Document généré le 19 juil. 2025 00:22

Cahiers francophones de soins palliatifs

Pourquoi s'intéresser à la spiritualité en milieu de santé ?

Guy Jobin, Ph. D., D. Th.

Volume 23, numéro 1, 2023

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1105743ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1105743ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Maison Michel-Sarrazin

ISSN

1916-1824 (imprimé)
2816-8755 (numérique)

Découvrir la revue

Citer ce document

Jobin, G. (2023). Pourquoi s'intéresser à la spiritualité en milieu de santé ? *Cahiers francophones de soins palliatifs*, *23*(1), 11–19. https://doi.org/10.7202/1105743ar

Résumé de l'article

L'intérêt pour l'expérience spirituelle des personnes malades, des membres de leurs familles et du personnel soignant est désormais institutionnalisé dans les milieux de soins occidentaux. Par-delà les différentes modalités de l'accompagnement et de son organisation au sein des établissements ou à domicile, un regard empreint de curiosité et d'empathie marque l'ouverture du monde biomédical et clinique aux répercussions de la maladie sur la vie spirituelle des personnes concernées. C'est sous forme de bilan de quinze années consacrées à la recherche sur ce sujet que je présenterai quelques réflexions dans ce texte.

© Guy Jobin, 2023

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

POURQUOI S'INTÉRESSER À LA SPIRITUALITÉ EN MILIEU DE SANTÉ ?

Guy Jobin, Ph. D., D. Th.
Professeur titulaire de théologie morale et d'éthique
Faculté de théologie et de sciences religieuses, Université Laval

Guy.Jobin@ftsr.ulaval.ca>

RÉSUMÉ

L'intérêt pour l'expérience spirituelle des personnes malades, des membres de leurs familles et du personnel soignant est désormais institutionnalisé dans les milieux de soins occidentaux. Par-delà les différentes modalités de l'accompagnement et de son organisation au sein des établissements ou à domicile, un regard empreint de curiosité et d'empathie marque l'ouverture du monde biomédical et clinique aux répercussions de la maladie sur la vie spirituelle des personnes concernées. C'est sous forme de bilan de quinze années consacrées à la recherche sur ce sujet que je présenterai quelques réflexions dans ce texte.

INTRODUCTION[1]

Après avoir été titulaire de la Chaire Religion, spiritualité et santé[2] pendant quinze ans, je peux identifier la question qui a guidé ma recherche faite tant sur le terrain que dans la littérature spécialisée. Cette question peut être formulée ainsi : pourquoi le monde clinique[3] s'intéresse-t-il à l'expérience spirituelle en temps de maladie ? À cette question qui vise autant les motifs que les finalités qui sous-tendent ledit intérêt, une question s'est ajoutée sur les manières par lesquelles cet intérêt a pris concrètement forme. Ces deux questions ont canalisé mon intérêt pour ce phénomène fascinant. Les projets de recherche subventionnée ou non, les articles, les monographies et les ouvrages collectifs que j'ai dirigés ou auxquels j'ai participé, en somme tous mes travaux sur ce sujet sont des essais de réponse à cette interrogation à deux versants que j'ai menée pendant toutes ces années.

Deux remarques sont à faire pour mieux situer le questionnement.

Premièrement, dans la réponse à la question « pourquoi », la distinction entre les motifs et les visées permet d'entendre des raisons dont certaines font référence à l'identité professionnelle, par exemple, alors que d'autres soulignent le gain clinique que l'on espère réaliser. Ainsi, un des motifs invoqués dans la littérature infirmière pour justifier l'intérêt envers l'expérience spirituelle des personnes malades est que cela fait partie de l'« ADN » de la profession, celle-ci ayant de nombreux historiques avec le monde chrétien occidental. Bien évidemment, cette référence religieuse n'est plus constitutive de l'identité

professionnelle infirmière actuelle, mais c'est aussi en fonction de cet héritage historique que l'intérêt contemporain pour l'expérience spirituelle est justifié. Par ailleurs, du côté de la visée ou de la finalité, on bascule du côté de la clinique, c'est-à-dire que c'est en vue d'offrir des soins de manière holistique, en tenant compte de la personne dans sa globalité, que l'intérêt est justifié.

Deuxièmement, la question : « pourquoi s'intéresser à la spiritualité en milieu de santé » est une bonne question. Il faut pourtant la compléter par une autre question : qui s'intéresse à la spiritualité en milieu de santé ? Ces deux questions vont de pair, car il me semble clair, après toutes ces années d'observation, que l'intérêt pour la spiritualité varie selon la personne ou le groupe qui le porte et selon la situation qui incite la personne ou le groupe à s'y intéresser. Ainsi, l'intérêt n'est pas le même si je suis patient (c'est ma santé qui est en jeu), soignant (c'est la qualité et la pertinence des soins offerts qui me préoccupe), gestionnaire (comment intégrer et encadrer les questions spirituelles dans le fonctionnement de l'établissement) ou chercheur académique dans le domaine. Dans ce dernier cas, l'intérêt variera aussi selon que la recherche est faite en vue d'améliorer les pratiques ou qu'elle a pour objectif de comprendre le phénomène lui-même, ce qui n'est évidemment pas la même chose, comme nous le verrons. Mais quoi qu'il en soit, les enjeux du sens de la maladie, des douleurs et des souffrances qu'elle cause, sont au cœur de ce mouvement d'attention du monde clinique envers la spiritualité.

En somme, le pourquoi et le qui vont de pair, et c'est de cette façon, en les tenant ensemble, que je veux présenter ici quelques réflexions glanées et mûries au cours de mes quinze années de recherche dans ce domaine. Pour ce faire, je présenterai certaines causes (et certaines visées à l'occasion) de l'intérêt selon différents acteurs[4] dont la présence ou l'influence se font sentir dans le monde biomédical et clinique. Je répartirai donc mes réflexions selon les acteurs suivants : les patients et leurs familles, les professionnels du soin, les chercheurs dans le domaine biomédical et clinique, les gestionnaires d'établissement, les instances gouvernementales, la société ou la culture et, enfin, les chercheurs en théologie et en sciences des religions. Bien sûr, la culture n'est pas un acteur en soi, mais elle est portée par la société ; elle percole à travers les institutions, elle permet aux personnes, aux groupes et aux collectivités d'habiter humainement ce monde. Elle fait sentir son influence dans toutes les sphères de la vie humaine personnelle et collective et, comme nous le verrons, c'est le cas pour notre sujet. Enfin, je n'ai certainement pas la prétention d'être exhaustif.

PATIENTS ET FAMILLES

L'enjeu du sens de la maladie, des douleurs et des souffrances qu'elle cause, de la vie et de la mort, est d'abord porté par les personnes malades et leurs proches. Les questions existentielles, spirituelles ou religieuses qui surgissent en temps de fragilité et de vulnérabilité font partie de l'expérience des malades lorsque cette dernière est considérée de manière globale. Cela peut être vrai dans les milieux de soins de courte comme de longue durée. L'attention à la globalité des répercussions de la maladie chez une personne est la porte d'entrée qui a permis à l'expérience spirituelle d'être prise en compte comme une « donnée » clinique à considérer.

Plusieurs personnes tiennent à ce que leur expérience spirituelle soit prise en compte dans la manière dont les soins leur sont prodigués. Ainsi, la littérature étatsunienne spécialisée fait souvent le constat d'un souhait émis par des patients : que les soignants prient avec eux dans différentes circonstances (angoisse, veille d'une opération, pendant un discernement sur la suite des soins, etc.[5]), que l'on tienne compte de certaines prescriptions religieuses pour l'organisation des soins (régime alimentaire, heures de prière, etc.). Ces demandes indiquent que le chevet est un lieu d'expression de la vie spirituelle des patients. De même, lorsque c'est par les membres du personnel soignant ou les intervenantes et intervenants en

soins spirituels (IISS) que l'ouverture est faite pour parler des questions spirituelles ou religieuses vécues, il arrive souvent que les personnes malades ou leurs familles entrent dans la démarche.

Ce que je retiens de ces quelques constats, c'est que le désir des personnes malades et de leurs proches de « faire sens » de la maladie, de la souffrance, de la vulnérabilité, de la fragilité, du non-sens aussi, de l'absurdité, me semble lié à deux réalités importantes.

Premièrement, ce désir a certainement une visée thérapeutique, entendue au sens large d'une recherche d'apaisement, de confort et de pacification devant l'angoisse et l'inconnu. Mais on peut recadrer ce désir dans quelque chose de plus large, soit dans la recherche d'une continuité du sens de la vie, au moment où la maladie et ses séquelles sont vécues comme une discontinuité, voire une rupture du sens dans une vie individuelle ou familiale. Le désir s'exprime donc par une recherche de confort ou de paix psychologique, émotionnelle, mais il traduit aussi une recherche de continuité, une recherche de cohérence dans l'incohérence que la maladie ou l'imminence de la mort apporte[6].

Deuxièmement, ce désir manifeste aussi une demande de reconnaissance, une reconnaissance à deux volets : une demande de reconnaissance identitaire concernant l'identité religieuse ou spirituelle de la personne, mais aussi une demande de reconnaissance en tant que membre de l'humanité. Par l'attention portée au vécu spirituel ou religieux des personnes malades ou de leur proches, on redit aux personnes qu'on les considère comme des humains à part entière, qui plus est des personnes ancrées dans leur culture, et ce même si la maladie peut leur donner le sentiment de ne plus faire partie de l'humanité ou que les conditions de la prise en charge les coupent de leur communauté d'ancrage.

LES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DU SOIN

L'intérêt des professionnel.les du soin pour le vécu spirituel des personnes malades se rapporte à ce que l'on pourrait nommer de façon très générale la qualité des soins prodigués, une qualité espérée par la personne malade et voulue par la personne soignante. L'intérêt des membres du personnel soignant pour la vie spirituelle se manifeste de différentes manières.

Premièrement, il est à entendre dans les revendications émises par certaines professions à propos d'une compétence propre pour aborder les enjeux spirituels. Comme je l'ai déjà souligné, c'est le cas, par exemple, de la profession infirmière, mais c'est aussi celui des ergothérapeutes, des psychologues, des travailleurs sociaux, etc. Les enjeux spirituels et religieux sont alors conçus dans un sens large. Ce sont les questions du sens soulevées par la maladie. Que ces revendications venant de certaines professions du soin soient ancrées dans une lecture historique (les soins infirmiers modernes et le travail social sont nés dans des mouvements à caractère religieux) ou dans une compréhension holistique de la portée de leurs actions cliniques (ergothérapie), elles témoignent du fait que l'intérêt est aussi motivé par un souci de démarquer la profession dans l'environnement clinique. Ces revendications permettent de consolider l'identité professionnelle, en soulignant l'attention que ces professionnel.les portent à la globalité de la personne malade.

Mais là n'est pas la seule raison. Un deuxième intérêt soutenant l'accueil des questions spirituelles est lié à une affirmation que les soins prodigués doivent être des soins humains, donc qu'ils ne se limitent pas à la seule prestation technique, aussi efficace et judicieuse soit-elle. Depuis le décloisonnement du regard clinique, rendu possible par l'adoption d'une perspective bio-psycho-sociale puis spirituelle de la maladie (au début des années 1980), la préoccupation d'offrir des soins qui tiennent compte des répercussions de la maladie dans toutes les sphères

qui constituent une personne est une assise importante de la posture soignante. C'est dans ce cadre plus global, et que l'on veut plus humain, que les questions du sens et les questions religieuses et spirituelles deviennent repérables sur le radar des professionnel. les du soin. Ainsi, le nombre d'outils de repérage du vécu spirituel développés et mis à la disposition des soignantes et des soignants est un témoin de cette ouverture[7]. Reste à voir si les circonstances cliniques permettent de concrétiser cet intérêt. Mais, quoi qu'il en soit de la réalisation effective, l'intérêt professionnel pour les questions spirituelles participent autant, il me semble, du désir sincère de rendre de meilleurs soins, de consolider l'identité professionnelle que d'une forme de résistance à la déshumanisation des soins par la technique.

Pourtant, cette volonté de bien faire n'est pas sans ambiguïtés, notamment lorsque l'expérience spirituelle est considérée, voire abordée dans les catégories du soin, comme le sain et le pathologique. Ce réflexe, compréhensible il faut le dire, ne sert pas nécessairement l'expérience vécue par le patient. J'ai donc constaté, au cours des années, que cette ouverture clinique à l'expérience spirituelle s'est faite dans ce que j'ai appelé ailleurs les cadres épistémologiques de la clinique, c'est-à-dire dans les manières propres au monde soignant de voir la réalité[8].

Ainsi, il n'est pas rare de constater que le langage de la santé ou de la pathologie vienne « contaminer » le regard soignant sur l'expérience spirituelle des personnes malades. Je l'ai déjà fait remarquer ailleurs[9]. Lorsque des concepts cliniques comme le bien-être spirituel et la détresse spirituelle sont utilisés pour qualifier l'état des personnes malades, on assiste alors à une forme de médicalisation de l'expérience spirituelle[10]. Il y a là, me semble-t-il, encore du travail de sensibilisation à faire pour éviter l'imposition de cette grille de lecture à une expérience qui est riche et qui ne se laisse pas enfermer dans une dichotomie qui porte toujours le danger de la réduction.

LES CHERCHEURS DANS LE DOMAINE BIOMÉDICAL ET CLINIQUE

La recherche dans ce domaine est bien évidemment orientée par les buts ou les visées des soins. Il s'agit d'une recherche qui possède une orientation foncièrement pragmatique, c'est-à-dire qu'elle est tournée vers l'amélioration des pratiques professionnelles. Les visées sont formulées de manière différente selon les professions et les régimes de soin, mais elles ont en commun de soutenir une ou des interventions qui cherchent à améliorer, autant que faire se peut, la situation des personnes qui se considèrent malades et qui font appel aux organisations de soins[11]. Dans ce cadre très général, on comprendra que la recherche biomédicale et clinique sur l'expérience spirituelle est donc principalement, je dirais presqu'exclusivement, axée sur quatre visées majeures : 1) l'amélioration des pratiques d'identification de l'état spirituel des patients ; 2) l'identification des mécanismes par lesquels l'expérience spirituelle est influencée par l'état morbide ou, inversement, influence cet état ; 3) l'identification du rôle que la spiritualité et la religion peuvent jouer comme adjuvant du soin ; 4) l'identification des formes d'intervention à développer et à mettre en œuvre lorsque l'état spirituel de la personne est considéré comme un objet de soins.

Bien sûr, une motivation qui sous-tend cette recherche pragmatique est qu'elle participe au développement d'un champ relativement nouveau de connaissances et de pratiques. L'émergence de ce champ que je considère distinct de celui des études biomédicales et cliniques sur la religion, ne serait-ce que par son rythme d'expansion beaucoup plus intense pendant près d'une trentaine d'années, se manifeste autant par la mise sur pied de chaires universitaires de recherche que de centres voués à la recherche et à la formation sur le sujet. L'institutionnalisation de ce champ de recherche a maintenant atteint une maturité qui augure bien pour sa pérennité. Il faut cependant noter que la recherche qui est faite dans ce domaine est, comme

je l'ai mentionné, presqu'exclusivement tournée vers l'amélioration des pratiques, des outils diagnostiques ou des outils d'accompagnement. C'est une recherche à vocation pragmatique qui mobilise la très grande majorité des ressources et des énergies dans le monde biomédical et clinique. Si l'on veut une recherche basée sur un intérêt de connaissance orienté différemment, c'est-à-dire critique, c'est ailleurs qu'il faut aller voir. En effet, l'orientation pragmatique de la recherche ne s'intéresse pas à l'analyse des conditions institutionnelles, épistémologiques, sociales, politiques ou culturelles qui ont mené à l'institutionnalisation de l'intérêt clinique pour l'expérience spirituelle, tel qu'on la constate aujourd'hui. Ce volet critique de la recherche sera abordé par d'autres disciplines. Il nécessite un autre regard. J'y reviens plus loin dans ce texte.

LES GESTIONNAIRES DES ÉTABLISSEMENTS

Les idées qui sont exprimées dans cette section sont un peu plus éclatées que dans les sections précédentes. Je n'ai pas fait de recherche explicite sur les gestionnaires. Les idées exprimées ici viennent de la fréquentation professionnelle de plusieurs personnes ayant eu un mandat de gestion dans les établissements du réseau public québécois.

Les gestionnaires d'établissements de santé ont un intérêt managérial pour les enjeux du sens qui peuvent s'exprimer dans leurs lieux de travail. Par intérêt managérial, j'entends un intérêt pour les effets ou les impacts que l'expression des questions spirituelles ou religieuses et leur prise en compte peuvent avoir dans et sur l'organisation, les ressources disponibles, le temps, la qualité de l'offre de services, etc. En cela, ils logent à la même enseigne que leurs semblables qui œuvrent dans d'autres secteurs d'activité économique ou de services publics. Cela étant, l'humanisation des lieux de travail et des rapports entre les personnes par l'attention aux questions du sens est un enjeu saillant dans les organisations sanitaires, lesquelles sont devenues de plus en plus complexes.

Comment cela se traduit-il pour les gestionnaires du réseau québécois, par exemple ? Dans ce cas précis, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* donne aux gestionnaires locaux la responsabilité de l'organisation des services de soins spirituels, sans toutefois en préciser les modalités. Cette latitude fait en sorte qu'on trouve une diversité d'organisations des services de soins spirituels sur le territoire. Nous pouvons constater que l'incitation légale à mettre sur pied un service de soins spirituels contribue à l'implication des gestionnaires dans les enjeux de sens qui traversent les lieux dont elles et ils sont responsables.

Un autre constat à faire du point de vue de la gestion des organisations est celui de la tendance des vingt dernières années à faire migrer les services de soins spirituels d'une position de relative indépendance au sein de l'organisation vers une intégration aux directions des soins multidisciplinaires. Ce fait, d'abord documenté et constaté au début des années 2010 par mon collègue Jean-Marc Charron de l'Université de Montréal, s'est accentué avec le temps. Cette migration résulte de décisions prises au sein des organisations. Je fais l'hypothèse que cette migration est soutenue par divers incitatifs : 1) la laïcisation de l'institution sanitaire fait que les soins spirituels sont placés sur le même pied que d'autres types de soins et services offerts dans l'établissement ; 2) paradoxalement, c'est peut-être une réponse au désir de professionnalisation de la prestation des soins spirituels.

Par ailleurs, l'intégration des services de soins spirituels dans l'établissement a un coût : celui pour les membres du service de se plier aux règles inhérentes à la reddition des comptes, laquelle se fait selon des critères d'utilité : nombre de patients rencontrés, budgets de fonctionnement limités, etc. Ainsi, les IISS sont soumis aux mêmes règles de gestion que les autres employés de l'établissement.

En somme, le souci de préserver et de nourrir une culture et une image de l'humanisation au sein de l'établissement par une attention à la place de

l'accompagnement spirituel dans l'organisation est présent, mais il semble entrer en compétition avec des logiques qui lui sont étrangères. Il s'agit, notamment, de la gratuité associée à la vie spirituelle sous toutes ses formes confrontée à la recherche de l'efficacité et de l'intégration des soins spirituels dans le fonctionnement de l'organisation. Ces deux logiques peuvent sembler contradictoires puisqu'elles s'appuient chacune sur des valeurs opposées : gratuité/efficacité, ce qui est sans mesure ou ce qui se donne sans compter/la mesure, etc…

LES INSTANCES GOUVERNEMENTALES

Ce thème peut sembler hors d'ordre pour notre sujet. Un État laïque n'est-il pas, en principe, censé être neutre face aux questions de sens[12] ? Il ne faut pas oublier cependant que c'est l'État québécois qui finance les services de santé offerts dans le réseau public, y compris les services de soins spirituels. Au-delà des questions d'organisation, l'intérêt de l'État envers la spiritualité en milieu clinique participe de la fonction étatique de régulation politique du religieux et de son expression.

Autrement dit, la manière dont les questions du sens trouveront une place dans les établissements publics de soins de santé dépendra de la manière dont est pensé et vécu le régime de laïcité en vigueur dans un État, que ce régime soit explicité dans une loi ou qu'il soit tacite et inscrit dans la culture politique, au sens large. La variabilité des régimes de laïcité et de leur vécu concret permet de comprendre pourquoi, par exemple, il existe encore des aumôneries pluriconfessionnelles dans les hôpitaux publics de la République française, alors qu'au Québec les services de soins spirituels sont déconfessionnalisés depuis 2010. La manière dont un État encadre l'expression de la vie religieuse et spirituelle a forcément une influence sur la façon dont l'intérêt pour l'expérience spirituelle ou religieuse en temps de maladie sera concrétisé au chevet des personnes malades.

Quel que soit le régime juridique et politique en vigueur dans un État, celui-ci cherche tout de même, d'une manière ou d'une autre, à honorer l'accompagnement des questions de sens que la maladie fait surgir, puisqu'il y va du bien-être des citoyens dans un système public de soin qui fait vœu d'accompagner les personnes dans les fragilités et la vulnérabilité vécues au moment de la maladie.

La diversification des populations et la pluralisation religieuse et spirituelle ont cet effet indéniable que les questions du sens, que l'on croyait inéluctablement vouées à la sphère privée, se posent encore comme des questions publiques, des questions auxquelles les systèmes de santé sont confrontés de par leur mission de soulager les souffrances, que ces dernières soient vécues aux plans physique, psychique, social ou spirituel. C'est dans ce contexte propre à notre époque que des établissements laïques sont le théâtre de l'émergence de discours spirituels que l'on peut apparenter à une tradition spirituelle inédite. En effet, une des conclusions auxquelles j'arrive après quinze ans de recherche dans le domaine est que le monde des soins, en Occident, est le lieu d'émergence d'une nouvelle tradition de langage spirituel inédite en comparaison avec les langages spirituels qui ont eu cours ou qui sont encore portés par les traditions religieuses qui ont marqué notre culture. Ce que j'ai décrit ici, succinctement, ne sont que quelques éléments de cette nouvelle tradition spirituelle émergente.

Enfin, à ce chapitre, l'État a un intérêt pour la régulation des questions du sens et les modalités d'accompagnement au sein des établissements relevant de sa responsabilité. Par exemple, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a régulé les paramètres de l'exercice du service d'accompagnement spirituel au sein des établissements. Il y a là, qu'on le veuille ou non, une forme d'encadrement des questions du sens, *via* la détermination des contours que prendra le service dans ces institutions. Cette régulation ne vise que les activités qui sont directement sous la responsabilité de l'État par les IISS. Elle ne concerne pas les services venant de ressources externes et demandées

par la personne malade elle-même. Il n'en reste pas moins qu'elle reflète la posture étatique en regard des questions du sens qui tombent sous sa responsabilité.

LA SOCIÉTÉ OU LA CULTURE

Avec cette catégorie, nous nous situons encore à un niveau de généralité similaire à celui de la catégorie précédente.

Les établissements de soin ont des frontières poreuses avec la culture dont ils sont partie prenante. Il n'est donc pas étonnant que l'intérêt pour la vie spirituelle et son éventuel lien avec la santé y soit présent, puisque c'est aussi un sujet de discussion et d'intérêt dans la culture occidentale. Il ne s'agit pas de la seule raison qui rend compte du phénomène puisque, comme je l'ai déjà indiqué, il y a des raisons propres à la clinique qui sont aussi à prendre en compte pour comprendre ledit phénomène.

Lorsque l'on s'arrête un peu pour réfléchir à l'influence de la culture sur l'intérêt biomédical et clinique envers la spiritualité, un fait saillant émerge. C'est l'équation faite dans les représentations actuelles entre la santé et le salut. Dans le christianisme, le mot « salut » désigne le fait d'être libéré des entraves qui empêchent l'être humain d'accomplir sa vocation d'enfant de Dieu. C'est par la grâce donnée sans condition par Dieu et volontairement acceptée par la personne croyante qu'advient cette libération, ce salut[13]. Dans la tradition spirituelle clinique, l'équivalent du salut et de la grâce sont respectivement le bien-être et la santé. Le bien-être – cet état sans entraves, sans douleurs, sans soucis de quelqu'ordre que ce soit – peut advenir dans un corps sain et correspond à un état spirituel optimal, toujours dans cette nouvelle tradition spirituelle laïque.

Le bien-être est ce salut devenu intramondain, c'est-à-dire un salut dont la signification est strictement séculière et dont les repères ne sont plus dans l'au-delà. Il s'agit d'un salut qui se vit ici et maintenant, qui se vit de ce côté-ci de la mort, pourrait-on dire. En somme, c'est en reliant ce que je nomme les trois « S », santé, salut, spiritualité, que l'on voit comment la culture clinique et la culture ambiante entrent dans une forme de synchronie et arrivent à se nourrir entre elles. D'une certaine façon, le monde biomédical et clinique est un lieu de concrétisation de l'axe santé-salut-spiritualité qui forme une part importante de la culture ambiante.

La comparaison entre cette nouvelle tradition spirituelle et celles qui ont marqué l'Occident chrétien est inévitable. C'est un réflexe compréhensible, mais ce n'est pas le moment maintenant de faire ce travail et de déterminer si ce nouveau langage reflète mieux l'expérience spirituelle de l'être humain. Ce qui importe, c'est de constater l'émergence de cette nouvelle tradition de langage spirituel dans le monde des soins, une tradition qui répercute de façon originale en clinique des représentations de la spiritualité que l'on discerne dans la culture ambiante.

LES CHERCHEURS UNIVERSITAIRES EN SCIENCES DES RELIGIONS OU EN THÉOLOGIE

J'en arrive à la dernière catégorie. Il s'agit de la recherche universitaire en sciences des religions et en théologie sur l'expérience spirituelle en temps de maladie et l'intérêt qu'y porte le monde biomédical et clinique.

Ici, il y aurait beaucoup à écrire. Bien qu'étant partie prenante de ce mouvement, et ayant certainement un biais d'observation, je me permets tout de même de présenter quelques idées sur ce champ de recherche. Je les expose sans qu'il y ait un ordre de préférence ou d'importance qui présiderait à l'ordre de présentation. L'intérêt du monde académique est multiforme, il va sans dire.

La chance est donnée de travailler sur un objet en émergence, comme je l'ai souligné précédemment. Or, dans ce cas-ci, l'objet en question est une forme de recomposition du religieux dans les sociétés séculières et, qui plus est, dans des institutions publiques et laïques, des institutions qui font partie de la

structure de base de la société, au même titre que le marché, que les institutions vouées à l'éducation, etc. Comme je l'ai mentionné, au cœur de cette recomposition est la notion de salut, laquelle prend ici une valeur intramondaine en étant associée à la santé physique et psychique, c'est-à-dire qu'elle est considérée dans l'ici et le maintenant et non plus dans l'au-delà et à la fin des temps. Si la recomposition du religieux est un phénomène qui n'est pas exclusif à notre époque, il faut toutefois noter que cette forme sanitaire de recomposition est nouvelle. Je la nomme sanitaire parce qu'elle touche la représentation de la santé et qu'elle se déroule dans les institutions de santé.

Un autre aspect de l'intérêt académique pour les questions spirituelles en milieu de santé est qu'il s'agit d'un regard critique. En effet, ce type d'intérêt ne se limite pas à la recherche en vue de l'amélioration des pratiques. Bien que la recherche pragmatique soit aussi à l'ordre du jour en milieu académique – on n'a qu'à constater le nombre de centres voués à ce type de recherche dans les universités étatsuniennes et européennes –, il n'en reste pas moins que des recherches critiques sur le phénomène de l'engouement clinique pour la spiritualité sont menées en milieu académique. J'ai réalisé une grande partie de mes efforts de recherche, depuis 15 ans, dans ce créneau. Ce regard critique est d'autant plus important, à mon avis, que l'objet en question apparaît comme une nouvelle tradition spirituelle, avec son langage, ses représentations, sa posture pragmatique, ses concepts inédits, ses modalités propres d'inscription dans la vie institutionnelle du monde de la santé. Il faut donc un regard extérieur que les sciences des religions et la recherche théologique peuvent apporter, chacune selon sa propre épistémologie, afin de rendre compte des conditions d'émergence de cette tradition, tout autant que des conséquences de sa mobilisation au chevet des patients ou dans l'établissement de soins en général.

En somme, le monde académique voit dans ce phénomène une manifestation exemplaire de recomposition du religieux dans des institutions publiques et laïques. En étudiant la chose comme elle se donne à voir, un pari est fait : celui de mieux comprendre les contours d'une forme contemporaine du croire, dans les circonstances, les lieux et le temps qui sont les nôtres.

CONCLUSION

Voilà donc, en quelques mots, certains des constats que j'ai pu faire pendant les quinze années passées à la Chaire Religion, spiritualité et santé. Je suis bien conscient de n'avoir fait qu'effleurer plusieurs thèmes, de n'avoir pas pu mettre en relief toutes les nuances qui doivent être faites pour décrire ce phénomène fascinant. Il y a encore beaucoup à faire dans ce domaine de recherche, afin de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de la mobilisation de l'expérience spirituelle dans les soins prodigués aux personnes malades et de son intégration dans la structure et la culture organisationnelles de l'établissement de santé.

NOTES

1. Ce texte est issu d'une conférence donnée à la Chaire Religion, spiritualité et santé le 25 novembre 2022. Je remercie l'équipe d'animation de la Chaire, la professeure Elaine Champagne, titulaire, et madame Johanne Lessard, adjointe à la Chaire, pour l'invitation et l'organisation de cet événement.
2. La Chaire Religion, spiritualité et santé fut créée en 2001 à la Faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval. Le professeur Raymond Lemieux en a été le premier titulaire jusqu'en 2007. C'est la professeure Elaine Champagne qui la dirige depuis le 1er juin 2022.
3. Je regroupe dans la notion de « monde clinique » les acteurs et les institutions qui le composent.
4. Le terme acteur est à entendre ici en son sens sociologique, c'est-à-dire comme désignant une personne agissant dans une institution selon un rôle et des statuts définis par ladite institution. En ce sens, les personnes malades sont aussi des acteurs dans l'établissement sanitaire.

5. Minton, M.E., Isaacson, M., Banik, D. Prayer and the Registered Nurse (PRN) : nurses' reports of ease and disease with patient-initiated prayer request. J Adv Nurs. 2016 Sep ;72(9) :2185-95. doi : 10.1111/jan.12990. Epub 2016 May 1. PMID : 27134140 ; McMillan, K., Taylor, E.J. Hospitalized Patients' Responses to Offers of Prayer. J Relig Health. 2018 Feb ;57(1) :279-290. doi : 10.1007/s10943-017-0454-5. PMID : 28741091 ; Cadge, W., Ecklund, E.H. Prayers in the clinic : how pediatric physicians respond. South Med J. 2009 Dec ;102(12) :1218-21. doi : 10.1097/SMJ.0b013e3181bfac71. PMID : 20016427.
6. Je m'inspire ici de la réflexion du philosophe Paul Ricœur sur les rapports entre concordance et discordance dans les récits de soi (*Temps et récit*, t. 1 *L'intrigue et le récit historique*, Paris, Seuil, 1983, p. 79-92) et sur l'unité narrative de la vie (*Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990, p. 191).
7. Des outils de mesure comme le FICA (https ://gwish.smhs.gwu.edu/programs/transforming-practice-health-settings/clinical-fica-tool), le SPIR (E. Frick et al., « A Clinical Interview Assessing Cancer Patients' Spiritual Preferences », *European Journal of Cancer Care*, vol. 15, nº 3, 2005, p. 238-243) ou le SDAT (S. Monod et al., « Validation of the Spiritual Distress Assessment Tool in older hospitalized Patients », BME Geriatrics, vol. 12, nº 13, 2012, DOI : 10.1186/1471-2318-12-13).
8. Guy Jobin, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, Bruxelles, Lumen vitae, 2013.
9. Guy Jobin, « Êtes-vous en *belle* santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine », dans G. Jobin, J.-M. Charron, M. Nyabenda (dir.) et la collaboration de J. Lessard, *Spiritualités et biomédecine. Enjeux d'une intégration*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2013, p. 41-61.
10. Selon Didier Fassin, la médicalisation « consiste à conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes. Elle est avant tout la redéfinition d'un problème existant dans un langage médical. […] La médicalisation n'est pas en soi l'appropriation par les médecins d'un problème qui, auparavant, ne relevait pas de leurs prérogatives, même si c'est historiquement souvent le cas. Elle est une transformation culturelle et non simplement une conquête professionnelle. », *cf.* Didier Fassin, « Les politiques de la médicalisation », dans Pierre Aïach et Daniel Delanoë (dir.), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris, Anthropos, 1998, p. 5.
11. M. J. Hanson, D. Callahan (ed.), *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Washington D.C., Georgetown University Press, 1999.
12. Sans entrer dans les détails d'un débat qui dépasse le cadre de cet article, il faut tout de même mentionner que la définition de la neutralité de l'État dépend du régime de laïcité qui prévaut sur son territoire, qu'elle soit sanctionnée par une loi ou non. Sur les différents régimes de laïcité, on consultera avec profit l'ouvrage suivant : Micheline Milot, *La laïcité*, Ottawa, Novalis, 2008, p. 42-66.
13. Il y aurait, bien sûr, beaucoup plus de matière à présenter pour donner une idée de la notion de salut dans le christianisme. Mon but est de simplement montrer que cet état idéal, d'un point de vue chrétien, a son équivalent dans la tradition spirituelle émergente dans le monde biomédical et clinique.