

Chapitre 3

Des limites du monde des soins pour penser la question spirituelle

Nicolas Pujol

La médecine moderne, avec son arsenal biotechnologique, a accompli des progrès fulgurants depuis les années 1960. Elle a considérablement augmenté la durée de vie et, même lorsqu'elle ne peut pas guérir, elle sait transformer de nombreuses maladies incurables en maladies chroniques. Cette efficacité thérapeutique a toutefois un prix : l'attention médicale est presque entièrement focalisée sur le corps. Contrôle et évaluation des indicateurs biologiques et physiologiques sont devenus le quotidien d'une personne qui cherche à guérir de sa maladie. Cette tendance à réduire les personnes à leur dimension physique est inhérente au mode opératoire de la biomédecine et, sans se faire attendre, des propositions pour pallier ce réductionnisme médical n'ont pas tardé à émerger. Bioéthique, soins palliatifs, modèle biopsychosocial et éthique du care sont autant d'exemples de cette révolution humaniste qui a accompagné l'essor de la biomédecine. C'est ainsi qu'est apparu dans la littérature médicale un champ de recherche nouveau appelée « Spiritualité et Santé ». Son projet pourrait être formulé ainsi : les personnes atteintes de maladies graves sont affectées non seulement dans leurs dimensions physique, psychique et sociale, mais aussi dans leur dimension spirituelle. Une approche holistique doit donc intégrer la spiritualité dans le soin.

Cet intérêt médical pour la spiritualité des patients ne doit pas être interprété comme un retour du religieux traditionnel dans l'hôpital. La spiritualité dont il est question ici doit être mise en perspective avec le large mouvement de sécularisation caractéristique de nos sociétés occidentales : la croyance en Dieu n'y est pas contestée et constitue un choix comme un autre qui, de surcroît, ne va pas de soi (Taylor 2011). Le concept de « spiritualité » qui circule dans le monde des soins est composé de deux pôles : le premier est existentiel, il renvoie à la capacité de l'homme à rechercher et à élaborer un sens à sa vie ; le second est transcendantal et correspond au fait de se sentir connecté à une dimension qui dépasse le monde matériel et visible (Pujol, Jobin & Beloucif 2014). Chaque être humain vivrait donc sa spiritualité à sa manière, que cela soit à l'intérieur ou en dehors de tout cadre religieux.

Cette « détraditionnalisation » de la vie spirituelle de nos contemporains, couplée à la volonté d'humaniser la pratique médicale, conduit les soignants à revendiquer le droit de pouvoir eux-mêmes délimiter les cadres épistémologiques et cliniques inhérents à la question spirituelle. Cette revendication apparaît d'abord dans le contexte des soins palliatifs et des sciences infirmières et se traduit par les concepts de « souffrance spirituelle », « besoins spirituels » et « bien-être spirituel ». Chaque soignant, à son niveau, serait ainsi appelé à investir le champ du spirituel afin de garantir une approche holistique de la pratique soignante.

Cet article visera à poser un regard critique sur cette volonté d'intégrer la spiritualité au cœur du monde des soins : celui-ci a-t-il vraiment les ressources épistémologiques et cliniques pour investir ce champ nouveau ? Ce regard critique est non seulement original dans un champ de recherche en plein essor mais aussi nécessaire afin d'être pleinement conscient des enjeux éthiques que ne peut manquer de soulever toute intention soignante, aussi humaniste soit-elle.

Une appropriation médicale de la spiritualité

Cette revendication récente du monde des soins à s'approprier l'objet « spiritualité » a été rendue possible parce que nous vivons, comme le dit Olivier Roy, dans un temps de la religion sans culture (Roy 2008) qui permet d'autant plus facilement à la médecine d'exercer son pouvoir normatif sur un domaine qui possède une certaine malléabilité. Il y a là, en effet, un enjeu de pouvoir qui consiste, pour la médecine, à imposer ses propres catégories épistémologiques à la spiritualité (Jobin 2012). Celles-ci sont bien connues : le normal, le pathologique, le sain, le morbide, la qualité de vie, etc. Mais loin d'être elle-même altérée par ce jeu de contact qu'elle établit avec un objet qui lui est *a priori* lointain, la médecine ressort de cette relation visiblement confortée, en raison justement de sa capacité à instrumentaliser l'autre là où, au départ, c'est elle qui devait opérer une remise en question. Dans le même ordre d'idée, on a également reproché au mouvement de la bioéthique d'avoir en partie été récupéré par la logique biomédicale, ce qui n'a pas manqué d'édulcorer sa capacité critique.

En appliquant en effet ses propres normes pour discourir sur la spiritualité, la médecine en oublie la richesse normative des traditions d'où provient, structurellement et historiquement, l'objet de son attention. Le concept de « souffrance spirituelle » est la marque d'une instrumentalisation qui fait peser sur le phénomène en question le poids d'un appareil normatif proprement médical. Guy Jobin montre bien comment, dans la tradition chrétienne notamment, l'expérience spirituelle de lutte, d'écart, de la voie purgative, n'en était pas moins sans normes (Jobin 2011) : « Ces manifestations non harmonieuses, non esthétiques de la vie spirituelle sont traditionnellement considérées comme non pathologiques et comme parties prenantes d'une quête spirituelle ».

Cette appropriation médicale est caractérisée par une « réduction esthétique » de la spiritualité qu'un discours théologique critique ne peut manquer de relever (Jobin 2013) : « Comment comprendre que les discours biomédicaux sur la spiritualité ne peuvent intégrer des expériences spirituelles qui peuvent être perçues comme négatives – souffrance, non-sens, absurdité – qu'en les pathologisant ? »

C'est en ce sens que le discours médical sur la spiritualité est profondément original et unique : il résulte de la combinaison inédite de deux « lieux de savoir » épistémologiquement étrangers l'un à l'autre qui ne peut pas ne pas conduire à une redéfinition des rapports traditionnels entre médecine et religion en Occident dans les institutions de soin.

En quoi cette appropriation médicale du spirituel dans l'hôpital serait un phénomène récent et inédit ? La cohabitation traditionnelle entre religion et médecine dans les institutions de soin existait et existe toujours sous la forme d'un partenariat où chacun possède un champ d'expertise distinct. La religion à l'hôpital jouait et joue encore un rôle institutionnel : elle est la garante du respect des croyances dans un système de soin qui déracine les individus de leur domicile, parfois pour de longues périodes et, souvent, jusqu'à la mort. L'aumônier donne les sacrements : il est le représentant de son Eglise et non de l'hôpital. Dans ce contexte, il serait malvenu que le représentant du culte conseille le médecin sur sa pratique et *vice-versa*.

Avant la Révolution, cependant, le pouvoir ecclésiastique et le pouvoir médical fonctionnaient sur un modèle qui dépassait le cadre de la cohabitation : l'Eglise avait la mainmise sur le fonctionnement hospitalier. Ainsi, les médecins, chirurgiens ou apothicaires devaient inviter les patients à se confesser et s'assurer qu'ils aient rempli correctement leurs devoirs religieux, au

risque d'interdiction temporaire ou définitif d'exercice (Martinent 2013). Lorsque les professionnels du soin devaient, de par leur fonction, s'aventurer sur le terrain du clergé – on pense aux sages-femmes – il leur fallait alors obtenir un certificat et être instruits par les curés, car « la naissance, la maladie et la mort étaient des enjeux de pouvoir entre les mains des puissances religieuses qui s'exprimaient dans le droit de la police de la médecine ». (Martinent 2013)

C'est seulement après la Révolution que la règle deviendra peu à peu la tolérance et la reconnaissance de la liberté des cultes dans l'optique d'une lutte contre le prosélytisme. Les patients pourront alors bénéficier, à leur demande explicite, d'un libre accès à une présence spirituelle dans un régime de séparation strict entre le temporel et le spirituel (Martinent 2013) tel que nous le connaissons aujourd'hui notamment en France.

Or, nous assistons de nos jours, à travers l'intégration de la spiritualité dans le soin, à un renversement de ces rapports coutumiers – séparation stricte ou pouvoir religieux dominant – qui autorise les soignants, au nom d'une détraditionnalisation des spiritualités, à s'occuper d'un domaine qui leur était jusqu'alors défendu. La question qui se pose est donc la suivante : et si le « spirituel » était justement le lieu du « non-soin », c'est-à-dire un espace dans lequel les catégories épistémologiques de la médecine échoueraient à éclairer la complexité du réel ?

Une incohérence dans l'argumentation éthique

Nous l'avons dit, pour justifier du point de vue moral cette attention à la dimension spirituelle des patients, le monde des soins fait appel à une argumentation proprement médicale : l'homme atteint de maladie grave peut faire l'expérience d'une souffrance spirituelle, par ailleurs délétère pour sa santé et son bien-être. Il est donc du ressort de la médecine de pallier à cette souffrance.

Or, du point de vue logique, rien ne présuppose qu'un déterminant de santé ait une valeur normative. Le fait que tel médicament puisse permettre à telle personne de guérir telle maladie avec tant de chances de succès ne suffit pas pour justifier qu'elle l'ingurgite, ce serait oublier qu'elle dispose d'un libre arbitre et qu'elle peut choisir de ne pas la faire. L'homme possède un corps, cela ne signifie pas pour autant que toute altération physique engendrant une souffrance justifie l'action aidante d'un tiers ; certaines personnes estiment pouvoir se débrouiller seules. Il y a donc dans l'argument qui consiste à dire « souffrance spirituelle = soin spirituel » un saut paralogique qui a de quoi surprendre. Ce saut épistémologique est également frappant dans l'argument qui fait appel au concept de « besoin spirituel ». En effet, la notion de besoin n'est pas normative en soi mais simplement descriptive : la proposition « j'ai un besoin » n'implique pas automatiquement un acte de soin, encore faudrait-il que soit exprimée un appel à l'aide ou au moins que la personne consente à être aidée.

Un paralogisme de l'« être » et du « devoir être » caractéristique de l'appropriation de la spiritualité par le monde des soins

La nécessité de poser un acte ou de développer une intervention relève du domaine de la norme, que l'on retrouve en médecine à l'intérieur de deux champs : la déontologie et l'éthique médicale. Le registre à l'œuvre ici est celui du devoir; *doit-on faire ceci ou plutôt cela ?* A l'inverse, montrer que la spiritualité est une dimension qui peut être affectée par la maladie c'est parler sur le registre de l'être. Or, nous savons depuis Hume que ce n'est pas parce que quelque chose *est* que l'on *doit*.

Il y a plus de 250 ans, il écrivait ceci (Hume 1993) :

Dans chacun des systèmes de moralité que j'ai jusqu'ici rencontrés, j'ai toujours remarqué que l'auteur procède pendant un certain temps selon la manière ordinaire de raisonner, établit l'existence d'un Dieu ou fait des observations sur les affaires humaines, quand tout à coup j'ai la surprise de constater qu'au lieu des copules habituelles, *est et n'est pas*, je ne rencontre pas de proposition qui ne soit liée par un *doit* ou un *ne doit pas*. C'est un changement imperceptible, mais il est néanmoins de la plus grande importance. Car, puisque ce *doit* ou ce *ne doit pas* expriment une certaine relation ou affirmation nouvelle, il est nécessaire qu'elle soit soulignée et expliquée, et qu'en même temps soit donnée une raison de ce qui semble tout à fait inconcevable, à savoir, de quelle manière cette relation nouvelle peut être déduite d'autres relations qui en diffèrent du tout au tout.

Ce qu'affirme Hume ici, ce n'est pas qu'il est illégitime de passer d'une proposition descriptive à une proposition normative, c'est qu'il convient de fonder et de rendre perceptible ce passage. En effet, tout syllogisme moral (c'est-à-dire toute proposition normative), par définition, contient une majeure descriptive, une mineure normative et une conclusion normative. Ici (les patients ont des besoins spirituels donc il faut faire de la spiritualité un objet du soin), nous voyons que la mineure normative est absente, impensée, et donc, c'est le problème que nous introduisons, non discutée.

Dans la grande majorité des syllogismes dont la majeure consiste en l'énoncé de faits et la conclusion en une action à faire se trouve une mineure normative implicite. Prenons pour exemple un syllogisme que l'on retrouve fréquemment en médecine (Baertschi 2005) : le scanner a permis d'identifier une tumeur, donc, il faut opérer. Visiblement, en suivant la règle humienne, nous nous trouvons ici en présence d'un paralogisme de l'être et du devoir-être. Or, la mineure normative, certes cachée, n'en est pas moins présente : le scanner a permis d'identifier une tumeur (tumeur qui met la vie du patient en danger), or, la vie est un bien que nous avons le devoir de conserver, donc il faut opérer. La mineure ici est de nature normative, elle se base sur un impératif moral (la conservation de la vie) qui a l'avantage, d'une part, d'éviter le paralogisme naturaliste et, d'autre part, de pouvoir être discutée.

Le recours à Hume a une valeur heuristique cruciale pour notre démonstration, car comment analyser l'argumentation normative de l'intégration de la spiritualité dans le soin sans avoir accès au « socle moral » sur lequel elle repose ? Hume nous permet, par une démarche rationnelle, de faire apparaître cette mineure normative implicite et donc de la discuter : l'homme aux prises avec une maladie grave éprouve des besoins spirituels, or, *un besoin non satisfait est source de souffrance et la souffrance est un mal qui doit être éliminé*, donc il faut faire de la spiritualité un objet du soin.

Le fait que la prémisse normative de l'argument, qui légitime l'intégration de la spiritualité dans le soin, ne soit jamais discutée dans la littérature médicale crée ce que l'on pourrait appeler un vide réflexif. Il s'agit d'un espace où la pensée n'a pas réellement cheminé, un espace vierge de tout travail d'analyse et d'esprit critique.

Un besoin non satisfait est source de souffrance et la souffrance est un mal qui doit être éliminé. Pourquoi la souffrance est-elle un mal qui doit être éliminé ? On pourrait répondre que c'est parce que la souffrance porte atteinte à la dignité de l'homme et que tout ce qui contribue à la dignité de l'homme est bon. Or, ce n'est pas la souffrance qui porte atteinte à la dignité de l'homme, nous souffrons tous tout au long de notre vie sans perdre pour autant notre dignité. Par contre, si une souffrance ressentie par un sujet le pousse à demander de l'aide, le refus de celle-ci pourrait être considéré comme une atteinte à sa dignité. Cette mineure normative est incomplète car elle ne fait pas appel à la subjectivité du sujet souffrant. Pour fonder du point de vue moral l'intégration de la spiritualité dans le soin, il resterait à montrer en quoi l'absence de soin spirituel porterait atteinte à la dignité de l'homme, et c'est là qu'un premier impensé apparaît.

Le paralogisme se trouve ici : entre une spiritualité perçue comme une dimension de l'homme altérable par la maladie et une spiritualité perçue comme un objet du soin, il y a, entre les deux, un sujet malade qui désire ou pas être aidé. Si nous reprenons l'exemple précédant de la tumeur à opérer, il n'y a pas de paralogisme parce qu'on présuppose que le patient, en accord avec son médecin, considère que l'opération chirurgicale est la meilleure intervention possible par rapport au mal qui le touche. Or, en matière de spiritualité, nous ne savons pas si le monde des soins représente pour les patients une ressource adéquate ; on le présuppose.

Il y a là un absent de taille dans l'argumentation éthique de l'intégration de la spiritualité dans le soin : il s'agit de la subjectivité du sujet malade. Or, paradoxalement, c'est sur cette subjectivité que repose, du point de vue moral, tout acte de soin...

Quel fondement normatif pour poser un acte de soin ?

Afin de clarifier l'importance de la subjectivité des patients pour fonder un acte de soin et pour nous permettre d'aller plus loin, nous allons quitter pour un moment le champ de recherche « spiritualité et santé » et faire un détour par la thèse de doctorat d'un médecin et philosophe français du XX^e siècle : Georges Canguilhem.

Canguilhem : le normal et le pathologique

Canguilhem affirme, dans sa thèse de médecine publiée en 1943, que le pathologique, contrairement aux idées en vigueur, ne serait pas une variation quantitative de l'état normal mais qu'il s'agirait au contraire d'une réalité *qualitativement* différente. Il prend l'exemple, tiré de l'observation clinique réalisée par Kurt Goldstein (neurologue et psychiatre allemand), des blessés du cerveau durant la Première guerre mondiale pour montrer comment le pathologique n'est pas absence de normes mais, au contraire, instauration d'une norme nouvelle. Il fait pour cela appel aux catégories de « comportement privilégié » et de « réaction catastrophique » (Canguilhem 1966) : un comportement est dit privilégié dans le sens où c'est celui qui a été choisi par un sujet parmi une multitude d'autres attitudes possibles afin de lui permettre d'éviter toute réaction catastrophique, à savoir toute expérience de vulnérabilité ou de fragilité qu'il ne pourrait endurer.

Ces comportements privilégiés constituent une norme de vie, au sens où ils permettent à l'individu de rester en harmonie avec son environnement. Canguilhem remarque que, dans le cas des blessés de guerre, l'instauration de nouveaux comportements privilégiés se traduit par une réduction de leur milieu de vie, c'est-à-dire une modification de leur environnement, et témoigne de leur incapacité à faire face aux exigences du milieu normal, c'est-à-dire celui qui était le leur avant leur expérience traumatique.

L'état pathologique est ainsi un état qui ne peut accepter qu'une seule norme de vie, qui est incapable d'instaurer de nouvelles normes en réaction aux changements de son environnement (Canguilhem 1966) : « Le malade n'est pas anormal par absence de norme, mais par incapacité d'être normatif. »

Ainsi, allant à l'encontre d'Auguste Comte et de Claude Bernard, Canguilhem affirme que le pathologique n'est pas mesurable comme pourrait l'être une réalité isolée qu'on pourrait circonscrire ; un état n'est pathologique qu'en rapport avec son environnement. « Il n'y a pas de trouble pathologique en soi, l'anormal ne peut être apprécié que dans une relation. » (Canguilhem 1966). De fait, l'état pathologique n'est pas anormalité ou désordre, il est « substitution à un ordre attendu ou aimé d'un autre ordre dont on n'a que faire ou dont on a à souffrir ». (Canguilhem 1966). *Être en bonne santé* c'est donc à la fois *être normal* dans une situation donnée mais aussi *être normatif* dans cette situation comme dans d'autres possibles. La santé, c'est la capacité d'être normal dans toutes les situations de vie auxquelles notre environnement est susceptible de nous confronter ou, pour citer Canguilhem (Canguilhem 1966) : « C'est la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané, la possibilité de tolérer des infractions à la norme habituelle et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles. » (Canguilhem 1966) Du point de vue du sujet donc, la santé est une confiance qu'il accorde en la vie et en sa capacité d'être lui-même « créateur de valeur, instaurateur de normes nouvelles. »

Cette manière de définir la santé autorise Canguilhem à affirmer qu'il est « médicalement incorrect de parler d'organes malades, de tissus malades, de cellules malades » (Canguilhem 1966) et à définir la maladie comme « un comportement de valeur négative pour un vivant individuel, concret, en relation d'activité polarisée avec son milieu. » L'acte clinique ou thérapeutique est ainsi la réponse à une vulnérabilité ressentie par un sujet qui demande à être guéri, c'est-à-dire à parvenir à la « satisfaction subjective qu'une norme est instaurée ». (Canguilhem 1966).

Ainsi l'acte de soin est réponse à une subjectivité : « C'est donc d'abord parce que les hommes se sentent malades qu'il y a une médecine. Ce n'est que secondairement que les hommes, parce qu'il y a une médecine, savent en quoi ils sont malades. » (Canguilhem 1966).

La maladie implique donc une expérience, elle n'est pas définissable uniquement par l'entremise de la science car elle n'est pas une réalité physique mesurable et quantifiable ; elle est au contraire une réalité subjective, dynamique, changeante, qui s'apprécie à la lumière du vécu d'un sujet, en fonction de qui il est, de son histoire, de sa culture.

La médecine a tendance à oublier, comme l'écrit Canguilhem, que c'est avant tout « les malades qui appellent le médecin », car si la médecine entend se passer du vécu du sujet pour définir la maladie – ce qui est parfois le cas de nos jours, il n'y a qu'à penser aux diagnostics de cancer dans le cadre d'un contrôle de routine – il est difficile de concevoir comment elle compte alors exercer sa mission de soin. En effet, la relation thérapeutique, basée sur la rencontre et la relation entre deux personnes, l'une soignante, l'autre soignée, implique que chacun des deux acteurs accepte de jouer le rôle que la situation l'invite à jouer. Or, pour qu'un sujet accepte de se laisser soigner, il faut d'une part qu'il se reconnaisse comme étant malade et d'autre part qu'il reconnaisse que son interlocuteur est le mieux à même de le guérir.

Dans le cas qui nous occupe, la tentation serait de poser la nécessité d'une intervention soignante uniquement à travers un niveau de souffrance donné. D'une manière caricaturale, il suffirait de faire passer des échelles de bien-être spirituel afin de déterminer si une intervention est nécessaire.

Cet oubli de la subjectivité du sujet malade pour légitimer l'intégration de la spiritualité dans le soin est caractéristique d'une pensée biomédicale. Ce point peut apparaître paradoxal au regard de la visée humaniste qui caractérise le mouvement en faveur d'un soin spirituel. L'appropriation biomédicale du spirituel que l'on cherche à analyser ici se fait sentir jusque dans cet oubli, que dénonçait déjà Canguilhem il y a 60 ans, de la subjectivité du sujet souffrant pour fonder tout acte de soin.

Pour comprendre pourquoi la subjectivité du sujet est ainsi évacuée, il nous faut faire un autre détour par le concept de « douleur totale » de Cicely Saunders, la pionnière des soins palliatifs.

Cicely Saunders : *quid* de la subjectivité des sujets ?

Il y a derrière le concept même de « douleur totale » une ambiguïté éclairante pour notre propos. Ce concept émerge au moment où Cicely Saunders fait l'expérience, en accompagnant des personnes en fin de vie, que leur douleur dépasse le cadre du biologique. C'est en écoutant attentivement les patients qu'elle a eu l'intuition de cette souffrance multi-facettes. Cette attitude d'ouverture à l'autre lui a permis d'entendre cette affirmation, véritable pierre angulaire de son modèle théorique (Clark 1999) : « All of me is wrong. »

Cette douleur totale est pour Cicely Saunders un moyen de penser l'expérience de la maladie dans sa complexité. Mais on perçoit alors l'ambiguïté de ce concept au moment même où on appréhende son originalité. D'un côté il permet de dépasser une approche réductionniste de la personne humaine et, en cela il humanise les soins. Comme le remarque à juste titre Dominique Jacquemin (Jacquemin 2004), les soins palliatifs sont porteurs d'une certaine anthropologie qui revendique l'existence d'une vie qui mérite d'être vécue, au-delà la douleur physique : « il s'agit de le libérer de la douleur si cette dernière étape empêche manifestement qu'il puisse vivre la dernière étape de sa vie où quelque chose d'important peut encore être vécu. »

D'un autre côté, le concept de « douleur totale » prend le risque de démultiplier la tendance réductionniste de la médecine qui consiste à objectiver pour mieux contrôler. Si, en fin de vie, la guérison n'est plus possible mais qu'il reste quand même quelque chose à faire à d'autres niveaux, il y a un risque de « pathologisation » des dimensions psychologique, sociale et spirituelle. Dit autrement, le mode opératoire de la médecine, basé sur un découpage du réel à partir des catégories de « normal » et de « pathologique », peut, à travers la notion de « douleur totale », dépasser son domaine de prédilection – le corps – pour explorer d'autres dimensions.

Ainsi, dans un retournement incontrôlé, la tentative de résistance au pouvoir objectivant de la médecine peut se transformer et devenir elle-même source d'objectivation. Le paralogisme qui consiste à promouvoir l'intégration de la spiritualité dans le soin en vertu d'une souffrance spirituelle nous semble être le signe d'un tel retournement. Le concept de « besoins spirituels », derrière sa visée humaniste, constitue un terreau inespéré pour l'arsenal thérapeutique de « faire quelque chose » là où il n'y avait « plus rien à faire ».

Conclusion

La visée humaniste du champ « spiritualité et santé » est indéniable. Mais derrière cette volonté de développer une approche globale de la pratique soignante se cache des normativités médicales susceptibles de l'entraver. Pour bien comprendre le phénomène à l'œuvre, on pourrait faire l'hypothèse que l'intuition première portée par le champ « spiritualité et santé » a subi une distorsion au moment même où le monde des soins a cherché à l'institutionnaliser. Cette intuition pourrait être formulée ainsi : le mode opératoire de la médecine moderne, qui est en mesure de prodiguer des soins physiques de grande qualité et de contrôler la douleur physique – mais qui est aussi exclusivement centré sur le corps et la maladie – crée un besoin chez les patients, celui d'être reconnu comme des êtres à part entière, non limités à leur statut de malade. L'ouverture du monde des soins à leur spiritualité, perçue comme ce qui fonde leur humanité, permettrait de répondre à ce besoin et de limiter la tendance réductionniste inhérente à la biomédecine. On comprend dès lors que l'appropriation médicale de la spiritualité qui se fait à travers les concepts de « souffrance spirituelle », « besoins spirituels » et « soin spirituel » ne permet pas de répondre à ce besoin de reconnaissance puisqu'elle maintient les patients dans leur posture de « sujet de soin ». Il y a donc là une tension fondamentale : comment la médecine peut-elle s'ouvrir à la question spirituelle sans succomber à la tentation du soin et, à l'inverse, sans aller à l'encontre de sa mission ? La réponse est sûrement à chercher au cœur même de ce qui fonde le « prendre soin », où les valeurs d'hospitalité, d'accueil et de reconnaissance ne sont jamais très loin.

Bibliographie

Baertschi B, 2005, Enquête philosophique sur la dignité : Anthropologie et éthique des biotechnologies, Labor et Fidès, Genève.

Canguilhem G, 1966, Le normal et le pathologique, PUF, Paris.

Clark D, 1999, « Total Pain, Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders, 1958-1967 », *Social Science & Medicine*, Vol. 49, No 6, p. 727-736.

Hume D, 1993, *Traité de la nature humaine*, GF-Flammarion, Paris.

Jacquemin D, 2004, *Ethique des soins palliatifs*, Dunod, Paris.

Jobin G, 2011, « La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir biomédical de soigner ? », *Le pouvoir de guérir. Enjeux anthropologiques, théologiques et éthiques*, *Revue d'éthique et de théologie morale*, Vol. 266, p. 131-149.

Jobin G, 2012, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, Lumen Vitae, Bruxelles.

Jobin G, 2013, « Êtes-vous en belle santé ? Sur l'esthétisation de la spiritualité en biomédecine », *Spiritualités et biomédecine : enjeux d'une intégration*, Presses de l'université Laval, Québec, p. 41-61.

Martinent E, 2013, « La foi qui guérit. Prières en faveur d'une présence spirituelle en fraternité dans les hôpitaux et les établissements de santé », *Mélanges en l'honneur de Marie-France Callu*, LexixNexis, Paris, p. 287-332.

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

Roy O, 2008, *La sainte ignorance : le temps de la religion sans culture*, Seuil, Paris.

Taylor C, 2011, *L'âge séculier*, Seuil, Paris.