



Archives de sciences sociales des religions

163 | juillet-septembre 2013
Soigner l'esprit

Vers une psychologisation du religieux ?

Le cas des institutions sanitaires au Québec

Towards a "psychologization" of religion? Spiritual intervention in Quebec's healthcare institutions

¿Hacia una psicologización de lo religioso? El caso de las instituciones sanitarias en Quebec

Jacques Cherblanc et Guy Jobin



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/assr/25210>

DOI : 10.4000/assr.25210

ISSN : 1777-5825

Éditeur

Éditions de l'EHESS

Édition imprimée

Date de publication : 17 octobre 2013

Pagination : 39-62

ISBN : 978-2-7132-2396-9

ISSN : 0335-5985

Référence électronique

Jacques Cherblanc et Guy Jobin, « Vers une psychologisation du religieux ? », *Archives de sciences sociales des religions* [En ligne], 163 | juillet-septembre 2013, mis en ligne le 01 octobre 2016, consulté le 20 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/assr/25210> ; DOI : 10.4000/assr.25210

Jacques Cherblanc
Guy Jobin

Vers une psychologisation du religieux ?

Le cas des institutions sanitaires au Québec

Au Québec, depuis les années 1960, la place de la religion dans l'espace public a subi des transformations d'une ampleur et d'une rapidité phénoménales. En effet, jusqu'à la fin des années 1950, les principales institutions dont l'administration relève aujourd'hui de l'État – soit les écoles et les hôpitaux – étaient laissées aux acteurs du privé, parmi lesquels les Églises, catholique en premier lieu pour les francophones. Maurice Duplessis, premier ministre d'alors, ne concevait pas l'éducation, les soins de santé ou l'aide sociale comme des domaines d'action relevant du gouvernement, mais plutôt dépendant des bonnes œuvres de la philanthropie et de la charité, qu'elle soit laïque ou religieuse. En quelques années, une « Révolution tranquille » va s'opérer entraînant sécularisation, laïcisation et redéfinition complète des rapports entre religion et espace public au Québec. Pendant que s'opère une sortie de la religion des institutions publiques, on y voit entrer – d'abord timidement, puis de façon officielle et triomphante – la spiritualité. Celle-ci fait notamment son entrée dans la Loi sur l'instruction publique, comme une dimension à part entière de chaque élève, et aussi dans la Loi sur la santé et les services sociaux. Dans les deux cas, et alors que se déconfessionnalisent les structures administratives et les professions des établissements, apparaissent des agents qui se présentent comme des animateurs de vie spirituelle ou des intervenants en soin spirituel. Se définissant par distinction par rapport à des modèles d'animation pastorale confessionnelle et des traditions religieuses identifiables, ces professionnels du spirituel développent un cadre d'intervention propre et original. La création de ces professions est très intéressante pour observer le processus de double différenciation qui est tenté ici. D'un côté, il s'agit de ne plus être religieux (confessionnel, traditionnel, clérical, etc.), mais de l'autre, il s'agit de conserver une posture, une identité et des outils d'intervention professionnels qui ne soient pas déjà détenus par d'autres professions. Les études et les observations menées par les auteurs de cet article depuis une dizaine d'années auprès de ces intervenants spirituels dans les écoles et dans les hôpitaux ont permis de préciser où se situent les champs de force dans le domaine du spirituel au sein de l'espace public. Les recherches de terrain menées par Jacques Cherblanc,

tout d'abord dans les écoles, puis depuis quatre ans dans les institutions hospitalières et de soins de longue durée, constituent l'une des sources d'informations utilisées ici (J. Cherblanc, 2010 ; 2011). Titulaire d'une chaire de recherche sur l'intégration des ressources religieuses et spirituelles dans les soins biomédicaux, Guy Jobin a publié sur la question et mène actuellement une recherche sur les discours et les pratiques spirituelles des soignants en soins palliatifs (G. Jobin, 2009 ; 2011 ; S. Monod, E. Rochat, C. Büla, G. Jobin, E. Martin, B. Spencer, 2010).

Parmi les agents les plus intéressés par ce spirituel qui semble échapper à la religion, on retrouve les psychologues. Ceux-ci, dans la lignée de la psychologie humaniste, considèrent le besoin spirituel comme une de leurs prérogatives et travaillent à en définir les contours et les modes d'appréhension. Face à cette appropriation de la spiritualité par la psychologie, comment réagissent les intervenants en soins spirituels, professionnels héritiers de la pastorale, mais orphelins de leur confession religieuse ? Un bref historique des relations entre religion, spiritualité et santé s'avère utile pour situer les acteurs en présence aujourd'hui dans les milieux de santé québécois. Cet historique permet de constater combien cette évolution socioculturelle et institutionnelle a pu suivre des mouvements nombreux et souvent contradictoires. Avec le mouvement de sécularisation et de déconfectionnalisation, les intervenants en soins spirituels ont dès lors cherché à se ménager une place pertinente et originale face à la médecine, au travail social, aux sciences infirmières et surtout à la psychologie qui ont toutes, à leur façon, cherché à s'accaparer ce « spirituel » qui semblait survivre aux opérations d'évacuation de la religion. Ce travail de définition identitaire des spécialistes du spirituel et de leur distinction des autres disciplines n'est certes pas terminé aujourd'hui : repoussant le champ religieux, ils sont tentés et happés par la psychologie, cette dernière pouvant compter sur sa puissance symbolique pour faire valoir ses intérêts.

Spiritualité, religion et santé au Québec¹

Au XIX^e siècle, grâce aux progrès scientifiques et techniques et face au développement des épidémies et à une population démunie, laissée pour compte par l'industrialisation, les hôpitaux se réorganisent. Ces établissements tenus par des religieux catholiques depuis les débuts de la colonie changent de vocation. De nouveaux établissements sont créés, financés en partie par le gouvernement, mais aussi et surtout par des groupes privés. Du côté francophone, il s'agit surtout de communautés religieuses catholiques qui gèrent les subventions étatiques et

1. Les auteurs tiennent à remercier leur collègue François Guérard pour ses conseils et ses commentaires riches et judicieux concernant cette partie de l'article. Pour un survol plus précis, mais tout aussi global, voir, notamment, F. Guérard, 1996 ; L. Ferretti, 1999 ; R. Lemieux, 2003. Et plus globalement : P.-A. Linteau, 1989.

les produits de la charité pour administrer des hôpitaux généraux et spécialisés ; tandis que du côté anglophone ce sont plutôt des laïcs qui gèrent les structures hospitalières avec l'argent des subventions et les dons des bourgeois anglo-protestants fortunés. Ainsi, depuis le XIX^e siècle, le système de santé québécois se trouve divisé sur une double base linguistique et confessionnelle qu'est venue accentuer la création de l'hôpital général juif en 1934. Au XX^e siècle, la principale source de financement devient, et de loin, le paiement des patients pour les services et soins, développement qui s'amorce dans les dernières décennies du XIX^e et s'affirme vraiment dans les premières décennies du XX^e. À partir des années 1940, l'Assurance hospitalisation privée encourage cette « marchandisation des services de santé ». En plus de cela, à partir des années 1920, l'État intervient davantage dans le financement de ces services en payant pour l'hébergement et les soins donnés à ceux reconnus comme indigents selon la loi de l'Assistance publique. Pendant toute cette période, on assiste donc à une lente diminution de la représentation des soins de santé conçus comme relevant exclusivement de la religion et une place de plus en plus grande prise par le paiement des patients et par le gouvernement provincial². De plus, dès 1847, les médecins s'organisent en Collège et prennent de plus en plus de pouvoir dans les établissements de santé, ainsi que le font les infirmières à partir des années 1940, reléguant en à peine 40 ans le rôle et la place des religieuses à la marginalité (A. Charles, 2003). De la même manière, un changement important s'opère au tournant du XX^e siècle dans le rapport de force qui oppose d'un côté la psychiatrie, la psychologie et la psychanalyse à, de l'autre côté, la religion. Jusqu'aux années 1950, du fait du pouvoir culturel important de l'Église et de son contrôle des institutions hospitalières (notamment les institutions de santé mentale) et d'enseignement (les deux facultés de médecine francophones relèvent d'universités catholiques), psychologie, psychanalyse et psychiatrie sont marginalisées au sein des formations médicales ou dans les institutions de santé contrôlées par le clergé, en particulier catholique³. À partir des années 1960, la prise en main

2. En termes de financement, la charité est donc le parent pauvre des hôpitaux, à moins de comptabiliser dans la charité le travail non rémunéré des religieuses qui permet de maintenir les coûts hospitaliers un peu plus bas qu'ailleurs. En termes de gestion des établissements, c'est moins clair. Du côté anglophone, les administrateurs de conseils d'administration sont des représentants de la haute bourgeoisie qui inscrivent cela à leur agenda philanthropique. Mais le directeur général de l'établissement est rémunéré, de même que le personnel. Du côté francophone, les religieuses gèrent et engagent des laïcs en nombre et en proportion toujours croissants.

3. La psychiatrie a longtemps été critiquée au Québec, où la pensée traditionaliste et nationaliste considérait comme préférable l'approche caritative et asilaire des communautés religieuses aux représentations pathologiques modernes et aux pratiques parfois contestables de la psychiatrie moderne. Pour constater l'aversion cléricale envers les nouvelles théories psychologiques, il peut s'avérer fort instructif de consulter l'un ou l'autre petit Guide ou Précis de morale médicale et autres manuels – comme le *Morale et médecine* de J. Paquin (1960) (très utilisé) – rédigés jusqu'aux années 1960, par des prêtres, à l'usage des étudiants en médecine ou en soins infirmiers. Le rejet cléricol pour les interprétations psychologiques – et notamment *sexualisantes* – des troubles mentaux y est manifeste.

des hôpitaux par le gouvernement provincial accentue le désengagement clérical, qui s'opérait déjà du fait du pouvoir croissant des médecins et des infirmières, mais également de l'incapacité des organismes privés à subvenir seuls aux besoins humains, matériels et financiers croissants qu'accompagne la modernisation de la médecine et de la chirurgie⁴. La décennie 1970 voit la généralisation d'un mouvement amorcé dans les années 1960, à savoir la cession des hôpitaux par les communautés religieuses au gouvernement, pour des montants peu élevés compte tenu de l'importance des infrastructures concernées. À la fin des années 1970, les institutions de santé, dans leur quasi-totalité, dépendent donc de l'État québécois pour leur financement (qu'elles soient publiques ou conventionnées) et ne peuvent plus juridiquement être fondées sur la confessionnalité ; leur conseil d'administration doit également faire une place majoritaire aux non-clercs. La religion est ainsi peu à peu exclue de la gestion administrative de l'hôpital et l'approche biomédicale y prend toute la place. On assiste en même temps à un renversement de tendance : ce n'est plus le « psy » qui est déconsidéré et critiqué dans les institutions de santé mais le prêtre, la religieuse et plus largement, la religion. Celle-ci est rejetée du cadre des interventions et des investigations ; appelée à disparaître, entrave à la bonne compréhension de la maladie, non intégrable dans les modèles de données probantes, la religion est considérée comme une trace du passé et les animateurs de pastorale se sentent perçus comme des parasites du système de santé⁵. Toutefois, dans une sorte de mouvement de balancier, en réaction à un refus du scientisme et d'une évolution inéluctable vers la technicisation croissante des soins, l'approche biopsychosociale se développe à partir des années 1980⁶. Et apparaît alors un intérêt croissant pour cette vie intérieure, qui dépasse le registre intellectuel en ce qu'elle semble capable de donner force et résilience, mais aussi qu'elle abrite une source d'humanisation des relations soignant-soigné. Cette vision holiste de la personne a conduit plus récemment à une représentation du soin dans une perspective bio-psycho-socio-spirituelle, notamment perceptible dans les formations universitaires en sciences infirmières.

De l'aumônerie aux soins spirituels à l'hôpital

C'est dans le cadre institutionnel linguistique et confessionnel décrit plus haut que les premiers services d'aumônerie hospitalière sont organisés sur le modèle français dans les hôpitaux franco-catholiques et sur le modèle britannique pour

4. De plus, les réformes issues de Vatican II étaient largement interprétées par les clercs comme par les laïcs comme un encouragement au désengagement clérical de ce type d'œuvres sanitaires.

5. Entrevues avec 6 intervenants en soins spirituels et 2 médecins, janvier à mars 2009, Saguenay-Lac-Saint-Jean (Québec).

6. Le célèbre article de George L. Engel (1977) ayant rapidement reçu un écho important dans les milieux de soin québécois.

les hôpitaux anglo-protestants et juif. Nommés dans chaque hôpital sur mandat épiscopal, les prêtres deviennent alors des figures incontournables des institutions de santé, au même titre que les religieuses, mais avec une fonction plus sacramentelle et surtout une indépendance d'action qui faisait d'eux des contre-pouvoirs parfois très puissants face aux médecins. Au XX^e siècle, dans les hôpitaux et les résidences pour personnes âgées, la disparition des religieuses ne s'est pas accompagnée de celle des aumôniers. Ceux-ci se sont plutôt adaptés au contexte social et institutionnel pour tenter de conserver leur place et celle de leur service. D'aumôniers ils sont devenus agents de pastorale dans les années 1970-80 du fait de l'arrivée des laïcs et des intervenantes féminines puis, dans les années 1990-2000, ils se rebaptisent intervenants en soins spirituels pour marquer l'élargissement de leur fonction à l'intervention auprès de toutes les confessions et croyances⁷. Ces changements ont notamment une double conséquence quant à leur statut dans les institutions de santé. D'une part, ils ont acquis plus d'indépendance : ils ne sont plus à la merci du bon vouloir de leur évêque ou des autres autorités religieuses desquelles ils devaient jusqu'à tout récemment obtenir un mandat ; ils sont en outre à présent syndiqués. Mais d'autre part, les intervenants en soins spirituels doivent aujourd'hui justifier leur travail auprès des administrateurs de centres de santé et auprès de leurs collègues, dans des équipes multidisciplinaires où la perspective biomédicale est hyperpuissante et condamne l'intervenant à utiliser le vocabulaire qui lui est adéquat. C'est ainsi que, quittant le giron de la religion en devenant des intervenants en soins spirituels, les animateurs de pastorale sont entrés dans celui de la rationalité biomédicale qui se manifeste notamment dans ses méthodes (données probantes, notes au dossier, etc.), dans ses finalités (santé, bien-être, autonomie, etc.) et par ses acteurs (figure dominante du médecin et des spécialistes, etc.).

Laïcisation des institutions

Jusqu'au milieu du XX^e siècle, il n'est que fort peu exagéré d'affirmer que le Québec est une société qui se caractérise par un catholicisme traditionnel dominant, ce que l'époque des gouvernements de Duplessis illustre de façon particulièrement forte⁸. Au milieu des années 1950, la religion (catholique et dans une

7. Les intervenants en soins spirituels sont aujourd'hui engagés par les établissements de santé et sont donc rémunérés par ces établissements selon les échelles salariales définies par la convention collective des professionnels de la santé. Leurs exigences de formation sont définies par le document des Orientations ministérielles du ministère de la santé (MSSS, 2010). En pratique, le profil de formation varie beaucoup mais plus de la moitié des intervenants possèdent plus que le minimum requis soit un baccalauréat en théologie ou en sciences religieuses. Les effectifs sont plutôt stables à travers le réseau soit autour de 500 professionnels dont la grande majorité travaille à temps partiel (J.-M. Charron, 2012).

8. Si l'Église catholique domine et semble si proche du pouvoir, cela profite aussi au gouvernement duplessiste d'alors, qui se veut nationaliste conservateur, mais dont les idées sont en fait plus proches des financiers et des industriels que des évêques catholiques.

bien moindre mesure protestante) occupe une place centrale au sein des principales institutions (la santé, les services sociaux et l'éducation) ; elle en dicte les valeurs et la morale, elle influence bon nombre des politiques (des programmes d'enseignement aux manuels scolaires en passant par la législation familiale et sociale) en plus de représenter un lobby puissant auprès des masses rurales, mais aussi urbaines, ainsi qu'une force économique considérable. Mais à partir de la fin des années 1950 et le début des années 1960, c'est toute la société québécoise qui est traversée d'un très important et rapide mouvement de sécularisation, entendu au sens d'un affaiblissement de la place et du rôle de la religion dans les institutions sociales et la culture. Comme bien souvent, les premiers signes de ce mouvement de sécularisation s'observent à partir d'une baisse de la pratique religieuse, baisse qui débute dans les années 1950 et qui s'accélère pendant les années 1960. Ainsi, alors que la pratique religieuse évoluait encore autour de 85 % en 1961, ces taux chutent autour de 31 % pour Montréal et autour de 37 % à 45 % pour la majorité des villes du Québec en 1971 (J. Hamelin, 1984) et autour de 20 % au début des années 1990 (M. Milot et J.-P. Proulx, 1998). Ce déclin de la pratique religieuse concerne d'abord l'Église catholique, dans une moindre mesure et plus tardivement les communautés protestantes et fort peu les autres religions, qui sont de plus en plus représentées du fait de l'immigration croissante. Cette désaffection populaire pour la pratique religieuse traditionnelle s'accompagne d'une prise en main des domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation par un gouvernement provincial désireux de « rattraper le retard » et de faire place à la modernité et aux idées libérales keynésiennes qui se développent à partir de la Deuxième Guerre mondiale (Y. Lamonde, 2010). Ainsi, on assiste notamment, au tout début des années 1960, à l'affiliation du Québec au programme d'assurance hospitalisation financé en partie par Ottawa⁹, et à la création du ministère de l'Éducation, qui permettent à l'État d'exercer un pouvoir de contrôle et d'orientation de plus en plus fort, même si la déconfessionnalisation religieuse en tant que telle ne se réalise pas en un jour. Cette prise en main des institutions par l'État reflète des changements culturels et sociaux majeurs qui se caractérisent par un rejet important des valeurs traditionnelles catholiques pour se tourner vers celles de la modernité (démocratie, libéralisme, individualisme, rationalité technique, etc.) (R. Mager et S. Cantin, 2010). Ces transformations touchent d'ailleurs la religion catholique elle-même qui se trouve confrontée à un triple mouvement de désaffection de ses membres, de critique interne de certains clercs et de laïcs qui demeurent pratiquants et de développement d'un pluralisme religieux tant dû à l'immigration qu'à un bricolage religieux caractéristique des années soixante en Occident. Le catholicisme

9. La loi de l'assurance hospitalisation de 1960 permet au gouvernement québécois d'assurer en bonne partie le financement des hôpitaux en retirant progressivement la gestion des établissements aux communautés religieuses. C'est en 1970 que le système d'assurance maladie québécois totalement laïc et de juridiction provinciale, tel qu'il existe encore aujourd'hui, est mis en place.

québécois en sortira profondément transformé et diminué, en quête d'avenir (R. Lemieux et J.-P. Montmigny, 2000). Néanmoins, la religion catholique demeure encore aujourd'hui au Québec un marqueur identitaire important, même si elle n'agit plus qu'au titre d'un référent culturel nationaliste, notamment réinvesti lors de crises identitaires comme ce fut le cas lors du débat sur les accommodements raisonnables et dans une moindre mesure lors de l'introduction d'un cours d'éthique et de culture religieuse dans les écoles publiques.

Comme pour l'éducation, la déconfessionnalisation des structures administratives de la santé et des services sociaux et leur prise en main par des laïcs et des fonctionnaires n'ont pas entraîné la disparition totale du religieux des murs des institutions sanitaires. La religion demeure ainsi visible tout d'abord dans l'architecture et le décor des hôpitaux et des centres de santé fondés par les congrégations religieuses. Et puis, après une réaction de rejet du religieux, qui s'explique en grande partie par une sorte de réplique à l'anti-scientisme clérical de la période précédente – notamment envers la psychologie ou la psychiatrie –, la médecine, la psychanalyse, la psychologie et les sciences infirmières se sont de nouveau intéressées à cette dimension de l'être humain qui échappait aux pronostics de sa disparition. Ces transformations – de l'extériorité de la religion vers l'intériorité du spirituel, mais aussi de la croyance vers la culture religieuse – illustrent donc une volonté politique originale au Québec. Celle-ci s'explique bien sûr par le nécessaire ménagement du haut clergé québécois face à sa perte de pouvoir et de prégnance institutionnelle et sociale. Mais ce modèle de laïcité qui se dit « ouvert » à la dimension religieuse et spirituelle s'explique aussi par un projet social de reconnaissance de la diversité et du pluralisme – qu'il soit religieux ou moral – qui passe par celle des droits individuels inscrits notamment dans les chartes québécoise et canadienne des droits et libertés. Cette reconnaissance de la religion et la conservation d'une certaine place pour ses dimensions individuelles (la spiritualité) et collectives (l'héritage d'une tradition et d'une majorité confessionnelle) ont rassuré l'Église catholique qui a pris acte de ces modifications. En quelques décennies à peine, ces transformations ont profondément modifié la profession de l'accompagnement spirituel au Québec. Les intervenants spirituels ont adapté leurs pratiques mais, par la détraditionnalisation de leurs fonctions – soit leur ouverture à d'autres croyances et valeurs et leur laïcisation relative – ils se heurtent aujourd'hui à un problème de légitimité institutionnelle important.

Les soins spirituels et le psychologique : quelles tensions ?

Une des tensions majeures auxquelles doivent faire face les intervenants en soins spirituels est le repositionnement de diverses professions soignantes (médecine, soins infirmiers, psychologie clinique, service social, pour ne nommer que celles-là) autour d'un nouvel objet : la spiritualité. La « spiritualité » comme

champ d'expertise et d'intervention est actuellement l'objet de convoitise de plusieurs professions de soin. Celles-ci revendiquent une compétence théorique – se traduisant par un effort de définir la spiritualité à partir des cadres épistémologiques et cliniques disciplinaires – et une compétence pratique par la production d'outils d'évaluation des patients (*spiritual assessment*) et d'outils d'intervention spirituelle (*spiritual care*) auprès d'eux, le cas échéant. Des états spirituels – différenciés d'états psychiques – peuvent être diagnostiqués et certains sont considérés comme pathologiques et justifient une intervention professionnelle. Dans ce contexte de développement d'un intérêt manifeste pour le spirituel par la majorité des professions du soin, les intervenants en soins spirituels doivent assurer leur visibilité, justifier leur présence et leur pertinence professionnelle dans un environnement laïc, mais ouvert à l'intervention spirituelle. Or, on le devine bien, l'intervention spirituelle n'est plus, en théorie du moins, l'apanage des seuls intervenants spirituels. L'hypothèse que nous faisons ici est que le passage de l'aumônerie confessionnelle « traditionnelle » à l'intervention désignée par l'appellation « soins spirituels » est facilité par une réception¹⁰ de manières de penser et de faire de la psychologie clinique et du *counseling* psychologique. Cette « psychologisation »¹¹ de la pratique de l'accompagnement spirituel ne date pas d'hier. Elle a précédé l'avènement des soins spirituels et avait déjà cours au temps de l'animation pastorale officiellement confessionnelle. En effet, la réception psychologique du spirituel s'inscrit dans le contexte de sécularisation rapide de la société et de laïcisation des institutions sanitaires, contexte que nous avons présenté plus haut. L'action pastorale s'est alors modifiée, passant d'une pastorale cléricale axée sur les sacrements de l'Église catholique – dans les hôpitaux catholiques – à une pastorale de l'accompagnement où la relation d'aide devient le mode prépondérant de l'intervention, dans des hôpitaux laïcs et auprès d'une clientèle de plus en plus sécularisée. Évidemment, ces changements s'accompagnent d'une décléricalisation partielle du corps professionnel d'aumôniers. La pastorale sacramentelle demeure, mais elle n'est plus le véhicule principal de la relation pastorale en établissement de santé. D'autres formes de ritualités péri- ou para-sacramentelles s'instaurent, diversifiant ainsi la palette d'intervention à la disponibilité des animateurs de pastorale. La relation d'aide est alors « reçue » par les professionnels de l'accompagnement pastoral et constitue l'un des éléments-clés dans les programmes universitaires et professionnels de formation¹². La discipline du *counseling* pastoral fait son apparition et

10. Le concept de réception (H. R. Jauss, 1990) est à prendre au sens du terme dans la théorie de l'herméneutique, c'est-à-dire comme un processus d'appropriation, par un groupe, d'un objet qui ne lui appartient pas, mais qu'il fait sien.

11. Ce terme a souvent une connotation négative dans le langage courant. Nous l'employons ici comme un terme descriptif et non comme un jugement de valeur.

12. Voir par exemple, l'œuvre de Jean Mombourquette, prêtre psychologue ayant enseigné dans les programmes de *counseling* de l'Université Saint-Paul (Ottawa, Canada), qui appuie sa théorie sur celle de Carl Gustav Jung. Ses ouvrages sont des « best-sellers » dans le domaine.

s'institutionnalise par le biais de programmes de formation et d'associations professionnelles¹³. Or, l'intérêt biomédical – intérêt des professions de soin – pour la spiritualité vient changer la donne et déstabiliser le « monopole » que l'animation pastorale détenait jusqu'alors sur cet objet. Les pratiques de counseling pastoral – ayant intégré les pratiques de la relation d'aide – parviennent de moins en moins à se démarquer dans l'institution sanitaire, surtout auprès de clientèles qui n'ont pas de « sensibilité » religieuse ou dont la socialisation s'est faite loin des Églises ou d'autres groupes religieux.

Qu'advient-il alors des soins spirituels dans cette nouvelle donne institutionnelle ? Les premiers marqueurs d'une psychologisation renouvelée sont apparents dans le langage. Délaissant un vocabulaire structuré dans des catégories religieuses – par les concepts de foi, de salut, de sacré, etc. – les intervenants en soins spirituels adoptent la *koinè* biomédicale pour discuter de leur objet et de leur travail. Ainsi, les concepts de *quête de sens*, de *besoins spirituels*, de *détresse spirituelle* ont été forgés par les théoriciens de disciplines biomédicales¹⁴. Mais plus éloquente encore que l'adoption de ces concepts par les intervenants en soins spirituels est la conception qu'ont ceux-ci des rapports entre spiritualité et religion. Les enquêtes sur le terrain québécois indiquent que les intervenants en soins spirituels font une distinction entre spiritualité et religion¹⁵. Pour eux, la spiritualité est une dimension intrinsèque de chaque être humain. Présente en tout être humain, elle acquiert du même coup un caractère d'universalité. Les religions, par contre, sont des créations culturelles ; elles ne peuvent donc être universalisées au même titre que la spiritualité. Ce sont des phénomènes contingents qui n'institutionnalisent que bien imparfaitement, quand elles y parviennent, l'expérience spirituelle des individus¹⁶. La thèse qui sous-tend

13. Les facultés de théologie des universités Laval (Québec), de Montréal (Montréal), de Sherbrooke (Sherbrooke) et la faculté des sciences humaines de l'Université Saint-Paul (Ottawa) offrent toutes des programmes de premier et de second cycle en accompagnement spirituel ou counseling pastoral.

14. Les concepts de besoin spirituel et de détresse spirituelle apparaissent d'abord dans le discours théorique des soins infirmiers. La détresse spirituelle est maintenant l'objet d'une définition diagnostique, élaborée par le NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) en 2007. Nous reviendrons plus loin sur ces concepts.

15. Des textes récents émanant du monde québécois de l'accompagnement spirituel incarnent bien cette tendance : J. Pereira (2007 : 96-106) ; Association des Intervenants et Intervenantes en Soins Spirituels du Québec (2007 : 2-3). L'AISSQ regroupe la majorité des membres de cette profession œuvrant dans les établissements de santé du Québec. La Commission Bouchard-Taylor est le pendant québécois de la Commission Stasi tenue en France.

16. Outre les catégories universalité/historicité-culturalité appliquées à la relation entre spiritualité et religion, d'autres catégories sont repérables dans le discours des professionnels soignants et des intervenants en soins spirituels québécois. La spiritualité est une expérience *personnelle* de *quête de sens*, un sens qui peut être trouvé sans référence à une tradition religieuse. La spiritualité est le signe de la *liberté* humaine puisqu'elle résulte d'un *choix*. La religion sera perçue comme une réalité *collective*, qui *donne le sens sans qu'une quête individuelle soit nécessaire*. La religion est associée aux *contraintes dogmatiques*, à l'exercice de *l'autorité*.

cette conception est que l'être humain est naturellement spirituel et culturellement religieux. Par ailleurs, le fait qu'il existe des spiritualités laïques ou des spiritualités athées est l'argument empirique le plus souvent invoqué pour démontrer que la spiritualité transcende les organisations religieuses et leurs traditions¹⁷. Il y a également un alignement de certaines pratiques des intervenants en soins spirituels sur celles des autres professionnels. Faire un diagnostic spirituel, établir un plan de soin ou un plan d'intervention font maintenant partie de l'arsenal des intervenants en soins spirituels. Par le diagnostic spirituel, l'intervenant cherche à évaluer la condition spirituelle du patient au moment précis de son passage dans le système sanitaire. Il voudra identifier les besoins spirituels du patient ou « mesurer » son état de détresse spirituelle, le cas échéant. Des outils cliniques pouvant être utilisés au chevet du patient sont proposés pour réaliser cette évaluation¹⁸. Par l'élaboration d'un plan de soin, l'intervenant détermine les étapes et la forme que prendra l'accompagnement spirituel d'un patient particulier¹⁹. Le plan sera proposé au patient et, avec son accord, les modalités convenues seront mises en œuvre. Le plan sera éventuellement, mais non obligatoirement, consigné dans son dossier socio-sanitaire. Ces nouveautés langagières et cliniques des intervenants en soins spirituels prennent sens ou se comprennent dès lors que le spirituel, en tant qu'objet d'intervention ainsi que comme champ d'expertise et de pratique au sein de l'institution sanitaire, possède des contours flous. La recension de la littérature biomédicale (M.-J. Gisjberts, M. A. Echteld, J. T. Van der Steen, M. T. Muller, R. H. Otten, M. W. Ribbe, L. Deliens, 2011 ;

Elle *impose* les croyances. Enfin, elle est *statique*, elle n'incite pas au questionnement (G. Jobin *et al.*, 2013 : 19-20). Ces distinctions rencontrées dans les discours des répondants recourent celles que l'on retrouve dans les récents manuels de formation clinique des mêmes professions (G. Jobin, 2012 : 11-18).

17. Cette opposition entre spiritualité anthropologique et religions culturelles n'est pas de notre cru, mais bien celle que l'on retrouve dans la littérature produite par les intervenants en soins spirituels eux-mêmes. C'est, pour nous, une évidence qu'il y a toujours eu place pour les trajectoires spirituelles subjectives au sein des traditions religieuses, notamment au sein du christianisme institutionnel. Mais l'enjeu ici est de présenter le discours des soignants et des intervenants en soins spirituels tel qu'il se donne à lire, dans leur littérature professionnelle.

18. Ces outils se présentent sous deux formes. Premièrement, il s'agit de questionnaires standardisés (questionnaire HOPE sur les ressources spirituelles disponibles pour le patient (G. Anandarajah, E. Hight, 2001) ; des échelles de mesure auto-administrées comme le Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spirituality (FACIT-Sp, 2007) ou le Spiritual Well-Being Scale (SWBS, 1982). Deuxièmement, les intervenants peuvent utiliser des guides d'entrevue comme le 7x7 Spiritual Assessment Tool (2002) ou le Spiritual Distress Assessment Tool (2010). Dans la pratique québécoise de l'accompagnement spirituel, l'utilisation de tels outils est rare. Les intervenants se fieront aux aptitudes dialogales développées lors de leur formation (initiale et continue) et à leur expérience clinique. Cependant, le vocabulaire du « diagnostic spirituel » est prégnant dans le langage courant.

19. La planification porte habituellement sur des items tels que le nombre et le contenu des rencontres avec le patient (avec un échancier), l'administration de rites et la rencontre avec des représentants de la tradition religieuse d'appartenance du patient ; la référence à d'autres professionnels de la santé ; l'information à donner aux proches, etc.

J. M. Lazenby, 2010 ; M. Vachon, L. Fillion et M. Achille, 2009 : 55-56 ; B. J. Zinnbauer, K. I. Pargament, A. B. Scott, 1999) et la recherche empirique (G. Jobin *et al.*, 2013) montrent que, s'il y a une certaine unanimité interdisciplinaire dans les définitions de la spiritualité²⁰, il reste tout de même que chaque discipline du soin interprète le phénomène spirituel à sa façon, « investit » le concept et élabore ses pratiques à partir de ses propres valeurs et intérêts. Prenons l'exemple de la pratique des soins palliatifs où la pertinence clinique de la spiritualité est interprétée différemment selon les professions impliquées. Les infirmières conçoivent l'expérience spirituelle en temps de maladie par les concepts de bien-être spirituel (qu'elles partagent avec les psychologues), de besoin et de détresse spirituels (P. Potter, A. Perry, *et al.*, 2009 : 437 ; G. Jobin *et al.*, 2013 : 21-22). Les médecins, de leur côté, interprètent la prise en compte de la spiritualité à partir de la distinction entre soins à visée curative et soins à visée palliative. Selon eux, la démarcation entre les deux visées vient de ce que les soins palliatifs comportent, en plus de l'atténuation de la douleur totale, une attention à l'expérience spirituelle des patients (G. Jobin *et al.*, 2013 : 22). Enfin, les travailleurs sociaux comprendront la spiritualité comme une dimension des relations intersubjectives (J. Coates, 2007 : 10 ; S. Todd, D. Coholic, 2007 : 5-25). En somme, l'indétermination de l'objet, conjuguée à une dévaluation relative du capital symbolique des traditions religieuses, notamment dans les milieux de soins, peuvent rendre compte du déplacement langagier et pratique²¹ qui constitue, en quelque sorte, l'émergence des soins spirituels dans les hôpitaux québécois.

Vers une formalisation psychologisante du spirituel

La convergence de ces forces extra- et intra-institutionnelles au sein des établissements de santé québécois engendre une formalisation psychologisante du spirituel, c'est-à-dire que la spiritualité ou les expériences spirituelles en temps de maladie ou de mort imminente sont souvent décrites en utilisant le vocabulaire de la psychologie, comme en témoignent les critiques récentes qui se font lire dans la littérature biomédicale (Koenig, 2008 : 9 ; J. Clarke, 2009 : 1666-1673). Ainsi, le « bien-être spirituel » est souvent décrit (et confondu, ajouteront les critiques) avec le bien-être psychologique. Il en va de même avec le concept de « détresse spirituelle », qui a souvent les caractéristiques de l'état dépressif. Mais surtout, c'est l'identification – dans le discours des intervenants spirituels – de la spiritualité avec la « quête de sens » – en lieu et place de la notion de salut ou de sacré – qui manifeste la psychologisation. En effet, la « recherche de sens » (*meaning*), héritée des approches psychologiques humanistes a migré dans le

20. Cf. note 16.

21. Quoique sur ce dernier point, il faut mentionner que demeure un type d'accompagnement spirituel ayant un caractère confessionnel, voire sacramental dans le cas du catholicisme ; qu'il n'est plus impératif, mais bien optionnel et qu'il est prodigué selon les désirs des patients et/ou de leur famille.

vocabulaire des intervenants en soins spirituels. L'acception donnée à la notion de « sens », dans l'expression « quête de sens », est en effet synonyme de « finalités à poursuivre » mais également de « signification à la vie et à ma vie en particulier ». Cette représentation de la spiritualité comme une quête de sens place l'humain au cœur du processus de signification et d'élaboration de sens, comme le seul acteur – le constructeur – d'un sens à sa vie, sens propre à chacun, toujours temporaire et contextuel, toujours en élaboration. Cette représentation de la spiritualité contraste assez singulièrement avec le cadre théologique chrétien traditionnel et avec le modèle d'action pastorale classique pour lesquels – et pour le dire vite – le sens de la vie n'est pas à bâtir, car il est déjà là ; c'est Dieu qui sauve, l'homme en étant réduit à invoquer son aide et son soutien. Cependant, l'acception de la spiritualité comme quête de sens, c'est-à-dire comme travail sur soi, trouve place et reconnaissance auprès des travailleurs sociaux²², des infirmières²³ ou des médecins²⁴. Un second exemple est celui de la reprise, dans le vocabulaire des accompagnateurs spirituels, de la notion de « besoin spirituel ». Inspirée par la théorie des besoins d'Abraham Maslow, Virginia Henderson (1955), infirmière états-unienne et théoricienne des soins infirmiers, identifiait quatorze besoins fondamentaux éprouvés par les patients en temps de maladie. Parmi ces besoins, un besoin spirituel est formulé comme le besoin de pratique religieuse selon l'appartenance religieuse du patient. On remarquera que ce besoin prend, chez Henderson, une acception culturelle. La reprise ultérieure, par d'autres théoriciens des soins infirmiers, de la théorie hendersonnienne

22. Pour les notes 23-25, nous laissons la parole aux répondants de notre étude déjà citée (G. Jobin *et al.*, 2013). Un travailleur social explique que le lien entre les soins palliatifs et la spiritualité est le confort, la spiritualité étant le confort de l'âme : « Le lien entre les deux, et bien c'est le confort. Alors ça peut être le confort de l'âme parce que je définis un peu la spiritualité avec le sens et l'âme. Les soins palliatifs, par définition, c'est la fin de vie, c'est le confort autant du spirituel que du physique ».

23. À propos de l'existence d'un besoin spirituel chez les patients, une infirmière nous dira : « Ça fait partie des besoins de l'être humain. On parlait tantôt de laver le patient, de nettoyer sa bouche, de le faire manger, mais ça (la spiritualité), c'est là aussi. Je veux dire, tu ne peux pas mettre ça de côté, ce besoin-là. Il est là ».

24. Une femme médecin indique que si elle reconnaît une place à la spiritualité, celle-ci doit être l'objet d'une approche interdisciplinaire : « Les soins palliatifs pour moi ce sont les soins de confort qu'on apporte aux patients, accompagner avec des soins médicaux mais accompagner aussi toutes les douleurs morales, spirituelles. Les soins palliatifs ça englobe la spiritualité. C'est multidisciplinaire. Quand tu entends soins palliatifs, il n'y a pas juste le médecin. Le médecin n'est jamais là tout seul. Il y a toute une équipe. Ce qui amène la spiritualité là-dedans, c'est que c'est l'intervention de chacun qui intervient différemment selon son niveau d'expertise, son expérience de la vie et aussi ses connaissances aussi scientifiques. Quand X [l'intervenant en soins spirituels] vient voir un patient, il n'a pas la même discussion que moi. C'est spirituel. Je suis aussi spirituelle mais on n'est pas nécessairement au même niveau parce que nos connaissances ne sont pas les mêmes, mais les soins palliatifs ça englobe la spiritualité. Le spirituel n'y est pas seul. C'est inclus ». Cette citation du médecin montre à la fois son ouverture à la dimension spirituelle de l'expérience de la maladie et son souci déontologique de laisser une personne formée intervenir dans ce domaine.

des besoins délaissera cette acception culturelle pour adopter le langage du besoin spirituel comme quête de sens. Et c'est cette seconde acception, plus tardive, qu'adopteront les accompagnateurs spirituels²⁵. Un dernier aspect de la formalisation du spirituel apparaît de manière manifeste dans les discours et les pratiques spirituels tenus par les professionnels du soin œuvrant en soins palliatifs, et notamment dans de nouvelles formes de ritualité. Il consiste en l'élaboration et la validation de protocoles de soin pour tous les domaines d'intervention des agents hospitaliers, et la prise en charge de la spiritualité n'y échappe pas. Il s'agit alors d'élaborer un protocole de prise en charge spirituelle auprès d'une population ciblée en fonction d'un domaine précis du soin – les soins palliatifs et de fin de vie, par exemple – qui sera ensuite testé pour en évaluer l'efficacité et la faisabilité. Un exemple de ce type de protocole est la « thérapie de la dignité », un protocole élaboré par le psychiatre Harvey Max Chochinov de l'Université du Manitoba (H. M. Chochinov, 2006 : 84-103 ; G. N. Thomson, H. M. Chochinov, 2008 : 49-53). Pensée en vue d'une application dans le régime des soins palliatifs et de fin de vie, cette approche poursuit les mêmes buts que les soins palliatifs eux-mêmes, soit : améliorer la qualité de vie, rehausser le bien-être spirituel et existentiel et réduire la souffrance (H. M. Chochinov, 2006 : 97). Le protocole de thérapie de la dignité s'ajoute à une panoplie d'interventions déjà proposées dans la littérature des soins palliatifs et que H. M. Chochinov qualifie de générales, c'est-à-dire qui ne sont pas nécessairement réservées aux besoins des patients en soin palliatif et en fin de vie (H. M. Chochinov, *Ibid.*) :

- des interventions qui, selon des infirmières, sont spirituelles : tenir la main du patient, écouter, rire, prier et « être présent » avec le patient ;
- des actions pouvant être faites pour traiter la souffrance spirituelle/existentielle : contrôler les symptômes physiques, encourager une révision de vie ; explorer la culpabilité, les regrets, le pardon et la réconciliation ; faciliter l'expression religieuse ; mettre l'accent sur des pratiques de méditation qui font la promotion du « *healing* » plutôt que la guérison ;
- des psychothérapies de groupe peuvent aussi être effectives : des *spirituality- and meaning-centered group therapy* ;
- enfin, des techniques de visualisation sont proposées, par exemple, en suggérant de voir Dieu comme un partenaire à l'œuvre dans le processus de groupe, etc.

Ces interventions, ponctuelles ou programmatiques, tirent leur légitimité à la fois des définitions ambiantes de la spiritualité et des attentes ou besoins discernés dans les milieux de soin. Le protocole de la thérapie de la dignité prévoit la production assistée d'un document dit de générativité destiné aux proches de la personne mourante. Il s'agit d'un document qui tient à la fois de la révision de vie et du testament « spirituel » (H. M. Chochinov, 2005 : 5522).

25. Par exemple, C. Allen *et al.* (1980 : 231-266).

Il est élaboré à partir d'un guide d'entrevue et d'une rencontre avec un membre de l'équipe de recherche. Dans une adaptation de ce protocole de recherche au Québec, on met sur pied des groupes de parole. Pour justifier la démarche, on dira que les interventions conservent ou protègent la dignité (G. N. Thompson, H. M. Chochinov, 2008 : 51). Cela suppose que la dignité est menacée par la maladie et qu'elle peut l'être aussi par une approche technique/mécaniste du soin (H. M. Chochinov, 2006 : 100-101). En quoi ces pratiques de recherche clinique sont-elles des instances rituelles ? Il ne s'agit pas ici de mobiliser de théorie de la ritualité pour répondre à cette question. Il s'agit plutôt de montrer que, dans le contexte précis de la fin de vie, ces pratiques psychologiques contemporaines viennent prendre le relais de pratiques religieuses traditionnelles dont le but était aussi de préparer à la mort et d'aider ceux qui assistent les mourants (F. Bayard, 1999 : 15). Les protocoles psychothérapeutiques actuels sont donc à rapprocher de l'*Ars moriendi*, apparu dans l'Europe chrétienne du XV^e siècle, qui avait pour but de « faire le salut de son âme, éviter la seconde mort, la plus terrible pour le croyant puisqu'elle implique sa damnation » (*Ibid.* : 14). L'*Ars moriendi* a fait par la suite des petits, donnant naissance à des *Exhortations aux mourants* (M. Viller, 1935) et au genre littéraire des « préparations à la mort » dont l'une des plus célèbres productions est celle que l'humaniste Érasme écrivit et publia à la fin de sa vie (Érasme, 1976). À la fois outil d'encadrement (F. Bayard, 1999 : 77-104) du temps d'agonie et guide pratique d'accompagnement (*Ibid.* : 107-142), l'*Ars moriendi* jouait le rôle d'outil de perfectionnement. C'est à peu de choses près le même rôle que peuvent jouer les stratégies contemporaines d'accompagnement des épreuves spirituelles en soins palliatifs et en fin de vie. La perfection dont il est question dans l'accompagnement spirituel contemporain n'est plus uniquement celle qui a la vie éternelle comme visée. Ce n'est guère plus l'idéal de santé parfaite qui est ici mobilisateur. La perfection recherchée ici semble avant tout centrée sur les relations à soi et aux autres, avant de mourir. L'objet et la portée de la perfection visée par les pratiques d'accompagnement en fin de vie sont ainsi transférés de ce côté-ci de la frontière de la mort²⁶. Et s'il y a un effet de ces pratiques après la mort, ce seront les vivants restants qui en seront les bénéficiaires, lorsque cette préoccupation est inscrite dans le protocole d'accompagnement. Qui dit perfectionnement dit aussi travail et labeur. À l'instar de l'*Ars moriendi*, les protocoles psychothérapeutiques demandent un effort, un effort ultime pour qui vit un état psychique diagnostiqué comme « pathologique » et qui veut entrer dans une démarche de correction de la situation. L'effort est orienté par et vers ce qui a été validé comme efficace, d'un point de vue psychothérapeutique, c'est-à-dire la quête de sens, la pacification, etc. L'effort ultime est de l'ordre de la *poiësis*, c'est-à-dire de l'autoproduction.

26. Ces pratiques sont celles que nous venons d'évoquer en décrivant les travaux de H. M. Chochinov.

En l'occurrence, il s'agit de la production d'un soi différent, d'un soi dont la dignité serait restaurée si elle a été diminuée par la maladie et par les soins prodigués. Ce peut être aussi un travail de protection de la dignité si elle est menacée. Cette *poiësis* terminale, cette autoproduction terminale concrétise un idéal qui n'est pas neutre, un idéal qui transpose dans le régime des soins palliatifs une manière de penser et de faire déjà présente dans d'autres domaines de la biomédecine. Il s'agit, en somme, de la promotion d'une santé spirituelle parfaite, dont les paramètres sont aisément repérables, identifiables, quantifiables et atteignables. C'est un idéal normalisant qui permet de distinguer ce qui est sain de ce qui est pathologique dans l'expérience spirituelle liée à la morbidité. Et même, dépassant cette distinction entre le normal et le pathologique, cette norme du spirituel balise également les procédures de sortie du pathologique et de cheminement vers la santé spirituelle.

En somme, l'émergence de l'intervention en soins spirituels résulte d'une série de transformations, lesquelles sont induites par un repositionnement des professions soignantes autour de l'objet « spiritualité » – ce sont des facteurs intra-institutionnels – et par la répercussion dans les institutions sanitaires de mutations socioculturelles – ce sont des facteurs extra-institutionnels. Les transformations ne se limitent pas aux marqueurs langagiers et aux pratiques que nous avons identifiés. Elles touchent la représentation même de la spiritualité. On peut certainement parler d'un processus d'immanentisation du spirituel qui est à l'œuvre dans la pensée biomédicale et qui est relayé, à des degrés divers, dans le discours et dans les représentations des intervenants en soins spirituels²⁷ ; de détraditionnalisation de certains capitaux symboliques religieux, dont le spirituel, que vont tenter de s'accaparer divers agents extérieurs au champ religieux. Cette libération du spirituel intéresse ainsi au premier chef les agents de la psychologie, longtemps adversaires de la religion, mais qui voient peut-être dans le spirituel une récupération scientifique possible du « besoin de croire ».

Quels enjeux ?

Une analyse sociologique d'inspiration bourdieusienne des rapports entre spiritualité, religion et santé apparaît tout à fait pertinente pour concevoir ces trois notions comme autant de capitaux dont le différentiel de valeur symbolique dans

27. Cf. les notes 16 à 19. L'immanentisation du spirituel est donc un phénomène herméneutique qui « ramène sur terre » les fondements de la vie spirituelle et qui donne prise à une mesure de l'expérience spirituelle des patients. Des intervenants québécois en soins spirituels emprunteront le langage de la « spiritométrie » (la mesure du spirituel) pour décrire leur travail, cf. Gaston Lachance, « La professionnalisation des soins spirituels. Défis, promesses et limites », Congrès de l'Association des Intervenantes et Intervenants en Soins Spirituels du Québec, 27-29 septembre 2012, <http://aiissq.org/pdf/Seminaire%2001%20-%20Professionnalisation%20des%20soins%20spirituels%20-%20Gaston%20Lachance.pdf>, consulté le 20 mai 2013.

les institutions sanitaires québécoises est directement lié à leur autonomisation par rapport au champ religieux et au contrôle de ses agents cléricaux. La spiritualité en particulier devient disponible pour un réinvestissement par un certain nombre d'agents parmi lesquels les médecins, les psychologues, les infirmières et bien sûr les intervenants en soins spirituels sont les plus intéressés. Néanmoins, spiritualité, religion et psyché ne passent pas d'un champ à un autre sans s'influencer mutuellement et sans se transformer et transformer les champs d'intervention médicaux, infirmiers, psychologiques et religieux. L'intérêt croissant pour le spirituel a donc des conséquences et soulève des enjeux très pragmatiques mais également beaucoup plus globaux et sociologiques que les agents n'ont peut-être pas totalement discernés.

Étant donné que le milieu sanitaire hospitalier est essentiellement le lieu d'exercice idéal du pouvoir biomédical ; étant donné l'intérêt que le capital spirituel revêt pour les psychologues et les psychanalystes ; étant donné le contexte de sécularisation et de laïcisation présenté plus haut ; étant donné la relative disponibilité du capital « spirituel » et la relative faiblesse des intervenants qui s'en occupaient jusqu'alors, il apparaît clairement que c'est vers le champ de la psychologie que le spirituel est actuellement attiré. Les intervenants en soins spirituels tentent de réagir, mais les critères de vérité en milieu de santé étant largement biomédicaux, c'est en empruntant largement au vocabulaire psychologique et en tout cas rationaliste que ces intervenants orientent leur argumentation. Et ceci entraîne des transformations importantes dans la représentation du spirituel qui se rationalise ou plutôt qui se psychologise. Cette tendance est bien sûr renforcée par les psychologues et les infirmières qui transforment le spirituel en une dimension de l'esprit sur laquelle leurs compétences professionnelles sont outillées. Pourtant, concrètement, ce sont les intervenants en soins spirituels qui ont œuvré pour que la dénomination de leur profession mette l'accent sur deux caractéristiques :

- le soin : les anciens animateurs de pastorale hospitalière souhaitent faire reconnaître leurs interventions spirituelles comme des actes de soin à part entière, ce qui implique l'élaboration de diagnostics, de thérapies et d'états spirituels désirés ou non, etc. ;
- le spirituel : dépassant la religion, le spirituel devrait permettre aux intervenants de déconfessionnaliser et de détraditionnaliser leur approche afin de faire place au pluralisme, incluant dans leur mandat d'intervenir auprès d'autres traditions religieuses, mais aussi des athées, des sans-religions, etc.

Cette définition identitaire professionnelle – qui se distingue des modèles européens plus axés sur l'accompagnement –, s'effectue synchroniquement avec l'inscription du spirituel dans les champs d'activité du psychologue, de l'infirmière et du médecin²⁸. Dès lors, la question se pose aujourd'hui : quelles sont

28. La littérature biomédicale assigne trois types d'« intervention » spirituelle en temps de maladie : 1) la prise de l'histoire spirituelle (l'anamnèse spirituelle) afin que les soignants

les compétences et les connaissances indispensables à l'intervention professionnelle sur des questions spirituelles ? Il s'agit en effet de déterminer ce qui caractérise la particularité des intervenants en soins spirituels, sachant que les autres agents détenant le plus important capital de pouvoir à l'hôpital (et au premier chef les médecins et les psychologues ou les psychiatres) prétendent eux aussi intervenir sur le spirituel. Cette question des « actes potentiellement réservés » ou des « rôles propres » aux intervenants en soins spirituels s'accompagne nécessairement de la suivante : qui définit les compétences de l'intervention spirituelle ou du soin spirituel ? Cette question est en effet fondamentale compte tenu du fait que la spiritualité est objet d'intérêt pour toutes les professions à l'hôpital et se trouve donc inscrite au cœur des luttes de pouvoir institutionnelles. Or, quelle résistance peut aujourd'hui offrir l'intervenant en soins spirituels, détaché de sa tradition religieuse et donc sans soutien ecclésial, dans un contexte général de pénurie budgétaire, face aux médecins, aux psychologues et aux infirmières ? Un exemple permet d'illustrer ce problème pratique de définition objective des tâches ; il concerne particulièrement les soins palliatifs mais peut être étendu aux autres secteurs du soin. La Direction de la lutte contre le cancer (Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec) a publié en avril 2008 un *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*. Dans ce plan résultant d'un travail de plusieurs années de discussion entre la Direction et des représentants des différents groupes d'intervenants en soins palliatifs, sont identifiées les compétences communes requises de tous les intervenants et celles qui sont spécifiques à chaque catégorie professionnelle et aux bénévoles. On y répartit les intervenants en trois catégories d'intervention : les soins (médecins, pharmaciens, infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénévoles) ; l'adaptation (physiothérapeutes, ergothérapeutes, diététiciens/nutritionnistes, travailleurs sociaux, psychologues, animateurs de pastorale) et l'accompagnement bénévole (bénévoles). Cette répartition est déjà éloquentة puisqu'elle assimile au même type d'intervention la psychologie et l'accompagnement spirituel (p. 16). Cette association de la psychologie et de l'accompagnement spirituel est

puissent connaître le background du patient en vue de mieux planifier les soins et de tenir compte, dans la mesure du possible, des prescriptions religieuses dans le plan de soin ; 2) l'évaluation spirituelle où l'on cherche soit à identifier les besoins spirituels des patients ou encore à mesurer leur état (bien-être ou détresse spirituels) ; 3) l'intervention spirituelle proprement dite, qui consiste soit en un accompagnement spirituel, soit en la performance d'un rite, à la demande du patient (Jobin, 2012 : 25-32). Outre les intervenants en soins spirituels, d'autres professionnels du soin revendiquent une compétence pour réaliser l'un ou l'autre de ces types d'intervention. Ces revendications traversent toute la littérature biomédicale sur la spiritualité en temps de maladie. La réalisation de ces types d'intervention dépendra bien évidemment des conditions institutionnelles. À ce chapitre, il est clair qu'au Québec les conditions de travail dans les établissements sanitaires ne permettent pas aux soignants de réaliser leurs souhaits. Il y a un fossé entre la volonté d'intervenir, bien affirmée, et la possibilité de le faire. En pratique donc, sauf en ce qui concerne l'anamnèse spirituelle qui peut parfois être réalisée par le médecin traitant en cabinet, les autres types d'intervention sont encore principalement faites par les intervenants en soins spirituels.

renforcée dans le document qui, déclinant les dix domaines de compétences en soins palliatifs, amalgame les besoins psychosociaux et spirituels dans le même domaine (p. 15). La description des compétences propres à chaque profession est aussi révélatrice des repositionnements à l'œuvre dans l'institution sanitaire. Bien que le rôle et les compétences de l'accompagnateur spirituel soient amplement décrits dans le document, il n'en demeure pas moins que c'est dans l'énumération des compétences des psychologues et des travailleurs sociaux (et d'eux uniquement !) qu'apparaissent les mots « spiritualité » et « foi ». Ces professions se voient assigner la tâche d'explorer la spiritualité et la foi des patients, de même que les valeurs et les croyances dans une évaluation psychologique (p. 120) ou dans une évaluation psychosociale (p. 133). Que ces mots soient associés exclusivement à la psychologie et au service social alors que les accompagnateurs spirituels sont désignés comme les spécialistes du spirituel et du religieux n'est pas anodin. Ce transfert de compétences du monde de l'accompagnement spirituel vers celui de l'évaluation psychosociale illustre les chevauchements que la nouvelle donne institutionnelle socio-sanitaire provoque au Québec.

Les modalités de la représentation du spirituel dans l'équipe de soin

On l'a vu, le développement d'une vision intégrale de la personne depuis les années 1980 a progressivement entraîné l'intégration du spirituel aux dimensions biologiques, psychologiques et sociales des personnes soignées. Cette nouvelle représentation du patient et de la maladie ou de la souffrance s'est accompagnée de nouvelles pratiques dont le développement des équipes multi et interdisciplinaires. Ces dernières illustrent une volonté d'intégration du patient dans son plan d'intervention et l'invitation qui est faite à chaque professionnel de respecter les champs de compétences de chacun et même d'y faire place dans l'élaboration des diagnostics et la réalisation des soins. Ces équipes fonctionnent donc sur le principe de la complémentarité des agents et donc sur la particularité de chaque approche disciplinaire. Toutefois, le langage utilisé lors de ces rencontres demeure bien souvent le langage biomédical : pour faire valoir son idée sur le patient, il faut la justifier en des arguments compréhensibles du médecin de façon à emporter l'adhésion du détenteur du plus important capital de pouvoir dans l'équipe. Comment procède l'intervenant en soins spirituels (ISS) pour faire comprendre à ses collègues la nécessité, par exemple, d'inclure dans le plan d'intervention d'un patient une rencontre par jour avec l'ISS ? En diagnostiquant une souffrance spirituelle, une détresse spirituelle, de l'anxiété face à la mort, à la perte, etc., et en établissant une finalité immédiate aux interventions : l'acceptation des traitements, le calme, la paix, etc.²⁹. On voit bien que les intervenants ont intégré les règles du jeu langagier hospitalier dans ces équipes et que, par

29. Entrevues avec 6 intervenants en soins spirituels et 2 médecins, janvier à mars 2009, Saguenay-Lac-Saint-Jean (Québec).

une argumentation psychologique et en laissant envisager un patient qui coopère aux soins, l'intervenant en soins spirituels justifie son rôle et sa fonction. Mais ce que ces pratiques laissent aussi transparaître, c'est le caractère monarchique, voire tyrannique, des représentations psychologiques de la vie de l'esprit. La médecine concède un rôle à ce qui n'est pas biomédical, mais ne semble pas posséder les outils herméneutiques pour faire place à davantage que le psychologique. Conséquence de ces jeux de langage auxquels participent les intervenants en soins spirituels, la spiritualité devient un objet transdisciplinaire que psychologues, travailleurs sociaux et médecins peuvent intégrer à leurs propres pratiques sans plus avoir besoin d'un spécialiste. L'intervenant en soins spirituels est évidemment perdant ici, mais le fondement de l'équipe interdisciplinaire aussi puisque chacun peut finalement intervenir dans le champ de compétence des autres.

Idéal de reconnaissance du religieux et réalité institutionnelle

L'histoire récente des relations entre religion et santé au Québec est ainsi caractérisée par un double mouvement de séparation des champs et dans le même temps, de récupération de certains éléments de la religion par le champ biomédical. D'ailleurs, tous les éléments présentés jusqu'ici tentent de montrer combien la laïcisation et la déconfessionnalisation des institutions sanitaires au Québec n'ont pas entraîné la disparition complète du phénomène religieux. Toutefois, celui-ci s'est transformé. Aujourd'hui, dans les institutions de soin, on reconnaît une pertinence de certaines composantes du religieux pour permettre le bien-être et même la guérison des malades. Ces éléments sont de deux types : 1) on reconnaît le support social apporté par les communautés de foi, notamment par l'aide matérielle et le support affectif et 2) on reconnaît la force et l'apaisement qu'apporte la spiritualité en ce qu'elle donne un sens et un sentiment de prégnance, de possibilité d'agir sur la maladie et la souffrance. Ce n'est donc pas l'ensemble du phénomène religieux qui est reconnu par l'institution hospitalière et par ses agents, mais, finalement, seulement les éléments qui entrent en dialogue avec le vocabulaire psychologique. Ne sont par exemple pas reconnus comme pertinents ou plutôt recherchés, les sentiments de transcendance, les expériences religieuses déstabilisantes, les prières de dévotion ou d'intercession, etc. Cette reconnaissance partielle du religieux à l'hôpital se retrouve également dans le système éducatif québécois où l'on trouve place pour le religieux comme phénomène culturel (la culture religieuse est enseignée) et comme dimension anthropologique de l'élève, soit sa capacité à chercher du sens. Dans ces deux institutions, comme dans l'ensemble de l'espace public québécois, la reconnaissance de la religion se justifie par une fonctionnalisation de celle-ci. L'argumentaire étatique s'appuie donc sur le rôle que peuvent jouer certains éléments religieux dans l'accomplissement d'une personne et d'une société (fonctions socialisantes et individualisantes) pour permettre à la religion de prendre place dans l'espace

public. Mais cette place est directement dépendante de la fonction : l'appartenance à une culture religieuse a sa place à l'école lorsqu'il s'agit de célébrer l'histoire nationale, mais pas lorsqu'il s'agit de fabriquer de la citoyenneté. La spiritualité, elle, n'est pas pertinente pour transmettre des valeurs, mais tout à fait bienvenue pour fonder une implication citoyenne ou caritative. Dès lors, peut-on parler, au sens fort, de reconnaissance de la religion ? De reconnaissance de la spiritualité ? Théoriquement, la reconnaissance vise l'accueil de l'autre dans son altérité, ce qui permet de s'enrichir de sa singularité, or ce n'est pas réellement de cela qu'il s'agit dans le cas de la spiritualité et de la santé. À l'hôpital, il serait en effet plus juste de parler de transformation, au sens simmelien du terme, ou plus simplement d'acculturation de la religion et du spirituel au paradigme – à *l'épistémè* dirait Foucault – biomédical. Cette acculturation de la spiritualité passe par le psychologique du fait de sa grande « affinité élective » avec les capitaux symboliques spirituels. Dès lors, à l'aune du respect des compétences de chacun et de l'autonomie professionnelle des intervenants, la psychologisation du religieux que l'on constate dans les institutions sanitaires apparaît très critiquable. En effet si elle devait aboutir, cette psychologisation rendrait inutile l'ouverture du biomédical à cette dimension spirituelle, après l'ajout du psychologique et du social. Car pour jouer son rôle, le spirituel doit demeurer distinct des autres domaines d'intervention, ce qui ne semble pas être le cas, et ce même si, en apparence, ce spirituel a une place et un rôle enviables dans les institutions sanitaires... Et c'est sans doute là que réside le plus grand paradoxe de l'intervention spirituelle : alors que la vogue actuelle pour le spirituel semblait démontrer une crise du biomédical et une contre-attaque religieuse à l'omnipotence de la médecine et de la psychologie, il semble que l'on soit plutôt devant une nouvelle manifestation de la toute-puissance de la science. Les intervenants du soin spirituel sont en effet happés par un double mouvement socioculturel et institutionnel qui les pousse au mimétisme des pratiques et des discours, calant leur argumentation et leurs interventions sur celles des autres intervenants de leur institution. De cette psychologisation du spirituel, aucun des champs ne sort réellement gagnant, même si la religion est apparemment la grande perdante. Mais le biomédical perd aussi à ce jeu de la traduction immédiate de la spiritualité en termes psychologiques ou biomédicaux. En effet, le religieux demeure encore aujourd'hui l'un des rares champs symboliques qui lui échappent, face auquel il peut donc se définir et grâce auquel il peut s'interroger.

Jacques CHERBLANC

LERARS – Université du Québec à Chicoutimi

jacques_cherblanc@uqac.ca

Guy JOBIN

CRSS – Université Laval

guy.jobin.2@ulaval.ca

Bibliographie

- ALLEN Christina *et al.*, 1980, « Meeting Spiritual Needs », in Ajemian I., Mount B. (éds.), *The Royal Victoria Hospital Manual on Palliative/Hospice Care*, New York, Arno Press, p. 231-266.
- ANANDARAJAH Gowry, HIGHT Ellen, 2001, « Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment », *American Family Physician*, vol. 63, n° 1, p. 81-89.
- ASSOCIATION DES INTERVENANTS ET INTERVENANTES EN SOINS SPIRITUELS DU QUÉBEC (AISSQ), 2007, *Les soins spirituels dans les établissements publics de santé et de services sociaux*, mémoire présenté à la Commission de consultation sur les pratiques d'accommodements reliées aux différences culturelles, http://www.aiissq.org/francais/documents/memoire_comm_bouchard_taylor_aiissq_7.11.2007.pdf, page consultée le 13 septembre 2011.
- BAYARD Florence, 1999, *L'art de bien mourir au XV^e siècle*, Paris, Presses de l'université de Paris-Sorbonne.
- CHARLES Aline, 2003, « Women's Work in Eclipse: Nuns in Quebec Hospitals, 1940-1980 », in Feldberg G., Ladd-Taylor M., Li A., McPherson K. (dir.), *Women, Health and Nation: Canada and the United States Since 1945*, McGill-Queen's University Press, p. 264-291.
- CHARRON Jean-Marc, 2012, *Les services de soins spirituels au Québec : un état des lieux*, <http://www.cerum.umontreal.ca/cerum/conferences-midi/charron%20nyabenda.htm>, page consultée le 21 décembre 2012.
- CHERBLANC Jacques, 2010, « Modernité, religion et éducation au Québec : de la régulation religieuse de l'éducation à la régulation politique du spirituel », in Mager R., Cantin S. (dir.), *Modernité et religion au Québec : où en sommes-nous ?*, Québec, Presses de l'Université Laval, p. 293-306.
- , 2011, « Analyse simmelienne du développement de la notion de spiritualité chez les intervenants en santé », *Spiritualité et santé*, Québec, Presses de l'Université Laval, (à paraître).
- CHOCHINOV Harvey Max, 2006, « Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care », *CA. A Cancer Journal for the Clinicians*, vol. 56, p. 84-103.
- *et al.*, 2005, « Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life », *Journal of Clinical Oncology*, vol. 23, n° 24, p. 5520-5525.
- CLARKE Janice, 2009, « A Critical View of How Nursing has Defined Spirituality », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 18, p. 1666-1673.
- COATES John, 2007, « Introduction », in Coates J. *et al.* (éds.), *Spirituality and Social Work. Selected Canadian Readings*, Toronto, Canadian Scholars' Press, p. 10.
- DIRECTION DE LA LUTTE CONTRE LE CANCER, 2008, *Plan directeur de développement des compétences des intervenants en soins palliatifs*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, avril, <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-902-03.pdf>, consulté le 14 septembre 2011.
- ENGEL George L., 1977, « The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine », *Science*, 196, p. 129-136.
- ÉRASME DE ROTTERDAM, 1976 [c. 1533], *La préparation à la mort*, trad. de P. Sage, Montréal, Éditions Paulines & Apostolat des Éditions.

- FACIT ORGANISATION, 2007, *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual-12*, FACIT-Sp-12_ENG_Final_Ver4_16Nov07.pdf, <http://www.facit.org/FACITOrg/Questionnaires>, consulté le 29 mai 2013.
- FERRETTI Lucia, 1999, *Brève histoire de l'Église catholique au Québec*, Montréal, Boréal.
- FITCHETT George, 2002, *Assessing Spiritual Needs: A Guide for Caregivers*, Lima, Ohio, Academic Renewal Press.
- GIJSBERTS Marie-Josée, ECHELD Michael A., VAN DER STEEN Jenny T., MULLER Martien T., OTTEN René H., RIBBE Miel W., DELIENS Luc, 2011, « Spirituality at the End of Life: Conceptualization of Measurable Aspects, a Systematic Review », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 14, n° 7, p. 852-863.
- GUÉRARD François, 1996, *Histoire de la santé au Québec*, Montréal, Boréal.
- HAMELIN Jean, 1984, *Histoire du catholicisme québécois*. Tome 2 : *Le XX^e siècle, de 1940 à nos jours*, Montréal, Boréal.
- HENDERSON Virginia, 1955, *Principles and Practice of Nursing*, MacMillan, 1955.
- HIXSON Karen A. et al., 1998, « The Relation Between Religiosity, Selected Health Behaviours, and Blood Pressure Among Adult Females », *Preventive Medicine*, vol. 27, n° 4, p. 545-552.
- JAUSS Hans Robert, 1990, *Pour une esthétique de la réception*, Paris, Gallimard, coll. « Tel ».
- JOBIN Guy, 2009, « De la bénéfique ambiguïté des spiritualités », *Spiritualité santé*, vol. 2, n° 2, p. 10-13.
- , 2011, « La spiritualité : facteur de résistance au pouvoir médical de soigner ? », *Revue d'éthique et de théologie morale*, n° 266, septembre, p. 131-149.
- , 2012, *Des religions à la spiritualité. Une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital*, Bruxelles, Éditions Lumen vitae.
- , GUYON Anne-Céline, ALLARD Maxime, CAENEPEEL Didier, CHERBLANC Jacques, LESSARD Johanne, VONARX Nicolas, 2013, « La spiritualité selon les soignants en soins palliatifs. Une analyse systémique » [Wie Spiritualität in Palliative Care verstanden wird. Eine systemische Analyse], *Spiritual Care. Zeitschrift für Spiritualität in den Gesundheitsberufen*, vol. 2, n° 1, p. 17-26.
- LAMONDE Yvan, 2010, *L'heure de vérité. La laïcité québécoise à l'épreuve de l'histoire*, Montréal, Del Busso.
- LAZENBY J. Mark, 2010, « On "Spirituality", "Religion", and "Religions": a Concept Analysis », *Palliative and Supportive Care*, vol. 8, n° 4, p. 469-476.
- LEMIEUX Raymond, MONTMIGNY Jean-Paul, 2000, *Le catholicisme québécois*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- LEMIEUX Vincent, 2003, *Le système de santé au Québec : organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.
- LINTEAU Paul-André et coll., 1989, *Le Québec depuis 1930*, Montréal, Boréal Express.
- MAGER Robert, CANTIN Serge (dir.), 2010, *Modernité et religion au Québec*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2010, *Orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissements de santé et services sociaux*.

- MILOT Micheline, PROULX Jean-Pierre, 1998, *Les attentes sociales à l'égard de la religion à l'école publique. Rapport de recherche*, Québec, Ministère de l'Éducation, groupe de travail sur la place de la religion à l'école.
- MONOD Stéphanie, ROCHAT Étienne, BÜLA Christophe, JOBIN Guy, MARTIN Esther, SPENCER Brenda, 2010, « The Spiritual Distress Assessment Tool: An Instrument to Assess Spiritual Distress in Hospitalized Elderly Persons », *BMC Geriatrics*, 10 : 88.
- PALOUTZIAN Raymond, ELLISON Craig, 1982, « Loneliness, Spiritual Well-Being, and Quality of Life », in Peplau L. A., Perlman D. (éds.), *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, New York, Wiley, p. 224-237.
- PAQUIN Jules, 1960, *Morale et médecine*, 3^e éd., Montréal, L'Immaculée Conception/Comité des hôpitaux du Québec.
- PEREIRA José, 2007, *Accompagner en fin de vie. Intégrer la dimension spirituelle dans le soin*, Montréal, Médiaspaul.
- POTTER Patricia, PERRY Anne et al., 2009, *Canadian Fundamentals of Nursing*, Philadelphia, Mosby Elsevier, 4^e éd.
- THOMPSON Geneviève N., CHOCHINOV Harvey Max, 2008, « Dignity-Based Approaches in the Care of Terminally Ill Patients », *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, vol. 2, p. 49-53.
- TODD Sarah, COHOLIC Diana, 2007, « Christian Fundamentalism and Anti-Oppression Social Work Pedagogy », *Journal of Teaching in Social Work*, vol. 27, n^o 3-4, p. 5-25.
- VACHON Mélanie, FILLION Lise, ACHILLE Marie, 2009, « A Conceptual Analysis of Spirituality at the End of Life », *Journal of Palliative Medicine*, vol. 12, n^o 1, p. 55-56.
- VILLER Marcel et al. (dir.), 1935, « *Ars moriendi* », *Dictionnaire de spiritualité ascétique et mystique*, Paris, Beauchesne, vol. 1, col. 897-898.
- ZINNBAUER Brian J., PARGAMENT Kenneth I., SCOTT Allie B., 1999, « The Emerging Meanings of Religiousness and Spirituality: Problems and Prospects », *Journal of Personality*, vol. 67, n^o 6, p. 889-919.

Vers une psychologisation du religieux ?

Le cas des institutions sanitaires au Québec

Les professionnels québécois de l'accompagnement spirituel œuvrant dans les institutions sanitaires publiques vivent une situation paradoxale. En effet, ces institutions se laïcisent, tout en ouvrant officiellement la porte à la spiritualité. Soucieux de maintenir leur présence dans l'institution et faisant face à d'autres professionnels du soin qui revendiquent la spiritualité comme prérogative (les psychologues), les intervenants en soins spirituels adaptent leurs discours et leurs pratiques. C'est ainsi par une psychologisation du religieux que se fait cette adaptation et que se manifeste le spirituel dans l'institution. Ces intervenants sont confrontés à deux enjeux : la définition de leur identité professionnelle et l'invention de modalités de la représentation du spirituel dans l'équipe de soins.

Mot-clés : laïcisation, spiritualité, identité professionnelle, psychologie, accompagnement spirituel.

Towards a “psychologization” of religion? Spiritual intervention in Quebec's healthcare institutions

Spiritual care professionals working in Quebec healthcare institutions find themselves in a paradoxical situation. These institutions are in fact undergoing a secularization process; however, they are nonetheless still officially welcoming towards spirituality. Spiritual care professionals are concerned about maintaining their place and their role within health care institutions. That is why, when faced with other health care professionals who also lay claims on spirituality (such as clinical psychologists); spiritual care professionals tend to adapt their discourse and practices to these new claims. Our hypothesis postulates that this adaptation operates on a “psychologising” of religion and that “spirituality” is thus the result of such a process. We identify two issues that signal this psychologising process of religion, issues that spiritual care professionals are hence confronted with. There is on the one hand, the redefinition of the professional identity of spiritual caregivers, and on the other, we have the healthcare teams' new constructed modes of representing the “spiritual”.

Key words: secularization, spirituality, professional identity, psychology, spiritual caregiving.

¿Hacia una psicologización de lo religioso? El caso de las instituciones sanitarias en Quebec

Los profesionales quebequeses del acompañamiento espiritual que trabajan en las instituciones sanitarias públicas viven una situación paradójica. En efecto, estas instituciones se laicizan, al mismo tiempo que oficialmente abren la puerta a la espiritualidad. Preocupados por mantener su presencia en la institución y enfrentando a otras profesiones del cuidado que reivindican la espiritualidad como prerrogativa (los psicólogos), los que intervienen en cuidados espirituales adaptan sus discursos y sus prácticas. Así, debido a una psicologización de lo religioso, se produce esta adaptación, y se manifiesta lo espiritual en la institución. Estos intervinientes son enfrentados a dos desafíos: la definición de su identidad profesional y la invención de modalidades de la representación de lo espiritual en el equipo de cuidados.

Palabras clave: laicización, espiritualidad, identidad profesional, psicología, acompañamiento espiritual.