

# Quelle place pour les croyances?

Olivier Jonquet

Médecine Intensive-Réanimation

Montpellier



Université de Montpellier  
FACULTÉ  
de MÉDECINE  
Montpellier-Nîmes

FACULTÉ  
DE MÉDECINE



*Je ne dispute jamais du nom, pourvu qu'on  
m'avertisse du sens qu'on lui donne*

*Blaise Pascal 1Provinciales*

# La croyance

Sens faible et large : *opinion*. Assentiment imparfait qui comporte tous les degrés de probabilité

Sens fort : *faire crédit à un témoin (credere)*

*Lorsque l'assentiment n'est suffisant qu'au point de vue subjectif, et qu'il est tenu insuffisant au point de vue objectif, on l'appelle « croyance » (glauben)*

*Emmanuel Kant : Critique de la raison pure)*

## La foi (*fides*)

*La foi est une manière de posséder déjà ce que l'on espère, un moyen de connaître des réalités que l'on ne voit pas*

He 11, 1

## La foi (*fides*)

*Au-dedans, une interrogation inquiète et confiante.*

*Au dehors, l'affirmation, le témoignage des paroles qui espèrent et des actes qui aiment*

France Quéré

# Religion(s): définitions

Une religion est un système solidaire de **croyances** et de **pratiques** relatives à des **choses sacrées**, c'est-à-dire

-séparées,

-interdites,

**croyances et pratiques** qui unissent en une même **communauté** morale, appelée Eglise, tous ceux qui y adhèrent

*E Durkheim*

# Religion(s): définitions

Institution sociale caractérisée par l'existence d'une **communauté d'individus**, unis :

- par l'accomplissement de certains **rites** réguliers et par l'adoption de certaines formules
- par la **croissance en une valeur absolue**, avec laquelle rien ne peut être mis en balance, croyance que cette communauté a pour objet de maintenir
- par la **mise en rapport de l'individu avec une puissance supérieure à l'homme**, puissance conçue soit comme
  - diffuse : panthéisme
  - multiple : polythéisme
  - unique : monothéisme (Dieu)

André Lalande *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*

# Religion(s) : définitions

- Ce qui est indispensable à la religion sous toutes ses formes *est d'opposer au monde qui nous entoure d'abord une autre sorte d'existence, un nouvel ordre de choses supérieur, de diviser la réalité totale en différents règnes et différents mondes. Sans la foi en Dieu, il peut y avoir religion, comme le montre le bouddhisme ancien et authentique ; sans la dualité des mondes, sans perspective sur une nouvelle sorte d'être, elle n'est plus qu'un vain mot . R Eucken*



# Religion : étymologie

## 1-Traduction dans l'occident chrétien

- idée impériale: religion facteur d'ordre public : *mes préfets, mes évêques*
- idée mystique : *éros* de l'âme individuelle pour Dieu
- idée monastique: discipline des baptisés, course à la perfection

## 2-Evolution du sens

- au Moyen Age le religieux est un moine puis un homme (ou une femme) observant
- à la Renaissance : religion désigne les diverses confessions chrétiennes issues de la Réforme (la RPR) puis les autres religions : judaïsme, *mahométisme*... objets d'un savoir spécifique et d'un abord scientifique
- au XIXème siècle *Philosophie de la religion* Hegel
- actuellement : paradoxe entre choc des civilisations (+/- religions instrumentalisées) et découverte de la nécessité d'un dialogue...

# Religion: étymologie

- *Religare* : relier.

Un lien d'obligation soit de pratiques soit entre les hommes ou entre les hommes et Dieu (Lactance, saint Augustin)

- *Relegere* : relire, revoir avec soin

réunion, rassemblement

en s'opposant à *neglego*, notion de prendre soin, avoir du respect (Cicéron)

# Religion(s), croyances foi et/ou pratique?

Chosification (ou instrumentalisation) de la religion considérée comme un ensemble de lois, de croyances, de pratiques extérieures codifiées et visibles à appliquer sans réflexion.

-Equilibre subtil entre :

-lien social,

-relations interpersonnelles,

-relation personnelle et de la communauté à la divinité

-relation de la communauté à la société : laïcité, équilibre et distinction(mais non séparation) entre ce qui serait de l'ordre du privé (la religion) et de l'ordre du public (la vie en société).

*Rendez à César ce qui est à César et à Dieu ce qui est à Dieu Mc 12, 17*

.

# Croyance, religion, foi, raison : séparation ou distinction des ordres?

-Foi et raison : *deux excès : exclure la raison, n'admettre que la raison* Pascal Br 253

-*La foi est différente de la preuve : l'une est humaine, l'autre est un don de Dieu* Pascal Br 248

-*Il faut que l'extérieur soit joint à l'intérieur pour obtenir de Dieu (...). Attendre de cet extérieur le secours est être superstitieux, ne vouloir pas le joindre à l'intérieur est être superbe* Pascal Br 250

# Spirituality, Religion, and Clinical Care\*

Daniel P. Sulmasu, MD, PhD  
(*CHEST* 2009; 135:1634–1642)

Spirituality and religion are related but conceptually different. I define spirituality as the ways in which a person habitually conducts his or her life in relationship to the question of transcendence. A religion, by contrast, is a set of beliefs, texts, rituals, and other practices that a particular community shares regarding its relationship with the transcendent. Spirituality is thus simultaneously a broader concept than religion and a narrower concept than religion. It is broader in the sense that all religious and even nonreligious persons confront the question of transcendence, and so the term is compatible with all forms of religious belief and even the rejection of religion. Spirituality is narrower than religion, however, in the sense that, because only persons can engage questions of transcendence, each relationship with the transcendent will always be unique and spirituality ultimately personal. Even within a given religion, there will be as many spiritualities as there are individuals.

## Liaison et distinction spiritualité et religion

**Spiritualité** : relation avec la transcendance, **intériorité**

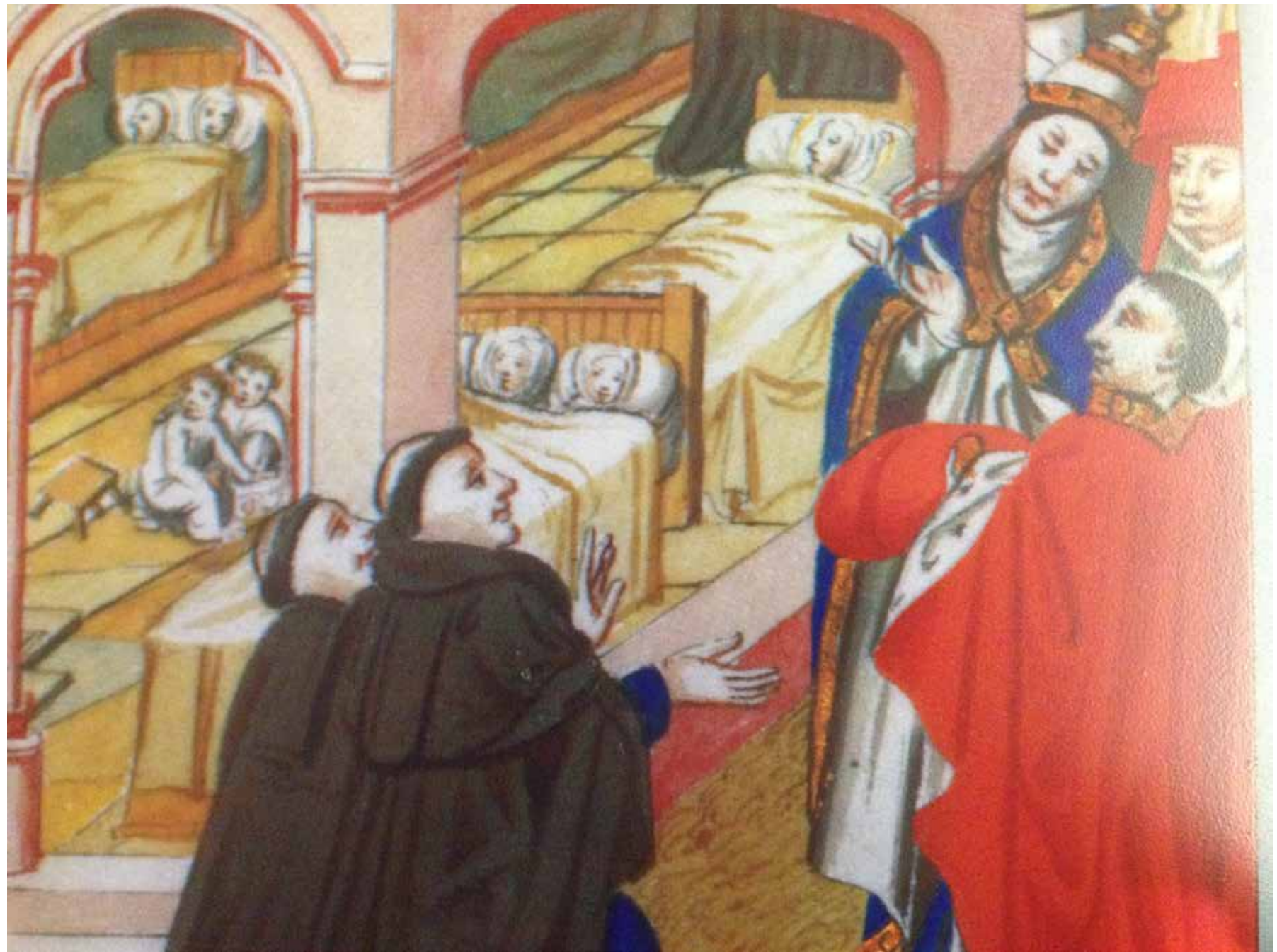
**Religion** : *ensemble de croyances, textes, rituels partagés par une communauté*

**Spiritualité** : plus large et plus étroit

-plus large : les religieux et les non religieux peuvent se confronter à la transcendance. *On peut avoir une spiritualité sans avoir une religion définie.*

-plus étroite : relation personnelle avec la transcendance. Il y peut y avoir *plusieurs spiritualités au sein d'une même religion* ou confession.

Quelle place aux *croyances*, la spiritualité, les religions dans nos pratiques?



# Loi de séparation des Eglises et de l'Etat (9 décembre 1905)

- *La République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions définies ci après dans l'intérêt de l'ordre public.*
- *Le République ne reconnaît, ne salarie, ni ne subventionne aucun culte.*
- Rôle apaisant d'Aristide Briand versus Emile Combes
- Reconnaît la présence d'aumôniers dans les Hôpitaux  
les Armées  
les prisons
- Guerre de 1914 : Union sacrée
- La *laïcité* n'apparaît que dans la constitution de la cinquième République en 1958



# Porter attention :

- Laïcité : liberté publique
- Séparer, n'est pas ignorer
- Libre exercice des cultes : au delà de la sphère religieuse privée
- La chambre du malade est assimilée en droit à son domicile
- Liberté de religion : *liberté de manifester sa religion ou sa conviction en public* (Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Art 9) A condition de ne pas troubler l'ordre public

# Limitation et arrêt des thérapeutiques actives

**La limitation de thérapeutique(s) active(s)** est définie par la non instauration ou la non optimisation d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort

**L'arrêt de thérapeutique(s) active(s)** est défini par l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes déjà instituées, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort

**Les soins palliatifs** associent l'ensemble des mesures permettant de lutter contre l'inconfort, qu'il soit physique, émotionnel, **spirituel** ou social

SRLF 2002 ([www.srlf.org](http://www.srlf.org))

## Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et **spirituelle**.

[www.sfap.org](http://www.sfap.org)

# « *Mieux vivre la Réanimation* »

6<sup>ème</sup> Conférence de consensus SRLF-SFAR

Paris, 19 novembre 2009

## 2. Approche personnalisée d'un processus décisionnel en réanimation : les différents acteurs :

Le patient

Les proches

L'équipe multiprofessionnelle de réanimation

Le médecin traitant ou le spécialiste référent

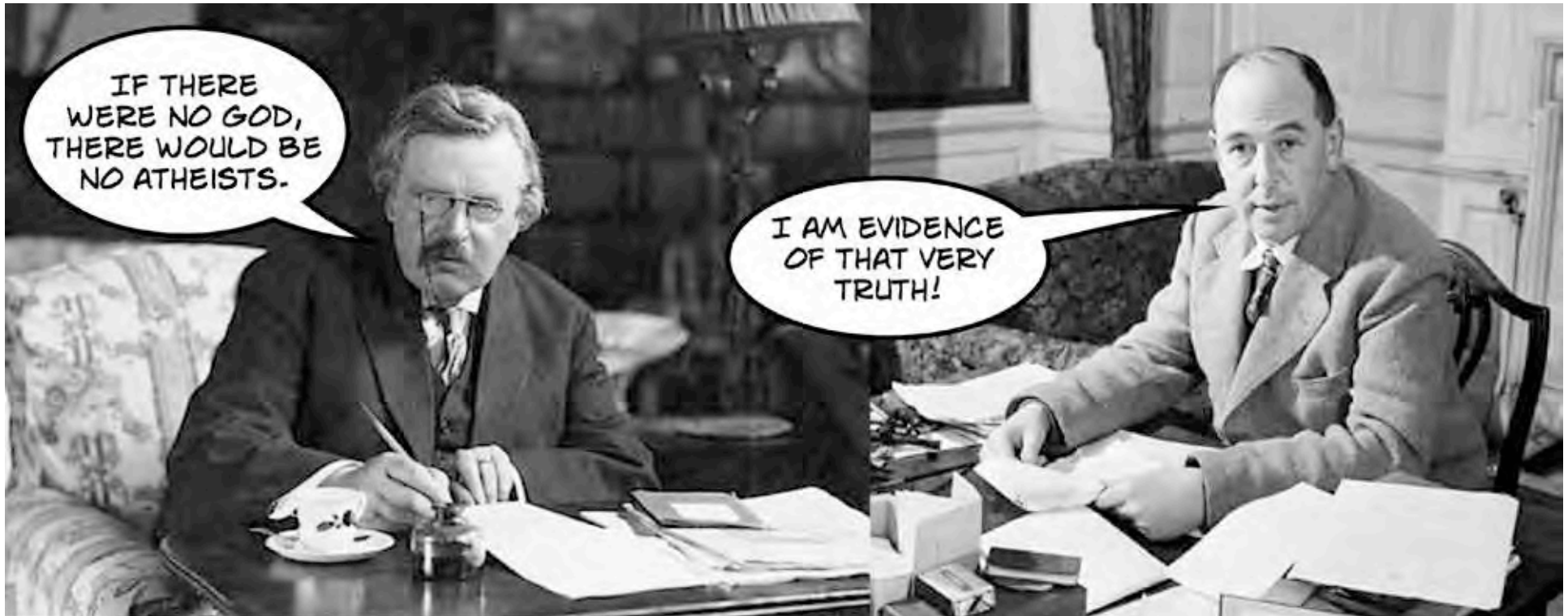
Les autres acteurs :

Les spécialistes consultants ou d'autres partenaires (psychologue - [représentants du culte] - acteurs sociaux - bénévoles) peuvent être sollicités dans le cadre des démarches collégiales quand le processus décisionnel échoue à définir un projet consensuel.

## Quels sont les soins qui permettent le « mieux vivre » en réanimation ?

- Le respect de l'intimité est un souhait majeur des patients et des familles.
- **Il faut** mettre en place et appliquer un programme de réhabilitation précoce.
- **Il est possible** d'utiliser des massages à visée anxiolytique et antalgique en réanimation.
- **Il est possible** de faire écouter de la musique aux patients afin de diminuer leur anxiété.
- Hors contre-indication absolue, **il faut probablement** dépister la soif et la traiter par l'administration de liquides clairs.
- L'anxiété et la dépression sont d'abord prévenues et améliorées par les mesures non pharmacologiques de bien-être.
- Lorsqu'un traitement médicamenteux de l'anxiété est nécessaire, **il est possible** d'utiliser de faibles doses de BZL.
- Tous les gestes douloureux, notamment invasifs, doivent faire l'objet d'une analgésie. Le choix du mode d'analgésie doit être laissé au patient si cela est possible (RC).
- **Il faut** dépister et traiter systématiquement la douleur.
- **Il faut probablement** dépister agitation et *delirium* et les traiter.
- L'utilisation conjointe de scores d'agitation, de douleur et de *delirium* est utile (RC).
- **Il faut probablement** appliquer une stratégie conduisant à ne pas pratiquer d'aspirations trachéales systématiques.
- **Il faut probablement** impliquer les familles dans certains soins.
- Une politique de service définissant le champ d'action des familles est utile afin de garantir la sécurité du patient et de limiter les risques de tension avec l'équipe soignante (RC).
- En pédiatrie :
  - le système NIDCAP, intégrant les stratégies environnementales et comportementales centrées sur le patient et sa famille diminue la durée d'hospitalisation en réanimation et améliore la prise de poids.
  - les parents deviennent les partenaires de soins.
  - La mise en place d'un programme favorisant le soutien comportemental des parents permet de diminuer le niveau de stress des mères et réduit le risque de dépression ultérieure des enfants hospitalisés.

***Otez le surnaturel,  
il ne reste plus que ce qui n'est pas naturel***  
GK Chesterton (1874-1936)



GK Chesterton

CS Lewis

# Les religions

# Judaïsme

- Né au Moyen Orient, Abraham, Isaac, Jacob, Moïse, les rois, les prophètes (Elie, Isaïe...). Révélation d'un Dieu unique, créateur, qui élit son peuple avec lequel il fait Alliance irrévocable, peuple qui attend son Messie
  - *Dieu dit: faisons l'homme à notre image et à notre ressemblance (Gn1,26)*
  - Loi religieuse
    - La base est la **Torah** (enseignement) issue du Pentateuque : le Décalogue et les 613 commandements de la Loi juive (365 négatifs et 248 positifs), Réduits à 11 (Ps 15, 1-5), Amos (5,4) : *Cherchez moi et vous vivrez.*
    - La **Halakhah** (règle) orale tirée du **midrash** (scrutin, explication) est compilée dans la **Mishna** (répétition), texte de base de la loi orale, puis de la **Gémara** (complément)
    - Les **Talmud** (étude) de Jérusalem (V<sup>ième</sup> siècle) et de Babylone (VI<sup>ième</sup> siècle)
      - .grands commentateurs : Rachi, Maïmonide
      - .les commentaires ne se substituent pas, ils s'ajoutent
      - .les plus anciens priment sur les récents.
      - .diverses écoles dans le judaïsme (orthodoxe, hassidique, libéral...)
- Le **Talmud** reste la base de réflexion du judaïsme orthodoxe



# Christianisme

- Né au Moyen Orient
- Jésus Christ, le Messie, l'Oint du Seigneur, Dieu, Fils de Dieu, à la fois vrai Dieu et vrai homme, mort et ressuscité, qui fait du chrétien par le baptême *un enfant, et donc héritier : héritier de Dieu, cohéritier de Christ* Ro 8, 17
- A l'origine secte juive (Ebionites, nazôréens, judéo-christianisme)
- Textes sacrés : *Ancien* (commun avec judaïsme) et *Nouveau* Testament (Evangiles, Lettres des Apôtres, Apocalypse)
- Reconnaissance de l'autonomie de la raison
- Nombreuses confessions et traditions (catholicisme, protestantismes, orthodoxie...)

# Islam

- **Islam** (soumission) né en Arabie (VIIème siècle) réunit la communauté des croyants (**Umma**)
- Texte fondamental : le *Coran* (lecture, leçon) reçu par Mahomet et *source de la Loi musulmane, la base de sa renaissance et de sa force*. Il domine la pensée musulmane dans le domaine du droit, de la philosophie et de la théologie.
- Le fondement de la vérité repose sur le *Coran* complété par la tradition prophétique (les **hâdiths**) rassemblée dans la *Sunna*.
- La raison humaine est incapable de comprendre seule, son destin, sa nature et la volonté de Dieu (par ex: problème prédestination/libre arbitre).
- Ce que demande Dieu n'est pas d'être connu mais d'être adoré et obéi. Cela implique :
  - un culte
  - normes sociales voulues par lui exprimées dans le Coran et la Sunna.
- **Cinq piliers**: la *Shahada*, la prière (*asalat*), le jeûne(*siam*), l'aumône(*zakat*), le pèlerinage(*hadj*)
- Importance du droit musulman (**fikh**) à partir du **Coran**, des **hâdiths** , de l'**ijmâ** (le consensus), le **qiyass** (l'analogie)
- C'est un projet politique, religieux et de civilisation
- Deux grandes courants le *sunnisme* et le *chiisme*

# Islam

*-Sur quoi baser mes jugements?*

*Sur le Coran*

*-Si le Coran n'a rien spécifié?*

*Sur la Sunna*

*-Et si la Sunna n'a rien spécifié?*

*Sur ta propre raison*

Hâdith

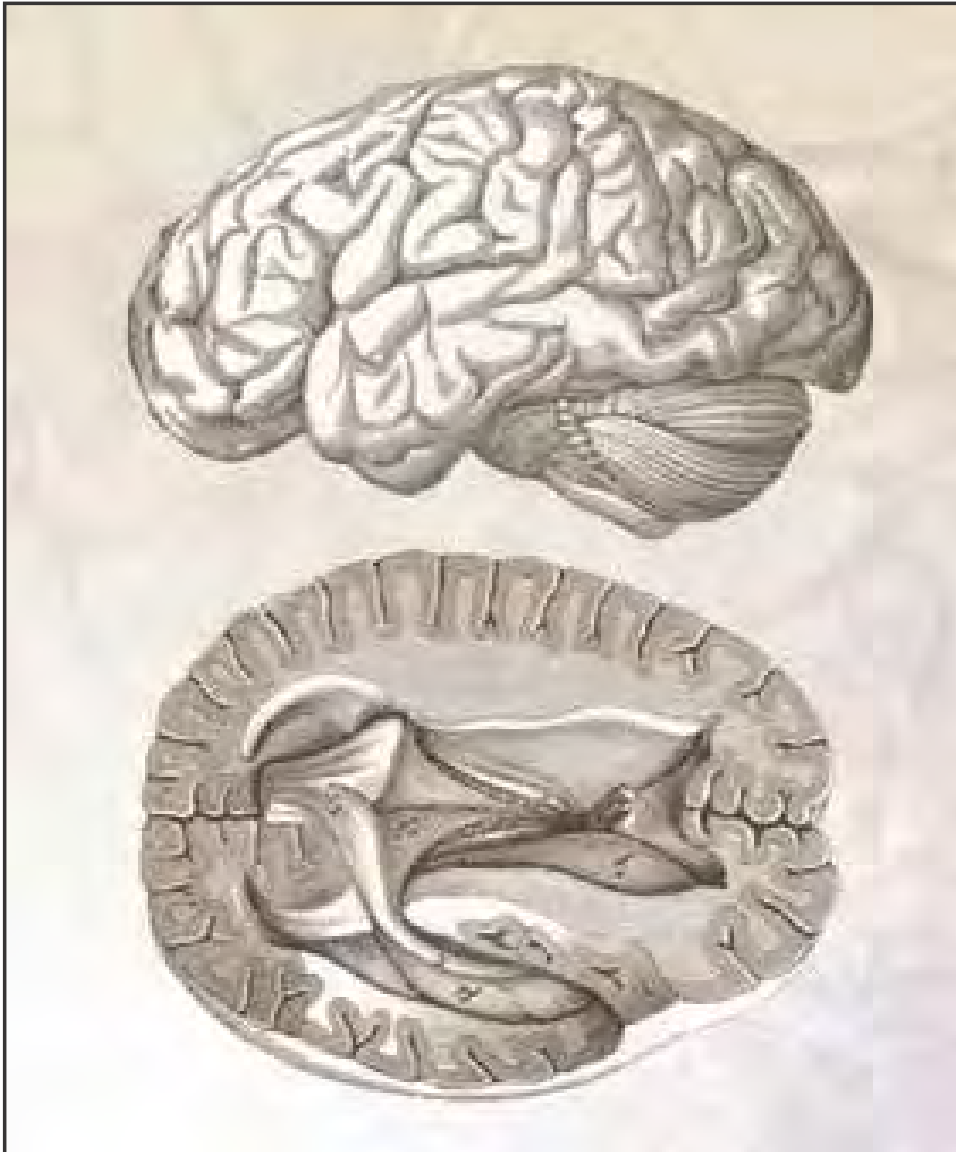
# Le bouddhisme

- Le Bouddha (l'***Eveillé***) né en Inde entre 624 et 448 av JC, mort à 80 ans
- Le Bouddhisme serait plus une philosophie qu'une religion
- ***Sermon de Bénarès*** chemin du ***milieu*** entre une vie aisée et un ascétisme extrême énonce les ***quatre nobles vérités***
  - non soi (***anatta***) : rien n'existe en soi
  - désir (***tanha***) où s'origine la souffrance (sensuel, désir d'éternité refus des conséquences de ses actes)
  - extinction (***nirvana***) des désirs, libération.  
métempsychose ou réincarnation
  - noble chemin : conduite éthique, discipline mentale, sagesse...  
(emblème bouddhique de la roue à 8 rayons)
- Plusieurs écoles : tibétain, chinois, japonais...  
grand véhicule, petit véhicule
- Présent et développé en France

## Seeking God in the Brain — Efforts to Localize Higher Brain Functions

Solomon H. Snyder, M.D., D.Sc.

N ENGL J MED 358;1 WWW.NEJM.ORG JANUARY 3, 2008



So where do all these brain explorations lead us? In seeking a general relationship between religious states, poetry, and music, Trimble ascribes all three to the right, nondominant side of the brain. He assumes that integration of the activity of the right-sided emotional brain with that of the left-sided analytic brain gives rise to the greatest intellectual achievements in the arts.

Whether any of these advances will provide the answer to the cerebral basis of religion, if one exists, is anybody's guess.

# **Les grands sujets**

**la fin de vie, les LATA**

**le don d'organes**

La fin de vie, LATA

# LE PRINCIPE du DOUBLE EFFET

- ▶ **Un acte a 2 effets, l'un bon, voulu, l'autre, indirect, mauvais, non voulu**

Ex.: l'effet **antalgique** de la **morphine** (voulu) qui peut accélérer le décès du patient par **dépression des centres respiratoires** (non voulu)

- ▶ **Cinq conditions :**

1. l'acte n'est pas mauvais en lui même
2. l'effet indirect mauvais n'est pas voulu, même s'il est prévu
3. l'effet indirect mauvais n'est pas lui-même le moyen d'atteindre l'effet bon
4. le bienfait effet bon > effet mauvais
5. aucun autre acte ne permet d'atteindre l'effet bon voulu



# Double effet

- **Judaïsme** : le Talmud interdit de façon spécifique le double effet (*pesik reisha*). *B.Shabbat 75a*. On ne peut admettre un acte avec deux effets connus un permis et un non permis.  
Cependant, en pratique, dans le contexte médical, les soins palliatifs sont admis et le double effet des antalgiques et anxiolytiques admis par beaucoup.
- **Christianisme** : le double effet est tiré de St Augustin et Thomas d'Aquin... et repris par Pie XII en 1957 pour justifier les traitements anti douleur.  
Les traditions protestantes et orthodoxes y souscrivent comme rationnel
- **Islam** : *il n'appartient à aucune âme de mourir qu'avec la permission de Dieu, selon le terme fixé par le Livre Coran 3: 145. Réticence vous qui croyez, demandez une aide à la patience et à la prière, Dieu est avec les patients Coran 2: 153.*  
En pratique, la douleur est calmée au risque d'accélérer le décès
- **Bouddhisme** : la compassion ne justifie pas de faire n'importe quoi. La douleur doit être calmée mais sans intention de tuer.

# CEC § 2279

Même si la mort est considérée comme imminente, les soins ordinairement dus à la personne malade ne peuvent légitimement interrompus.

L'usage des analgésiques pour alléger les souffrances du moribond, même au risque d'abréger ses jours, peut être moralement conforme à la dignité humaine si la mort n'est pas voulue, ni comme fin ni comme moyen, mais seulement prévue et tolérée comme inévitable. Les soins palliatifs constituent une forme privilégiée de la charité désintéressée. A ce titre ils doivent être encouragés.

# Limitation et arrêt des thérapeutiques actives

**La limitation de thérapeutique(s) active(s)** est définie par la non instauration ou la non optimisation d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort

**L'arrêt de thérapeutique(s) active(s)** est défini par l'arrêt d'une ou plusieurs thérapeutique(s) curative(s) ou de suppléance des défaillances d'organes déjà instituées, dont la conséquence peut être d'avancer le moment de la mort

**Les soins palliatifs** associent l'ensemble des mesures permettant de lutter contre l'inconfort, qu'il soit physique, émotionnel, spirituel ou social

SRLF 2002 ([www.srlf.org](http://www.srlf.org))

# Judaïsme

- La tradition rabbinique veut **assurer l'équilibre** (difficile...) entre :
  - chercher à soigner et à sauver la vie
  - ne rien faire pour hâter la mort
  - ne pas prolonger le processus de mort
- La position rabbinique la plus stricte restreint la permission de ne pas entreprendre ou d'arrêter les traitements aux situations pour lesquelles les médecins assurent que le patient décèdera dans les 72h et a perdu le réflexe de déglutition (*gosès*). D'autres étendent la durée jusqu'à un an, d'autres préfèrent juger sur les symptômes et ont une acceptation plus large des limitations et arrêts.
- Dans tous les cas les traitements de confort sont prescrits.

# Christianisme : consensus

Le devoir de prendre les soins nécessaires pour conserver la vie et la santé...n'oblige habituellement qu'à l'emploi de moyens ordinaires

**Pie XII (1957)**

§2278-La cessation des procédures médicales **onéreuses, périlleuses, extraordinaires ou disproportionnées** avec les résultats attendus est légitime. C'est le refus de l'acharnement thérapeutique. On ne veut pas ainsi donner la mort, on accepte de ne pas pouvoir l'empêcher. Les décisions doivent être prises par le patient s'il en a la compétence et la capacité , ou sinon par les ayants droits légaux, **en respectant toujours la volonté raisonnable et les intérêts légitimes du patient.**

**Catéchisme de l'Eglise Catholique(1998)**

# Islam

- La mort ne survient pas sans la permission de Dieu : *Il retient celles (les âmes) dont Il a demandé la mort et renvoie les autres jusqu'à un terme fixé.* Le Coran 39: 42
- Sauver la vie
- **Paradoxe** : le refus de reconnaître la caractère inévitable et naturel (voulu par Dieu) conduit à engager la traitements les plus agressifs mais, d'un refus d'engager des traitements spécifiques résulte l'abandon délibéré de la responsabilité médicale pour sauver la vie.
- **Le comité de justice Islamique (1990)**: l'arrêt des traitements ne peut être décidé que si les médecins attestent la caractère inévitable de la mort.
- Le **principe d'autonomie** n'existe pas en soi, le sujet appartient à une communauté, une famille qui prend la décision avec le médecin et le patient.

# Le don d'organes

# Le don d'organe : judaïsme

- Le corps humain est sacré *écrin de l'âme, partie du Dieu d'en haut*. Il est donc interdit d'attenter à son intégrité, d'en tirer profit et il est nécessaire de l'inhumer.
- Il a un principe : tout faire pour sauver une vie (*piqouah nefesh*) mais distinguer le donneur vivant et à partir d'un donneur en mort encéphalique
- Donneur vivant pas de problème : balance risque/bénéfice, gratuité, consentement
- Donneur en mort encéphalique : opposition traditionnelle de certaines autorités rabbiniques : le fait de respirer naturellement ou artificiellement est le signe de la vie (*hayyim/nefesh*) mais accord du Grand Rabinat d'Israël (1988).
- Xénogreffes même de porc sont licites



# Don d'organes : christianisme

- **Catholicisme :**

dès le début (1956), le pape Pie XII avait encouragé le don d'organes et la transplantation, *forme éloquente de fraternité* (Cef 1993). Donneurs vivants et mort encéphalique.

gratuité, consentement : *le don est un don, pas un dû* (O de Dinechin).

- **Protestantisme :**

la plupart des églises protestantes admettent les critères de mort encéphalique, *s'en remettent à la communauté scientifique pour définir des critères toujours plus rigoureux* (JF Collange)

gratuité, consentement libre

- **Orthodoxie :**

*le don de la vie est un acte majeur. Le don d'organe est un acte mineur béni. Les greffes transforment le drame du receveur en espoir de vie.*

(Synode Eglise grecque)

le concept de mort cérébrale a longtemps posé problème (temps de séparation de l'âme et du corps)

gratuité, consentement libre

# Le don d'organes : islam

*Oui. Nous avons créé l'homme dans sa forme la plus parfaite* Coran 95: 4

*Oui. Nous vous avons créé et nous vous avons modelé* Coran 7:11

*Même si Rien n'est à sa Semblance. Il est l'Entendant et le clairvoyant* Coran 42:11

*L'ordre de créature établi par Dieu ne doit pas être altéré* Coran 30:30

-Donneur vivant : pas de problème

-Donneurs mort cérébrale : Réticences de début, levée par une *fatwa* du Conseil de l'Académie des Sciences du *Fikh* islamique (CAFSI) en 1986 à Amman qui reconnaît une personne comme décédée *si toutes les activités cérébrales cessent définitivement de fonctionner...nonobstant toute activité d'un organe tel que le cœur qui continuerait à fonctionner.*

- Nécessité médicale, consentement, gratuité...

- Xénogreffes autorisées (ex: bioprothèses valves porc).

# Don d'organes : bouddhisme

- En théorie : réticences au nom du principe d'impermanence
- La vie est transitoire, autant laisser faire les choses, mieux vaut aider les gens à mourir paisiblement
- MAIS : le Bouddha est qualifié de *médecin*
  - le roi Ashoka (III<sup>ème</sup> siècle av JC) bâtit des hôpitaux
  - le don est une vertu du bouddhisme
- En pratique pas de problème, gratuité, consentement, respect du corps
- Japon (*shinto*), difficultés d'admettre les critères de mort cérébrale

# **Les pratiques : prières, rites**

# The Efficacy of “Distant Healing”: A Systematic Review of Randomized Trials

*Ann Intern Med.* 2000;132:903-910.

John A. Astin, PhD; Elaine Harkness, BSc; and Edzard Ernst, MD, PhD

**Table 1. Randomized, Placebo-Controlled Trials of Prayer**

Author, Year (Reference)	Design	Sample Size	Experimental Intervention	Control Intervention*	Result	Comments	Jadad Score
Joyce and Welldon, 1965 (20)	Double-blind; 2 parallel groups	48 patients with psychological or rheumatic disease	Prayer in Christian or Quaker tradition; patients received 15 hours of daily prayer for 6 months	Usual care	No significant differences in clinical or attitude state	Inclusion and exclusion criteria not stated; heterogeneous patient groups; results of only 16 pairs available	5
Collipp, 1969 (21)	Triple-blind; 2 parallel groups	18 children with leukemia	Daily prayer for 15 months	Usual care	Higher death rate in control group, but difference was not significant ( $P = 0.1$ )	Heterogeneity of groups makes findings inconclusive; inclusion criteria not stated	4
Byrd, 1988 (23)	Double-blind; 2 parallel groups	393 coronary care patients	Prayer in Christian tradition; 3 to 7 intercessors per patient until patient was released from hospital	Usual care	Treatment group required less ventilatory support and treatment with antibiotics or diuretics	Outcomes combined into “severity score” to handle multiple comparisons; score was lower in treatment group	5
Walker et al., 1997 (24)	Double-blind; 2 parallel groups	40 patients receiving alcohol abuse treatment	Prayer for 6 months	Usual care	No treatment effect on alcohol consumption	Insufficiently powered	4
Harris et al., 1999 (39)	Double-blind; 2 parallel groups	990 coronary care patients	Remote intercessory prayer in Christian tradition for 28 days	Usual care	Significant treatment effects for summed and weighted coronary care unit score; no differences in length of hospital stay	No differences were observed when the summed scoring system developed in Byrd’s study (23) was used; unclear whether baseline differences were adequately controlled for	5

\* A placebo was unnecessary because patients were unaware of whether prayers were made on their behalf.

# Effects of remote, retroactive intercessory prayer on outcomes in patients with bloodstream infection: randomised controlled trial

Leonard Leibovici

BMJ VOLUME 323 22-29 DECEMBER 2001



**Table 1** Baseline characteristics of patients. Values are percentages in each group, unless stated otherwise. None of the differences between the groups was significant

Characteristic	Intervention group (n=1691)	Control group (n=1702)
Women	46.3	48.5
Median (range) age (years)	72 (18-101)	72 (18-99)
Source of infection:		
Lungs	8.3	9.4
Urinary tract	31.3	28.9
Intra-abdominal	9.5	8.9
Soft tissues	7.5	7.6
Endocarditis	3.5	3.3
Neutropenic fever	3.5	2.7
Intravascular line	6.3	6.4
Other	7.8	9.6
Unknown	22.3	23.2
Septic shock	11.2	11.8
Neutropenia	5.7	5.8
Infected while in hospital	40.2	41.9
Median (range) creatinine (mg/dl)	1.2 (0.2-14.8)	1.2 (0.2-15.0)
Median (range) albumin (mg/dl)	3.8 (1.1-5.1)	3.8 (1.5-5.0)

**Table 2** Numbers of days' stay in hospital and duration of fever

	Minimum	Lower quartile	Median	Upper quartile	Maximum	P
Stay in hospital:						
Intervention	0	4	7	13	165	0.01
Control	0	4	8	16	320	
Duration of fever:						
Intervention	0	1	2	4	49	0.04
Control	0	1	2	5	50	

# Religiosity Associated with Prolonged Survival in Liver Transplant Recipients

Franco Bonaguidi,<sup>1</sup> Claudio Michelassi,<sup>1</sup> Franco Filipponi,<sup>2</sup> and Daniele Rovai<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Clinical Physiology, National Research Council, Pisa, Italy; and <sup>2</sup>Liver Transplant Unit, University of Pisa, Cisanello Hospital, Pisa, Italy

LIVER TRANSPLANTATION 16:1158-1163, 2010

We tested the hypothesis that religiosity (ie, seeking God's help, having faith in God, trusting in God, and trying to perceive God's will in the disease) is associated with improved survival in patients with end-stage liver disease who have undergone orthotopic liver transplantation. We studied a group of 179 candidates for liver transplantation who responded to a questionnaire on religiosity during the pretransplant psychological evaluation and underwent transplantation between 2004 and 2007. The demographic data, educational level, employment status, clinical data, and results of the questionnaire were compared with the survival of patients during follow-up, regardless of the cause of any deaths. Factorial analysis of

TABLE 1. Questionnaire

Item	Affirmation	Score (Mean ± Standard Deviation)
A	I sought God's help in dealing with the situation.	2.9 ± 1.3
B	I trusted that God would handle the situation.	2.8 ± 1.4
C	I tried to find the lesson from God in the event.	2.2 ± 1.3
D	I let God solve my problem for me.	2.1 ± 1.4
E	I accepted that the situation was not in my hands but in the hands of God.	2.5 ± 1.4
F	I focused on the divine world rather than on the problems of this world.	1.7 ± 1.1
G	I waited for God to provide solutions to my problems.	2.0 ± 1.2
H	With God's help, I was able to see the situation in a different light.	2.7 ± 1.3
I	I took control over what I could, and I let God help me with the rest.	2.9 ± 1.4
J	The thought that we have a destiny helped me to see the situation in a new way, so things seemed to me more under control.	3.1 ± 1.3
Mean		2.5 ± 1.3

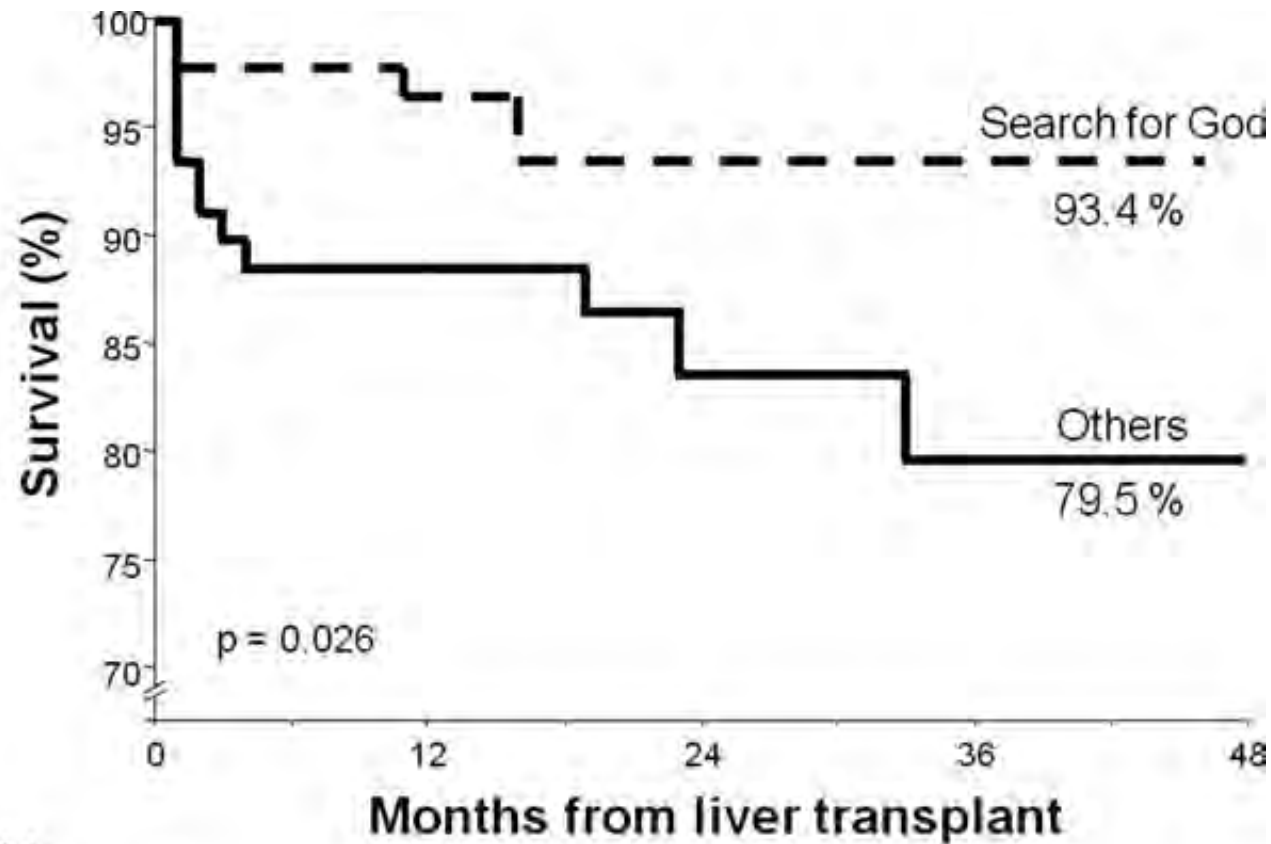
NOTE: The responses were coded as follows: 1 = not at all, 2 = a little, 3 = somewhat, 4 = considerably, and 5 = very much.

# Religiosity Associated with Prolonged Survival in Liver Transplant Recipients

Franco Bonaguidi,<sup>1</sup> Claudio Michelassi,<sup>1</sup> Franco Filipponi,<sup>2</sup> and Daniele Rovai<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institute of Clinical Physiology, National Research Council, Pisa, Italy; and <sup>2</sup>Liver Transplant Unit, University of Pisa, Cisanello Hospital, Pisa, Italy

LIVER TRANSPLANTATION 16:1158-1163, 2010



No. at risk

Search for God	89	72	48	24
Others	90	56	30	17



# Spiritual care of families in the intensive care unit\*

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 4

Richard J. Wall, MD, MPH; Ruth A. Engelberg, PhD; Cynthia J. Gries, MD; Bradford Glavan, MD;  
J. Randall Curtis, MD, MPH

Table 2. End-of-life care processes, stratified on whether the family member rated his or her spiritual care (n = 356)

	Rated Spiritual Care (n = 259)	No Rating (n = 97)	p Value
Living will available	41.3 (107)	43.3 (42)	.65
CPR performed in last 24 hrs of life	15.1 (39)	12.4 (12)	.52
DNR at time of death	85.7 (222)	82.5 (80)	.45
On full life support at time of death	19.7 (51)	24.7 (24)	.30
Withdrawal of life support orders used	54.1 (140)	45.4 (44)	.14
Pastor or spiritual advisor involved	67.2 (174)	40.2 (39)	<.001
Symptom present at time of death			
Pain	40.9 (106)	34 (33)	.23
Dyspnea	34.7 (90)	34 (33)	.90
Restlessness/agitation	28.6 (74)	29.9 (29)	.81
Anxiety	10.4 (27)	12.4 (12)	.60
Family conferences			
Occurrence of family conference	91.1 (236)	91.8 (89)	.71
Prognosis discussed	66 (171)	55.7 (54)	.08
Family wanted to withdraw treatment	81.1 (210)	77.3 (75)	.47
Patient wanted to withdraw treatment	17 (44)	20.6 (20)	.41
Physician recommended withdrawal	14.9 (38)	15.5 (15)	.84
Decision made to withdraw treatment	44.8 (116)	52.6 (51)	.17
Any family discord	9.7 (25)	10.3 (10)	.84

CPR, cardiopulmonary resuscitation; DNR, do not resuscitate.

Values are expressed as % (n).

## Spiritual care of families in the intensive care unit\*

Crit Care Med 2007 Vol. 35, No. 4

Richard J. Wall, MD, MPH; Ruth A. Engelberg, PhD; Cynthia J. Gries, MD; Bradford Glavan, MD;  
J. Randall Curtis, MD, MPH

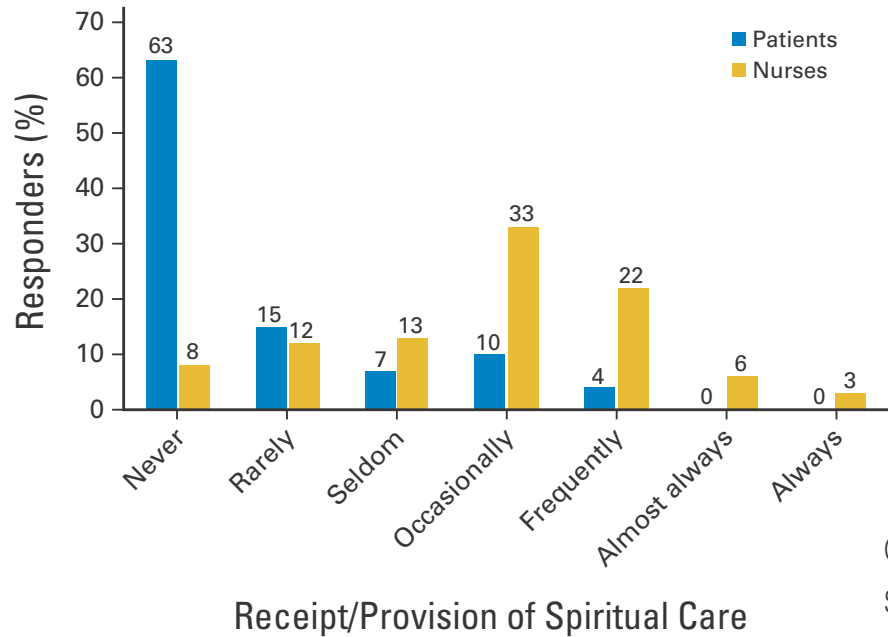
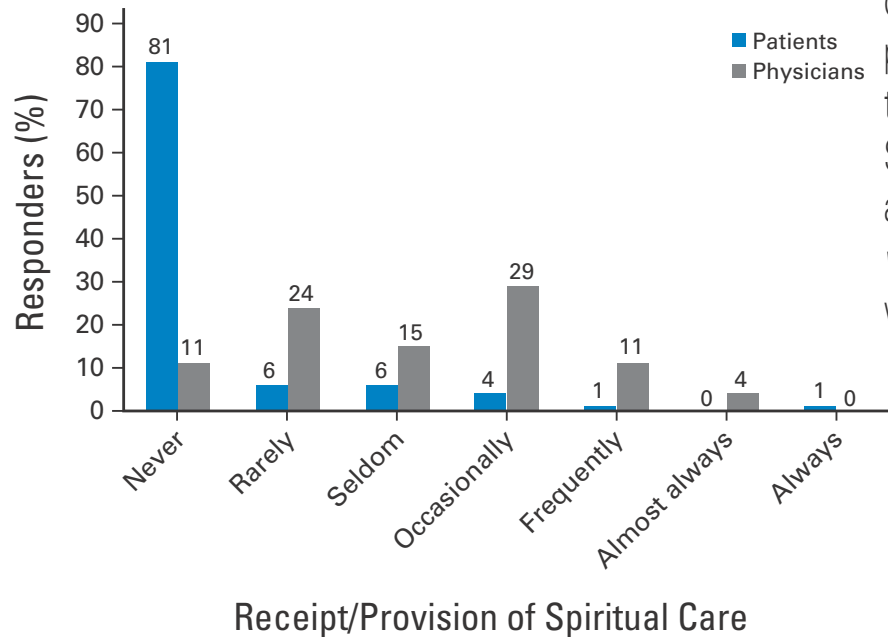
Table 5. Multivariate model showing contributions of demographics variables and end-of-life care processes toward higher family satisfaction with spiritual care

	Coefficient	SE	<i>p</i> Value
Pastor or spiritual advisor involved	8.646	3.195	.007
Total family satisfaction <sup>a</sup>	0.988	0.068	<.001
Family member age	-0.028	0.117	.81
Family member sex	7.626	3.403	.03
Family member level of education	0.454	1.516	.77
Patient age	0.036	0.100	.72
Patient sex	4.807	3.196	.13
DNR at time of death	4.943	4.195	.24
Dyspnea at time of death	-5.520	3.110	.08

DNR, do not resuscitate.

<sup>a</sup>Total satisfaction was measured using the Family Satisfaction in the Intensive Care Unit questionnaire (range, 0–100).

**Conclusions:** These findings suggest that for patients dying in the ICU, clinicians should assess each family's spiritual needs and consult a spiritual advisor if desired by the family. Further re-

**A****B**

## Why Is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training

Michael J. Balboni, Adam Sullivan, Adaugo Amobi, Andrea C. Phelps, Daniel P. Gorman, Angelika Zoi, John R. Peteet, Holly G. Prigerson, Tyler J. VanderWeele, and Tracy A. Balboni

*J Clin Oncol* 31:461-467. © 2012 by American Society of Clinical Oncology

**Fig 1.** Patients with advanced cancer (n = 68), oncology nurses (n = 114),\* and oncology physicians (n = 204) report of the frequency of receipt/provision of spiritual care (SC). Patients, responding separately concerning nurses and physicians, were asked: “In your experience with cancer, how often do your cancer [nurses or doctors] perform ANY type of spiritual care?” Nurses and physicians were asked: “How often do you offer any type of spiritual care during the course of your relationship with an advanced, incurable cancer patient?” Significant differences existed in perceptions of SC frequency between patients and nurses (mean 1.78 v 3.81;  $P < .001$ ) and patients and physicians (mean 1.46 v 3.19;  $P < .001$ ). \*Sample size reduced from 118 because of four respondents with missing data.

Spirituality and Religion in the Care of Surgical Oncology  
Patients with Life-Threatening or Advanced Illnesses

Monica L. Woll, BA,<sup>1</sup> Daniel B. Hinshaw, MD, FACS,<sup>2</sup>  
and Timothy M. Pawlik, MD, MPH, MTS, FACS<sup>1</sup>

*Ann. Surg. Oncol. Vol. 15, No. 11, 2008*

*Factors considered important by patients at the  
end of life<sup>4</sup>*

---

Desires at the end of life	% Of people who feel it is important
To be at peace with God	89
To pray	85
Feel prepared to die	84
To have finances in order	94
To say goodbye to important people	90
To resolve unfinished business	86
Hope family will be prepared	84
Want decision makers named	98
Want to know what to expect with respect to their physical condition	96

---

# Rites pré-mortem

- **Judaïsme** : assistance aux mourants est un devoir sacré  
pas d'objet ou de geste rappelant la mort  
prière des psaumes (142, 130, 20, 51)  
*viddouy* confession et demande du pardon des péchés
- **Christianisme** *j'étais malade et vous m'avez visité* (Mt 22, 36)
  - catholicisme : 3 sacrements : réconciliation, onction des malades, eucharistie (*le viatique*)
  - orthodoxie : les mêmes sacrements et psaumes 69, 142 et intercession de la Vierge Marie
  - protestantisme : relativise les pratiques mais accompagnement+++
- **Islam** (*Al-Risala* d'Idris ash-Shafi'i 767-820) : l'agonisant est *celui qu'on assiste*.  
Tourner le malade vers la Mecque, prières et *shahada*.
- **Boudddhisme** vivre sa mort en pleine conscience, favorise la meilleure renaissance possible. Lecture du *livre des morts* (Tibet)

# Rites funéraires

- Rites de préparation
- Les rites d'union maintenue : toilettes funéraires (judaïsme, islam), rites d'assistance (objets, prières...)
- Les rites de séparation et de différence : main gauche pour toilette, pleureuses, vêtements retournés ou déchirés, se recouvrir de cendres, voiler les miroirs. Inhumation, crémation, exposition, immersion.
- Les rites de mémoire : cimetières en dehors de villes ou autour des églises, stèles, anniversaires.

# The ethics of migration and critical illness

Julian Bion  
Elie Azoulay

Intensive Care Med (2016) 42:256–257

‘no’. Intensivists are empowered through training and practice to determine whether a particular patient can benefit from intensive care, and this may include social considerations, but society does not delegate to intensivists the authority to determine moral entitlement, whether on the basis of nationality, religion, ethnicity, or perceptions of worth. The challenge for us as physicians is to make the best use of a scarce resource, including the development of surge capacity; the challenge for politicians is to improve international governance and leadership, overpopulation, and world poverty. If they fail, then we may all become migrants.

# Spirituality and Religion in the Care of Surgical Oncology Patients with Life-Threatening or Advanced Illnesses

Monica L. Woll, BA,<sup>1</sup> Daniel B. Hinshaw, MD, FACS,<sup>2</sup>  
and Timothy M. Pawlik, MD, MPH, MTS, FACS<sup>1</sup>

*Ann. Surg. Oncol. Vol. 15, No. 11, 2008*

1. Always assume a belief is rational.
2. Never assume the meaning of a term or concept. For example, “miracle” could mean “God’s will” or “complete recovery.”
3. Accept a patient’s understanding of his or her own faith. Respect the patient’s belief.
4. Acknowledge internal religious differences (varying strands of thought within religions).
5. Understand that religion is more than reason. It involves faith and feeling. One must be alert to these feelings, including denial.
6. Be sensitive, nonjudgmental, and not proselytizing.

1-assumer que la foi est rationnelle

2-attention aux diverses significations des mots : *miracle* peut signifier *volonté de Dieu* ou *guérison complète*

3-accepter et respecter la compréhension du patient de sa foi

4-reconnaissance les différentes sensibilités au sein des différentes religions

5-Comprendre que la religion est au delà de la raison. Elle inclut la foi et des (res)sentiments. On doit être vigilant même du déni, du rejet.

6-Ecoute bienveillante, sans jugement ni prosélytisme



# Le prochain n'est pas qu'un coreligionnaire !

## Lc 10, 29-35

(ó ιατρός ó άγαπητός,  
*medicus carissimus*. Col 4, 14)

*Il le vit et fut pris de pitié(...)*  
(έσπλαγχνίσθη)

*Il s'approcha, **banda ses plaies**  
en y versant de l'huile et du vin  
(...),*

*le conduisit à une auberge **et**  
prit soin de lui.*

**Le prochain n'est pas le malade  
mais le samaritain qui soigne...**  
(Cf Emmanuel Lévinas : otage du  
visage...)



**Vincent Van Gogh (1853-1890) Le bon samaritain**

D'après F Vialla



**Soigner.** Donner des soins, c'est aussi une **politique**. Cela peut-être fait avec une **rigueur** dont la douceur est l'enveloppe essentielle. Une **attention** exquise à la **vie** que l'on **veille** et **surveille**. Une **précision** constante. Une sorte d'**élégance** dans les actes, une **présence** et une **légèreté**, une **prévision** et une sorte de **perception** très éveillée qui **observe** les moindres signes. C'est une sorte **d'œuvre, de poème** (et qui n'a jamais été écrit), que la **sollicitude intelligente** compose

**Paul Valéry *Mélange***