



Interações: Cultura e Comunidade

ISSN: 1809-8479

interacoes.pucminas@gmail.com

Pontifícia Universidade Católica de Minas

Gerais

Brasil

Jobin, Guy

Santé, bien-être et spiritualité. Une évaluation critique

Interações: Cultura e Comunidade, vol. 11, núm. 20, julio-diciembre, 2016, pp. 31-47

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Minas Gerais, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313049300004>

► Comment citer

► Numéro complet

► Plus d'informations de cet article

► Site Web du journal dans redalyc.org

redalyc.org

Système d'Information Scientifique

Réseau de revues scientifiques de l'Amérique latine, les Caraïbes, l'Espagne et le Portugal

Projet académique sans but lucratif, développé sous l'initiative pour l'accès ouverte

SANTÉ, BIEN-ÊTRE ET SPIRITUALITÉ : UNE EVALUATION CRITIQUE

HEALTH, WELL-BEING, AND SPIRITUALITY:
A CRITICAL APPRAISAL

GUY JOBIN ^(*)

RÉSUMÉ

L'ouverture de la biomédecine actuelle à l'expérience spirituelle des patients implique des transformations de la notion même de spiritualité, quand on compare celle-ci à la signification qu'elle possédait dans les traditions spirituelles chrétiennes. Dans ce texte je soutiens que l'un des mécanismes d'accueil et de production de l'objet spirituel dans le monde biomédical consiste en une forme d'éthicisation de la spiritualité. Je prétends que le langage de la spiritualité recouvre un objet qu'il convient mieux, me semble-t-il, de nommer «éthique». Le langage biomédical utilisé pour désigner l'expérience spirituelle en temps de maladie mobilise des catégories qui relèvent davantage d'une forme de pensée que la longue tradition réflexive occidentale sur l'action humaine associe à l'éthique que d'une forme de pensée associée aux spiritualités issues de traditions religieuses.

MOTS-CLÉS:

ABSTRACT

While paying attention to the patient's spiritual experience, contemporary biomedicine induces major transformations to the notion of spirituality itself. In this article, I argue that one of these changes is a shift of the nature of spirituality. This shift is understood here as a process of «ethicization» of spirituality, that is a process of framing the spiritual experience in an ethical discourse. In its efforts to identify and name the components of the spiritual experience in time of illness, the biomedical language devised for this task uses categories and notions that pertain to the longstanding tradition of virtue ethics.

KEYWORDS:

1 INTRODUCTION

L'engouement biomédical pour l'expérience spirituelle des personnes malades est un phénomène récent en Occident. C'est depuis le début des années 1970 que, progressivement, le monde biomédical – entendons ici le monde des institutions sanitaires et des professions du soin – se préoccupe de l'expérience spirituelle vécue par les patients (et leurs proches, le cas échéant) pendant le temps de la maladie. Cet intérêt biomédical pour la spiritualité est nouveau même si, depuis la fin de l'Antiquité chrétienne, existe une longue tradition de cohabitation de la médecine et de la religion – principalement, les religions chrétiennes – dans les établissements sanitaires. En effet, cette cohabitation traditionnelle s'est instaurée en respectant une division des tâches et des compétences entre les médecins et les aumôniers. Pour le dire de manière

(*) Professeur titulaire de théologie morale et d'éthique, et titulaire de la Chaire Religion, spiritualité et santé à la Faculté de Théologie et de sciences religieuses – Université Laval, Québec, Canada. Email: guy.jobin@fts.ulaval.ca.

lapidaire, dans cette cohabitation, le prêtre et le médecin ne dépassaient pas la frontière entre leurs «disciplines» respectives et n'entraient pas dans le «territoire» de l'autre. Certes, la culture chrétienne des établissements sanitaires fournissait les balises d'un encadrement moral de la pratique médicale, mais les normes morales concernaient certains actes médicaux précis et les valeurs de la profession. Il n'était donc pas question de dire au chirurgien comment opérer ou, encore, de suggérer l'utilisation de médicaments particuliers au médecin. En somme, les pratiques de la «cure des corps» côtoyaient celles de la «cure des âmes», mais ces deux sphères de pratiques ne se recoupaient pas.

Cette indépendance «professionnelle» entre les soins médicaux et l'accompagnement spirituel et religieux des patients est maintenant remise en question par les développements récents de la médecine, notamment dans les secteurs où l'intégrité de la vie individuelle est fragilisée par la maladie. Les soins palliatifs, l'oncologie, la néphrologie, pour ne nommer que ceux-là, sont des secteurs du soin où une intense recherche est faite, tant par des théoriciens que par des cliniciens, afin de déterminer l'impact de la prise en compte clinique de l'expérience spirituelle dans les soins prodigués aux patients (Koenig, Carson et al., 2012). Il s'agit d'un domaine de recherche théorique et clinique à visée pragmatique, s'appliquant à améliorer les soins donnés aux patients et à leurs proches. Outre l'amélioration des pratiques cliniques, la recherche biomédicale sur la prise en compte de l'expérience spirituelle produit des effets collatéraux sur la culture des établissements. En effet, plusieurs acteurs (soignants et gestionnaires) des milieux de soin suggèrent que la prise en compte clinique de la spiritualité aura un impact autant sur la formation des soignants (Puchalski, 2001) et l'identité professionnelle (Puchalski, 2012) que sur la culture des établissements. Enfin, avantage indéniable pour les praticiens de l'accompagnement spirituel, la préoccupation institutionnelle pour la question spirituelle garantit une certaine visibilité de ce type d'accompagnement, en regard d'autres formes d'accompagnements, offertes par les psychologues et les travailleurs sociaux notamment, qui sont disponibles pour les patients.

Il y a donc une ouverture de principe des établissements sanitaires et de la biomédecine au vécu spirituel des personnes malades. Pour autant, l'observation des théories et des pratiques qui traduisent cette ouverture dans les termes théoriques et pratiques du soin permet de constater que le «spirituel» dont il est question dans le monde biomédical est différent des traditions spirituelles et religieuses qui ont marqué l'Occident qui ont côtoyé et qui, dans une certaine mesure, côtoient encore la médecine dans les institutions

sanitaires. Lorsqu'il est question de spiritualité dans l'hôpital occidental contemporain, c'est en termes de bien-être, d'épanouissement de soi, de confort, etc. que les contemporains, soignants et patients, s'expriment. On n'utilise plus les catégories théologiques de salut ou de rédemption dans le langage spirituel contemporain. Ce déplacement des catégories du spirituel, de l'extramondain traditionnel vers l'intramondain contemporain, du transcendant vers l'immanent, est causé par au moins deux facteurs : ce sont un facteur externe et un facteur interne à la culture clinique. Ce sont, respectivement, l'émergence dans la culture occidentale d'une notion de spiritualité indépendante des traditions religieuses et la réception de cette conception dé-traditionnalisée dans les manières de penser et de faire de la biomédecine. En langage plus technique, ce deuxième facteur est celui de la réception de l'expérience spirituelle des patients dans les cadres épistémologiques et cliniques de la biomédecine. Si le premier facteur est plus connu et plus étudié, notamment en sociologie de la religion et en sociologie de la spiritualité (Heelas and Woodhead, 2005; Flanagan and Jupp, 2010; Liogier, 2012; Stolz, Könnemann et al., 2015), le second l'est moins. C'est pourquoi j'y porte une attention particulière.

Mettre l'accent sur le travail de réception au sein de l'institution sanitaire souligne à grands traits que celui-ci est un lieu de production de discours et de pratiques spirituels. Les forces actives dans ce travail de production sont de diverses natures allant de la philosophie à l'œuvre dans certains secteurs du soin (comme la philosophie des soins palliatifs) aux conceptions du soin tenues par des professions particulières (comme la théorie des besoins en soins infirmiers), en passant des règles administratives en vigueur dans l'établissement (comme le nombre quotidien de patients qu'un accompagnateur spirituel devrait idéalement visiter afin de justifier sa fonction dans l'hôpital). En d'autres mots, l'institution de soin ne fait pas qu'accueillir la «spiritualité» en son sein; elle en détermine, en partie, les conditions auxquelles cette facette de l'expérience de la maladie pourra faire sa place et s'inscrire dans l'environnement de soin.

Quiconque est un peu familier avec les transformations des systèmes de santé occidentaux dans les soixante dernières années ne sera pas surpris de cette affirmation sur le pouvoir que possède la culture biomédicale à transformer ce qu'elle touche. En effet, les notions mêmes de santé, de maladie, de vie et de mort ont elles-mêmes été bouleversées par les découvertes médicales scientifiques et par les applications cliniques de ces connaissances. Il serait étonnant que la «spiritualité» ne subisse pas le même sort, dès le moment

où elle entre dans le champ de vision et d'action, voire d'attraction de la biomédecine.

Je consacrerai cet article à montrer, par un exemple éloquent, comment ce travail de production du discours spirituel se réalise. La thèse que je soutiens, et que j'entends démontrer, est que l'un des mécanismes d'accueil et de production de l'objet spirituel dans le monde biomédical consiste en une forme d'éthicisation de la spiritualité. Je prétends que le langage de la spiritualité recouvre un objet qu'il convient mieux, me semble-t-il, de nommer «éthique». Le langage biomédical utilisé pour désigner l'expérience spirituelle en temps de maladie mobilise des catégories qui relèvent davantage d'une forme de pensée que la longue tradition réflexive occidentale sur l'action humaine associe à l'éthique que d'une forme de pensée associée aux spiritualités issues de traditions religieuses.

Pour démontrer cette thèse, je procéderai en quelques étapes. Je commencerai d'abord par une exploration du vocabulaire clinique pour nommer les états spirituels des personnes malades. On y verra que dès cette étape d'opérationnalisation de la spiritualité, les états spirituels sont appréhendés à partir de catégories cliniques qui appartiennent au langage biomédical. Ensuite, je ferai un recoupement entre ce langage spirituel biomédical et deux théories éthiques, soit la théorie moderne eudémoniste de l'épanouissement de soi et la théorie des usages pragmatique, éthique et moral de la raison pratique, proposée par le philosophe allemand Jürgen Habermas¹.

2 LA SPIRITUALITÉ DANS LE MONDE BIOMÉDICAL: QUELQUES APERÇUS

Je ferai ici une exploration rapide de deux pans de l'imaginaire biomédical: le discours sur les sources de l'expérience spirituelle, puis le vocabulaire forgé et utilisé par les soignants pour nommer et évaluer les états spirituels qu'ils

¹ Il faut faire remarquer qu'il y a peu de travaux abordant de manière critique l'interprétation biomédicale de la spiritualité. La nouveauté du phénomène ainsi que le rôle possible que la spiritualité peut jouer dans la rénovation de l'institution biomédicale occidentale, aux yeux de ses nombreux promoteurs, expliquent probablement l'état embryonnaire de cette critique. Pour une critique théologique voulant faire ressortir l'impact du discours biomédical sur la vie chrétienne, cf. Shuman, J. J. and K. G. Meador (2003). *Heal Thyself. Spirituality, Medicine, and the Distortion of Christianity*. Oxford, Oxford University Press. Pour une critique du phénomène à partir de l'épistémologie et de la déontologie biomédicales, cf. Sloan, R. P. (2006). *Blind Faith. The Unholy Alliance of Religion and Medicine*. New York, St. Martin's Press. Pour une revue du débat éthique autour de l'intégration de la spiritualité dans les soins, je me permets de renvoyer le lecteur à Jobin, G. (2013 (2012)). *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*. Bruxelles, Lumen vitae, p. 71-91.

côtoieront dans leur travail. Le but de cette exploration est de montrer comment l'expérience spirituelle est pensée dans le monde de la clinique.

2.1 LES SOURCES DE L'EXPÉRIENCE SPIRITUELLE

De nombreux auteurs actifs dans le champ de recherche sur les liens entre spiritualité et santé font état de l'absence de consensus sur une définition de la spiritualité (Puchalski and Ferrell, 2010; Koenig, Carson et al., 2012). Pourtant, malgré cette absence d'unanimité, il est possible de trouver une logique dans les discours biomédicaux sur la spiritualité. Les nombreuses propositions de définition de la spiritualité trouvent place dans un continuum entre deux pôles, soit un pôle représenté par des définitions que je nommerai humanistes et un pôle que je nommerai religieux. Le pôle humaniste représente les définitions qui font de la spiritualité une réalité strictement humaine, sans lien avec un horizon extramondain quel qu'il soit. J'écris bien extramondain, puisque même une vision strictement intramondaine peut identifier une forme de transcendance dans l'immanence, c'est-à-dire une forme de «branchement» de l'expérience spirituelle individuelle sur un horizon de sens qui dépasse l'individu. La nature, le cosmos, une représentation idéalisée de l'humanité peuvent être ces horizons auxquels se rapportent les personnes sans toutefois en faire les manifestations tangibles d'un ordre de réalité qui serait «en surplomb» de l'univers physique où l'humanité évolue. Le pôle religieux regroupe les définitions et les représentations de la spiritualité qui rapportent celle-ci à un horizon au-delà du monde visible. Quelle que soit la tradition religieuse ou spirituelle dont on parle ici, la caractéristique commune des discours spirituels religieux est de pointer vers une figure de l'altérité qui se trouve hors de ce monde, une figure extramondaine.

Un deuxième axe recoupe le premier. Les définitions de la spiritualité peuvent être réparties sur un second continuum qui caractérise la source de la vie spirituelle. Recoupant parfaitement le premier axe tout juste décrit, cet axe est constitué de deux pôles: les pôles interne et externe. Le pôle interne indique que la source de la vie spirituelle est localisée dans le sujet. Il puise à ces ressources internes pour donner un sens aux événements qui forment la trame de sa vie. Cette manière de concevoir la source de la vie spirituelle est tout à fait congruente avec une autre idée, tenue fermement dans la littérature biomédicale, à savoir que l'être humain est un être anthropologiquement spirituel. Le pôle externe regroupe les discours spirituels qui situent la source spirituelle hors de la personne, dans un «lieu» extrapersonnel (qui n'est pas

nécessairement un lieu extramondain). Ici la vie spirituelle sera vue comme une participation à un «ordre» quel qu'il soit, ou comme un don reçu de la part d'un Autre. La perspective de la grâce dans les théologies spirituelles chrétiennes traditionnelles représente bien ce pôle.

La grande majorité des définitions de la spiritualité dans la littérature biomédicale s'apparente au genre humaniste-interne. Il semble être le plus inclusif, celui qui possède une capacité plus large d'accueil, à condition bien sûr de postuler que l'être humain est anthropologiquement spirituel et accidentellement (ou historiquement) religieux. Ce postulat est déjà une prise de position dans le débat et situe très concrètement le fardeau de la preuve du côté des traditions religieuses, quand vient le temps de discuter «spiritualité». Ce postulat est, en tout cas, prédominant dans la culture occidentale séculière.

2.2 LE VOCABULAIRE SOIGNANT SUR LA SPIRITUALITÉ EN TEMPS DE MALADIE

Si, comme nous venons de la voir, il y a divergence de points de vue sur les sources de la spiritualité dans le monde biomédical, il y a tout de même une certaine unanimité sur les signes cliniques de l'expérience spirituelle et sur le vocabulaire utilisé dans le monde du soin pour nommer les états spirituels vécus par les personnes malades.

Comme toute discipline pratique – comme toute discipline qui veut transformer le cours des choses par l'action, en l'occurrence qui lutte contre la maladie et ses effets chez les personnes et les populations – la biomédecine contemporaine s'est dotée de concepts cliniques, c'est-à-dire d'un ensemble de représentations formelles, à incidence pratique, permettant de nommer et de distinguer les états induits par la maladie et constatés par les soignants.

L'univers de la pensée clinique est construit sur le socle que constitue le couple «sain/pathologique» (Canguilhem 1966). Désigner un état physiologique ou psychique comme «sain», c'est dire qu'il n'y a pas d'intervention soignante à faire, puisque la personne est considérée dans un état optimal d'adaptation à son environnement. Au contraire, c'est lorsqu'un état physiologique ou psychique est désigné comme «pathologique», c'est-à-dire affecté par une maladie, qu'une forme d'intervention requise est choisie, selon la gravité de la situation.

2.2.1 Le sain et le pathologique

En amont du couple «sain/pathologique», c'est le couple santé/maladie qu'il faut définir. Ce cette démarche découlera la portée heuristique des notions de «sain» et de «pathologique». Depuis les travaux fondateurs du médecin et philosophe français George Canguilhem (déjà cité), une notion strictement objective de la maladie devient problématique. Ainsi, Canguilhem posait déjà la question en 1944: «le concept de maladie est-il le concept d'une réalité objective accessible à la connaissance scientifique quantitative?» (Canguilhem, 1966, p. 40). Poser la question n'est pas nécessairement y répondre; mais c'est mener une discussion sur l'épistémologie, c'est-à-dire sur les choix de connaissance qui furent faits pour en arriver à une définition objective et quantitative de la santé. La remise en question que suggère Canguilhem porte donc sur les critères de définition de ce qu'est la maladie et, par le fait même, de la santé. Cette perspective s'éloigne du positivisme médical hérité du 19^e siècle. La notion de santé ne s'appuie plus seulement sur une assise statistique ou populationnelle; elle inclut la perspective subjective du patient: «le normal n'a pas la rigidité d'un fait de contrainte collective mais la souplesse d'une norme qui se transforme dans la relation à des conditions individuelles» (Canguilhem, 1966, p. 119). Cela signifie concrètement que le jugement porté sur l'état de santé d'une personne doit tenir compte de la manière dont les personnes perçoivent leur propre état au regard des «demandes» issues du milieu où elles évoluent:

La frontière entre le normal et le pathologique est imprécise pour des individus multiples considérés simultanément, mais elle est parfaitement précise pour un seul et même individu considéré successivement. Ce qui est normal, pour être normatif dans des conditions données, peut devenir pathologique dans une autre situation [...]. De cette transformation, c'est l'individu qui est juge parce que c'est lui qui en pâtit, au moment même où il se sent inférieur aux tâches que la situation nouvelle lui propose. (Canguilhem, 1966, p. 119).

Canguilhem plaide en faveur de notions de santé et de maladie qui ouvrent un espace à l'évaluation, par le patient, de sa propre situation et à la plainte qui s'ensuit. La maladie est alors pensée et conçue en termes de capacité d'adaptation, de qualité de la relation entre la personne et son milieu de vie (entendu au sens large et non seulement au sens de milieu physique de vie) et non plus seulement comme un «état» de la personne.

Cette percée conceptuelle amorcée dans les années 1940 est encore influente aujourd'hui. Des penseurs contemporains abordent la maladie (et la santé) dans une perspective de potentialité d'interaction avec le milieu: «Health is a dynamic state of wellbeing characterized by a physical, mental and social potential, which satisfies the demands of a life commensurate with age, culture,

and personal responsibility. If the potential is insufficient to satisfy these demands the state is disease.» (Bircher, 2005)

Cette représentation dynamique de la santé et de la maladie va de pair avec la définition de la santé enchâssée dans le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé: «un état complet de bien-être physique, mental et social et non seulement par l'absence de maladie ou d'infirmité» (1946). Cette même définition datant de 1948 est aujourd'hui reprise en y ajoutant le volet spirituel comme dans la Charte de Bangkok où l'on stipule que «la promotion de la santé repose sur ce droit de l'homme essentiel et offre un concept positif et complet de santé comme déterminant et de la qualité de la vie, qui recouvre également le bien-être mental et spirituel» (2005).

2.2.2 Le sain, le bien-être et la spiritualité

Le concept de santé est donc intimement lié à celui de bien-être. La sain et le pathologique gravitent donc autour de la notion de bien-être, laquelle est ensuite susceptible d'être abordée, dans la recherche et dans la vie clinique, par des approches quantitatives concernant la mesure de la qualité de la vie (Leplège and Duverger [1996] 2004). Coïncidence ou non, le bien-être est l'angle par lequel sera abordée l'expérience spirituelle par la recherche biomédicale contemporaine, selon une approche de la vie spirituelle se démarque certainement du discours spirituel dans les traditions religieuses.

Donnons un exemple de conceptualisation de la vie spirituelle, provenant du monde biomédical.

L'association North American Nursing Diagnosis Association – International (NANDA-I) a pour mission de favoriser le développement, le perfectionnement, la diffusion et l'utilisation d'une terminologie standardisée pour le diagnostic infirmier. Ce travail de précision notionnelle et de validation des concepts cliniques a donné, depuis vingt ans, des concepts cliniques permettant aux infirmières d'aborder l'expérience spirituelle en temps de maladie. L'ensemble conceptuel concernant la spiritualité gravite autour de la notion de bien-être spirituel. L'organisme infirmier le définit ainsi : «la capacité de ressentir et d'intégrer le sens et le but de la vie à travers les liens avec soi, les autres, l'art, la musique, la littérature, la nature, ou une force supérieure» (NANDA-International, 2013). Les dimensions du bien-être spirituel recouvrent le domaine des relations, la culture (art, musique, littérature), la nature et la transcendance. Les carences où les lacunes de bien-être spirituel sont désignées par le concept de détresse spirituelle: «perturbation de la capacité de ressentir

et d'intégrer le sens et le but de la vie à travers les liens avec soi, les autres, l'art, la musique, la littérature, la nature, ou une force supérieure» (NANDA-International, 2013, p. 439-440).

Il est facile de constater que le couple bien-être/détresse est construit comme une application du couple sain/pathologique, lequel occupe, comme nous l'avons vu plus haut, une place centrale dans la pensée biomédicale et dans son utilisation clinique.

Cette première considération montre bien la forte propension de la pensée biomédicale à formater l'expérience spirituelle dans son langage et dans ses catégories propres. Cet exemple montre bien que le langage biomédical sur la spiritualité ne mobilise pas les mêmes schèmes de pensée que les traditions spirituelles religieuses.

2.2.3 L'accomplissement et le bon patient

Un autre effet de la transposition vers le langage biomédical est le changement de finalité du langage spirituel. Le discours spirituel dans le monde du soin «exploite» la veine du bien-être et de l'accomplissement de soi. Cette tendance n'est pas exclusive au monde du soin, puisqu'on la retrouve également dans le monde de la gestion et du «management».

L'accomplissement par le bien-être devient une «tâche» envisageable de réaliser en temps de maladie². Du point de vue spirituel, le temps de la maladie peut être vu comme un temps d'«initiative» et d'«action» par la personne malade qui passe du statut de «patient» – qui subit, qui attend, qui se plie aux injonctions de la maladie – à celui d'«agent» – qui a l'initiative, qui dispose de la possibilité de faire quelque chose –. Bien sûr, cela peut être vécu comme une occasion, pour le patient, de garder le moral, de garder un certain contrôle sur sa situation. Cependant, on peut y voir aussi un discours qui, à l'insu des locuteurs, fait de la maladie ou de la mort un temps de production, un temps pratique, ne serait-ce que quelque chose d'aussi fugace et immatériel que le bien-être, la réconciliation, la paix, un temps de production pour soi et pour les autres.

L'accomplissement spirituel en temps de maladie ou de mort imminente s'inscrit dans ce que la littérature sociologique identifie comme la conception du bon patient ou, quand c'est le cas, la conception du bien mourir, c'est-à-dire des

² Lors d'un panel sur la place de la spiritualité en soins palliatifs, j'ai entendu un médecin témoigner qu'il encourageait ses patients en fin de vie en leur disant qu'ils avaient tout ce qu'il fallait pour bien vivre à l'approche de la mort.

conceptions normatives qui alimentent les préjugés interprétatifs (au sens herméneutique ou gadamérien du terme) des acteurs soignants et qui, en bout de ligne, déterminent les caractéristiques du rôle du «bon patient» (Parsons, 1951; Frank, 1995; Scambler, 2008; White, 2009) ou des critères d'une «bonne mort». Il est clair que cette promotion de l'accomplissement spirituel a quelque chose à voir avec le contrôle que peut exercer la biomédecine sur l'expérience de la maladie et sur les orientations qui déterminent les conditions et les circonstances de la prise en charge des personnes malades et de leur situation.

Cette courte exploration de la pensée biomédicale sur la spiritualité étant faite, il s'agit maintenant de montrer la similitude de ce discours avec le discours éthique.

3 SPIRITUALITÉ OU ÉTHIQUE ? SPIRITUALITÉ OU PRAGMATIQUE ?

L'étendue de l'objet désigné par le mot «spiritualité» dans la pensée biomédicale actuelle, tout en se voulant compréhensive, n'est pas sans ambiguïté. D'abord, une critique fut récemment émise à l'effet qu'une définition de la spiritualité, communément admise en soins palliatifs, recoupe tellement le domaine des humanités en médecine ou «l'aspect humaniste de la médecine» (Salander and Hamberg, 2014) que l'on se demande en quoi l'utilisation du terme «spiritualité» peut désigner un aspect spécifique de l'expérience humaine de la maladie qui n'entre pas dans les catégories de la psychologie médicale, de la psychologie sociale, de l'éthique, etc. La réplique à cette critique est que s'il est vrai qu'il peut y avoir recoupement entre le champ des humanités et celui de la spiritualité, celle-ci cherche à désigner les diverses façons par lesquelles les personnes comprennent la présence de significations transcendantes dans leurs vies (Puchalski, Blatt et al., 2014). La distinction entre la spiritualité et les humanités repose donc sur l'approche de la transcendance. Bien que cette caractéristique soit importante, elle n'est pas tout à fait satisfaisante pour notre propos.

3.1 SPIRITUALITÉ ET VERTU

En effet, en raffinant la critique, il est possible de pointer vers une ambiguïté résiduelle, soit celle qui fait du langage de l'accomplissement en spiritualité contemporaine, et par conséquent dans les discours biomédicaux, un calque des discours éthiques téléologiques comme, par exemple, l'éthique de la vertu (Dent, 2004; Baertschi, 2009; Titus, 2013). On sait que dans les éthiques de la

vertu la vie accomplie, l'entéléchie selon le vocabulaire technique d'Aristote, est la cause finale de l'action et du travail de perfectionnement du sujet moral. La démarche d'accomplissement est, en quelque sorte, tendu vers un idéal de bonheur³; elle résulte d'un effort, d'une élaboration⁴ qui mobilise l'énergie et la volonté de la part du sujet moral et qui le pousse vers la recherche active et pratique du bonheur par la réalisation d'actes qui rendent le sujet vertueux.

Il faut insister ici sur les aspects actifs et pratiques de la recherche vertueuse du bonheur. En effet, c'est par la mobilisation des dispositions propres à l'être humain⁵ – pour Aristote, la vertu procède d'une disposition (Aristote, 1992, p. 60) – dans un agir que se réalise la vertu et que le sujet moral s'approche peu à peu du bonheur qu'il cherche. Si la disposition est «donnée» au départ, au sens où elle fait partie de la nature humaine selon l'anthropologie normative aristotélicienne, son activation dépend ensuite de la volonté du sujet moral et de l'énergie qu'il met à la mobiliser dans des actes concrets et dans une forme de vie.

Un parallèle saute aux yeux entre le discours spirituel contemporain en milieu de santé et la théorie de l'éthique de la vertu. La consonance entre ces deux discours tient à ce que chacun déploie à la fois une visée du bonheur – bien sûr, définie de façon différente dans chaque cas – et suggère les modalités de la quête du bonheur final, faisant ainsi de cette quête un travail, une élaboration. De plus, le discours contemporain sur la spiritualité reprend les termes mêmes de la manifestation psychologique du bonheur⁶.

3.2 À LA FOIS ÉTHIQUE ET PRAGMATIQUE

Un autre argument peut être présenté pour soutenir la thèse d'une compréhension éthique de la spiritualité contemporaine dans le monde biomédical. C'est un argument théorique fondé sur la typologie des usages de la raison pratique proposée par le philosophe allemand contemporain Jürgen

³ Aristote (1992). *Éthique de Nicomaque*. Paris, Gallimard Flammarion, livre I, chapitre IV: «le bonheur, selon la masse et selon l'élite, qui supposent que bien vivre et réussir sont synonymes de vie heureuse» (p. 24). M. Canto-Sperber définit la manifestation psychologique du bonheur comme «le sentiment de satisfaction éprouvé à l'égard de la vie entière et le souhait que cette vie se poursuive de la même façon», Canto-Sperber, M. (2004). *Bonheur. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. M. Canto-Sperber. Paris, Quadrige/Presses universitaires de France: 197-210, p. 198.

⁴ Je préfère le mot «élaboration» à celui de «labeur» pour qualifier le «travail» inhérent au rôle de patient et, en l'occurrence, au volet spirituel de ce travail.

⁵ Considéré, par les grecs, comme une disposition naturelle, ainsi que le fait remarquer M. Canto-Sperber, cf. Canto-Sperber, M. (2004). *Bonheur. Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*. M. Canto-Sperber. Paris, Quadrige/Presses universitaires de France: 197-210, p. 201.

⁶ Cf. note 21.

Habermas (1992). Par cet argument, je veux montrer la similitude, pour ne pas dire la très grande ressemblance, avec des catégories éthiques actuelles.

La raison pratique est ce volet de la capacité rationnelle humaine impliquée dans toute transaction avec le monde sur le mode de l'action. La rationalité pratique est au cœur de la délibération et de l'action. Cette notion antique, reprise par les philosophies et les théologies médiévales, est «revisitée» par Habermas qui distingue trois modalités d'exercice de la raison pratique, «[s]ous les aspects de la conformité au but, du bien et du juste [où] ce sont à chaque fois des prestations différentes qui sont attendues de la raison pratique (...) [et où] la constellation de la raison et de la volonté se modifie» (Habermas, 1992, p. 96). Ces modalités sont, respectivement, les usages pragmatique, éthique et moral de la raison pratique. Je ne discuterai ici que des deux premiers usages, lesquels voient l'action d'un point de vue en première personne, alors que le troisième usage (centré sur le juste) implique nécessairement le point de vue moral, le point de vue en troisième personne, c'est-à-dire une perspective qui dépasse les motivations personnelles de l'action, aussi sublimes soient-elles.

Le propre de l'usage pragmatique de la raison pratique est le choix des moyens en fonction de buts donnés. Il s'agit d'une «rationalité en fonction d'une fin, dans le but de trouver des techniques, stratégies ou programmes adéquats» (Habermas, 1992, p. 97). On est ici dans l'ordre de la rationalité instrumentale, dans les rapports avec le monde physique, et de la rationalité stratégique, dans ce dernier cas lorsque l'usage pragmatique s'exerce dans les rapports aux autres. Dans les deux cas, l'autre (objet ou personne) est considéré comme un moyen à utiliser ou à manipuler pour l'atteinte des buts que je me suis fixé.

L'usage éthique porte sur les décisions existentielles concernant la vie bonne, lesquelles engagent un rapport du sujet à un ensemble de valeurs qu'il juge fondamentales. Ces valeurs sont l'indice de cette vie bonne recherchée, laquelle structurera la vie que le sujet moral aimerait mener. On est ici au plus intime de la compréhension de soi et de l'identité personnelle. La recherche du bonheur est alors un accomplissement de soi et un épanouissement qui relève, selon Habermas, de l'usage éthique de la raison pratique puisque les choix existentiels sont motivés par le désir d'incarner l'idéal qui préside au projet personnel de vie et que les critères de discernement sur l'orientation et la justesse des actions privilégiées se rapportent, eux aussi, à l'idéal. Comme le souligne Habermas à la suite de Charles Taylor, la modalité éthique de la raison pratique se rapporte aux «évaluations fortes» (Taylor, 1989, p. 4), ces critères qui permettent de porter un jugement moral dans les termes de bien/mauvais, meilleur/pire, plus élevés/moins élevés, lesquelles «s'orientent en fonction d'un but posé par moi

absolument, à savoir en fonction du bien suprême d'une conduite de vie autarcique, recelant sa valeur en elle-même» (Habermas, 1992, p. 99).

En somme, que l'on s'appuie sur l'«ancienne» théorie éthique de la vertu ou que l'on mobilise la théorie habermassienne de la rationalité pratique, il apparaît clairement, me semble-t-il, que le discours spirituel humaniste contemporain reprend (à son insu?) les catégories d'un discours éthique, ce qui n'est pas sans questionner quiconque connaît un tant soit peu les traditions spirituelles chrétiennes. Une des différences marquées de l'éthicisation de la spiritualité dans le discours humaniste-interne est un mutisme sur la question du don. Le discours contemporain met fortement l'accent sur l'effort et l'élaboration du sujet dans la dynamique spirituelle. C'est la personne et ses ressources qui sont au cœur de la vie spirituelle et, dans le cas de la détresse spirituelle, au cœur du processus de rétablissement. En revanche, les traditions religieuses chrétiennes font de la grâce le «moteur» de la vie spirituelle. La grâce est un venant d'un Autre, ce don qui ne saurait être mérité puisqu'il s'agit d'une pure gratuité venant de l'Autre.

Ce qui importe pour mon propos, c'est que l'accueil biomédical de la spiritualité opère un changement, la faisant passer du registre du don au registre du travail, de l'effort, de l'élaboration. En termes théologiques, c'est un passage d'un registre théologal à un registre de la production.

Un argument subsidiaire peut être invoqué à l'appui de cette thèse. C'est le fait que dans le monde biomédical, l'expérience spirituelle est partiellement abordée sous les auspices de la rationalité pragmatique, décrite plus haut avec Habermas. En effet, la mobilisation des ressources spirituelles dans les processus de rétablissement physique ou psychique participe de cette rationalité pragmatique. Ainsi, nombre d'études soulignent le profit thérapeutique à faire une place à l'expérience spirituelle des patients. Un exemple de ce type de recherche est manifeste dans le domaine de la médecine de la douleur où une revue de littérature récente souligne la corrélation positive et significative entre l'intensité de la vie spirituelle et la perception, par le malade, de sa qualité de vie malgré la présence continue de la douleur (Siddall, Lovell et al., 2015).

4 À PROPOS DE LA CRITIQUE THÉOLOGIQUE

Est-il pertinent d'invoquer la critique théologique d'un phénomène séculier, surtout d'un phénomène qui illustre la perte d'influence du discours religieux et du discours théologique sur l'expérience spirituelle des personnes malades dans

un environnement culturel délié de toute référence à un horizon religieux? La question elle-même est fort pertinente dans la mesure où l'on pourrait penser que derrière la critique théologique se cache un enjeu de récupération théologique de la question spirituelle ou, encore, une critique de la modernité et du sort qui y est réservé aux traditions religieuses. Il est clair que toute critique théologique devra se mettre au clair avec ses motivations, ses présupposés et ses visées.

En ce qui me concerne, je mobilise l'horizon théologique à la manière d'un lieu d'où peut émaner une dissonance cognitive, un questionnement des présupposés du discours biomédical sur la spiritualité et sa prise en compte dans la dispensation des soins. On a vu comment l'expérience spirituelle est reprise dans les cadres épistémologiques et cliniques de la médecine, en réduisant l'expérience idéale à une expérience de bien-être. On peut parler de réduction dans la mesure où l'on compare cette tradition de langage spirituel à d'autres traditions spirituelles, dont la palette de critères de «jugement» de l'expérience est beaucoup plus large. Que penser, par exemple, de l'expérience spirituelle de la colère devant l'injustice, dont le livre des Psaumes est un témoin important? Que penser de la colère contre Dieu? De l'expérience de l'incompréhension devant l'absurde, le non-sens que représente la maladie mortelle? Du non-sens que représente la mort de l'innocent? N'y a-t-il pas une expérience spirituelle dans la douleur des parents devant la mort de leur enfant? Certes, ces quelques exemples ne représentent pas des expériences de bien-être, mais elles ne sont pas des expériences «spirituellement» pathologiques en soi.

Outre ce questionnement, on peut invoquer également l'écart entre les présupposés anthropologiques du langage spirituel biomédical et les traditions spirituelles chrétiennes. Ce fut souligné plus haut dans cet article, la différence entre le langage du travail spirituel en clinique et celui de la réception du don, de la grâce, dans le christianisme est importante. Bien sûr, le processus de maturation spirituelle dans le christianisme implique une participation de la part du sujet. Il faut cependant indiquer que cette participation est seconde, en regard du don initial de la grâce. La nuance est donc importante, sur cet aspect, entre la longue tradition religieuse et la tradition humaniste plus récente.

On pourrait continuer la liste des lieux de dissonance entre les traditions spirituelles en présence. Il suffit pour l'instant d'affirmer que la comparaison entre les traditions montre des écarts importants dans la compréhension du phénomène spirituel et que ces écarts ne peuvent et ne doivent pas être minimisés, tant du côté de la recherche que du côté de la clinique. Dans une telle situation, il faut éviter deux écueils: donner à l'une ou l'autre tradition le

monopole de la compréhension de l'expérience spirituelle; l'ignorance mutuelle entre les traditions spirituelles séculières et les traditions spirituelles religieuses. Il faut maintenir une tension vive entre les deux types de tradition afin que l'accompagnement spirituel des personnes en chair et en os ne soit pas fondé sur des présupposés qui ne conviennent pas aux circonstances particulières. Faire remarquer que le discours spirituel contemporain porte les marques d'un processus d'éthicisation de ses contenus et de son autocompréhension ne signifie pas qu'il faille abandonner cette manière de comprendre la place que peut occuper l'expérience spirituelle dans la pensée clinique contemporaine. Il faut simplement montrer qu'il s'agit d'une manière, et non de la seule, de comprendre ce phénomène.

5 CONCLUSION

La question spirituelle en santé est un phénomène nouveau qui mobilise des cliniciens et des chercheurs provenant de divers horizons disciplinaires. Comme tout phénomène en phase d'institutionnalisation, il est porté par un mouvement soutenu et enthousiaste, au sein même des professions du soin. La nouveauté, l'enthousiasme et la pertinence du sujet ne doit pas faire perdre de vue que l'inscription de la question spirituelle dans le souci clinique s'effectue selon des règles qui sont propres au monde biomédical, selon une courte tradition de réflexion sur l'expérience spirituelle. La comparaison de la courte tradition de langage biomédical sur la spiritualité avec la longue tradition spirituelle du christianisme permet de repérer des «lieux» de dissonance et permet d'amorcer un travail critique ne visant pas une quelconque forme subreptice de restauration de l'emprise des traditions religieuses sur le fonctionnement des institutions de soin, mais visant plutôt à questionner les présupposés de l'accueil biomédical de l'expérience spirituelle en temps de maladie.

RÉFÉRENCES

Charte de Bangkok, Organisation mondiale de la santé, 2005.

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, 1946.

ARISTOTE. **Éthique de Nicomaque**. Paris: Gallimard Flammarion, 2002.

- BAERTSCHI, B. Valeurs et vertus. In: **Introduction à l'éthique: penser, croire, agir.** J.-D. CAUSSE and D. MÜLLER. Genève: Labor et Fides, 2009, p. 177-197.
- BIRCHER, J.. Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. **Medicine, Health Care and Philosophy**, vol. 8, 2005, p. 335-341.
- CANGUILHEM, G.. **Le normal et le pathologique.** Paris, Quadrige/Presses universitaires de France, 1966.
- CANTO-SPERBER, M. Bonheur. In: M. CANTO-SPERBER. **Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale.** Paris: Quadrige/Presses universitaires de France, 2004, p. 197-210.
- DENT, N Vertu. Éthique de la vertu. In: M. CANTO-SPERBER. **Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale.** v. 2. Paris: Quadrige/Presses universitaires de France, 2004, p. 2011-2019.
- FLANAGAN, K. and P. C. JUPP. **A Sociology of Spirituality.** Aldershot: Ashgate, 2010.
- FRANK, A. W. **The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics.** Chicago: The University of Chicago Press, 1995.
- HABERMAS, J. De l'usage pragmatique, éthique et moral de la raison pratique. In: HABERMAS, J. **De l'éthique de la discussion.** Paris: Flammarion, 1992, p. 95-110.
- HEELAS, P. and L. WOODHEAD. **The spiritual revolution: why religion is giving way to spirituality.** Malden, MA: Blackwell Publishing, 2005.
- JOBIN, G.. **Des religions à la spiritualité: une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital.** Bruxelles: Lumen vitae, 2013/2012.
- KOENIG, H. G., V. B. CARSON and D. E. KING. **Handbook of religion and health.** Oxford: Oxford University Press, 2012.
- LEPLÈGE, A. and S. DUVERGER. Qualité de la vie. In: CANTO-SPERBER, M. **Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale.** vol. 2. Paris: Quadrige/Presses universitaires de France, 2004, p. 1601-1605.
- LIOGIER, R.. **Souci de soi, conscience du monde: vers une religion globale?** Paris: Armand Colin, 2012.
- NANDA-International. **Diagnostics infirmiers: définitions et classification 2012-2014.** Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2013.
- PARSONS, T.. **The Social System.** New York: The Free Press, 1951.

PUCHALSKI, C. The future of Spirituality and Healthcare. In: COBB, M. PUCHALSKI, C. and RUMBOLD, B. D. **Oxford Textbook of Spirituality in Healthcare**. Oxford: Oxford University Press, 2012.

PUCHALSKI, C. M. The role of spirituality in health care. **Proceedings of the Baylor University Medical Center**. v. 14, n. 4, p. 352-357, 2001.

PUCHALSKI, C. M., B. BLATT and G. HANDZO. In reply to Salander and Hamberg. **Academic Medicine**, v. 89, n. 11, p. 1430-1431, 2014.

PUCHALSKI, C. M. and B. FERRELL. **Making Health Care Whole. Integrating Spirituality into Patient Care**. West Conshohocken, Pa: Templeton Press, 2010.

SALANDER, P. and K. HAMBERG. Why "Spirituality" Instead of "The Humanistic Side of Medicine"? **Academic Medicine**, v. 89, n. 11, p. 1430, 2014.

SCAMBLER, G. Deviance, Sick Role and Stigma. In: SCAMBLER G.. **Sociology as Applied to Medicine**. Edimbourg: Saunders Elsevier, 2008, p. 205-217.

SHUMAN, J. J. and K. G. MEADOR. **Heal Thyself: spirituality, medicine, and the distortion of Christianity**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

SIDDALL, P. J., M. LOVELL and R. MACLEOD. Spirituality: What is Its Role in Pain Medicine? **Pain Medicine**, v. 16, n. 1, p. 51-60, 2015.

SLOAN, R. P.. **Blind Faith: the unholy alliance of religion and medicine**. New York, St. Martin's Press, 2006.

STOLZ, J., J. KÖNEMANN, M. SCHNEUWLY PURDIE, T. ENGLBERGER and M. KRÜGGELER. **Religion et spiritualité à l'ère de l'ego: profils de l'institutionnel, de l'alternatif, du distancié et du séculier**. Genève: Labor et Fides, 2015.

TAYLOR, C.. **Sources of the Self: the making of the modern identity**. Cambridge, Ma: Harvard University Press, 1989.

TITUS, C. S. Vertus. In: L. Lemoine, E. Gaziaux and D. Müller. **Dictionnaire encyclopédique d'éthique chrétienne**. Paris: Cerf, 2013. p. 2073-2093.

WHITE, K. Parsons, American Sociology of Medicine and the Sick Role. In: White, K. **An Introduction to the Sociology of Health and Illness**. Los Angeles, Ca.: Sage, 2009, p. 105-118.

*Recebido em 07/07/2016
Aprovado em 08/08/2016*