

Cherblanc, Jacques et Jobin, Guy, Soutenir le développement du pouvoir d'agir: une composante essentielle des soins spirituels au Québec, *Studies in Religion/Sciences religieuses*, pp. 1-24. Copyright © 2020 (Les auteurs). DOI: 10.1177/0008429819893655

Soutenir le développement du pouvoir d'agir : une composante essentielle des soins spirituels au Québec

Empowering people : a key component of the Spiritual Care practices in Quebec.

Auteurs :

Jacques Cherblanc, Guy Jobin

Correspondance :

Jacques Cherblanc, Ph.D.

Professeur régulier au Département des sciences humaines et sociales de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC),

Responsable du LERARS (Laboratoire d'expertise et de recherche en anthropologie rituelle et symbolique).

Adresse : UQAC, 555, Bd de l'Université, Chicoutimi (Québec), G7H 2B1.

Téléphone : 418-545-5011 p. 5339

Courriel : jcherbla@uqac.ca

Guy Jobin, Ph.D.

Professeur titulaire à la faculté de théologie et de sciences religieuses de l'Université Laval
Titulaire de la Chaire Religion, spiritualité et santé

Adresse : Bureau 810, Pavillon Félix-Antoine-Savard , 2325, rue des Bibliothèques ,
Université Laval, Québec QC G1V 0A6, Canada

Téléphone : 418 656-2131, p. 3944

Courriel : guy.jobin@fts.ulaval.ca

Résumé :

Depuis le début des années 1970, l'accompagnement spirituel en contexte de soins de santé québécois vit de profondes transformations. Celles-ci visent à adapter ce service à la sécularisation progressive de la clientèle desservie et des institutions sanitaires elles-mêmes. C'est pour comprendre ces transformations que nous avons réalisé une recherche qualitative inductive de 2011 à 2016 auprès de 23 intervenant-e-s en soins spirituels (ISS) aux profils variés ; ceux-ci ont réalisé des récits de pratiques qu'ils considéraient spécifiquement spirituelles. Dans cet article, nous désirons montrer que les ISS du Québec développent actuellement une pratique particulière qui vise à les distinguer des autres intervenants et à accompagner. Au terme d'une analyse de contenu validée par un grand nombre d'ISS, il apparaît que la spécificité des pratiques d'interventions spirituelles est ainsi caractérisée par l'accompagnement du développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) chez la personne. Nous présentons les différentes caractéristiques de cet accompagnement et proposons quelques pistes de réflexion sur l'avenir de ces intervenants.

Abstract :

Since the early 1970s, spiritual care in the Quebec health care system has undergone deep transformations. These aim to adapt this service to the progressive secularization of the population and the health institutions themselves. In order to understand these transformations we conducted an inductive qualitative research (2011-2016) with 23 spiritual care professionals (SCP). Through the semi-structured interviews, they shared "story-telling" of practices they considered specifically spiritual. The qualitative content analysis has revealed that their practices are distinct from other health professionals. Empowerment seems to be a key component of their practices. We present the different characteristics of this empowerment and suggest some ideas for the future of these stakeholders.

L'inscription institutionnelle de l'accompagnement spirituel dans les établissements sanitaires québécois a connu de profondes mutations depuis le début des années 1970. L'un des aspects les plus saillants de cette transformation est ce que l'on peut nommer la précarisation du statut de cette pratique. Elle allait de soiⁱ jusque dans le dernier quart du 20^e siècle. Elle doit maintenant redéfinir son rôle dans le contexte d'une société sécularisée et justifier sa présence dans la vie quotidienne de l'établissement. Le service de soins spirituels étant maintenant statutairement non confessionnel (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010), les questionnements sur la place et la légitimité de l'accompagnement spirituel dans l'organisation sanitaire québécoise n'ont cessé de se faire entendre (Bourque, 2013 ; Charron, 2013 ; Pujol, 2017)ⁱⁱ. L'entente entre l'État et les groupes religieux qui légitimait jusqu'alors les services de pastorale hospitalière étant chose du passé, c'est sur d'autres bases que la pertinence du service de soins spirituels doit être établie. Puisque le socle d'évidence, de croyances et de dispositions institutionnelles sur lequel reposait l'aumônerie confessionnelle ou le service de pastorale s'est effrité, avec les normes et les règles qui en découlaient, le service de soins spirituels et ses membres sont amenés à élaborer un nouveau discours de justification, dont un des enjeux principaux est de marquer le mieux possible la spécificité des soins spirituels par rapport à d'autres formes d'accompagnements ou de soins offerts dans l'établissement.

Mise en contexte

Parmi les transformations qu'a connues l'accompagnement spirituel dans le réseau québécois de la santéⁱⁱⁱ, celui du rattachement organisationnel du service d'accompagnement spirituel est un des plus significatifs pour comprendre le phénomène décrit dans cet article. En quarante ans, l'inscription organisationnelle de l'accompagnement spirituel en établissement de santé est passé d'un service confessionnel d'aumônerie, rattaché à la direction générale, à un service de soins spirituels le plus souvent intégré à la Direction des soins multidisciplinaires (DSM). Le service, mono-confessionnel ou pluriconfessionnel selon les caractéristiques de la population desservie par l'établissement sanitaire, était soumis à deux ordres de régulation : la régulation administrative sanitaire et la régulation religieuse. Toutefois, en 2004, un jugement de la Commission des relations de travail, dans le litige opposant Nicole Hamel au Service régional de pastorale de la santé de Québec, a statué que le mandat pastoral accordé par le diocèse et jusqu'alors exigé pour obtenir un poste d'accompagnant spirituel n'était pas légal. La commission considérait que cela constituait une emprise de la religion sur les institutions laïques de santé. Ensuite, avec l'entrée en vigueur des *Orientations ministérielles* (MSSS, 2009)^{iv}, via la signature des conventions collectives dans le secteur de la santé en 2011, le service de soins spirituels est devenu officiellement non-confessionnel. Dans plusieurs établissements, ce déplacement dans l'organigramme organisationnel fut accompagné d'une sorte d'« absorption » du service, c'est-à-dire d'une perte de la relative autonomie administrative et budgétaire dont le service bénéficiait jusqu'alors.

Même s'il est encore bien présent dans les établissements québécois, le service de soins spirituels n'en vit pas moins une situation de précarité. Les facteurs qui causent cette fragilité institutionnelle sont nombreux, mais il est clair que le contrepoids qu'offrait l'inscription de l'accompagnement spirituel dans un cadre confessionnel – ce dernier étant soutenu par une culture religieuse commune qui, maintenant, ne l'est plus – n'a plus d'effet depuis 2007-2010. Les appuis religieux à la (toujours !) relative autonomie des services spirituels face à une certaine logique technoscientifique et bureaucratique de l'établissement sanitaire ayant disparu, la régulation des soins spirituels bascule du côté des normativités propres à l'institution sanitaire. La légitimité et la pertinence de la présence des soins spirituels dans l'établissement doit donc s'établir sur d'autres appuis et se justifier autrement. C'est à la description de ce nouveau langage qu'est consacré cet article.

Deux remarques sont à faire avant d'aller plus loin. D'abord, l'analyse que nous faisons ici, une première à notre connaissance, arrive à un moment crucial du développement des soins spirituels dans les établissements publics. En effet, nous proposons cette analyse alors que les acteurs des soins spirituels québécois tentent de faire aboutir un travail amorcé depuis plusieurs années, soit la professionnalisation du service^v. Ensuite, nous ne définirons pas ici le « spirituel ». Ce travail d'élucidation de ce que les IISS nomment spirituel est présenté dans un autre article (Cherblanc et Jobin, 2019).

Dans cet article, nous présentons plutôt les résultats de l'analyse du discours d'intervenants et intervenantes en soins spirituels, analyse qui nous a permis d'identifier un élément constituant une des

pièces maîtresses de la représentation qu'ils et elles se font de leur spécificité professionnelle. En effet, au cours de l'analyse des pratiques d'intervention spirituelle, un thème central est apparu, permettant de systématiser les particularités du travail des ISS : il s'agit de *l'empowerment*.

Bien que ce thème soit apparu progressivement et par codifications successives, nous considérons judicieux de présenter brièvement sa signification dès le début de cet article afin de permettre au lecteur de relier plus aisément chaque caractéristique du travail des ISS au concept *d'empowerment* au fur et à mesure de sa lecture. Par la notion *d'empowerment*, que l'on peut traduire en français par « développement du pouvoir d'agir » (Le Bossé et al, 2002 ; Vallerie, 2012), on entend généralement « la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie » (Rappaport, 1987). Au Québec, Le Bossé (2012, 2016) décrit *l'empowerment* comme un processus qui consiste à s'affranchir d'une situation d'impuissance. Incidemment, cette expression est devenue très importante en santé et services sociaux, notamment depuis la Charte d'Ottawa (1986), car elle reconnaît le potentiel bénéfique pour la santé de la capacité d'un individu à agir de façon indépendante dans l'exercice d'un choix (Augoyard et Renaud, 1998). Selon Guttiérez (1995), *l'empowerment* est à la fois individuel, interpersonnel et social. Pour cet auteur, le niveau social (ou politique) « réfère à l'action sociale et au changement à travers des processus de soutien social, de construction de coalitions et de *praxis* » (McCubbin, Cohen et Dallaire, 2003 : 10). Le niveau interpersonnel concerne le développement de la capacité d'influencer les autres ; « Le pré-requis est ici le développement des habiletés: résolution de problèmes, assurance/confiance, habiletés politiques » (McCubbin, Cohen et Dallaire, 2003 : 10). « Au niveau personnel, *l'empowerment* vise à remédier à l'impuissance personnelle et à développer des sentiments de pouvoir et d'auto-efficacité. [...] Atteindre *l'empowerment* personnel implique de reconnaître et d'identifier le pouvoir que l'on possède déjà » (Tremblay, 2017 : 112). Selon Ninacs (2008), le développement du pouvoir d'agir individuel résulterait de l'interaction entre quatre composantes qui sont la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. Plus spécifiquement, Ninacs (2008) indique que ce processus *d'empowerment* est circulaire et implique trois étapes : le choix, la décision et l'action. Comme nous allons le voir, les ISS semblent s'inscrire pleinement dans cette représentation de la situation de souffrance vécue par les personnes et sur les moyens de s'en affranchir.

1. Méthodologie

Ce texte présente une partie des résultats d'une recherche financée par le CRSH (2011-2016)^{vi} menée auprès des Intervenants et intervenantes en soins spirituels (ISS) qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux du Québec. Cette recherche visait à comparer leur processus de professionnalisation à celui des Animateurs et animatrices de Vie spirituelle et d'Engagement Communautaire (AVSEC), qui œuvrent dans les écoles du Québec. Ces deux catégories d'intervenants partagent une commune évolution d'un service d'aumônerie ou de pastorale confessionnelle vers une intervention spirituelle laïque, ce qui n'est pas sans poser des questions d'identité et de posture professionnelle. Notre équipe de recherche a donc souhaité étudier de quelle façon le travail de ces deux types d'intervenants spirituels évoluait et à quels enjeux ils se trouvaient confrontés. Le présent article fait état de certaines découvertes concernant les ISS.

Dans cette recherche, il a été demandé aux ISS de réaliser, par écrit ou par oral, 1) la description d'une journée typique de travail, 2) de présenter le récit d'une pratique qu'ils considéraient spécifiquement spirituelle, et finalement 3) de répondre à un questionnaire sociodémographique. Le récit de pratique est une méthode qui appartient au modèle des récits de vie, une méthodologie qualitative qui s'inscrit dans la pratique sociologique de l'ethnométhodologie initiée dans les années 1950 par H. Garfinkel (1984). C'est une technique d'objectivation qui consiste à mettre en mots, une fois vécue, l'expérience personnelle effectuée dans un milieu professionnel. Un récit de pratique est donc une histoire qui est racontée avec les détails nécessaires pour que d'autres puissent comprendre la situation et son déroulement (voir Bertaux, 1976). Le récit de pratique devait comprendre des informations sur 1) le déroulement d'une pratique spécifiquement spirituelle, de son origine (référence d'un soignant, demande du patient, de la famille, etc.) et de ses objectifs identifiés à sa conclusion (mode d'évaluation des résultats, etc.) et 2) des liens qui pouvaient être faits entre cette pratique et la formation reçue. Il était également demandé 3) de justifier la spécificité spirituelle de la pratique présentée, notamment en expliquant 3.1) en quoi ils étaient, selon eux, « les seuls à pouvoir faire ce

genre de travail », « à détenir une expertise particulière dans leur établissement » ou encore 3.2) en quoi cette pratique n'était pas « psychologique » ou « religieuse ». Ces récits et leurs explications ont été analysés thématiquement à l'aide du logiciel *NVivo* (version 11) afin d'élaborer une théorisation ancrée (Paillé, 1994) de ce que nous avons appelé le « spirituel pratiqué »^{vii}. Dans un objectif de triangulation entre les données et les chercheurs, mais aussi entre les données et les participants (Miles et Huberman, 2003; Paillé, 1996; Couturier, 2001), le résultat de cette analyse thématique était présenté pour commentaires et critiques auprès des ISS membres de l'AISSQ (lors de réunions du conseil d'administration). Cela a donné lieu à de nouvelles collectes de données, à des modifications conceptuelles et à de nouvelles rencontres, dans un processus itératif de reconnaissance de la part des intervenants (Paillé et Mucchielli, 2003: 185).

Concrètement, une fois notre programme de recherche dûment approuvé par le CÉR de l'UQAC (Certification 602-268-01), le processus de collecte des données a pu s'amorcer. Concernant les ISS, dont il est question dans cet article, une invitation a été lancée par courriel à l'automne 2011 aux ISS du Québec (membres de l'AISSQ ou dont nous avons l'adresse courriel), de participer à une étude portant sur leur professionnalisation et qui comportait notamment la rédaction d'un récit de pratique. Sur les quelques 200 ISS invités, 7 personnes seulement ont tout d'abord répondu, les autres ISS expliquant le plus souvent leur refus par le manque de temps que nécessiterait la rédaction d'un récit de pratique. Nous avons dès lors offert la possibilité de réaliser le récit de pratique oralement, sous la forme d'une entrevue téléphonique. Dans le même temps, nous avons présenté une première analyse des récits collectés auprès du CA de l'AISSQ, tel que prévu dans notre démarche de recherche. Lors de cette présentation, les membres du CA ont considéré peu représentative l'image qui se dégageait des sept récits collectés et a souhaité relancer, avec insistance, une demande de participation à la recherche auprès de ses membres. Deux autres relances ont ainsi été faites auprès des ISS, ce qui nous a permis d'atteindre un nombre de réponses positives de 23 ISS à la fin de la collecte, soit à l'hiver 2016 (7 récits écrits et 15 récits par entrevue semi-directive). À cause d'un récit inutilisable pour cause de mauvaise qualité sonore, cette recherche a finalement permis d'analyser 22 récits de journées typiques et de pratiques d'intervention spirituelle auprès d'autant d'ISS (n=22) membres ou non de l'AISSQ. Ce nombre est relativement important puisqu'on estime qu'il représentait alors plus de 10% de tous les ISS du Québec œuvrant en établissement de santé et de services sociaux.

2. Résultats

2.1. Profil des répondants

Les ISS ayant participé à la collecte des récits de pratique sont constitués de 18 hommes et 5 femmes (voir tableau 1). De ce nombre, à cause d'une mauvaise qualité sonore de l'entretien, nous devons retirer un homme de l'analyse : ceci nous amène à un nombre total de personnes participantes de 22 (n=22) soit 17 hommes et 5 femmes.

[Insérer tableau 1]

Les deux tiers des participants travaillent à temps plein comme ISS, et l'ensemble des répondants intervient dans des milieux variés (hôpitaux, CHSLD, CLSC, organisme communautaire) et souvent dans plusieurs de ces milieux. Et ils y œuvrent auprès de clientèles diversifiées (santé mentale et physique, soins palliatifs, soins intensifs ou critiques, adultes et enfants, etc.). Ainsi, les répondants apparaissent caractérisés par leur diversité d'âge, de milieu d'exercice et d'expérience, un très bon niveau d'éducation théologique et de formation complémentaire, ainsi que par des clientèles variées. Ceci permet d'envisager des réponses approfondies et instructives concernant la variété des pratiques spirituelles présentées.

2.2. Description des pratiques d'intervention spirituelles

Dans le but d'offrir un portrait compréhensif et représentatif de ce qui constitue le travail « normal » d'un ISS, nous présentons ici une description de leur contexte d'interventions (clientèle, charge de travail, etc.), mais aussi du déroulement de leurs interventions « spécifiquement spirituelles » : de l'origine à la clôture de celles-ci.

2.2.1. Une grande diversité de clientèles et de milieux de pratique

Les ISS participants travaillent auprès d'une grande diversité de clientèle et dans des milieux institutionnels ou organisationnels très variés. Plusieurs ISS rencontrés ont également une pratique dite privée (counseling, psychothérapie, coordination d'un organisme, etc.), qui constitue le plus souvent un complément à leur pratique publique et plus rarement l'essentiel de leur travail. Du fait de cette variété des milieux de pratique, les ISS interviennent auprès de clientèles très diverses : âge, problèmes de santé, etc.

Les interventions spirituelles décrites par les ISS sont destinées majoritairement à des individus, et plus rarement (essentiellement en psychiatrie) à des groupes de petite taille. Les interventions peuvent être destinées à des patients, mais aussi à leur famille et à leurs proches voire à des professionnels (infirmières, médecins, travailleuses sociales, etc.) ou des intervenants (bénévoles, préposés aux bénéficiaires, agents d'entretien, etc.) qui travaillent dans leur milieu.

Globalement, les ISS évaluent que 50% à 70% (voire 80% pour un cas) de leur temps est consacré à l'intervention spirituelle. Le reste du temps est consacré à la préparation des interventions, aux déplacements entre les services ou les établissements, à la coordination du service ou à des tâches administratives. Ces dernières peuvent atteindre 65% du temps de travail pour certains ISS du fait de leur fonction de « chef de service ».

2.2.2. Aux sources de l'intervention : un « besoin » identifié

À l'origine de la pratique spécifiquement spirituelle décrite, les ISS répondent qu'il s'agit toujours de répondre à un besoin, que leur intervention est souvent demandée par les soignants, par les patients ou leur famille, mais qu'il peuvent eux-mêmes identifier ce « besoin spirituel » et tenter d'initier une intervention.

Tout d'abord, la grande majorité des ISS expliquent qu'ils reçoivent fréquemment une référence de la part d'un soignant – souvent le médecin –, référence qui est rarement formulée par écrit : « il y a peu de demandes formelles. C'est plutôt rare qu'on en fasse la demande » (13^{viii}). Dans certains services, comme en soins palliatifs, il est toutefois nécessaire d'obtenir une recommandation formelle du médecin pour permettre l'intervention des professionnels : « ça se fait donc ponctuellement dans ces cas-là » (17). Sans être écrites, ces références peuvent être par contre assez formalisées, comme cet ISS (4) qui organise des rencontres quotidiennes avec l'équipe de soin, celle-ci référant alors certains patients. Ces références sont permises « grâce à un bon lien avec l'équipe de soin » (4). Le personnel, « autant le psychiatre que le concierge » (15), peut ainsi identifier, derrière une grande variété de symptômes, un même besoin de référer à l'ISS (22). Si parfois, l'ISS ne sait pas exactement pour quelle raison « the organization refers people to [him] » (9), généralement, les ISS sont capables de relever les motivations suivantes derrière les références :

- des attitudes ou comportements problématiques : « des gens colériques ou autre » (1), « une personne qui a besoin d'être calmée » (4), des conflits : « si la famille trouve ça difficile, s'il y a des conflits avec la famille et l'équipe de soins » (21)
- des questions religieuses et existentielles : « si le patient parlait de Dieu et avait des questionnements et les infirmières ne savaient pas quoi dire » (3)
- une évaluation positive à « un outil de détection de détresse » (18) ou encore : « La personne a une détresse : un désir de mourir (23), des émotions fortes, de l'anxiété, une douleur morale » (3)
- prévenir cette détresse : « lorsqu'il y a complication du processus de soin, comme un arrêt de traitement, la fin de vie [...] il y a un décès à l'horizon » (21)
- un manque de temps de la part des soignants pour écouter le patient ou la famille (1, 2), ou simplement pour « faire prendre l'air au patient » (13).

Ces symptômes, malgré leurs formes très variées, seraient donc autant d'indicateurs d'un besoin de l'intervention de l'ISS^{ix}.

En sus de ces références de la part des autres intervenants, « c'est parfois la demande du client » (8) ou « de la cliente et de son mari » (22) ou même des proches (11, 13, 16) que d'interpeller l'ISS. Si ces demandes sont formulées, c'est bien souvent parce que le service a été présenté par les soignants (13, 21), ou encore que l'ISS vient se présenter dans chaque service (17) ou plus individuellement lors des « visites d'accueil » des nouveaux patients (4, 5, 11). Il se peut que « là, des problèmes apparaissent » (11). « Parfois ça en reste là. D'autres fois ça évolue vers l'accompagnement » (5). L'analyse ne

permet pas de savoir plus précisément ce que les clients attendent de l'ISS lorsqu'ils font appel à lui. Les quelques détails présents dans les récits parlent de demandes pour des rites ou des questions en lien avec la tradition catholique (prières, sacrement, question théologique) (1, 4, 6, 7, 8, 11) ou encore parce que l'ISS « représente Dieu [et que cela] peut suffire à calmer la cliente » (11). Donc essentiellement, des questions relevant de la foi, alors que les ISS présentent bien d'autres aspects de leur service.

Finalement, davantage que les références de la part des autres intervenants et les demandes des patients, il semble que ce soit le plus souvent l'ISS lui-même qui identifie un besoin spirituel. Certains utilisent les « visites d'accueil » des nouveaux patients, d'autres font « la lecture du dossier clinique : c'est un peu aller à la pêche ; cibler les personnes qui ont une situation ayant changé » (13). Dans ces dossiers ou dans la liste des patients sur « l'étage », l'ISS repère des éléments susceptibles de conduire à des besoins spirituels :

Je consulte la liste des patients le matin. Il y a des informations présentes comme le nom du patient, la date d'entrée à l'hôpital, ce dont la personne souffre et le nom du médecin qui a la charge du dossier. Le premier critère pour moi, c'est d'aller voir les nouveaux patients et le second, c'est le diagnostic. (20)

Si l'arrivée des nouveaux patients constitue un moment important pour identifier des besoins spirituels, c'est que « le choc de l'arrivée peut entraîner une détresse spirituelle, un éloignement de la foi, de la religion » (5) et une certaine désorganisation de la personne. Surtout si « un nouveau diagnostic plus pessimiste » (4) laisse envisager des pertes importantes à court ou moyen terme pour le patient et ses proches.

Ainsi, l'analyse montre une importante cohérence entre les références formulées par les soignants et ce que les ISS identifient eux-mêmes comme un besoin. Le symptôme fondamental semble être que la personne manifeste un questionnement intense, une agitation, une opposition, des tensions avec les proches ou l'équipe soignante... pour le dire rapidement : qu'elle ne semble pas en paix. Par contre, les demandes provenant des clients eux-mêmes sont différentes et concernent davantage des aspects religieux, typiques de l'aumônerie hospitalière (recevoir des sacrements, incarner l'Église, etc.). Nous retrouvons ces éléments dans la section suivante consacrée au déroulement de l'intervention spirituelle.

2.2.3. Le déroulement d'une intervention spirituelle : des modalités toujours singulières
Rappelons qu'il était demandé aux ISS de décrire une pratique spécifiquement spirituelle, de l'identification des objectifs à la mesure de ses résultats. Lorsque ces éléments étaient peu explicites, il a pu être demandé aux intervenants qui racontaient leur pratique oralement de les préciser et d'en donner des exemples. L'analyse de cette partie des récits de pratique est présentée ici en distinguant les visées de l'intervention, les outils ou les moyens utilisés pour intervenir et finalement les moyens utilisés pour mesurer les effets de l'intervention.

2.2.3.1. L'intervention spirituelle : avoir ou non des objectifs ?

Essentiellement, l'analyse des récits de pratique montre que les ISS peuvent être catégorisés sur un continuum polarisé par deux visions de la pratique : ceux pour qui une intervention spirituelle professionnelle passe nécessairement par l'identification rigoureuse d'objectifs d'intervention – par le biais d'outils validés ou d'entrevues structurées – et les autres pour qui, justement, la particularité de leur travail auprès des patients est de ne pas avoir d'objectifs d'intervention.

Faire comme les autres...

Les ISS qui tendent vers une objectivation formelle de l'intervention (7, 10, 17) s'inscrivent pleinement dans la tradition du *spiritual care* (voir notamment Ommen, 2018) et du paradigme des *evidence-based practices*. L'inscription dans ce paradigme est promu par l'AISSQ depuis plusieurs années, avec la valorisation et le développement d'outils de diagnostic spirituel validés et uniformes, l'utilisation de plans d'action ou d'intervention, etc. Ainsi, comme les autres professionnels, les ISS

écrivent eux aussi des notes au dossier du patient et utilisent des outils standards : « Je travaille sur les six indicateurs de la sphère spirituelle pour ramener le bien-être » (17) ; « Je pense que je devrais avoir encore plus de plans d'intervention » (7). Ces ISS peuvent ainsi réaliser « une anamnèse », « un diagnostic » et une intervention spirituelle inscrite dans « un plan de soins » et en mesurer les effets au regard de leurs objectifs.

... *Ou se distinguer*

Ce mode d'intervention semble fortement valorisé dans le milieu hospitalier, mais il pose question :

Je m'interroge sur le diagnostic spirituel. C'est l'approche qu'on nous dit de suivre [...] que l'Association nous demande d'utiliser. Pour moi, c'est plus un besoin de reconnaissance de la profession que quelque chose qui me rejoint. C'est plus un boulet en fait. [...] On nous demande aussi d'établir un plan de soins, que c'est comme ça qu'il faut travailler maintenant. Mais comment ça doit se faire ? C'est l'enjeu actuellement au Québec. [...] On est obligés d'écrire au dossier, mais il y a une structure spécifique dans ces notes. Qui vient des autres soignants et moi je ne ferais pas comme ça. [...] Mais dans chaque profession, il y a du spécifique et il faut le garder. (1)

Car à l'inverse de ces modalités communes aux professionnels du soin, de nombreux ISS (1, 2, 15, 19, 20, 22) insistent très fortement sur le fait que la particularité de l'intervention spirituelle réside justement dans l'absence d'objectifs à leurs interventions :

Je pense qu'on doit se sentir quelqu'un pour quelqu'un. C'est au cœur de la vie spirituelle. On doit laisser la personne s'exprimer. L'association [l'AISSQ] demande de faire une évaluation et un diagnostic spirituels. Moi, je ne crois pas. Je crois qu'il n'y a pas d'objectif d'avance. Sinon que d'être tout près, pour pouvoir saisir les choses de l'intérieur. [...] On doit être tout près et on ne doit pas partir d'une théorie qui détermine tout d'avance, qui réduit la personne dans une catégorie. » (15)

Parmi les objectifs : émergence de l'empowerment

Face à cette affirmation forte d'une intervention spirituelle spécifique, notamment parce qu'elle serait dénuée d'objectifs, l'analyse des récits parvient tout de même à identifier des visées derrière chacune des interventions décrites. Ces visées sont nombreuses, mais finalement assez proches sur le fond : elles sont toutes marquées par l'idée de permettre à la personne de trouver en elle les ressources lui permettant de s'adapter aux changements et d'aller mieux.

Ainsi le codage des récits fait émerger les thèmes suivants dans l'ensemble des visées des pratiques décrites : redonner le goût de vivre (5), créer un lien de confiance (1, 6), donner un sens à la situation (2, 3), nourrir l'espoir, le positif (3, 8, 9), donner une place au spirituel, à la transcendance et à l'intériorité (3, 8, 23), favoriser la reconnaissance de l'identité de la personne (1, 21, 24), socialiser et briser l'isolement^x (3, 5, 6, 9, 13), diminuer la souffrance, les peurs, l'anxiété (1, 2, 4, 8, 13, 17), pacifier (3, 4, 5, 9, 11, 15) et finalement : l'« empowerment » (1, 3, 6, 7, 8, 9, 13, 17, 21) soit le développement du pouvoir d'agir (Le Bossé et al., 2002 ; Vallerie, 2012). Sous cette notion d'*empowerment* – très courante en santé et services sociaux et sur laquelle nous revenons en discussion – nous avons placé les représentations du spirituel en tant que ressource qu'il s'agit d'amener la personne à mobiliser : « Mon objectif c'est de reconnaître et de refléter ce qui est présent chez la personne, ce qui est sacré [...] donc les forces, les valeurs, les croyances. En fin de vie, c'est toute leur carrière, toute leur vie qui est à célébrer ! » (7). L'ISS cherche donc à amener la personne à identifier ses forces, notamment spirituelles, pour les mobiliser :

My objectives... it depends on the client. But it is about what life is giving, what is helping them [...] Persons have their own spirituality baggage. All that provides emotions healing [...] My job is helping them to discover what gives them hope

and meaning in life [...] to find meaning in life. Do they have support? Do they go out and see the beauty around them? (9)

À la différence des autres intervenants, plusieurs ISS considèrent qu'ils peuvent amener la personne à mobiliser toutes les ressources qu'elle possède, dans leur globalité (les dimensions bio-psycho-socio-spirituelles), parce que l'introspection s'oriente vers le « plus profond » (3, 4) qui inclue la transcendance et les croyances (10, 11, 19) ou encore certaines valeurs qui redonnent du pouvoir à la personne – notamment la confiance (2, 3, 6, 11, 15, 17, 18, 23), ce qui « permet de découvrir le sens de la vie, pour cette personne » (22).

Ainsi, derrière un discours volontairement contestataire de l'utilitarisme et de l'uniformisation des pratiques hospitalières actuelles, les ISS ont donc bien des visées qui orientent leurs pratiques professionnelles. Ces objectifs peuvent se résumer à l'instauration d'un lien de confiance avec la personne, pour amener celle-ci à s'approprier le pouvoir (*empowerment*) soit ses ressources bio-psycho-sociales et en particulier spirituelles, tout cela dans le but de lui permettre d'affronter le plus paisiblement possible la souffrance et les pertes causées par la maladie et la mort.

2.2.3.2. L'intervention spirituelle : accompagner sans diriger

Pour atteindre ces objectifs, on l'a vu, les ISS élaborent des interventions individuelles (ou plus rarement collectives), auprès des patients comme de leur famille ou du personnel soignant. Chaque milieu d'intervention étant différent (hospitalisations plus ou moins longues par exemple), chaque personne étant différente et *l'empowerment* pouvant prendre une infinité de formes, les ISS insistent beaucoup sur l'aspect très varié et diversifié de leurs interventions spirituelles. Cela peut d'ailleurs parfois sembler assez flou : « L'intervention spirituelle peut être assez large : aimer les fleurs, aimer la vie... qu'est-ce qui anime une personne ? c'est ça l'anima, c'est ça la vie, ce qui anime une personne » (5) ; « Mon travail d'intervention, c'est très intuitif. Je ne pourrais pas te décrire exactement le processus ni exactement chaque situation » (22). Même si les récits sont en général plus précis que ces derniers exemples, les ISS participants s'entendent pour reconnaître qu'il n'existe pas de *vade-mecum* de l'intervention spirituelle. Même les intervenants qui utilisent des outils de diagnostic spirituel ne parlent pas de moyens standards d'intervention. Ce qui constitue le cœur de la pratique distinctive des ISS (dans tous les récits de pratique) semble être le temps, puis viennent l'écoute et le silence. Il s'agit des trois dimensions fondamentales de la pratique des ISS auxquelles on peut ajouter le simple contact physique.

Le temps, l'écoute, le silence et le toucher

Ainsi, une particularité du travail des ISS est la possibilité de prendre du temps avec la personne (1, 2, 3, 6, 11, 13, 14, 16, 21, 23) pour écouter : « on est les seuls intervenants qui ont le temps d'écouter » (1). Comme le reconnaît cet ISS : « Je suis le seul intervenant dans l'hôpital qui n'a pas d'agenda auquel la personne doit s'ajuster » (14), ou celui-ci : « Je suis présent les jours fériés et les fins de semaine » (16). Cette notion de « temps » est très importante dans le contexte actuel de soin ; nous y revenons plus loin pour discuter des spécificités de l'intervention spirituelle.

L'écoute également est caractéristique de l'intervention spirituelle : « Moi, mon travail amène du bien par l'écoute » (14) ; « Je ne suis pas dans la recherche de solution comme les autres professionnels. On est plus dans l'écoute. Il n'y a pas de geste technique, de thérapie ou autre » (23) ; « Je pars du vécu de la personne et du mien. Mais aussi des silences. Je travaille beaucoup avec les silences » (14) ; « prendre le temps d'écouter et non de chercher une solution rapide. Implicitement, il n'y a que les soins spirituels qui peuvent faire ça (1) ». La particularité de l'écoute des ISS semble en effet être son aspect non-directif. C'est même cette écoute active ou bienveillante^{xi} qui semble distinguer les ISS des autres intervenants : « La psychologie ça amène à changer les pensées ; ce n'est pas du tout mon rôle qui est plus d'écouter et que la personne aille trouver son identité, qui elle est » (14). Selon les ISS participants, ils sont les seuls à manifester une telle écoute « Je ne suis pas dans la recherche de solution comme les autres professionnels. On est plus dans l'écoute. Il n'y a pas de geste technique, de thérapie ou autre » (23).

Le contact physique, qui est nommé par quatre ISS (2, 6, 7, 21), s'inscrit dans la même catégorie de modalité d'intervention ouverte et non-directive : « Le toucher est important. Une main sur l'épaule par exemple, c'est important. Donner la sensation de quelqu'un qui soit proche, malgré la vieillesse et la maladie. Les gens disent souvent « ça fait du bien » (6).

Qu'il s'agisse de ce simple toucher – qui n'a pas d'autre utilité que de signifier une présence et une proximité – de l'écoute non-directive, ou du silence qui laisse la place à la personne, toutes ces pratiques spirituelles participent toutes d'une posture originale qui donne toute la place à la personne. Il s'agit de pratique typiques de l'*empowerment* comme nous le relevions plus haut. En effet, l'ISS se place en position égalitaire avec la personne et lui permet de déterminer elle-même l'orientation et le contenu qu'elle souhaite donner à l'intervention ; ce faisant, elle s'approprie *de facto* un important pouvoir sur la situation.

L'accompagnement

En plus du fait de prendre le temps et d'écouter – y compris les silences – qui constituent des caractéristiques fondamentales de l'intervention des ISS, ceux-ci partagent aussi une posture commune, qui devient le cœur de leur pratique : l'accompagnement. « L'objectif, c'est toujours l'accompagnement [...] Le point de départ, c'est la situation vécue de la personne. Ce qu'on va faire n'est pas coulé dans le béton. » (2). « Ma visée, en tant qu'intervenant spirituel, c'est d'ouvrir des portes et non de changer les comportements ». Et cette posture d'accompagnement est ce qui permet à l'ISS d'atteindre les objectifs d'*empowerment* de la personne, ce qui lui permet de penser le faire plus que tout autre intervenant : « Le TS et le psychologue font des tâches plus par rapport au mandat, à la justice – est-ce que les droits sont respectés ? Etc. – moi je suis le seul à avoir comme mandat d'accompagner les gens. Dans le réseau du moins. L'équipe me laisse en fait l'espace pour intervenir » (22). Cet accompagnement est marqué par le non-agir : écouter, ne pas changer la personne, lui laisser le temps d' « aller vers l'être [...] de chercher plus de liberté » (7). Un tel accompagnement nécessite une posture égalitaire, donc de ne pas arriver comme « celui qui sait », mais comme « celui qui ne sait rien » et qui vient apprendre de la personne : « Les rencontres spirituelles obligent à ne pas savoir. L'intervention c'est de commencer comme deux étrangers et d'avancer ensemble sur le même chemin, on visite ensemble un chemin de vie » (19). À nouveau, cette posture renforce l'idée d'*empowerment* : le pouvoir est donné à la personne, l'ISS chemine avec elle et nourrit son autodétermination et ses réflexions.

La religion : une spécificité qui dérange

A priori, il y a peu de points communs entre ces pratiques d'accompagnement de type psychosocial, axées sur l'écoute active et décrites par la grande majorité des participants, et celles plus confessionnelles ou ancrées dans la religion (rites catholiques ou groupes de prière) présentées par un quart des répondants. Lorsqu'il est question de religion, c'est de christianisme dont il s'agit. En effet, parmi les 22 cas analysés, si les récits de pratiques « spécifiquement spirituelles » sont détachés de toute confession religieuse, environ 60% des ISS expliquent organiser ou réaliser aussi des activités confessionnelles et ces activités sont quasiment toutes chrétiennes et très majoritairement catholiques : « je peux faire le signe de la croix » (16), « parfois [je fais] l'onction des malades » (16). Les ISS peuvent aussi organiser ou animer une messe (5, 7, 11, 13) ou une « célébration de l'amour ou une célébration liturgique une fois par semaine » (17), donner la communion (5, 7, 11, 22), prier Dieu avec la personne (3, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 19, 21), organiser des groupes de prière chrétienne, évangélique (9) ou « autour de la foi catholique (5). D'autres attitudes ou comportements, s'inscrivent également dans le champ chrétien, au moins dans le langage : « je travaille beaucoup avec le regard, le regard du Christ » (20), « je donne de l'amour et la paix » (20), « on prie pour demander le pardon » (16), « C'est l'humanisme de Jésus-Christ qui me pousse à m'engager et c'est la personne Jésus qui est mon modèle dans ma vie (5). Sans être chrétien ni aussi explicitement religieuse, trois ISS (3, 11, 18) expliquent utiliser également la « méditation pleine conscience [...] qui est en fait de la méditation bouddhiste zen sans connotation religieuse » (18).

Ces pratiques religieuses et largement catholiques constituent d'ailleurs un problème selon les ISS participants : alors qu'ils considèrent que leur pratique devrait s'affranchir de la religion et de l'ancien

travail d'aumônier, pour se concentrer sur l'accompagnement spirituel (en utilisant le temps de l'écoute et du silence), plusieurs reconnaissent que la religion constitue finalement leur seul « domaine réservé » à l'hôpital. En témoignent ces quelques citations : « Pour tout ce qui est à connotation religieuse, à connotation rituelle, c'est ma vraie spécificité en réalité. En théorie ce n'est pas vrai, mais en pratique, c'est ça. » (1) ; « Tout ce qui touche aux croyances, c'est ce qui est spécifique » (4) ; « Le religieux, c'est ce qui est le plus facile à cerner... Il peut y avoir une ambiguïté avec le spirituel qui est plus proche du psychologique, mais avec le religieux, c'est plus clair » (8). Les ISS sont ainsi par exemple des intervenants privilégiés lorsque la religion pose problème dans le soin : « Les infirmières ne savent pas quoi répondre quand les gens ont des objections religieuses avec Dieu [concernant la fin de vie ou une IVG]. Je suis un peu la personne pour rencontrer les gens à ce moment-là » (7). La religion constitue donc le champ d'expertise des ISS reconnu par l'ensemble des autres soignants.

En effet, en dehors de ces pratiques religieuses, et comme bon nombre d'ISS le soulignent (1, 2, 3, 4, 5, 11, 13, 14), il ne semble pas exister réellement de particularités à l'intervention des ISS comparées à celle d'autres intervenants de la santé, comme les bénévoles, infirmières, travailleurs sociaux ou psychologues : « Je ne suis la seule à faire ce travail, la TS le fait parfois... Faudrait s'asseoir pour clarifier nos rôles » (3). Et cela pose un défi pour l'identité professionnelle : « il y a de plus en plus de bénévoles dans les soins spirituels. C'est difficile pour l'identité professionnelle » (5). Et cela peut parfois entraîner des tensions avec les autres professionnels, pour qui les ISS ne devraient pas sortir du champ strictement religieux : « Je suis entré en conflits avec les travailleurs sociaux et les psychologues dans les tâches. Parce qu'ils pensaient que j'allais donner simplement les sacrements. Mais ça c'est seulement en lien avec la religion » (14). D'ailleurs, on l'a vu, plusieurs ISS expriment des critiques envers l'AISSQ qui selon eux, force l'intervention spirituelle à s'inscrire dans le paradigme biomédical, dans un but de reconnaissance interdisciplinaire, mais aux dépens des particularités de la spiritualité (voir aussi Cherblanc et Jobin, 2019).

Ainsi, les particularités de la pratique des ISS sont à rechercher davantage du côté de la posture et de l'attitude par rapport à la personne que du côté des outils utilisés pour intervenir : selon notre analyse, l'ISS intervient comme accompagnateur de l'*empowerment* ; il prend le temps de la présence égalitaire, de l'écoute bienveillante, il donne place au silence et n'a pas d'« agenda caché » (de mandat institutionnel par exemple). L'objectif de l'intervention de l'ISS est que la personne s'approprie la direction de l'intervention et réalise quelles forces et capacités l'habitent. Une autre particularité concerne tout de même une partie de l'objet d'intervention et ce, même si les ISS souhaiteraient s'en dissocier ; il s'agit du religieux (les sacrements, les questions théologiques, le statut de représentant de l'Église). Toutefois, si les ISS s'inscrivent dans une posture d'*empowerment* comme nous le proposons, ce religieux constitue une ressource importante sur laquelle il est pertinent d'insister, dans un but d'adaptation notamment.

2.2.3.3. Évaluer l'intervention spirituelle : des modalités diverses

Évidemment, puisque les ISS sont peu enclins à reconnaître que leurs interventions poursuivent des objectifs, seul un ISS (10) présente un outil d'évaluation de l'atteinte de ceux-ci. Certains répondants déclarent même : « Je fais très peu d'évaluations parce que les patients restent peu de temps » (8) ou encore : « à cause du contexte d'hébergement. Par exemple ici les gens ont des grosses pertes de mémoire alors ce n'est pas évident de savoir » (22) ou encore : « Des fois la personne ne peut pas parler » (23). Et aussi : « Il se peut que les effets ne soient pas sentis : les graines ne poussent pas toujours et surtout elles ne poussent pas toujours tout de suite » (23). Certains le regrettent : « Parfois, on ne le sait jamais parce que les gens sont dans l'émotion. Alors on se le demande » (16). De telles affirmations posent question dans une perspective de professionnalisation dans le domaine de la santé et des services sociaux. Un ISS affirme tout de même : « l'Association [AISSQ] semble offrir une formation sur l'évaluation. Je la ferai prochainement. » (5). Ceci dit, une bonne partie des récits de pratique présente divers éléments utilisés par les ISS pour évaluer les effets de leur intervention et éventuellement l'efficacité ou la réussite de celle-ci. Ces modalités d'évaluation de la réussite peuvent être classées en trois types : les manifestations observables chez les personnes auprès de qui sont réalisées les interventions, les feedbacks donnés par les autres soignants et les commentaires des proches.

L'indicateur de réussite le plus important dans les récits de pratique est celui d'une observation d'un changement positif chez la personne : la personne est plus calme, physiquement et verbalement (3, 4, 5, 7, 11, 15, 16, 18) ; on observe chez elle « une progression vers une meilleure acceptation de la maladie » (11) ; elle s'intègre, collabore aux soins et voit ses forces (1, 7), elle s'affirme et communique (9, 11), elle trouve des repères et un sens à ce qu'elle vit (3, 9, 15) ; elle a un bon niveau d'espoir et d'espérance (15). Parfois, simplement, la personne déclare apprécier et ressentir des bienfaits de l'intervention, qu'elle souhaite continuer l'intervention (6, 14, 15, 20, 21) ou le déclarer a posteriori (21). Ainsi un apaisement global de la personne semble manifester une réponse positive à l'intervention. Il est à noter que certains ISS relèvent que parfois aussi la personne « va pleurer pendant la rencontre, mais c'est positif » (16) ; elle « peut aussi parfois être brassée. C'est aussi une réussite » (22).

Le second type d'indicateur de réussite est la reconnaissance positive perçue. Ainsi, un ISS déclare que son travail a été formellement évalué positivement « par les chefs de service » (21). Mais nous n'avons pas beaucoup de détails sur ce qui est apprécié par les autres soignants, hormis que les soignants reconnaissent que la personne est plus calme et mieux intégrée (5, 19, 21, 22). Un autre ISS (5) relève également que la personne est mieux considérée par les soignants suite à son intervention auprès de ces derniers, et que cela constitue un signe de réussite. Une citation résume assez bien cette reconnaissance d'un effet positif de l'intervention spirituelle de la part des autres soignants : « Avec les médecins entre autre, on va pouvoir avoir du feedback positif. Aussi, on a acquis une crédibilité avec le temps et c'est ce qui fait qu'on te fait venir : c'est parce qu'on croit que ça va être utile. C'est une confirmation selon moi qu'on fait du bon travail » (19).

Quant au troisième type d'indicateur de réussite, les commentaires des proches, ils peuvent se produire pendant l'intervention (19) et indiquer un bienfait immédiat, mais sont assez souvent formulés plus tard (8, 15, 16, 21). Ceux-ci peuvent alors souligner les bienfaits de l'intervention : « Merci de nous avoir soutenus. Merci de nous avoir soignés » (21).

3. Discussion : les particularités de l'intervention spirituelle

Il ressort de ce portrait du travail des ISS que leur pratique est marquée par une grande diversité de clientèles, de contextes, de modalités, d'objectifs et d'outils. En plus de cette diversité, il apparaît que les pratiques d'intervention spirituelles apparaissent très proches de celles des autres intervenants psychosociaux. Ainsi et bien qu'ils s'en défendent, les ISS n'ont pas le monopole de l'écoute active, du coaching ou de l'accompagnement silencieux. À vrai dire, si l'on demande à l'ensemble des autres intervenants nommés par les ISS – médecins, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, préposés au bénéficiaire, bénévoles – il y a fort à parier que tous répondront qu'ils utilisent aussi ces moyens. Plus inquiétant même pour la profession d'ISS, tous ces autres intervenants répondraient sans doute aussi qu'ils s'occupent aussi du sens, de la socialisation de la personne, de ses croyances, etc., bref de sa spiritualité. C'est une dimension du soin que tout intervenant doit à présent considérer et sur laquelle il existe même des injonctions d'action professionnelle^{xii}.

Alors, selon les ISS eux-mêmes, qu'est-ce qui distingue leur pratique de celles des autres intervenants du soin ? Selon notre analyse des récits de pratique des ISS, ceux-ci considèrent que, *dans la pratique actuelle du soin au Québec*, à part les ISS, aucun autre intervenant n'a à la fois le temps, la posture et les savoirs pour développer le pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes avec qui ils interviennent.

3.1. Première particularité : le temps

Le temps constitue la première caractéristique distinctive du travail des ISS. Selon eux, comme on l'a vu, les autres professionnels sont débordés et leurs mandats sont très précis et ponctuels : réaliser tel acte de soin, à telle fréquence, en rendre compte dans le dossier du patient, etc. Ils manquent déjà de temps pour répondre à ces exigences, alors ils n'ont pas la possibilité de faire autre chose. Même si théoriquement, ils pourraient s'occuper de spiritualité, ils n'en ont donc pas le temps en pratique. À l'inverse, les ISS définissent leur champ de pratique autour de cette possibilité de prendre le temps. Il s'agit de la condition essentielle pour connaître et reconnaître la personne : ses pensées, ses

représentations de la souffrance, de la maladie ou de la mort, ses forces aussi, ses souhaits et ses désirs quant aux soins possibles et offerts, etc.

Ainsi, même si le temps disponible pour intervenir semble un concept plutôt faible pour définir la spécificité d'une pratique professionnelle, les ISS y accordent une grande importance et en font le critère principal qui distingue leur travail de celui des autres intervenants. Si cela paraît tout-à-fait probable dans certains services de soins hospitaliers, on peut tout de même s'interroger sur la réalité de cette distinction dans d'autres milieux, notamment en soins de longue durée ou palliatifs. On peut également douter que ce portrait soit toujours valable pour tous les autres intervenants, comme les bénévoles, mais aussi les travailleurs sociaux.

3.2. Deuxième particularité : les savoirs religieux

Dans les récits de pratique des ISS émerge une distinction liée au savoir, plus précisément aux connaissances concernant le phénomène religieux qu'ils seraient les seuls à posséder dans leur institution.

En effet, les savoirs religieux distingueraient la profession d'ISS des autres soignants, en particulier les connaissances sur les croyances et les rites chrétiens, surtout catholiques. Cette connaissance du religieux, de plus en plus rare au Québec, rend les ISS indispensables pour gérer les « cas de conscience » et surtout pour réaliser certains rituels que l'on peut qualifier d'« actes réservés » puisque seuls des prêtres ou des diacres dûment accrédités par l'Église catholique peuvent les accomplir ; on pense ici bien sûr au sacrement des malades ou à l'eucharistie, mais de façon encore plus restrictive au sacrement du pardon. On l'a vu, cette particularité du travail des ISS constitue un problème : les ISS qui ne peuvent les accomplir se sentent relativement impuissants face à ceux qui le peuvent. Or, paradoxalement, ces derniers souhaitent se distancier de ces pratiques confessionnelles qu'ils jugent peu spirituelles. Ce statut d'appartenance voire de représentation d'une confession religieuse particulière par les ISS constitue donc « un caillou dans la chaussure » de bien des intervenants : ils souhaiteraient s'en distinguer, mais c'est aussi l'un des seuls domaines d'expertise que leur reconnaissent les autres intervenants. À titre d'exemple de cette ambivalence de la place et du rôle de la religion dans l'intervention spirituelle, on peut évoquer cet intervenant qui dans cette première citation se plaint que le service soit encore trop fortement relié au diocèse :

L'AISSQ, c'est un problème : ce ne serait plus supposé qu'il y ait des rencontres avec le diocèse alors que prochainement il y en aura une...[...] Je sens qu'ils sont en train de ramener ça au diocèse. Au plan de la loi ce n'est pas ramené, mais en pratique c'est ce qui se passe. [...] Les coupures budgétaires favorisent le retour de l'implication des organisations religieuses. (5)

Alors que dans cette deuxième citation, le même ISS reconnaît que son intervention est fondamentalement pastorale et confessionnelle

Il n'y a pas vraiment de distinction pour moi, dans ma pratique [entre spirituel et religieux], vu que la majorité des personnes que je rencontre sont de la même confession catholique que moi. Je partage ce que je crois et je n'ai jamais eu affaire à quelqu'un qui refusait d'entendre parler de la foi catholique. (5)

Une telle affirmation est toutefois rare parmi notre échantillon, la grande majorité des ISS présentent des pratiques spirituelles distinctes de la religion catholique.

Parmi les particularités du savoir des ISS, on peut donc retenir que les connaissances religieuses constituent l'essentiel de ce qui les distingue des autres intervenants, mais que ces savoirs posent problème aux intervenants eux-mêmes. Ceux-ci cherchent en effet à se distinguer tout autant du champ théologique que de celui de la psychologie, du travail social ou de la biomédecine. Il apparaît donc que si les ISS souhaitent demeurer des professionnels rémunérés par un État laïc, ils devront régler ce « problème de la religion » dans leur pratique.

3.3. Troisième particularité : une posture centrée sur la personne et son *empowerment*

Enfin, nous l'avons soulevé à plusieurs reprises, les pratiques des ISS se distinguent des autres intervenants par leur posture propre et originale, celle de l'accompagnement à l'*empowerment*. Selon les ISS participants en effet, tous les autres intervenants sanitaires s'inscriraient pleinement dans la perspective biomédicale hyper-segmentée et axée sur les problèmes, qui dominerait actuellement les institutions sanitaires. Les autres intervenants répondraient ainsi à des ordonnances établies par le médecin, sommet d'une hiérarchie du soin scrupuleusement respectée, plaçant finalement le discours du médecin au centre de l'intervention : c'est lui qui sait et les autres qui agissent selon les modalités qu'il a établies. Chaque intervenant aurait un aspect bien particulier du problème de santé à régler et se bornerait à celui-ci, sans voir la personne dans son ensemble...

La personne au centre

Les ISS insistent au contraire sur le fait que le centre de leurs interventions à eux, c'est la personne. C'est elle qui fixe son rythme, ses attentes, etc. Et c'est son épanouissement global qui importe. On passe ainsi dans une posture totalement inverse largement abordée par les ISS participants : la personne n'est plus celle qui reçoit les soins, passivement, d'une équipe soignante seule détentrice des connaissances et des techniques. Au contraire, l'ISS considère que c'est la personne qui sait et qui guide l'intervention ; le soignant ici ne fait qu'accompagner. Afin de bien distinguer cette posture de celle qui prévaudrait encore chez les autres intervenants, les ISS insistent sur son aspect non-interventionniste. La négation ici est importante : la posture de l'ISS est le contraire de celle des autres et c'est donc d'une opposition dont il s'agit. De la même manière, le sujet-soigné est invité à changer de position : de sujet-agi il devient sujet-acteur.

Cette originalité de la pratique des ISS apparaît dans toute la pratique : du refus d'identifier des objectifs aux critères de réussite utilisés qui sont intrinsèques à la personne (ses comportements, son appréciation, etc.) en passant bien sûr par les modalités d'intervention : écoute, silence, toucher... Par exemple, pour les résultats de l'intervention, les ISS participants^{xiii} n'ont en général pas de mesures « quantifiables », « objectives » et extrinsèques à la personne, mais bien un sentiment de bien-être exprimé par la personne^{xiv}. C'est également ainsi que nous comprenons les réticences des ISS participants face à l'influence du paradigme hospitalier sur les mots utilisés pour décrire leur travail (soin, thérapie, outil de diagnostic spirituel...), en vue de le normaliser (plan de soins, notes au dossier, approche par problème...) ou pour former les intervenants (approches et outils psychologiques ou psychosociaux, comme l'écoute active, le diagnostic, etc.). Ces réticences sont une opposition à un modèle qui sortirait le patient du centre de l'intervention.

L'empowerment

Tout ceci renforce l'importance accordée à l'*empowerment* qui est apparu dans notre codification. Comme nous le présentions en introduction, l'*empowerment* se caractérise par l'interaction de quatre composantes (la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique). Ces composantes sont mobilisées par chaque personne dans une appropriation du pouvoir d'agir qui passe par le choix, la décision et l'action (Ninacs, 2008).

Nous reconnaissons dans ces caractéristiques de l'*empowerment* individuel une partie essentielle de celles des pratiques des ISS participants. Ceux-ci visent en effet l'appropriation du pouvoir par la personne, sa responsabilisation, la conscientisation de ses compétences, le sens qu'elle peut donner à la souffrance, son autonomie et surtout la mobilisation de ses forces particulières, parmi lesquelles, pour une bonne part des ISS participants, la religion joue un rôle important. Pour autant, et cela explique aussi l'ambivalence de la religion chez les ISS, il n'est pas question que l'appartenance religieuse soit assujettissante pour la personne, qu'elle lui ôte sa liberté et bride son potentiel d'actualisation. La religion, comme toute autre ressource, est bienvenue pour autant qu'elle demeure libératrice : « par rapport aux 6 indicateurs de la sphère spirituelle [sens, transcendance, valeurs, identité, appartenance à la vie et l'au-delà, et rituel (habitudes de vie)] : comment vont-ils ? La personne est-elle en contact avec ces ressources, sont-elles présentes dans les indicateurs ou si elle est bloquée dans l'une d'elles ? » (17). C'est le sens, selon nous, de la distinction que font les ISS participants entre le spirituel, qui « émerge de la personne », qui se trouve « au fond », « à

l'intérieur » (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 19, 21), et la religion, qui apparaît comme une ressource davantage sociale (lié à l'appartenance et aux rituels), c'est-à-dire *extérieure* à l'individu, et qui peut donc s'avérer aliénante.

Face à cette vision distinctive de la posture d'accompagnant de *l'empowerment* qui caractériserait les ISS, il serait intéressant de vérifier si celle-ci n'est pas plus partagée que ne le pensent les ISS, notamment dans le cadre des soins palliatifs ou de la santé mentale qui sont pour une bonne part à l'origine de ce changement de posture en santé et services sociaux^{xv}. Comme nous le notions en introduction, *l'empowerment* constitue aujourd'hui un paradigme en théorie transversal du soin. Ainsi, il constitue notamment un principe du travail social (OTSTCFQ, 2012 : 7) et une habileté attendue des psychologues (OPQ, 2011 : 20). En outre, même chez les ISS, cette particularité semble fragile et menacée puisque plusieurs ISS (1, 2, 3, 4, 19) regrettent que l'institution de santé, tout comme leur association professionnelle, poussent l'intervention spirituelle dans des directions contraires, qui désapproprient la personne du pouvoir sur sa vie.

Ainsi, dans un paradigme hospitalier hyper-compétitif entre les professions, chacune d'entre-elles devant prouver son efficacité, les ISS semblent miser sur leur posture originale, non-directive et étrangère aux perspectives « productivistes » pour faire valoir leur spécificité professionnelle. Toutefois, d'une part cette posture ne semble pas forcément reconnue par les patients (qui continuent de demander des rituels) ni par les autres intervenants (qui reconnaissent souvent seulement les savoirs religieux). Et d'autre part, elle n'est peut-être pas si unique que le pensent les ISS. Finalement, les ISS devraient être attentifs au fait que cette liberté professionnelle qui leur permettrait de déroger au modèle dominant semble en grande partie héritée du service de pastorale hospitalière dans lequel l'aumônier n'était redevable qu'au conseil d'administration (et à l'évêque du diocèse). On peut s'interroger sur les moyens que pourront utiliser les ISS pour conserver cette indépendance à plus ou moins long terme, à présent qu'ils ont perdu la protection épiscopale et leur indépendance organisationnelle.

4. Les limites de l'étude

Les résultats présentés ici doivent être interprétés avec quelques précautions, puisque d'une part le nombre de répondants était tout de même limité, même s'il constitue une portion importante des ISS du Québec. On ne peut donc pas, à proprement parler, considérer ces résultats comme représentatifs. Une autre limite identifiée est que la deuxième série de collecte des récits s'est faite oralement. Cela a pu modifier le temps de réflexion pour identifier la pratique la plus spécifiquement spirituelle, bien la décrire, etc. En plus d'accroître le potentiel de désirabilité. Les répondants sont ceux qui ont accepté de parler de leurs pratiques d'intervention spirituelle ; ce qui ne nous informe pas sur les représentations des autres ISS, qui ont choisi – pour des raisons peut-être très intéressantes – de ne pas participer. En outre, la cohorte du second échantillon a été quasi-exclusivement composée de personnes ciblées par l'AISSQ, donc qui ont possiblement été choisies pour donner une image correspondant à celle que souhaite projeter l'Association. Ceci dit, de nombreuses critiques de l'Association ont été produites par ces ISS de la deuxième cohorte, qui lui reprochent par exemple de ne pas se préoccuper des « régions », de survaloriser les outils diagnostics, de se plier aux attentes de la biomédecine, de demeurer sous l'influence des évêques, etc.

Conclusion :

Les résultats de la recherche présentés ici apparaissent très utiles pour comprendre le processus de professionnalisation actuelles des ISS du Québec. On peut ainsi comprendre leur posture d'accompagnement de *l'empowerment* individuel comme une stratégie de distinction professionnelle des autres intervenants, dans le but de faire reconnaître un lieu de pratique réservé (Bourdoncle, 1994). Certes, la plupart des ISS participants ont reconnu que tous les soignants ont la possibilité de considérer les aspects spirituels. Toutefois, toujours selon eux, les autres soignants n'ont pas le temps (ou ne le prennent pas) ou ne savent pas le faire. En outre, chez les autres professionnels, le plus souvent, les aspects spirituels sont subordonnés aux autres dimensions de la personne : le médecin ou

l'infirmière va considérer la spiritualité dans la mesure où celle-ci peut améliorer ou nuire au traitement et à la santé ; la travailleuse sociale va choisir ce qui, dans la spiritualité de la personne, peut nuire ou contribuer au fonctionnement psychosociale, etc. Chez les soignants en général, la spiritualité est donc traitée transversalement et comme un moyen.

De façon distinctive, les ISS se perçoivent comme les seuls intervenants de la santé et des services sociaux à aborder la spiritualité comme une fin. Leur pratique leur apparaît donc complémentaire à celle des autres soignants. Leur finalité est également différente selon eux : alors que l'ensemble des soignants leur semble obnubilé par l'application de techniques formalisées et orientées vers la guérison rapide et la « sortie » de l'hôpital, les ISS insistent sur leur différence : eux souhaitent redonner le pouvoir d'agir à la personne, en adoptant une posture égalitaire, marquée par le non-agir et usant d'une ressource rare dans le soin : le temps. Cette ressource leur permet d'adopter une posture axée sur l'accompagnement du développement du pouvoir d'agir chez la personne.

Cette posture s'accompagne d'un certain nombre de défis qui apparaissent notamment dans les discours des intervenants participants. On peut noter la fragilité de cette pratique si généreuse en temps et qui apparaît ainsi hors-normes dans l'institution de santé actuelle. Nous avons soulevé aussi la prégnance de l'influence du paradigme religieux mais aussi hospitalier, qui peut amener les ISS dans des directions opposées à celle de *l'empowerment*. Un enjeu pourrait aussi être de sur-responsabiliser la personne malade ou souffrante en idéalisant en norme absolue un *empowerment* vers lequel tout un chacun devrait aspirer et travailler. Également, comme nous l'avons vu, les ISS semblent inscrire leurs pratiques dans la dimension individuelle de *l'empowerment*. Peuvent-ils également penser à une forme d'intervention spirituelle qui viserait *l'empowerment* interpersonnel et collectif des personnes ? Certains modèles religieux (la théologie de la libération par exemple) semblent indiquer que cela peut être possible, mais devront être adaptés (laïcisés notamment) avant de s'inscrire dans les institutions sanitaires québécoises.

On peut cependant constater le potentiel de ces professionnels qui agissent comme tous les autres devraient théoriquement le faire (c'est-à-dire dans une approche *d'empowerment*, non instrumentalisée par la biomédecine, en prenant le temps avec la personne, etc.). Cette approche constitue assurément une voie privilégiée de poursuite du processus de professionnalisation pour ces ISS. L'un des enjeux de celle-ci sera de formaliser et transmettre cette pratique dans une formation initiale et continue : comment former à l'accompagnement ? Comment former à *l'empowerment* ? Divers modèles existent au Québec et en Europe francophone, mais concernent surtout le monde du travail social^{xvi}. Sans doute que la modélisation par l'accompagnement (donc les stages, le coaching, le tutorat, le mentorat) serait une voie à privilégier. En définitive, il reviendra aux ISS de voir quelles suites donner à cette modélisation des particularités de leurs pratiques professionnelles.

Références :

- AUGOYARD, P., & RENAUD, L. (1998). Le concept d'empowerment et son application dans quelques programmes de promotion de la santé. *Promotion et Éducation*, 5(2), 28- 35.
- BALBONI, M. J. & BALBONI, T. A. (2019) *Hostility to Hospitality. Spirituality and Professional Socialization Within Medicine*, New York, Oxford University Press, 119-123
- BERTAUX, D. (1976). *Histoires de vie ou récits de pratique ?* Paris: Centre d'études des mouvements sociaux.
- BOURDONCLE, R. (1994). Savoir professionnel et formation des enseignants. Une typologie sociologique. *Spirale, Revue de recherches en éducation*, 13, 77-96.
- BOURQUE, D. (2013). « Un pont entre la médecine narrative et les soins spirituels ? », in G. Jobin, J.-M. Charron, M. Nyabenda (dir.), *Spiritualités et biomédecine. Enjeux d'une intégration*, Québec : Presses de l'Université Laval, 67-79.
- CHARRON J-M. (2013). « Les Orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissements de santé et de services sociaux : mise en contexte et analyse », in G. Jobin, J.-M. Charron, M. Nyabenda (dir.) avec la collaboration de Johanne Lessard, *Spiritualités et biomédecine : enjeux d'une intégration*, Québec, Presses de l'Université Laval, 99-112.
- CHERBLANC, J. & JOBIN, G. (2019). Théorisation du spirituel à partir de l'analyse de pratiques des Intervenants en soins spirituels au Québec : un modèle original à six dimensions. *Studies in Religion/Sciences Religieuses*. <https://doi.org/10.1177/0008429819858980>
- COUTURIER, Y. (2001). *Construction de l'intervention par des travailleuses sociales et des infirmières en CLSC et possibles interdisciplinaires*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
- DE ROBERTIS, C. (1994). *Méthodologie de l'intervention en travail social*. Paris : Bayard.
- GAGNON, M. (2019). *Retour du service d'intervention en soins spirituels en tout temps au CIUSSS*. Ici-Saguenay-Lac-St-Jean. Radio-Canada. Disponible à <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1156734/intervention-soins-spirituels-ciuss-24-heures>
- GAILLARD-DESMEDT, S. & SHAHA, M. (2013). La place de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 19-35. doi:10.3917/rsi.115.0019.
- GARFINKEL, H. 1984. *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity press.
- GUTIÉRREZ, L.M. (1995). Understanding the empowerment process: Does consciousness make a difference? *Social Work Research*, 19: 229-237.
- JOBIN G. (2019). L'institutionnalisation de l'accompagnement spirituel dans le réseau des services de santé et des services sociaux du Québec. in F. Le Deist, H. Grandjean (dir.), *La dimension spirituelle dans le soin : pluralité de regards et de pratiques*, Réseau santé, soins et spiritualité, <http://resspir.org/publications/actes-de-colloque/dimension-spirituelle-soin-pluralite-de-regards-de-pratiques/>.
- KOENIG, H.G. (2012). Religion, spirituality and health: the research and clinical implications. *International Scholarly Research Network Psychiatry*, article ID 278730, 1-33. doi:10.5402/2012/278730.
- KOENIG, H.G. (2015). Religion, Spirituality and Health: A Review and Update. *Advances*. 29(3), 19-29.

- KOENIG, H. G., M. E. McCullough, D. B. Larson. (2001). *Handbook of Religion and Health*, New York: Oxford University Press.
- LE BOSSE, Y., GAUDREAU, L., ARTEAU, M., DESCHAMPS, K., & VANDETTE, L. (2002). L'approche centrée sur le pouvoir d'agir : aperçu de ses fondements et de son application. *Canadian Journal of counseling/Revue canadienne de counseling*, 36 (3) : 180-193.
- LE BOSSE, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance. Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités, Tome 1. Aspects conceptuels*, Québec, Éditions ARDIS.
- LE BOSSE, Y. (2016). *Soutenir sans prescrire. Aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC)*, Québec, Éditions ARDIS.
- MCCUBBIN, M., COHEN, D., ET DALLAIRE, B. (2003). *Obstacles à l'empowerment en travail social: Vers un changement professionnel dans les interventions en santé mentale*. Montréal : GRASP — Travaux en cours.
- MILES, M. B. et HUBERMAN, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2^e éd.). Paris : De Boeck.
- MSSS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX). (2009). *Orientations ministérielles pour l'organisation du service d'animation spirituelle en établissements de santé et de services sociaux*, Québec : 11 p.
- NINACS, W.A. (2008). *Empowerment et intervention: développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- OMMEN (van), L. (2018). Spiritual Care. *Theology* 121(1) : 43–47.
- OPQ (Ordre des psychologues du Québec) (2011). *Le référentiel d'activité professionnelle lié à l'exercice de la profession de psychologue au Québec*. Repéré à : https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=af9ce31c-b8dd-4cad-8f4a-91ad585f451d&groupId=26707
- OTSTCFQ (Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec). (2012). *Référentiel de compétences des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux*. Repéré à : https://beta.otstcfq.org/sites/default/files/referentiel_de_compétences_des_travailleurs_sociaux.pdf
- PAILLE, P. et MUCCHIELLI, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- PAILLE, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique* 23, 147-181.
- PAILLE, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Recherches qualitatives*, 15, 179-194.
- PAUL, M. (2009). L'accompagnement dans le champ professionnel. *Savoirs*. 20 : 11-63.
- PONCIN, E., NIQUILLE, B., JOBIN G., BENAÏM, C., ROCHAT, E. (2019). What Motivates Healthcare Professionals' Referrals to Chaplains, and How to Help them Formulate Referrals that Accurately Reflect Patients' Spiritual Needs?. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 0: 1-15. DOI : 10.1080/08854726.2019.1582211.
- PUJOL, N. (2017). « La spécificité de l'accompagnement spirituel dans le monde des soins », in G. Jobin, A. Legault, N. Pujol (dir.), *L'accompagnement de l'expérience spirituelle en temps de maladie*, Louvain : Presses universitaires de Louvain, 35-42.

- RAPPAPORT, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*. 15 : 121-144.
- ROGERS, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- TREMBLAY, S. (2017). Processus d'empowerment communautaire dans le cadre d'un projet de développement local en santé de proximité : le cas de la MRC Robert-Cliche et de sa coopérative de santé. (Thèse, UQAC-UQAR, Chicoutimi-Rimouski). Repéré à https://constellation.uqac.ca/4385/1/Tremblay_uqac_0862D_10384.pdf
- VALLERIE, B. (DIR.) (2012). *Interventions sociales et empowerment (développement du pouvoir d'agir)*. Paris : L'Harmattan.

Tableau 1 Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Dimensions	Catégories	Proportion
Âge	30-39 ans	18,2%
	40-49 ans	22,8%
	50-59 ans	31,8%
	60 ans et plus	22,8%
	Pas de réponse	4,5%
État civil	Marié-e	45,5%
	Célibataire	27,3%
	Conjoint-e de fait	18,2%
	Divorcé-e/Séparé-e	4,5%
	Pas de réponse	4,5%
Région	Montréal	45,5%
	Québec et Chaudières-Appalaches	18,2%
	Laval, Laurentides et Lanaudière	18,2%
	Montérégie et Estrie	9,1%
	Bas-Saint-Laurent	4,5%
Confession religieuse	Catholique	68,2%
	Sans appartenance	18,2%
	Protestant	9%
	Pas de réponse	4,5%
Formation	Premier cycle en théologie (ou théologie pratique, counseling...)	63,6%
	Premier cycle en éducation, psychologie, littérature...	27,3%
	Premier cycle en sciences	9%
	Deuxième ou troisième cycle en théologie (ou théologie pratique, counseling...)	72,7%
	Deuxième cycle en éducation ou sciences sociales	9%
Stage	Un stage	45,5%
	Deux stages	31,8%
	Trois stages et plus	13,6%
Statut d'emploi	Temps plein	63,6%
	Temps partiel	36,4%
Expérience d'emploi	Moins de 5 ans	18,2%
	5 à 10 ans	50%
	11 à 16 ans	22,7%
	Plus de 20 ans	9%

ⁱ Notamment par son rattachement à la direction générale de l'établissement et par le fait que les hôpitaux étaient en phase avec les influences religieuses dans la culture commune de l'époque.

ⁱⁱ À noter cependant que, lorsque des heures de garde ou des postes d'ISS sont coupés, une frange de la population et des soignants dénonce ces décisions et réclame le maintien de ces services. Voir notamment Gagnon (2019).

ⁱⁱⁱ Pour une description plus détaillée des changements, nous nous permettons de renvoyer le lecteur à Jobin, 2019.

^{iv} Par ce document, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS) a fixé unilatéralement les conditions d'embauche, le libellé et le titre d'emploi des membres du service de soins spirituels. L'élaboration de ces Orientations a suivi la dénonciation en 2007, toujours par le MSSS et de façon unilatérale elle aussi, d'un protocole d'entente qui liait depuis les années 1970, ce ministère avec des autorités religieuses présentes sur le territoire québécois (Église catholique, Église anglicane, Église unie du Canada, Fédération des services de la communauté juive de Montréal (Charron, 2013). Fait insolite, le texte des *Orientations ministérielles* n'est pas disponible sur le site du Ministère de la santé.

^v À ce sujet, voir Cherblanc et Jobin, 2019.

^{vi} Cherblanc, J., Jobin G., Lavoie L.-C. et Ménard G. (2011-2016). « Professionnalisation de l'intervention spirituelle : étude exploratoire comparative de la laïcisation de l'intervention spirituelle dans les institutions publiques au Québec ». Recherche financée par le CRSH (410-2011-2471).

^{vii} Le spirituel pratiqué est d'abord et avant tout fonctionnel, par distinction avec une représentation substantielle de la spiritualité, c'est-à-dire ayant un contenu fixé dans un langage traditionnel. Nous appliquons ici au concept de spiritualité ce que M. et T. Balboni théorisent pour la religion (Balboni, 2019 : 119-123) Cette distinction, opérée par les Balboni, s'inspire elle-même des travaux des fondateurs de la sociologie de la religion. Le spirituel pratiqué est donc une représentation pragmatique de la spiritualité, s'intéressant plutôt à ses effets qu'à ses origines. Ce spirituel pratiqué s'arrime bien à une représentation universaliste de la spiritualité, laquelle postule que la spiritualité est un phénomène qui n'est pas lié aux frontières entre les différentes traditions; que la spiritualité est universelle et que les traditions (religieuses et spirituelles) sont des phénomènes historiques.

^{viii} Les chiffres entre parenthèses correspondent aux numéros donnés aux ISS participants, dans un but de préservation de leur anonymat.

^{ix} Les propos rapportés sur les motifs coïncident avec les résultats de recherches récentes sur le sujet. Pour une revue de littérature, voir Poncin et al., 2019..

^x Notamment par la mobilisation des communautés religieuses d'appartenance et par l'organisation de rites (essentiellement catholiques).

^{xi} Aucun ISS n'utilise ces qualificatifs (*active* ou *bienveillante*) pour préciser cette notion d'écoute, mais le sens que donne Rogers (1968) à ceux-ci nous semble conforme aux discours analysés.

^{xii} En témoigne l'importante littérature attestant des relations positives entre spiritualité et santé (Koenig, 2012, 2015; Koenig et al. 2001) Voir, notamment, pour les infirmières, Gaillard-Desmedt et Shaha (2013) et pour les travailleurs sociaux : OTSTCFQ (2012 : 11; 13).

^{xiii} Nous savons par ailleurs que des sondages de satisfaction-client ont été réalisés ces dernières années dans des hôpitaux universitaires (CHUS, Sherbrooke, 2014; CHU de Québec, 2015-2016). Ces sondages jouent un rôle d'appui dans les représentations du service de soins spirituels auprès des autorités gestionnaires de l'établissement.

^{xiv} Cela n'empêche pas pour autant ces manifestations de « faire l'affaire » de l'équipe soignante, notamment l'apaisement de la personne, de ses relations avec ses proches et les soignants, son acceptation des soins et de la fin de vie, etc. On l'a vu, c'est souvent pour ces finalités que l'on fait appel aux ISS. Mais ces derniers ne sont en général pas dupes : « Des fois, les attentes du personnel sont répondues... Si ça va de soi et que je suis d'accord. Donc je pose la question au personnel, de savoir leurs attentes, mais ce n'est pas pour y répondre, pas pour les satisfaire. De toute façon le personnel ne fait pratiquement jamais de relance par rapport à leurs demandes » (22). L'ISS peut donc être délinquant à ses heures!

^{xv} « Introduit dans le cadre des soins palliatifs (années 1960-70), l'usage du mot apparaît dans le langage infirmier pour désigner un projet de soins et spécifier autant une attitude qu'une relation avec le malade, une conception du soin reposant sur la reconnaissance de la personne comme être humain à part entière. Même quand il incarne la forme la plus radicale d'un être là, l'accompagnement ne se réduit donc ni à la technicité d'actes de soin ni au soutien psychologique. » (Paul, 2009 : 33).

^{xvi} Nous pensons notamment au LADPA à Québec (<https://www.fse.ulaval.ca/ladpa/>), ou au mouvement associatif très actif en Europe : ANDADPA en France (<http://www.aidpa.org/dpa-pc/>), AIDPA en Belgique (<http://www.aidpa.org/dpa-pc/>) ou l'ADPA en Suisse (<https://www.facebook.com/pg/Association-D%C3%A9veloppement-du-pouvoir-dagir-Suisse-171355490458376/posts/>)