

**Rapport intermédiaire**  
**Think Tank**  
**Santé publique et spiritualité**  
**Août 2021**

Le présent rapport a pour objectif de faire le point sur la démarche du Think Tank menée depuis janvier 2021, tirer les enseignements des trois séminaires menés en février, mars et avril 2021 et d'ouvrir la discussion sur les orientations et les perspectives. Il se compose de trois parties : une première partie introductive qui reprend l'argument initial du Think Tank, une seconde partie faisant le point sur la série de trois séminaires réalisés au premier semestre 2021 et, enfin, une troisième partie reprenant les enjeux et perspectives en vue de formuler les premières conclusions et les orientations de la deuxième partie de cette démarche.

**Introduction**

L'ambition du Think Tank est de s'interroger sur l'évolution de nos systèmes de santé, les questions soulevées par cette évolution et d'identifier dans quelle mesure et comment la spiritualité devient un enjeu dans le cadre de cette évolution et des réformes possibles de ceux-ci

**1. L'évolution des systèmes de soins et la gestion de la santé publique d'aujourd'hui ne sont pas évidentes à porter**

En effet, sous l'effet d'un développement sans précédent des connaissances et des technologies depuis la seconde guerre mondiale (avec rebond ces dernières années sous l'effet de ce qu'on a pris l'habitude d'appeler la convergence technologique (NBIC)), les systèmes de soins occidentaux se sont industrialisés. Ils sont devenus des producteurs de prestations de santé à grande échelle. Dans la perspective d'un accès pour tous aux prestations de soins les plus efficaces, l'État social a solvabilisé ces prestations, ce qui fait que les coûts attribués à la santé dans les pays occidentaux n'ont cessés d'augmenter pour dépasser dans plusieurs pays occidentaux les 10% du PIB.

Tout en considérant ce secteur comme un secteur structurant de l'économie, les systèmes de soins sont aussi un secteur très coûteux de la protection sociale. À ce titre, depuis les années 80, ils sont l'objet de mesures de rationalisation pour répondre aux contraintes budgétaires. Ces mesures se sont traduites pour les organisations de soins par une série de pressions en vue d'une plus grande productivité suscitant des tensions qui ont des répercussions importantes sur les soignant-es et les patient-es. Les questions de *burn out* et de souffrances au travail sont à la une des préoccupations des autorités publiques dans de nombreux pays.

Nous sommes donc face à des systèmes qui produisent des prestations qui transforment les prestataires de soins en exécutants dont le potentiel de créativité et de penser leur activité est très limité et peu en prise avec la cohérence des vies des bénéficiaires.

À côté de ces problèmes de productivité et de perte de sens et d'adéquation des soins, la question de l'accès effectif aux soins reste posée. Malgré une extension de la couverture des

soins dans de nombreux pays occidentaux ces dernières années, les difficultés d'accès aux soins restent très importantes. De plus, la double transition, démographique et épidémiologique, que nous vivons actuellement modifie très sérieusement les besoins et les aspirations des individus concernés et de leurs entourages. En particulier, les personnes les plus fragiles tendent à considérer que les soins qu'ils reçoivent ne sont pas en adéquation avec leur situation et leurs aspirations de vie. De plus, la numérisation, l'automatisation et la robotisation actuelles dans le champ santé rend celui-ci plus complexe et moins transparent pour beaucoup d'utilisateurs.

Ainsi, comme on peut le constater, nos systèmes de soins et, plus globalement, nos systèmes de santé ne rejoignent plus les aspirations et la conception de la santé que portent nombre de parties prenantes de ces systèmes.

## 2. Une conception ébranlée de la santé

Dans ce contexte, la notion même de santé ne fait plus figure d'évidence. Cette notion a effectivement beaucoup évolué au cours du siècle précédent. Au XX<sup>ème</sup> siècle, la santé est envisagée comme fonctionnement normal par différence avec la maladie, entendue comme dysfonctionnement physiologique, un dérèglement par rapport aux lois de la nature. Cette approche par la maladie qui date de l'ère pastorienne et de la découverte des microbes fait de la maladie le point nodal d'une approche de la santé comme absence de maladie. Les progrès de la médecine durant la première partie du xx<sup>ème</sup> siècle amènent l'OMS dans l'immédiat après-guerre à définir la santé de manière positive comme « un état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie et d'infirmité ». Cette définition de la santé a largement ouvert la porte à un envahissement par la biomédecine de toutes les sphères de l'existence mais aussi à sa critique tant par le biais de l'élargissement des sphères concernées (bio, psycho, social) que par l'aune à laquelle se mesure la santé, à savoir le bien-être. L'extension de cette définition est à la source de l'ébranlement actuel du champ de la santé qui est à la fois assimilée à ce que fait et promet la médecine aujourd'hui et à ce qu'elle n'arrive pas à faire, malgré ces promesses. Dans le même cadre, cette définition large et subjective de l'OMS ouvre à une interrogation assez radicale sur les conditions de la santé et de l'exercice du soin (Stiegler, Worms,...), à savoir une attention à ce qui importe aux individus pour leur bien-être et leur épanouissement dans la société d'aujourd'hui. Une conception holistique ou globale de la santé peut en effet être envisagée comme un cheminement vers une augmentation de l'état de conscience, de lucidité, d'harmonie avec soi, avec les autres dans un cadre sociétal pertinent et un environnement permettant d'assurer ce cheminement individuel et collectif.

Malgré les interrogations suscitées par cet élargissement de la définition de la santé, cela fait plus d'un siècle que la biomédecine s'est imposée comme modèle unique de compréhension, voire même de pensée. On ne s'est plus préoccupé du lien social et de l'environnement mais uniquement de la maladie (même plus de l'individu). Avec ses promesses de guérison et de salut très puissantes, la médecine a même envahi la sphère de la prévention et donc la vie tout entière des individus. Ainsi pour penser hors des cadres, il faut justement pouvoir légitimer d'autres formes de savoir, d'autres regards, d'autres formes d'attention, de

relations... avec l'environnement, les autres, soi-même... qui permette de retrouver le collectif et le patient dans sa globalité et sa singularité. Pour cela, il faut pouvoir penser à travers mais aussi hors du pouvoir bio- médical. Penser d'autres modèles d'intervention et d'évaluation permettant de voir les limites du modèle dominant nécessite de se mettre à l'écoute de dimensions négligées dans le système de santé.

### **3. Enjeux et perspectives d'une conception élargie de la santé**

Le domaine de la santé est un secteur fondamental dans le développement des sociétés contemporaines. C'est d'ailleurs à partir de celui-ci qu'a émergé un champ comme celui de la bioéthique qui est venu interroger tout à la fois les bases épistémologiques, anthropologiques et culturelles, sociales et politiques d'un pan majeur de nos sociétés. L'évolution actuelle des systèmes de santé semble appeler un renforcement de cet effort et permettre d'interroger à nouveaux frais toute une série de dimensions de notre devenir :

- Comment considérer cette notion de bien-être dans nos sociétés capitalistes avancées ? Quelle place pour l'individu et son épanouissement ? Quelle place donner aux patient-es, à leurs familles et leur entourage dans le système de soins ? Dans quelle mesure le système de soins doit se modifier pour répondre aux besoins et aspirations des individus contemporains ?
- Dans quelle mesure ces questions manifestent-elles un besoin d'innovation, de formation, d'organisations nouvelles ?
- Quelle place pour le développement local et communautaire, en particulier face aux effets de la transition démographique et épidémiologique ?
- Comment concevoir l'économie et le développement des systèmes de soins aujourd'hui ? Quelle gouvernance sociale des articulations entre le marché, la protection sociale et les besoins et aspirations des individus et communautés faut-il mettre en place ?
- Comment envisager la place et le rôle d'une recherche, d'un discours et d'une politique de santé publique dans ce contexte ?

La démarche du Think Tank vise à ouvrir un questionnement large quant aux conceptions philosophiques, anthropologiques, culturelles, sociales, existentielles, religieuses qui peuvent permettre d'aborder ces questions. D'une manière générale, elle vise à mieux saisir ce qui pose problème dans l'évolution de ces systèmes mais aussi ce qui est gestation au sein de ceux-ci et en quoi la spiritualité est susceptible de rencontrer la perspective d'une libération et d'un épanouissement là où les maîtres mots semblent être avant tout rationalisation et normalisation.

## Synthèse des séances

Cette partie reprendra les séminaires tenus au premier semestre 2021 en présentant une synthèse des apports et les principaux axes de discussion.

### 1. Quelle conception de la santé (Séance 12/02/21)

Pour cette première séance, l'objectif fixé était de procéder à un double décloisonnement, de la santé publique d'une part, via son extension à la santé globale (Antoine Flahaut) et de la conception de la spiritualité, d'autre part, diffractée sur la religion et la philosophie (Natalie Depraz). De ce point de vue, la première séance devait offrir, moins un point d'appui, qu'un point d'ouverture et d'esquisse des développements futurs.

#### 1. Antoine Flahaut, santé publique, santé globale et éthique universelle

Antoine Flahaut, fondateur de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, resitue la santé publique dans un double enracinement qui continue d'opérer, l'idéal marxiste et l'idéal judéo-chrétien.

Du **marxisme**, la santé publique conserve la quête d'équité, la recherche d'une accessibilité pour tous des soins de la meilleure qualité possible, et l'attention à la prévention. Mais elle en reprend aussi les défauts, par le biais d'une compréhension très normative de la santé, autoritaire dans son organisation, et foncièrement peu ouverte aux voix dissidentes. Concrètement, cette posture se traduit, dans le cadre pandémique, par un positionnement autoritaire et intrusif dans la vie et les libertés pour le bien public. Celle-ci s'appuie sur une vision « scientifique » de la santé publique, qui relève pourtant pour l'essentiel, des sciences humaines et de leur faillibilité.

Du paradigme **judéo-chrétien**, la santé publique conserve sa vocation altruiste, le souci de l'autre, le partage, le respect de la personne humaine et une approche foncièrement éthique de la santé. A revers, elle reprend à la pensée judéo-chrétienne le rôle rédempteur de la souffrance qu'elle mobilise notamment dans le cadre préventif (« il faut souffrir pour être en bonne santé ou pour la retrouver »).

La seconde réflexion développée par Antoine Flahaut interroge l'éthique universelle, créée et soutenue par l'Occident, sous un angle concret, révélé par la crise de la Covid : le suivi des traces numériques afin de freiner la propagation du virus. Dans les sociétés européennes, la présence du Règlement Général de Protection des Données interdit globalement l'intrusion digitale dans la vie privée des individus pour rechercher les contacts, ou l'utilisation des caméras de surveillance pour vérifier le port du masque et les déplacements. Dans les pays asiatiques, en revanche, ces méthodes sont non seulement courantes mais largement acceptées dans la mesure où elles permettent une gestion plus fine de la mise en quarantaine (et de sa surveillance), et paraît moins liberticide que l'assignation à résidence de populations entières.

La discussion a permis plusieurs développements notamment

- a) Sur une conception de la santé publique qui pourrait se profiler comme libératrice (Jonathan Mann) par rapport à des conceptions marxistes ou judéo-chrétiennes dont la reprise conduit à des approches austères ou rationalisantes. C'est dans cette perspective ouverte qu'Antoine Flahaut inscrit la démarche de la santé globale, en tant qu'intégration d'une pluralité de perspectives et d'acteurs, dont les acteurs privés et industriels qui font l'objet d'une véritable exclusion au sein des instances internationales.
- b) Sur le concept d'éthique universelle en tant qu'attitude contextualisée, inscription dans la vie, et sa distinction avec la morale en tant que source des principes généraux, régulateurs, capables de guider l'action. Il s'agit là de rappeler la dimension universelle, méta-culturelle, qui relève de la conscience universelle et permet aussi bien de refuser les mutilations génitales qu'encadrer les essais cliniques par une déclaration (d'Helsinki) qui renvoie aux droits fondamentaux de l'Homme.
- c) Sur le contraste entre la position européenne et asiatique en matière de données qui révèle l'importante tension entre la liberté et la solidarité sans interroger une autre dimension des Big Data et de la surveillance panoptique : l'intériorisation des normes (de la normalité) et l'emprise sur la liberté intérieure qui conduit à faire l'idée qu'on pourrait laisser mourir des vieux au nom d'une certaine conception de la santé. Ces jeux normatifs invitent à faire vivre la démocratie, de recourir à plus d'intelligence et moins d'injonctions.
- d) Sur la conception de la gestion publique de la santé comme gestion du public au nom de la santé conçue comme bien public (et droit humain) qui mène à une forme d'administration des vies (Agamben) contraire à une démocratie participative. Si l'urgence plaidée correspondait à une réalité en début de crise, le maintien de l'épidémie en plateau aurait pu/ du permettre le débat parlementaire et démocratique, porteurs d'autres solutions mais aussi d'autres considérations sur la vie sociale, culturelle, psychologique.
- e) Sur le rôle de la pensée libérale voire libertarienne dans la conception de la santé (nudging) conjuguée à refus de la vulnérabilité, de la finitude au long de la vie. Comment articuler des visions sanitaires puis indirectement sanitaires (effets iatrogènes des mesures sur la santé mentale, économique) ? La santé publique n'est-ce pas la santé dont la personne est exclue (fondée sur l'épidémiologie, la moyenne, l'écart-type).
- f) Sur l'omniprésence de la dimension médicale qui a pénétré la santé publique avec sa dimension normative en l'appauvrissant (EBM, statistiques) et en la vidant de sa dimension humaine et sociale. La santé publique peut-elle repositionner ces aspects en lien avec le débat démocratique, dans la mesure où leur exclusion a été de pair avec une forme de désappropriation du discours et l'exclusion des citoyens du débat ? Comment sortir de la tension entre dimension biomédicale et santé publique sociale et démocratique ? Une option consiste à sortir de la biomédicalisation de l'expertise pour associer d'autres acteurs (associations, politiques, acteurs du privé) et d'autres disciplines sans lesquels l'expertise est extrêmement pauvre.

## **2. Natalie Depraz, une double triade pour décroiser la pensée**

Phénoménologue, avec un ancrage dans l'orthodoxie, la méditation et le bouddhisme. Partant du constat d'une contradiction entre la mise en place de comité d'éthique dans les années 70, destinés à accompagner la réflexion des médecins sur le long terme, endosser les dilemmes éthiques et une crise sanitaire qui réenclenche les réflexes de court-terme et les dispositifs normatifs à revers de l'implication humaine dans la médecine, comme si l'on avait oublié les éthiques locales, situées, auprès des patients. La crise a montré une tension impressionnante entre le déni de la mort, l'occultation du soin spirituel et une gestion de la peur qui a amplifié le déni de la mort plutôt qu'en ouvrir l'espace de sens (cf M. de Hennezel). Pour sortir de cette opposition, l'objectif est de proposer deux triades conceptuelles : santé/soin/guérison et spiritualité/religion/philosophie.

La première triade rappelle que la santé est antagonisée à la maladie ce qui provoque la quête d'une solution – la guérison - dans une forme de mécanisme spontané. Pour autant, la définition de la santé, comme état de bien-être idéal tant physique que psychologique ou social promu par l'OMS, est un modèle utopique, un idéal régulateur dont personne ne peut revendiquer la réalisation (même en « bonne » santé). Qu'est-ce alors que guérir ? Une autre manière d'appréhender les choses, serait d'envisager la guérison comme le travail de la maladie, l'accompagnement des malades, d'autant que la plupart des maladies ont adopté la forme chronique. Dans cette perspective, il s'agirait, pour la personne, d'être dans le soin, en tant qu'être conscient de ce que l'on vit, avec les parties malades de soi sans les éradiquer nécessairement, tandis que la tâche du professionnel consisterait dans l'accompagnement de cette conscience. Une telle posture fait passer à un autre plan, où l'on peut contacter le rapport à soi, un niveau plus réaliste de ce qu'est la santé, le malade que nous sommes, une prise de conscience qui est également une capacité à faire quelque chose de la maladie, à l'assumer.

La seconde triade relie et interroge les liens entre spiritualité, religion et philosophie. De façon immédiate, la spiritualité est mise en relation avec la religion. Si on l'oppose à quelque chose, l'athéisme ou le matérialisme, la spiritualité renvoie à un parcours personnel, une prise de conscience, une conversion, qui s'analyse socialement comme retour du religieux, amplifié par la crise sanitaire et un certain discours apocalyptique. On recourt à de grandes figures de la spiritualité chrétienne (Saint François, Saint Antoine) ou d'autres dans une sorte de continuum commun à l'Asie comme à l'Occident. Ce recours peut consacrer une spiritualité sans dieu ou réinterroger le sens du divin, comme dans le débat entre Comte-Sponville et Luc Ferry, le premier plaidant pour la dimension immanente du divin (quasi confondu avec la nature) tandis que le second postule un absolu ou une transcendance, doublant la confusion entre spiritualité et la religion, d'une autre entre immanence et transcendance. Dans cette perspective, l'introduction de la démarche philosophique telle que défendue par Pierre Hadot, comme manière de vivre, comme attitude à la vie qui va produire une transformation, nous changer. Cette philosophie pratique peut amener à un mieux vivre qui nous situe dans le moment présent, et promouvoir une culture de la relation à soi, à l'être en conscience.

La discussion a ouvert un certain nombre de développements et de perspectives :

- a) Sur la possibilité de relier la dimension normative de la santé et sa dimension existentielle, personnelle ? Outre la transdisciplinarité déjà évoquée, l'éducation thérapeutique du patient a vocation à lui redonner la main sur ce qu'il vit, à se l'approprier ou à le partager (pairs aidants, aumôniers,...), pour lui-même mais aussi dans les structures hospitalières
- b) Sur la conception « oppositionnelle » du duo santé/maladie et son impossible résolution, l'ouverture par un troisième terme vise, comme en cybernétique, à faire émerger un nouvel écosystème, qui rompt l'opposition individu/collectif, santé publique/santé personnelle, en revenant à quelque chose de plus vital, de plus conscient dont on assume qu'il transformera le cadre des soins par transformation des attentes, puis la dynamique d'interaction entre les acteurs et les institutions publiques.
- c) Sur l'inclusion de représentants de disciplines des sciences humaines (philosophes, anthropologues, sociologues) dans les comités de gestion de crise afin d'éviter l'instrumentalisation des uns par les autres et d'ouvrir l'attention par-delà le nombre de malades et de morts, à tout ce qui ne se mesure pas, la souffrance, la solitude, la pauvreté...
- d) Sur la spiritualité comme ouverture à la vie dans ses dimensions multiples et ses normes multiples (pour Canguilhem, la santé c'est la pluralité des normes, tandis que l'univocité normative rend compte d'une vie prisonnière de la pathologie).
- e) Sur la possibilité de développer des méthodologies en première personne pour décrire les vécus, conquérir une scientificité qui permette ensuite de travailler les ressorts collectifs, par exemple via l'ethnométhodologie de Goffman et Garfinkel, deux auteurs dont la réflexion sociale repose sur le tissu des micro-interactions entre personnes.

## 2. Les lieux et l'organisation de la santé (Séance du 26 mars 2021)

Comment penser et vivre la spiritualité au sein du système de soins actuel ? Sur quels leviers systémiques mais aussi organisationnels, managériaux et collectifs s'appuyer pour faire émerger et soutenir un changement qui laisse davantage de place au sens vécu et au vécu du sens, tant personnel que professionnel voire citoyen ?

### 1. Jean Macq, une approche systémique et territorialisée

Afin d'articuler santé individuelle et santé planétaire, une manière de procéder consiste à penser la gouvernance à partir de territoires qui s'emboîtent. Cette ouverture suppose qu'on se défasse de l'approche analytique de la santé dont on voit les limites dans la crise actuelle du covid. De façon générale, l'approche analytique décompose une situation pour objectiver les problèmes qui peuvent s'y manifester, en prédire les effets, et les contrer. Dans le contexte de la pandémie, cette posture s'est traduite par la réduction de la santé aux données chiffrées de contamination et de mortalité pour produire une évaluation de la situation, prédire son évolution et tenter d'éviter la surcharge des unités de soins intensifs des hôpitaux. La mesure spécifique a servi d'aune aux mesures à prendre, tel le confinement, avec la thèse sous-jacente d'une maîtrise potentielle de l'épidémie. L'approche analytique véhicule en effet l'idée que la décomposition et l'objectivation d'un problème permet sa solution. A revers, la

pandémie montre qu'en cherchant à apporter une réponse à la surcharge des hôpitaux, d'autres problèmes ont été générés, du point de vue économique, social, éducatif, scolaire, etc. La décomposition analytique et la prédictivité qui en découle ne permet donc pas le contrôle espéré, et pas davantage une maîtrise de la pandémie qui ne produisent son lot d'effets pervers.

La situation peut toutefois soutenir un apprentissage progressif d'une vision et d'une organisation plus systémique de la santé, qui intègre le point de vue et les modalités d'action des acteurs, et les différentes logiques qui les traversent.

Pour ce faire, deux pistes peuvent être adoptées :

- Il faut travailler la notion de santé afin qu'elle ne puisse être réduite à un mesurable qui mène à un solutionnisme univoque (par exemple, l'amélioration de la santé comme tributaire des nouvelles technologies disponibles dans les institutions de soins). Cette univocité ne fait pas droit aux différentes logiques (économique, organisationnelle, sociale) qui ne cessent de traverser le champ de la santé et conditionnent l'activité des acteurs, à différents niveaux individuel et collectif.
- Le niveau communautaire se présente alors comme le niveau pertinent capital pour articuler la santé individuelle comme la santé globale. Enchâssée dans un territoire qui est aussi lieu de vie, la logique communautaire permet de travailler à la santé en équipes, en constituant des petits réseaux de professionnels connectés aux citoyens et acteurs de la communauté. Sa vocation est bien moins la résolution d'une crise que la création d'un niveau d'action en santé qui s'appuie sur les soins primaires, les services de proximité, où le lien social se tisse et où s'organise d'emblée le partage des ressources selon une logique d'apprentissage contextualisée. Ces territoires s'emboîtent et interagissent avec les autres pour constituer un niveau locorégional, puis régional et national où mener les politiques appropriées.

La discussion a permis de mettre en avant plusieurs éléments

- L'approche territoriale, plus inclusive et communautaire permettrait une consultance organisée de la spiritualité au niveau local et de contribuer à l'équilibre du sujet en l'intégrant à la diversité des dimensions qui la traverse (organisationnelle, gouvernance, personnelle)
- L'approche territoriale accompagne également un mouvement plus vaste de dés-institutionnalisation des soins. Elle favorise une approche globale, plus équitable, plus durable, mieux coordonnée et plus continue. D'un point de vue pragmatique et de gouvernance, elle pourrait s'accompagner de l'institutionnalisation du référent de vie, dont la vision plus large, compléterait la fonction de coordinateur de soins.
- A l'inverse de nos pays, les pays économiquement plus fragiles ont développé une organisation communautaire des soins fonctionnelle, mais corrélée avec une prise en charge individuelle peu qualitative. L'objectif serait d'imbriquer l'une et l'autre pour concrétiser la prise en charge d'une santé globale.



## **2. Stephane Delberghe, De l'institution performante à la communauté de vie**

Le projet Tubbe, modèle d'accompagnement de la transformation et du changement, s'inspire de la spirale dynamique développée par F. Laloup. L'idée est d'effectuer la transition d'un modèle d'institution de soins compris comme entreprise performante, gouvernée par la pensée analytique et les indicateurs, vers l'institution de soins comme communauté de vie, centrée sur la participation des acteurs et le soin à la personne prise dans ses multiples dimensions.

De multiples obstacles jalonnent cette transition parmi lesquels le déni de la nécessité et de la possibilité du changement dans un environnement fortement contraint. Si elle est souvent initiée par la perception d'une dissonance entre la réalité des soins et ce qu'il conviendrait de faire, la volonté de transformation se heurte à de multiples résistances que le facilitateur doit lever a) auprès du personnel soignant qui se focalise sur les actes de soins, b) du manager qui entend diriger l'établissement avec efficacité, c) voire même le senior pour lequel le changement de posture et la transformation en partenaire ne va pas de soi.

Pour effectuer le changement, une action systémique doit être menée, au plus haut niveau possible, afin d'induire un ensemble de modifications qui affecteront, de proche en proche, l'environnement interne ou externe, les comportements, les compétences, les croyances, les identités.

Le management doit se mettre à l'écoute, développer l'auto-gestion et la participation, conduire des processus collectifs qui faciliteront le développement de compétences et transformeront croyances et représentations tant en ce qui concerne la vision de la mission du personnel qu'en ce qui concerne la représentation de la personne âgée dont on s'arroge l'avis. Il est alors devenu possible d'activer un autre modèle de soin, le soin relationnel, plus exigeant mais qui ouvre l'espace réconcilié du sens.

La discussion a permis de préciser et mettre en avant les éléments suivants :

- Le choix du changement peut être initié soit par une poussée du contexte (l'indignation devant certaines pratiques dans les maisons de repos catalyse la transformation) soit par la volonté interne de membres du personnel soucieux de faire évoluer les pratiques.
- Si la présence d'indignés au sein des institutions peut faire progresser les choses, il ne faut néanmoins pas se tromper de niveau d'indignation. Les soignants font ce qu'ils peuvent dans un cadre organisationnel industriel très règlementé et contraignant. Avoir un impact au niveau des institutions suppose donc au préalable d'agir au niveau systémique.
- Une modification du cadre est nécessaire mais l'impulsion du changement au travers de projets pilotes n'a pas fait non plus la preuve de son efficacité. Les transformations réelles s'opèrent à l'intérieur même des institutions, par la volonté des acteurs de terrain.
- Une gestion citoyenne de la santé, territorialisée et en interaction avec les autres niveaux de pouvoirs, pourrait être l'interface manquant entre les niveaux micro des institutions de santé et le niveau macro de l'organisation de la santé publique.

### 3. Cadres de la santé publique et spiritualité (Séance du 22 avril 2021)

Les deux premières séances ont porté respectivement sur l'approche de la santé et les ouvertures de celle-ci à la spiritualité. La séance du 29 mars a porté sur une approche renouvelée du système de soin qui se construirait à partir des personnes, de leur situation et de leur parcours de vie ainsi qu'une approche des organisations de soin (en particulier les organisations hébergeant des personnes âgées) devenant davantage des lieux de vie et d'épanouissement pour les personnes. Dans ces exposés, en particulier durant la dernière séance, nous avons touché la question des institutions et du cadre juridique qui permettrait de construire et de garantir un système d'avantage basé sur les aspirations et inspirations des personnes.

Après avoir envisagé comment les systèmes de santé et les organisations se transforment pour faire place à de nouvelles dimensions de l'existence, l'enjeu de cette troisième séance est d'envisager comment cette ouverture se joue et s'articule au niveau du droit et des institutions. Les deux interventions de cette séance seront réalisées par des spécialistes du droit des religions

#### 1. Louis-Léon Christians (UCLouvain), Spiritualité, pluralisme et monde commun

La question que je voudrais aborder est celle de savoir : comment le religieux et le convictionnel s'institutionnalise, se formalise dans un monde pluraliste. Comment peut-on faire droit à cette diversité de convictions et comment peut-on l'organiser ?

Dans ce cadre, la spiritualité opère une double déformalisation :

- 1) Elle déformalise la religion. Même si le droit n'a pas de définition précise de la religion, il capte grosso modo ce qu'est la religion. La laïcité échappe au radar du droit et c'est la même chose pour la spiritualité.
- 2) Elle déformalise le droit. C'est-à-dire que la référence à la spiritualité permet moins facilement au droit de cerner de quoi on parle (Cfr. exemple de la fin de vie en Belgique ci-dessous)

Par ailleurs, cette déformalisation peut être **négative**, à savoir qu'elle opacifie, dissimule (les plus vulnérables), sert d'instrument de domination sous l'apparence de l'empathie.

Elle peut être plus **positive** dans la mesure où elle permet d'ouvrir les cadres normatifs en donnant de la chaire à une éthique aujourd'hui très procéduralisée, en ouvrant des espaces de réflexivité qui permettent de prendre en compte différents ordres de rationalité.

#### **Spiritualité et organisation**

Le discours de la spiritualité a été particulièrement mis en avant dans le domaine de la santé mais aujourd'hui il déborde ce domaine et est invoqué dans le domaine du management, des organisations.

Dans le domaine des soins, la question de la spiritualité renvoie à la question de la vulnérabilité du patient, du personnel, du management.

Dans les travaux généraux sur le management, la spiritualité est mobilisée de différentes manières. Elle peut être utilisée comme outil du management et être même l'apanage du management. Il y a le « leadership spirituel » dans lequel le manager peut devenir une sorte de prophète. Cela peut aussi être un mécanisme de compensation pour faire face à la souffrance. Elle permet de tenir le coup là où les choses deviennent insupportable. Dans nos travaux, l'hypothèse que nous faisons est que la spiritualité peut être envisagée un langage commun de la souffrance, de la vulnérabilité. Dans cette perspective, elle est plutôt envisagée **par le bas** comme une expérience vécue.

En droit, la religion ou la spiritualité peut apparaître comme problématique, notamment lorsqu'elle est à la base d'un projet pour l'établissement ou une manière d'aborder le patient et pas seulement un problème à gérer. Elle est ici plutôt vue **par le haut** et se présente comme un projet déformalisé que le droit a du mal à aborder et qui tend à déformaliser la norme de droit elle-même.

Cela apparaît assez clairement dans le cadre des maisons de repos qui sont un lieu de vie dans un temps relativement long. Certaines maisons de repos sont travaillées par une éthique confessionnelle et doivent par ailleurs se professionnaliser. Dans ce cadre, elles cherchent à formaliser leur politique et le suivi qu'elles proposent aux résidents. Cela a conduit à des problèmes concernant des questions comme celle de la fin de vie. Ainsi, en Belgique, depuis une loi belge du 15 mars 2002 prévoyant qu'aucune clause écrite ou non écrite ne peut interdire au médecin de pratiquer l'euthanasie, les maisons de retraite se voient signifier qu'il n'y a en quelque sorte pas lieu de vouloir formaliser ses positions particulières. La réaction consiste pour celle-ci à développer des projets de vie, plus ou moins spirituel. Cela se traduit donc dans le mode d'accompagnement. Il y a là une déformalisation de la position religieuse que, par ailleurs, le droit a du mal à appréhender. L'établissement ne perd pas la possibilité de définir un projet et de mener sa propre politique du personnel. Cette faculté est limitée par la possibilité, pour le médecin de faire valoir une clause de conscience. Le projet d'établissement peut être l'objet d'interpellation.

Il peut donc y avoir des politiques d'établissement qui s'ancrent dans une spiritualité mais elles sont susceptibles d'être interrogées par les acteurs de l'établissement. En lien avec cette question, il y a celle de pouvoir obtenir l'euthanasie dans telle ou telle partie du territoire, de pouvoir avoir tel mode de vie. Se pose également la question de savoir : comment répartir les établissements ayant différents types projets ? De ce point de vue, la Cour Européenne des Droits de l'Homme invite les gens à se déplacer et n'impose pas à l'Etat de financer des établissements ayant différents types de projets.

### **Questions :**

*Serait-il possible de préciser en quoi consiste l'approche négative de la spiritualité et les reproches d'opacité et d'instrumentalisation ?*

Ce reproche peut être adressé lorsque les personnes sont vulnérables et qu'il peut servir à manipuler ces personnes. C'est aussi l'instrumentalisation du discours spirituel dans une perspective compensatrice, c'est-à-dire de faire tenir par rapport à une réalité qui ne serait pas vivable autrement.

Cette perspective s'oppose une spiritualité envisagée comme capacité réflexive et entre en consonance avec les questions de démocratisation de lieux de vie comme les maisons de repos, c'est-à-dire à la prise en compte du point de vue des personnes et à leur participation à la définition du projet de l'établissement. Cela peut aussi être l'occasion de faire de la pédagogie et on peut retomber sur des questions de manipulation.

Il y a la liberté des pouvoirs organisateurs et celle des individus. La mise en avant de la liberté de l'individu permet de déformaliser le rapport au droit et d'énerver les radars. Il va y avoir une démarche de décodage de ces politiques. Une forme de procéduralisation du droit par l'arbitrage permanent entre les politiques des établissements et le respect des libertés des individus.

*Cette question de la spiritualité comme ouverture qui m'intéresse. Y a-t-il une troisième voie entre la religion et la laïcité ?*

Le juriste se place dans la perspective de savoir comment cela va se passer quand la question de la spiritualité va poser des questions de coexistence.

*Par rapport à une éthique minimaliste ou utilitariste qui n'a rien à dire si cela touche la personne elle-même, la spiritualité n'est directement pas utile. Comment la faire vivre ?*

Dans la maison de retraite comme lieu de vie en commun, où l'on n'a pas affaire à des surhommes qui s'autodéterminent mais à des personnes vulnérables, donc toujours prises dans une démarche d'accompagnement. La question n'est donc pas réellement celle de la démocratie mais de ce qui se passera quand je suis en minorité face à des questions de style ou de mode de vie.

Il y a aussi la question du financement qui pourrait conduire à mettre en cause les droits fondamentaux. Cela met en scène les rapports entre le public et le privé.

Les institutions privées peuvent-elles définir le projet politique ou spirituel qu'elles veulent, mais sans argent pour le faire ? Comment la spiritualité peut être envisagée comme mode de vie collective ?

*Est-ce qu'avec la crise, la spiritualité peut apporter quelque chose de fondamentale ? La dimension de narration n'est-elle pas importante ? Ne faut-il pas écouter ces narrations ?*

Ne peut-on concevoir un « droit doux » (G. Zagreblesky) qui garantisse à chacun un espace de choix ?

On a évacué cette dimension narrative et dialogique pour des raisons sanitaires. Les narrations implicites – fonder les politiques dans ce qui est essentiel ou pas est très problématique. Un droit non binaire est un droit qui accentue sa procéduralisation mais une procéduralisation qui ne tourne pas à vide. Il faut pouvoir assurer la présence de différentes rationalités, de différentes vies et pas seulement des arguments. Habermas indique qu'il faut pouvoir s'arrêter et approfondir, creuser les choses. La spiritualité est un moment de vigilance et/ou d'approfondissement.

## **2. Marco Ventura (Fondation Bruno Kessler, Université de Sienne), Développement durable, santé et spiritualité**

La réflexion que je souhaite proposer ici est fonction d'un parcours de recherche récent ainsi que de ma participation au G20 des religions, qui est une plateforme créée pour formuler des propositions visant à influencer le G20. Dans ce cadre, j'ai pu constater une mobilisation

générale pour le développement durable et son influence sur la religion et la spiritualité. Mon point de vue sera celui d'un juriste du droit des religions qui mène une recherche à partir des organisations et des négociations internationales et, particulièrement dans ce cadre, sur la liberté de religion et de croyance dans le laboratoire que constitue l'union européenne. Cette démarche a débouché sur un ouvrage faisant l'hypothèse de l'émergence d'une super-religion.

### **Les contours de cette mobilisation pour le développement durable**

La première chose à remarquer, c'est que le développement durable et son financement devient une question de partenariat entre le public, le privé et même l'associatif. Les religions s'invitent à cet effort par le biais du privé et les conduit à des partenariats avec le public. Il y a une mobilisation des acteurs religieux sur ces questions de développement durable et une mobilisation du religieux pour aborder ces questions (*Laudato si*). La religion semble une ressource, y compris pour les gouvernements. C'en est fini de la neutralité. On assiste à un investissement du religieux et un investissement de la part des religions elles-mêmes dans le religieux (outils, traditions, des pratiques, de faits de société) à cet égard.

### **Impacts sur la santé et la spiritualité**

De plus, cette mobilisation pour le développement durable conduit à un élargissement du champ de la santé. C'est notamment l'objectif 3 qui élargit la perspective à la bonne santé et au bien-être, aux styles de vie. Cet élargissement est territorial mais aussi thématique avec un dépassement de la santé publique laïque, pour inclure les religions comme acteurs et comme ressources d'une approche globale de la santé. On voit donc une santé publique se réinventer dans cette approche globale.

C'est là que le spirituel intervient comme une alternative (une extension ?) des religions. C'est la spiritualité presque comme opposée à la religion. C'est un champ qui se distingue et s'articule à celui de la religion. Le spirituel se dégage de la religion et en même temps les communautés religieuses en font l'occasion d'une s'intégration dans le privé et le public. Après les missions catholiques, ce sont des systèmes globaux de santé qui s'appuient sur la foi. La santé forme comme une médiation entre le religieux et le spirituel.

### **Impact sur l'éthique**

Revenons sur l'éthique. Parfois, la spiritualité est envisagée comme un synonyme de l'éthique. Parfois, la spiritualité est mobilisée pour ouvrir le normatif, l'éthique à quelque chose de moins froid et de moins détaché.

Par la mobilisation d'une spiritualité multi et inter-religieuse, on va aujourd'hui au-delà de la religion. C'est ce qui se joue dans ces nouvelles politiques publiques qui s'affichent comme dépassant une confession particulière. Elle intègre des ressources et un activisme qui dépassent les religions. Il s'agit de créer quelque chose de plus.

Pour cette spiritualité multi ou inter religieuse, l'efficacité est très importante. C'est presque plus que l'utilité. S'il faut mobiliser des ressources religieuses, il faut accorder de la place à la liberté mais à condition que cela puisse rapporter.

Dans ce cadre plus large (environnement, justice,...), les religions traditionnelles vont plutôt s'approprier ces dimensions plus larges comme le développement durable.

Il est d'ailleurs significatif que le « concordat » avec IBM et Microsoft sur l'intelligence artificielle n'a pas été signé par le secrétaire d'état du Saint Siège mais bien par l'académie pontificale pour la vie. L'éthique du numérique et l'éthique de la vie semblent donc s'articuler. Cette signature a un sens qui emprunte le mouvement décrit ci-dessus.

### **Questions :**

*Qu'en est-il de cette tendance ou de ce dispositif interreligieux ? Est-ce un syncrétisme ou un prélèvement dans les différentes ressources que peuvent offrir les religions du Livre. Ce mouvement est-il individuel ou institutionnel ?*

C'est un mouvement à la fois individuel et institutionnel. Il a aussi une dimension communautaire. C'est une démarche de la part des acteurs mais aussi des institutions. Le dialogue implique d'accepter de mettre en cause une certaine pureté.

Dans une perspective plus transcendante ou spirituelle, ce mouvement implique-t-il un régime de réification ou de régime de libération, d'ouvertures des fixités.

Le développement durable est plutôt source d'imprévisible et donc d'une interrogation sur ce qu'il faut faire

*Pourquoi repartir du développement durable, pour aller vers la santé et puis la spiritualité ?*

C'est un cadre faible mais puissant sur le plan communicationnel et institutionnel. Il s'agit d'un cadre qui s'impose. La religion s'y adapte. Il dépasse la neutralité publique et s'impose y compris dans le domaine de la santé.

Est-ce réellement plus faible ? Il ouvre vers un modèle qui touche l'anthropologie, l'écologie dans toute son extension : mobilité, alimentation et appelle une reconfiguration.

Aujourd'hui, c'est la santé qui dit le malaise du monde.

On redécouvre les limites et déplace les frontières, y compris des savoirs (à côté de la sociologie, de la psychologie, la neuroscience, l'informatique). On se rend compte de notre liaison au vivant et des limites d'une vision fermée de celui-ci (redéfinition des frontières entre le curatif et le palliatif)

*La spiritualité est comme une savonnette qui nous échappe ?* On n'a pas vraiment une épistémologie pour la cerner (arrangement personnel, circularité concept et contexte). Les traditions religieuses sont difficilement mobilisables pour dire quelque chose de la situation d'aujourd'hui. Peut-être faudrait-il redéfinir une éthique à partir de la spiritualité.

*Le spirituel conduit-il nécessairement à une éthique ?* Peut-être faut-il réapprendre à écouter ce que disent les religions, sans que cela conduise à une règle à laquelle il faudrait obéir.

### Cheminement

Cette série de trois séminaires nous a fait progresser dans la caractérisation de notre problématique : quelle place peut jouer la spiritualité en santé publique aujourd'hui ?

Dans la suite des deux journées introductives au Think Tank en 2020, cette question générale s'était concrétisée en se formulant de manière plus pratique : quel rôle peut jouer la spiritualité dans la réforme de systèmes de santé ?

Le cheminement permis par ces séminaires nous a permis de nous focaliser sur trois enjeux fondamentaux pour cette problématique : quel est l'**objet** de la question, dans quels **lieux** se pose-t-elle et quels en sont les **cadres** ?

Notre problématique s'est éclaircie chemin faisant, à travers les questions soulevées durant les séances mais aussi des interstices et des recouvrements de celles-ci. Avant de reprendre chacun de ces enjeux, nous voudrions mettre en exergue la logique qui s'est dégagée de ce traitement progressif de la problématique. En effet, la démarche a permis de mettre en exergue, au travers de la première et de la deuxième séance, un manque par rapport aux conceptions en vigueur de la santé et de la santé publique mais la recherche d'un positionnement par rapport à la santé qui soit à la fois plus globale, plus systémique mais aussi de l'ordre d'une prise de conscience et d'une explicitation des conditions d'une telle prise de conscience, à la faveur des processus engagés par les individus et les collectifs en matière de santé, des différences dimensions convoquées. Cela nous a conduit à soulever la question du (des) lieu(x) à partir desquels la question de la santé et cette prise de conscience est susceptible de se poser. Cette prise en compte de la santé au prisme de la spiritualité comme ouverture des individus à des enjeux vitaux souvent oblitérés ouvre donc à la question des lieux et des modalités de cette prise en compte.

A cet égard, un renversement semble nécessaire conduisant à prendre la problématique en compte, non pas à partir de l'acte médical ou de la consultation médicale, mais à partir de la vie des individus et donc des lieux dans lesquels se déploie cette vie. Ainsi, a-t-on évoqué le bassin de vie ou, à un âge plus avancé, la maison de retraite. Depuis plusieurs années, on tente, non sans difficulté, de considérer cette dernière et de faire en sorte qu'elle devienne non pas d'abord un lieu de soin mais un lieu de vie. Ces lieux constituent sans doute un domaine névralgique pour notre réflexion et notre démarche dans la mesure où il combine la caractéristique d'être à la fois lieu d'hébergement, lieu de soin et lieu de fin de vie. Dans notre démarche, ce lieu particulier a d'ailleurs fait la transition entre le lieu proprement dit et les modalités d'ouverture à la dimension spirituelle. En effet, les modalités d'organisation de ce lieu, de l'accompagnement ainsi que des soins qui y sont prodigués sont grandement impliqués dans la possibilité de prendre en compte la dimension spirituelle. Cette problématique justifie pleinement le cheminement qui nous a mené de la séance 2 relative aux identités professionnelles et aux modalités d'organisation à la séance 3 relative aux cadres juridiques permettant la coexistence des points de vue et des pratiques. Cette question est un enjeu jusqu'au niveau politique où la question de la spiritualité pose en effet la question du pluralisme et de la coexistence des identités et des pratiques. Cette question se pose d'ailleurs depuis les lieux particuliers de vie jusqu'au niveau transnational où elle renvoie à la question

des référentiels généraux, comme, par exemple, le développement durable et la santé, pouvant permettre d'inclure la dimension spirituelle. Indépendamment de cette dynamique en trois temps du séminaire restituée ici et de la base épistémologique et méthodologique à une meilleure prise en compte de la dimension spirituelle dans le champs de la santé publique à laquelle elle peut contribuer (« arc de considération » conditionnant la prise en compte de la santé comme enjeu de spiritualité), nous reprendrons ci-dessous l'apport de chacune des séances du séminaire.

**Perspective :** dans nos prochaines discussions, nous pourrions revenir sur la pertinence de cet « arc », sur sa possible contribution à une méthodologie d'appréhension de la dimension spirituelle en santé publique ou du point de vue la santé globale, ainsi qu'éventuellement sur les autres dimensions à prendre en compte pour faire droit à la dimension spirituelle.

### *Dimensions et perspectives à approfondir*

La trajectoire de notre séminaire nous a amené à mettre en exergue plusieurs dimensions clefs d'une meilleure prise en compte de la spiritualité, à soulever des questions à ce propos et à ouvrir des perspectives pour un travail de terrain et politique.

#### 1) La première dimension est celle de la manière de prendre en considération la notion de santé

Après avoir mis en exergue l'oscillation entre une approche négative ou positive de la santé mais aussi restrictive de la santé, il semble qu'un des enjeux centraux soit celui d'une prise en compte plus globale de la santé et d'une prise de conscience des enjeux en matière de santé à partir d'une attention plus grande à ce que l'on vit. Dans cette perspective, la tâche des professionnels prendrait sa source dans et s'articulerait à un accompagnement de cette prise de conscience permettant aux personnes de développer cette conscience, de se connecter à ce rapport à soi qui se joue dans les processus mettant en jeu la santé.

La question de la spiritualité s'envisage ici comme une ouverture, comme une possibilité pour les individus d'approfondir à travers les questions de santé qu'ils rencontrent un rapport plus conscient à eux-mêmes, à leur situation, aux différentes dimensions qui se jouent dans les situations qu'ils traversent, d'y repérer des enjeux significatifs pour eux, de pouvoir les formuler et les faire valoir dans leurs projets.

Le fil conducteur de la démarche suivie dans le cadre de notre séminaire a été de voir où et comment se pose la question de la spiritualité. Ce fil conducteur devrait être prolongé dans les démarches théoriques, pratiques et politiques que supposent la prolongation du Think Tank.

**Questions :** Comment la spiritualité peut amener à un mieux vivre et à promouvoir une culture de la relation à soi, à l'être en conscience ? Comment permettre à la spiritualité d'ouvrir l'accès à une extension et à une appropriation des enjeux de la santé/de la maladie face à des systèmes – y compris éthique – fortement normatif et prescriptif ? Dans quelle



mesure, la spiritualité peut-elle être vecteur de libération, d'émancipation et de capacitation des individus ?

Cette perspective renforce la nécessité d'une prise en compte et d'une attention à ce que vivent les individus et d'une certaine manière elle renforce la nécessité d'une approche participative et démocratique de la santé publique. Il semble qu'une meilleure prise en compte de la spiritualité demande une santé publique plus attentive à la vie des individus

**Question :** A quelles conditions une santé conçue comme bien public peut-elle être définie de façon participative et démocratique, ouvrant à d'autres considérations relatives à la vie, à la culture, aux enjeux sociaux ?

**Perspectives :**

- Comment travailler sur les articulations entre la question de la santé (santé publique, santé globale, santé du futur), sa place dans l'expérience de vie des individus et l'accompagnement dont ils font l'objet ?
- A partir de quelles expériences ?

2) La seconde dimension est celle des lieux à partir desquels une telle dynamique peut se mettre en place.

Dans le prolongement d'une approche de la santé ancrée dans la vie des individus, elle demande une approche plus systémique de la santé se développant à partir du point de vue des acteurs et des différentes dimensions qui traversent leur vécu de situations qui mettent la santé en question. Celle-ci s'appuie également sur les différentes modalités d'action pouvant permettre à la dimension spirituelle de ce vécu de s'exprimer. Une telle approche demande un ancrage contextuel/territorial et communautaire ainsi que d'un apprentissage contextuel allant du plus situé vers le plus transversal.

Cette approche engage sur une voie méthodologique de construction et/ou de reconstruction située des systèmes de soin et de santé invitant à une écoute de l'expérience des personnes et une (re)mise en forme à partir d'une certaine désinstitutionnalisation des lieux de soin mais aussi de la trajectoire de vie des personnes.

**Question :** est-il possible et comment de mieux ancrer les questions de santé et de soin dans la trajectoire de vie et dans une conscience plus aiguë du « pâtir radical de leur vie et d'un accroissement de la sensibilité des individus aux possibles des situations qu'ils vivent » (Gély, 2009) ?

Comme nous l'avons dit, un des ancrages ou des lieux significatifs d'une telle transformation serait celle de l'accompagnement et des soins aux personnes âgées. A cet égard, la maison de retraite est sans doute un des lieux propices pour repenser, en tant que communauté de vie plutôt qu'en tant qu'entreprise, pour faire mieux droit à la spiritualité des personnes âgées. Ce renversement a des implications multiples à la fois quant à la manière de penser le changement et l'étayage de ce changement :

- En se mettant à l'écoute de la vie et des aspirations des acteurs,

- En concevant un modèle institutionnel qui le rende possible et permette la participation des parties prenantes à l'élaboration du projet institutionnel à partir de leur vécu et de leur expérience,
- En envisageant un cadre pour l'action publique en la matière cohérent avec cette démarche.

Cette dernière dimension anticipe l'objet et les enjeux de la troisième séance relative aux cadres juridiques et politiques de la santé.

**Question :** quels sont les modalités d'évolution des organisations de santé, les types, les cadres de l'action publique susceptibles de laisser place à la spiritualité des individus sans la prédéterminer ?

**Perspectives :**

- Identifier des lieux pertinents pour développer notre démarche
- Concevoir des forums de discussion avec des responsables clefs dans les systèmes de soins

3) Enfin, une telle évolution nécessite d'être envisagée dans le cadre d'une société pluraliste et démocratique

La dernière séance du séminaire a mis sur le doigt sur le enjeux juridiques et politiques d'une prise en compte de la spiritualité dans le champ de la santé.

Cette séance a souligné la déformalisation et la nécessaire réflexivité auxquelles conduit la référence à la spiritualité. Celles-ci s'expriment dans un cadre juridique et politique démocratique ne permettant pas d'imposer un modèle par rapport à d'autres.

**Questions :** Dans son caractère de transcendance, la spiritualité provoque une déstabilisation des structures de soins. Comment traduire et laisser être les déformalisations nécessaires à son expression et à sa capacité de transformation ? Comment dès lors concevoir des espaces de vie permettant de faire droit, dans un cadre démocratique, à des modes de vie individuels et collectifs permettant l'expression de la spiritualité ?

Dans ce cadre, une réflexion sur les figures du droit lui-même, mais sans doute également sur l'horizon politique de ce droit et la place prise par la santé, et peut-être, plus largement, l'entrée dans la question par le développement durable, qui fédère aujourd'hui une palette importante de thématiques et d'acteurs, serait à considérer dans nos réflexions futures. Cette notion a acquis aujourd'hui le statut d'horizon légitime et fédérateur, en particulier, dans la conjoncture actuelle. De notre point de vue, celui-ci semble permettre d'élargir la notion de santé et l'inscrire dans l'horizon d'une expérience « totale » permettant de faire droit à de nouvelles dimensions comme celle de la spiritualité. Dans cette perspective, la spiritualité semble pouvoir faire figure d'ouverture en appelant une radicale référence/un ancrage dans l'expérience des individus

**Questions :** Quelles sont ces expériences et les enjeux pratiques de la spiritualité en santé ? Faut-il développer des communautés de pratiques (HMO) au risque de clôturer et

communautariser l'expression de la spiritualité ? Comment développer des pratiques d'accompagnement ouvertes ?

Perspectives :

- Dans quel cadre politique et juridique envisager la prolongation de notre démarche ?
- Dans quelle mesure la notion de développement durable est-elle horizon porteur pour notre réflexion ?

### **Conclusion intermédiaire**

Le trajet accompli dans le cadre de notre séminaire semble avoir balisé un certain nombre de dimensions à prendre en considération pour penser la place de la spiritualité dans le champ de la santé publique ou de la santé globale : une approche de la santé envisagée au travers d'une attention accrue aux expériences de vie, circonscrire les lieux pertinents de ces expériences, envisager les modalités et les cadres de ces expériences au niveau micro, meso et macro.

La prolongation de la démarche du Think Tank nécessite, selon nous, un travail dans trois directions :

- un travail « épistémologique » à propos de la manière d'aborder la question de la santé (santé publique, santé globale, santé du futur) et, dans son prolongement, un travail « méthodologique » visant à approfondir les conditions d'une prise en compte des expériences concernant attestant de la dimension spirituelle.
- un travail « pratique » s'inscrivant dans des expériences et de lieux où la dimension spirituelle tend à être explicite ou explicitée
- un travail « politique » avec des responsables d'organisations, d'entreprises ou d'instances sur leur manière d'entrevoir dans quelle mesure et de quelle manière la dimension spirituelle pourrait prendre place dans leurs organisations et leurs politiques.

Pour clôturer cette première phase du travail, nous pensons donc nécessaire d'organiser une ou deux séances de discussion : avec une première partie de reprise de cette synthèse intermédiaire et une deuxième partie plus orientée vers les perspectives de travail à développer dans le futur.