire au niveau « devenir » entre naturalisme et mysticisme ?

Nous reprenons l'exemple de la bouteille mi-vide et mi-pleine, nous aurions dans une évolution paradigmatique et selon les trois réductions phénoménologiques de E. Husserl. comme :

- 1° réduction ou 1° sens : il y a le vide et il y a le plein, c'est paradoxal.
- 2° réduction ou 2° sens : il y a le vide et le plein, le paradoxe est une caractéristique essentielle du monde.
- 3° réduction ou 3° sens : Il y a un réceptacle qu'est la bouteille, il y a le vide et il y a le plein. Par ce réceptacle, le vide et le plein font « un » dans une harmonie.

Nous adjoignons aux réductions husserliennes 2 réductions supplémentaires :

- 4° Réduction ou 4° sens : Le vide, le plein et le réceptacle existent et sont structurés par un « équilibre-hiérarchie » pour servir le contenu que le réceptacle contient, c'est fonctionnel.
- 5° réduction ou 5° sens : Le plein chasse le vide et le vide chasse le plein. C'est parce qu'il y a le vide dans le réceptacle que j'arrive à accueillir et à servir le plein. Le plein nécessite un vide et un réceptacle et vice versa pour le vide. Le réceptacle, le vide et le plein ont un but (projet d'action = servir). Le lien entre le vide et le plein est structural, mais il est aussi fonctionnel. La qualité de ce lien est déterminée par la finalité que nous lui donnons.

Une évolution paradigmatique : « Le vide, le plein, le réceptacle existent en eux-mêmes, ils sont « liés » par et dans une harmonie verticale, mais ils existent aussi « re-liés » de façon dynamique par et dans un équilibre-hiérarchie horizontale, l'ensemble se trouvant « re-re-lié » dans une finalité de « servir le contenu ».

Ainsi, il y aurait 3 types d'expérience d'unité ou de spiritualité :

- La première est structurale, elle est verticale, elle est harmonie (expérience Sujet : en soi).
- La deuxième est fonctionnelle ou dynamique, elle est horizontale, elle est équilibre-hiérarchie. (expérience Objet : pour soi ou le monde).
- La troisième est transversale, elle est en même temps centre et moteur pour un projet d'action (expérience Projet : Unité Sujet-Objet).

L'unité du 3° type, elle est ce par quoi le sujet, l'objet ont été « existenciés », elle est finalité de la verticalité et de l'horizontalité

Pendant le 20° siècle, naturalisme et transcendance n'ont pas réussi à faire « alchimie » malgré la tentative des spiritualités modernes. Nous observons toujours une tendance qui continue à modéliser, à l'occidentale, la conscience illimitée de l'Orient, c'est le modèle théorique et une tendance qui intègre davantage la dimension de l'objet pour des raisons thérapeutiques et pratiques, c'est le modèle clinique.

C'est le pari du 21° siècle, s'il réussit, nous assisterions, à une réconciliation épistémologique entre religions, philosophies et science. Il n'y aurait plus de rupture entre sciences diurnes et sciences nocturnes et il y aurait par

conséquent, trois dimensions à la connaissance, une dimension verticale, une dimension horizontale et une dimension finale.

La dimension finale consiste à réaliser un but, un idéal. C'est un effort permanent de transformation pour que l'harmonie soit horizontale et pour que l'équilibre-hiérarchie soit toujours connecté sur un plan vertical. C'est ici que se situe la responsabilité de l'homme en tant que « devenir final ».

L'argent et le pouvoir ne sont ni bons ni mauvais en soi, c'est la finalité que leur donnons qui les rend bons ou mauvais. La science objective, les systèmes transcendants (religions), les philosophies témoignent chez l'homme de cette pulsion à comprendre, à donner et se donner du sens. Ils peuvent devenir bons ou mauvais selon la finalité que nous leur donnons et par conséquent l'utilisation que nous en faisons.

Autrement dit, le vide et le plein sont dialectiques et donc complémentaires et nécessaires mais comme nous sommes finalisés, nous ne sommes pas encouragés à servir le vide. L'homme est un devenir final qui doit se déterminer et à agir en conséquence. Nous n'allons pas nous révolter contre la science parce qu'elle nous canalise dans un objet diurne et ne sait pas expliquer Dieu. Nous n'allons pas nous révolter non plus contre les systèmes transcendants parce l'utilisation qui en a été faite n'a pas toujours été éthique. Nous n'allons pas également nous révolter contre les philosophies parce qu'elles risquent de nous enfermer dans un circuit strictement sujet.

Il y a de la sagesse dans chacune d'elles. Il y a à considérer la recherche du sens comme un ensemble de connaissances à s'approprier qui se décline en modalités structurales, ce sont les philosophies orientales et occidentales ; en modalités horizontales, c'est la science moderne ; et en modalités finales, ce sont les systèmes transcendants (religions).

Le philosophe, c'est « l'amoureux de la sagesse », il cherche, selon Platon, « le Vrai, le Beau et le Juste » là où il se trouve, sous-entendu, pour nous, à la lumière des connaissances d'aujourd'hui, sur les 3 plans de l'être : « Avoir, Etre et Devenir » ou « Corps, Esprit et Métaphysique ».

La quête du sens est universelle.

C- Spiritualité et sciences médicales modernes

Médecine moderne :

La structure vivante possède un pouvoir d'auto-guérison. Elle est dotée de propriétés caractéristiques de la notion d'homéostasie. C'est à dire capacité (pouvoir ou tendance) de reconstituer l'intégrité de ses tissus lorsque cette intégrité a été affectée par des conditions de vie inadéquates; pouvoir de reconstituer, dans une certaine mesure, des tissus détruits par une blessure ; pouvoir de reproduire une partie manquante (Jean-Pierre HUBERT, 2016)⁴¹.

L'homme est le facteur fondamental de son mal et de sa guérison (Pr P.Cornillot, Président de la Faculté de médecine Paris XIII.1982)⁴². Les êtres vivants possèdent deux propriétés paradoxales appelées, l'Émergence et la Téléonomie. (Pr Jacques MONOD, prix Nobel.1965, séance inaugurale de la chaire de biologie moléculaire au Collège de France, novembre 1967). La téléonomie peut être formulée comme l'adaptation de la vie à la vie, la sauvegarde de la vie ou la survie.

L'histoire de la médecine a une enfance, qui s'étend sur des millénaires et jusqu'au 19^e siècle; elle se situe dans la tradition de la médecine globale, hippocratique, et finalement d'une médecine pratiquement sans base et sans moyen scientifique au départ, sa seule spécificité est de soigner. Le milieu du 19^e siècle a été celui de l'esprit scientifique appliqué à la médecine avec la négation de la génération spontanée par PASTEUR, la définition de la méthode par Claude BERNARD et la naissance de la médecine anatomo-clinique de LAENNEC. Il faut ensuite attendre le début de la deuxième guerre mondiale avec la découverte des sulfamides et des antibiotiques qui, après l'ère du « diagnostic », inaugure celle de la thérapeutique. L'Homme malade n'est pas uniquement un corps malade ou un esprit malade, mais une entité existentielle souffrante. L'homme souffre incontestablement dans son corps d'inévitables frictions avec son milieu. La médecine doit rester une médecine de l'homme en mouvement, de l'homme en situation, de l'homme aux multiples facettes, de l'homme social, de l'homme total, c'est-à-dire de l'homme bio-psycho-socio-culturel (Dr Yves LARAQUE, Ancien chef du département Naturothérapie à la Faculté de médecine de Bobigny Paris XIII)⁴³.

La médecine hippocratique procède d'une approche globale et non parcellaire, privilégie l'homme, son environnement et son mode de vie, étudie ses dimensions bio-psycho-sociale-spirituelles et s'appuie sur la rigueur d'une analyse objective de la pathologie, s'efforce de retrouver le sens d'une médecine praticienne, pratique intégrant la famille et ce, dans une approche aussi scientifique qu'intégrative.

Dans « Charmide »⁴⁴ ou « de la sagesse morale », Platon traite de sagesse sous la forme d'un état d'âme constitué de calme, de sérénité et aussi de concentration. Un mot revient régulièrement dans son texte : Sophrosuné qui désigne précisément cette paix intérieure. Charmide souffre d'un mal de tête tenace et de « quelques lourdeurs » au réveil. Socrate précise que le remède à ces maux est une plante, mais qu'une incantation se joint toutefois à ce remède : « Si l'incantation est employée en même temps que la médication, celle-ci vous fait radicalement retrouver la santé. Mais sans la technique incantatoire, l'utilité de la plante s'avère nulle. Le caractère de l'incantation est tel, en effet, qu'elle n'a pas la vertu de remettre en bonne santé seulement la tête. Sans doute as-tu toi-même entendu parler de ces « bons médecins » qui, recevant quelqu'un qui souffre des yeux, ils lui disent qu'il est impossible d'entreprendre de guérir les yeux pour eux-mêmes et isolément ; mais que forcément, il doit y avoir lieu de soigner la tête en même temps, si l'on désire que tout aille bien pour la vue. Réciproquement, c'est le comble de la déraison que de s'imaginer qu'on puisse soigner la tête en tant que tête et pour elle seule sans soigner le corps tout entier. Zalmoxis [...] atteste qu'on ne doit pas davantage chercher à guérir le corps sans chercher à guérir l'âme... C'est en effet dans l'âme que pour le corps et pour l'homme dans sa totalité, les maux et les biens ont leur point de départ. C'est par les incantations qu'on soigne l'esprit »⁴⁵.

Les neurosciences sont venues démontrer de façon expérimentale (Evidence Based Medicine) les vertus de la spiritualité et des EMC sur la santé. (sérotonine (bien-être), dopamine (plaisir), baisse des hormones du stress (cortisol), modification des structures cérébrales impliquées dans l'émotion par l'augmentation du volume de l'hippocampe et diminution de celui des amygdales).

Auparavant, il a été démontré de façon clinique et notamment les vertus psychologiques des EMC, par l'expression-libération des affects réprimés, par le corps dans les thérapies psycho-corporelles (végétothérapie de Reich et bioénergie de Lowen, sophrologie de A.Caycédo et sophrologie analytique de JP.Hubert). L'expression des affects se fait aussi par la parole (psychothérapies et psychanalyse. Freud, Jung, Lacan). Les affects correspondent à des mécanismes neurobiologiques identifiés aujourd'hui par la science suite aux travaux expérimentaux de H. Selyé et de WB.Cannon et ceux psychologiques par les travaux de Rahé, Lazarus, et Folkman et ceux sociaux par les travaux de A.Stepoe.

41. JP. HUBERT.JP, la Naturothérapie ; Tome1-Formation théorique, L'Harmattan , Paris.2019.221 p.

42. Ibid

43. Ibid

44. Luc Brisson et Louis-André Dorion (trad. du grec ancien), Charmide : Platon, Œuvres complètes, Paris, Éditions Flammarion, 2008 (1re éd. 2006), 2204 p. (ISBN 978-2-08-121810-9)

45. JP. Hubert, Traité de sophrologie, origine et développement, le Courrier du Livre. Paris 1988

Et plus récemment encore, la pratique de la pleine conscience par ses vertus MBSR- Mindfulness-Based Stress Reduction (Réduction du Stress Basée sur la Pleine Conscience) de Jon Kabat-Zinn en 1990 et cognitive par la MBCT-Mindfulness-Based Cognitive Therapy (Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience) de Zindel Segal, John Teasdale et Mark Williams au début des années 2000.

Un modèle bio-psycho-social de la santé s'est structuré dans différents endroits du monde : salutogenèse contre pathogenèse dans la pratique médicale publique suisse (Canton de Vaud), empowerment dans les pays d'Amérique du Nord et médecines naturelles en France (Paris XIII).

Des enseignements sur les états modifiés de conscience (EMC) se sont multipliés, depuis plusieurs décennies maintenant : sophrologie en Espagne par la fédération mondiale de sophrologie.A. Caycède.1960, en France par la faculté européenne de sophrologie JP.Hubert.1971, DU de médecine naturelle en 1982 par la faculté de médecine Paris XIII, DU de sophrologie à la faculté de médecine à Lille en 2005 ou d'autres DU plus récents, « médecine, méditation et neurosciences » de la faculté de médecine de Strasbourg, « Alimentation santé et neuro-nutrition » de la faculté de médecine-pharmacie de Dijon, « Hypnose clinique et thérapeutique et pleine conscience » de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Et plus récemment encore, en 2019 le CAS (Certificate of Advanced Studies) « Santé, médecine et spiritualité » de l'Université de Lausanne (UNIL) et de l'Ecole Polytechnique Fédérale de Lausanne (EPFL).






Les interventions non médicamenteuses (INM) : la Haute Autorité de Santé-France.2011 :

« Une INM est une intervention non invasive et non pharmacologique sur la santé humaine fondée sur la science. Elle vise à prévenir, soigner ou guérir un problème de santé. Elle se matérialise sous la forme d'un produit, d'une méthode, d'un programme ou d'un service dont le contenu doit être connu de l'utilisateur. Elle est reliée à des mécanismes biologiques et/ou à des processus psychologiques identifiés. Elle fait l'objet d'études d'efficacité. Elle a un impact observable sur des indicateurs de santé, de qualité de vie comportementaux et socio-économiques. Sa mise en œuvre nécessite des compétences relationnelles, communicationnelles et éthiques » (Plateforme universitaire collaborative CEPS, 2017).

En 2011, la Haute Autorité de Santé française distingue 3 catégories d'INM : les « thérapeutiques physiques », les « règles hygiéno-diététiques » et les « traitements psychologiques ».

La Plateforme CEPS propose une classification comprenant 5 catégories et 22 sous-catégories⁴⁶.

Classification des Interventions Non Médicamenteuses (INM)

 Psychologiques	 Physiques	 Nutritionnelles	 Numériques	 Élémentaires
Art Thérapies	Programmes d'activité physique	Compléments alimentaires	m-Santé	Préparations minérales
Programmes d'éducation santé	Hortithérapies	Programmes nutritionnels	Thérapies par le jeu vidéo	Préparations mycologiques
Psychothérapies	Physiothérapies		Thérapies par la réalité virtuelle	Préparations botaniques
Pratiques psychocorporelles	Thérapies manuelles			Méthodes électromagnétiques
Thérapies assistées par l'animal	Programmes balnéologiques			Cosmécéutiques

Version 3.0, Plateforme CEPS, Universités Montpellier, France, 2020

Les INM s'intègrent aux parcours individuels de soins, de santé et de vie d'une personne malade ou à risque de maladie (Ninot, 2019)⁴⁷. Elles ont une action préventive ou thérapeutique. Elles potentialisent l'action de traitements biomédicaux. Elles se distinguent des médecines alternatives (parallèles...) et des pratiques socioculturelles par le fait de s'appuyer résolument sur la science et la démarche qualité. Il en existerait 400 selon la Haute Autorité de Santé et l'Académie Nationale de Médecine. Les INM sont utilisées notamment en médecine générale, en médecine interne, en gériatrie, en psychiatrie, en médecine physique de réadaptation, en soin thermal, en prévention santé (...). Ce sont les patients souffrant de maladies chroniques qui en bénéficient le plus.

46. <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr>

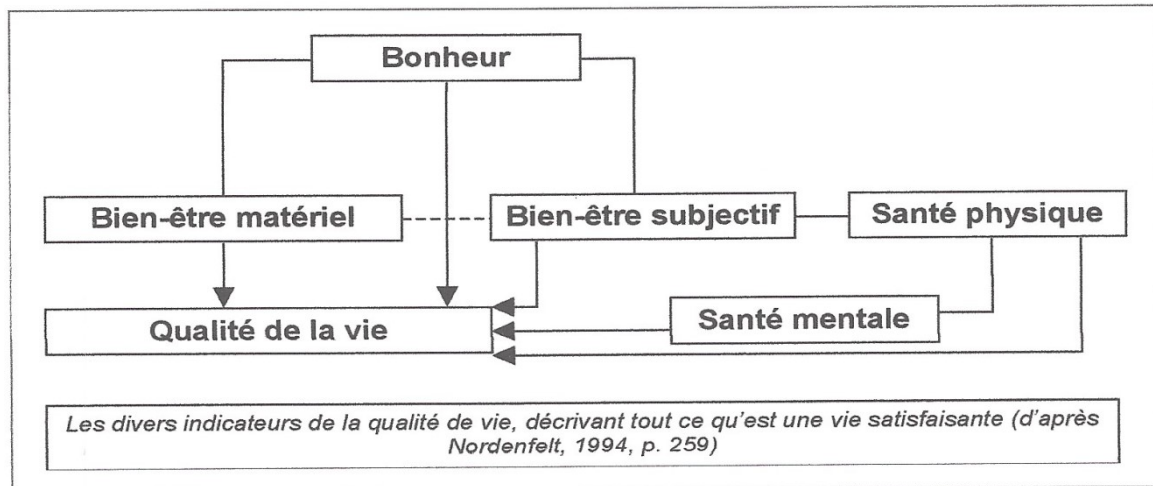
47. Gregory Ninot, Guide professionnel des interventions non médicamenteuses. Dunod 2019

L'Académie Nationale de Médecine française les nomme « thérapies complémentaires » dans son rapport publié en 2013. La Haute Autorité de Santé (HAS) parle de « thérapeutiques non médicamenteuses validées » et recommande d'améliorer le cadre économique et organisationnel, l'information des professionnels de santé et des patients, l'adhésion des professionnels de santé aux recommandations et l'accès à l'offre de ces médecines⁴⁸.

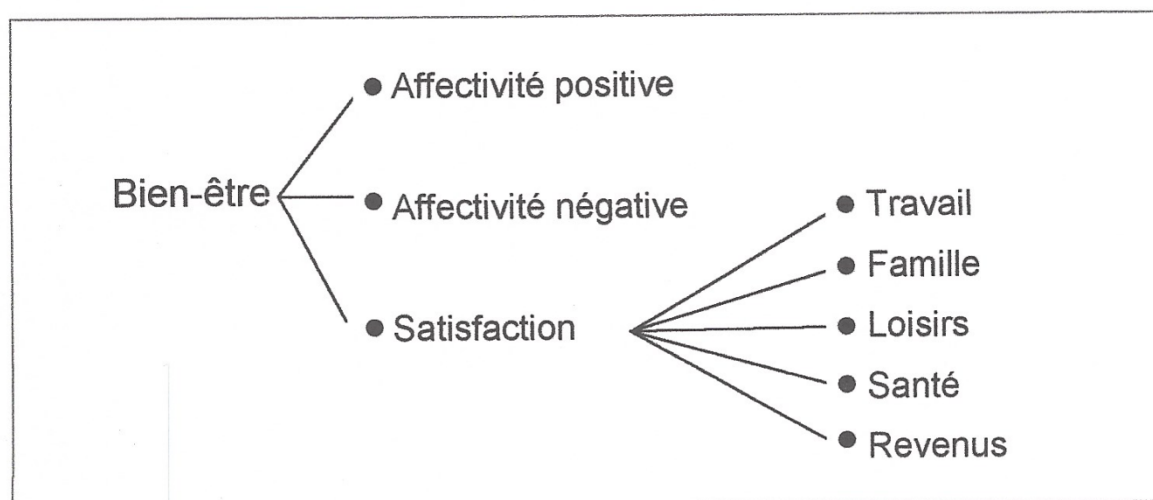
Qualité de vie et santé : WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life Assessment)-OMS.2000 :

C'est une appréciation multidimensionnelle de la santé qui repose sur des items objectifs (conditions de vie, santé fonctionnelle) et subjectifs (satisfaction, bonheur, bien-être). La qualité de vie concerne la personne dans sa globalité et son évolution dans son environnement.

Selon Nordenfelt.1994⁴⁹, la qualité de vie comporte un certain nombre de composantes :



Elle comporte aussi une organisation hiérarchique :



La qualité de vie (QDV) est définie par l'OMS (1994) comme : « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes ».

L'OMS publie, en 2000, le rapport « principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à la médecine traditionnelle » où l'on voit élaboré une échelle d'évaluation « Qualité de vie et santé : WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life Assessment) » qui considère le degré de « Santé » en rapport avec le « Bien-être » à plusieurs registres dont la « Spiritualité/religion/croyances personnelles » (domaine VI). Les autres registres sont la santé physique (domaine I), la santé psychologique (domaine II), degré.

48. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
 49. Elodie Giroux, Après Canguilhem : définir la santé et la maladie, Paris, P.U.F, 2010

d'indépendance (domaine III) relations sociales (domaine IV), environnement (Domaine V). L'échelle WHOQOL permet de mesurer le niveau de bien-être global comme indicateur de santé Cette échelle consiste en un questionnaire d'auto-évaluation générique et multidimensionnel. C'est un outil transculturel, traduit dans plus de 20 langues, dont le Français, et a pour but d'évaluer les quatre facteurs susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie des personnes interrogées.

La facette WHOQOL- Spiritualité/religion (domaine VI) « examine les croyances personnelles et l'effet qu'elles ont sur la qualité de vie, que ce soit en aidant les êtres à surmonter les difficultés de la vie, en donnant un sens à leur expérience ainsi qu'à leurs interrogations spirituelles et personnelles, ou plus généralement en leur donnant un sentiment de bien-être. Elle s'adresse aussi bien aux personnes qui appartiennent aux diverses religions établies (bouddhisme, christianisme, hindouisme, islam, etc.) qu'à celles dont les croyances personnelles et spirituelles ne s'inscrivent dans aucune orientation religieuse particulière. La religion, les croyances personnelles et la spiritualité donnent à grand nombre de personnes réconfort, bien-être, sécurité, sentiment d'appartenance, raison d'être et force. Certaines personnes, par contre, estiment que la religion a une influence négative sur leur vie » (extrait du rapport OMS.2000).

Les indicateurs-qualité de vie peuvent guider le patient dans les conduites de santé et adapter la manière de voir les soins et les prises en charge médico-socio-psychologiques en collaborant avec les soignants et les accompagnants. Cette mesure reflète ainsi le vécu et l'adaptation du patient à sa maladie ou à la vie avec sa maladie. Elle présente l'intérêt, pour les soignants, les accompagnants et pour les familles, d'accorder plus d'importance aux effets systémiques d'une prise en charge.

Le principe des plans internationaux (OMS.2014-2023) et nationaux (Ministère de la santé-France 2007-2011) vise l'amélioration des conditions de vie des personnes qui souffrent de maladies chroniques. Un certain nombre d'études montre une réduction des dépenses de santé lorsque des stratégies de prévention et d'accompagnement thérapeutique sont mises en place. Un patient mieux dans sa tête, mieux dans son corps et mieux avec les autres sera susceptible de mieux gérer sa maladie. Il pourra limiter le nombre de soins non programmés. Les autorités de santé recommandent aux professionnels de santé de viser autant l'amélioration de la qualité de vie que l'augmentation de la durée de vie pour tout choix thérapeutique.

Pour un modèle de qualité de vie et de « santé totale » ou « santé existentielle » (A.Ameur 2019) ⁵⁰.

La qualité de vie est un concept initialement socio-politique, avant que la Médecine ne s'en empare, puis les Sciences Humaines.

Viser la santé, c'est bien mais ce n'est pas tout. La vie est de « Qualité » quand elle "fait sens" en tant que lieu de plaisirs: affects et besoins, mais aussi sensorialité (écouter, voir, goûter, ...), en tant que mouvement-élan vital (agir, marcher, se relaxer, ...), en tant que signifiant (valeurs, essentialité, spiritualité) et en tant que direction reliant le passé (ses histoires, événements, personnalité), au futur (ses aspirations, espoirs).

Le modèle de qualité de vie et de « santé totale » (A.Ameur 2019) ⁵⁰.

Recherche	BONHEUR		
L'Homme			
Ses besoins de satisfaction	Physiques	Estime et reconnaissance	Epanouissement existentiel
Ses dimensions existentielles	Avoir	Etre	Devenir
Sa quête	Bien-être matériel	Bien-être subjectif	Bien-être existentiel
Type de santé	Santé physique	Santé psychique	Santé spirituelle
Moyens à sa disposition	Le corps	Le psychisme	L'esprit
Finalité ou résultat recherché	Santé Existentielle ou Santé Totale		
Type de symptômes	Maladies physiques	Maladies psychiques	Maladies de « l'Etre au monde »
Psychopathologie	Santé Mentale		

50 Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

La santé est un « un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » et représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale » (OMS.1946). Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels.

La santé est existentielle dans la mesure où elle vise à retrouver ou disposer de son « élan vital » pour faire face aux aléas de sa condition d'être au monde. C'est continuer à être acteur de sa vie malgré événements de vie, maladie ou choix de destinée.

Ce modèle s'articule avec celui de la qualité de vie, défini également par l'OMS.2000⁵¹, en 6 domaines et 24 facettes :

1. Domaine physique : 1- Douleur et inconfort, 2- Energie / fatigue, 3- Sommeil.

2. Domaine psychique : 4- Sentiments positifs 5- Pensée, apprentissage, mémoire, concentration 6- Estime de soi 7- Image corporelle et apparence 8- Sentiments négatifs.

3. Niveau d'indépendance : 9- Mobilité 10- Activités quotidiennes 11- Dépendance aux médicaments ou aides médicales 12- Capacité de travail.

4. Relations sociales : 13- Relations personnelles 14- Soutien social 15- Activité sexuelle.

5. Environnement : 16- Sécurité physique 17- Environnement du lieu de vie 18- Ressources financières 19- Soins de santé et prestations sociales 20- Possibilité d'acquérir informations et compétences nouvelles 21- Participations à activités de loisirs 22- Environnement physique (pollution, bruits, climat, ...) 23- Transports.

6. Croyances personnelles/Spiritualités/Religions (24).

En guise de conclusion,

Le passage d'un modèle biomédical à un modèle biopsychosocial en médecine implique un changement de regard sur la personne malade. C'est un individu « indivisible » et non un organe défaillant ou une fonction altérée. Les EMC et les spiritualités sont des leviers pour une qualité de vie optimum par l'intégration de la dimension existentielle de « l'être-humain au monde ».

La qualité de vie liée à la santé est devenue un marqueur indispensable à la vérification de l'efficacité d'une thérapeutique, d'une prise en charge ou d'un accompagnement. C'est paradigmatique.

51. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). Quelle qualité de vie? / Groupe OMS Qualité de Vie. Forum mondial de la Santé 1996 ; 17(4) : 384-386. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>

D- Spiritualité et psychologie moderne

Psychiatrie :

En 1994, sous l'impulsion de Lukoff, Lu et Turner (1992), une nouvelle catégorie est créée dans le DSM-IV (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) afin de distinguer l'expérience spirituelle et religieuse de la maladie mentale. Cette modification est majeure. Elle renoue avec la prise en compte du religieux en santé mentale (Dein (2005)⁵².

Des croyances religieuses considérées comme saines se distinguent des délires à contenu religieux sur la base de trois critères : 1- la description de l'expérience religieuse ou spirituelle du patient est reconnaissable comme étant une forme de délire, 2- d'autres symptômes de troubles mentaux sont identifiés à d'autres niveaux dans la vie du patient, 3- Le style de vie que mène le patient, ses comportements et ses projets s'inscrivent davantage dans la dynamique d'une trajectoire de vie liée à la pathologie mentale que d'une trajectoire de vie liée à un enrichissement personnel suite à l'expérience spirituelle ou religieuse (Sims, 1995)⁵³.

Les publications se sont multipliées dans les revues académiques et des livres sont parus (par ex. : D. Bhugra, 1996 ; P. Huguelet, H. G. Koenig, 2009). Des revues académiques spécifiquement dédiées à la question de la santé mentale et du religieux ont été créées. Ainsi, 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 intimement liées pour qu'il soit possible de considérer l'une sans l'autre (S. Dein, K. M. Loewenthal, 1998)⁵⁴.

Les publications montrent que les croyances spirituelles et les pratiques religieuses sont associées à un plus faible taux de suicide, de troubles dépressifs, de troubles anxieux, à une meilleure qualité de vie, un meilleur niveau d'espoir, du sens à la vie et de la satisfaction dans les relations sociales avec un meilleur soutien social [Koenig HG, 2009]. Cependant, la religion peut aussi interférer avec la demande de soins et l'adhésion aux traitements médicaux proposés, par des conflits entre les croyances spirituelles et la prise en charge médicale [Koenig HG, 2003]⁵⁵.

Sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, la dimension spirituelle et religieuse est à évaluer aujourd'hui systématiquement par la mesure de la qualité de vie (: WHOQOL-OMS 2000).

Spiritualité et réadaptation psychosociale du schizophrène :

Pour la schizophrénie, la religion a des effets positifs pour 71% des patients (image de soi, adaptation psychosociale, toxicomanie, tentative de suicide) et négatifs pour 14% (quand elle exacerbe le délire ou qu'elle est synonyme de rejet par la communauté...)⁵⁶. Plus la religion est importante, plus son influence est marquée (positive ou négative)⁵⁷. Parce qu'elle peut effectivement fournir un modèle explicatif de la maladie ou qu'elle peut être une stratégie pour faire face aux difficultés, la religion peut influencer l'adhésion aux soins et l'observance des traitements. Les patients schizophrènes ont souvent des difficultés à aborder les questions religieuses avec leur équipe soignante. L'équipe de S. Mohr et du Pr Huguelet recommande d'évaluer le rôle que joue la religion dans la vie du patient. Ils ont à cet effet établi une grille d'entretien semi-structuré sur laquelle le praticien peut s'appuyer⁵⁸.

Le constructivisme en psychiatrie :

La psychiatrie est constructiviste en ce sens que la nosologie évolue en fonction du sujet qui la définit (époque, mœurs). L'histoire en donne plusieurs exemples tels que la monomanie du XIXe siècle (malades souffrant d'une idée fixe), la lycanthropie, de la même époque, est le délire de transformation en loup, il a été très étudié, mais a complètement disparu à ce jour. De façon plus contemporaine, l'anorexie mentale est devenue une maladie très présente, alors que dans l'histoire elle était renvoyée à une question religieuse. L'homosexualité a été considérée comme pathologique, inscrite dans le DSM, elle a été finalement retirée. Il y a interaction entre les nouvelles idées et la population qui les reçoit. Lorsqu'il est fait publicité d'une pathologie, elle devient plus présente et est à la fois plus diagnostiquée : l'hyperactivité infantile en est un exemple type⁵⁹.

52. Dein Simon, Loewenthal Kate M., 1998, « Editorial », *Mental Health, Religion & Culture*, 1-1, p. 1-5.

53. Sims, A. (1995). *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. London: WB Saunders

54. Françoise Champion La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine. L'exemple anglais.. p. 17-38.in *Archives de sciences sociales des religions* n°163 | juillet-septembre 2013 : Soigner l'esprit.

55. [Research on religion, spirituality, and mental health: A review.HG Koenig - *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009 - journals.sagepub.com

56. Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet.P. Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie : mise au point pour le praticien. *Revue médicale suisse* 2006 n°79.

57. Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet.P. Ibid

58. Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet.P. Ibid

59. Palazzalo J. L'institution psychiatrique. Paris :Ed Ellebore ; 2003

Pour Renaud Evrard⁶⁰, le DSM a renversé le rapport de la psychiatrie aux croyances en définissant la normalité dans le rapport au religieux et au spirituel. Cela souligne la perméabilité de la nosologie DSM aux attentes du champ social.

Ethnopsychiatrie :

L'éthnopsychiatrie se place de façon totalement différente vis-à-vis des croyances et des pratiques spirituelles et religieuses des patients. Elle s'appuie sur des théories psychanalytiques et anthropologiques. L'objectif de l'éthnopsychiatrie est de redonner leur sens « aux croyances et aux pratiques des malades dans un cadre laïc ».

En France, l'éthnopsychiatrie est mobilisée dans la pratique avec les populations de migrants. Elle s'appuie sur « l'universalité psychique » et la « complémentarité des approches ». L'universalité psychique, c'est l'unité fondamentale du sujet qui donne un même statut éthique et scientifique à tous les êtres humains dans leur production psychique et culturelle, à leurs manières de vivre et de penser pour différentes et parfois déconcertantes qu'elles soient (Devereux.1970)⁶¹.

Tout homme a une culture qui fonde son humanité et son universalité »⁶². Il est nécessaire de se décentrer de sa propre culture afin d'avoir une meilleure lecture de la situation clinique. Reconnaître comment notre culture traverse notre rencontre avec autrui, cela afin de tendre vers un genre de « neutralité culturelle »⁶³. Devereux a développé aussi le principe de « complémentarité des approches » : un fait peut avoir simultanément plusieurs réalités et peut avoir plusieurs niveaux explicatifs. Dans la pratique, cela implique que face à un fait culturel ou une pratique religieuse, la position de l'observateur sera définie par le niveau d'explication dans lequel il se situe : « Les deux discours psychanalytiques et anthropologiques sont complémentaires, mais non simultanés ». Cette attitude permet de relativiser nos habitudes qui consistent à ramener les données à soi ou à ce que l'on connaît déjà et à se méfier de l'altérité de l'objet d'étude. Si certains faits relèvent de deux discours complémentaires, ceci ne tient pas au fait lui-même mais à la démarche scientifique qui prétend l'expliquer: Un «fait brut» n'appartient d'emblée ni au domaine de l'anthropologie, ni à celui de la psychologie. Ce n'est que par son explication, dans le cadre de l'une ou de l'autre de ces deux sciences, que le fait brut se transforme en donnée, soit psychologique, soit anthropologique (Devereux, 1972)⁶⁴.

Neurobiologie :

Par Antoine Devos , Pascale Abadie⁶⁵

Cet abord s'attache à rechercher les mécanismes neurobiologiques de fonctionnement et les effets de la croyance et des pratiques religieuses sur les cognitions et le comportement. Les études réalisées dans ce domaine sont nombreuses mais souffrent de biais méthodologiques importants du fait d'échantillons de population faibles et d'objets d'études difficiles à définir.

Un certain nombre d'études étudient des concepts comme la conscience de soi, la conscience du monde et la capacité à les différencier. Ainsi, lors d'expériences de méditation, ont pu être étudiés des états particuliers de conscience proche d'un sentiment de dissolution du moi avec sensation d'éternité et d'infini comme celui que pouvait décrire Romain Rolland sous le terme de « sentiment océanique ». L'hypothèse de l'implication du système sérotoninergique et des lobes temporaux dans la genèse de ces expériences est soulevée : par exemple, chez des moines entraînés à la méditation, une étude utilisant l'EEG montre qu'il existe une synchronie neuronale en rythme gamma en regard des lobes temporaux, ce qui pourrait influencer les mécanismes d'intégration mnésiques. Newberg et d'Aquili. En étudiant des sujets méditants en tomographie par émission de positons avec l'eau marquée retrouvent une diminution de l'activation des aires associatives impliquées dans l'orientation temporo-spatiale. Pour ces auteurs, la perte des informations sensorielles ne permettrait plus la perception des limites de soi. Les aires de l'attention et du traitement des émotions dans le cortex préfrontal gauche seraient également mises en jeu, en relation avec le système limbique. Par ailleurs, l'observation clinique d'états mystiques chez des sujets atteints d'épilepsie suggère que les structures temporales profondes (amygdale et hippocampe) préférentiellement à droite seraient impliquées lors de crises infracliniques. Une autre étude s'est spécifiquement intéressée au délire mystique d'un cas de schizophrénie, en SPECT avec le HMPAO-Tc99m : elle montre une association entre le délire mystique et l'activation anormale du lobe temporal gauche ainsi que l'activité réduite des lobes occipitaux préférentiellement à gauche.

60. Evrard Renaud. Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature, L'Évolution Psychiatrique, Volume 78, Issue 1, January–March 2013, Pages 155-176, ISSN 0014-

61. Tobie Nathan, « L'héritage du rebelle : le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'éthnopsychiatrie clinique en France »,

62. Nathan T. Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'éthnopsychiatrie clinique en France Ethnopsy — Les Mondes Contemporains de la guérison, N° 1 — février 2000, 197-226

63 Devos A. Abadie P. « abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique » L'information psychiatrique 5/2010(volume 86) p439-446 http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_8605_0439 Consulté le 10 novembre 2015

64. Devereux, Georges, Ethnopsychanalyse complémentariste [compte-rendu]. sem-linkM. Autès. Revue française de sociologie Année 1973 14-4 pp. 564-566

65. Devos A. Abadie P.,. Abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique. L'Information psychiatrique 2010 ; 86 : 439-446

Concernant le système sérotoninergique, une étude trouve une corrélation inverse entre la densité de récepteurs de type 5HT1A au niveau du néocortex, de l'hippocampe et du raphé et le score de « self transcendance » incluant les notions de pratiques rituelles, d'expérience subjective et de conscience du monde. Par ailleurs, le constat de similitudes entre les expériences religieuses mystiques et certains effets du D-Lysergic Diethylamide (LSD) a conduit à l'exploration d'un substratum biochimique commun : par son action sur les récepteurs sérotoninergiques, le LSD entraînerait une altération de la perception de soi et le système sérotoninergique ne jouerait plus son rôle de filtre laissant passer en excès les informations somato-sensorielles. Le sujet vivrait alors une sensation de fusion entre lui et le monde extérieur.

Spiritualité et psychologie⁶⁶

a-Spiritualité et personnalité :

Une étude⁶⁷ s'intéressant à la relation entre la religiosité et le modèle de 16 facteurs de personnalité de Cattell a conclu que l'attitude positive envers la religion est associée à des scores élevés sur cinq des facteurs de personnalité qui sont : le facteur G (conscience et respect des conventions), le facteur I (sensibilité) et facteur Q3 (perfectionnisme, autodiscipline). La religiosité est aussi associée aux scores bas en facteur E (soumission), facteur F (sérieux, retenue).

Pour certains auteurs (Emmons, 2005)⁶⁸ et (Snyder, Sigmon, & Feldman, 2002)⁶⁹, la religion apporte un sens à la vie des individus en leur permettant d'avoir des objectifs et des systèmes de valeurs; (Roccas, 2005)⁷⁰. Une étude menée par Francis et Jackson (2003)⁷¹ avait pour but d'objectiver les liens entre la religiosité et la dimension de névrotisme d'Eynseck. Dans cette étude, ils cherchaient les liens entre la religiosité et les sept composantes du névrotisme: basse estime de soi, mécontentement, anxiété, dépendance, hypocondrie, culpabilité et obsessionnalité. Ils ont conclu qu'il n'y a pas de corrélation significative entre dimension globale de névrotisme et la religiosité. En outre, lors de l'étude des sept composants séparément, ils trouvent une corrélation positive entre religiosité et culpabilité, ainsi qu'une corrélation négative entre religiosité et mécontentement.

La religiosité subjective comporte une dimension intrinsèque et une dimension extrinsèque. La personne motivée intrinsèquement vit sa religion, tandis que la personne motivée extrinsèquement utilise sa religion. Pour la première, la religion est son propre but, alors que pour la deuxième la religion sert à d'autres buts (Gorsuch, 1988)⁷².

Une méta-analyse des études sur les liens entre la religion et les traits de personnalité (Saroglou, 2002)⁷³ a conclu que la religiosité a des corrélations significatives avec l'Agréabilité, l'Esprit Consciencieux et l'Extraversion. L'Ouverture d'esprit est corrélée négativement avec le fondamentalisme religieux et avec la religiosité intrinsèque-générale. La religiosité extrinsèque est associée à des niveaux élevés de « névrotisme », tandis que la religiosité ouverte et mature est associée à la « stabilité émotionnelle »⁷⁴.

66. Djaber. A. Psychiatrie et spiritualité. Evaluation des croyances des besoins spirituels et religieux des usagers d'un Centre! Médico-psychologique pour adulte et de la réponse des psychiatres à des demandes de nature spirituelle. Thèse de doctorat psychiatrie 2011

67. Francis, L. J., & Bourke, R. (2003). Personality and Religion: Applying Cattell's Model among Secondary School Pupils. *Current Psychology*, 22(2), 125-137

68. Emmons, R. A. (2005a), Striving for the Sacred: Personal Goals, Life Meaning, and Religion. *Journal of Social Issues*, 4(4), 731-745.

69. Snyder, C. R., Sigmon, D. R., & Feldman, D. B. (2002), Hope for the sacred and vice versa: Positive goal-directed thinking and religion., *Psychological Inquiry*, 13(3), 234-238.

70. Roccas, S. (2005), Religion and Value Systems. *Journal of Social Issues*, 61(4), 747- 759.

71. Francis, L. J., & Jackson, C. J. (2003), Eysenck's dimensional model of personality and religion: are religious people more neurotic? *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1), 87-100

72. Gorsuch, R. L. (1988). *Psychology of Religion*. *Annual Review of Psychology*, 39, 201- 221

73. Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 15-25.

74. Senèze N. Les évolutions de la pratique religieuse. Données d'une enquête de l'IFOP. La Croix, mardi 15 août 2006. accessible sur : http://www.la-croix.com/Religion/Sinformer/Actualite/Les-evolutions-de-la-pratique-religieuse-_NG_-2006-08-13-515880 . Consulté en octobre 2011

D'autres études ont porté sur religion et émotions (Emmons, 2005)⁷⁵; la nature de l'expérience religieuse (Otto, 1995)⁷⁶ et religion et pardon (Mullet, Azar, Barros, Neto, Frongia, & Usai, 2002 ; Mullet, Barros, Frongia, Usai, Neto, & Shafighi, 2003; McCullough & Worthington, 1999; McCullough, Bono, & Root, 2005)^{77 78 79 80}.

Le modèle biopsychologique de Cloninger (1980)⁸¹, quant à lui, fait le lien entre la génétique, les systèmes neurologiques et les fonctions cognitives supérieures. Il y a l'autodétermination qui est l'aptitude d'un individu à contrôler, à réguler et à adapter ses comportements pour faire face à une situation en accord avec ses valeurs et ses orientations personnelles. Ensuite, la coopération qui est la prise en considération et l'acceptation des autres. Enfin, la transcendance qui est la dimension spirituelle de la personnalité, c'est la propension à considérer le monde comme habité par le divin.

b- La spiritualité comme l'un des besoins dans la pyramide de Maslow^{82 83}

Des besoins précis nourrissent la motivation des individus. Maslow hiérarchise ces besoins en pyramide. L'Homme n'atteint le plein développement de son psychisme que s'il est satisfait sur plusieurs plans : physiologie, sécurité, amour (appartenance), estime (reconnaissance) et accomplissement de soi.

En 1943, il représente cette hiérarchie, de la base au sommet de la pyramide, en cinq niveaux de besoins :

- 1- à la base, les besoins physiologiques (tels que la faim, la soif) ;
- 2- ensuite, les besoins de sécurité et de protection (tels que le désir d'un toit ou d'une bonne assurance). Ces deux aspects assurent la survivance physique d'une personne ;
- 3- puis viennent les besoins d'appartenance, besoins sociaux qui reflètent la volonté de faire partie d'une famille, d'un groupe, d'une tribu ;
- 4- ensuite arrivent les besoins d'estime de soi pour les besoins psychologiques ;
- 5- enfin, apparaissent au sommet de la hiérarchie, les besoins de s'accomplir.

Une privation de l'un de ces besoins rend impossible le passage vers les niveaux supérieurs. Les trois premiers niveaux sont considérés comme les besoins primordiaux. Lorsqu'ils sont satisfaits, ils font émerger des besoins secondaires.

En 1967, Maslow adjoint à sa pyramide deux besoins motivationnels supplémentaires : besoin d'actualisation de son potentiel et besoin de dépassement de soi (self-transcendance). Cela correspond au besoin de donner sens à sa vie et au besoin de spiritualité. L'être humain complètement développé tendra à être motivé par des valeurs qui transcendent sa personne pour s'impliquer dans une communion plus large, impliquant souvent un engagement au service d'autrui. Le « self-transcendance » suppose de mettre de côté ses propres besoins, au bénéfice de service à l'autre ou à d'autres causes, extérieures à soi.

75. Emmons, R. A (2005b). Emotion and Religion. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality (pp. 235-252). NY, London: Guilford Press.

76. Otto, R. (1995). Le sacré. L'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel (11 ed.). Paris: Editions Payot & Rivages

77. Mullet, E., Azar, F., Barras, J., Neto, F., Frongia, L., & Usai, V. (2002). Religion and forgiveness. *Psicologia Educacao Cultura*, 6(2), 279-301.

78. Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F., & Shafighi, S. R. (2003). Religious Involvement and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 71(1), 1-19. 138

79. McCullough, M. E., & Worthington Jr., E. L. (1999). Religion and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 67(6), 1141-1164.

80. McCullough, M. E., Bono, G., & Root, L. M. (2005). Religion and Forgiveness. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality (pp. 394-411). NY, London: Guilford Press.

81. Cloninger, R. C. & Svrakic, D. M. (1997) Role of personality self-organisation in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 881-906.

82. Savourey-Alezra M, Brisson P. Recréer les liens familiaux : médiation familiale et soutien à la parentalité. Presses Université Laval, 2002 - 187 p.

83. Miller FP., Vandome AF., McBrewster J. Pyramide Des Besoins de Maslow . Alphascript Publishing. 2010 - 80 p

c- Spiritualité, capacité d'adaptation et bien-être psychologique :

Krause⁸⁴ en réalisant une étude auprès de 1607 personnes âgées de 60 ans et plus, montre que plus les difficultés de santé augmentent, plus l'implication religieuse tend à s'intensifier. L'implication religieuse est interprétée ici comme une stratégie d'adaptation (coping) pour faire face. Koenig et ses collaborateurs⁸⁵ rapportent des résultats d'études qui suggèrent que la pratique religieuse favorise la diminution du besoin d'alcool et de drogue en rendant les personnes moins vulnérables au stress et en augmentant leurs capacités d'adaptation.

d- Spiritualité, stress et coping religieux :

Lors d'événements traumatiques (y compris l'annonce d'une maladie ou d'un trouble mental), les individus mobilisent davantage leurs mécanismes d'adaptation.

Le modèle transactionnel du stress de Lazarus et Folkman (1984)⁸⁶ définit le coping comme des comportements et des pensées utilisés par un individu pour gérer les demandes internes et externes de situations perçues comme stressantes, celles qui débordent ses ressources personnelles (Folkman & Moskowitz, 2004)⁸⁷. Il y a deux coping, le coping centré sur le problème et le coping centré sur l'émotion.

Park et Folkman (1997)⁸⁸ adjoignent à ce modèle la dimension du sens. Le sens englobe les croyances, les suppositions, les objectifs basiques et les espérances fondamentales sur le monde. Il y a deux sens, le sens global qui se veut stable et personnel, donnant lieu à l'optimisme, il comporte les buts, les intentions et notamment les croyances sur soi, sur le monde et sur soi dans le monde. Et il y a le sens situationnel. C'est le sens formé à partir de l'interaction entre le sens global et les circonstances d'une transaction personne-environnement particulière. Il comporte trois composantes que sont l'évaluation du sens, qui correspond à l'évaluation initiale de la signification personnelle de la transaction, le processus de quête du sens et le sens lui-même. Les auteurs soulignent le rôle des attributions dans la quête de sens. Elles peuvent être causales « pourquoi ceci est-il arrivé? », ou d'incidence sélective « pourquoi moi? » ou de responsabilité « à qui la faute? ».

La divergence entre le sens situationnel et le sens global serait à l'origine d'importants états de détresse. C'est pourquoi les individus essaient activement de réduire cette incongruité par la recherche du sens y compris par les paradigmes culturels et religieux.

Pour Park et Folkman⁸⁹, la construction de sens est considérée réussie quand les deux sens vont s'articuler. Cette articulation a lieu par le changement soit du sens global, soit du sens situationnel, ou soit des deux. Si aucun de ces changements n'a lieu, le processus de réévaluation continue et peut parfois entraîner des ruminations, phénomène que l'on observe à la suite des traumatismes sévères pour lesquels la construction du sens de révèle complexe.

La religion peut caractériser le sens global, elle fournit du sens à plusieurs niveaux : la signification personnelle, les explications causales, le coping et les résultats. Les individus en font appel parce que le sens y est relativement stable, disponible car accessible à tous et offre une meilleure source de signification que les alternatives non religieuses⁹⁰.

Le degré d'implication de la religion dans le processus de coping dépend de la place que la religion prend dans la vie de la personne.

e- Spiritualité par la sophrologie :

La sophrologie (A.Caycédó. Neuropsychiatre.1960) est une « science, un art thérapeutique et une philosophie »⁹¹. En tant que science, elle a pour objet d'étude la conscience et notamment la conscience en harmonie (« sophrosuné ». Charmide de Platon). La sophrosuné⁹², c'est un état de calme et de paix intérieure. Il s'obtient, par relâchement musculaire ou par concentration de l'attention, dans un niveau de vigilance intermédiaire entre la veille et le sommeil. Il a des vertus relaxantes (bien-être et gestion de stress) mais aussi des vertus thérapeutiques (troubles fonctionnels, accompagnement des maladies chroniques). Elle a également des vertus d'ouverture vers des états de conscience supérieurs en rapport avec la spiritualité et la transcendance.

84. Krause, N. (1991). Stress, religiosity, and abstinence from alcohol. *Psychology and Aging*, 6, 134- 144

85. Koenig, H. G., McCullough M. E., Larson, D. B. (2001). Alcohol and drug use. In *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press, 603-626

86. Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

87. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.

88. Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.

89. Park, C., & Folkman, S. Ibid

90. Pargament, K. 1. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. NY, London: The Guilford Press

91. Caycédó. A in *Sophrologie*. Tome 1, fondements et méthodologie par Dr Patrick-André Chéné, Ellebor, 4^e édition. Paris, 2001

92. Hubert JP, *Traité de sophrologie*, Tome1, origine et développement, le Courrier du livre, Paris, 1982

C'est son volet philosophie qui étudie cette dimension spirituelle et métaphysique selon les paradigmes modernes que sont la phénoménologie et l'existentialisme⁹³. Elle s'appuie dans l'accompagnement des personnes en quête de sens sur la démarche rationnelle et analytique de la tradition occidentale : L'analyse existentielle (L.Binswanger), et la psychothérapie phénoméno-structurale (E.Minkowski), le Soi de Jung et le Grand Autre de J.Lacan. La conscience est intentionnalité en tant que phénomène dans l'existence comme si elle a un devenir ou un dessein vers la saisie en soi du « moi pur et transcendantal » de Husserl ou de « l'esprit absolu » de Hegel.

L'homme se caractérise par l'incomplétude et le manque (l'homme partiel), la sophrologie est une invitation à devenir total (JP.Hubert, H.Boon, R.Abrezol.1982)⁹⁴, c'est-à-dire l'homme qui intègre ses trois dimensions de l'être (Avoir, Être et notamment Devenir), devenir complet en accueillant la dimension spirituelle ou métaphysique en soi. Une fois complet, il pourra se déterminer en « pleine conscience de transcendance » ou « mindfulness » et ainsi se finaliser pour un projet d'utilité à la collectivité et deviendrait, de la sorte, l'homme final (A.Ameur.2005)⁹⁵.

Pour accompagner toute personne dans cette quête du sens, la sophrologie propose, des techniques qu'elle a isolées de leur contexte métaphysique oriental : relaxation dynamique 1, tirée de l'hindouisme (yoga), relaxation dynamique 2, tirée du bouddhisme (méditation dhyana) et relaxation dynamique 3, tirée de la méditation zen.

Pour les vertus thérapeutiques au niveau de la santé physique, elle s'appuie sur les sciences médicales et notamment la médecine psychosomatique.

Pour les vertus psychothérapeutiques, elle s'appuie pour la libération des affects et des émotions sur les travaux de W.Reich.1930 et de A. Lowen.1953 (Bioénergie) et sur les pratiques analytiques de JP.Hubert.1982⁹⁶.

Pour les vertus d'apaisement intérieur (relaxation bien être), elle s'appuie sur les travaux du stress (H.Selyé et WB.Cannon), sur le comportementalisme (J.Watson, I.Pavlov et BF.Skinner) et au niveau technique sur les méthodes de relaxation occidentales (Training autogène de de Schultz, Méthode Jacobson, ...).

La pratique de sophrologie consiste en un chemin vers l'épanouissement existentiel (devenir) qui se fait selon la demande et le besoin de la personne, par des étapes, dans le temps et selon l'ordre suivant : relaxation d'abord ; ensuite, libération émotionnelle ; puis recherche du sens par l'analyse existentielle et par conséquent ouverture vers des possibilités d'accès à la transcendance selon les références de la rationalité occidentale.

f- Spiritualité et théorie de l'attachement de John Bowlby⁹⁷ :

Dieu et d'autres déités pourraient être perçus comme des figures d'attachement. Selon Kirkpatrick⁹⁸, la relation perçue avec la divinité remplit les critères d'une relation d'attachement et elle fonctionnerait psychologiquement comme un vrai attachement. Kirkpatrick mentionne trois types de situations qui selon Bowlby déclenchent des comportements d'attachement : les événements effrayants ou alarmants ; la maladie, les blessures et la fatigue, et enfin la séparation ou la menace de séparation. Dieu peut être aussi perçu comme une base de sécurité « secure base » de façon semblable à celle de l'enfant sans défense qui voit en sa figure d'attachement (souvent la mère) un « haven of safety » (havre de sécurité)⁹⁹. Cette base de sécurité peut consister en sentiment d'omnipotence et d'omniprésence d'un Dieu pourvoyeur de confiance et d'assurance pour Kirkpatrick¹⁰⁰, de sentiment de compétence et de contrôle pour Ventis¹⁰¹, d'optimisme et d'espoir dans le futur pour Myers¹⁰².

93. Caycède, A, Ibid

94. Hubert JP et Abrezol.R, Traité de sophrologie, Tome2, méthodes et techniques, le Courrier du livre, Paris, 1990

95. Ameur, A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance » - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

96. Hubert JP ; la sophrologie analytique-la sophranalyse, L'Harmattan, 2010. Paris

97. Bowlby, J. (1969). Attachment and loss: Attachment. (Vol. 1). New York: Basic Books

98. Kirkpatrick, L. A (1999). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. (pp. 803-822). New York, NY, US: Guilford Press.

99. Kirkpatrick, L. A (1992). An attachment-theory approach to the psychology of religion. International Journal for the Psychology of Religion, 2(1), 3-28.

100. Kirkpatrick, L.A, Ibid 99.

101. Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. Journal of Social Issues, 51(2), 33-48.

102. Myers, O. G. (1992). The pursuit of happiness. New York: Morrow.

g- Les thérapies cognitives et comportementales :

Les premières versions des TCC portent sur l'exposition à une situation et sur le contrôle des pensées qui y sont rattachées. La « méditation-pleine conscience »-MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) de J.Kabat-Zinn¹⁰³ et MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy) de Z.Segal, J.Teasdale et M.Williams¹⁰⁴ a été intégrée à la troisième version de ces thérapies, elle partage avec elle plusieurs objectifs : décentration cognitive, réhabilitation des processus attentionnels, dépistage des mécanismes de pensées automatiques. La méditation se distingue cependant des TCC : S'appuyant sur l'acceptation de ce qui est, elle cherche à modifier l'attitude de l'individu par rapport aux cognitions plutôt que de modifier leur contenu ou de résoudre un problème. Elle permet d'apprendre aussi à tolérer les émotions plutôt que de les éliminer.

En conclusion,

L'intérêt porté par différentes spécialités en psychologie montre les vertus de la pratique spirituelle ou religieuse sur la santé et sur la quête du sens dans l'existence. La santé mentale est bien plus que l'absence de troubles mentaux. C'est « un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie en collectivité. La santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu¹⁰⁵, sa perturbation par des causes sociales, économiques ou des événements de vie peut être passagère, et ne nécessite pas forcément de soins. En revanche, lorsque l'individu a une fragilité ou une prédisposition particulière, ces perturbations peuvent mener à la maladie mentale et nécessiter des soins psychiatriques. La spiritualité peut servir de protection contre les troubles mentaux comme elle peut être une expression de troubles mentaux et causer des troubles mentaux (SpilkaB, Spangler JD & Nelson CB,1983)¹⁰⁶.

103. Kabat-Zinn.J, Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness (trad. de l'anglais), Bruxelles, De Boeck, coll. « Carrefour des Psychothérapies », 2009, 564 p.

104. Segal et al, La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression, De Boeck, 2006.

105. OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

106.Spilka B, Spangler JD, Nelson CB. Spiritual support in life threatening illness. Journal of Religion and Health 1983; 22:98-104

E- Spiritualité et sciences sociales modernes

1-Troubles mentaux et promotion de la santé mentale, souffrance psychique et santé mentale dite positive : empowerment et advocacy

La santé mentale : « un concept renouvelé » (rapport de la commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale. France.2009)¹⁰⁷.

Au même titre que la santé ne se restreint pas à l'absence de maladie physique, la santé mentale ne se limite pas à l'absence de trouble psychique ou de maladie mentale. Si la psychiatrie traditionnelle s'occupait surtout de pathologies mentales, désormais, trois dimensions de la santé mentale sont communément distinguées, selon l'OMS et l'Union européenne : les troubles mentaux, la détresse psychologique et la santé mentale positive.

1. Les troubles mentaux réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants : les troubles psychotiques, avec les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives, les délires chroniques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, les troubles de l'usage des produits toxiques (alcool, drogues et médicaments) et les troubles de la personnalité, dont les personnalités antisociales.

2. La détresse psychologique ou souffrance psychique est un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

C'est le degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge sanitaire. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense ou se chronicise, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.

3. La santé mentale positive fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, capacité de faire face aux difficultés, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre la structure de l'individu et celle du milieu auquel il s'adapte. C'est la part de « santé » dans la santé mentale, qui ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mentaux¹⁰⁸, mais comme capacité dynamique ou « effort permanent, une perpétuelle conquête de l'autonomie »¹⁰⁹. « Il n'y a pas de santé, de bien-être ni de socialité équilibrée sans santé mentale positive »¹¹⁰,

Cette distinction en trois dimensions invite à dépasser le modèle dualiste opposant « être malade mental » et « être en bonne santé mentale » dans un sens « neutre » comme « ne pas avoir de maladie mentale ». On peut alors appréhender les états intermédiaires de type tensions ou souffrances psychiques ou de type affects positifs comme les sentiments d'épanouissement ou de contrôle sur sa destinée et son environnement.

Une telle distinction fut établie lors de la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. Dans le cadre de celle-ci, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe sont signés et approuvés au nom des ministres de la santé des cinquante et deux États membres de la région Européenne de l'OMS. Au titre des priorités, figure « la promotion du bien-être mental pour tous en tant que condition fondamentale à la qualité de la vie, élément essentiel de la cohésion sociale, de la productivité, de la paix et de la stabilité dans le cadre de vie, contribuant au développement du capital social et de l'économie des sociétés modernes ». Afin de favoriser l'insertion sociale et l'amélioration de la santé mentale en vue d'optimiser l'action publique dans ce domaine, l'OMS préconise deux moyens qu'elle estime essentiels : l'« advocacy » et l'« empowerment ». Ils sont à mobiliser pour l'ensemble des enjeux de santé mentale, dès lors qu'elles modélisent une capacité d'influence des parties prenantes dans les différentes sphères de la vie sociale (démocratie sanitaire).

107. Rapport de la commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, présidée par M. Edouard Couty, remis à la ministre de la Santé et des Sports le 29 janvier 2009. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

108. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. Dans le cadre de celle-ci, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la santé des 52 États membres de la région Européenne de l'OMS.

109. Paul Silvadon avec Jeanne Duron, La Santé mentale, Ed. Privat, 1979.

110. Ehrenberg. A., « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », Revue française des Affaires sociales, n° 1-2004, p. 77-88.

L'« advocacy » a pour but de susciter un changement d'attitudes, de pratiques ou de programmes en santé mentale dans la société (information, amélioration des soins,...). Il peut s'appuyer sur divers supports tels qu'un collectif d'utilisateurs, l'intermédiaire d'une personne « advocate »¹¹¹. L'advocacy est une pratique de médiation sociale qui introduit un tiers, amplifiant la demande du patient/utilisateur, sans parler à sa place, ce qui permet aux différents points de vue de trouver un ajustement dans un dialogue respectueux.

L'« empowerment » s'appuie sur la participation des patients et des aidants, notamment familiaux suffisamment informés, dans l'élaboration et la planification des services de soins et d'accompagnement. Selon l'OMS, le rôle restreint accordé aux structures représentant les patients et leur entourage constitue un obstacle à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques adaptées aux besoins et aux aspirations des personnes concernées.

2- Le contexte et la situation en France :

Donner aux patients une réelle possibilité de conduire leur propre projet de vie et de vivre au mieux avec la maladie est l'un des objectifs de l'empowerment en santé mentale.

Aucune traduction française du mot empowerment ne réussit à rendre compte du sens exact. S'il s'agit bien du « pouvoir d'agir » ou de la « capacité d'agir », voire de l'« autonomisation » (définition retenue par l'Office québécois de la langue officielle depuis 2003), les francophones canadiens traduisent, quant à eux, littéralement le terme par « en-capacitation », tandis que, sous un angle plus militant, de nombreux représentants d'utilisateurs en Europe et dans le monde ont choisi celui d'« émancipation »¹¹². C'est un sens qui englobe : l'interdépendance, l'écologie des relations, le respect et la dignité, l'information partagée, la participation, le soutien mutuel, l'autodétermination et l'autogestion¹¹³.

L'empowerment a été initié en France par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre les usagers comme des acteurs de leur propre santé, tant au niveau individuel que collectif.

Il s'est vu renforcé par la loi 2005 pour l'égalité des droits et des chances (citoyenneté des personnes handicapées). La loi 2005 marque un tournant dans la reconnaissance des droits des usagers par une définition moderne du handicap psychique¹¹⁴ et par la création des groupes d'entraide mutuelle (Gem).

La promotion de la santé doit reposer sur une action concertée de tous les intervenants : les autorités dirigeantes, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques, les organismes bénévoles, les instances régionales et locales.

Dans le rapport-2009¹¹⁵ 113 « santé mentale, affaire de tous, pour une approche cohérente de la qualité de vie », la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Les conditions et ressources préalables en sont : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. L'autonomisation des usagers signifie prendre en compte la santé mentale dans le sens positif du terme¹¹⁶, sans se restreindre aux seuls symptômes, manifestations et conséquences des troubles. L'état de bien-être, la satisfaction, la capacité à faire face, le sentiment de réalisation de soi sont autant d'éléments essentiels dans la préservation de la santé mentale et de la qualité de vie avec la maladie^{117 118 119}.

Il s'agit aussi de viser à prévenir les troubles par le développement des capacités et le déploiement des potentiels adaptatifs : à la petite enfance et à l'école, la population active au travail et/ou demandeuse d'emploi, les populations vieillissantes et les populations marginalisées concernées par les politiques d'intégration sociale. Une attention particulière est portée au phénomène de la dépression, aux frontières de la maladie mentale et de la détresse psychologique. La dépression¹²⁰ est la principale cause d'années de vie perdues pour cause d'incapacité dans les pays développés (la deuxième cause pour les 15-44 ans), la charge étant plus lourde de 50 % pour les femmes que les hommes. Elle est la maladie chronique la plus handicapante plus que les atteintes cardiovasculaires, l'asthme ou le diabète¹²¹.

111. En France, la structure la plus connue est l'association « Advocacy France »

112. Caria A. La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions. In : Guelfi J.-D., Rouillon F. dir. Manuel de Psychiatrie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2008 : p. 662-668.

113. Kovess-Masfety V., Boisson M., Godot C., Sauneron S. La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : La Documentation française, coll. Rapports et documents, 2009 : 254 p.

114. Romeder J.-M. Les groupes d'entraide et la santé : nouvelles solidarités. (Publié en anglais sous le titre : The Self-Help Way). Ottawa : Conseil canadien de développement social, 1989 : p. 14

115. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

116. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

117. Barry M.M., Jenkins R. Implementing mental health promotion. Oxford : Elsevier, 2007.

118. Saïas T. Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. Pratiques psychologiques, 2009, vol. 15, n° 1 : p. 7-16

119. Akleh Y., Cartuyvels S., Romero P. Le Collectif « Pratiques en santé mentale communautaire ».

120. Depression: social and economic timebomb. Strategies for quality of care, OMS, 2001.

121. Elle deviendrait la première cause d'invalidité dans le monde à l'horizon 2020 : 10 % du total des années de vie avec incapacité (AVCI) lui serait imputable

L'OMS souligne l'importance de ne pas restreindre la notion de santé mentale à la seule absence de maladie mentale¹²². Favoriser l'autonomie des usagers nécessite de concevoir le système de soins ou d'accompagnement comme une organisation structurante qui favorise le changement et les évolutions vers l'autonomie. Les services sanitaires et sociaux ainsi que les acteurs communautaires sont appelés modifier leurs pratiques dans une même visée à savoir on ne peut être autonome si l'environnement est enfermant ou prive de toute initiative ou de toute possibilité d'agir. La formation des professionnels aux nouvelles notions de rétablissement, d'empowerment et de valorisation de l'expérience du vécu de la maladie par le malade est cruciale.

La pratique des EMC comme moyen technique pour œuvrer dans la santé mentale peut se décliner en objectifs différenciés selon le type d'institution, la situation et les attentes du public visé¹²³ :

- bien-être et qualité de vie,
- développement des capacités et déploiement des potentiels adaptatifs,
- amortissement de la souffrance psychique et risques psychosociaux,
- psychologique participant à la connaissance de soi et dans toute forme de psychothérapie (verbale ou psychocorporelle),
- spirituelle laïque selon la tradition rationaliste occidentale,
- métaphysique religieuse selon les principes de la loi 1905.

122. Murthy R.S., Bertolote J.M., Epping-Jordan J. et al., La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs, Genève, OMS, 2001

123. Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

F- Spiritualité et principes de laïcité

Spiritualité, laïcité et société¹²⁴

La nouvelle présence du religieux en psychiatrie concerne plusieurs pays, mais pas tous, comme en France. Tout en étant globalisée sous hégémonie de l'Amérique du Nord, où cette présence est la plus forte, elle a une spécificité en France car on ne peut aborder le spirituel ou le religieux sans aborder la laïcité¹²⁵. « Le mal n'est d'aucun temps, ni d'aucun lieu en particulier : c'est dire qu'il peut surgir partout où une idéologie- et pas seulement une religion- entend s'imposer à tous par l'appropriation de la puissance publique » (H. Pena-Ruiz)¹²⁶. C'est de là qu'est née l'exigence de laïcité en France. La laïcité a été conquise face à l'oppression et a permis la construction d'une république. « C'est en quelque sorte toute l'aventure de la liberté qui s'est jouée, souvent tragiquement »¹²⁷ et c'est en sens que la société est extrêmement prudente à l'idée de rendre la moindre parcelle de pouvoir à la religion.

La laïcité est liberté de conscience, liberté d'expression et liberté de communication. Ces trois libertés sont solidaires, elles ne vont pas l'une sans l'autre. La laïcité a été le résultat d'un long processus de sécularisation et d'émancipation¹²⁸. En Europe, seule la France est un état laïc dans la mesure où elle est la seule à faire une séparation stricte entre église et état. La laïcité n'est un principe constitutionnel qu'en France et l'égalité de traitement des citoyens et la neutralité de l'État ont plus qu'ailleurs une signification importante. L'Union Européenne part elle de la notion de liberté religieuse (Regis Debray)¹²⁹. La loi de 1905, renforcée par la déclaration universelle des droits de l'Homme en 1948, garantit l'expression libre des convictions, tant qu'elle ne provoque pas de trouble à l'ordre public, la laïcité étant un refuge « non pas pluri mais transcommunautaire »¹³⁰, permettant à chacun de construire son identité par la pratique du libre examen.

La neutralité de l'état, l'égalité entre les citoyens, le respect de leurs convictions et de leurs pratiques religieuses, dans le respect des lois républicaines, servent de fils conducteurs à la mise en œuvre du principe de laïcité dans les institutions.

Aucun service public ne rencontre les opinions religieuses aussi fréquemment et intensément que les services publics de santé. Car ils touchent à la vie, à la mort, au corps, à la maladie, à la souffrance... donc au sacré et par la même à la religion pour ceux qui en ont une¹³¹. L'article premier de la constitution de 1958 garantit une liberté de culte aux patients et impose la neutralité aux établissements et agents du service public. La limite de cette liberté concerne uniquement les soins.

Liberté et libre arbitre, volonté et conscience en maladie mentale

La possibilité du choix pour les malades mentaux est centrale. La maladie mentale leur laisse-t-elle le choix de leurs actes ? Le contrôle de leurs actes et pensées peut être remis en question dans une forme de déterminisme par la maladie.

H. Ey¹³², ancré dans une philosophie humaniste, considère que l'Homme « reçoit ses déterminations essentielles de lui-même » Il estime que la volonté, l'autonomie et la liberté sont en lien avec la psychogénèse. Ainsi, « l'étude de l'origine et de l'évolution des fonctions psychiques¹³³ permettrait de comprendre l'organisation du psychisme au sommet duquel la conscience, lorsqu'elle s'affranchit des déterminations inconscientes mènerait à la liberté. « La Liberté, ce lieu de spontanéité et d'autonomie, de la raison, ne peut nullement être identifié avec la folie »¹³⁴.

J.Lacan¹³⁵ fera de « l'homme fou » « l'homme libre » mais ne fait pas pour autant l'apologie de la folie car cette « paradoxale liberté » du fou, coupé de l'extérieur, reste à ses yeux une souffrance. Cette liberté n'est ni spontanée ni créatrice. H. Ey aussi fait référence à la souffrance et précise « l'homme aliéné dans son humanité reste tout de même un homme, un malade qui souffre dans son humanité ».

124. QUENUM. Y. Pratiques religieuses, Entre laïcité et primauté des soins, quelle place pour le libre arbitre? 2016. Mémoire de diu, Ethique en Santé « Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »

125. Pena Ruiz H. Dieu et Marianne. 2ème éd. Paris: Presses Universitaires de France ; 2015

126. Pena Ruiz H. Ibid

127. Pena Ruiz H. Ibid

128. Pena Ruiz H. Ibid

129. Debray R. Ce que nous voile le voile. Paris : Gallimard ; 2004

130. Debray R. Ibid

131. Lequillerier C. La laïcité à l'hôpital. Soins, octobre 2015, N°799, p. 25-28

132.. Eduardo Mahieu, dans son article Jacques Lacan, Henri Ey, et la liberté (134134) Mahieu E.T. Jacques Lacan, Henri Ey, et la liberté. L'information Psychiatrique, N° 5, Volume 75, Mai 1999, pp. 514-520.

133. Mahieu E. T. op. cit.. Ey H. op. cit.

134. Mahieu E. T. op. cit.. Ey H. op. cit.,

135. Mahieu E. T. op. cit. Ey H. op. cit.,

Dans cette perspective existentielle, « L'être-homme » du malade oriente vers une potentialité de volonté et de liberté toujours présente même en cas d'atteinte psychique grave. En effet, malade ou délirant, « l'être-homme » dispose de ressources encore saines dans son psychisme, « la croyance du fou n'est pas forcément folle »¹³⁶. Ses actions, ses croyances, ne sont pas guidées uniquement par la maladie.

La plupart des études portant sur le lien entre spiritualité/religion et schizophrénie ont été entreprises durant les phases aiguës de la pathologie. Seul un petit nombre d'études s'est penché sur la question des effets du religieux et du spirituel chez des patients stabilisés, chez lesquels la question du coping peut réellement être abordée. Même si durant certaines phases aiguës de la maladie, le religieux peut faire l'objet de distorsions – comme toute autre croyance – cela n'implique pas que chez ces patients, le rapport au religieux à d'autres moments de leur existence soit forcément le produit de distorsions délirantes (Swinton, 2001)¹³⁷. Ces études montrent qu'une grande importance est accordée au religieux/spirituel dans des populations psychotiques (Kroll & Sheehan, 1989 ; Kirov et al., 1998 ; Tepper et al., 2001 ; Pieper, 2004)^{138 139 140 141}.

A Londres, 61% de patients souffrant de psychose utilisent la religion parmi les stratégies qu'ils mettent en place afin de faire face aux difficultés liées à leur maladie et 30% d'entre eux rapportent avoir vu leur foi augmenter suite au déclenchement de la pathologie. Le coping spirituel est associé à une meilleure qualité de vie subjective et à une meilleure adhérence au traitement ainsi qu'à la prise des médicaments (Kirov et al., 1998)¹⁴².

Le dilemme entre respect de la liberté (autonomie) et prise en compte de la vulnérabilité

Exercer sa liberté, c'est être autonome. « L'autonomie est devenue caractéristique des sociétés occidentales contemporaines (démocratiques et libérales). Il y a eu passage d'une société hétéronome, où les choix étaient guidés par des dogmes religieux et sociaux marqués, à une société d'autonomie, où chaque individu peut produire sa propre norme¹⁴³. Ronan Le Coadic¹⁴⁴ s'interroge sur la capacité de chacun à être autonome. Il considère que l'abandon de l'hétéronomie ne laisse pas forcément place à l'autonomie. Il peut laisser place à l'anomie en tant qu'absence de normes sociales claires et rassurantes. « L'autonomie peut être épuisante et déprimante (...) et l'anomie peut être déconcertante et anxiogène ».

Il conviendrait de s'assurer chez les malades mentaux de leur capacité à faire leurs propres choix avant d'attendre d'eux d'être autonome ? Un malade auquel on demanderait de prendre des décisions en ne lui donnant que des informations pourrait se retrouver en difficulté dans une sorte d'anomie à la fois anxiogène et troublante¹⁴⁵. J.Y. Goffi¹⁴⁶, quant à lui, parle de personnalisme, c'est-à-dire de la capacité d'exercer son autonomie serait une des conditions à pouvoir se définir comme personne. Cet abord mène à une conclusion qui s'opposerait au sens existentiel de l'être : « Les handicapés mentaux profonds, ne seraient donc plus des personnes, car ils sont dépourvus de raison et d'autonomie, ils n'auraient par conséquent plus de dignité de personne.

Pour sortir du dilemme, on pourrait considérer une personne comme autonome, même si elle ne peut exercer cette autonomie dans l'immédiat et dans sa totalité en raison de la maladie. Pour A. Jaworska.2008¹⁴⁷, c'est à travers la capacité à se soucier de ses besoins que l'on peut considérer l'autonomie d'une personne. C'est-à-dire que si l'idée de perdre un objet (ou une personne) ou de ne pas accéder à un désir provoque une réelle émotion, c'est qu'il reste encore une capacité à considérer ses besoins, ce qui suffit pour considérer l'autre comme une personne. « Ainsi, la capacité émotionnelle à se soucier est une condition suffisante pour disposer du statut moral d'une personne. Baertschi.B.2010¹⁴⁸ considère que pour donner le statut de personne, toutes les capacités n'ont pas besoin d'être présentes. Chacune d'elle est une condition suffisante de la personnalité. L'autonomie n'a

136. Leguay D. Psychiatrie et religion.in Encycl Méd Chir, Paris : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Psychiatrie, 2001, p.6

137. Swinton, J. (2001). Spirituality and mental health care. London: Jessica Kingsley.

138. Kroll, J., & Sheehan, W. (1989). Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. American journal

139. Kirov, G., Kemp R., Kirov. K., David. A-S., (1998). Religious faith after psychotic illness. Psychopathology, 31, 234-245. of psychiatry, 146, 67-72.

140. Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman, E. M., Malony, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. Psychiatric services, 52, 660-665

141. Pieper, J.Z.T. (2004). Religious coping in highly religious psychiatric inpatients. Mental Health, religion & culture, 7, 349-363.

142. Kirov, G., Kemp R., Kirov. K., David. A-S., (1998). Religious faith after psychotic illness. Psychopathology, 31, 234-245. of psychiatry, 146, 67-72.

143. Zieliński A Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités, Gérontologie et société 4/2009 (n° 131) , p. 11-24 DOI : 10.3917/g.s.131.0011.

144. Le Coadic R. L'autonomie, illusion ou projet de société ? Cahiers internationaux de sociologie,nc,2006,CXXI,p.317-340. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00489991>

145. Lamothe P. Loi, morale, éthique et déontologie : réflexion sur éthique et pratique psychiatrique. Revue psychiatrie française- N° spécial 2001 p.49-57).

146. Jean-Yves Goffi Chapitre 1. Nature humaine et amélioration de l'être humain à la lumière du programme transhumaniste. in Journal International de Bioéthique 2011/3-4 (Vol. 22), pages 18 à 32. Mis en ligne sur Cairn.info le 01/04/2012

147. Jaworska. A in Démence, autonomie et compétence. Fabrice Gzil, Anne-Sophie Rigaud et Florence Latour vol. 10, n° 2 | 2008 : Les enjeux éthiques du vieillissement

148. Baertschi. B. L'autonomie à l'épreuve de la fragilité mentale sévère in Alzheimer et autonomie. Paris : 2010 Cours Dekeuwer. C. 25/11/2015 67).

pas besoin d'être complète au départ. Même chez le malade dont les fonctions psychiques ont été très atteintes, il est possible d'observer des besoins dont il se soucie. En effet, les patients dont la pathologie a touché diverses fonctions et dont la fragilité ne permet plus d'exiger d'eux une capacité à être compétent pour prendre des décisions pour eux même, peuvent se retrouver dans des états de régression tels qu'ils n'arrivent plus à raisonner. Et pourtant, en situation de soin et de prise en charge, on a toujours la sensation d'avoir face à soi une personne, ayant une dignité intrinsèque et ontologique, qu'aucune incompétence ou incapacité ne peut enlever.

Vers une éthique de la vulnérabilité

Les patients souffrant de troubles mentaux peuvent présenter des atteintes telles que soignants et accompagnants pourraient être tentés de ne pas considérer leurs demandes, par exemple de pratique spirituelle ou religieuse, sous prétexte que leur raisonnement serait irrationnel. C. Pelluchon dans « Levinas et l'éthique médicale »¹⁴⁹ souligne la nécessité de mettre en place des pratiques visant à « procurer à ces patients un certain bien être et prévenir des attitudes qui consistent à les considérer comme des individus dont la vie aurait peu de valeur, ou même à décider systématiquement à leur place ». L'identité de l'autre n'est pas relative à ses facultés, ce qui oblige soignants et accompagnants à voir l'humanité ailleurs que là où elle se présente. Prêter attention aux demandes du patient, trouver son humanité dans l'appel qu'il nous adresse, c'est ressentir sa propre ipséité. « Car la proximité avec les plus vulnérables implique que nous reconnaissons notre propre vulnérabilité ».

Toutefois, les professionnels de santé mentale, qui souhaitent prendre en compte ces dimensions dans leurs pratiques, doivent respecter la diversité des croyances dans un principe de laïcité et éviter ainsi le risque de prosélytisme dans leur contact aux patients (Kehoe, 1999)¹⁵⁰. Cela implique de prendre conscience de sa propre position quant à la spiritualité ou la religiosité (Sims, 1999)¹⁵¹.

Il s'agit de respecter liberté de conscience et de liberté d'expression. Le « Guide Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé » a été rédigé en 2016 en France par l'Observatoire de la laïcité ; il sert à promouvoir les bonnes pratiques.

Tout projet « spiritualité » doit tenir compte du niveau de conscience de « l'être au monde » du patient dans une trame existentielle. Il s'agit de sensibiliser ou d'accompagner à l'expérience phénoménologique des EMC, seule, laissant se structurer, de façon différenciée, selon ses attentes et ses possibilités d'évolution en¹⁵² :

- bien-être, relaxation et style de vie sain,
- ou soins-accompagnement et qualité de vie
- ou amortissement de la souffrance psychique
- ou psychologique et espoir, quête de sens et stratégies pour faire face à la maladie
- ou sociales et soutien de groupe
- ou existentielles et épanouissement de soi
- ou spirituelles rationnelle du registre du sacré.
- ou métaphysique du registre religieux.

Appréciation des attitudes des professionnels de santé envers la spiritualité et la religiosité¹⁵³

Lukoff D et al. (1992)¹⁵⁴ ont trouvé que 90% à 95% de la population générale aux Etats Unis sont croyants alors que, uniquement 30% à 40% des professionnels de santé le sont. Les points de vue des professionnels de santé seraient basés sur leurs croyances, opinions et sur leur expérience clinique. Une autre étude a montré un taux plus élevé des non croyants chez les psychiatres et les psychologues (Shafraanske EP & Malony HN1990¹⁵⁵; Neelmen J & King MB, 1998¹⁵⁶). Une étude (Mark & Spray 1969) a été menée auprès de 1371 psychiatres, 1465 psychologues cliniciens et 1154 travailleurs sociaux en psychiatrie à Chicago, Los Angeles et New York. Elle montre chez les praticiens 21.3% de protestants, 9.5% de catholiques, 33.6% de juifs, 10.6% d'agnostiques et 10.4% d'athées. Alors que dans la population générale, il y a 60% de protestants, 25% de Catholiques, 3% de juifs et moins de 10% de personnes agnostiques, athées ou sans affiliation religieuse.

149. Pelluchon C. Levinas et l'éthique médicale , Cahiers d'études Levinassiennes, n°9, 2010. http://corinepelluchon.fr/wp-content/uploads/2013/07/CEL9_Pelluchon.pdf.

150. Kehoe, N. C. (1999). A therapy group on spiritual issues for patients with chronic mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1081-1083

151. Sims, A. (1999). The cure of souls: Psychiatric dilemmas. *International review of psychiatry*, 11, 97-102.

152. Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. *Articles scientifiques en ligne* » de la « revue *Sophrologie et Connaissance* » - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

153. Mandhouj O. Place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions. Thèse de doctorat en psychiatrie. Département de psychiatrie et d'addictologie-Hôpital Paul Brousse. 2015

154. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM IV. *Psychoreligious and Psychospiritual problems*. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180: 673-682/192.

155. Shafraanske EP, Malony HN. Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. *Psychotherapy Theory Research Practice Training* 1990 ; 27:72-78.

156. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand*.1993; 88:420-424

A Londres, Neelman J et King MB (1993¹⁵⁷) ont trouvé que 73% des 231 psychiatres interrogés n'ont pas d'affiliation religieuse, contre 38% de leurs patients. Les croyances sont plus élevées chez les femmes psychiatres que chez les hommes psychiatres (39% contre 19%). 92% pensent que la religion et la maladie mentale sont reliées et qu'il faudra tenir compte de l'aspect religieux dans la prise en charge des patients. Parmi ces psychiatres, 42% pensent que la religiosité peut engendrer des maladies mentales et 58% disent qu'ils n'ont jamais pensé avoir recours à un religieux. Même s'ils pensent que la spiritualité est importante pour la prise en charge, les professionnels ne sont pas toujours prêts à engager une discussion sur la spiritualité avec leurs patients (Ellis MR et al., 1999¹⁵⁸).

Les facteurs impliqués dans la non prise en compte de la dimension spirituelle sont selon Shafranske EP & Malony HN, 1990¹⁵⁹; Swinton J, 2001¹⁶⁰ :

- Les psychiatres ont rarement une affiliation religieuse et ont moins d'activités religieuses que la population générale.
- Certains professionnels de la santé mentale trouvent la religion irrationnelle, différente de la logique. de la pensée rationnelle. Ils peuvent aussi la considérer comme un paradigme rivalisant pour comprendre le comportement humain
- Certains professionnels peuvent penser que la religion peut être utilisée comme un véritable moyen thérapeutique et empêcher les patients de se soigner correctement par les moyens médicaux.
- Manque de connaissance sur les différentes religions.
- Tendance à considérer les comportements de patients qui se réfèrent à une dimension spirituelle comme pathologiques, surtout en milieu psychiatrique.
- Peur de ne pas être crédible, en parlant d'un domaine différent de son domaine de spécialité.
- Peur d'être intrusif dans la vie privée du patient.
- Peur d'aborder le sujet au cours du traitement, considérant que les patients seraient vulnérables à ce moment-là.

Par contre, d'autres études comme celle de Baetz M et al. (2002)¹⁶¹ menée auprès de psychiatres qui étaient tous membres de «Christian Medical and Dental Society» montre que 80% des psychiatres déclarent qu'ils s'intéressent souvent ou toujours aux croyances religieuses de leurs patients. Les deux tiers d'entre eux disent se sentir capables d'intégrer la spiritualité dans leurs pratiques cliniques.

Une autre étude (King DE, et al., 1992¹⁶²), montre que les praticiens qui ont des fortes croyances religieuses déclarent pouvoir discuter des thèmes religieux avec leurs patients. Toutefois, uniquement le un tiers de ces praticiens dit poser des questions sur la foi de leurs patients. Un mouvement qui s'appelle «The Christian Psychiatry Movement» est apparu aux USA et s'est développé par deux psychiatres à l'université de Duke et celle de Georgie dans les années 1970-1980. Ses fondateurs ont élaboré un programme de formation qui s'intéresse à une forme de psychiatrie qui intègre les croyances chrétiennes dans les pratiques de la psychothérapie et dans le traitement des maladies mentales (Koenig HG, 2001¹⁶³) En 1992, 4 facultés de médecine sur 125 aux Etats unis dispensent un enseignement sur « religion et médecine ». En 1999, ce sont plus de 60 facultés qui dispensent le même d'enseignement. L'enseignement dispense aux jeunes médecins des données sur les croyances religieuses et les liens avec la santé ou la maladie (Koenig HG, 2001¹⁶⁴). Les compétences à développer par les médecins face au besoin spirituel du patient sont selon Larimore WL, Parker M & Growther M, 2002¹⁶⁵, Lawrence RT & Schmit DW, 2004¹⁶⁶; Moreira-Almeida A, Neto FL & Koenig HG, 2006¹⁶⁷; Post SG, Puchalski CM & Larson D, 2000¹⁶⁸; Russell D'S, 2007¹⁶⁹, Mohr S et al., 2006¹⁷⁰ :

157. Neelman J, King MB. Ibid

158. Ellis MR, Vinson DC and Ewingman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physician's attitudes and practice. Journal of Family Practice 1999; 48:105-109

159. Shafranske EP, Malony HN. Ibid dimension. London, New York. J. Kingsley Publishers, 2001.

160. Swinton J. Spirituality and mental health care: Rediscovering a 'forgotten'

161. Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Jokic R, Bowen R. religious psychiatry: the Canadian experience. Journal of Nervous & Mental Disease 2002; 190 (8):557-559

162. King DE, Sobal J, Haggerty J, Dent M, Patton D. Experiences and attitudes about faith healing among family physicians. Journal of family practice. 1992.35:158-162.

163. Koenig HG, McCullough ME and Larson D. Handbook of religion and health. Oxford University Press 2001.

164. Koenig HG, McCullough ME and Larson D. Ibid

165. Larimore WL, Parker M and Growther M. Should Clinicians Incorporate positive Spirituality Into their Practices? What Does the Evidence Say. Annals of Behavioral Medicine 2002; 24(1):69-73.

166. Lawrence RT and Schmit DW. Principles to make a spiritual assessment work in your practice. The Journal of Family Practice 2004; 53, 625-631.

167. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiosity and mental health: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Sep; 28(3):242-50. Epub 2006 Aug 15. Review.

168. Post SG, Puchalski CM, Larson D. Physicians and Patient Spirituality: Professional Boundaries, Competency and Ethics. Ann Intern Med 2000; 132:578-583.

169. Russell D'S. The importance of Spirituality in medicine and its application to clinical practice. MJA 2007; 186(10): S57-S59.

170. Mohr S, Brandt Py, Bonas L, Gillieron C, Huguélet P. Toward an integration of spirituality and religiosity into the psychological dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry 2006; 163: 1952-1959.

- S'approprier les concepts couvrant la dimension spirituelle.
- Développer une ouverture d'esprit à une éventuelle demande ou questionnement du patient.
- Reconnaître le patient dans sa dignité et ses valeurs.
- Agir en respectant l'intimité du patient.
- Eviter toute attitude de prosélytisme.
- Permettre une prise en charge par des spécialistes: aumôniers, prêtres, pasteurs ou responsable de communautés religieuses auxquelles appartient le patient.
- Travailler en interdisciplinarité.

III- PRINCIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE D'UN PROJET SPIRITUALITE EN SANTE MENTALE

Par Aziz AMEUR,

Psychologue Clinicien. DESS de Psychopathologie et de psychologie clinique

Membre administrateur de la faculté européenne de sophrologie.

Le 06.10.2020

Comment introduire la spiritualité dans la pratique institutionnelle de prise en charge et d'accompagnement d'un public au « handicap psychique » ?

De nombreuses études ont montré qu'il existe des relations positives entre les pratiques spirituelles ou religieuses et la santé physique et mentale. Les mécanismes sous-jacents peuvent être d'ordre neurobiologique, comportemental (style de vie sain), psychologique (espoir, stratégies pour faire face à la maladie, qualité de vie) et sociaux (soutien de groupe).

Les études des EMC¹⁷¹ montrent qu'une pratique même profane produit des effets bénéfiques sur la santé. Elle peut ouvrir vers des expériences de cette autre dimension en soi et ouvrir par conséquent le champ des possibles d'adhésion à un paradigme¹⁷² convenant à soi. D'autant plus que les pratiques du bien-être ou de spiritualités, isolées de leurs considérations métaphysiques tiennent mieux compte des principes de réalité du monde moderne (relaxation, santé, épanouissement,...) et leur discours passe mieux dans un contexte laïque et multiculturel, que le discours religieux.

A- PRINCIPES TECHNIQUES :

a- Ethique et déontologie

1- Le paradigme humaniste-rationaliste est le point de départ de toute pratique des EMC. Cela peut conduire, en fonction de sa sensibilité et ses possibilités, à l'adoption ou non d'un paradigme à la spiritualité caractérisée selon les principes de laïcité.

2- L'émancipation des usagers (empowerment et advocacy-OMS.2005) signifie prendre en compte la santé mentale dans le sens positif du terme¹⁷³, sans se restreindre aux seuls symptômes, manifestations et conséquences de la maladie : l'état de bien-être, la satisfaction, la capacité à faire face, le sentiment de réalisation de soi sont autant d'éléments essentiels dans la préservation de la santé mentale et de la qualité de vie avec la maladie^{174 175 176}.

3-Aussi, tout projet « spiritualité » aujourd'hui doit être formulé en termes de sensibilisation et d'accompagnement à l'expérience phénoménologique des EMC¹⁷⁷.

Le projet doit laisser se structurer cette dimension, de façon différenciée, selon les attentes et les possibilités d'évolution de chaque personne en :

- bien-être, relaxation et style de vie sain,
- ou soins-accompagnement et qualité de vie
- ou psychologique (espoir, quête de sens et stratégies pour faire face à la maladie)
- ou sociales et soutien de groupe
- ou existentielles et épanouissement de soi
- ou spirituelle selon la tradition rationaliste occidentale
- ou métaphysique religieuse selon les principes de la loi 1905.

171. EMC= Etats Modifiés de Conscience, c'est le nom scientifique donnée aux expériences subjectives vécues dans un niveau de vigilance intermédiaire entre la veille et le sommeil et qui se caractérise par le bien-être, la paix et l'harmonie intérieure

172. Paradigme : vision du monde. Exemple l'héliocentrisme, d'où découle une perception de soi, de sa place et son rôle dans l'univers et dans le monde. L'humanisme est un paradigme, la religion est un paradigme, une vision du monde.

173. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

174. Barry M.M., Jenkins R. Implementing mental health promotion. Oxford : Elsevier, 2007.

175. Saïas T. Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. Pratiques psychologiques, 2009, vol. 15, n° 1 : p. 7-16

176. Akleh Y., Cartuyvels S., Romero P. Le Collectif « Pratiques en santé mentale communautaire ».

177. Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

b- Sensibilisation et accompagnement à la spiritualité avec pédagogie :

1- Sensibilisation :

Nous reprenons ici la conception de J.J Rousseau : « Songez bien que c'est rarement à vous de lui proposer ce qu'il doit apprendre ; c'est à lui de le désirer, de le chercher, de le trouver ; à vous de le mettre à sa portée, de faire naître adroitement ce désir et de lui fournir les moyens de le satisfaire » (Jean-Jacques Rousseau¹⁷⁸, Émile ou de l'éducation, 1762, Livre 3e, p. 203).

2- Accompagnement :

Les techniques de bien-être (relaxation ou méditation) font appel au corps dans une interaction permanente avec le psychisme. Pour faire concis en s'appuyant sur la première topique freudienne (Bernard Golse, pédopsychiatre-2006)¹⁷⁹ : l'accompagnement se situerait principalement du côté du besoin, alors que le soin psychique se situerait surtout du côté du désir. Sauf que dans la réalité, les choses ne sont pas toujours binaires. Myriam David (Pédopsychiatre-Psychanalyste-2001), dans son ouvrage « le Bébé, ses parents, leurs soignants » et à partir de son expérience de déportation concentrationnaire, nous précise à quel point le soin du corps et pas seulement chez les bébés, était en soi un acte psychothérapeutique dans une oscillation métaphoro-métonymique. L'accompagnement corporel peut, en effet, « se métaphoriser » en accompagnement psychique et le soin psychique peut, de son côté, « se métonymiser » en soin du corps.

Dès lors, on pourra comprendre que l'accompagnement peut, certes, être un accompagnement de la relation alors que le soin – et notamment en matière de handicap, mais pas seulement quand on pense aux enveloppements ou packing des psychotiques – peut concerner conjointement le corps et le psychisme. (Bernard Golse in Contraste 2006/1 (N° 24) par Cairn.info.p289-305, Accompagnement ou psychothérapie : qui fait quoi ?). Pour les personnes souffrant de troubles psychiques touchant l'intégrité du moi (psychotiques, autistes,...), l'expérience de l'unité et de l'harmonie dans le corps favorisent suffisamment l'appropriation du schéma corporel (Henri Wallon¹⁸⁰) pour une meilleure intégration de l'image du corps (relaxation psychotonique de Ajuriaguerra-Pédopsychiatre¹⁸¹ et image inconsciente du corps de Françoise Dolto¹⁸²). Pour toute pathologie psychique décompensée comme pour d'autres psychotiques, délirants aigus ou délirants mystiques chroniques, nécessité d'un avis spécialisé psychiatrique pour bénéficier de la pratique.

3- Pédagogie :

Nous nous appuyons ici sur les travaux de P. Filliot-2007 (professeur agrégé à l'IUFM de Reims) dans sa Thèse de doctorat d'Etat en sciences de l'éducation « l'éducation spirituelle ou l'autre de la pédagogie »-Université Paris VIII-Département sciences de l'Education, thèse relayée en 2014 par le Groupe spiritualité et éducation dans la rubrique "Pratiques spirituelles, autoformation et altérité" (laboratoire EXPERICE-Paris VIII et l'A-Graf-CNAM)¹⁸³.

1- « Dans la spiritualité, on éduque par ce que l'on est et non par ce que l'on sait : Un travail de soi sur soi est dès lors la première condition pour enseigner ou transmettre. Il est nécessaire d'avoir soi-même un début d'expérience même de façon profane (bien-être) de cette autre réalité en soi, commune à tous.

2- S'ouvrir à un autre rapport au corps : Nous sommes sous la domination de l'intellect, héritée de la pensée dualiste cartésienne qui exclut les ressources naturellement spirituelles du corps.

3- Un autre rapport à soi : La spiritualité est une exploration de l'espace du dedans, à ne pas réduire à la seule expérience que nous avons du dehors.

4- Une autre vision du sujet : L'individu contemporain est fragmenté, éclaté. Les démarches spirituelles, tout en reconnaissant la multiplicité de la conscience, affirment l'unité de celle-ci. C'est ce projet d'unification de soi qui semble pertinent à réintroduire dans le domaine de l'accompagnement de plus en plus morcelé.

5- Une raison autre : L'expérience spirituelle, si elle déborde des limites de la rationalité, elle n'est pas irrationnelle. Elle est une raison « ouverte ». Elle serait la reconnaissance de ces autres formes de pensée, de ces autres possibilités d'intelligibilités et d'approches du réel.

178. Jean-Jacques Rousseau, Émile ou de l'éducation, 1762, Livre 3e,

179. Bernard Golse in Contraste 2006/1 (N° 24) par Cairn.info.p289-305, Accompagnement ou psychothérapie : qui fait quoi ?

180. Wallon. H et Lurçiat. L. Dessin, espace et schéma corporel, sciences de l'éducation, Ed. Esf, 986

181. L'enseignement de Julian de Ajuriaguerra au Collège de France (1976-1981), Bulletin de Psychologie, juillet-août 1989, XLII, 15-16

182. Dolto. F. L'Image inconsciente du corps, Coll. Points/Essais, Ed. Seuil.1984.

183. P. Filliot, l'éducation spirituelle ou l'autre de la pédagogie ; Thèse.doctorat d'état en sciences de l'éducation. 2007.

6- Une action autre : La spiritualité, dans la mesure où elle est une expérience personnelle et non un « discours sur », engage à une pratique et une conduite de vie. L'action « juste » dans le bouddhisme, l'action non-action dans le taoïsme, l'action désintéressée de la tradition hindoue, l'action « divine » dans les traditions monothéistes, sont autant d'exemples d'autres modalités d'agir. Ces conceptions de l'action peuvent avoir une valeur pratique pour le bénéficiaire et l'accompagnateur (en les aidant implicitement dans leurs conduites).

7- Un savoir autre : Le savoir spirituel est une connaissance ordinaire. Il s'appuie sur l'expérience de tout ce que l'on vit, fait, pense, sent, observe... En même temps, le savoir spirituel est une connaissance extraordinaire. Il échappe au déjà connu, arrache le voile des habitudes. Il fait irruption dans la trame de la vie, illumine, émerveille, bouleverse... Et cette expérience ordinaire-extraordinaire est universelle: elle n'appartient à aucune catégorie, à aucune institution et à aucune religion.

B-PRINCIPES ORGANISATIONNELS :

- La mise en place d'un projet touchant à l'une des dimensions subtiles de l'être humain nécessite une implication organisationnelle de toute l'institution. Car introduire des pratiques, même isolés de leurs considérations métaphysiques, peut heurter les sensibilités d'une laïcité « fermée » ou celles d'une appropriation incomplète de la loi 1905.

- Il s'agit d'un projet de sensibilisation et d'accompagnement du patient vers plus de mieux-être avec la participation de celui-ci et de sa propre initiative en pratiquant ces EMC bienfaisants en terme de bien-être général, de santé et d'épanouissement existentiel. C'est aussi respecter liberté de conscience ou d'être et de devenir. Le Guide « Laïcité et gestion du fait religieux dans les établissements publics de santé » a été rédigé en 2016 en France par l'Observatoire de la laïcité pour promouvoir les bonnes pratiques¹⁸⁴.

- L'éclatement et la restructuration des soins en santé mentale en France depuis 2005 met le patient au centre du soin : une évolution dans la prise en charge, d'un modèle médical à un modèle bio-psychosocial où l'accent est mis sur l'accompagnement du patient comme être « indivisible » et « citoyen » que sur sa seule pathologie (empowerment). Dans le rapport-2009 (santé mentale, affaire de tous, pour une approche cohérente de la qualité de vie)¹⁸⁵, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire, elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. Les conditions et ressources préalables en sont : la paix, un abri, de la nourriture et un revenu. La santé mentale se doit d'être pensée désormais à l'intersection des caractéristiques des individus, des collectivités et des institutions et l'autonomisation des usagers doit prendre en compte la santé mentale dans le sens positif du terme »¹⁸⁶.

- L'OMS distingue dans la santé mentale : les troubles mentaux (psychotiques, dépressifs caractérisés,...), la souffrance psychologiques (symptômes anxieux et dépressifs peu intenses, dépressivité,...) et la santé mentale positive (estime de soi, capacités d'adaptation, sentiment de maîtrise de sa vie,...). Les différentes formes du « bien-être mental » (desir de réalisation, résilience face aux difficultés, empathie et capacité à se lier avec autrui) sont des dispositions plus que jamais jugées nécessaires dans le parcours de vie.

- La « santé mentale », c'est le bien-être avec ou sans symptômes et en cas de pathologie chronique, c'est « la-santé-dans-la-maladie » (health-within-illness)¹⁸⁷. L'administration, l'encadrement et le personnel doivent être sensibilisés par les moyens de formation et de pratique des techniques de bien-être sans métaphysique particulière. Les actions de formation à thème EMC, les actions de prévention des risques psychosociaux et les actions d'empowerment doivent être un point de convergence. Il s'agira demain d'être sur la même longueur d'ondes que les patients pour mieux les accompagner dans les pratiques qui se seraient instituées à leur demande.

-Le choix de l'intitulé du projet : il doit épouser les préoccupations et les volontés politiques des autorités de santé : « bien-être et qualité de vie » pourrait mieux convenir ou « bien-être et qualité de vie par la spiritualité » ou « bien-être par la spiritualité » ou « qualité de vie et spiritualité » ou pour la qualité de vie des soignants et accompagnants : « sophrologie-mindfulness et spiritualité » ou tout simplement « sophrologie et mindfulness » pour être dans l'ère du temps.

- La spiritualité ou le bien-être-qualité de vie est un objectif transversal parmi tant d'autres au sein de l'institution et les supports pour le réaliser peuvent être variés, ce qui permettrait de relativiser les représentations d'un imaginaire collectif pouvant être orienté concernant la liberté d'être ou d'expression.

184. Guide de laïcité. Observatoire de laïcité, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/02/laicite_et_gestion_du_fait_religieux_dans_les_etablissements_publics_de_sante_1.pdf

185. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

186. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>

187. Ellefsen. E. la santé-dans-la-maladie : une étude phénoménologique existentielle herméneutique. Thèse Ph. D. Montréal. 2010.

-Préserver la crédibilité du projet : Nous recommandons à ce que le projet soit porté physiquement par l'organe dirigeant de l'institution. Les techniciens apporteront leurs concours au recadrage. Nommer un référent qui doit être « neutre » (chargé de mission) ne faisant pas partie des effectifs de l'établissement.

-Le chargé de mission animera la mise en place du projet, il doit être de préférence de formation « psy » (psychiatre ou psychologue clinicien pour apporter du poids au projet) et de sensibilité « spi », expérimenté ayant pratiqué et soigné par les EMC sans métaphysique particulière.

-Mettre en place une expérience pilote dans un établissement qui servira d'exemple de « bonne pratique » pour les autres établissements de l'institution. Cet établissement ne doit pas contenir de problématiques qui se cristalliseraient sur un projet non parce qu'il est nouveau, mais aussi parce le projet, en lui-même, peut activer malaise, interrogeant chacun sur son propre devenir.

-Le projet finalisé peut être formalisé en GEM ou intégrer des GEM existants sur le territoire. Le projet participe de façon transversale à la sortie de l'isolement et à la reconstruction du lien social. Nous supposons que l'autogestion prendra le relais et participera à l'autonomisation et à l'autodétermination de la personne et par là à son insertion sociale et à son mieux-être général.

Bibliographie

I- Bien-être et santé par la spiritualité : Etats des lieux

I-A. Bien-être, spiritualité et santé

1. Monod-Zorzi Stéphanie, Soins aux personnes âgées. Intégrer la spiritualité ?, Editions Lumen Vitae, Collection Soins & Spiritualité, Bruxelles, 2012.
2. Francis Guibal, une spiritualité laïque ? A propos des essais de André Comte-Sponville et de Luc Ferry, cairn-info dans Études 2007/9 (Tome 407), pages 201 à 211
3. Koenig, H.G. (2009) Research on Religion, Spirituality, and Mental Health: A Review. The Canadian Journal of Psychiatry, 54, 283-291

I-B. Spiritualité moderne et Etats Modifiés de Conscience (EMC)

4. Williams/Teasdale, Segal, Kabat-Zinn, Méditer pour ne plus déprimer : La pleine conscience, une méthode pour vivre mieux, préface de Christophe André, Odile Jacob 2009.
5. Vargas de Franqueville. A. La pleine conscience, application clinique en médecine générale, revue de littérature. Thèse de médecine. Toulouse 2014
6. K. H. Kaplan, D. L. Goldenberg et M. Galvin-Nadeau, The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia, in General Hospital Psychiatry, 1993.
7. J. D. Creswell, F. F. Myers, S. W. Cole et M. R. Irwin, Mindfulness meditation training effects on CD4+ T lymphocytes in HIV-1 infected adults, in Brain, Behavior, and immunity, 2009.
8. Vigne, J. psychiatre, « Le maître et le thérapeute » - Albin Michel. Paris 1991
9. Google livre, Ouvrage collectif "Affectivité et pensée", page 187 [archive], consulté le 1er juin 2019
10. Mucchielli, R. Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale- Psychologie et sciences humaines. Dessart. Bruxelles. 1967

I-C. Effets des pratiques spirituelles ou des EMC sur la santé.

11. Ameur, A, Devenir, une question cruciale, de la méta-conscience en sophrologie à une théorie de la transcendance selon les paradigmes modernes, Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2005: http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/devenir_et_m%C3%A9taconscience_article_22.pdf
12. Bailly, N, Roussiau, N, Fleury-Bahi, G, Etude des liens entre les croyances religieuses et spirituelles, la santé et l'âge. Bulletin de psychologie » 2011/2 Numéro 512 | pages 149 à 15
13. Kornreich, C et Aubin HJ, Religion et fonctionnement du cerveau (partie 2) : les religions jouent-elles un rôle favorable sur la santé mentale ? Article de synthèse. Revue Médicale de Bruxelles. 2012. p87-96.

II- Pour une théorie de la spiritualité en santé mentale selon les paradigmes modernes : Etats des connaissances.

II-A. Spiritualité, bien-être et Bonheur des philosophes

14. Ameur, A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf
15. Koenig HG, McCullough ME, Larson DB : Handbook of Religion and Health. 1st ed. Oxford University Press, USA, 2001
16. Luc Brisson (dir.) et Louis-André Dorion (trad. du grec ancien), Charmide : Platon, Œuvres complètes, Paris, Éditions Flammarion, 2008 (1re éd. 2006), 2204 p. (ISBN 978-2-08-121810-9)
17. Platon (trad. Luc Brisson), « Apologie de Socrate », dans Œuvres complètes, Éditions Flammarion, 2008 (1re éd. 2006), 2204 p. (ISBN 978-2081218109).
18. Prophète de Tyr, Traité sur le précepte connais-toi toi-même. Ici-eBooks.3/01/17 PAGE 18
19. Shakespeare (trad. Pierre Jean Jouve), Macbeth, Flammarion, 2006, 292 p. (ISBN 978-2-08-071295-0), p. 59
20. Aristote, Éthique à Nicomaque, Vrin (traducteur J. Tricot), 2007, Aristote, Éthique à Nicomaque II, 4, 1105 b 25
21. Luc Brisson, Le bonheur selon Platon [archive], Le Point, 20 octobre 2016
22. Platon, Timée. Cité par Frédérique Ildefonse, article « Platon », in Michèle Gally (dir.) Le bonheur, Dictionnaire historique et critique, CNRS, 2019, p. 296.
23. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Bonheur>
24. Robert Mauzi, L'idée du bonheur dans la littérature et la pensée françaises au XVIIIe siècle, Slatkine, 1960, 725 p.
25. Robespierre, « Sur le gouvernement représentatif », 10 mai 1793. Cité par Pierre-André Taguieff, op. cit. p. 71.
26. Franck Fischbach, Le bonheur est une question politique [archive], France Culture, 25 avril 2017.
27. Paul B. Preciado, Avec Marx, le bonheur est émancipation politique [archive], Libération, 21 octobre 2016.
28. Virginie Spies, Télévision, presse people : les marchands de bonheur, De Boeck, 2008.
29. Eva Illouz et Edgar Cabanas, Happycratie. Comment l'industrie du bonheur a pris le contrôle de nos vies, Premier Parallèle, 2018.
30. Francesco et Luigi Luca Cavalli-Sforza, La science du bonheur. Les raisons et les valeurs de notre vie, Odile Jacob, 1998.
31. 82% des salariés estiment que l'entreprise est responsable de leur bonheur, selon un sondage [archive], Le Figaro, 21 janvier 2020.

II-B. Spiritualité, paradigmes et Telos (Avoir, Etre et Devenir)

32. Ameur, A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

33. Thomas Kuhn (trad. Laure Meyer), *La structure des révolutions scientifiques* [« The Structure of Scientific Revolutions » Paris, Flammarion, coll. « Champs / 791 », 2008 (1re éd. 1962), 284 p. (ISBN 978-2-0812-1485-9, OCLC 262699548). Scientific
34. Richard Dawkins *Le Gène égoïste* (en anglais : *The Selfish Gene*, Oxford University Press, New York, 1976, 352 p., poche
35. Edmund Husserl (trad. Alexandre Lowit), *L'idée de la phénoménologie : Cinq Leçons*, PUF, coll. « Épiméthée », 1985, 3e éd., 136 p.
36. *Les Concepts fondamentaux de la métaphysique : monde, finitude, solitude*, Paris, Gallimard, 1992, (trad. Daniel Paris).
37. Binswanger (Ludwig) *Introduction à l'analyse existentielle*, Éditions de Minuit, 1971
38. *Traité de psychopathologie*. Minkowski (Eugène). Édité par Puf, Logos, 1966
39. Roger Mucchielli, *Analyse existentielle et psychothérapie phénoméno-structurale*. Dessart. Psychologie et sciences humaines. Bruxelles 1967.
40. Ameur.A, *Devenir, une question cruciale, de la méta-conscience en sophrologie à une théorie de la transcendance selon les paradigmes modernes*, Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2005 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/devenir_et_m%C3%A9taconscience_article_22.pdf

II-C. Spiritualité et sciences médicales modernes

41. JP. HUBERT.JP, *la Naturothérapie ; Tome1-Formation théorique*, L'Harmattan , Paris.2019.221 p.
42. Ibid
43. Ibid
44. Luc Brisson et Louis-André Dorion (trad. du grec ancien), *Charmide : Platon, Œuvres complètes*, Paris, Éditions Flammarion, 2008 (1re éd. 2006), 2204 p. (ISBN 978-2-08-121810-9)
45. JP. Hubert, *Traité de sophrologie, origine et développement*, le Courrier du Livre. Paris 1988
46. <https://plateformeceps.www.univ-montp3.fr/fr>
47. Gregory Ninot, *Guide professionnel des interventions non médicamenteuses*. Dunod 2019
48. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
49. Elodie Giroux, *Après Canguilhem : définir la santé et la maladie*, Paris, P.U.F, 2010
50. Ameur. A. *Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre*. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf
51. WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). *Quelle qualité de vie? / Groupe OMS Qualité de Vie*. Forum mondial de la Santé 1996 ; 17(4) : 384-386. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/54757>

II-D. Spiritualité et psychologie moderne

52. Dein Simon, Loewenthal Kate M., 1998, « Editorial », *Mental Health, Religion & Culture*, 1-1, p. 1-5.
53. Sims, A. (1995). *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. London: WB Saunders
54. Françoise Champion *La nouvelle présence du religieux dans la psychiatrie contemporaine*. L'exemple anglais.. p. 17-38.in Archives de sciences sociales des religions n°163 | juillet-septembre 2013 : Soigner l'esprit.
55. [Research on religion, spirituality, and mental health: A review.HG Koenig - *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2009 - journals.sagepub.com
56. Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet.P. *Spiritualité, pratiques religieuses et schizophrénie : mise au point pour le praticien*. *Revue médicale suisse* 2006 n°79.
57. Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet.P. Ibid
58. Mohr S. Borrás L. Gillieron C. Brandt P.Y. Huguelet.P. Ibid
59. Palazzalo J. *L'institution psychiatrique*. Paris :Ed Ellebore ; 2003
60. Evrard Renaud. *Psychopathologie et expériences exceptionnelles : une revue de la littérature*, *L'Évolution Psychiatrique* , Volume 78, Issue 1, January–March 2013, Pages 155-176, ISSN 0014-
61. Tobie Nathan, « *L'héritage du rebelle : le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'ethnopsychiatrie clinique en France* »,
62. Nathan T. *Le rôle de Georges Devereux dans la naissance de l'ethnopsychiatrie clinique en France* *Ethnopsy — Les Mondes Contemporains de la guérison*, N° 1 — février 2000, 197-226
63. Devos A. Abadie P. « *abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique* » *L'information psychiatrique* 5/2010(volume 86) p439-446 http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_8605_0439 Consulté le 10 novembre 2015
64. Devereux, Georges, *Ethnopsychanalyse complémentariste [compte-rendu]*. sem-linkM. Autès. *Revue française de sociologie* Année 1973 14-4 pp. 564-566
65. Devos A. Abadie P., *Abord du phénomène religieux dans la pratique psychiatrique*. *L'Information psychiatrique* 2010 ; 86 : 439-446
66. Djaber. A. *Psychiatrie et spiritualité. Evaluation des croyances des besoins spirituels et religieux des usagers d'un Centre Médico-psychologique pour adulte et de la réponse des psychiatres à des demandes de nature spirituelle*. Thèse de doctorat psychiatrie 2011
67. Francis, L. J., & Bourke, R. (2003). *Personality and Religion: Applying Cattell's Model among Secondary School Pupils*. *Current Psychology*, 22(2),125-137
68. Emmons, R. A (2005a), *Striving for the Sacred: Personal Goals, Life Meaning, and Religion*. *Journal of Social, Issues*, (4)731-745.
69. Snyder, C. R, Sigmon, D. R, & Feldman, D. B. (2002), *Hope for the sacred and vice versa: Positive goal-directed thinking and religion.*, *Psychological Inquiry*, 13(3), 234-238.
70. Roccas, S. (2005), *Religion and Value Systems*. *Journal of Social Issues*, 61(4), 747- 759.
71. Francis, L. J., & Jackson, C. J. (2003), *Eysenck's dimensional model of personality and religion: are religious people more neurotic?* *Mental Health, Religion & Culture*, 6(1),87-100
72. Gorsuch, R. L. (1988). *Psychology of Religion*. *Annual Review of Psychology*, 39,201- 221
73. Saroglou, V. (2002). *Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review*. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 15-25.
74. Senèze N. *Les évolutions de la pratique religieuse*. Données d'une enquête de l'IFOP. La Croix, mardi 15 aout 2006. accessible sur :http://www.la-croix.com/Religion/Sinformer/Actualite/Les-evolutions-de-la-pratique-religieuse-_NG_-2006-08-13-515880 . Consulté en octobre 2011
75. Emmons, R. A (2005b). *Emotion and Religion*. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 235-252). NY, London: Guilford Press.

76. Otto, R. (1995). *Le sacré. L'élément non rationnel dans l'idée du divin et sa relation avec le rationnel* (11 ed.). Paris: Editions Payot & Rivages
77. Mullet, E., Azar, F., Barras, J., Neto, F., Frangia, L., & Usai, V. (2002). Religion and forgiveness. *Psicologia Educacao Cultura*, 6(2), 279-301.
78. Mullet, E., Barros, J., Frongia, L., Usai, V., Neto, F., & Shafighi, S. R. (2003). Religious Involvement and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 71(1), 1-19. 138
79. McCullough, M. E., & Worthington Jr., E. L. (1999). Religion and the Forgiving Personality. *Journal of Personality*, 67(6), 1141-1164.
80. McCullough, M. E., Bono, G., & Root, L. M. (2005). Religion and Forgiveness. In R. F. Paloutzian & C. Park (Eds.), *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality* (pp. 394-411). NY, London: Guilford Press.
81. Cloninger, R. C. & Svrakic, D. M. (1997) Role of personality self-organisation in development of mental order and disorder. *Development and Psychopathology*, 9, 881-906.
82. Savourey-Alezra M, Brisson P. Recréer les liens familiaux : médiation familiale et soutien à la parentalité. Presses Université Laval, 2002 - 187 p.
83. Miller FP., Vandome AF., McBrewster J. *Pyramide Des Besoins de Maslow*. Alphascript Publishing. 2010 - 80 p
84. Krause, N. (1991). Stress, religiosity, and abstinence from alcohol. *Psychology and Aging*. 6, 134- 144
85. Koenig, H. G., McCullough M. E., Larson, D. B. (2001). Alcohol and drug use. In *Handbook of Religion and Health*. New York: Oxford University Press, 603-626
86. Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
87. Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
88. Park, C., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
89. Park, C., & Folkman, S. Ibid
90. Pargament, K. 1. (1997). *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. NY, London: The Guilford Press
91. Caycédo. A in *Sophrologie . Tome 1, fondements et méthodologie* par Dr Patrick-André Chéné, Ellebor, 4^e édition. Paris, 2001
92. Hubert JP, *Traité de sophrologie, Tome1, origine et développement*, le Courrier du livre, Paris, 1982
93. Caycédo. A, Ibid
94. Hubert JP et Abrezol.R, *Traité de sophrologie, Tome2, méthodes et techniques*, le Courrier du livre, Paris, 1990
95. Aneur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. *Articles scientifiques en ligne* » de la « revue *Sophrologie et Connaissance* " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf
96. Hubert JP ; la sophrologie analytique-la sophroanalyse, L'Harmattan, 2010. Paris
97. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. (Vol. 1). New York: Basic Books
98. Kirkpatrick, L. A (1999). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. (pp. 803-822). New York, NY, US: Guilford Press.
99. Kirkpatrick, L. A (1992). An attachment-theory approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2(1), 3-28.
100. Kirkpatrick, L.A, Ibid
101. Ventis, W. L. (1995). The relationships between religion and mental health. *Journal of Social Issues*, 51(2), 33-48.
102. Myers, O. G. (1992). *The pursuit of happiness*. New York: Morrow.
103. Kabat-Zinn.J, *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness* (trad. de l'anglais), Bruxelles, De Boeck, coll. « Carrefour des Psychothérapies », 2009, 564 p.
104. Segal et al, *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, De Boeck, 2006.
105. OMS : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
106. Spilka B, Spangler JD, Nelson CB. Spiritual support in life threatening illness. *Journal of Religion and Health* 1983; 22:98-104

II-E. Spiritualité et sciences sociales modernes

107. Rapport de la commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale, présidée par M. Edouard Couty, remis à la ministre de la Santé et des Sports le 29 janvier 2009. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>
108. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale qui s'est tenue à Helsinki en janvier 2005. Dans le cadre de celle-ci, la Déclaration et le Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été signés et approuvés au nom des ministres de la santé des 52 États membres de la région Européenne de l'OMS.
109. Paul Silvadon avec Jeanne Duron, *La Santé mentale*, Ed. Privat, 1979.
110. Ehrenberg. A., « Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale », *Revue française des Affaires sociales*, n° 1-2004, p. 77-88.
111. En France, la structure la plus connue est l'association « Advocacy France »
112. Caria A. La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions. In : Guelfi J.-D., Rouillon F. dir. *Manuel de Psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2008 : p. 662-668.
113. Kovess-Masfety V., Boisson M., Godot C., Sauneron S. La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris : La Documentation française, coll. Rapports et documents, 2009 : 254 p.
114. Romeder J.-M. Les groupes d'entraide et la santé : nouvelles solidarités. (Publié en anglais sous le titre : *The Self-Help Way*). Ottawa : Conseil canadien de développement social, 1989 : p. 14
115. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>
116. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>
117. Barry M.M., Jenkins R. *Implementing mental health promotion*. Oxford : Elsevier, 2007.
118. Saïas T. Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. *Pratiques psychologiques*, 2009, vol. 15, n° 1 : p. 7-16
119. Akleh Y., Cartuyvels S., Romero P. Le Collectif « Pratiques en santé mentale communautaire ».
120. Depression: social and economic timebomb. *Strategies for quality of care*, OMS, 2001.
121. Elle deviendrait la première cause d'invalidité dans le monde à l'horizon 2020 : 10 % du total des années de vie avec incapacité (AVCI) lui serait imputable
122. Murthy R.S., Bertolote J.M., Epping-Jordan J. et al., *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001
123. Aneur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. *Articles scientifiques en ligne* » de la « revue *Sophrologie et Connaissance* " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf

II-F. Spiritualité et principes de laïcité

124. QUENUM. Y. Pratiques religieuses, Entre laïcité et primauté des soins, quelle place pour le libre arbitre? 2016. Mémoire de diu, Ethique en Santé « Réflexion éthique et philosophique pour le soin, l'enseignement et la recherche en santé »
125. Pena Ruiz H. Dieu et Marianne. 2ème éd. Paris: Presses Universitaires de France ; 2015
126. Pena Ruiz H. Ibid
127. Pena Ruiz H. Ibid
128. Pena Ruiz H. Ibid
129. Debray R. Ce que nous voile le voile. Paris : Gallimard ; 2004
130. Debray R. Ibid
131. Lequillier C. La laïcité à l'hôpital. Soins, octobre 2015, N°799, p. 25-28
132. Eduardo Mahieu, dans son article Jacques Lacan, Henri Ey, et la liberté (134134) Mahieu E.T. Jacques Lacan, Henri Ey, et la liberté. L'information Psychiatrique, N° 5, Volume 75, Mai 1999, pp. 514-520.
133. Mahieu E. T. op. cit.. Ey H. op. cit.
134. Mahieu E. T. op. cit.. Ey H. op. cit.
135. Mahieu E. T. op. cit. Ey H. op. cit.,
136. Leguay D. Psychiatrie et religion.in Encycl Méd Chir, Paris : Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Psychiatrie, 2001, p.6
137. Swinton, J. (2001). Spirituality and mental health care. London: Jessica Kingsley.
138. Kroll, J., & Sheehan, W. (1989). Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. American journal
139. Kirov, G., Kemp R., Kirov. K., David. A-S., (1998). Religious faith after psychotic illness. Psychopathology, 31, 234-245. of psychiatry, 146, 67-72.
140. Tepper, L., Rogers, S. A., Coleman, E. M., Malony, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. Psychiatric services, 52, 660-665
141. Pieper, J.Z.T. (2004). Religious coping in highly religious psychiatric inpatients. Mental Health, religion & culture, 7, 349-363.
142. Kirov, G., Kemp R., Kirov. K., David. A-S., (1998). Religious faith after psychotic illness. Psychopathology, 31, 234-245. of psychiatry, 146, 67-72.
143. Zielinski A Le libre choix. De l'autonomie rêvée à l'attention aux capacités, Gériologie et société 4/2009 (n° 131) , p. 11-24 DOI : 10.3917/gs.131.0011.
144. Le Coadic R. L'autonomie, illusion ou projet de société ? Cahiers internationaux de sociologie,nc,2006,CXXI,p.317-340. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00489991>
145. Lamothe P. Loi, morale, éthique et déontologie : réflexion sur éthique et pratique psychiatrique. Revue psychiatrie française- N° spécial 2001 p.49-57).
146. Jean-Yves Goffi Chapitre 1. Nature humaine et amélioration de l'être humain à la lumière du programme transhumaniste. in Journal International de Bioéthique 2011/3-4 (Vol. 22), pages 18 à 32. Mis en ligne sur Cairn.info le 01/04/2012
147. Jaworska. A in Démence, autonomie et compétence. Fabrice Gzil, Anne-Sophie Rigaud et Florence Latour vol. 10, n° 2 | 2008 : Les enjeux éthiques du vieillissement
148. Baertschi. B. L'autonomie à l'épreuve de la fragilité mentale sévère in Alzheimer et autonomie. Paris : 2010 Cours Dekeuwer. C. 25/11/2015 67).
149. Pelluchon C. Levinas et l'éthique médicale , Cahiers d'études Levinassiennes, n°9, 2010. http://corinepelluchon.fr/wp-content/uploads/2013/07/CEL9_Pelluchon.pdf.
150. Kehoe, N. C. (1999). A therapy group on spiritual issues for patients with chronic mental illness. Psychiatric Services, 50, 1081-1083
151. Sims, A. (1999). The cure of souls: Psychiatric dilemmas. International review of psychiatry, 11, 97-102.
152. Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf
153. Mandhouj O. Place de la spiritualité dans la prise en charge des maladies mentales et des addictions.Thèse de doctorat en psychiatrie. Département de psychiatrie et d'addictologie-Hôpital Paul Brousse. 2015
154. Lukoff D, Lu F, Turner R. Toward a more culturally sensitive DSM IV. Psychoreligious and Psychospiritual problems. J Nerv Ment Dis 1992; 180: 673-682192.
155. Shafranske EP, Malony HN. Clinical psychologists' religious and spiritual orientations and their practice of psychotherapy. Psychotherapy Theory Research Practice Training 1990 ; 27:72-78..
156. Neeleman J, King MB. Psychiatrists' religious attitudes in relation to their clinical practice: a survey of 231 psychiatrists. Acta Psychiatr Scand.1993; 88:420-424
157. Neeleman J, King MB. Ibid
158. Ellis MR, Vinson DC and Ewingman B. Addressing spiritual concerns of patients: family physician's attitudes and practice. Journal of Family Practice 1999; 48:105-109.
159. Shafranske EP, Malony HN. Ibid
160. Swinton J. Spirituality and mental health care: Rediscovering a 'forgotten' dimension. London, New York. J. Kingsley Publishers, 2001.
161. Baetz M, Larson DB, Marcoux G, Jokic R, Bowen R. religious psychiatry: the Canadian experience. Journal of Nervous & Mental Disease2002; 190 (8):557-559
162. King DE, Sobal J, haggerty J, Dent M, Patton D. Experiences and attitudes about faith healing among family physicians. Journal of family practice.1992.35:158-162.
163. Koenig HG, McCullough ME and Larson D. Handbook of religion and health. Oxford University Press 2001.
164. Koenig HG, McCullough ME and Larson D.
165. Larimore WL, Parker M and Growther M. Should Clinicians Incorporate positive Spirituality Into their Practices? What Does the Evidence Say. Annals of Behavioral Medicine 2002; 24(1):69-73.
166. Lawrence RT and Schmit DW. Principals to make a spiritual assesement work in your practice. The journal of Family Practice 2004; 53, 625-631.
167. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Sep; 28(3):242-50. Epub 2006 Aug 15. Review.
168. Post SG, Puchalski CM, Larson D. Physicians and Patient Spirituality: Professionnal Boundaries, Competency and Ethics. Ann Intern Med 2000; 132:578-583.

169. Russell D'S. The importance of Spirituality in medicine and its application to clinical practice. MJA 2007; 186(10): S57-S59.
170. Mohr S, Brandt Py, Bonas L, Gillieron C. Huguélet P. Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychological dimension of schizophrenia. Am J Psychiatry 2006; 163: 1952-1959.

III- Principes pour la mise en œuvre d'un projet spiritualité en santé mentale

171. EMC= Etats Modifiés de Conscience, c'est le nom scientifique donnée aux expériences subjectives vécues dans un niveau de vigilance intermédiaire entre le veille et le sommeil et qui se caractérise par le bien-être, la paix et l'harmonie intérieure
172. Paradigme : vision du monde. Exemple l'héliocentrisme, d'où découle une perception de soi, de sa place et son rôle dans l'univers et dans le monde. L'humanisme est un paradigme, la religion est un paradigme, une vision du monde.
173. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>
174. Barry M.M., Jenkins R. Implementing mental health promotion. Oxford : Elsevier, 2007.
175. Saïas T. Cadre et concepts-clés de la psychologie communautaire. Pratiques psychologiques, 2009, vol. 15, n° 1 : p. 7-16
176. Akleh Y., Cartuyvels S., Romero P. Le Collectif « Pratiques en santé mentale communautaire ».
177. Ameur. A. Bien-être et santé par la spiritualité, les principes de mise en oeuvre. Articles scientifiques en ligne » de la « revue Sophrologie et Connaissance " - Paris 2019 : http://www.faculté-sophrologie.org/pdf/bien-%C3%AAtre_sant%C3%A9_spiritualit%C3%A9_article_23.pdf
178. Jean-Jacques Rousseau, Émile ou de l'éducation, 1762, Livre 3e,
179. Bernard Golse in Contraste 2006/1 (N° 24) par Cairn.info.p289-305. Accompagnement ou psychothérapie : qui fait quoi ?
180. Wallon. H et Lurçiat. L . Dessin, espace et schéma corporel, sciences de l'éducation, Ed. Esf, 986
181. L'enseignement de Julian de Ajuriaguerra au Collège de France (1976-1981), Bulletin de Psychologie, juillet-août 1989, XLII, 15-16
182. Dolto. F. L'Image inconsciente du corps, Coll. Points/Essais, Ed. Seuil.1984.
183. P. Filliot, l'éducation spirituelle ou l'autre de la pédagogie ; Thèse.doctorat d'état en sciences de l'éducation. 2007
184. Falret. PF. Falret, l'innovation en santé mentale. Editions Michel Lafon 2020
185. <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/094000556.pdf>
186. Guide de laïcité. Observatoire de laïcité, https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/02/laicite_et_gestion_du_fait_religieux_dans_les_etablissements_publics_de_sante_1.pdf
187. Ellefsen. E. la santé-dans-la-maladie : une étude phénoménologique existentielle herméneutique. Thèse Ph. D. Montréal. 2010.