



Liberté de religion et liberté par rapport à la religion

Gary Chaimowitz, MB, ChB, FRCPC¹; Doug Urness, MD, FRCPC²; Biju Mathew, MBBS, FRCPC³;
Julia Dornik, MD⁴; Alison Freeland, MD, FRCPC⁵

Un énoncé de principes rédigé par le Comité de la pratique et des normes professionnelles de l'Association des psychiatres du Canada et approuvé par le conseil d'administration de l'APC le 12 septembre 2014.

Introduction

La *Charte canadienne des droits et libertés*, partie 1 de la *Loi constitutionnelle* de 1982¹, garantit les droits et les libertés énoncés dans son objectif seulement dans les limites prescrites par la Loi qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. La Charte énonce les quatre libertés fondamentales suivantes : la liberté de conscience et de religion; la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression, y compris la liberté de la presse et des autres modes de communication des médias; la liberté de réunion pacifique; et la liberté d'association. L'article 15 (1)¹ de la Charte précise aussi que la Loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la Loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.

Dans le passé, la pratique de la religion dans la vie quotidienne a connu son lot de problèmes et d'avantages. Dans certains cas, les sociétés qui comprenaient des religions dominantes ont promulgué des lois propres à ces religions qui empêchaient d'autres groupes religieux de pratiquer leur religion en paix et en harmonie. Pour permettre aux citoyens de pratiquer la religion de leur choix, plusieurs sociétés, y compris celle du Canada, ont séparé l'Église de l'État, ce qui a permis l'établissement d'un gouvernement laïc et la liberté pour les citoyens de pratiquer la religion de leur choix, librement et ouvertement.

Dans notre société diverse et multiculturelle, toute place prépondérante accordée à la spiritualité et à la religion est susceptible d'influencer notre pratique de la psychiatrie, ainsi que notre façon de concevoir et de prodiguer des services en santé mentale. Nos organismes de réglementation provinciaux et territoriaux et nos collègues peuvent être appelés à se prononcer sur des questions relatives à la religion et à la pratique religieuse.

¹ Chef des Services, psychiatrie légale, *St. Joseph's Healthcare*, Hamilton, Ontario; professeur, Département de psychiatrie et neuroscience comportementale, Université McMaster, Hamilton, Ontario.

² Psychiatre. Chef de département du Programme de santé mentale et de toxicomanie, *Central Zone, Alberta Health Services*, Edmonton, Alberta.

³ Chef de la psychiatrie, *Ridge Meadows Hospital*, Maple Ridge, Colombie-britannique; clinicien et professeur agrégé, Département de psychiatrie et de neuroscience comportementale, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-britannique.

⁴ Résidente en psychiatrie, R4, Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec.

⁵ Chef adjoint de la psychiatrie, Service de santé Royal Ottawa, Ottawa, Ontario; professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario.

© Tous droits réservés 2014, Association des psychiatres du Canada. Ce document ne peut pas être reproduit sans la permission écrite de l'APC. Nous faisons bon accueil à tous les commentaires de nos membres. Veuillez faire parvenir vos remarques à l'attention du président de l'Association des psychiatres du Canada à : 141, avenue Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa, ON K1P 5J3; Tél : 613-234-2815; Téléc : 613-234-9857; courriel : president@cpa-apc.org. N° de référence 2014-56.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a pour politique de réviser chaque énoncé de principes, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision. Tout document qui a été publié depuis plus de cinq ans et dans lequel il n'est pas expressément mentionné qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

En outre, les milieux universitaires et de formation prédoctorale et postdoctorale, à l'échelle nationale (le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), devront aussi vraisemblablement tenir compte dans leur programme des enjeux touchant la religion et la culture puisque cela influe sur la formation. En conformité avec la *Charte canadienne des droits et libertés*, l'Association des psychiatres du Canada (APC) reconnaît que tout Canadien possède la liberté fondamentale de conscience et de religion, ainsi que la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression. Conformément à ces libertés et à la Charte, les soins psychiatriques doivent être prodigués dans le but principal d'obtenir les meilleurs résultats de santé possibles pour chaque patient.

Toutefois, il y a un risque de friction entre les deux libertés fondamentales précisées dans la Charte, une charte qui reconnaît la suprématie de Dieu et l'État de droit. Lorsque la religion est dominante, la complète liberté de conscience et de religion peut avoir des retombées négatives sur la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression lorsqu'il s'agit d'autres idées, d'autres croyances religieuses ou spirituelles, ou même des opinions agnostiques ou théistes.

Le Canada est considéré comme un pays multiethnique, où la liberté de religion est tenue pour acquise. Toutefois, il est possible que les systèmes de croyance de groupes religieux soient tellement forts et puissants qu'ils interdisent aux professionnels de la santé mentale de prodiguer des soins psychiatriques adéquats pour les besoins de leurs patients ou aient des retombées négatives sur leurs capacités de soigner.

D'autres documents de travail bien réfléchis portent sur les enjeux liés à la liberté de religion et la spiritualité dans un contexte psychiatrique. La plupart des documents traitant de la religion et la psychiatrie préconisent le besoin d'inclure la spiritualité dans la relation thérapeutique.²⁻⁵ Il s'agit peut-être là d'un débat important, en particulier compte tenu de la portée des croyances religieuses dans la plupart des communautés et l'absence de croyances religieuses chez les psychiatres, comparativement à d'autres branches de la médecine.⁶ L'éducation et la sensibilisation aux autres points de vue à travers le monde, qu'ils soient de nature religieuse ou culturelle, favoriseront des soins plus informés et adaptés.^{7,8} Cette énoncé de principes aborde la question de la liberté par rapport à la religion dans notre culture où la liberté de la religion est reconnue.

Discussion

Dans le passé, les ordres religieux ont joué un rôle important et décisif dans la prestation des services de soins de santé au Canada et ailleurs. Les hôpitaux appartenant ou affiliés à des ordres religieux sont

devenus les hôpitaux généraux financés par les gouvernements provinciaux. Les doctrines et les obligations religieuses dans ces institutions sont devenues moins nécessaires; toutefois, il est possible que des institutions favorisent la progression d'un système de croyance religieuse, en particulier lorsqu'elles offrent des services de soins de santé qui autrement seraient de caractère laïc. La psychiatrie doit composer avec des systèmes de croyances et l'idée que les soins psychiatriques sont conditionnels à l'acceptation d'une religion en particulier par rapport à une autre serait un non-sens pour la plupart des Canadiens. Toutefois, l'idée suivante complique davantage le débat : en acceptant l'existence d'une multitude de systèmes de croyances dans le tissu social canadien, certains organismes peuvent inciter les patients, directement ou indirectement, à confesser un système de croyances, au lieu de permettre aux individus d'exprimer ou non leur identité religieuse ou leur point de vue spirituel.

Dans certains cas, la sensibilité aux réalités culturelles a permis aux fournisseurs de soins de santé de ne pas prodiguer des soins de santé lorsque le genre de soins entrainait en conflit avec leur propre système de croyances. Certains débats et les opinions fermes exprimées par les divers intervenants ont été assez virulents que certaines institutions et certains fournisseurs de soins ont refusé de prodiguer des soins et, en fait, ont été autorisés à ne pas prodiguer des soins de santé primaires, comme les moyens de contraception ou l'interruption de la grossesse. Souvent, la logique de la réglementation régissant ces décisions permet au fournisseur de soins de ne pas prodiguer des services lorsque le récipiendaire de ces services n'a aucun besoin urgent ou que des solutions de rechange existent, et que la prestation des services est en conflit avec leur religion ou leur croyance.

Certains fournisseurs (et leurs patients) ont des préférences fondées sur le sexe, en vertu desquelles ils pourront demander de voir soit un fournisseur ou un patient du même sexe, de ne pas poser de questions par peur d'offenser un groupe particulier, d'interviewer certains membres de la famille seulement en présence d'autres membres, de ne pas obtenir les antécédents sexuels et de ne pas entendre les récits d'agression sexuelle, de ne pas être autorisé à voir des enfants seuls et de refuser de traiter des personnes qui autrement ne partageraient pas leur propre orientation sexuelle. Plusieurs facteurs pourraient avoir influé sur ces décisions, tels que les systèmes de croyances personnels, des préjugés culturels, le racisme, l'homophobie ou la sensibilité aux réalités culturelles.

En dépit de la sincérité des déclarations, elles pourraient être insuffisantes pour distinguer les préjugés des croyances culturelles ou religieuses. De même, les patients ayant adopté un système solide de croyances religieuses pourraient se sentir isolés, diminués, ou même dévalorisés

en raison de leurs croyances non scientifiques, par leur fournisseur qui n'a pas les mêmes croyances.

Pour trouver l'équilibre entre la permission de la liberté de religion dans un contexte psychiatrique et l'assurance de ne pas dépasser les frontières, nous affirmons qu'il est d'une importance vitale de faire attention à la possibilité d'abus et à la prévention d'abus. Le danger d'abus suffit à démontrer que le système de croyances du clinicien ne devrait pas influencer sur la relation thérapeutique. Le prosélytisme est de toute évidence inopportun, mais ce sont les influences plus subtiles des croyances religieuses et croyances spirituelles dont nous devons être conscients et à l'égard desquelles il faut être prudent.⁹ On ne peut faire abstraction de la différence essentielle de pouvoir entre le patient et le thérapeute lorsqu'il s'agit de symboles culturels ou de croyances religieuses.

L'interaction de nos interprétations du monde émaillées de théories cliniques avec les vies religieuses et spirituelles de nos patients offre de vastes possibilités de déformations et d'interprétations tendancieuses.¹⁰

Nos propres systèmes de croyances peuvent influencer sur la prestation des soins, à moins que nous soyons très vigilants. Il peut s'agir tout simplement de poser des questions à propos des systèmes de religion ou de croyances spirituelles, ce qui suppose que l'on s'attend à une réponse positive plutôt que de reconnaître la possibilité que le patient n'ait adopté aucun système de religion ou de croyances spirituelles.

Nous rappelons aux psychiatres de ne pas oublier le Code de déontologie de l'Association médicale canadienne et le principe suivant : « Tenir compte d'abord du mieux-être du patient. »^{11, p 1}

Déclaration

L'APC reconnaît que tous les Canadiens jouissent d'une liberté fondamentale, notamment de la liberté de conscience et de religion, et qu'ils devraient pouvoir pratiquer leur religion librement et sans entrave. En outre, l'APC est consciente que dans ce contexte de liberté fondamentale, les Canadiens jouissent aussi de la liberté de pensée, de croyance, d'opinion et d'expression dans une mesure suffisante leur permettant de communiquer avec les psychiatres et d'avoir accès aux soins qu'ils prodiguent, sans encombre d'idées

religieuses ou de systèmes de croyances qu'ils ne connaissent pas.

Les psychiatres canadiens ne devraient pas permettre à leurs croyances culturelles ou religieuses personnelles (ou l'absence de celles-ci) d'intervenir dans les soins prodigués à leurs patients ou d'influer indûment sur ces soins ou de les exclure.

Pour ces raisons, nous croyons que les soins psychiatriques doivent être prodigués dans un contexte pluri-séculaire pour répondre de la meilleure façon aux besoins de l'individu, tout en étant à l'écoute de ses besoins culturels, spirituels et religieux. Il est important que les psychiatres ne laissent pas leurs propres croyances religieuses (ou l'absence de celles-ci) affecter la qualité des soins prodigués aux patients qu'ils servent et appuient.

Références

1. *Loi sur la constitution*, 1982 [en. par la *Loi sur le Canada* 1982 (U.K.), ch. 11, sect. 1], partie 1 (*Charte canadienne des droits et libertés*).
2. Hart WH. Present at the creation: the clinical pastoral movement and the origins of the dialogue between religion and psychiatry. *J Relig Health*. 2010;49:536–546.
3. Koenig H. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Can J Psychiatry*. 2009;54(5):283–291.
4. Galanter M, Dermatis H, Talbot N, et al. Introducing spirituality into psychiatric care. *J Relig Health*. 2011;50:81–91.
5. Mohr WK. Spiritual issues in psychiatric care. *Perspect Psychiatr Care*. 2006;42(3):174–183.
6. Curlin FA, Odell SV, Lawrence RE, et al. The relationship between psychiatry and religion among US physicians. *Psych Serv*. 2007;58(9):1193–1198.
7. Sabry WM, Vohra A. Role of Islam in the management of psychiatric disorders. *Indian J Psychiatry*. 2013;55(Suppl 2):S205–S214. *Indian Mental Health Concepts Supplement*.
8. Grabovac A, Clark N, McKenna M. Pilot study and evaluation of postgraduate course on the “interface between spirituality, religion and psychiatry”. *Acad Psychiatry*. 2008;32(4):332–337.
9. Cook CH. *Spirituality and religion in psychiatry*. London (GB): Royal College of Psychiatrists; 2013. Position paper of the Royal College of Psychiatrists.
10. Meador KG, Koenig HG. Spirituality and religion in psychiatric practice: parameters and implications. *Psychiatr Ann*. 2000;30(8):549–555.
11. Association médicale canadienne (AMC). *CMA Code de déontologie* [Internet]. Ottawa (ON): CMA; 2004 [révisé 2012 mars; cité 31 oct. 2014]. p 1. Politique de l'AMC. Accessible à : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/about-us/PD04-06-e.pdf>.

