

LA SPIRITUALITÉ : FACTEUR DE RÉSISTANCE AU POUVOIR BIOMÉDICAL DE SOIGNER ?

Guy Jobin

Editions du Cerf | « *Revue d'éthique et de théologie morale* »

2011/HS n°266 | pages 131 à 149

ISSN 1266-0078

ISBN 9782204096003

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-d-ethique-et-de-theologie-morale-2011-HS-page-131.htm>

Pour citer cet article :

Guy Jobin, « La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ? », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2011/HS (n°266), p. 131-149.
DOI 10.3917/retm.266.0131

Distribution électronique Cairn.info pour Editions du Cerf.

© Editions du Cerf. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Guy Jobin

LA SPIRITUALITÉ : FACTEUR DE RÉSISTANCE AU POUVOIR BIOMÉDICAL DE SOIGNER ?

La spiritualité¹ est à la mode dans les milieux de soin nord-américains et anglo-saxons. En effet, depuis le début des années 1990, les revues et journaux spécialisés du monde biomédical ont ouvert un champ de publication aux articles et *reviews* dont le thème est l'intégration des ressources religieuses et spirituelles aux soins prodigués aux patients. Ainsi, à titre d'exemple, une simple recherche sur *Pubmed* permet de montrer que les articles ayant « *spirituality* » comme mot clé sont publiés selon un rythme exponentiel de croissance². L'ouverture de ce champ de publication est évidemment liée à un intérêt clinique, c'est-à-dire à une volonté pratique d'associer les ressources spirituelles et religieuses au pouvoir biomédical de guérir. Ce phénomène nouveau, d'abord apparu en Amérique du Nord, fait maintenant tache d'huile en Europe anglo-saxonne et, dans une moindre mesure, en Europe francophone.

Il ne suffit pas, toutefois, de décrire le phénomène en termes d'association des pratiques. Ainsi qu'on le verra dans cette étude, il s'agit d'une appropriation biomédicale des ressources spirituelles et religieuses en vue de soigner. Cette appropriation comporte deux volets. Le premier volet est d'ordre clinique et concerne l'utilisation des ressources spirituelles et religieuses

1. La recherche ayant mené à la rédaction de ce texte fut rendue possible par une subvention du Conseil de recherche en sciences humaines et sociales du Canada.

2. En répartissant les 1419 articles répertoriés selon les décennies, on obtient les résultats suivants : 1961-1970 : 0 article ; 1971-1980 : 1 article ; 1981-1990 : 11 articles ; 1991-2000 : 215 articles ; 2001 à août 2010 : 1192 articles. Pendant ce temps, les articles avec le mot-clé « religion », bien que plus nombreux, sont en croissance arithmétique.

dans l'acte de soin, au chevet du patient. Le second volet est intimement lié au premier : c'est la recherche théorique et empirique sur le phénomène, une recherche dont les finalités sont déterminées par les finalités cliniques.

Ce phénomène est complexe. Je ne prétends pas épuiser le sujet. Mais son étude permettra, me semble-t-il, d'éclairer quelques aspects de ce pouvoir de soigner qui est au cœur de la discussion³. Plus précisément, j'essaierai d'élucider un enjeu qui est presque passé sous silence dans la littérature biomédicale faisant la promotion de l'intégration des ressources spirituelles et religieuses dans le soin. C'est l'enjeu de la réduction instrumentale des ressources spirituelles et religieuses par la biomédecine.

Ma démarche se fera en trois étapes principales. Dans une première étape à teneur historique, je décrirai le contexte institutionnel qui a permis l'émergence de ce champ de recherche et de pratique. Une seconde étape sera consacrée à l'analyse. J'y présenterai la manière dont on décrit la spiritualité dans la littérature biomédicale. Puis je décrirai sommairement la recherche et les pratiques cliniques en ce domaine. Je terminerai cette deuxième étape par la présentation de facteurs internes et externes au monde biomédical qui, à mon avis, peuvent rendre compte de l'émergence du phénomène. La troisième et dernière étape sera une réflexion critique sur le phénomène. En faisant appel aux travaux de Deleuze et Guattari sur le nomadisme, la migration et la sédentarisation, d'une part, et, d'autre part, à la tradition chrétienne de l'ascétique et de la mystique, j'indiquerai quelques pistes pour comprendre la résistance qui se manifeste dans certains milieux cliniques à la tendance lourde de la biomédecine à réduire les ressources spirituelles et religieuses à une fonction clinique.

3. On aura certainement remarqué que je fais allusion au pouvoir de soigner plutôt qu'au pouvoir de guérir. Ce glissement de l'espèce (guérir) vers le genre (soigner) est dû au fait que certaines situations d'où sont tirés les exemples du phénomène sont propres au domaine des soins palliatifs, où la guérison n'est ni promise, ni possible. Il est alors clair que la mobilisation des ressources spirituelles et religieuses dans les régimes curatif et palliatif des soins indique bien qu'il s'agit du pouvoir de soigner qui est en jeu et que, parmi les registres possibles du soin, il y a celui de la guérison. En d'autres mots, si la guérison fait partie du soin, celui-ci ne peut être réduit à celle-là. Je remercie Mme Marie-Dominique Trébuchet pour la judicieuse remarque qui m'a permis de faire cette précision.

SPIRITUALITÉ ET BIOMÉDECINE : LES MOMENTS D'ÉMERGENCE D'UN INTÉRÊT

Il faut débiter cette section en mentionnant qu'il n'existe pas d'étude historique du phénomène à l'étude, en raison, bien sûr, de sa nouveauté. De plus, comme l'indique l'intitulé de cette partie, je présenterai ici les conditions qui, d'après moi, ont rendu possible le développement de l'intérêt biomédical pour les ressources spirituelles et religieuses. Je réserve à la seconde partie une description des facteurs qui ont conduit à l'institutionnalisation de l'intérêt dans les milieux biomédicaux de recherche et de soin.

Depuis les années 1990, la biomédecine nord-américaine s'intéresse aux effets cliniques bénéfiques des traditions religieuses et des spiritualités. C'est d'abord un intérêt clinique transdisciplinaire qui implique infirmières, médecins, psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, art-thérapeutes, etc., bref, qui touche les professions de soin. Il touche aussi plusieurs secteurs de soin : gériatrie, soins de longue durée, soins palliatifs et de fin de vie, soins intensifs, etc. Ce mouvement d'intérêt ne se limite pas seulement aux cliniciens. C'est un courant de recherche conceptuelle et de recherche empirique dont le principal enjeu est l'exploration du potentiel thérapeutique recelé par les traditions spirituelles et/ou religieuses auxquelles les patients s'identifient.

Comment en est-on arrivé là ? L'intérêt biomédical pour la spiritualité n'est pas un phénomène *sui generis*. Il s'inscrit dans le prolongement d'une critique déjà existante de la biomédecine. Ce mouvement critique, depuis le milieu du xx^e siècle, remet en question les options épistémologiques, cliniques et éthiques de la médecine technoscientifique⁴. La critique est bien connue. La technologisation poussée des soins de santé, couplée à la mise sur pied d'institutions sanitaires fort complexes, a permis des avancées importantes, mais elle est payée en

4. On est alors à l'apogée du modèle médical combinant un enseignement médical fondé sur les sciences dites fondamentales, dont la réforme de Simon Flexner aux États-Unis est exemplaire, et un formidable développement technoscientifique à partir de la Seconde Guerre mondiale ; Jean-Charles SOURNIA, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1997, p. 273.

retour d'un prix fort : le renforcement du pouvoir biomédical sur les vies des personnes et des collectivités, et une déshumanisation des soins. La critique prend d'abord corps dans le mouvement de bioéthique aux États-Unis. Elle déborde cependant la bioéthique et est aussi à l'œuvre dans le mouvement de promotion d'une prise en compte clinique des religions et spiritualités. Il s'agit donc d'une critique qui vient de l'extérieur du monde biomédical, comme le souligne bien Daniel Callahan dans son article sur les débuts du Hastings Center, célèbre centre de bioéthique fondé en 1970⁵.

L'intérêt biomédical pour les religions et spiritualités est aussi redevable à un mouvement de critique venant de l'intérieur du monde biomédical. Cette seconde critique remet en cause le modèle qui comprend la maladie comme un phénomène strictement biologique et physiologique. La publication en 1977 de l'article du psychiatre George Engel posera les bases d'un paradigme holiste ou global de la prise en charge des patients, de leurs maladies, et propose un modèle que l'on nommera rapidement biopsychosocial⁶. Engel proposait alors, on le sait, d'inclure d'autres dimensions dans la prise en charge de la maladie, puisque la psyché et les relations sociales du patient sont aussi affectées par la maladie. Ces dimensions sont alors considérées comme des lieux d'intervention soignante. La proposition d'Engel est plus qu'une simple remise en question ; il s'agit d'un déplacement majeur de la pratique biomédicale en question⁷. De grands secteurs du soin et de la recherche ont fait leurs recommandations d'Engel. J'en présenterai les linéaments dans les pages qui suivent, en me limitant à l'impact de cette institutionnalisation sur la question de la prise en compte et de la prise en charge biomédicale des ressources spirituelles et religieuses.

Le premier effet se fait sentir sur l'organisation des rapports

5. Daniel CALLAHAN, « The Hastings Center and the Early Years of Bioethics », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, vol. 9, n° 1, 1999, p. 53-71. Voir également ; Hubert DOUCET, *Au pays de la bioéthique*, Genève, Labor et Fides, 1996, p. 26.

6. George ENGEL, « The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine », *Science*, vol. 196, n° 4286, 1977, p. 129-136.

7. Afin d'avoir un portrait plus juste de l'appréciation du modèle biopsychosocial, voir la critique qu'en fait David ARMSTRONG, « Theoretical Tensions in Biopsychosocial Medicine », *Social Science and Medicine*, vol. 25, n° 11, 1987, p. 1213-1218.

professionnels au sein des équipes soignantes. L'adoption du modèle biopsychosocial s'est traduite par un resserrement des rapports interprofessionnels au sein des équipes de soin et il a contribué à une prise en charge interdisciplinaire des patients et de leurs maladies. Il ne peut plus être question d'une division du travail entre cure des corps et cure des âmes telle qu'on a pu la connaître traditionnellement. Dans plusieurs secteurs du soin – en gériatrie, en soins de longue durée, en soins palliatifs –, l'accompagnateur spirituel ou l'aumônier fait maintenant partie prenante de l'équipe de soins. Il est considéré comme un professionnel au même titre que les autres membres de l'équipe. Il faut dire que cette intégration s'est faite en Amérique du Nord de manière concomitante avec la professionnalisation de l'accompagnement pastoral en milieu hospitalier. L'exemple de la composition des équipes de soins palliatifs est classique. Cette intégration des rapports professionnels se poursuit encore aujourd'hui et l'on voit poindre depuis quelques années l'idée d'une prise en charge biopsychosociale et spirituelle des patients⁸.

Par cet aperçu sommaire, j'ai voulu montrer comment deux mouvements critiques ont prédisposé les milieux cliniques à s'intéresser aux ressources spirituelles et religieuses et à les considérer comme des auxiliaires pour le soin. Il est maintenant temps de montrer concrètement de quelle façon cet intérêt s'est manifesté. J'entre donc dans la seconde partie de mon exposé où j'analyse plus en détail la représentation biomédicale de la spiritualité et les pratiques qui en découlent.

CONCEPTIONS BIOMÉDICALES DE LA SPIRITUALITÉ ET LES PRATIQUES

La conception biomédicale de la spiritualité est une entreprise de réduction, je l'ai déjà évoqué. Affirmer cela, ce n'est ni présumer d'une mauvaise volonté à l'œuvre, ni poser une finalité inéluctable. C'est décrire le travail que les instances cliniques

8. Daniel P. SULMASY, « A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life », *The Gerontologist*, vol. 42, Special Issue III, 2002, p. 24-33.

et de recherches biomédicales opèrent sur les ressources spirituelles et religieuses.

La définition.

L'opération primordiale de ce travail est la définition de la spiritualité. En effet, le discours biomédical sur les questions spirituelles et religieuses opère une distinction entre religion et spiritualité. Elle entérine un lieu important du sens commun et elle est partagée par bon nombre de contemporains : la spiritualité n'est pas nécessairement liée à l'appartenance religieuse.

Comment cela se présente-t-il ? L'exemple suivant (classique !) est tiré d'un manuel de formation en sciences infirmières. Dans la troisième édition du manuel classique de la formation en soins infirmiers, *Nursing Concepts of Health Promotion* de Murray et Zentner⁹, les auteurs distinguent la religion de la spiritualité, ce qu'elles n'avaient pas fait dans les deux premières éditions. Alors que la religion est associée à la religiosité et aux aspects institutionnels de la vie croyante, la spiritualité prend une valeur intime, personnelle, qui englobe et dépasse le religieux : la spiritualité est « une qualité qui dépasse l'affiliation religieuse. Par elle, la personne cherche l'inspiration, le profond respect, la crainte et l'admiration, le sens et la finalité (*meaning and purpose*), même celle qui ne croit en aucun dieu. La dimension spirituelle veut être en harmonie avec l'univers ; elle cherche des réponses à propos de ce qui est infini. Elle se manifeste en temps de stress émotionnel, de maladie physique et mentale, de perte, de deuil et de mort. »

La phrase finale montre bien l'origine et la finalité cliniques de la définition. Il ne s'agit pas de la seule définition offerte dans la littérature biomédicale. Elle en est pourtant représentative. À l'instar de cette définition, le monde biomédical associe les

9. R. B. MURRAY, J. P. ZENTNER, *Nursing Concepts of Health Promotion*, Englewood Cliffs (NJ), Prentice-Hall, 1985³, p. 474 : « a quality that goes beyond religious affiliation, that strives for inspiration, reverence, awe, meaning and purpose, even in those who do not believe in any god. The spiritual dimension tries to be in harmony with the universe, tries for answers about the infinite, and comes essentially into focus in terms of emotional stress, physical (and mental) illness, loss, bereavement and death ». Manuel édité pour la première fois en 1975 ; ce n'est que dans la troisième édition qu'apparaît ladite définition.

caractéristiques suivantes à la spiritualité : liberté, individualité, dynamisme, authenticité, quête de sens, questionnement, alors qu'à la religion sont associées les caractéristiques symétriquement inverses¹⁰. On le constate, la définition biomédicale de la spiritualité est empreinte de romantisme et d'esthétisme. Elle est élaborée selon la vieille stratégie rhétorique d'utilisation des lieux de la qualité, en opposition à une description de la religion construite sur l'utilisation des lieux de la quantité. Ce n'est d'ailleurs pas un hasard si la religion est souvent réduite à la religiosité, c'est-à-dire à l'ensemble des pratiques et des croyances liées aux institutions religieuses traditionnelles. En somme, dans la littérature biomédicale comme dans une large portion de l'opinion publique des sociétés sécularisées, même constat : il ne faut pas nécessairement croire en Dieu ou appartenir à un groupe religieux ou une Église pour être spirituel. La définition étant posée, comment se décline concrètement cette représentation réductrice ?

Les applications concrètes.

D'abord, la spiritualité est perçue et conçue comme un adjuvant du soin. En tant que tel, la spiritualité est considérée comme un facteur pouvant influencer les questions de santé (*health outcomes*). Des questions à propos de l'influence des croyances et des pratiques religieuses sur les risques de morbidité, sur les temps de séjour postopératoire ou, plus globalement, sur le rétablissement sont au cœur de cette recherche clinique¹¹. Ici, des recherches sérieuses en côtoient d'autres qui le sont moins, à l'instar d'un essai clinique randomisé sur l'efficacité de la prière anonyme à distance¹². Ce qu'il importe

10. Brian J. ZINNBAUER, Kenneth I. PARGAMENT *et al.*, « Religion and Spirituality : Unfuzzifying the Fuzzy », *Journal of the Scientific Study of Religion*, vol. 36, n° 4, 1997, p. 549-564 ; Brian J. ZINNBAUER, Kenneth I. PARGAMENT, Allie B. SCOTT, « The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality : Problems and Prospects », *Journal of Personality*, vol. 67, n° 6, décembre 1999, p. 889-919 ; Mélanie VACHON, Lise FILLION, Marie ACHILLE, « A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 12, n° 1, 2009, p. 53-59.

11. Exemple de recension : le *Handbook of Religion and Health*, publié par Harold G. KOENIG en 2001. Du même, *Medicine, Religion and Health. Where Science and Spirituality Meet*, West Conshohocken (PA), Templeton Foundation Press, 2008, 234 p.

12. D. D. Turner recense huit études sur la prière d'intercession à distance à l'aide d'essais cliniques randomisés entre 1988 et 2005, voir D. D. TURNER, « Just Another Drug ?

de retenir est que ce courant de recherche vise l'identification des mécanismes et des lieux d'impact d'un effet thérapeutique associé à la spiritualité, à partir du postulat qu'il est possible de conceptualiser la spiritualité dans un paradigme scientifique¹³. Or, une telle conceptualisation doit respecter les canons de la vérifiabilité en biomédecine. C'est ce qui permet de comprendre l'appel récent lancé par des théologiens et autres spécialistes de la question spirituelle à fonder l'intervention spirituelle sur des données probantes¹⁴, une sorte d'*evidence-based spiritual care*. Je n'entre pas dans les détails méthodologiques de ces études et des critiques qu'elles suscitent dans les milieux de l'épidémiologie¹⁵.

Un autre axe de recherche et d'intervention concerne la prise en charge des répercussions spirituelles de la morbidité. Ici, la médecine prend en charge ce qu'elle considère comme des états spirituels morbides, pathologiques, bref, des états où le patient émet une plainte, vit une souffrance qui ne peut être réduite à un état psychologique de dépression¹⁶. La question de la détresse spirituelle est, à ce titre, exemplaire. La détresse spirituelle est un concept présent dans la littérature depuis près de vingt ans¹⁷. Il désigne l'état d'un patient dont les croyances sont ébranlées par l'épisode morbide qu'il traverse¹⁸, un état

Suite note 12

A Philosophical Assessment of Randomised Controlled Studies on Intercessory Prayer », *Journal of Medical Ethics*, vol. 32, 2006, p. 487-490.

13. Michael G. KING et Harold G. KOENIG, « Conceptualising Spirituality for Medical Research And Health Service Provision », *BMC Health Services Research*, vol. 9, 2009, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/116>. Pour une telle critique, voir les travaux de Sloan et de Thoresen : Richard P. SLOAN, *Blind Faith: the Unholy Alliance of Religion and Medicine*, New York, St. Martin's Press, 2008 ; C. E. THORESEN, A. H. S. HARRIS, « Spirituality and Health : What's the Evidence and What's Needed? », *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 24, n° 1, 2002, p. 3-13.

14. T. ST. JAMES O'CONNOR, « Is Evidence Based Spiritual Care an Oxymoron? », *Journal of Religion and Health*, vol. 41, n° 3, 2002, p. 253-262.

15. Richard P. SLOAN, p. 280.

16. G. RODIN *et al.*, « Pathways to Distress : The Multiple Determinants of Depression, Helplessness and the Desire for Hastened Death in Metastatic Cancer Patients », *Social Science and Medicine*, vol. 68, n° 3, 2009, p. 562-569.

17. F. MCHOLM, « A Nursing Diagnosis Validation Study : Defining Characteristics of Spiritual Distress », dans R. M. CARROLL-JOHNSON (éd.), *Classification of Nursing Diagnoses : Proceedings of the Ninth Conference*, Philadelphie (PA), Lippincott, 1991, p. 112-119 ; C. SMUCKER, « A Phenomenological Description of the Experience of Spiritual Distress », *Nursing Diagnosis*, vol. 7, n° 2, 1996, p. 81-91.

18. C. SMUCKER, p. 89.

qui se traduit notamment par la perte d'espoir (*hopelessness*)¹⁹. Trois enjeux sont associés à la prise en charge de la détresse spirituelle. Le principal enjeu est d'ordre clinique et consiste à élaborer, comme je l'ai déjà mentionné, un concept suffisamment différencié pour ne pas confondre la détresse spirituelle avec l'état psychologique de dépression. Le second enjeu est celui de la mesure de la détresse spirituelle. Quel en est le tableau clinique? Par quels moyens la diagnostiquer? De nombreux outils, en l'occurrence des échelles psychométriques, ont été développés afin de mesurer la détresse et d'en identifier les principales caractéristiques. Il faut noter que les échelles sont d'abord élaborées afin de mesurer le bien-être spirituel des patients²⁰. Enfin, le troisième et dernier enjeu est celui de la prise en charge de la « pathologie » spirituelle par des thérapies, voire leur prévention par des interventions appropriées.

Voilà, esquissé en quelques traits, un peu caricaturaux, un portrait de la représentation de la spiritualité en biomédecine et des pratiques que nourrit cette représentation. S'agit-il pour autant d'une réduction? Après tout, n'est-il pas légitime de pouvoir d'abord étudier un phénomène sous un angle précis, en toute connaissance de cause, puis d'appliquer ces connaissances pour améliorer, en l'occurrence, la situation de personnes souffrantes? Le phénomène restant intact, il n'est donc pas du tout certain qu'il y ait réduction. Une réponse adéquate à cette question comporte deux éléments. Il faut d'abord souligner que la réduction est la procédure habituelle de la biomédecine. La réduction de la souffrance à la douleur et la réduction de la personne à ses organes malades ont été identifiées comme les mécanismes permettant l'intervention sur les corps malades. Une

19. C. S. McCLAIN *et al.*, « Effect of Spiritual Well-Being on End-of-Life Despair in Terminally-Ill Cancer Patients », *Lancet*, vol. 361, n° 9369, 2003, p. 1603-1607.

20. Voici quelques exemples : J. B. HAMILTON, J. L. CRANDELL, J. CAMERON CARTER, M. R. LYNN, « Reliability and Validity of the Perspectives of Support From God Scale », *Nursing Research*, vol. 59, n° 2, 2010, p. 102-109 ; M. J. KREITZER, C. R. GROSS, O. WALEEKHACHON-LOET, M. REILLY-SPONG, M. BYRD, « The Brief Serenity Scale. A Psychometric Analysis of a Measure of Spirituality and Well-Being », *Journal of Holistic Nursing*, vol. 27, n° 1, 2009, p. 7-16 ; C. DELANEY, « The Spirituality Scale; Development and Psychometric Testing of a Holistic Instrument to Assess the Human Spiritual Dimension », *Journal of Holistic Nursing*, vol. 23, n° 2, p. 145-167. Pour une critique favorable à ce domaine de recherche, voir D. BERRY, « Methodological Pitfalls in the Study of Religiosity and Spirituality », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 27, n° 5, 2005, p. 628-647.

telle réduction fut la cause des accusations de déshumanisation entraînées par l'exercice de la médecine technoscientifique. Ensuite, à ce premier niveau de réduction s'ajoute celui d'une distinction entre expérience spirituelle saine et expérience spirituelle pathologique, distinction qui s'appuie sur la définition romantique et esthétisante de la spiritualité. En effet, la définition occulte complètement les caractéristiques que des traditions religieuses attribuent à l'expérience spirituelle, notamment celle du combat spirituel. J'y reviendrai plus tard. Enfin, l'instrumentalisation semble aller contre l'« économie²¹ » générale que l'on attribue à la spiritualité, notamment dans sa dimension d'événement de grâce, donc insensible à la logique qui marque la relation moyen-fin²².

Je terminerai cette seconde étape de mon intervention par une analyse des facteurs qui, selon moi, orientent l'institutionnalisation des pratiques liées à cette nouvelle articulation.

Des facteurs explicatifs.

Si la spiritualité est à ce point disponible, malléable et mobilisable par la biomédecine, cela est dû à plusieurs facteurs concomitants. J'en identifie quatre.

Le premier est celui que les sociologues nomment l'avènement d'une société de la thérapie. Cette interprétation sociologique met en avant deux thèses fondamentales. La première est que, dans une société de la thérapie, les institutions qui acquièrent de l'importance sont celles qui concourent à satisfaire le besoin de sécurité chez les personnes qui se savent fragiles, qui savent qu'elles vivent dans un environnement naturel et social précaire. La seconde thèse est que seront prisées les institutions qui peuvent pallier les lésions et les blessures portées à cette fragilité constitutive des personnes.

Dans une société de thérapie, la valeur d'une chose ou d'un geste sera mesurée à l'aune de son efficacité, de sa contribution positive aux processus de réparation et aux processus de guérison. En effet, tout ce qui permettra de restaurer l'intégrité,

21. L'utilisation de ce terme est certainement paradoxale, mais le mot « économie » est ici pris dans son acception littéraire de saisie de l'ordre et de l'organisation d'un ensemble.

22. Cette réflexion sur l'opération de réduction est tributaire de discussions tenues avec mes collègues Jean-Marie Gueullette et Karsten Lehmkuhler.

tout ce qui pansera la blessure, voire tout ce qui pourra prévenir la menace de blessure, sera apprécié de manière positive. C'est dire que dans une société de la thérapie, la mesure de la légitimité des pratiques, des discours, voire des théories est l'apport bénéfique au soin, c'est-à-dire l'effet bénéfique ou, du moins, l'effet correctif sur des états morbides pour lesquels une intervention est possible.

Le second facteur est un phénomène connu des spécialistes du phénomène religieux occidental, soit la « détraditionnalisation » des spiritualités. À la fois différente et complémentaire de la sécularisation qui renvoie expérience et discours religieux dans la sphère privée, la détraditionnalisation est le désancrage des croyances et des pratiques. Ne faisant plus nécessairement système avec les traditions qui les ont produites, les croyances et les pratiques spirituelles acquièrent une forme d'autonomie qui peut aller jusqu'à occulter leur origine même et leur signification religieuse. Un indice de cette détraditionnalisation : il n'est pas anodin de remarquer qu'au Québec, le terme « pastoral » tend à disparaître pour qualifier le service d'aumônerie. Ce service est maintenant présenté au public comme un « service de soins spirituels ». Ce changement de nom n'est pas cosmétique. Il est, à mon avis, indicatif d'une acceptation tacite de l'absorption biomédicale des traditions religieuses et spirituelles. Il est aussi indicatif d'une volonté d'inscription dans un environnement de professionnels, d'une part, et dans un environnement qui se laïcise.

La détraditionnalisation est ce qui permet de concevoir les traditions religieuses et spirituelles comme des objets de marché : disponibles à souhait et sans attaches contraignantes. La marchandisation du croire est donc le troisième facteur.

Enfin, ce qui concerne la redéfinition de la spiritualité, elle se fait en synchronie avec un aspect souvent négligé de la pensée médicale, un aspect que le philologue et historien de la médecine français Jackie Pigeaud nomme « la réflexion médico-esthétique²³ ». Il s'agit de cet aspect de la pensée médicale qui garde un œil sur la beauté et l'harmonie fonctionnelles du corps humain, de la santé, etc. Dans une manière de penser qui remonte aux pères antiques de la médecine occidentale (le courant

23. Jackie PIGEAUD, *L'Art et le Vivant*, Paris, Gallimard, 1995, p. 173.

hippocratique et l'harmonie fonctionnelle des humeurs ; Galien et son admiration de la forme sphérique dans le corps humain), relayée par Vésale, l'harmonie et la beauté fonctionnelles sont celles d'un organisme sans faille, sans « jeu », c'est-à-dire sans écart fonctionnel entre les parties qui le composent. Je fais l'hypothèse que l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine participe de cette pensée médico-esthétique²⁴.

À la fin de cette seconde étape, il est clair que nous sommes devant quelque chose d'inédit dans l'histoire sanitaire et religieuse occidentale, soit une ré-articulation des rapports entre biomédecine et religion/spiritualité dans les institutions de soin. Il est également clair que l'ouverture de la biomédecine aux ressources spirituelles et religieuses est unilatérale et réductrice. Pour ce qui est de la réduction, je pense l'avoir suffisamment illustrée. Quant au trait d'unilatéralité, il m'apparaît juste d'affirmer que, même s'il y a un déplacement de la biomédecine causé par les critiques que j'ai évoquées dans la première partie, c'est encore dans une logique d'appropriation, voire une logique d'absorption que l'intégration des ressources religieuses et spirituelles s'est réalisée. Il s'agit de l'absorption de la spiritualité dans les cadres épistémologiques et cliniques de la biomédecine. Il est intéressant de constater que l'ouverture biomédicale aux multiples facettes de la souffrance ne s'est pas nécessairement traduite par un déplacement épistémologique réciproque. Au contraire, il semble plutôt que le recours aux ressources spirituelles et religieuses soit l'objet d'une normalisation.

C'est la manifestation d'un pouvoir qui est ici en jeu. C'est le pouvoir de définir le normal et le pathologique, le sain et le morbide ; c'est le pouvoir de modifier, voire de formater une réalité pour en faire un adjuvant du soin ; c'est le pouvoir d'instrumentaliser. La biomédecine possède un indéniable pouvoir définitoire qui s'exerce aussi sur les ressources spirituelles et religieuses, selon les nouvelles conditions de leur entrée dans le monde sanitaire et ses institutions. De plus, par ce pouvoir de définition, c'est le pouvoir de régulation qui est en jeu. En effet, par le processus de détraditionalisation des ressources spirituelles, la régulation traditionnelle en l'occurrence, la régulation dans les traditions spirituelles chrétiennes n'opère plus.

24. Cette hypothèse que je laisse de côté fera l'objet d'une publication prochaine.

C'est la régulation biomédicale qui commande la mobilisation des ressources spirituelles et religieuses pour le soin. Il faut bien prendre conscience que l'absorption des ressources traditionnelles et religieuses ne les laisse pas dans un état d'anomie. Au contraire, il s'agit du passage d'une autorégulation traditionnelle à une hétéro-régulation contemporaine.

L'autorégulation traditionnelle s'exerce sous la forme d'une mise à l'épreuve des expériences spirituelles personnelles et ecclésiales faites dans les communautés chrétiennes. Sont-elles, oui ou non, en conformité avec l'idée chrétienne de salut ? C'est là le critère de mise à l'épreuve. Il n'est pas important ici de statuer sur le contenu de l'idée chrétienne de salut. Ce qu'il importe de faire ressortir maintenant, c'est que les traditions spirituelles chrétiennes sont plurielles. Il y a une diversité d'expériences spirituelles, lesquelles fondent autant de traditions légitimes et validées par le temps et la vie ecclésiale. Certes, tout n'est pas possible en christianisme, mais ce dernier est assez riche et ouvert pour permettre une diversité de chemins et de routes vers l'union avec Dieu. Le passage de l'autorégulation religieuse traditionnelle vers l'hétéro-régulation biomédicale me semble achopper, justement, sur ce critère traditionnel de la diversité. Si, comme je l'analyse, l'absorption biomédicale des ressources spirituelles et religieuses est réductrice et unilatérale, elle est également normalisatrice et rétrécit le champ des possibles en ce qui concerne l'expérience spirituelle en temps de maladie.

Cela dit, cette manifestation du pouvoir biomédical ne va pas sans interpeller. Elle ne fait pas que des heureux. Et je ne parle pas que des aumôniers ou des responsables de pastorale hospitalière. Au sein même du monde biomédical, des voix s'élèvent pour refuser non pas l'intégration des ressources spirituelles et religieuses dans le soin, mais plutôt les modalités biomédicales actuelles de cette intégration.

LA SPIRITUALITÉ COMME FACTEUR DE RÉSISTANCE ?

La réduction de l'expérience spirituelle et religieuse en temps de maladie est-elle inéluctable ? Aurait-elle passé un point de non-retour ? Bien malin qui peut prédire, à moyen ou à court

terme, l'évolution que prendra cette intégration. Mais une tâche est possible maintenant : celle de la critique. J'ai déjà amorcé cette critique dans les pages précédentes. Je voudrais l'étayer un peu plus dans ce qui suit.

L'esthétisation biomédicale de la spiritualité accentue un aspect important de toute quête spirituelle : celle d'une recherche d'harmonie avec le bien – le bien suprême – désiré. Mais, par le fait même, cette esthétisation tronque conceptuellement et concrètement l'expérience spirituelle lorsque celle-ci comporte un aspect de lutte, d'écart par rapport à la norme, voire de décalage. On n'a qu'à penser à Thérèse d'Avila, à Jean de la Croix dont l'expérience spirituelle est peu banale, sans pour autant être sans normes. Dans la même veine, le livre de la Genèse (Gn 32, 23-32) relate la lutte de Jacob avec l'ange ; on connaît le succès de ce texte dans les traditions spirituelles chrétiennes. Il appert qu'une caractéristique importante de l'expérience spirituelle est laissée de côté dans la normalisation biomédicale de la spiritualité, soit l'expérience de la lutte, de l'écart ou encore de ce que l'on nommait encore récemment en théologie spirituelle catholique, la *via purgativa*. Ces manifestations non harmonieuses, non esthétiques de la vie spirituelle sont traditionnellement considérées comme non pathologiques et comme parties prenantes d'une quête spirituelle.

C'est pourquoi je voudrais creuser cette idée de l'expérience spirituelle comme écart, comme décalage, comme lutte, et proposer de considérer l'expérience spirituelle en temps de maladie et dans le monde des soins comme une expérience de résistance ²⁵.

Mais voyons d'abord ce qu'il en est de la résistance dans le monde biomédical. La lutte contre la maladie et la souffrance est déjà en soi une forme de résistance au chaos qui s'impose dans toute expérience de maladie grave ²⁶. En ce sens, la biomédecine et l'expérience religieuse et spirituelle en temps de maladie

25. Voir à ce sujet l'excellent ouvrage de Dorothee SOELLE, *The Silent Cry : Mysticism and Resistance*, Philadelphie (PA), Fortress Press, 2001.

26. Guy JOBIN, « Quand narrer, c'est (re)construire. Intrigue et récit en temps de vulnérabilité », dans Anne PASQUIER, Daniel MARGUERAT, André WÉNIN (éd.), *L'Intrigue dans le récit biblique. Quatrième colloque international du RRENAB, Université Laval, Québec, 29 mai-1^{er} juin 2008*, Louvain, Peeters, « Bibliotheca Ephemeridum Theologicarum Lovaniensis », 237, 2010, p. 87-107.

partagent la même caractéristique agonistique : ce sont deux formes de sursaut contre la fatalité. On voit dans cette caractéristique commune ce qui a pu justifier la cohabitation de la médecine et des religions/spiritualités au sein des institutions sanitaires chrétiennes depuis plus de quinze siècles. On y voit aussi le nœud où se croiseront biomédecine et expérience religieuse/spirituelle sur le terrain de la maladie. Mais la capacité de résistance des traditions religieuses et spirituelles dans le monde sanitaire ne s'arrête pas là. Elle peut s'exercer aussi, d'une autre façon, contre les tentatives de réduction biomédicale de l'expérience spirituelle en temps de maladie.

Cette seconde forme de résistance religieuse/spirituelle semble contreproductive puisqu'elle paraît s'opposer à la lutte contre la maladie. En effet, pourquoi remettre en question la biomédecine et son approche réductrice/technique si elle lutte efficacement contre la maladie ? Mais est-ce véritablement le cas ? Le potentiel de résistance s'exerce-t-il contre le projet biomédical en entier ? Pour mieux apprécier la véritable portée de la résistance spirituelle/religieuse en temps de maladie, il m'apparaît opportun de préciser son « lieu » d'application. Pour ce faire, un petit détour par une théorie des finalités de la médecine sera fructueux. Je reprends ici la définition des finalités de la médecine identifiées, voilà une quinzaine d'années, par le Hastings Center, ce réputé centre nord-américain de bioéthique. Pour l'équipe ayant travaillé au projet d'identification des finalités, celles-ci sont au nombre de quatre²⁷ : prévenir la maladie et les blessures, promouvoir le maintien de la santé ; soulager la douleur et les souffrances causées par les maladies ; soigner et guérir ceux qui peuvent l'être, soigner ceux qui ne peuvent être guéris ; éviter la mort prématurée et rechercher une mort paisible.

Tout soignant digne de ce nom adhère à ces finalités, lesquelles précisent bien l'orientation de la lutte biomédicale contre la maladie. Aucun aumônier ne serait en désaccord avec ces finalités. En fait, là où la résistance religieuse et spirituelle se fait sentir, c'est à propos des moyens qu'on utilisera pour mettre les ressources des spiritualités et des religions au service de la réalisation de ces objectifs, pour atteindre ces finalités.

27. « Specifying the Goals of Medicine », *Hastings Center Report*, 1996, 26(6), S1-S27.

S'il y a refus et résistance religieuse et spirituelle face à la réduction, c'est le refus de se laisser inscrire dans des paramètres strictement cliniques, le refus de jouer un rôle prédéterminé, le refus d'une normativité exogène (d'une hétéro-régulation), bref un refus exercé par ce qui n'a pas de lieu, sur ce qui ne se laisse pas enfermer dans un modèle ou dans une recette. En ce sens, la capacité de résistance des traditions religieuses et spirituelles à se faire assigner un rôle clinique est analogue au refus d'un patient de se laisser inscrire dans le chaos et l'anomie de la maladie, de se faire assigner en un lieu clos par un autre.

La résistance religieuse et spirituelle à la maladie peut alors être conçue pragmatiquement²⁸ comme le refus de se laisser assigner à un lieu, à un territoire. Les belles pages de Deleuze et Guattari sur le nomadisme et la migration sont, à ce sujet, très suggestives pour décrire cette forme de résistance religieuse et spirituelle envers la maladie et envers la biomédicalisation de la spiritualité. Je voudrais en souligner quelques traits.

Pour Deleuze et Guattari, la résistance est un non-lieu, un déplacement et, dit autrement, un refus de la territorialisation²⁹. Le nomade et le migrant partagent la caractéristique de traverser les territoires, de quitter les espaces sédentaires, ces espaces constitués, striés diront les auteurs, « par des murs, des clôtures et des chemins entre les clôtures³⁰ ». Chacun a ses raisons propres de partir : « le migrant quitte un milieu devenu amorphe ou ingrat³¹ » pour éventuellement se relocaliser dans un espace strié qui lui convient³² ; le nomade pour occuper un espace lisse, un espace sans murs, sans clôtures. Et si les déplacements de l'un et l'autre sont en apparence similaires, empruntant les pistes et les chemins coutumiers³³, c'est le trajet qui diffère. Le trajet du migrant « va d'un point à un autre, même si cet autre point est incertain, imprévu ou mal localisé³⁴ » ; le trajet du nomade est

28. J'utilise l'adverbe « pragmatiquement » pour bien marquer qu'il ne s'agit pas d'une conception esthétique.

29. G. DELEUZE, F. GUATTARI, *Capitalisme et schizophrénie. Mille plateaux*, Paris, Éd. de minuit, 1980, p. 471-481.

30. *Ibid.*, p. 472.

31. *Ibid.*, p. 472.

32. *Ibid.*, p. 471.

33. *Ibid.*, p. 471.

34. *Ibid.*, p. 471.

distribution des hommes dans un espace ouvert, où les points sont subordonnés au trajet³⁵. De plus, le migrant est un sédentaire qui a la nostalgie d'un espace fermé accueillant, ce qui implique qu'il doit trouver, dans un futur proche et un lieu à venir, un espace comparable à celui qui s'est détérioré et qu'il a dû laisser derrière. Le nomade vit dans le présent de la déterritorialisation, bien plus : « il est vecteur de déterritorialisation³⁶ ». Le nomade est l'homme de l'espace lisse qu'il parcourt en tous sens.

Le nomade et le migrant sont opposés au sédentaire dans la typologie de Deleuze et Guattari. Le sédentaire vit dans l'espace strié ; il en fait partie. En fait, même en se déplaçant, il ne le quitte jamais puisque ses déplacements empruntent des chemins sédentaires dont la fonction est de « *distribuer aux hommes un espace fermé*, en assignant à chacun sa part, et en réglant la communication des parts³⁷ ». Le sédentaire est le territorialisé. Il se meut au sein d'un espace strié, un espace « limité dans ses parties, auxquelles des directions constantes sont attachées, qui sont orientées les unes par rapport aux autres, divisibles par des frontières, et composables ensemble ; [cet espace est limitant] par rapport aux espaces lisses qu'il "contient" dont il freine ou empêche la croissance, et qu'il restreint ou met dehors³⁸ ». L'espace lisse du nomade est un espace dangereux pour le sédentaire.

L'expérience spirituelle des patients est évidemment affectée par l'épreuve morbide qu'ils traversent, laquelle est comparable à un enfermement dans un espace et un temps qui leur sont imposés, qui se présente sous la forme d'une hétéro-régulation. La recherche d'un espace lisse (pour le nomade) ou d'un espace strié plus accueillant (pour le migrant) peut être comparée aux itinéraires spirituels et religieux que les patients peuvent adopter pour sortir de l'enfermement. Ce que nous suggère la comparaison entre la typologie de Deleuze et Guattari et l'expérience spirituelle en temps de maladie, c'est que la non-conformité ou l'écart par rapport à la réduction esthétique et romantique des spiritualités par la biomédecine n'est pas nécessairement signe

35. *Ibid.*, p. 472.

36. *Ibid.*, p. 473.

37. *Ibid.*, p. 472, souligné dans le texte.

38. *Ibid.*, p. 474.

d'une « pathologie ». Elle est à la fois signe d'une diversité des expériences spirituelles possibles et signe que l'« anormalité » de l'expérience peut être refus de la normalisation spirituelle.

Cette représentation diversifiée de l'expérience spirituelle en temps de maladie rend certainement attentif au fait que la réduction biomédicale de l'expérience religieuse et spirituelle est analogue aux processus de sédentarisation que décrivent Deleuze et Guattari. La réduction peut alors être interprétée comme un effet de pouvoir, un effet systémique, donc indépendant de toute volonté individuelle. Il s'agit du marquage de l'expérience par le pouvoir biomédical, et cela même si la direction imprimée à la quête spirituelle est celle d'une recherche d'harmonie. La typologie rappelle aussi que cette expérience sédentarisée n'est pas la seule possible, ni la seule souhaitable. Une expérience spirituelle migrante et une expérience spirituelle nomade sont aussi possibles. Cela veut dire également que cette variété d'expériences spirituelles ne peut être standardisée, normalisée, réduite à une seule dimension esthétique. Enfin, lorsqu'on croise cette typologie avec des biographies à chaque fois uniques, on renforce l'idée d'une inadéquation de la réduction biomédicale de l'expérience religieuse et spirituelle en temps de maladie.

CONCLUSION

L'engouement biomédical pour la spiritualité pourrait-il être un « signe des temps » ? N'est-il pas déjà trop orienté, ce qui n'en ferait qu'une mode, donc sans grand pouvoir d'interpellation pour les croyants et les non-croyants ? Il nous semble que ce phénomène peut être signe des temps dans la mesure où l'on accepte et reconnaît, dans les milieux biomédicaux, un statut d'altérité aux ressources spirituelles et religieuses, c'est-à-dire que la reconnaissance de cette altérité implique également la reconnaissance d'une non-disponibilité à souhait, comme si ces ressources étaient des objets de marché. L'altérité peut bien sûr être interprétée comme le signe d'une origine transcendante de l'expérience spirituelle – ce que font volontiers les croyants –, mais point n'est besoin de se limiter à cette conception de l'altérité. Pour ceux et celles qui œuvrent dans des institutions

laïques de soins ou qui, personnellement, n'ont pas l'« oreille musicale religieuse » (pour paraphraser Max Weber), l'altérité peut être interprétée comme la reconnaissance d'une hétérogénéité – au sens littéral d'une genèse venant d'ailleurs, venant d'un autre lieu – aux cadres épistémologiques biomédicaux. La reconnaissance de cette altérité en tant qu'hétérogénéité ne doit pas présumer d'une complète immiscibilité des ressources spirituelles et religieuses avec les soins, pas plus qu'elle ne doit renforcer une imperméabilité des milieux de soins à la question religieuse et spirituelle. Elle appelle, en fait, à une forme de créativité, et ce toujours en ayant bien en vue l'accompagnement de celles et ceux qui sont en première ligne de la lutte contre la maladie : les patients et leurs proches.

Guy Jobin, Ph.D.

Professeur agrégé de théologie morale et d'éthique
Titulaire de la Chaire Religion, spiritualité et santé
Faculté de théologie et de sciences religieuses
Université Laval, Québec, Canada.