

Chapitre 2

Penser l'objet spirituel dans la modernité et dans l'acte de soins

Pascale Manuello

Comment un sociologue peut-il rendre compte de la spiritualité dans notre société ? L'objet spirituel relève bien d'une socio-anthropologie, à la fois comme donné anthropologique parce qu'il entretient des liens avec le sacré, et comme donné sociologique parce que chaque société propose des manières spécifiques d'être en lien avec le sacré, celles-ci pouvant être saisies de manière différentielle par les individus. En effet, en admettant que la spiritualité puisse être une ressource pour des individus qui traversent des périodes de fragilité ou de vulnérabilité (Saunders, 1964), il n'en demeure pas moins qu'il existe probablement des manières variées et différenciées d'être en rapport avec ce qui fait spiritualité pour ces individus. On peut légitimement tenter de dé-substantialiser la notion même de spiritualité, car il existe plusieurs manières *d'être en spiritualité*, de la pratiquer, d'en parler, de s'en saisir ou pas. Et on pourrait pousser le raisonnement en postulant que certains outils usuels de la sociologie peuvent s'avérer pertinents pour donner des éléments de réponse aux logiques spirituelles différentielles à l'œuvre dans notre société. Par exemple en mobilisant les méthodes d'analyse d'un phénomène par ses déterminants sociaux, on pourrait se demander s'il existe une manière différentielle d'être en relation avec la spiritualité selon que l'on soit homme ou femme, adolescent ou retraité, selon nos origines culturelles, sociales et nos conditions de vie ? Il est tout à fait légitime de se poser la question des enjeux de la socialisation sur la praxis spirituelle. Car après tout qu'est-ce qu'être en relation avec la spiritualité ? Encore faut-il pouvoir la percevoir pour la nommer. Les réponses étant variables d'un individu à l'autre, il conviendra dans un premier temps de questionner l'idée même que la spiritualité puisse faire l'objet d'une définition extrinsèque. Dans un second temps, notre objectif consistera à comprendre le « phénomène spirituel » dans notre société contemporaine sans réduire la praxis spirituelle au registre du dogme ni à celui de croyance. En effet, il n'existe pas une spiritualité comme modèle référentiel unique à la transcendance mais bien une pluralité de manières d'être en rapport avec elle. Si, dans notre société, « la spiritualité ne semble pas en capacité de supplanter les grands systèmes religieux, elle n'en contient pas moins des innovations persistantes, c'est-à-dire des nouvelles façons de se situer par rapport à l'objet transcendant » (Bisson, 2012). Les mutations sociétales contemporaines des rapports de l'individu au sacré sont aussi le résultat d'un processus historique de désinstitutionalisation du sacré. Ces contextes sociétaux façonnent des paradigmes en matière de rapports au sacré, paradigmes que les individus en retour, dynamisent par leurs interprétations et leurs usages.

L'usage qui nous intéresse ici est celui du soin. Et plus particulièrement du soin auprès de personnes atteintes de maladies graves mais non nécessairement en situation de fin de vie. La question de la dimension spirituelle dans le soin est à éclairer en tenant compte de ces contextes sociétaux où le sacré est d'abord intimisé par des expériences et des cheminements singuliers. Cependant, comment des infirmiers (ou les soignants en général, par lesquels on peut entendre à la fois les professions médicales et paramédicales) pourraient-ils intégrer cette dimension dans leur pratique soignante globale et comment peuvent-ils apprécier ce qui fait spiritualité chez une personne malade ? Nous ne discuterons pas ici de savoir si cette dimension relève ou non du rôle infirmier ou du rôle médical, bien que des patients puissent ne pas souhaiter ce type d'accompagnement par des professionnels de santé. Côté soignant, il nous paraît essentiel de ne pas faire de l'objet spirituel « l'affaire des soignants » et de ne pas l'inscrire comme

prescription instituée au rôle soignant. Il convient en effet d'émanciper la notion de spiritualité de celle de besoin car toutes les personnes n'expriment pas le besoin d'un accompagnement spirituel quel qu'il soit. Et du côté professionnel, tous les soignants ne se sentent pas forcément en mesure, en droit, enclins ou à l'aise avec l'objet dit « spirituel ». Enfin, si les soignants peuvent éventuellement être amenés à accueillir cette dimension, il convient de s'entendre a minima sur la posture requise, posture qui en aucun cas ne peut être généralisée ou standardisée.

Les difficultés d'une définition : la spiritualité entre substantialisme et relativisme

Beaucoup d'auteurs se sont penchés sur l'épineux problème de la définition : qu'est-ce que la spiritualité ? Certains, sur la base d'un paradigme anthropologique comme quoi la spiritualité est inhérente à l'être humain, ont défini la spiritualité comme tout à la fois ou en partie « recherche de sens ; recherche d'une transcendance ; recherche de valeurs ; ciment de l'identité des individus ; et enfin, relation à soi, aux autres et/ou à une force supérieure en laquelle la personne croit » (Belloucif, Jobin, Pujol, 2014). Ces définitions postulent la spiritualité comme une réalité permanente à laquelle les individus peuvent avoir recours. Un autre paradigme de tradition plus philosophique place la spiritualité comme outil de recherche de la vérité. A ce titre, on peut relever l'approche de Michel Foucault pour qui « on pourrait appeler spiritualité la recherche, la pratique, l'expérience par lesquelles le sujet opère sur lui-même les transformations nécessaires pour avoir accès à la vérité » (Foucault, 1982). L'idée de spiritualité est aussi associée à celle d'une praxis puisque l'auteur précise « qu'on appellera spiritualité l'ensemble de ces recherches, pratiques et expériences que peuvent être les purifications, les ascèses, les renoncements, les conversions du regard, les modifications d'existence, etc... qui constituent non pas pour la connaissance, mais pour le sujet, le prix à payer pour avoir l'accès à la vérité ». Les « conversions du regard », « renoncements » et « modifications d'existence » sont particulièrement utiles pour comprendre les transformations identitaires que les individus opèrent et subissent tout au long de leur vie, la maladie grave étant très certainement une de ces expériences de déprises, de perte et de transformations identitaires qui jalonnent les parcours. Recherche, transformation, identité seraient des mots clés pour discerner ce qui pourrait faire l'enjeu d'une praxis spirituelle.

Par ailleurs, un consensus sous-jacent estime que la dimension spirituelle chez l'être humain émergerait d'autant plus lorsqu'il rencontre des situations qui arrachent à l'ordinaire ou bien dans des situations de fragilité, de vulnérabilité existentielle, physique et morale qui questionnent les identités et les certitudes établies. Dire que « la fragilité fait émerger la personne » (Woimbée, 2014) est une manière efficace d'évoquer la question de la spiritualité comme cheminement de l'être qui rencontre des épreuves ou des expériences inédites. Cette conception fait par ailleurs une large part à l'altérité et à la singularité des parcours et des interprétations que les individus font des événements vécus. Mais ici encore, s'il peut y avoir une définition extrinsèque de la spiritualité comme ressource ou compétence de l'être, comment expliquer que les individus y recourent de manière pondérée, plus ou moins, selon les moments de l'existence, voire pas du tout ? Et comment juger ce qui relève de la spiritualité et de ce qui n'en relève pas ? Il n'y a pas une mais des spiritualités dans la mesure où c'est la singularité de *ce qui fait sens pour la personne qui s'éprouve* qui oblige à avoir une acceptation plurielle et relative de l'objet spirituel.

Enfin, il est banal de ne pas réduire la spiritualité à une affiliation religieuse instituée. Mais il apparaît plus juste de rappeler que religion et spiritualité ne sont pas pour autant deux réalités extrinsèques. D'une part, un individu peut recourir aux pratiques religieuses tout en considérant que ces pratiques sont au service de sa spiritualité. D'autre part, ce sont les bricolages entre

traditions et innovations qui constituent des figures d'un sacré plus ou moins institué dans nos sociétés contemporaines, comme nous le verrons dans le chapitre suivant.

Le sacré diffus dans les sociétés à individus

Nous vivons dans des sociétés historiquement caractérisées par un religieux sécularisé. En France, la loi de séparation de l'Eglise et de l'Etat en 1905 et la laïcité comme pierre angulaire de la Constitution ont favorisé une dérégulation du religieux par une prise en charge individuelle des références au sacré. Selon Danièle Hervieu-Léger, la privatisation du religieux, le fait de reléguer cette activité au domaine privé, implique la possibilité d'une multiplication des croyances et de références au sacré (Hervieu-Léger, 1999). La sécularisation se comprend d'ailleurs moins comme une « soustraction de la religion » (Taylor, 2011) que comme une redéfinition des formes de rapports à ce qui fait sacré. Il n'y aurait plus un seul système référent mais plusieurs systèmes de références au sacré et à la transcendance possible.

Pour illustrer cette multiplicité de références, Danièle Hervieu Léger développe la notion de sacré diffus qui s'appuie sur le constat que le sacré n'a jamais disparu ni publiquement ni dans le monde familial, concret et vécu des individus. D'une part, le sacré diffus n'exclut pas toute référence à une religion instituée par une demande de revivification des croyances et des pratiques par certains groupes, par exemple les mouvements charismatiques au sein des églises chrétiennes, catholiques et protestantes. Le sacré diffus peut aussi se construire à partir de traditions religieuses venues d'ailleurs comme le chamanisme amérindien, le bouddhisme, le soufisme, ... D'autre part, la sécularisation fait que les spiritualités contemporaines se sont « très largement ouvertes au domaine profane » (Bisson, 2012) comme, par exemple, une spiritualité laïque qui se veut détachée de toute croyance en Dieu.

Enfin, le recours au sacré dans notre modernité peut aussi relever d'une forme de butinage dans le foisonnement de propositions à vocation spirituelle. Ces propositions peuvent avoir - ou pas - une religion instituée comme fondement, et elles se présentent comme autant d'offres dans un marché de transcendances, la mondialisation des échanges favorisant ces formes d'interculturalités. Dans cet espace, émergent deux figures principales de croyants : le pèlerin et le converti (Hervieu-Léger, 1999). Le converti s'affilie à une institution religieuse alors que le pèlerin correspond à la fluidité des parcours individuels où les références se confortent ou bien se délitent au profit d'autres références. Mais le pèlerin est aussi une figure collective : il lui faut partager ses expériences par des temps collectifs, en glanant dans différentes traditions religieuses, en fréquentant des groupes multiples où sont partagés des valeurs, des enseignements, des rites, des pratiques de mise en relation avec le sacré. Dans notre modernité le sacré est moins donné d'avance et davantage construit par les individus « qui cheminent » même si ce cheminement peut avoir besoin d'être validé par l'adhésion d'autres individus aux mêmes aspirations. C'est ce qui conduit à l'idée de spiritualités qui se construisent « en cheminant », les individus étant en mesure de fabriquer un sacré « en train de se faire », parfois en articulant diverses traditions religieuses à des imaginaires culturels (Piette, 1996).

Selon Thomas Luckmann, nous sommes historiquement passés des « grandes transcendances » extra-mondaines aux « transcendances à portée moyenne » de type politique et social, pour déboucher sur le temps des « transcendances orientées vers l'individu » (Luckmann, 1967). Sur le temps long des mentalités, notre société en effet, se distingue des sociétés de type traditionnel et communautaire en se caractérisant davantage comme une « société à individus » (Elias, 1991). Il faut bien évidemment préciser qu'il serait faux de reléguer tout communautarisme à un temps révolu. Parler de « sociétés à individus » ne signifie pas non plus que celles-ci produisent un individualisme forcené. Elles sont à comprendre comme le fait que l'individu est le référent en matière de potentialités et d'aspirations. Ceci sous-entend que dans le registre

spirituel, lui seul peut définir ce qui est sacré à ses yeux. Pour illustrer cette individualisation du sacré, prenons l'exemple de la mort. Le sociologue Marcel Drulhe montre comment, avec l'avènement des sociétés à individus, les pratiques liées au cycle de la mort ordinaire (que sont la fin de vie, la préparation et la présentation du défunt, les funérailles et le deuil) mettent davantage l'accent sur l'interaction, sur l'intersubjectivité, ainsi que sur le respect et la reconnaissance de l'expérience personnelle (Drulhe, 2011). Concernant le cycle de la mort ordinaire, nous avons quitté la période des grandes pratiques rituelles collectives représentatives des sociétés traditionnelles communautaires même si les différentes étapes du cycle de la mort ordinaire demeurent encadrées par des rites de passage, de séparation et d'agrégation. Mais la mise en forme de ces ritualités s'appuie sur une intimité de ce qui fait sacré dans les grands moments de l'expérience humaine. Le sacré est ainsi davantage construit par les individus à partir de leurs trajectoires et de leurs expériences intimes. Dans le contexte des sociétés modernes à individus, le sacré diffus permet de caractériser la spiritualité comme une « aventure intérieure », en lien avec des transcendances ou des aspirations religieuses ou/et laïques qui se sont construites au fil des trajectoires, des rencontres et des expériences intimes.

Soins et spiritualités

Pour illustrer ce processus d'intimité du sacré à partir des aspirations et des trajectoires individuelles, citons un témoignage issu d'un des nombreux ouvrages d'Isabelle Lévy sur les pratiques et cultures religieuses à l'hôpital. Il s'agit du témoignage d'une infirmière accompagnant « depuis un certain temps » une patiente en fin de vie dans un hôpital parisien. Une patiente qui, d'après l'infirmière, n'avait pas d'affiliation religieuse particulière et qui se présentait plutôt de manière agnostique. De ces échanges, l'infirmière avait cru déceler quelques « temps forts » de la vie de la patiente, et en particulier que cette femme avait connu de bons souvenirs en Egypte. Un jour que la fin approchait, l'infirmière est venue à son chevet avec un livre imagé de l'Egypte et lui a montré « les pages magnifiques de paysages égyptiens, en tournant délicatement les pages ». La patiente s'est par la suite « endormie » en emportant avec elle ces paysages et elle ne s'est plus réveillée.

Qu'est-ce que ce témoignage nous apprend ? Il renvoie d'abord à une représentation très normative de ce que pourrait être une bonne mort telle que nos sociétés la construisent et l'interprètent, soit une mort apaisée. Ensuite, ce témoignage illustre comment l'infirmière a opérationnalisé l'intersubjectivité née de leurs échanges, en mobilisant par un acte que l'on pourrait qualifier de rite, les affects et les aspirations d'un parcours singulier. Pourtant nous sommes bien ici dans un rite sans règle religieuse, peu codifié en soi et pas nécessairement reproductible. Rompant avec les définitions usuelles de l'anthropologie religieuse comme quoi le rite correspond à la répétition de conduites codifiées destinées à entrer en contact avec des puissances sacrées, ce rite apparaît juste dans sa dimension singulière car fondé sur le parcours d'une personne et de ses aspirations. L'Egypte se présente ici comme une hiérophanie, une manifestation du sacré. En effet, la hiérophanie a besoin du symbole - l'Egypte faisant office de symbole-, car la réalité immédiate du symbole se transmute immédiatement en autre chose. En renvoyant à un « autre chose » transcendant, le symbole crée l'expérience numineuse comme expérience affective du sacré (Otto, 1949). Cet exemple montre combien le sacré n'est pas excluant du profane : un paysage égyptien peut être vu ordinairement ou bien receler une puissance sacrée en fonction d'expériences vécues, d'un parcours de vie. Une spiritualité contemporaine peut difficilement être dissociable d'un vécu qui, à la fois, arrache à l'ordinaire, construit l'identité et mobilise un affect pacifié.

Si nous avons tenté d'interpréter l'exemple sous l'éclairage d'un processus d'intimité du sacré à partir des aspirations et des trajectoires individuelles, pouvons-nous pour autant

extrapoler en faisant de ce témoignage une illustration ce que pourrait être la prise en compte de la spiritualité dans la pratique soignante ?

La question de la dimension spirituelle dans le soin est en soi un objet problématique car elle sous-entend une universalité de la dimension spirituelle en posant d'emblée l'existence de besoins fondamentaux d'ordre spirituel, susceptibles d'être rencontrés chez les personnes malades. De plus, inscrire l'objet spirituel à un référentiel de la relation de soins comporte le risque d'une injonction à faire de la spiritualité une affaire qui concernerait aussi bien les patients que les soignants. L'empowerment, comme idéologie de l'individu autonome, apte à mobiliser des ressources et à agir sur ses conditions d'existence - et pourquoi pas, de fin d'existence -, n'a pas échappé aux normes référentielles du soin et du bien être (Noury, 2010). En tant que paradigme ou catégorie construite collectivement, la spiritualité peut « véhiculer son lot d'idéologies et de normativités » (Belloucif, Jobin, Pujol, 2014). Ainsi, les « besoins spirituels », le « bien-être spirituel » et la « détresse spirituelle », sont, à degrés divers et selon la valorisation culturelle accordée à cette dimension, entrés dans le langage des soins. De nombreuses publications abordent les soins spirituels dans le domaine des soins infirmiers, en particulier dans la littérature nord-américaine, et des auteurs ont montré comment la profession et les sciences infirmières se sont réapproprié la dimension spirituelle (Cara, Pépin, 2001). Ces publications décrivent les modèles destinés à être concrètement mis en œuvre dans la relation soignante en insistant sur la nécessité de formation des personnels. Ces modèles s'appuient sur différents outils concernant la façon d'évaluer et de mesurer la spiritualité d'un patient à partir d'échelles d'évaluation ou de guides de pratiques valorisant « les habiletés » et les savoirs infirmiers en matière de soins spirituels. En Suisse, le cinquième cahier du Guide des soins palliatifs du médecin vaudois est consacré à la spiritualité. Le guide, écrit par des médecins, affirme que « de nombreux spécialistes soulignent l'importance d'explorer systématiquement les attitudes et besoins spirituels des patients » et qu'il « existe diverses échelles validées qui peuvent être d'une grande aide pour le médecin ». Trois types de grilles d'évaluation de la spiritualité du patient sont ainsi mentionnées dans le chapitre « boîte à outils » : le Guide de l'American College of physicians, le Functional Assessment of Chronic Illness Therapy Scale-Spirituality (FACIT-SP) et le Questionnaire Groupe Label CTR du Centre Hospitalier vaudois. Se présentant sous forme de questions ouvertes ou sous la forme d'un score visant à « évaluer le degré de bien-être spirituel » dans le FACIT-SP, la spiritualité y est présentée comme un objet d'empowerment du patient avec à l'autre extrémité du continuum, l'émergence de la notion de détresse spirituelle. Si le patient a, d'après ce type d'échelle, un mauvais score en matière de bien-être spirituel, quel sera le jugement et éventuellement les pratiques qui en découleront côté soignant ? Sans doute le patient sera-t-il perçu dans une position « inconfortable » nécessitant, conformément à l'éthique soignante, une attention particulière. Mais est-ce au soignant pour autant d'accompagner les vides, les déprises et les « transformations du regard » inhérentes au processus de maladie, sous couvert de détresse spirituelle du patient ?

Après avoir établi que la spiritualité est un besoin fondamental de la personne, préjugé que celle-ci se laisserait saisir par autrui, et qu'elle est diagnosticable, ce type de démarches de soins infirmiers comporte d'abord le risque de faire de la spiritualité un objet évaluable et donc apte à la standardisation. En la traduisant par la notion de « besoin » et en prétendant en faire un enjeu de diagnostic, la spiritualité apparaît dans « une perspective de normalisation des rapports à soi, à la vie, aux autres ou encore à Dieu » (Lavoie, Vonarx, 2011). C'est précisément ces dérives normalisatrices qu'il convient d'éviter, dérives opérationnalisées par les idéologies contemporaines de la standardisation des pratiques soignantes et des pratiques professionnelles en général. Mais bien d'autres questions se posent du côté des professionnels autour de l'idée même que l'on puisse faire de la spiritualité un enjeu de la relation de soins. N'est-ce pas sous-

estimer les rapports dissymétriques qui peuvent exister dans la relation de soin du fait même de la vulnérabilité d'un patient potentiellement diminué par ses traitements, son immobilisation, et par l'épreuve de la maladie en général ? De plus, tout soignant peut considérer que cela ne relève pas de son rôle en fonction de sa propre subjectivité envers l'objet « spiritualité ». Guides et outils comportent le risque de chercher à standardiser une intersubjectivité qui peut naturellement exister dans les échanges entre patients et soignants. Ces échanges intersubjectifs peuvent d'ailleurs échapper à toute mise en normativité du bien et du juste, et ont nullement besoin d'être labellisés à travers le vocable de « dimension spirituelle ».

Replacer la question dans le contexte actuel de production de soins en établissement de santé

Le soin et le religieux ont eu une longue histoire commune en matière d'accueil et d'hospitalité envers les malades. Mais la technicisation de l'approche de la maladie et la sécularisation l'ont réformée en profondeur. Le religieux et le sacré ont été relégués à des spécialistes autres que ceux du soin, et le spirituel plus ou moins intégré à une catégorie relevant de la compétence du psychologue. En faisant de la spiritualité un des enjeux de la relation de soins, ces soignants ne veulent-ils pas au fond rappeler que le soin a une dimension sacrée qui ne peut pas se résumer à des échanges techniques et à un soutien psychologique ? Et pour d'autres soignants, en particulier infirmier-ères, l'enjeu n'est-il pas de faire valoir cette dimension pour tout simplement redonner un supplément d'âme à une profession en mal de reconnaissance ? Il est par ailleurs saisissant que cette dimension spirituelle dans la relation de soin se décrive ou s'argumente le plus souvent comme une relation agissant hors contexte hospitalier concret. Elle fait figure de parenthèse désincarnée en valorisant un binôme patient-soignant, comme si patients et soignants agissaient en dehors de tout collectif. Par ailleurs, cette dimension ne tient absolument pas compte des problématiques contemporaines relatives au vécu des professionnels face à l'évolution des réformes hospitalières et des tensions qui en résultent (Grimaldi, 2013). Spiritualité, interactions et soins ne peuvent être résumées sous le prisme d'un colloque singulier entre le soignant et le patient sous peine de passer à côté de la problématisation des politiques de santé actuelles qui tendent à standardiser et à réduire les espaces possibles de l'intersubjectivité. Face à l'institutionnalisation de nouveaux modes de gestion hospitalière obsédés par la quantification, l'évaluation et la tarification, la prise en compte de la dimension spirituelle dans le soin n'est-il pas aussi une manière de rappeler l'importance du paradigme du don ainsi que la « part gratuite » (Batifoulier, Ventelou, 2008) de l'acte de soin ?

Bibliographie

Batifoulier P., Ventelou B., 2008, L'érosion de la part gratuite en médecine libérale, *in* Chaniel P. (dir.), *La société vue du don. Manuel de sociologie anti-utilitariste appliquée*, La découverte, Paris, p.443-459

Belloucif S., Jobin G., Pujol N., 2014, Quelle place pour la spiritualité dans le soin ?, *Esprit*, Juin, p.75-89

Bisson (2012), La spiritualité au miroir de l'ultra-modernité, *Revue AMNIS*, Revue en ligne, Vol.11

Cara C., Pépin J., 2001, La réappropriation de la dimension spirituelle en sciences infirmières, *Théologiques*, vol.9, p. 33-46

- Châtel T., 2013, *Vivre jusqu'à la mort, accompagner la souffrance spirituelle en fin de vie*, Albin Michel, Paris
- Clark D., 1999, *Total Pain, Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders, 1958-1967*”, *Social Science & Medicine*, vol. 49, p. 727-736
- Drulhe M., 2011, *Fin de vie : le cycle de la mort ordinaire*, in Druhle M., Sicot F. (dir.), *La santé à cœur ouvert, sociologie du bien-être, de la maladie et du soin*, Presses Universitaires du Mirail, Toulouse
- Elias N., 1991, *La société des individus*, Fayard, Paris
- Foucault M., 2001, *Herméneutique du sujet*, Gallimard, Paris
- Grimaldi A., 2013, *Les hôpitaux en quête de rentabilité, à quel prix ?*, *Revue du MAUSS*, vol. n°41, p. 25-33
- Hervieu-Léger D., 1999, *La religion en mouvement : le pèlerin et le converti*, Flammarion, Paris
- Lavoie M., Vonarx N., 2011, *Soins infirmiers et spiritualité, d'une démarche systématique à l'accueil d'une expérience*, *Revue internationale de soins palliatifs*, vol.26, p. 313-319
- Lévy I., 2008, *Soins, cultures et croyances. Guide pratique des rites, cultures et religions à l'usage des personnels de santé et des acteurs sociaux*, Estem, Paris (1^{ère} éd.1999)
- Luckmann T., 1967, *The Invisible Religion. The Transformation of Symbols in Industrial Society*, MacMillan publishing Company, Canterbury, Kent
- Noury M., 2010, *Entre responsabilité et autonomie, l'individu au cœur des stratégies de gouvernement de la santé*, *Sociologie santé*, n°31, p. 317-328
- Otto R., 1949, *Le sacré*, Payot, Paris (1^{ère} éd. 1917)
- Piette A., 1996, *Y-a-t-il du religieux en train de se faire ?* Babès L. (dir.), *Les nouvelles manières de croire*, Les Éditions de l'Atelier/Éditions Ouvrières, Paris
- Taylor C., 2011, *L'âge séculier*, Seuil, Paris (1^{ère} éd. 2007)
- Woinbee Grégory (2014), *allocution d'introduction au colloque Spiritualité et Soins des 27 et 28 novembre 2014, ICT-TBS Toulouse*